

การแพทย์แผนไทย ปริบยุทธ์ศาสตร์รับ AEC



ISSN 1513-5896
9 771513 589016

ทันกระแส 9
อาหารป้องกัน
โรคอัลไซเมอร์

รอบรู้เรื่องยา 10
ประโยชน์ของ stem cell
จากเลือดสายสะดือและสายสะดือ

ทิศทางยา 12
Afatinib
รักษามะเร็งปอด NSCLC



ข้อบ่งใช้ :

ช่วยบรรเทาอาการปวดเกร็ง
หรือการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของ

- กระเพาะอาหาร
- ลำไส้
- ทางเดินน้ำดี
- ทางเดินปัสสาวะ

ขนาดรับประทาน :

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

ข้อมูลผลิตภัณฑ์ :

[illegible]

(โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา)

เอกสารอ้างอิง: เอกสารกำกับยา **Buscopan** tablet CCDS No. 0057-06



บริษัท เบอรिंगเกอร์ อินเทลไลม์ (ไทย) จำกัด
โทร 02-308-8500

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ มส.366/2556
ID.No. 13-BU-B#01C, 13-BU-J#01C



Ceaseless Creativity for a Sustainable World



SATO HEALTHCARE SOLUTION



The  One Check System



One Wristband
Life Saving

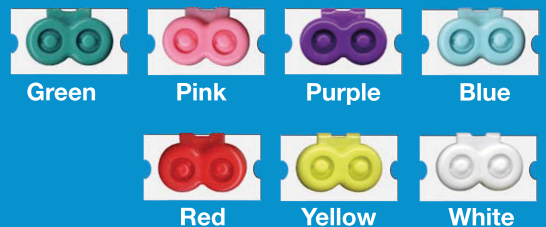
ซาโต เป็นผู้ผลิต และจำหน่าย Wristband

ที่มีคุณภาพเราได้รับความไว้วางใจจากโรงพยาบาลชั้นนำทั้งในประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทยด้วยวัสดุที่ทนต่อสารเคมีและมีความอ่อนนุ่มกับผิวหนัง

คุณภาพที่คงทนและไม่ลบเลือนง่ายทำให้การระบุตัวผู้ป่วยเป็นไปอย่างแม่นยำเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย



SATO's Failsafe Fasteners™



SATO AUTO-ID (THAILAND) CO., LTD

สำนักงานใหญ่และโรงงาน

292/1 หมู่ 1 ต.เทพารักษ์ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270
Tel: 02-736-4460 Fax: 02-736-4461

คุณเบญญา ประกอบกิจ Mobile: 081-620-7467
E-mail: sales@satothailand.co.th

สำนักงานแหลมฉบัง

53 หมู่ 9 ทะเลทองทาวเวอร์ ชั้น 14 ต.ทุ่งสุขลา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี 20230
Tel: 038-495-081-2 Fax: 038-494-989

คุณกิตติศักดิ์ ตรีสุกิจวรกุล Mobile: 087-076-6880
E-mail: kittisak@satothailand.co.th

www.satothailand.co.th

ดัลโคแลกซ์®

บิซาโคดิล
ยาระบายสำหรับอาการท้องผูก



Dulcolax® เป็นยาระบายสำหรับอาการท้องผูก



ชนิดเม็ดเคลือบ เป็นยารับประทาน
ออกฤทธิ์ที่ลำไส้ใหญ่ ฤทธิ์ในการระบาย
เกิดในช่วง 6-12 ชั่วโมง
หลังการรับประทานยา



ชนิดเหน็บทวารหนัก ออกฤทธิ์ในการระบาย
ภายในเวลา ประมาณ 20 นาที
หลังเหน็บยา



ดัลโคแลกซ์®
(ชนิดเม็ด)



ดัลโคแลกซ์®
(ชนิดแท่งเหน็บทวาร สำหรับผู้ใหญ่)

“คำเตือน ห้ามใช้เป็นยาลดความอ้วนหรือยาลดน้ำหนัก”

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขก.449/2556

ID:No.13-DU-B#01B, 13-DU-J#01B,

Valid until : 1 April 2018



Boehringer
Ingelheim

บริษัท เบอร์ลิงเกอร์ อินเทลโลน (ไทย) จำกัด
โทร. 0 2308 8500

ชนะภูมิแพ้ คว่าโอกาสให้ชีวิต



การจัดห้องนอนให้คนแพ้ไรฝุ่น และสัตว์เลี้ยงกับโรคภูมิแพ้



ขอบคุณข้อมูลจาก สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย

การจัดห้องนอนให้คนแพ้ไรฝุ่น

ไรฝุ่นเป็นสัตว์จำพวกแมง มีขนาดเล็กมาก มองด้วยตาเปล่าไม่เห็น ดำรงชีวิตได้โดยกินเศษคราบเหงื่อไคล รังแค หรือเศษผิวหนังที่หลุดออกจากตัวเรามากพบไรฝุ่นอาศัยอยู่ในที่นอน หมอน ผ้าห่ม พรม ผ้าผืน เฟอร์นิเจอร์ และตุ๊กตาขนปุย การสูดดมหรือสัมผัสไรฝุ่นจะทำให้ผู้ป่วยที่แพ้ไรฝุ่นมีอาการกำเริบได้ ดังนั้นการจัดห้องนอนให้เหมาะสมเพื่อลดปริมาณไรฝุ่นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการแพ้ลดลงได้

วิธีการจัดห้องนอนเพื่อลดปริมาณไรฝุ่น

- ซักผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และผ้าห่ม ด้วยน้ำร้อน อุณหภูมิ 55–60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- หุ้มหรือคลุมที่นอน หมอน และหมอนข้างด้วยพลาสติก หนึ่ง หรือผ้าชนิดพิเศษที่มีคุณสมบัติป้องกันไรฝุ่นได้
- จัดห้องนอนให้โล่ง นำสิ่งของที่ไม่จำเป็นออกจากห้องนอน โดยเฉพาะตุ๊กตาขนนุ่ม
- หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าผืน พรม และเฟอร์นิเจอร์ที่ทำจากเบาะผ้า
- ควรเช็ดทำความสะอาดเครื่องใช้ ตู้ โต๊ะ และพื้นห้องด้วยผ้าชุบน้ำเปียกพอหมาด เพื่อลดปริมาณ และลดการฟุ้งกระจายของไรฝุ่น

สัตว์เลี้ยงกับโรคภูมิแพ้

หลาย ๆ ท่านอาจจะเคยสังเกตว่า ทำไมตนเองหรือคนใกล้ตัวจะมีอาการจาม น้ำมูก น้ำตาไหล หรือไอมากขึ้น เวลาเข้าใกล้หมาหรือแมวที่เลี้ยงในบ้าน หรือเพียงเข้าไปในห้องที่เขาเคยมาเล่น นั่นเป็นสิ่งที่บอกอย่างหนึ่งว่า ท่านหรือคนใกล้ตัวท่านมีอาการของภูมิแพ้ต่อสัตว์เลี้ยงเหล่านั้น

- การที่เรามีอาการเหล่านี้ได้ เกิดจากว่าเรามีการแพ้ต่อสะเก็ดรังแคของหมาหรือแมวเหล่านั้น ซึ่งมีขนาดเล็กมาก และจะลอยอยู่ในอากาศของบริเวณบ้าน หรือห้องนั้นได้นานถึง 6 เดือนทีเดียว โดยที่เจ้าหมาหรือแมวนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นจำเลยให้เห็นขณะนั้น

- เราจะมีรู้อย่างไรว่า เราแพ้หมา แมว หรือไม่ คำตอบคือ การตรวจทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนัง ซึ่งจะช่วยบอกได้ว่าเราแพ้หรือไม่

- หากรู้ว่าแพ้หมา แมว จะต้องทำอะไร การดูแลสำหรับคนที่แพ้สัตว์เลี้ยงเหล่านี้ที่ดีที่สุดคือ ไม่ควรเลี้ยงไว้ในบ้านเลย แต่หากมีอยู่ ควรอาบน้ำให้หมา อย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการกำจัดเศษสะเก็ดรังแคตามตัวของหมาออก และแนะนำว่าควรจะต้องเปลี่ยนการเลี้ยงหมา แมวนั้น ไว้นอกบ้าน โดยเฉพาะห่างออกไปจากบริเวณที่เราหรือคนในบ้านต้องอยู่ประจำ เช่น ห้องรับแขก ห้องนอน เป็นต้น และหมั่นทำความสะอาดห้องต่างๆ ในบ้าน โดยเฉพาะห้องนอนอย่างสม่ำเสมอ อีกอย่างที่จะช่วยลดปริมาณของเศษรังแคในห้องหรือบ้านได้คือ การติดเครื่องฟอกอากาศที่สามารถกรองเอาละอองของรังแคหมา แมวนั้นออกไปได้ แต่ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญร่วมด้วย

พบอีกหลายวิธีป้องกันภูมิแพ้โดยผู้เชี่ยวชาญได้ที่
www.allergyexpert.org

allergy Expert

gsk GlaxoSmithKline

กลุ่มโรงแรมและศูนย์ประชุมสัมนาในอุดมคติ ท่ามกลางธรรมชาติงดงามแห่งแรกในเอเชียแปซิฟิก
เติมเต็มทุกความต้องการในการจัดงานทุกรูปแบบ มาตรฐานระดับนานาชาติ



ห้องโถงปราสาทเสา | เพดานระบบแกว่งลึกลับ | ห้องครัวทันสมัยภายในศูนย์ประชุม | บริการแปลภาษาในการประชุม | ลานจอดรถลือคอปเตอร์รับอาคันตุกะ | 352 จุดจ่ายสารานุกรมโปสเตอร์
448 บูธแสดงสินค้า | 4 ห้องรับรองพิเศษ | สำนักงานผู้จัดงาน | 4 ห้องควบคุม | 18 ห้องประชุมย่อย | เพดานสูง 9.5 เมตร | อินเทอร์เน็ตไร้สาย | ศูนย์บริการการรื้อถอน
ทางเข้าขึ้นถ่ายสินค้าอุปกรณ์การจัดงาน | ลานจอดรถภายในอาคาร 506 คัน | พื้นรองรับน้ำหนัก 1 - 2.5 ตัน



กลุ่มธุรกิจโรงแรมรอยัล คลิฟ และศูนย์ประชุมพีช 353 ถนนท่าหิน เมืองพัทยา จ.ชลบุรี 20150, ประเทศไทย
โทร. 038-250421 | โทรสาร. 038-250511 | mice@royalcliff.com | www.peachthailand.com

PEACH
PATTAYA EXHIBITION AND CONVENTION HALL

ROYAL CLIFF HOTELS GROUP
THE STATE OF EXCLUSIVITY & FASCINATION

Medical MagaZine Online
www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ
Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน



กด



ได้ที่ www.facebook.com/วงการแพทย์





เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ
 มหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๑๒ สิงหาคม ๒๕๕๖

‘สิริกิติ์’ เกียรติล้ำฟ้า
 องค์คู่บุญภวไฉน
 ยืนยงยิ่งใดใด
 ดุจดังร่มร่มฟ้า
 พระกรณียกิจผลล้ำค่า
 หลากสิ่งพระราชทาน
 นำพระทัยสั่งอวยงาน
 ด้วยมิ่งพระกรณาหลังทัน
 ‘พระพรชัยมงคล’ แลบสู่ไท่
 ทรงรุ่งพระสราญดังประสงค
 เกทภัยก่อหลาหลาหลย
 สรรพสิ่งน้อมฯ ถวายล้วน

ขจรไกล
 ก่องหล้า
 เปรียบเท่า
 ร่มทั้งชาวชน
 เนาแนน แล้วเอย
 ยิ่งล้ำ
 พลัส สุขเฮย
 ท่วมลาหทัยชน
 บาทบงส์
 ทวีถ้วน
 ฟ้าสดใส
 แต่ให้ ‘พระแม่สยาม’

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม
 ข้าพระพุทธเจ้า ชาวคณะบริษัท สรรพสาร จำกัด ขอเดชะ
 (สำโรจน์ ทรัพย์สุนทร ร้อยกรอง)

คณะที่ปรึกษาภคิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิชาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
 ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา
 นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา รศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
 ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรจันทร์ ผศ.นพ.วรวิมล จรรย์วานิชย์
 รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนา
 รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณจิตรธรรม ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
 พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอนันตกุล ภก.วิสุทธิ สุริยาภิวัฒน์
 ภก.ธีระ ฉกานโรตม ภญ.ทัศนีย์ เขียวขจี
 ภก.ว่าที่ ร.ต.วิศิษฐ์ ประวีณวงศ์วุฒิ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประคองพันธ์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สำโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช
 เสกสรรค์ สร้อยแหยม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แบบกิต์ไซด์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ชาทิสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม
 ปิยะวรรณ หาญณะ, สุรินทร์ ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

วรานนท์ สอาดถิ่น
 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

สิทธิบัตรยา

บริษัทยาที่ค้นพบตัวยาใหม่ ๆ จะได้รับความคุ้มครองจากการจดสิทธิบัตร
 นาน 20 ปี ซึ่งเจ้าของสิทธิจะนำไปหาประโยชน์ได้ เวลา 2 ทศวรรษนี้ดูเหมือนยาวนาน
 มาก แต่กว่าบริษัทจะพัฒนาผ่านขั้นตอนต่าง ๆ รวมทั้งการทดลองทางคลินิกต้อง
 ลงทุนสูงและกินเวลาอีกหลายปี กว่าที่จะออกขายได้ก็เหลือเวลาถอนทุนไม่มาก ดังนั้น
 บริษัทยาจึงต้องหาทางขยายอายุสิทธิบัตรยาออกไป วิธีที่ใช้กันบ่อยมี 3 วิธี ดังนี้

วิธีแรกคือ ทำเป็นยาผสมร่วมกับตัวยาอื่น เช่น ยาลดไขมัน + ยาลด
 ความดัน (amlodipine + atorvastatin) ซึ่งยาทั้งสองตัวเป็นเจ้าของเดียวกัน และ
 หมดอายุสิทธิบัตรต่างกัน ทำให้คู่แข่งไม่สามารถผลิตยาผสมนี้ได้

วิธีที่สองคือ ทำยาเดิมให้บริสุทธิ์ขึ้น เช่น ยา citalopram มีสูตรเคมี 2 รูป
 คือ (R)- citalopram และ (S)- citalopram ในปริมาณเท่า ๆ กัน แต่ตัวที่มีฤทธิ์คือ
 รูป (S) เท่านั้น ก่อนที่จะหมดอายุสิทธิบัตร บริษัทใช้เวลาเพียง 3 ปีครึ่งในการแยก
 เปรียบที่มีฤทธิ์ที่บริสุทธิ์ ซึ่งถือว่าเป็นตัวยาใหม่คือ escitalopram ช่วยลดขนาดยาและ
 ลดอาการข้างเคียงได้ จึงได้รับการขยายสิทธิได้อีก 5 ปี

วิธีที่สามคือ การทำเป็นยาออกฤทธิ์นาน หรือสร้างระบบนำส่งยาแบบใหม่
 เช่น ยา zolpidem ซึ่งละลายได้ช้า เมื่อเปลี่ยนเป็นยาอมใต้ลิ้นละลายเร็ว ได้รับการ
 ขยายสิทธิบัตรอีก 5 ปี เช่นเดียวกับยาใหม่

การจดสิทธิบัตรยาในประเทศไทยยังมีความแตกต่างจากต่างประเทศ
 พอสมควร แม้แต่สูตรตำรับยาธรรมดา บางทีก็จดสิทธิบัตรได้ หรือมีการปรับปรุง
 เล็ก ๆ น้อย ๆ ก็อ้างสิทธิว่าเป็นของใหม่ แล้วขอขยายเวลาคุ้มครอง ขณะนี้กระทรวง
 พาณิชยกรรมกำลังยกร่างคู่มือรับจดสิทธิบัตรยา เพื่อใช้เป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่นำไป
 ใช้ในการรับคำขอและเพื่อช่วยให้การตรวจสอบสิทธิบัตรยาามีหลักเกณฑ์เป็นแบบ
 เดียวกัน ซึ่งจะช่วยให้มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ ซึ่งก่อนหน้านี้มักจะมีการอ้าง
 ว่ามีการปรับปรุงพัฒนายาใหม่ และขอขยายอายุสิทธิบัตรทั้ง ๆ ที่ไม่มีอะไร
 ใหม่ อย่างไรก็ตาม หลักเกณฑ์ใหม่นี้ถึงจะออกมาช้าบ้างก็ยังดีกว่าไม่ทำอะไรเลย

ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประคองพันธ์

Contents

ฉบับ 181 ประจำเดือนสิงหาคม 2556



3 โลกกว้างทางยา

- งดอาหารเข้าหัวใจวายง่าย
- ยาสเตตินอาจลดโรคพาร์กินสัน
- ศึกษาขึ้นอาจพบต้นเหตุโรคภูมิแพ้

6 Hot News

- อย. ออกประกาศฯ การแสดงค่า SPF, PFA, PA บนฉลากเครื่องสำอางกันแดด
- อย.-ไปรษณีย์ไทย พร้อมให้บริการจัดส่งวัตถุเสพติดทางการแพทย์
- ผลิตภัณฑ์น้ำมันรำข้าว-จมูกข้าว ลักลอบใส่ยาลดความอ้วน

9 กันกระเเส

อาหารป้องกันโรคอัลไซเมอร์

10 สอบรู้เรื่องยา

ประโยชน์ของ stem cell จากเลือดสายสะดือและสายสะดือ

12 กัสการยา

Afatinib รักษา มะเร็งปอด NSCLC

13 CPE PLUS

ไมเกรน

21 กฎหมายเภสัช

After the Music Stopped...

24 เกาะติดสถานการณ์

การแพทย์แผนไทย

ปริญญาศาสตรบัณฑิต AEC

28 เกาะติดงานประชุม

สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล

จัดประชุมให้คำปรึกษาเรื่อง ระบบยา ครั้งที่ 2/2556

ร่วมแชร์ประสบการณ์ ทิศทางการพัฒนาเภสัชกรรม

29 อาคันตุกะ

ภญ.รศ.ดร.มานี เหลืองธนะนันต์

“เซลล์เล็ก” ประโยชน์ที่ได้มากกว่าที่เรารู้จัก

32 รู้กับโรค

ศรียาจับมือกรมวิทย์ วิจัยใช้สเต็มเซลล์

ในผู้ป่วยจอตาเสื่อมชนิด RP หวังผลการรักษาในอนาคต

34 สมุนไพร - แพทย์ทางเลือก

“สารสกัดขมิ้นชัน” สมุนไพรแก้กับทางเลือกใหม่

สำหรับผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบ

36 ยากับชีวิต

ไหว้พระ ๙ วัดในกรุงเทพฯ เพื่อความเป็นสิริมงคล

38 เก็บมาฝาก

หลากหลายจัดการกับความเหนื่อย

39 แกะกล่อง FDA

ยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใหม่

40 ปกป้องข่าว

เปิดเวทีเสวนาเชิงวิชาการประจำปี 2556

“จะอยู่อย่างไรให้มีความสุขกับมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง”

42 รายงานพิเศษ

เผื่อระวัง...โคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2012 ระบาด

44 รายงานพิเศษ

การนำส่งสารผ่านทางรูขุมขนเพื่อใช้ทางเครื่องสำอาง (Transfollicular delivery for cosmetics)

46 ชอกแซก

47 ข่าวบริการ



วัคซีนโรคมะเร็งปากมดลูกปลอดภัยแต่ใช้น้อย

HealthDay News: ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC) รายงานว่า ความพยายามที่จะให้วัคซีนแกสตรีกเพื่อป้องกันโรคมะเร็งซึ่งมีต้นเหตุจากเชื้อไวรัส human papillomavirus (HPV) ยังไม่ค่อยคืบหน้า มีสตรีที่ฉีดวัคซีน HPV เท่าเดิม ในปี ค.ศ. 2011 และ 2012 คิดเป็นประมาณ 53% ของสตรีที่เคยได้รับวัคซีน HPV อย่างน้อย 1 ครั้ง สตรีที่ได้รับวัคซีนจนครบโดส 3 ครั้งมีเพียง 1 ใน 3 ของสตรีทั้งหมด

Tom Frieden ผู้อำนวยการศูนย์ CDC กล่าวว่า เรากำลังสูญเสียโอกาสในการใช้วัคซีน HPV ซึ่งป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ผลดีกว่าที่คาดไว้ HPV วัคซีน 2 ยี่ห้อคือ Cervarix และ Gardasil สามารถป้องกันไวรัสซึ่งเป็นต้นเหตุของมะเร็งปากมดลูกถึง 70% และการใช้วัคซีนนี้ควรใช้กับสตรีอายุ 11-12 ปี

ศูนย์ CDC คาดว่าจะมีสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นปีละ 4,400 ราย และมีการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกปีละ 1,400 ราย ในขณะที่การฉีดวัคซีน HPV ขณะนี้มีสตรีเพียง 33% ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ถึง 80% ที่ควรจะได้รับวัคซีนนี้

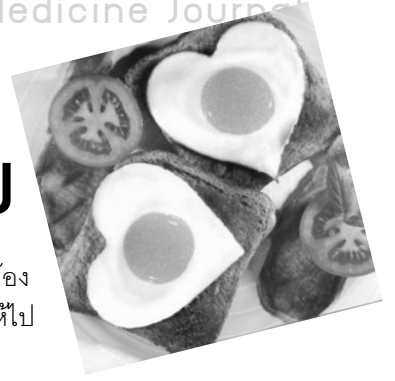
ประมาณ 79 ล้านคนในสหรัฐอเมริกามีการติดเชื้อ HPV และมีการติดเชื้อรายใหม่ปีละ 14 ล้านคน HPV เป็นเชื้อไวรัสที่พบได้ประจำในทุกเพศทั้งหญิงและชายในวัยเจริญพันธุ์ และมักจะติดเชื้อ HPV ชนิดใดชนิดหนึ่งในช่วงชีวิตของคน

ปัญหาที่มีการฉีดวัคซีนน้อยมีชื่อว่าวัคซีนขาดแคลน แต่พ่อแม่และแพทย์มักจะพลาดโอกาสในการให้วัคซีน HPV ราว 84% ของเด็กหญิงอายุ 11 ขวบ ต้องมีการพบแพทย์เพื่อรับวัคซีนชนิดอื่น แต่ไม่ได้ฉีดวัคซีน HPV ดังที่ได้สำรวจ การฉีดวัคซีนประจำปี หากได้รวมการฉีดวัคซีน HPV ในการฉีดวัคซีนประจำปีด้วยจะครอบคลุมการฉีดได้ถึง 92% เด็กหญิงเหล่านี้ต้องมาพบแพทย์อยู่แล้วเพื่อรับวัคซีนอื่น แต่จะไม่ได้รับวัคซีน HPV ครั้งที่ 2 และ 3 ดังนั้น แพทย์ควรแนะนำให้ได้วัคซีน HPV เช่นเดียวกับวัคซีนอื่น แต่ก็มีพ่อแม่ราว 1 ใน 4 ที่ไม่ให้ลูกฉีดวัคซีน HPV เมื่อถามถึงเหตุผลจะมีคนตอบ 19% คิดว่าไม่จำเป็น, 14% ตอบว่าแพทย์มิได้แนะนำ, 13% คิดว่าอาจไม่ปลอดภัย, 13% ไม่เคยทราบมาก่อนว่ามีวัคซีน และอีก 10% เห็นว่าเด็กยังไม่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์

แม้ว่า HPV เป็นไวรัสที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งเด็กหญิงและชายควรจะได้รับวัคซีนขณะที่ยังเด็ก เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันสูงเมื่อโตขึ้น ปัจจุบันพ่อแม่มีความเข้าใจมากขึ้นว่าควรจะให้วัคซีน HPV ในขณะที่ยังเด็ก ซึ่งไม่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ การฉีดวัคซีน HPV มีใช้การเปิดประตูสู่การมีเพศสัมพันธ์ แต่เป็นการปิดประตูการเกิดมะเร็งปากมดลูก Dr.Frieden กล่าว วัคซีน HPV มีประวัติการใช้มานาน มีความปลอดภัยสูง



จดอาหารเช้าหัวใจวายง่าย



HealthDay News: ผู้ที่อดอาหารเช้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหัวใจวาย หรือเกิดเป็นโรคหัวใจสูงกว่าคนที่กินอาหารเช้า 27% ผลการวิจัยนี้ยืนยันการวิจัยก่อนหน้านี้ที่ว่าพฤติกรรมการกินเพิ่มการเกิดโรคหัวใจ

ผู้ที่งดอาหารเช้าจะมีน้ำหนักตัวเพิ่ม เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีคอเลสเตอรอลสูงด้วย Dr.Eric Rimm นักวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด รายงาน ตัวอย่างเช่น ผู้อดอาหารเช้าราว 15% มีโอกาสน้ำหนักเพิ่ม และ 21% มีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน ดังที่รายงานก่อนหน้านี้

การศึกษาครั้งใหม่ได้ตีพิมพ์ในวารสาร Circulation พบว่า คนที่งดอาหารเช้ามีพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย และดื่มเหล้า มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับคุณภาพของอาหารและโภชนาการที่ควรจะได้รับ แต่เรายังไม่พูดถึงพฤติกรรมการกิน Dr.Suzanne Steinbaum แพทย์ป้องกันโรคหัวใจจากโรงพยาบาลเลนออกซ์ ฮิลล์ ในกรุงนิวยอร์ก กล่าว และ การศึกษานี้ก็ยังไม่ได้พูดถึงชนิดอาหาร เพียงแต่ดูเรื่อง

พฤติกรรมการกิน การมีสุขภาพหัวใจดี จำเป็นต้องรับประทานอาหารเช้า เพราะจะช่วยป้องกันมิให้ไปทำอย่างอื่นที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

รายงานครั้งใหม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการศึกษา 16 ปี ในผู้ชาย 27,000 คนที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ติดตามพฤติกรรมการกินและสุขภาพโดยรวม จากปี ค.ศ. 1992-2008 ในระหว่างนี้มี 1,572 คนที่มีโรคหัวใจจากการรับประทานอาหารเช้ายามดึกเป็นประจำ

Dr.Rimm เห็นว่ามีคำอธิบายได้หลายอย่างว่าการงดอาหารเช้าเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ผู้งดอาหารเช้าจะไม่รับประทานอะไรอีกตลอดวัน จึงรับประทานอาหารเช้าในมือต่อไป ก่อให้เกิดระดับคอเลสเตอรอลสูง และความดันโลหิตสูง เมื่อเทียบกับคนรับประทานอาหารเช้ากว่า

ชนิดของอาหารที่รับประทานตอนเช้างี้มีส่วนสำคัญ โดยมากอาหารเช้าจะเป็นอาหารสุขภาพ หากงดผัก ผลไม้ โยเกิร์ต ก็จะขาดโภชนาการที่ดี คนหนุ่มมักจะงดอาหารเช้ามากกว่าผู้สูงอายุ และมักเป็นพวกวัยทำงานที่ต้องรีบเร่ง มีความเครียด ซึ่งเป็นผลเสียต่อหัวใจ และมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น

การศึกษานี้ไม่ได้รวมสตรี แต่ผู้วิจัยคาดว่าคงได้ผลเหมือนกับในผู้ชาย Dr.Rimm เน้นว่าผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพที่ดี มีหลายวิธีที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ เช่น การออกกำลังกาย งดบุหรี่ ซึ่งก็ทำได้ยาก แต่การรับประทานอาหารเช้าเป็นวิธีที่ง่ายกว่า ไม่ต้องลงทุน เพียงรับประทานอะไรเล็กน้อยก็พอ

ยาสแตตินอาจลดโรคพาร์กินสัน

HealthDay News: ประชากรทั่วโลกหลายล้านคนใช้ยากลุ่มสแตติน (statins) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองขาดเลือดและหัวใจวาย จากผลวิจัยใหม่จากไต้หวันแสดงว่ายาอาจมีผลดีต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยลดการเกิดโรคพาร์กินสันได้ด้วย

จากการวิเคราะห์คนไข้ 44,000 รายที่หยุดการใช้ยาสแตติน เช่น ยา simvastatin, atorvastatin อาจจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันสูงขึ้น 58% เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยังคงใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

ยาสแตตินที่เป็นยาที่ละลายได้ในไขมัน เช่น simvastatin, atorvastatin เชื่อว่าสามารถข้ามผ่านเยื่อกั้นสมองกับเลือด (blood-brain barrier) ได้ ยานี้อาจลดอาการอักเสบและปรับเปลี่ยน dopamine pathway ในสมองส่วนที่ทำให้เกิดโรคพาร์กินสัน จึงชะลอการเกิดโรคนี้ ซึ่งต่างจากยาสแตตินที่ละลายได้ในน้ำ เช่น rosuvastatin และ pravastatin ที่ไม่มีผลดังกล่าว

Dr.Jou-Wer Lin แพทย์โรคหัวใจโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งชาติไต้หวันกล่าวว่า เขาตีใจมากกว่าประหลาดใจที่พบความสัมพันธ์นี้ ผลการวิเคราะห์นี้ได้จากการสังเกตและคงต้องมีการศึกษาทางคลินิกต่อไปเพื่อดูความสัมพันธ์ของยาสแตตินกับการเกิดโรคพาร์กินสันต่อไป รายงานนี้ตีพิมพ์ในวารสาร Neurology

ชาวอเมริกันที่อายุมากกว่า 45 ปี ราว 1 ใน 4 คน ใช้ยาสแตตินเพื่อลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ในสหรัฐอเมริกาเมื่อเริ่มใช้ยาสแตตินแล้วก็จะใช้กันชั่วชีวิต ส่วนในไต้หวันระบบ

ประกันสุขภาพแห่งชาติขอให้แพทย์ระงับการสั่งยาสแตตินเมื่อมีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดถึงเป้าหมายที่กำหนดแล้ว ข้อกำหนดนี้ได้สิ้นสุดเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม ค.ศ. 2013 รัฐบาลจึงให้ทุนศึกษาว่า หากใช้ยาสแตตินต่อไปจะมีผลต่อโรคพาร์กินสันอย่างไร เนื่องจากการศึกษาก่อนหน้านี้ผลการศึกษาขัดแย้งกัน

การศึกษาครั้งใหม่ทำในช่วงปี ค.ศ. 2001-2008 ในคนไข้ที่ใช้ยาสแตตินที่ไม่มีภาวะโรคพาร์กินสัน พบว่ามีคนที่ใช้ยาสแตตินที่ละลายน้ำได้เป็นโรคพาร์กินสันมากเป็น 2 เท่าของกลุ่มที่ใช้ยาสแตตินที่ละลายในไขมัน

อย่างไรก็ตาม Dr.Michael Okun ผู้อำนวยการมูลนิธิพาร์กินสันแห่งชาติ ในเมืองไมอามีกล่าวว่า ผลวิจัยนี้เป็นที่น่าสนใจ แต่ก็ไม่น่าประหลาดใจ แต่ก็พึงระวังในการแปลผล โดยทั่วไปแล้วการศึกษาในประชากรจำนวนมากไม่ควรนำมาใช้ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติเพราะมีโอกาสผิดพลาดได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสันควรเลือกใช้สแตตินที่ละลายไขมันได้ โดยหวังว่าอาจชะลออาการโรคพาร์กินสัน สำหรับผู้ที่ใช้ยาสแตตินอยู่แล้วก็ไม่ควรหยุดใช้ แต่หากเพิ่งตรวจพบว่าเป็นโรคพาร์กินสันก็ไม่ประโยชน์เท่าไรที่จะเริ่มใช้ยาสแตติน



HealthDay News: ผู้ที่มีภาวะผิดปกติที่เรียกว่า **Loeys-Dietz syndrome** มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคภูมิแพ้ เป็นผลจากการศึกษาในเด็ก 58 คนที่มีอายุระหว่าง 7-20 ปีที่เป็นโรคดังกล่าว โดยนักวิจัยจากสถาบันเวชศาสตร์พันธุกรรม ศูนย์วิจัยเด็กจอห์น ฮอปกินส์

Dr.Pamela Frischmeyer-Guerrero หัวหน้าคณะวิจัยกล่าวว่า คนไข้เด็กเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงมากที่จะเป็นโรคภูมิแพ้ มีไข้การแพ้ชนิดใดชนิดหนึ่ง แต่มีการแพ้ทุกชนิด เขาคิดว่าสารพันธุกรรมที่ก่อกลายพันธุ์ทำให้เกิดภาวะ Loeys-Dietz syndrome มีความใกล้ชิดกับการเกิดอาการภูมิแพ้มาก ๆ จนนำมาอธิบายได้ว่าทำไมคนบางคนจึงแพ้ง่าย แต่นักวิจัยโรคภูมิแพ้ไม่ค่อยเชื่อเท่าไร คิดว่าเป็นความบังเอิญมากกว่า

Loeys-Dietz syndrome เกิดจากการก่อกลายพันธุ์ของยีนที่เรียกว่า TGF-beta ซึ่งนักวิจัยสงสัยว่าจะเกี่ยวข้องกับการที่มีความไวต่อการเกิดภูมิแพ้ เช่น ผื่นพุพองและเป็นหิด

นักวิจัยพบว่าคนไข้โรค Loeys-Dietz syndrome มีการเพิ่มระดับของโมเลกุลสื่อสัญญาณโดยยีนนี้ ซึ่งเรียกว่า transforming growth factor-beta หรือ TGF-beta ซึ่งมีบทบาทหลายประการในร่างกายคน เป็นตัวควบคุม

ศึกษายีนอาจพบต้นเหตุโรคภูมิแพ้

การเจริญของเซลล์ในอวัยวะหลายส่วน การก่อกลายพันธุ์ของยีน TGF-beta จึงทำให้เกิดภาวะ Loeys-Dietz ซึ่งเส้นเลือดจะเปลี่ยนเป็นเกลียว มีลักษณะทางกายภาพผิดปกติ

TGF-beta ยังเกี่ยวข้องกับการควบคุมระบบภูมิคุ้มกันซึ่งเป็นระบบร่างกายในการต่อสู้สิ่งแปลกปลอม เช่น เชื้อจุลินทรีย์ ในขณะที่เกิดปฏิกิริยากับสิ่งแปลกปลอม เช่น อาหารและเกสรดอกไม้

ในกรณีของ Loeys-Dietz มีการเพิ่มระดับ TGF-beta ทำให้มีความไวของระบบภูมิคุ้มกันต่อสิ่งแปลกปลอม ก่อให้เกิดอาการภูมิแพ้ เช่น หอบหืด และผื่นพุพอง นักวิจัยอ้างว่าพบเซลล์ที่ควบคุมร่างกายโดยสร้างสื่อการเกิดอาการอักเสบแทนที่จะไปสร้างโมเลกุลที่ก่อให้เกิดอาการแพ้ กลับไปสร้างสารที่ทำให้เกิดอาการแพ้เสียเองและเร่งการอักเสบ

ขั้นตอนนี้นักวิจัยนำเอาเซลล์ภูมิคุ้มกันที่ยังไม่กลายพันธุ์จากผู้ป่วย Loeys-Dietz syndrome แล้วจุ่มลงใน TGF-beta เซลล์เหล่านี้จะเปลี่ยนไปเป็นเซลล์ที่เพิ่มการเกิดภูมิคุ้มกันทั้งต่อเชื้อจุลินทรีย์ และอาหารหรือเกสรดอกไม้

ทั้งหมดนี้แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงระดับสารสื่อสัญญาณ TGF-beta เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภูมิแพ้ ความยากลำบากในการรักษาอาการภูมิแพ้คือ การเจาะจงเป้าหมายที่เป็นกุญแจสำคัญในการสื่อสัญญาณ ดูเหมือนว่าสาร TGF-beta จะเป็นตัวหลักในเส้นทางหนึ่งในหลายเส้นทางที่ก่อให้เกิดอาการแพ้ หาก TGF-beta เป็นตัวที่ทำให้เกิดอาการแพ้จริง ๆ ก็มียาที่จะลดระดับ TGF-beta ได้คือ losartan ซึ่งปัจจุบันใช้เป็นยาลดความดันโลหิต

การจับไว้อาจลดผลจากการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

HealthDay News: แม้ว่าการใช้สารแอนติออกซิแดนท์เป็นเรื่องดี แต่การได้มากขึ้นมิใช่จะดีกว่า จากการศึกษาครั้งใหม่ในคนจำนวนไม่มากพบว่า สาร resveratrol ซึ่งเป็นสารแอนติออกซิแดนท์หรือสารต้านอนุมูลอิสระจากธรรมชาติที่พบในองุ่นแดงและผลิตภัณฑ์ เช่น ไวน์แดง อาจไปลดผลดีที่ได้จากการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

การศึกษานี้ทำในผู้ชาย 27 คนที่มีสุขภาพดีแต่ไม่ค่อยออกกำลังกาย เป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ มีอายุราว 65 ปี ทุกคนที่เข้าร่วมโครงการเริ่มด้วยการออกกำลังกายอย่างหนักในสถานออกกำลังกายของมหาวิทยาลัยโคเปนเฮเกน นาน 8 สัปดาห์ ในระหว่างนี้ครึ่งหนึ่งได้รับสาร resveratrol 250 mg ทุกวัน ส่วนที่เหลือได้รับยาหลอกซึ่งไม่มีสาร resveratrol โดยทั้งผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการไม่ทราบใครได้อะไร

แม้ว่าการออกกำลังกายทำให้สุขภาพหัวใจดีขึ้น การวิจัยนี้กลับพบว่า resveratrol มีฤทธิ์ตรงข้ามกับผลที่เกิดจากการออกกำลังกายในด้านความดันโลหิต ระดับของไขมันในเลือด และความสามารถในการขนส่งและใช้ออกซิเจนของร่างกาย

กลุ่มที่ได้รับยาหลอกมีความดันโลหิตต่ำกว่า

และความเข้มข้นของ LDL หรือไขมันเลว คอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ลดลง หลังจากออกกำลังกาย 8 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับสาร resveratrol ที่ออกกำลังกายเหมือนกันไม่มีผลในการลดความดันโลหิต ไขมันในเลือด และมีการลดการใช้ ออกซิเจนอย่างมีนัยสำคัญ

นักวิจัยพบว่า สาร resveratrol ไม่มีผลต่อการเกิดเส้นเลือดแดงกระด้างหรือแข็งตัว ซึ่งผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลเพิ่มเติมที่ยังสงสัยกันว่า สาร resveratrol มีผลดีต่อร่างกายจริงหรือ ผลที่ได้จากการวิจัยนี้ยังไม่มีคำอธิบาย ยังไม่มีใครตอบได้ ยังคงเป็นปริศนา ส่วน Dr.Lasse Gliemann หัวหน้าคณะวิจัยกล่าวว่า มีข้อสันนิษฐานว่าอนุมูลอิสระ (ซึ่งถูกกำจัดโดยสารต้านออกซิเดชัน) ซึ่งเป็นตัวทำลายเซลล์ หากมีมากเกินไปอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองจากการออกกำลังกาย ดังนั้น เมื่อมีแอนติออกซิแดนท์มากเกินไปอาจไปกำจัดอนุมูลอิสระทั้งหมดจนไม่เหลือ และกำจัดผลที่เกิดจากการออกกำลังกาย

การใช้แอนติออกซิแดนท์ปริมาณสูงไม่พบว่ามีประสิทธิภาพดีจากการศึกษาขนาดใหญ่หลายโครงการ บางคนเชื่อว่าคนเราต้องการ oxidation stress เพื่อการกระตุ้นผลดีที่เกิดจากการออกกำลังกายเช่นเดียวกับการเกิดอาการอักเสบ แต่การมีมากเกินไปกลับไม่เป็นผลดี

โดยสรุปคือ อนุมูลอิสระที่คิดว่าเป็นตัวทำให้เกิดการอักเสบ ทำให้แก่และทำให้เกิดโรค อาจเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการมีสุขภาพดีของร่างกาย ดังนั้น การใช้สารต้านออกซิเดชัน ซึ่งเป็นตัวกำจัดอนุมูลอิสระ หากใช้มากเกินไปกลับไม่เป็นผลดี แต่มากแค่ไหนยังคงต้องศึกษาต่อไป





PFA โดยฉลากเครื่องสำอางประเภทผลิตภัณฑ์ป้องกันแสงแดดจะต้องแสดงระดับหรือค่าความสามารถในการป้องกันรังสียูวี (SPF) หรือรังสียูวีเอ (PFA หรือ PA) ดังนี้

1. การแสดงค่า SPF ที่มีค่าการป้องกันรังสียูวีอยู่ระหว่าง 6-50 ให้แสดงระดับหรือค่า SPF ตามจริง กรณีที่ผลิตภัณฑ์มีค่าความสามารถในการป้องกันรังสียูวี เป็นตัวเลขที่มีค่ามากกว่า

อย. ออกประกาศ การแสดงค่า SPF, PFA, PA บนฉลากเครื่องสำอางกันแดด

นพ.ไพศาล ดั่นคุ้ม รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กล่าวว่า ตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้เคยสำรวจค่า SPF: เอสพีเอฟ ของผลิตภัณฑ์ป้องกันแสงแดดที่ขายอยู่ในท้องตลาดเมื่อปี พ.ศ. 2549-2550 พบการแสดงค่า เอสพีเอฟ หรือค่าความสามารถในการป้องกันรังสียูวีที่ไม่ถูกต้องตามที่ระบุบนฉลาก และไม่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์สากลเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้บริโภคเกิดการเข้าใจผิด และเลือกใช้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ ดังนั้น อย. จึงออกประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง “การแสดงค่าความสามารถในการป้องกันแสงแดดของผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่มีสารป้องกันแสงแดด” โดยกำหนดการแสดงค่าความสามารถในการป้องกันแสงแดดของผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการกล่าวอ้างค่า SPF (เอสพีเอฟ) ซึ่งก็คือ ค่าที่แสดงถึงความสามารถของผลิตภัณฑ์ในการป้องกันการไหม้แดงของผิวหนังที่เกิดจากการสัมผัสรังสียูวี, ค่า PFA (พีเอฟเอ) คือ ค่าที่แสดงถึงความสามารถของผลิตภัณฑ์ในการป้องกันการดำคล้ำของผิวหนังที่เกิดจากการสัมผัสรังสียูวี และค่า PA (พีเอ) คือ ค่าที่สมาคมอุตสาหกรรมเครื่องสำอางแห่งประเทศไทยได้กำหนดขึ้นแทนการใช้ค่า

50 ให้แสดง “SPF 50+” ในกรณีที่ไม่มีผลการทดสอบหรือมีผลการทดสอบได้ค่าการป้องกันรังสียูวีต่ำกว่า 6 ไม่ให้แสดงข้อความใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับค่าความสามารถในการป้องกันแสงแดด

2. การแสดงค่า PFA หรือ PA ที่แสดงถึงการป้องกันรังสียูวีเอ โดยให้แสดงระดับ สัญลักษณ์ หรือค่าความสามารถอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ค่า PA+, PA++, PA+++ และ PA++++ หมายถึงประสิทธิภาพระดับต่ำ กลาง สูง และสูงมาก

ถ้ามีการแสดงค่าความสามารถในการกันน้ำ ต้องผ่านการทดสอบโดยวิธีตามมาตรฐานสากล และแสดงระดับของประสิทธิภาพผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่มีสารป้องกันแสงแดดที่ผ่านการทดสอบกันน้ำรวมทั้งสิ้นเป็นเวลา 40 นาที ให้แสดงคำว่า Water resistance หรือ Water resistance (40) ถ้ากันน้ำรวมเป็นเวลา 80 นาที ให้แสดงคำว่า Very water resistance หรือ Very water resistance (80)

โดยประกาศ ดังกล่าวมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2556 เป็นต้นไป จึงขอให้ผู้ผลิตเพื่อขายหรือนำเข้าเพื่อขายที่ได้รับใบอนุญาตเครื่องสำอางควบคุมอยู่ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ต้องดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศนี้ภายใน 180 วันนับแต่วันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ



อย.-ไปรษณีย์ไทย พร้อมให้บริการจัดส่งวัตถุเสพติดทางการแพทย์

นพ.บุญชัย สมบูรณ์สุข เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กล่าวว่า โครงการพัฒนาระบบการจัดส่งยาผ่านบริการไปรษณีย์โลจิสติกส์ กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ดำเนินการปรับกระบวนการภายใน และเพิ่มประสิทธิภาพระบบการจัดส่งวัตถุเสพติด โดยได้ร่วมกับบริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด ออกแบบและพัฒนาโปรแกรมระบบ Shipping Tools



เพื่อจัดส่งวัตถุเสพติดให้แก่สถานพยาบาล/โรงพยาบาล/คลินิก ทั่วประเทศ มาตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2556 และได้เริ่มทดลองใช้ระบบดังกล่าวตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าสามารถให้การได้สะดวกและสามารถขนส่งถึงปลายทางได้ภายในไม่เกิน 3 วันทำการ สามารถติดตามสถานะในกระบวนการขนส่งได้โดยผ่านทางระบบอินเตอร์เน็ต ทั้งนี้ไม่มีการขึ้นราคาจำหน่ายวัตถุเสพติดหรือคิดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมแต่อย่างใด ที่สำคัญหากระบบการจัดส่งได้มาตรฐาน รวดเร็ว จะส่งผลให้ลดภาระการสำรองยาของสถานพยาบาลที่ไม่จำเป็นต้องสั่งเวชภัณฑ์ไปเก็บไว้ในสต็อกจำนวนมากอีกด้วย

นพ.บุญชัย กล่าวเพิ่มเติมว่า ระบบ Shipping Tools เป็นระบบที่ใช้จัดส่งวัตถุเสพติดทางการแพทย์ไปยังลูกค้าเป็นการเฉพาะ แยกจากสินค้าอื่น และมีระบบควบคุมอุณหภูมิไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส และระบบ GPS ติดตั้งที่รถยนต์ ซึ่งเป็นการพัฒนาโปรแกรมร่วมกันระหว่าง อย. และบริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด ทั้งนี้บริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด จะใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่มีการออนไลน์ทั้งระบบ และมีการเชื่อมโยงข้อมูลสินค้าที่จะส่งจากคลังวัตถุเสพติดทางการแพทย์ อย. ไปยังบริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด โดยตรง โดยผู้รับสามารถตรวจสอบสถานะการขนส่งได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต และ อย. สามารถตรวจสอบได้ทุกขั้นตอนของการจัดส่งผ่านระบบออนไลน์ รวมทั้งการส่งคืนกรณีไม่มีผู้รับ หากต้องการสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้บริการจัดส่งวัตถุเสพติดที่ใช้ทางการแพทย์สามารถสอบถามได้ที่ กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด อย. โทรศัพท์ 0-2590-7744 ในวันและเวลาราชการ

เตือน “ยาร่วมหวานหัวใหญ่ สมุนไพรประดง 109” อันตราย

นพ.ไพศาล ดั่นคุ้ม รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กล่าวว่า ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาได้รับแจ้งจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ น่าน พิจิตร โขงเจียม ลำพูน ชัยภูมิ เลย และสมุทรสงคราม ให้ตรวจสอบเฝ้าระวังสถานที่ผลิตยาแผนโบราณชื่อ “ยาร่วมหวานหัวใหญ่ สมุนไพรประดง 109” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2556 เนื่องจากยาดังกล่าวแสดงฉลาก “ยานี้ปรุงที่วัดถ้ำไชย้อย บ้านหล่ม ต.หนองหล่ม อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา ท่านหลวงพ่อก้าว ธรรมโณ ผู้ปรุง แสดงเครื่องหมาย อย. และมีอักษรภายในซึ่งเปลี่ยนไปในแต่ละที่” โดยผลจากการตรวจสอบข้อเท็จจริงในพื้นที่พบว่า ต.หนองหล่ม อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา ไม่มีวัดชื่อ “วัดถ้ำไชย้อย” และจากการสอบถามที่สำนักงานพระพุทธศาสนา จ.พะเยา ไม่มีพระชื่อ “หลวงพ่อก้าว ธรรมโณ” ที่สำคัญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่แจ้งข้อมูลแทบทุกจังหวัด ยาดังกล่าวตรวจพบการปนเปื้อนยาเสพติดชนิดร้ายแรง ซึ่งยากลุ่มเสี่ยงจัดเป็นยาควบคุมพิเศษ ต้องใช้ภายใต้ความดูแลของแพทย์ เพราะเป็นยาที่มีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายแทบทุกระบบ มีผลข้างเคียงสูง ผู้ผลิตที่เห็นแก่ได้มักนำมาผสมในยาแผนโบราณเพื่อให้



เกิดผลในการรักษาที่รวดเร็ว แต่จะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ใช่มากมายถ้าไม่ได้อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ เช่น ทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส เชื้อราได้ง่าย เชื้อราเฉพาะอาหารบางลงอาจถึงขั้นกระเพาะทะลุ กล้ามเนื้อลีบ กระดูกผุ ภูมิคุ้มกันลดลง บางรายอาจถึงขั้นไตวายเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยขณะนี้ อย. กำลังดำเนินการสืบสวนหาแหล่งผลิตและผู้จำหน่ายรายใหญ่ เพื่อดำเนินคดีทางกฎหมายอย่างเข้มงวด มีให้โฆษณาขายยาหลอกลวงผู้บริโภคต่อไป



จัดจำหน่ายโดยบริษัท เพอร์ซิเด็นท์ เกรน โปรดักท์ จำกัด ผสมยาลดความอ้วน เฟนฟลูรามีน (Fenfluramine) จึงจัดเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์ ตามมาตรา 26 (1) เป็นอาหารที่มีสิ่งที่น่าจะเป็นอันตรายแก่สุขภาพเจือปน ฝ่าฝืนมาตรา 25 (1) โทษตามมาตรา 58 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 2 หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ผลิตภัณฑ์น้ำมันรำข้าว-จมูกข้าว ลักลอบใส่ยาลดความอ้วน

ภญ.ศรินทร์ล กรกชกร รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กล่าวว่า สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ตรวจสอบผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ส่งตรวจวิเคราะห์ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปรากฏพบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบรรจุแผงบลิสเตอร์สีเงิน รวมบรรจุในกล่องกระดาษสีเขียว ฉลากระบุผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวและจมูกข้าวชนิดแคปซูล ออริซานอล เลขสารบบอาหารที่ 10-1-00653-3-0006 MFG 03/2012 EXP 03/2014 น้ำหนักสุทธิ 44 กรัม (60 แคปซูล) ผลิตโดยบริษัท สยาม ไบโอเบสท์ จำกัด

โดยยาลดความอ้วน เฟนฟลูรามีน (Fenfluramine) ซึ่งเป็นยาที่ถูกเพิกถอนทะเบียนตำรับยาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เนื่องจากไม่ปลอดภัยแก่ผู้ใช้ยา ซึ่งปรากฏข้อมูลการศึกษาวินิจฉัยพบว่า ยาเฟนฟลูรามีน (Fenfluramine) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความผิดปกติของลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) อาจเกิดความเสี่ยงทำให้เกิดอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้



กรมควบคุมโรค ชี้สารรมควันข้าว ไม่มีพิษตกค้าง

ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า จากการเฝ้าระวังการรมควันข้าวที่เก็บไว้ในโกดัง โดยการใช้สาร 2 ชนิดคือ “เมทิลโบรไมด์” (Methyl bromide) และ “อลูมิเนียมฟอสไฟด์” (Aluminium phosphide) หรือที่เรียกสั้น ๆ ว่า “ฟอสฟีน” เพื่อป้องกันแมลงศัตรูพืช รวมถึงการฆ่าแมลง และฆ่าเชื้อราต่าง ๆ นั้น พบว่า การรมควันข้าวที่สมบูรณ์จะต้องเกิดจากกระบวนการของสารรม โดยการบรรจุก๊าซเข้าไปในที่ที่มีการร่วไหลและสามารถเก็บกักก๊าซนั้น ๆ ไว้ให้ได้ในระยะเวลาที่ต้องการ และเพื่อวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ส่วนสารรม คือ สารที่เป็นพิษต่อสิ่งมีชีวิตในรูปของไอหรือควัน ซึ่งเมื่ออยู่ในอุณหภูมิและความดันที่เหมาะสมจะอยู่ในสถานะที่เป็นแก๊สและสามารถคงสภาพเป็นแก๊สอยู่ได้ หากความเข้มข้นและเวลาเหมาะสมจะสามารถฆ่าสิ่งมีชีวิตได้

สำหรับสารรมที่นิยมใช้กันมากในปัจจุบันอย่างแพร่หลายคือ เมทิลโบรไมด์ (Methyl bromide) และอลูมิเนียมฟอสไฟด์ (Aluminium phosphide) หรือฟอสฟีน (Phosphine) ส่วนในประเทศไทยก็ใช้สารดังกล่าวมานานมากกว่า 40 ปีแล้ว เมื่อแยกตามชนิดและคุณสมบัติของสารจะพบว่า “เมทิลโบรไมด์” เป็นก๊าซไม่มีสี ไม่มีกลิ่น และมีข้อได้เปรียบกว่าสารรมชนิดอื่น ๆ คือ สามารถฆ่าแมลงได้ในทุกระยะของการเจริญเติบโต มีความสามารถในการฟุ้งกระจายและแทรกซึมเข้าไปในสินค้าได้ดี ไม่กัดโลหะเครื่องมือเครื่องใช้ในขณะเดียวกันก็สามารถระบายสารออกจากกองสินค้าได้เร็วเมื่อสิ้นสุดการรม ที่สำคัญคือ ใช้ระยะเวลาในการรมสั้น และเป็นสารที่ไม่ติดไฟซึ่งจะทำให้การปฏิบัติงานง่ายขึ้น สามารถสลายตัวภายใน 3 ชั่วโมง ถึง 5 วัน และไม่มีพิษตกค้าง

ส่วน “อลูมิเนียมฟอสไฟด์” หรือที่เรียกสั้น ๆ ว่า “ฟอสฟีน” ซึ่งเป็นสารที่อยู่ในรูปของสารประกอบฟอสไฟด์ 2 ชนิด คือ อลูมิเนียมฟอสไฟด์ (Aluminium phosphide) และแมกนีเซียมฟอสไฟด์ (Magnesium phosphide) ซึ่งผลิตมาในหลายรูปแบบ สารรมในรูปแบบเม็ดจะสามารถใช้ได้กับการรมผลิตผลเกษตรที่บรรจุกระสอบหรือถุง หรือรมในโรงเก็บ โดยมีลักษณะการกระจายตัวของแก๊สได้อย่างรวดเร็ว ใช้เวลานานในการรมประมาณ 5-7 วัน และทำปฏิกิริยากับโลหะ เช่น ทอง ทองแดง และเงิน เป็นต้น ใช้เวลาในการสลายตัวดีมากประมาณ 5 ชั่วโมง ที่สำคัญคือ ไม่มีพิษตกค้าง



อาหารป้องกันโรคอัลไซเมอร์

เป็นเรื่องยากจะหาอาหารที่จะหาสูตรอาหารที่สามารถยืนยันได้ว่าเป็นอาหารป้องกันโรคนั้นโรคนี้ เพราะการจะเห็นผลต้องติดตามอาสาสมัครเป็นเวลานานหลายปีหรือบางทีอาจนานนับสิบ ๆ ปี ขึ้นกับว่าโรคนั้นก่อตัวเร็วช้าแค่ไหน นอกจากนั้นการหนักแน่นกับการรับประทานอาหารที่แนะนำก็เป็นเรื่องสุดยาก แต่ความพยายามก็ยังมียู่ครับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับอาหารที่จะช่วยป้องกันโรคอัลไซเมอร์

แล้วทำไมต้องเป็นโรคอัลไซเมอร์หรือครับ ก็เพราะมีการคาดการณ์กันว่า ในปี ค.ศ. 2050 จะมีประชากรโลกเป็นโรคนี้ถึง 100 ล้านคน ซึ่งเป็นตัวเลขที่คงรอไม่ได้แล้วละครับ

องค์กรที่สนใจเรื่องนี้คือ องค์กรที่ชื่อ Physicians Committee for Responsible Medicine (ชื่อย่อว่า PCRM) อันเป็นองค์กรไม่หวังผลกำไร สนใจทำวิจัยหรือสร้างคู่มือคำแนะนำทั้งหลายในแง่เวชศาสตร์ป้องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมในภาวะต่าง ๆ

ในครั้งนี้นักเขียน PCRM ก็ได้รวบรวมการวิจัยต่าง ๆ หาหลักฐานและผลการวิจัยมากมายแล้วนำมาเขียนเป็นคำแนะนำสำหรับการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันสมองเสื่อมดังกล่าว

ลองดูครับว่า คำแนะนำจาก PCRM หรือหลัก 7 ประการเพื่อลดความเสี่ยงการเป็นโรคอัลไซเมอร์ (The 7 Dietary Principles to Reduce Alzheimer's Risk) มีอะไรบ้าง

1. ลดการรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันอิ่มตัว (saturated fats) และไขมันทรานส์* (trans fats)

2. ควรรับประทานอาหารจำพวกผัก พืชตระกูลถั่ว (legumes) ผลไม้ และ whole grains (ธัญพืช

ให้ได้เท่ากับการเดินเร็ว 40 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

คำแนะนำทั้ง 7 ประการข้างต้นไม่ได้คิดขึ้นมาลอย ๆ แต่มีที่มาที่ไปจากผลการวิจัยมากมายอย่างที่เราจะกล่าวมาแล้ว

ลองดูครับ อย่างการแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว ก็เป็นคำแนะนำที่เราได้ยินได้ฟังกันมานานแล้วและเชื่อถือกันมาตลอดว่า ไขมันเป็นสารที่ทำให้คอเลสเตอรอลสูง แล้วคอเลสเตอรอลก็เป็นวัตถุดิบในการสร้างแผ่น เบต้าอามิloid (beta-amyloid) สะสมในสมองในโรคอัลไซเมอร์ นอกจากนั้นการรับประทานอาหารไขมันสูง ๆ เป็นเวลานาน ๆ ก็ทำให้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และเป็นโรคอ้วน ซึ่งล้วนเป็นต้นตอของโรคอัลไซเมอร์ทั้งสิ้น

ในการวิจัยของ Chicago Health and Aging Project พบว่า คนที่รับประทานอาหารไขมันน้อย ๆ เสี่ยงเป็นโรคนี้มากกว่าคนธรรมดา 2-3 เท่า หรือในคนวัยกลางคนที่ไม่มีไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 250 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ก็เสี่ยงเป็นอัลไซเมอร์ถึงร้อยละ 50 เมื่ออายุมากขึ้น 30 ปี

อาหารประเภทผัก ผลไม้ และถั่ว ก็มีผลการวิจัยยืนยันว่าช่วยลดความเสี่ยง เพราะประกอบไปด้วยวิตามินอย่างพวกโฟเลต หรือวิตามินบี 6 ซึ่งมีคุณสมบัติป้องกันสมองเสื่อม อาหารสโตนเมดิเตอร์เรเนียนก็มีรายงานว่ายับยั้งความเสี่ยงของสติปัญญาได้

อย่างไรก็ตาม คำแนะนำทั้ง 7 ประการนี้ก็ยังคงมีผู้เชี่ยวชาญอีกฝ่ายที่ยังไม่ปักใจเชื่อเต็มร้อย ฝ่ายที่ยังริบรอได้ให้แง่คิดสะกิดใจไว้ว่า คำแนะนำทั้งหมดเป็นผลการวิจัยเป็นเรื่อง ๆ การนำมายั่วรวมกันจะได้ผลอย่างที่หวังหรือเปล่านั้นยังไม่มีข้อสรุป แน่แน่นอนคงต้องวิจัยอย่างละเอียดต่อไป ในขณะที่เดียวกันหากสามารถทำตามคำแนะนำนี้ ความเสียหายก็น่าจะมี ยิ่งคำแนะนำให้ออกกำลังกายด้วยแล้ว เป็นสิ่งที่เราควรทำอย่างยิ่ง

*กรดไขมันที่เกิดจากกระบวนการแปรรูปกรดไขมันไม่อิ่มตัวให้กลายเป็นกรดไขมันอิ่มตัวสูง โดยการเติมไฮโดรเจนลงไปใต้น้ำมันพืช (อังกฤษ: Hydrogenation) เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันถั่วเหลือง ทำให้มีลักษณะเป็นกึ่งของแข็ง เช่น มาร์การีน หรือเนยเทียม เนยขาว ครีมเทียม เป็นต้น

- สนใจอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.pcrm.org/health/reports/dietary-guidelines-for-alzheimers-prevention>



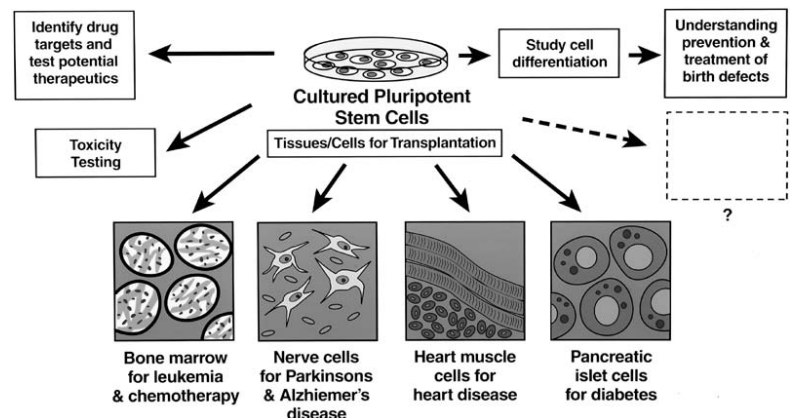
ประโยชน์ของ stem cell จากเลือดสายสะดือและสายสะดือ

เป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่จำเพาะต่าง ๆ ได้ในร่างกาย ยกตัวอย่างเช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กระดูก หรือเซลล์ประสาท สเต็มเซลล์หรือเซลล์ต้นกำเนิดทุกชนิดจะมีลักษณะพิเศษที่สำคัญ 3 ประการ

1. สเต็มเซลล์ หรือเซลล์ต้นกำเนิดสามารถแบ่งตัวเองขึ้นมาใหม่ได้เป็นเวลานาน
2. สเต็มเซลล์ หรือเซลล์ต้นกำเนิดเป็นเซลล์ที่ไม่ได้ทำหน้าที่เฉพาะเจาะจง
3. สเต็มเซลล์ หรือเซลล์ต้นกำเนิดมีความสามารถในการเปลี่ยนไปเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่เฉพาะเจาะจงได้

ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องสายสะดือเด็กมีมาตั้งแต่โบราณในประเทศต่าง ๆ⁽¹⁾ ตัวอย่างเช่น ในประเทศไทย เมื่อลูกอายุประมาณ 7-10 วัน สายสะดือก็จะหลุด สมัยก่อนมักโรยขมิ้นแล้วเก็บไว้ในภาชนะเป็นยา บ้างก็ว่าเมื่อมีลูกคนต่อไปให้นำสายสะดือนี้มาต้มให้เด็ก ๆ ดื่ม พี่น้องจะได้รักกัน หรือเมื่อมีใครป่วยหนัก กินยาอะไรก็ไม่หายสักที จะฝนสายสะดือแห้งที่เก็บเอาไว้เป็นน้ำกระสายกับยา หรือใช้สายสะดือแห้งฝนกับน้ำมันงาทาแก้พิษแมลงกัดต่อย ในประเทศเยอรมนี พ่อของเด็กจะเก็บสายสะดือที่หลุดแล้วเอาไว้ ยิ่งรักษาได้นานเท่าไร เด็กจะเจริญเติบโต แข็งแรง ส่วนในประเทศอังกฤษ ถือว่าสายสะดือนี้เป็นของขลัง ใครมีติดตัวจะเป็นสิ่งนำโชค เดินทางไปไหนก็ปลอดภัยจากอันตรายต่าง ๆ เป็นต้น ต่อมาในปัจจุบันได้มีธุรกิจรูปแบบหนึ่งเกิดขึ้นโดยมุ่งเป้าหมายในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่พอมีกำลังทรัพย์โดยเน้นเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้แต่รักษาให้หายได้ยากหลายชนิด คือ ธุรกิจการเก็บสเต็มเซลล์ (stem cell) จากเลือดสายสะดือและสายสะดือซึ่งมีราคาสูงมากในขณะนี้ สำหรับผู้ที่ฐานะปานกลางที่พอจะใช้บริการได้นั้น จะเกิดคำถามในใจขึ้นมาต่าง ๆ กันไปว่าจะลงทุนหรือปล่อยให้ไปเป็นไปตามธรรมชาติดี เพราะโรคที่ใช้ stem cell รักษาได้นั้นเป็นโรคร้ายที่น่าสนใจและลงทุนมากทีเดียว

สเต็มเซลล์ (stem cell)⁽²⁻⁴⁾ คือ เซลล์ต้นกำเนิดที่ยังไม่มีหน้าที่จำเพาะ จะต้องรอการกระตุ้นและสั่งการจากระบบร่างกายในการเป็นเซลล์ที่จำเพาะต่าง ๆ ดังนั้น stem cell จึงสามารถเปลี่ยน



รูปที่ 1 สเต็มเซลล์ที่สามารถเจริญไปเป็นเซลล์ชนิดต่าง ๆ⁽⁵⁾

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสเต็มเซลล์ หรือเซลล์ต้นกำเนิดได้แพร่หลายออกไปเป็นเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา นักวิทยาศาสตร์ได้พยายามแยกสเต็มเซลล์จากเอ็มบริโอหรือตัวอ่อนของหนู เพื่อนำมาเลี้ยงในห้องทดลองครั้งแล้วครั้งเล่า จนกระทั่งสามารถแยกสเต็มเซลล์ออกมาได้สำเร็จ และสามารถแสดงให้เห็นว่าสเต็มเซลล์ของมนุษย์ที่แยกมาได้ และเลี้ยงในห้องปฏิบัติการสามารถพัฒนาไปเป็นเซลล์ชนิดอื่นได้จริง ในช่วงปี พ.ศ. 2541 นักวิทยาศาสตร์สามารถเพาะสเต็มเซลล์จากตัวอ่อนมนุษย์และเซลล์สืบพันธุ์ และสามารถสร้างสายพันธุ์ของเซลล์ขึ้นมาได้สำเร็จ ต่อมาในปี พ.ศ. 2544 สเต็มเซลล์ตัวอ่อนเหล่านี้ถูกนำไปเพาะเป็นเซลล์เม็ดเลือด นับเป็นความก้าวหน้าของงานวิจัยเกี่ยวกับสเต็มเซลล์ครั้งสำคัญ⁽⁴⁾

เลือดจากสายสะดือ⁽²⁾ คือ เลือดที่อยู่ในสายสะดือ และรก ก่อนจะมีการค้นพบประโยชน์ของเลือดจากสายสะดือ และรก เลือดเหล่านี้จะถูกกำจัดเป็นขยะทางชีวภาพหลังจากที่คลอดบุตร เนื่องด้วยเรายังไม่ทราบประโยชน์อันมีค่าของเลือดจากสายสะดือนี้ ในปี ค.ศ. 1988 วารสารทางการแพทย์ฉบับแรกได้มีการตีพิมพ์เกี่ยวกับสเต็มเซลล์ของมนุษย์ จนถึงปัจจุบันมีคนไข้มากกว่า 8,000 คนที่ได้รับการรักษาโรคต่าง ๆ ด้วยเลือดจากสายสะดือ

สเต็มเซลล์จากสายสะดือ⁽²⁾ เป็นอีกชนิดหนึ่งของสเต็มเซลล์ซึ่งเก็บจากส่วนของสายสะดือ (Umbilical cord) โดยตรง ที่เรียกว่า Wharton's jelly ซึ่งจะผ่านการสกัดโดยเทคนิคขั้นสูงและเก็บแช่แข็งไว้ เมื่อต้องการใช้ในอนาคตก็นำไปใช้ได้โดยที่ร่างกายผู้รับจะไม่ต่อต้าน จากข้อมูลวิจัยจากต่างประเทศพบว่า มีเซนไคมอล สเต็มเซลล์ ช่วยลดการต่อต้านของระบบภูมิคุ้มกันของผู้ให้กับผู้รับ อีกทั้งยังไม่จำเป็นต้องตรวจการเข้ากันได้ของรหัสเนื้อเยื่อเม็ดเลือดขาว และสามารถเพิ่มจำนวนได้อย่างมากมายเพื่อใช้ในการรักษาโรคต่าง ๆ

จุดเด่นของการใช้สเต็มเซลล์จากเลือดสายสะดือและจากสายสะดือ

- เป็นเซลล์ที่มีลักษณะทางพันธุกรรมเฉพาะกับตัวเด็กและครอบครัว ทำให้มีเนื้อเยื่อเข้ากันได้อย่างสมบูรณ์
- เป็นเซลล์ที่ยังไม่เคยรับโรคมาก่อน จึงมีความเสี่ยงในการติดเชื้อน้อย
- กระบวนการเก็บไม่สร้างความเจ็บปวดให้แก่แม่และเด็ก
- สามารถเก็บรักษาได้ด้วยการแช่แข็งเพื่อหยุดเวลา และป้องกันการเสื่อมสภาพและการติดเชื้อไวรัสต่าง ๆ ได้ดี

ประโยชน์ทางการแพทย์⁽⁴⁻⁵⁾

เลือดจากสายสะดือซึ่งเป็นแหล่งที่อุดมไปด้วยเซลล์ต้นกำเนิด คือ เลือดที่อยู่ทั้งในสายสะดือและรก ปัจจุบันนี้เซลล์ต้นกำเนิดจากเลือดสายสะดือสามารถนำไปใช้รักษาโรคต่าง ๆ ได้มากกว่า 80 โรค ซึ่งรวมถึงโรคมะเร็ง โรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเลือด โรคเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันและการเผาผลาญอาหารบกพร่อง ดังนั้น จึงเป็นการสร้างความมั่นใจที่จะเก็บรักษาเลือดจากรกและจากสายสะดือไว้เพื่อลูกน้อยและครอบครัวในอนาคต ซึ่งก่อนหน้านี้การใช้สเต็มเซลล์มักใช้เทคนิคการปลูกถ่ายไขกระดูก แต่มีข้อเสียสำคัญ ๆ หลายประการ เช่น ไม่มีไขกระดูกที่จับคู่กันได้ ผู้บริจาคไขกระดูกต้องเข้ารับการผ่าตัด และอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เรียกว่า Graft-Versus-Host Disease (GVHD) ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เพราะเหตุนี้การปลูกถ่ายเลือดจากรกและจากสายสะดือจึงมีข้อดีกว่าการปลูกถ่ายไขกระดูก และทั่วโลกได้มีการนำสเต็มเซลล์เลือดจากสายสะดือมาใช้ในการปลูกถ่ายมากขึ้น

สำหรับสเต็มเซลล์จากสายสะดือมี มีเซนไคมอล สเต็มเซลล์ (Mesenchymal stem cell) อยู่ในส่วนที่เรียกว่า Wharton's jelly ซึ่งจะสามารถเจริญเติบโตกลายเป็นเซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ เช่น เซลล์ไขมัน เซลล์กระดูก เซลล์กระดูกอ่อน เซลล์กล้ามเนื้อ เซลล์ประสาท เซลล์ตับ เซลล์ตับอ่อนชนิดเบต้า เป็นต้น ดังนั้นจึงถือว่าเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาที่เป็นการเพิ่มโอกาสในการที่จะช่วยในการซ่อมแซมเซลล์และเนื้อเยื่อใหม่ รวมถึงโรคพาร์กินสัน อาการกระดูกสันหลัง

ได้รับบาดเจ็บ อาการชัก แผลที่เกิดจากไฟไหม้ โรคหัวใจ เบาหวานชนิดที่ 1 โรคข้ออักเสบและบวม โรคกล้ามเนื้ออักเสบ และโรคเกี่ยวกับตับ เป็นต้น และเซลล์ต้นกำเนิดสามารถกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มอัตราการปลูกถ่ายสเต็มเซลล์จากเลือดให้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหรือต่อต้านเนื้อเยื่อ ที่เรียกว่า Graft-Versus-Host Disease (GVHD) ทำให้ลดการปฏิเสธเซลล์ได้อีก ด้วยเหตุนี้จึงเป็นจุดสำคัญที่ทำให้ประสิทธิภาพการปลูกถ่ายประสบความสำเร็จเพิ่มมากขึ้นหากใช้ร่วมกันในการปลูกถ่ายสเต็มเซลล์จากเลือดจากสายสะดือ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเก็บสเต็มเซลล์จากเลือดสายสะดือและจากสายสะดือนั้นเป็นการเก็บเพื่ออนาคตที่เราอาจจะมีการป่วยด้วยโรคร้ายดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่ทั้งนี้โรสดังกล่าวก็มีโอกาสในการเกิดไม่ได้สูงมากนักขึ้นกับปัจจัยหลายด้าน เช่น พันธุกรรม การใช้ชีวิต การบริโภคต่าง ๆ ซึ่งในการเลือกใช้อาจต้องพิจารณาปัจจัยทุก ๆ ด้านเสียก่อนจึงค่อยตัดสินใจ

เอกสารอ้างอิง

1. สายสะดือเด็กแรกเกิดกับความเชื่อ. <http://horoscope.thaiza.com/สายสะดือเด็กแรกเกิดกับความเชื่อ/119428/>
2. S. Kiatpongsan, Y. Tannirandorn and P. Virutamasen. Introduction to Stem Cell Medicine. *J Med Assoc Thai* 2006;89(1):111-7.
3. Surapol Issaragrisil, Stem Cell: From Bone Marrow Transplantation for the Treatment of Hematological Diseases to Therapy for Other Systemic Disorders. *Med J, Volume 58, Number 3, March 2006: 725-7.*
4. ภาควิชาฟิสิกส์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล. สเต็มเซลล์คืออะไร. <http://www.rmuphysics.com/charud/specialnews/5/stem-cell/stem-cell1.htm>
5. <http://www.thaihealthbaby.com/about-stem-cell-th/faq-th>

Afatinib รักษา มะเร็งปอด NSCLC

Afatinib (Gilotrif) ได้รับอนุมัติจากองค์การอาหารและยาสหรัฐอเมริกา (FDA) ให้จำหน่ายแล้วสำหรับใช้รักษาโรคมะเร็งปอดชนิด NSCLC (non-small cell lung cancer) ระยะแพร่กระจาย โดยที่เซลล์มะเร็งมีการก่อกลายพันธุ์ของยีน epidermal growth factor receptor (EGFR) เมื่อตรวจโดยใช้ชุดทดสอบที่ได้รับอนุมัติจาก FDA

โรคมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตายสูงทั้งในหญิงและชาย ในสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดราว 228,190 ราย และจะมีผู้เสียชีวิต 159,480 รายในปีนี้ ประมาณ 85% ของมะเร็งปอดเป็นชนิด NSCLC และพบการก่อกลายพันธุ์ของยีน EGFR ในคนไข้ราว 10% การก่อกลายพันธุ์ที่พบที่ยีน EGFR exon 19 หายไปหรือมีการแทนที่ exon 21 L858R

ยา Afatinib เป็นตัวยับยั้งเอนไซม์ไทโรซีนไคเนส ซึ่งยับยั้งการสร้างโปรตีนที่ไปช่วยให้เซลล์มะเร็งเติบโต ได้ผลสำหรับการก่อกลายพันธุ์ที่เฉพาะซึ่งต้องตรวจโดยชุดตรวจ EGFR RGQ PCR Kit ก่อนใช้ยา Afatinib นับเป็นยาตัวที่สองในปีที่ FDA อนุมัติให้ใช้รักษาโรคมะเร็งปอด NSCLC ระยะแพร่กระจายในคนไข้ที่มียีน EGFR exon 19 หายไปหรือมี exon 21 L858R ถูกแทนที่ การอนุมัติชุดตรวจยีนและตัวยาที่มาพร้อมกันเป็นการพัฒนาที่สำคัญในการรักษามะเร็งให้คนไข้มีความปลอดภัยและประสิทธิภาพของยาดีขึ้น

ยา Afatinib ผ่านการทดสอบทางคลินิกในคนไข้ 345 รายที่เป็นมะเร็ง NSCLC ระยะแพร่กระจาย ซึ่งมี EGFR ก่อกลายพันธุ์ คนไข้จะได้รับการสุ่มให้ได้รับยา Afatinib หรือให้ยาเคมีบำบัด Pemetrexed และยา Cisplatin 6 รอบ กลุ่มคนไข้ที่ได้รับยา Afatinib มีการชะลอการเจริญของมะเร็งช้ากว่ากลุ่มที่ใช้เคมีบำบัด 4.2 เดือน แต่อายุเฉลี่ยของคนไข้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

อาการข้างเคียงที่พบจากการใช้ยา Afatinib ได้แก่ ท้องร่วง ผิวน้ำพุพองคล้ายผิวไหม้ คัน มีการอักเสบบริเวณปาก ผิวน้ำพุพอง 7 เล็บติดเชื้อ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด มีเลือดกำเดาออกหรือน้ำมูกไหล ตาอักเสบ และมีโปแตสเซียมในเลือดต่ำ อาการข้างเคียงที่ร้ายแรงคือ ท้องเสีย ซึ่งอาจทำให้เกิดไตวาย และการขาดน้ำ ผื่นขึ้นรุนแรง ปอดอักเสบ และพิษต่อตับ

ยา Afatinib จัดอยู่ในกลุ่มยากำพร้า เพราะเป็นยาที่มุ่งรักษาโรคที่เป็นกันน้อย หรือเข้าเกณฑ์เงื่อนไขที่ 2 ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะได้รับความคุ้มครองให้จำหน่ายได้แต่ผู้เดียว 7 ปี บริษัท เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์ ผู้ผลิตยานี้ได้ทุ่มทุนโครงการวิจัยทางคลินิก LUX-Lung ซึ่งรวมถึง LUX-Lung 3 นับเป็นการทดลองทางคลินิกระยะที่ 3 ที่มีขนาดใหญ่ที่สุดสำหรับโรคมะเร็งปอดที่มีการก่อกลายพันธุ์ของ EGFR สำหรับ NSCLC ทั้งชนิดอยู่กับที่และชนิดแพร่กระจาย

บริษัทผู้ผลิตชุดทดสอบคือ QIAGEN อยู่ที่เมืองแมนเชสเตอร์ประเทศอังกฤษ เป็นผู้ผลิตชุดทดสอบ theascreen EGFR RGQ PCR เพื่อค้นหาคำตอบที่มีอาการก่อกลายพันธุ์ของ EGFR

ยา Afatinib นับเป็นยารักษาโรคมะเร็งตัวแรกของบริษัท เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์ ซึ่งทำงานร่วมมือกับนักวิทยาศาสตร์นานาชาติและศูนย์มะเร็งชั้นนำหลายแห่ง เพื่อพัฒนาการรักษาแบบมุ่งเป้าโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการรักษาโรคมะเร็งที่เป็นขึ้นเนื้อและมะเร็งของเลือด





หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ
เภสัชกรรม

เรื่อง ไมเกรน

รหัส 1-000-CPE-062-1308-06

จำนวน 1 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง

วันที่รับรอง 1 กรกฎาคม 2556

วันที่หมดอายุ 31 มกราคม 2557

โดย นศภ.กมลวิภา จิตรเจริญ

ผศ.ภก.อรรถการ นาคำ

ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อทราบสาเหตุของการเกิดภาวะปวดศีรษะเบื้องต้น
2. เพื่อทราบพยาธิกำเนิดและสาเหตุของการปวดศีรษะไมเกรน
3. เพื่อทราบการวินิจฉัยแยกโรคของการปวดศีรษะ
4. เพื่อทราบแนวทางการรักษาการปวดศีรษะไมเกรนแบบไม่ใช้ยาและใช้ยา
5. เพื่อทราบกลไกการออกฤทธิ์ ประสิทธิภาพ และข้อควรระวังของการรักษาไมเกรน

ปวดศีรษะเป็นอาการสำคัญและพบบ่อยที่สุดทางระบบประสาทที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบเภสัชกรและแพทย์ ความรุนแรงของอาการนี้ตั้งแต่รุนแรงน้อยและหายได้เอง จนถึงปวดมากจนทนไม่ได้ บางรายอาจเป็นเรื้อรังนับสิบปี บางครั้งอาจคิดว่าการปวดศีรษะเล็กน้อยไม่สำคัญ แต่ในความเป็นจริงแล้วเป็นอาการที่ต้องสนใจ เพราะสาเหตุของการปวดศีรษะมีได้ตั้งแต่ภาวะหรือกลุ่มโรคที่ไม่รุนแรงและมักเป็นเรื้อรัง จนถึงสาเหตุที่มีความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต

โดยทั่วไปจะแบ่งประเภทของการปวดศีรษะออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. Primary headache คือ กลุ่มอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นเอง โดยไม่มีสาเหตุแน่ชัด มักจะไม่ค่อยรุนแรง และไม่ได้เป็นอาการนำของโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่รู้จักกันดีคือ ปวดศีรษะไมเกรนและปวดศีรษะจากความเครียด อย่างไรก็ตาม เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการปวดที่รุนแรงและเรื้อรัง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จึงจำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสม

2. Secondary headache คือ อาการปวดศีรษะที่เกิดจากพยาธิสภาพหรือรอยโรคที่ชัดเจน เช่น เนื้องอกในสมอง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือภาวะเลือดออกในสมอง เป็นต้น

ไมเกรน (Migraine)

โรคไมเกรนเป็นอาการปวดศีรษะชนิด Primary คือ อาการปวด

ที่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มของ neurovascular headache คือ การปวดศีรษะที่เกี่ยวกับระบบประสาทและหลอดเลือด แล้วทำให้เซลล์ประสาททำงานมากขึ้น ต่อมาจะมีการขยายตัวของหลอดเลือดซึ่งจะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ดังนั้น การรักษาโรคจึงอาจใช้ยาใด ๆ ที่ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด

พยาธิกำเนิด

พยาธิกำเนิดของโรคไมเกรน มีการตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดไมเกรนไว้หลายทฤษฎี ดังนี้

1. Vascular theory ช่วงที่เกิด aura คืออาการนำ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เห็นแสงวูบวาบ เป็นต้น จะมีการ vasoconstriction แล้ว หลังจากนั้นจะเกิด vasodilation อย่างรุนแรงทำให้เกิดอาการปวดศีรษะขึ้น

2. Serotonin theory โดยเชื่อว่าขณะปวดศีรษะมีระดับของ serotonin ลดลง ทำให้หลอดเลือดเกิดการคลายตัวฉับพลัน ทำให้เกิดการปวดศีรษะขึ้น

3. Trigemino-vascular activation เกี่ยวกับ trigeminal nerve โดยเมื่อเส้นประสาทนี้ถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยใด ๆ ก็ตามจะทำให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาท 2 ตัวคือ substance P และ calcitonin gene related peptide (CGRP) โดยเมื่อ 2 ตัวนี้ไปจับกับ receptor ที่หลอดเลือดจะทำให้เกิด vasodilation และการอักเสบที่หลอดเลือด ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะขึ้นมาได้

การแบ่งชนิดของไมเกรน

1. Migraine without aura ไม่มี aura พบได้ประมาณ 80-90%
2. Migraine with aura (classic migraine) พบได้ประมาณ 10-20% โดยทั่วไปอาการและอาการแสดงของไมเกรน แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะอาการนำ (Premonitory phase)

มีอาการและอาการแสดงของความผิดปกติของการทำงานของสมองแบบทั่ว ๆ ไป ไม่เฉพาะเจาะจง พบได้ประมาณ 40% ของผู้ป่วย มักมีอาการนำมาก่อน การปวดศีรษะราว 1 ชั่วโมง ถึง 2 วัน แต่โดยทั่วไปจะประมาณ 3 ชั่วโมง อาการเหล่านี้ เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิด เก็บตัว คิดช้าทำช้า หาวบ่อย ง่วงนอนมาก ทนต่อแสงและเสียงไม่ได้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องอืด เป็นต้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละราย

2. ระยะอาการเตือน (Aura phase)

อาการเตือนจะเกิดก่อนการปวดศีรษะจริงประมาณ 30 นาที ส่วนมากจะมีอาการอยู่นาน 20-30 นาที และจะหายไปเมื่อมีอาการปวดศีรษะขึ้นมาแล้ว อาการที่พบบ่อยคือ การเห็นแสงสียะริบระยับ เห็นแสงดาวกะพริบ เห็นภาพบิดเบี้ยวหรือสีเพี้ยน หรืออาจมีอาการชาบริเวณใบหน้าหรือแขนขาด้วย

3. ระยะปวดศีรษะ (Headache)

อาการมักจะเริ่มช้า ๆ และค่อย ๆ ปวดมากขึ้นเรื่อย ๆ จนปวดมากที่สุดใช้เวลา 30-60 นาที ไม่ได้ปวดรุนแรงมากทันทีทันใด บางครั้งจะมีอาการปวดมากหลังตื่นนอน ทำให้ไม่ทราบว่าเป็นจริงแล้วอาการปวดศีรษะเริ่มเป็นตั้งแต่เมื่อไหร่ และรวดเร็วหรือไม่ อาการปวดส่วนใหญ่มักจะเริ่มเป็นข้างเดียว โดยมักจะปวดแบบตื้อ ๆ และค่อย ๆ ร้าวไปด้านตรงข้าม เบ้าตาหรือท้ายทอย อาการปวดแต่ละครั้งอาจเริ่มจากด้านตรงข้ามสลับกันไปก็ได้ เรียกได้ว่าปวดศีรษะนั้นสามารถที่จะย้ายตำแหน่งหรือย้ายข้างได้ ระยะเวลาในการปวดแต่ละครั้งจะนานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันก็ได้ และมักจะค่อย ๆ หายไป อาการรวมอย่างอื่นขณะปวดพบได้ตั้งแต่เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปลายมือปลายเท้าเย็น กลัวแสง กลัวเสียง ไม่ชอบให้ใครมาแตะตัว และอาการจะเป็นมากขึ้นเมื่อมีการขยับศีรษะ ดังนั้น เมื่อปวดไมเกรนจึงจำเป็นต้องหยุดทำภารกิจและนอนพักในที่มืดและสงบทันที อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นในเวลา 45 นาที ถึง 3 ชั่วโมง หลังได้นอนพัก หลังอาเจียน หรือได้ยาแก้ปวด

4. ระยะหาย (Postdromes)

เมื่อพ้นระยะเวลาที่ปวดแล้วจะรู้สึกอ่อนเพลีย บางรายจะมีอาการอ่อนแรงและปวดกล้ามเนื้อ อารมณ์ไม่แจ่มใส หงุดหงิด กระหายน้ำ หรือหาวมาก ส่วนใหญ่จะเป็นอาการเดียวกับระยะอาการนำ ซึ่งอาการเหล่านี้คงอยู่ได้นาน 1 ชั่วโมง ถึง 4 วัน

การวินิจฉัยแยกโรค

ซึ่งจะเห็นได้ว่าการปวดศีรษะไมเกรนมักจะปวดศีรษะเพียงข้างเดียว มีระดับการปวดตั้งแต่ปานกลางถึงรุนแรง มีช่วงระยะเวลาการปวดตั้งแต่ 4-72 ชั่วโมง ลักษณะการปวดศีรษะคือ จะปวดตามการเต้นของชีพจร อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย และที่สำคัญคือ รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

และจากแนวทางการวินิจฉัยของ International Headache Society (IHS) จะมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- A. มีลักษณะการปวดศีรษะตามข้อ B-D มาแล้วอย่างน้อย 5 ครั้ง
- B. มีช่วงเวลาในการปวดนาน 4-72 ชั่วโมง
- C. อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นต้องมีลักษณะอย่างน้อย 2-4 ข้อ ดังนี้

- a. ปวดศีรษะข้างเดียว (unilateral location)
 - b. ปวดตามชีพจร (pulsating quality)
 - c. ระดับความรุนแรงในการปวด moderate-severe
 - d. อาการปวดมักจะรุนแรงขึ้นเมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ
- D. ในระหว่างที่เกิดอาการปวดศีรษะมีอาการอย่างน้อย 1 ใน 2 จากรายการต่อไปนี้
- a. มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย
 - b. Photophobia หรือ phonophobia คือ การกลัวแสง กลัวเสียงต่าง ๆ
- E. การปวดศีรษะไม่ได้มีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่น ๆ

การรักษาไมเกรน สามารถแบ่งการรักษาได้ 2 แบบคือ

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา

คือการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมปัจจัยชักนำ ปัจจัยชักนำมีสาเหตุ แต่เป็นเพียงปัจจัยเริ่มที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมีปัจจัยชักนำไม่เหมือนกัน ซึ่งส่วนมากมักเกิด

ตารางที่ 1 แสดงการวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง Migraine, Tension headache และ Cluster headache ตาม Group Health Cooperative

Table 1. Identification of headache type: migraine, tension, or cluster			
	Migraine	Tension	Cluster
Location	Unilateral	Bilateral	Supraorbital/temporal
Pain intensity ¹	Moderate to severe	Mild to moderate	Severe
Duration	4-72 hours	30 minutes to 7 days	15-180 minutes
Characterization of pain	Pulsing	Pressure/squeezing	Boring/stabbing
Sensitivity to light/sound	One or both may be present.	Both are absent or only one is present.	No
Nausea/vomiting	One or both may be present.	No	One or both may be present.
Aggravated by routine activity	Yes	No	No
Aura	May be present	No	No
Associated symptoms	None	None	Miosis, ptosis, rhinorrhea

¹ Pain intensity
 • Mild—Patient is aware of a headache, but is able to continue daily routine with minimum alterations.
 • Moderate—The headache inhibits daily activities, but is not incapacitating.
 • Severe—The headache is incapacitating.



ร่วมกันหลายปัจจัย และบางครั้งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

- ปัจจัยจากอาหาร เช่น สุรา อาหารที่มีส่วนผสมของ tyramine เช่น เนย ปลารมควัน โยเกิร์ต อาหารหมักยีสต์ ช็อกโกแลต เนยแข็ง ส้ม นม หอมใหญ่ ถั่วต่าง ๆ กาแฟ อาหารมัน ๆ หรือสารปรุงแต่ง เช่น ผงชูรส น้ำตาลเทียม ถ้าหากมีบางสิ่งรับประทานอยู่แล้วทำให้เกิดไมเกรนให้พยายามหลีกเลี่ยงอาหารนั้น

- ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น แสงจ้า น้ำหอม กลิ่นฉุน มลภาวะ ควันบุหรี่ เสียงดัง การเคลื่อนไหวภาพเชิงซ้อน เช่น ภาพจิกแซก

- ปัจจัยเรื่องพฤติกรรม เช่น ความเครียด การนอนไม่พอ อ่อนเพลีย การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และการสูบบุหรี่

- ปัจจัยเรื่องยา เช่น ยาขยายหลอดเลือด ยาลดความดันโลหิต บางชนิด ยาขับปัสสาวะ ยารักษาหอบหืด รวมถึงยาแก้ปวดบ่อยและติดต่อกันนานเกินไป

- ปัจจัยทางกายภาพ เช่น การกระทบกระแทกที่ศีรษะ การออกกำลังกายหนักเกินไป หรือมีความผิดปกติที่คอ

- ปัจจัยทางฮอริโมน เช่น การเข้าสู่วัยรุ่น การมีประจำเดือน วัยทอง การตั้งครรภ์ การใช้ยาคุมกำเนิด

ดังนั้น การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รักษาสุขนิสัยที่ดีในการนอนให้พอเพียง หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ การนั่งสมาธิ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย สดชื่นเบิกบาน ไม่เครียด คิดมาก หรือกังวลเกี่ยวกับอาการปวดของตนมากเกินไป และออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันอาการปวดได้

2. การรักษาโดยยา

ยาที่ใช้ในการรักษาไมเกรนจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 Non-specific medication เช่น Paracetamol, NSAIDs

2.2 Specific medication มี 2 กลุ่ม คือ

2.2.1 Ergot derivatives ได้แก่ Ergotamine tartrate, Dihydroergotamine

กลไกการออกฤทธิ์คือ การกระตุ้น 5HT-1D ที่ presynaptic เมื่อกระตุ้นแล้วจะลดการหลั่ง substance P และ CGRP ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดการคลายตัวของหลอดเลือดและทำให้เกิดการอักเสบ ดังนั้น เมื่อหลังสารทั้ง 2 ตัวนี้ลดลง จึงสามารถลดการปวดศีรษะไมเกรนได้ นอกจากนั้น การกระตุ้น 5HT-1B ที่หลอดเลือดทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ซึ่งจะช่วยลดการปวดศีรษะได้

ผลข้างเคียงจากการที่ยาจับกับ receptor อื่น ๆ ได้แก่

- α -1 receptor ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อยลง จึงห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เป็น

โรคหัวใจและหลอดเลือด และความดันโลหิตสูง

- Dopamine-2 receptor ที่ vomiting center ซึ่งจะทำให้เกิดการคลื่นไส้ อาเจียน โดยผู้ป่วยไมเกรนส่วนมากก็จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมอยู่แล้ว ดังนั้น อาจให้ยาด้านการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย

- 5HT-2 receptor ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด

- 5HT-1A receptor เกิดภาวะ psychosis

■ ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์ (อาจจะทำให้มดลูกบีบตัว อาจแท้งได้) การใช้ยาในปริมาณมากอาจทำให้เกิด Ergotism ได้ ซึ่งจะมีอาการคือ ความดันโลหิตสูงขึ้น, เจ็บหน้าอก, คลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น, Shock

2.2.2 Triptans มีข้อดีกว่า ergot derivative คือ จะมีการจับกับ receptor แบบเฉพาะแค่ 2 receptor คือ 5HT-1D และ 5HT-1B เท่านั้น จึงมีผลข้างเคียงน้อยกว่ากลุ่มแรก ยาในกลุ่มนี้จะลงท้ายด้วย triptan เช่น Sumatriptan, Almotriptan, Zolmitriptan เป็นต้น โดยจะมียาต้นแบบคือ Sumatriptan และแต่ละตัวจะมีกลไกการออกฤทธิ์เหมือนกัน

■ อาการข้างเคียง

Tingling (รู้สึกเหมือนมีอะไรมาจิ้ม ๆ), Paresthesias (อาการคันตามแนวระบบประสาท), Warmth (รู้สึกร้อนตามลำตัว คอ ศีรษะ)

■ ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

ห้ามใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคสมอง เพราะจะทำให้

ตารางที่ 2 แนวทางการรักษา acute migraine attack จาก Group Health ปี 2011

Eligible population	Medication ¹	Initial dose	Maximum dose
Patients with mild to moderate headache	Aspirin	1000 mg PO once. Give an additional 1000 mg if needed.	4000 mg daily. Do not exceed 3 days of use per week.
	Ibuprofen	400 mg PO once. Give an additional 200–400 mg if needed.	1200 mg daily. Do not exceed 3 days of use per week.
	Acetaminophen/ aspirin/caffeine	500 mg (aspirin component) PO once. Give an additional 500 mg if needed.	4000 mg daily. Do not exceed 3 days of use per week.
	Naproxen	500–750 mg PO once. Give an additional 250–500 mg if needed.	1250 mg daily. Do not exceed 3 days of use per week.
Patients with: Moderate to severe headache or Mild to severe headache with nausea or vomiting or Rapid progression to severe headache or Mild to moderate headache that responds poorly to first-line treatment	Sumatriptan ^{2,3}	Oral tablet 25–100 mg PO once. May repeat after 2 hours.	Oral tablet 200 mg daily
		Nasal [PA] 5–20 mg spray in one nostril once. May repeat after 2 hours.	Nasal 40 mg daily
		SQ [PA] 6 mg SQ once. May repeat after 1 hour.	SQ 12 mg daily
	Rizatriptan ^{2,3,4}	5–10 mg PO once. May repeat after 2 hours.	30 mg daily
	Naratriptan ^{2,3,5}	1–2.5 mg PO once. May repeat after 4 hours.	5 mg daily
	Dihydroergotamine mesylate (DHE) ^{3,6}	Nasal 1 spray (0.5 mg) each nostril. May repeat after 15 minutes.	Nasal 2 mg daily (4 sprays); 4 mg/week (8 sprays)
		SQ/IM 1 mg (1 mL) SQ/IM once. May repeat after 1 hour.	SQ/IM 3 mg daily; 6 mg/week
	Ketorolac ⁷	IM 60 mg	IM 120 mg daily
		IV 30 mg	IV 120 mg daily

หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ

ซึ่งการรักษา Acute migraine headache นั้น ยากลุ่ม specific ที่ได้รับการแนะนำและมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยอย่างชัดเจน ได้แก่ Naratriptan, Rizatriptan, Sumatriptan, Zolmitriptan และ Dihydroergotamine ส่วนยาในกลุ่ม Non-specific ได้แก่ Acetaminophen/Aspirin plus caffeine, Aspirin, Ibuprofen, Naproxen และ Prochlorperazine IV และจากแนวทางการรักษา acute migraine attack ของ Group Health แนะนำการใช้ยาดังตารางที่ 2 โดยหากมีอาการปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจะแนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม Non-specific ได้แก่ Aspirin, Ibuprofen, Acetaminophen/Aspirin/caffeine, Naproxen ตัวใดก็ได้ พบว่ามีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน โดยขนาดของการใช้ยาดังแสดงในตาราง แต่หากมีอาการปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงจะแนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม specific ได้แก่ Sumatriptan, Rizatriptan, Naratriptan, Dihydroergotamine

สามารถพิจารณาให้ยาในการป้องกันการปวดไมเกรนได้ หากผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเหล่านี้ คือ

1. มีอาการปวดศีรษะที่ต้องได้รับยาในการรักษา > 2 ครั้ง/สัปดาห์
2. มีช่วงการปวดศีรษะในแต่ละครั้งนานมากกว่า 48 ชั่วโมง
3. มีการปวดแบบรุนแรงมาก
4. Prolong aura นานกว่า 15-30 นาที
5. ผู้ที่ใช้ยา acute therapy ไม่ได้ เช่น สตรีตั้งครรภ์, คนที่เป็น stroke, cardiovascular disease
6. รบกวนชีวิตประจำวันผู้ป่วย
7. Hemiplegic migraine เป็นไมเกรนแล้วมีอาการอัมพาตร่วมด้วย

แนวทางการใช้ยาป้องกันการเกิดอาการปวดศีรษะไมเกรน^{2,5,6}

โดยจะเลือกยาในการป้องกันไมเกรนตามโรคร่วมของผู้ป่วย เช่น หากมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง หรือเป็นผู้มีสุขภาพดีทั่วไปจะเลือกใช้ยากลุ่ม β -adrenergic antagonist แต่ถ้าหากมีโรคร่วมเป็นภาวะซึมเศร้าหรือนอนไม่หลับจะเลือกใช้ยากลุ่ม Tricyclic antidepressant ถ้าหากมีโรคร่วมเป็นโรคลมชักจะเลือกใช้ยาในกลุ่ม Anticonvulsant เป็นต้น โดยขนาด

ยาที่ใช้ในการป้องกันตามขนาดการรักษา มีดังนี้

■ β -adrenergic antagonists

Atenolol	25-100 mg/day
Metoprolol	50-300 mg/day in divided doses
Nadolol	80-240 mg/day
Propranolol	80-240 mg/day in divided doses
Timolol	20-60 mg/day in divided doses

■ Antidepressants

Amitriptyline	25-150 mg at bedtime
Doxepin	10-200 mg at bedtime
Imipramine	10-200 mg at bedtime
Nortriptyline	10-150 mg at bedtime
Fluoxetine	10-80 mg/day
Phenelzine	15-60 mg/day in divided doses

■ Anticonvulsants

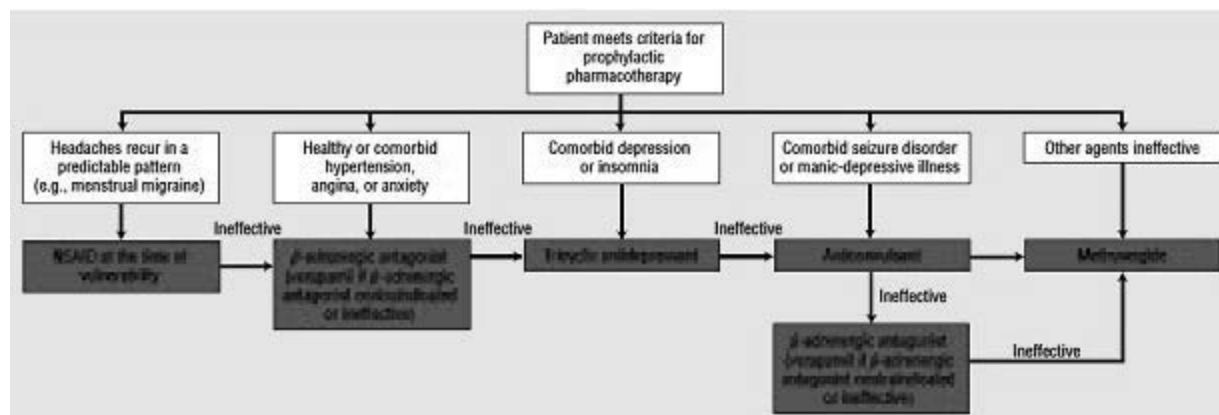
Gabapentin	900-2,400 mg/day in divided doses
Topiramate	100 mg/day in divided doses
Valproic acid	500-1,500 mg/day in divided doses

■ Non-steroidal anti-inflammatory drugs

Aspirin	1,300 mg/day in divided doses
Ketoprofen	150 mg/day in divided doses
Naproxen sodium	550-1,100 mg/day in divided doses

นอกจากนี้ American Academy of Neurology (AAN) ยังแนะนำให้ยาที่ใช้ในการป้องกันไว้ในตารางที่ 3 โดยยาที่มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยที่แนะนำให้ใช้ ได้แก่ ยาในกลุ่ม Anticonvulsant (sodium valproate, topiramate), ยากลุ่ม β -adrenergic antagonist (propranolol, timolol, metoprolol) โดยหากไม่มีโรคใดร่วม ยาที่ควรเลือกใช้ควรเป็นยากลุ่ม β -adrenergic antagonist ขนาดของการใช้ยาแต่ละประเภทควรให้ขนาดต่ำกว่าก่อนและเพิ่มขนาดยาทุกสองสัปดาห์ และการใช้ยาควรใช้อย่างต่อเนื่องจนอาการหายไประมาณ 3 เดือน จึงพิจารณาหยุดใช้ยา

ภาพที่ 1 แนวทางการใช้ยาป้องกันการเกิดอาการปวดศีรษะไมเกรนตามคำแนะนำของตำรา Pharmacotherapy 2008





ตารางที่ 3 ยาที่ใช้ในการป้องกันการเกิดไมเกรนตามคำแนะนำของ AAN ปี 2011

Level A: Medications with established efficacy (≥ 2 Class I trials)	Level B: Medications are probably effective (1 Class I or 2 Class II studies)	Level C: Medications are possibly effective (1 Class II study)	Level U: Inadequate or conflicting data to support or refute medication use	Other: Medications that are established as possibly or probably ineffective
Antiepileptic drugs	Antidepressants/SSRI/SSNRI/TCA	ACE inhibitors Lisinopril	Carbonic anhydrase inhibitor	Established as not effective
Divalproex sodium	Amitriptyline	Angiotensin receptor blockers	Acetazolamide	Antiepileptic drugs
Sodium valproate	Venlafaxine	Candesartan	Antithrombotics	Lamotrigine
Topiramate	β -Blockers	α -Agonists	Acenocoumarol	Probably not effective
β -Blockers	Atenolol ^a	Clonidine ^a	Coumadin	Clomipramine ^a
Metoprolol	Nadolol ^a	Guanfacine ^a	Picotamide	Possibly not effective
Propranolol	Triptans (MRM ^b)	Antiepileptic drugs	Antidepressants SSRI/SSNRI	Acebutolol ^a
Timolol ^a	Naratriptan ^b	Carbamazepine ^a	Fluvoxamine ^a	Clonazepam ^a
Triptans (MRM ^b)	Zolmitriptan ^b	β -Blockers	Fluoxetine	Nabumetone ^a
Frovatriptan ^b		Nebivolol	Antiepileptic drugs	Oxcarbazepine
		Pindolol ^a	Gabapentin	Telmisartan
		Antihistamines	TCA	
		Cyproheptadine	Protriptyline ^a	
			β -Blockers	
			Bisoprolol ^a	
			Ca++ blockers	
			Nicardipine ^a	
			Nifedipine ^a	
			Nimodipine	
			Verapamil	
			Direct vascular smooth muscle relaxants	
			Cyclandelate	

Abbreviations: ACE = angiotensin-converting-enzyme; MRM = menstrually related migraine; SSNRI = selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor; SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor; TCA = tricyclic antidepressant.

^a Classification based on original guideline and new evidence not found for this report.

^b For short-term prophylaxis of MRM.

ดังนั้น หากผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ มีอาการปวดศีรษะที่ต้องได้รักษาในการรักษา > 2 ครั้ง/สัปดาห์ มีช่วงการปวดศีรษะในแต่ละครั้งนานมากกว่า 48 ชั่วโมง มีการปวดแบบรุนแรงมาก Prolong aura นานกว่า 15-30 นาที ผู้ที่ใช้ยา acute therapy ไม่ได้ เช่น สตรีตั้งครรภ์ คนที่เป็น stroke, cardiovascular disease รับประทานยารักษาเป็นประจำวันผู้ป่วย หรือเป็น

Hemiplegic migraine เป็นไมเกรนแล้วมีอาการอัมพาตร่วมด้วย และที่สำคัญผู้ป่วยมีความเต็มใจที่จะใช้ยา สามารถพิจารณาให้ยาเพื่อป้องกันการเกิดไมเกรนได้ โดยจะพิจารณาให้ยาอย่างน้อย 3 เดือน จึงจะเห็นผลในการป้องกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. ภารดี สงวนดีกุล. เรื่องนำปวดหัวของอาการปวดหัว [จุลสาร]. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์: ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์; 2549.
2. Dipro Joseph T, Talbert Robert L, Yee Gary C, Matzke Gary R, Wells Barbara G and Posey Michael L. Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach. 7th edition. United State of American: The McGraw-Hill Companies, Inc; 2008.
3. Group Health. Migraine and Tension Headache Diagnosis and Treatment Guideline [Internet]. [update unknown; cited 2013 May 29]. Available from: www.ghc.org/all-sites/guidelines/headache.pdf
4. International Headache Society (IHS). Diagnostic criteria of

migraine. [Internet]. [update unknown; cited 2013 May 29]. Available from: http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation/02_teil1/01.01.00_migraine.html

5. Barbara WG. Management of Migraine Headaches. Journal of Midwifery & Women's Health. 2006 May; 51: 174-182.

6. Silberstein S.D, Holland S, Freitag F, Dodick D.W, Argoff C and Ashman E. Evidence-based guideline update: Pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults. In : Dodick, editor. 64th AAN Annual Meeting; 2012 Apr 21-28; New Orleans Ernest N. Morial Convention Center. 2012 Apr 24. p. 1338.

1. ข้อใดไม่จัดเป็น Secondary headache ต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมทันที

- A. เนื้องอกในสมอง
- B. เยื่อหุ้มสมองอักเสบ
- C. ภาวะเลือดออกในสมอง
- D. ปวดศีรษะจากความเครียด

2. สาเหตุหลักของการปวดศีรษะไมเกรนคือ

- A. การหดตัวของหลอดเลือด
- B. การขยายตัวของหลอดเลือด
- C. การกระตุ้นที่ระบบประสาท sympathetic
- D. การกระตุ้นที่ระบบประสาท parasympathetic

3. การเกิดการกระตุ้น trigeminal nerve จนทำให้เกิดการปวดศีรษะไมเกรนเกิดจากสารใด

- A. Serotonin
- B. Dopamine
- C. Substance P
- D. Methacholine

4. ก่อนการปวดศีรษะไมเกรนจะมีระยะอาการเตือน (Aura phase) พบอาการดังต่อไปนี้ ยกเว้น

- A. การปวดที่ขมับ
- B. การเห็นแสงสีระยิบระยับ
- C. เห็นภาพบิดเบี้ยวหรือสีเพี้ยน
- D. มีอาการชาบริเวณใบหน้า

5. ข้อใดกล่าวได้ถูกต้องเกี่ยวกับการปวดศีรษะไมเกรน

- A. จะมีอาการปวดแบบตื้อ ๆ เหมือนซีพจรเต้น
- B. มักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วยเสมอ
- C. หากมีอาการรุนแรงจะมีการชาตามปลายมือปลายเท้า
- D. ถูกทุกข้อ

6. ข้อใดคือความแตกต่างที่เด่นชัดของการปวดศีรษะไมเกรน การปวดจากความเครียดและปวดแบบ Cluster

- A. ปวดศีรษะไมเกรนจะเป็นการปวดศีรษะข้างเดียว
- B. ปวดศีรษะไมเกรนจะเป็นการปวดศีรษะทั้งสองข้าง

- C. ปวดแบบแปลบ ๆ เหมือนมีของแหลมเสียบแทง
- D. อาการไม่รุนแรงเมื่อทำกิจวัตรประจำวัน

7. ข้อใดไม่จัดเป็น Non-specific medication สำหรับการรักษาไมเกรน

- A. Ibuprofen
- B. Naproxen
- C. Paracetamol
- D. Sumatriptan

8. ผู้ป่วยกลุ่มใดไม่ควรใช้ Ergot derivatives

- A. ผู้ป่วยสูงอายุ
- B. ผู้ป่วยตั้งครรภ์
- C. ผู้ป่วยที่มีอาการ Aura
- D. ผู้ป่วยที่มีการปวดร้าวไปที่ดวงตา

9. ข้อดีของการใช้ยากลุ่ม Triptans ที่ต่างจาก Ergot derivatives คือข้อใด

- A. ใช้ขนาดยาต่ำกว่า
- B. สามารถใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคสมอง
- C. มีการจับแบบจำเพาะเจาะจงกับ receptors
- D. ถูกทุกข้อ

10. ผู้ป่วยไมเกรนดังต่อไปนี้อาจพิจารณาใช้ยาในการป้องกันได้ ยกเว้น

- A. มีการปวดแบบรุนแรงมาก
- B. มีอาการอาเจียนทุกครั้งที่เกิด
- C. ช่วงการปวดศีรษะในแต่ละครั้งนานมากกว่า 48 ชั่วโมง
- D. มีอาการปวดศีรษะที่ต้องได้รับยาในการรักษา > 2 ครั้ง/สัปดาห์



CPE PLUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

ฉบับประจำเดือนสิงหาคม 2556

กร ะ ดา ย ค ำ ต อ บ

สำหรับเจ้าหน้าที่
ชุดที่ _____

☐ ภก. ☐ ภญ.

☐ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ภ

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....

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

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

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

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

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

(ทับตามรอยนี้)

	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 ไมเกรน

รหัส 1-000-CPE-062-1308-06

(ทับตามรอยนี้)

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)

ผู้ที่เคยร่วมตอบคำถามกับแบบทดสอบนี้แล้ว ไม่ต้องส่งซ้ำ

LEARNER

CPE PLUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝาก

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



กรุณาส่ง

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

Quiz

CPE PLUS

กัมพูชา





After the Music Stopped...

หลังฟองสบู่สังหาริมทรัพย์ในสหรัฐอเมริกาปะทุเมื่อกลางปี พ.ศ. 2551 (ค.ศ. 2008) เกิดวิกฤตเศรษฐกิจที่นั่น ซึ่งเชื่อมโยงกันกับยุโรปและลุกลามไปเกือบทั่วโลก นักเศรษฐศาสตร์ประเมินว่ามันเป็นวิกฤตที่ร้ายแรงรองลงมาจากวิกฤตครั้งใหญ่ที่เกิดขึ้นหลังปี พ.ศ. 2472 (ค.ศ. 1929) เมื่อตลาดหลักทรัพย์ในสหรัฐอเมริกาล่ม บางคนเรียกวิกฤตครั้งนี้ว่า The Great Recession ไม่นานหลังเกิดวิกฤต ทั้งนักเศรษฐศาสตร์และผู้อยู่ในวงการสื่อออกมาอธิบายจากมุมมองต่าง ๆ มีหนังสือเล่มหนึ่งที่พิมพ์ออกมาเมื่อต้นปีนี้ ซึ่งมีนักเศรษฐศาสตร์จำนวนมากยกย่องว่าครอบคลุมหลายแง่มุมและวิเคราะห์ได้อย่างทะลุปรุโปร่ง ผู้เขียนหนังสือชื่อ อลัน บลินเดอร์ ซึ่งเป็นศาสตราจารย์อยู่ในมหาวิทยาลัยพรินซ์ตันและเคยเป็นรองประธานคณะกรรมการธนาคารกลางของสหรัฐอเมริกา หนังสือของเขาชื่อ **After the Music Stopped : The Financial Crisis, the Response, and the Work Ahead** ในบรรดาผู้เห็นด้วยนี้ มีศาสตราจารย์เดอลองเห็นพ้องกับนักเศรษฐศาสตร์ชั้นนำหลายคนว่า ถึงเวลาที่**จะต้องยกเครื่องวิชาเศรษฐศาสตร์กระแสหลักครั้งใหญ่เนื่องจากนโยบายจากตำราที่เรียนกันมานานใช้ไม่ค่อยได้ผลแล้ว** อย่างไรก็ตาม ประเด็นนี้มิได้จำกัดอยู่ที่วิชาเศรษฐศาสตร์เท่านั้น หากยังเกี่ยวเนื่องไปถึงสภาพทางการเมืองและสังคมอีกด้วย ทั้งหลายนี้ยังมีการบ่งชี้ว่า ปัญหาซับซ้อนเกินกว่าที่วิชาเศรษฐศาสตร์กระแสหลักเพียงอย่างเดียวจะแก้ได้ คอลัมน์นี้จึงย้ำเสมอว่า ปัญหาจะยืดเยื้อต่อไปอีกนาน ฉะนั้น ไม่ว่าจะทำอะไรในช่วงนี้ควรตระหนักเรื่องความเสี่ยงให้มากเป็นพิเศษ

เสียงเพลงของ “ร้านขายยา” ยังบรรเลงอยู่ตลอดเวลา โดยไม่รู้ว่าจะ Stopped ณ วันใด

มีเหตุการณ์ใหญ่เกิดขึ้นเกี่ยวกับกฎหมายยาและวิชาชีพเภสัชกรรม เภสัชกรรุ่นใหม่อาจยังไม่ทราบว่า พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบันนั้น ได้มีการแก้ไข (อย่างมาก) ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาเพื่อแก้ไข

วิกฤตการณ์ของบุคลากรในร้านยา ทั้งบุคลากรที่ทำหน้าที่ขายยาในร้านขายยา และเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยา การแก้ไขเพื่อให้ร้านขายยามีบุคลากรขายยารับผิดชอบในร้านขายยาประเภทบรรจุเสร็จ และให้มีเภสัชกรประจำอยู่ในร้านขายยาประเภทแผนปัจจุบัน ได้มีการแก้ไขกฎหมายยาหลายครั้ง กล่าวคือ

พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 (มาตรา 47) มาตรา 47 ในระหว่างระยะเวลา 5 ปี นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับในกรณีที่ได้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันหรือผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษซึ่งได้รับอนุญาตอยู่แล้วก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ รายใดยังไม่อาจจัดหาบุคคลตามมาตรา 21 (ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน) หรือมาตรา 22 (ผู้รับอนุญาตขายยาบรรจุเสร็จ) แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัตินี้แล้ว แต่กรณีเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำอยู่ ณ สถานที่ขายยาตลอดเวลาที่เปิดทำการได้ให้ผู้รับอนุญาตขายยา



ดังกล่าวปฏิบัติดังต่อไปนี้

(1) สำหรับผู้รับอนุญาต

ขายยาแผนปัจจุบัน ให้จัดให้มีเภสัชกร

ตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 21 แห่งพระราช

บัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระ

ราชบัญญัตินี้ประจำอยู่ ณ สถานที่ขายยาวันละ

ไม่น้อยกว่าสามชั่วโมงติดต่อกันในเวลาเปิดทำการ

*** หมายเหตุ (๑) : ในมาตรา 21 ของพระราชบัญญัติ

ยา พ.ศ. 2510 บัญญัติไว้ว่าผู้รับอนุญาตขายยาแผน

ปัจจุบันต้องมีเภสัชกร (ชั้นหนึ่งหรือชั้นสอง ซึ่งใน

ปัจจุบันไม่เหลือเภสัชกรชั้นสองแล้ว) เป็นผู้มีหน้าที่

ปฏิบัติการประจำอยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ ดังนั้น

พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 (มาตรา

47) นี้ จึงเป็นการลดบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรจาก

เภสัชกร Full-time ให้เป็นเภสัชกร Part-time ได้โดย

ถูกต้องตามกฎหมาย กล่าวในด้านคิดบวกก็คือ

เภสัชกรสามารถปฏิบัติหน้าที่ด้านวิชาชีพในร้านขาย

ยาได้ลดน้อยลงเหลือเพียงวันละสามชั่วโมงก็ได้

โดยที่ประชาชนก็มีได้เดือดร้อนที่ไปร้านขายยาแล้ว

จะไม่พบเภสัชกรตัวจริง กฎหมายก็เปิดทางให้ และ

เภสัชกรยังเต็มใจในการถูกลิดรอนด้วยการลดบทบาท

หน้าที่และเวลาทำงานของตนเองเสียด้วย แต่... ถ้า

หากว่าพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

(มาตรา 47) นี้บัญญัติให้พิสดารกว่านี้ว่าเป็นว่า “...ให้

ร้านขายยาที่จัดหาเภสัชกรไม่ได้ไม่สามารถไม่ต้องมี

เภสัชกรอยู่ประจำก็ได้” ถ้าหากร้านขายยาไม่จำเป็น

ต้องมีเภสัชกรอยู่ประจำแล้วใคร Music ของวิชาชีพ

เภสัชกรรมก็คง Stopped ไปตั้งแต่บัดนั้นแล้ว คำ

กล่าวในหนังสือ After the Music Stopped ของ

อลัน บลินเดอร์ คงไม่ต้องถูกนำมากล่าวในบทความ

นี้ ซึ่งยาวนานถึง 34 ปีให้หลัง

พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522

(มาตรา 48) มาตรา 48 ในกรณีนี้ที่ผู้รับอนุญาตขาย

ยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ซึ่งได้รับใบอนุญาตอยู่แล้วก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ รายใดยังไม่อาจ จัดหาบุคคลตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแก้ไขเพิ่ม

เติมโดยพระราชบัญญัตินี้มาเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำอยู่ ณ สถานที่

ขายยาตลอดเวลาที่เปิดทำการได้ ให้ผู้รับอนุญาตขายยาดังกล่าวเข้ารับ

การอบรม หรือมอบหมายให้บุคคลอื่นเข้ารับการอบรมจากกระทรวง

สาธารณสุข และเมื่อได้รับการอบรมเสร็จสิ้นแล้ว ให้ผู้สำเร็จ

หลักสูตรการอบรมดังกล่าวประจำอยู่เฉพาะสถานที่ขายยา

แผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย

หรือยาควบคุมพิเศษของตนหรือของผู้รับอนุญาต

ขายยาที่ได้มอบหมายให้ผู้นั้นเข้ารับการอบรม

เท่านั้น โดยให้เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตาม

มาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัตินี้ การจัด

อบรมตามวรรคหนึ่ง ให้กระทำให้เสร็จสิ้นภายใน 5 ปีนับ

แต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

***หมายเหตุ (๒) : พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 (มาตรา 48) นี้ยิ่ง

พิสดารมากกว่า เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่อยู่ประจำในร้านขายยาบรรจุเสร็จฯ

คือ เภสัชกรชั้นหนึ่ง เภสัชกรชั้นสอง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบ

โรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรม การผดุงครรภ์หรือการพยาบาล

ถ้าผู้รับอนุญาตขายยาบรรจุเสร็จฯ ไม่สามารถหาบุคลากรเหล่านี้ได้ ก็เพียงแค่

ให้ผู้รับอนุญาตขายยาดังกล่าวเข้ารับการอบรม หรือมอบหมายให้บุคคลอื่นเข้า

รับการอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อได้รับการอบรมเสร็จสิ้นแล้ว ก็

สามารถอยู่ประจำแทนผู้ประกอบการเหล่านั้นได้โดยถูกต้องตามกฎหมาย

จึงเห็นได้นับแต่บัดนั้นมาว่า Music ของผู้ประกอบการวิชาชีพในร้านยาบรรจุเสร็จฯ

ได้ Stopped ลงนับแต่วันที่กฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้แล้วล่วงหน้าก่อนที่จะ

อลัน บลินเดอร์ คาดการณ์ไว้หลายสิบปี

พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2527 (มาตรา 3) มาตรา 3 ให้

ขยายระยะเวลาการใช้บังคับมาตรา 47 (1) แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3)

พ.ศ. 2522 ในส่วนที่เกี่ยวกับการผ่อนผันให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

ซึ่งได้รับใบอนุญาตอยู่แล้วก่อนวันที่พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 ใช้



บังคับ ต้องจัดให้มีเภสัชกรตามมาตรา 21 เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการอยู่ ณ สถานที่ขายยาวันละไม่น้อยกว่าสามชั่วโมงติดต่อกันในเวลาเปิดทำการออกไปอีกจนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2529 โดยมีการกล่าวไว้ในหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัตินี้ไว้ด้วยการอ้างว่า โดยที่ระยะเวลาใช้บังคับบทเฉพาะกาลตามมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 ที่บัญญัติผ่อนผันให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันซึ่งได้รับอนุญาตอยู่แล้วก่อนวันที่พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) ใช้บังคับที่ยังไม่อาจจัดหาเภสัชกรเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำอยู่ ณ สถานที่ขายยาตลอดเวลาที่เปิดทำการได้ตามที่กำหนดไว้ตามมาตรา 21 แต่ต้องจัดให้มีเภสัชกรประจำสถานที่ขายยาวันละไม่น้อยกว่าสามชั่วโมงติดต่อกันในเวลาเปิดทำการนั้น จะสิ้นสุดลงในวันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2527 แต่

สภาพการณ์ในปัจจุบัน จำนวนเภสัชกรที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ ทำให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันซึ่งได้รับอนุญาตอยู่แล้วก่อนวันที่พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 ใช้บังคับจำนวนมาก ไม่อาจจัดหาเภสัชกรประจำอยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการตามมาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวได้ สมควรขยายระยะเวลาการใช้บังคับบทเฉพาะกาลในส่วนที่เกี่ยวกับการให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันต้องจัดให้มีเภสัชกรตามมาตรา 21 ปฏิบัติการอยู่ ณ สถานที่ขายยาวันละไม่น้อยกว่าสามชั่วโมงติดต่อกันในเวลาเปิดทำการออกไปอีกระยะหนึ่ง...

***หมายเหตุ (๓) : เป็นการขยายระยะเวลาให้ร้านขายยาแผนปัจจุบันจัดหาให้มีเภสัชกรอยู่ประจำร้านเพียงวันละสามชั่วโมงติดต่อกันออกไปอีกเป็นระยะเวลา 2 ปี ทำให้ Music ของวิชาชีพเภสัชกรรมยังไม่ถึงขั้นต้อง Stopped ลงไป

After the Music Stopped เป็นเรื่องของระยะเวลา

ในวงการธุรกิจมีคำกล่าวว่า No Mercy in Business โดยเฉพาะการแข่งขันบนเวทีโลก ยิ่งประเทศไทยจะเข้าสู่เวที AEC ในปี พ.ศ. 2558 นี้แล้ว การแข่งขันบนเวทีภูมิภาคคงดุเดือดและปราศจากความเมตตาปรานี (No Mercy) ไม่แพ้เวทีโลก การที่รัฐจะปกป้องร้านขายยาทั้งแผนปัจจุบันและแผนบรรจสุเสร็จด้วยการแก้ไขกฎหมายโดยวิธีการผ่อนผันด้วยวิธีการใด ๆ อย่างเช่น การขยายระยะเวลาบังคับ หรือให้เพียงแต่จัดอบรมก็สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพได้นั้นคงเกิดขึ้นได้ยาก และหากเกิดขึ้นได้จริงก็คงทำให้ประเทศชาติโดยรวมเสียหาย เพราะต่างชาติก็จะได้สิทธิในลักษณะเดียวกันนี้ไปด้วย สิ่งที่จะเกิดขึ้นจึงน่าจะเป็นไปได้ว่าร้านขายยาบรรจสุเสร็จต้องพัฒนาระดับขึ้นมาเป็นร้านขายยาแผนปัจจุบัน และร้านขายยาแผนปัจจุบันก็ต้องพัฒนาให้มีระบบบริหารจัดการ มีบุคลากรเป็นไปตามระดับสากล ไม่เพียงแต่ให้ร้านขายยาของตนสามารถดำรงคงอยู่ได้เท่านั้น แต่หากยังต้องสามารถแข่งขันกับร้านขายยาของต่างชาติที่ดำเนินกิจการเดียวกันกับเราด้วย เพราะเวทีของ AEC นี้ไม่มีพรมแดนกีดกันคนต่างชาติอีกต่อไป มันเป็นระบบ Free Flow ที่ทุกชาติต้องพร้อมลงเล่น แก้อัดนตรีด้วยกัน ชนิดที่เรียกว่าใครดีใครอยู่ ใครไม่ดีพอ (ไม่พร้อม) ก็ต้องออกจากเกมนี้ไป เพราะว่า No Mercy in Business นั่นเอง

ก่อนที่จะสิ้นเสียงเพลงบรรเลง...

ณ วันนี้ เสียงเพลงแห่งวิชาชีพเภสัชกรรมยังบรรเลงอยู่ตลอดเวลา โดยไม่รู้ว่าจะ Stopped ณ วันใด แต่หากวันที่ Music แห่งวิชาชีพบรรเลงจบลง

เมื่อใด เราคงจะตระหนักถึงความสำคัญของการมีเก้าอี้ที่นั่งสักตัวให้แก่วิชาชีพของเรา เพื่อให้มีความมั่นใจว่าจะมีเก้าอี้ที่นั่งสักตัว เภสัชกรคงต้องทำอย่างไรก็ได้เพื่อให้วิชาชีพเภสัชกรรมมีความเข้มแข็ง วิชาชีพจะเข้มแข็งได้ก็ต้องปฏิบัติตนและดำรงอยู่ในสถานะที่เป็นผู้ให้ ให้ และให้แก่ประชาชน โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนตนให้น้อยที่สุด (Long Term Gained) แล้วเมื่อถึงวันที่เสียงเพลงหยุดบรรเลงแล้ว ประชาชนนั่นเองที่จะเป็นผู้จัดหาเก้าอี้แห่งวิชาชีพเภสัชกรรมให้พวกเราได้นั้น มีคำกล่าวที่ว่า ความ “รับรู้ หรือการรู้ตัว” ของคนเรามีความแตกต่างกัน คือ



Those who don't know what is happening;
Those who wonder what is happening;
Those who watch what is happening; and
Those who MAKE IT HAPPENS.

และในวินาทีนี้เป็นเวลาที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมต้องดำรงตนให้เป็นผู้... MAKE IT HAPPENS. แล้ว

บรรณานุกรม :

บทความนี้เป็นบทความแนวคิดจาก “ดร.ไสว บุญมา; “บ้านเขาเมืองเรา” : อันเนื่องมาจากเรื่องมุมมองของวิกฤตเศรษฐกิจ; กรุงเทพฯ ธุรกิจ วันศุกร์ที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๖” มาประยุกต์ใช้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับร้านขายยาและกฎหมายยา ซึ่งมีผลโดยตรงกับการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม





การแพทย์แผนไทย ปรบยุกรศาสตร์รับ AEC

“การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine)” เป็นการแพทย์ที่ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านเวชกรรมไทย เกษตรกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย และการนวดไทย ซึ่งถือเป็นศาสตร์และศิลป์ที่ตกทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น เรียกได้ว่าเป็นการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศไทย ในประเทศอาเซียนแต่ละประเทศต่างก็มีการแพทย์ดั้งเดิมของตนเองที่พัฒนามาแต่โบราณและยังใช้อยู่เช่นเดียวกับประเทศไทย มีสมุนไพรที่คล้ายคลึงกันเนื่องจากภูมิอากาศคล้ายกัน แต่สิ่งที่แตกต่างกันคือความก้าวหน้าในการผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมเข้าในระบบบริการสุขภาพ

โดยเวียดนามเป็นประเทศที่มีการผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมเข้าในระบบสาธารณสุข และระบบการศึกษาการแพทย์แผนดั้งเดิมในมหาวิทยาลัยก้าวหน้ากว่าประเทศสมาชิกอาเซียนประเทศอื่น เพราะอยู่ภายใต้สงครามมาอย่างยาวนาน จำเป็นต้องพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพด้วยการแพทย์ดั้งเดิม โดยการแพทย์ดั้งเดิมของเวียดนามได้รับอิทธิพลจากการแพทย์แผนจีน เนื่องจากอยู่ภายใต้การปกครองของจีนนานนับพันปี จากการจัดอันดับขององค์การอนามัยโลกทางด้านระบบบริการและระบบการศึกษาการแพทย์ดั้งเดิมของเวียดนามจัดอยู่ในกลุ่ม A ระดับเดียวกับจีนและเกาหลี

ส่วนพม่าเองก็ต้องพึ่งพาตัวเองเพราะเป็นประเทศปิดมานาน จึงต้องอาศัยการแพทย์ดั้งเดิมของตนเองในการรักษาพยาบาลค่อนข้างมาก ทำให้การผสมผสาน

การแพทย์ดั้งเดิมเข้าในระบบสาธารณสุข และระบบการเรียนการสอนเพื่อผลิตแพทย์แผนดั้งเดิมพัฒนาไปอย่างมาก ในทางตรงข้าม กัมพูชาและบรูไนเป็นสองประเทศในอาเซียนที่ยังไม่ได้ผสมผสาน

การแพทย์ดั้งเดิมเข้าในระบบสาธารณสุข ด้วยสาเหตุที่ต่างกันคือ กรณีของกัมพูชา ต่ำรับตำราการแพทย์ถูกทำลายหมดระหว่างสงคราม มีแพทย์เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก เหลือแต่แพทย์พื้นบ้าน ซึ่งยังต้องอบรมพัฒนาความรู้เพิ่มเติม ส่วนบรูไนเป็นประเทศร่ำรวยที่เน้นแต่การแพทย์แผนปัจจุบัน แต่การให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมในคลินิกเอกชนโดยแพทย์แผนดั้งเดิมที่ส่วนมากผ่านการอบรมมาจากต่างประเทศสามารถทำได้ อินโดนีเซียมีการแพทย์ดั้งเดิมที่เรียกว่า “จามา” การผสมผสานเข้าในระบบบริการสาธารณสุขต้องอาศัยแพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านการอบรมเรื่องการช้ยาจามา และการวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลประสิทธิผลของยาจามา ยังไม่มีการเรียนการสอนการแพทย์จามาในระดับปริญญาตรี

จะเห็นได้ว่าแต่ละประเทศในอาเซียนมีทั้งความคล้ายคลึงและแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดทางด้านการแพทย์ดั้งเดิม ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 ประเทศอาเซียน 10 ประเทศ จะหลอมรวมกลายเป็นหนึ่งเดียวในการก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน หรือ AEC ในภาคบริการสาธารณสุขเองย่อมได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน ด้วยความแตกต่างดังกล่าว การจะทำให้เกิดความร่วมมืออย่างยั่งยืนของทั้ง 10 ประเทศอาเซียนได้นั้น จำเป็นต้องหันมามองตนเองและเพื่อนบ้านอย่างถ่องแท้ เพื่อให้การจับมือกันในครั้งนี้เป็นการจับมือกันอย่างเนิ่นนานและยั่งยืนในอนาคต



นพ.ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย กล่าวว่า ทุกประเทศสมาชิกอาเซียนมีการแพทย์ดั้งเดิมของตนเองที่พัฒนามาแต่โบราณและยังใช้กันอยู่ มีสมุนไพรที่คล้ายคลึงกัน เพราะภูมิอากาศคล้ายกัน แต่อาจกล่าวได้ว่าความก้าวหน้าในการผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมเข้าในระบบบริการสุขภาพยังมีความแตกต่างกันมากระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน สำหรับ

ประเทศไทย ระบบบริการและระบบการศึกษาการแพทย์ดั้งเดิมของไทยจัดอยู่กลุ่ม B โดยในทัศนะของประเทศสมาชิกอื่นมองว่าไทยเป็นผู้นำของกลุ่ม B ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้รับการบรรจุในสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปี พ.ศ. 2550 เริ่มจัดตั้งกองทุนพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อกระตุ้นให้มีบริการการแพทย์แผนไทย โดยจัดสรรเงินกระตุ้นจัดบริการ (ปี พ.ศ. 2555 จำนวน 7.20 บาท/คน สำหรับผู้ถือสิทธิ 48 ล้านคน) ครอบคลุมบริการ 1. การรักษาและ



วินิจฉัยโรคด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และ 2. การรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยยาสมุนไพรหรือตำรับยาแผนไทย, การนวดรักษา, การอบสมุนไพร, การใช้ลูกประคบ และการบำบัดหัตถ์เคลื่อนไหว

โดยประชาชนสามารถเข้ารับบริการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย 2 ช่องทาง โดยอาจพบแพทย์แผนปัจจุบัน หรือพบ (นักการ) แพทย์แผนไทยโดยตรงที่แผนกการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลทุกระดับ รวมถึงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งในปี พ.ศ. 2555 มีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยจำนวนทั้งสิ้น 10,695 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)/โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 95 แห่ง, โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 733 แห่ง และ รพ.สต. 9,864 แห่ง ปัจจุบันพบว่าคนไทยที่มีหลักประกันสุขภาพเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยราวร้อยละ 10 ของผู้รับบริการทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2554 คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้เพิ่มรายการยาสมุนไพร โดยประกาศบัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2554 ประกอบด้วยยา 2 กลุ่ม จำนวน 71 รายการ (จากเดิม 19 รายการ) คือ 1. กลุ่มยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ 50 รายการ 2. กลุ่มยาพัฒนาจากสมุนไพร 21 รายการ โดยระบุสูตรตำรับ ข้อบ่งใช้ ขนาดวิธีใช้ รวมทั้งข้อห้ามหรือข้อควรระวัง

ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายผสมผสาน (integrate) เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม เพื่อยกระดับ สร้างศักยภาพและความโดดเด่นของการแพทย์แผนไทย ใน พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยนำร่องขึ้น 9 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จ.จันทบุรี, โรงพยาบาลอุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี, โรงพยาบาลวังน้ำเย็น และโรงพยาบาลวัฒนานคร จ.สระแก้ว, โรงพยาบาลขุนหาญ จ.ศรีสะเกษ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จ.แพร่, โรงพยาบาลท่าโรงช้าง จ.สุราษฎร์ธานี, โรงพยาบาลเทิง จ.เชียงราย และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยอีก 4 แห่งสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ คือมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน (วิทยาเขตสกลนคร), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (สมุทรสงคราม) และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรุงเทพฯ เพื่อเป็นศูนย์อภิบาลผู้ป่วยเรื้อรังครบวงจร โดยบูรณาการการให้บริการสอดคล้องกับการแพทย์ระบบอื่น ๆ เช่น การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก การแพทย์แผนปัจจุบัน

นอกจากนี้เพื่อสร้างความมั่นใจและคุ้มครองผู้ป่วยในการใช้บริการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดหลักเกณฑ์ แนวทาง และพัฒนาคุณภาพการบริการ เช่น สนับสนุนให้มีตำแหน่งและอัตรางานการแพทย์แผนไทย, ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในสถานบริการทุกระดับ จัดทำและสนับสนุนการใช้บัญชียาแผนไทย, รหัสโรคและหัตถการแผนไทย (ICD-10-TM), แนวเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย (CPG-TM), รหัสยาแผนไทย, มาตรฐานบริการในสถานบริการ การร่วมจัดทำราคากลาง/ราคาอ้างอิงยาแผนไทย และการจัดทำหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในระบบ DRG

อย่างไรก็ดี ปัจจุบันหลายประเทศกำลังเร่งพัฒนาระบบการแพทย์แผนดั้งเดิมของตนเองอย่างมาก เช่น มาเลเซีย อินโดนีเซีย ไม่ว่าจะเป็นมาตรฐานของการให้บริการ การจัดทำ Guideline ของการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์ดั้งเดิมหรือการ

แพทย์ทางเลือกสำหรับเป็นคู่มือการปฏิบัติงานของหน่วยบริการ การศึกษาวิจัยอย่างครบวงจรตั้งแต่วัตถุดิบจนถึงการวิจัยทางคลินิก เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการพิจารณาคัดเลือกยาหรือศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์เสริมใด ๆ เข้าในระบบสาธารณสุข

นพ.ปราโมทย์ กล่าวถึงการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ดั้งเดิมสู่ประชาคมอาเซียนว่า การดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ดั้งเดิมสู่ประชาคมอาเซียนมีการดำเนินงานใน 2 เสาหลัก ได้แก่ **เสาหลักด้านสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASCC)** กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งความร่วมมือในเสานี้ ประเทศสมาชิกได้ร่วมตัวกันตั้งเป็น **ASEAN Task Force on Traditional Medicine (ATFTM)** โดยมีความร่วมมือด้านการบริการ การศึกษา การทำฐานข้อมูล การส่งเสริมการใช้ในสาธารณสุขมูลฐาน และการวิจัย และ **เสาหลักด้านเศรษฐกิจ (AEC)** สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นผู้ดูแลเรื่องการบริหารสานกฎระเบียบต่าง ๆ ของอาเซียน (ASEAN harmonization) ที่ใช้ในการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ และมาตรฐานการผลิตและการควบคุมคุณภาพยาแผนดั้งเดิมในอาเซียนหรือที่พระราชบัญญัติยาของไทยเรียกว่า “ยาแผนโบราณ”



การดำเนินงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกภายใต้เสาหลักด้านเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ได้ร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายต่าง ๆ ดำเนินงานและมีแผนงานที่จะช่วยพัฒนามาตรฐานของการผลิตยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพร เช่น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องสำอาง รวมทั้งผลิตภัณฑ์ชุมชนจากสมุนไพร (OTOP) ที่ไม่ใช่ยาหลายมาตรการ ได้แก่ 1. การพัฒนากระบวนการผลิตยาแผนไทยสู่มาตรฐานสากล เช่น การทำ Good Agricultural and Collection Practice (GACP) และมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ของวัตถุดิบสมุนไพร 2. การเร่งรัดพัฒนามาตรฐานการผลิตยาจากสมุนไพรของโรงพยาบาลของรัฐเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อยทุกเครือข่ายบริการละ 1 แห่ง โดยการสนับสนุนงบประมาณ การฝึกอบรมการ

ควบคุมคุณภาพของยาจากสมุนไพร และให้เป็นพี่เลี้ยง การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร OTOP ในพื้นที่ 3. การจัดตั้ง “ตลาดกลางวัตถุดิบสมุนไพร” ที่เชียงใหม่ สุราษฎร์ธานี (ปทุมธานี อุบลราชธานี มหาสารคาม) เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนวัตถุดิบสมุนไพร และพัฒนาคุณภาพของวัตถุดิบสมุนไพร 4. การพัฒนาศักยภาพของศูนย์พัฒนายาไทยและสมุนไพร จ.ปทุมธานี และการเตรียมการจัดตั้ง “ศูนย์พัฒนาและแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร” เพื่อพัฒนาการผลิตยาจากสมุนไพรในรูปของสารสกัดให้มากขึ้น 5. การพัฒนาและอนุรักษ์ “สวนป่าสมุนไพรชุมชน” เพื่อการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน 6. จัดทำร่าง “แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสมุนไพรไทย: สมุนไพรไทย-สินค้าโลก (พ.ศ. 2556-2560) การพัฒนาสมุนไพรไทยสู่ผลิตภัณฑ์สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศไทย” (Thailand Champion Herbal Products: TCHP) โดยมีกลยุทธ์/มาตรการในการพัฒนาสมุนไพรครบวงจร ตั้งแต่ระดับต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ

ไม่เพียงเท่านั้น ยังได้พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในหลายด้าน อาทิ การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือต่าง ๆ การสนับสนุนให้มีตำแหน่ง และอัตราแพทย์แผนไทย, ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (ด้านเวชปฏิบัติแผนไทย/ด้านการนวดไทย) ในสถานบริการทุกระดับ การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักเกณฑ์แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทย สนับสนุนการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมของโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 10 แห่ง และสังกัดมหาวิทยาลัย 4 แห่ง การพัฒนาจังหวัดต้นแบบการแพทย์แผนไทยครบวงจร 4 แห่ง ในจังหวัดเชียงราย สกลนคร มหาสารคาม และสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2556 ทางกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกยังได้พัฒนาเกณฑ์มาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมและ พัฒนาการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 14 โดยจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาล ส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน



(รพ.สส.พท.) รวมทั้งยังมีความร่วมมือกับ อย. และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการพัฒนาและผลักดันให้มีการใช้ยาจากสมุนไพรเพิ่มขึ้น โดยเร่งรัดให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อผลักดันยาจากสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้นอีก 15 รายการ ภายใน 3 ปี และเร่งพัฒนาและสร้างมาตรฐานการให้บริการนวดไทยให้เป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น การ Rebranding นวดไทย โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานและโลโก้ นวดไทย การสร้างระบบการประเมินและรับรองมาตรฐานการนวดไทยโดยจัดตั้งองค์กรรับรองมาตรฐาน (Certifying body)

สำหรับด้านการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย ปัจจุบันระบบการเรียนการสอนของการแพทย์แผนไทยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระบบ ได้แก่ **ระบบการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัย** เป็นการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปด้านการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ปัจจุบัน (พ.ศ. 2555) มีมหาวิทยาลัยที่จัดการเรียนการสอนหลักสูตรปริญญาตรีด้านการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คือ 1. สาขาการแพทย์แผนไทย มีจำนวน 13 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, มหาวิทยาลัยรังสิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน (วิทยาเขตสกลนคร), มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา, มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก (สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร) และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.พิษณุโลก (สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร) 2. สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 8 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, มหาวิทยาลัยบูรพา, มหาวิทยาลัยนเรศวร, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี (วิทยาเขตปทุมธานี), มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาวิทยาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทารวมทั้งยังมีมหาวิทยาลัยบางแห่งเริ่มมีการเรียนการสอนระดับปริญญาโทและปริญญาเอกทางการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์แล้ว เช่น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ปริญญาโท), มหาวิทยาลัยรังสิต (ปริญญาโท), มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (ปริญญาโท) และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ปริญญาโทและเอก)

ระบบฝากตัวเป็นศิษย์ ผู้มีความประสงค์จะศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยจะต้องมอบตัวเป็นศิษย์เพื่อเข้ารับการอบรมศึกษาจากครูผู้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยในประเภทที่ได้ขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยว่าได้ผ่านการอบรมความรู้การเป็นครูผู้รับมอบตัวศิษย์สาขาการแพทย์แผนไทยแล้ว นอกจากนี้ ผู้เรียนต้องผ่านการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากครูผู้รับมอบตัวศิษย์ในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรองตามประเภทและระยะเวลาที่กำหนดต่อไปนี้ 1. ประเภทเวชกรรมไทย ไม่น้อยกว่า 3 ปี โดยครูผู้รับมอบตัวศิษย์สาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย 2. ประเภทเภสัชกรรมไทย ไม่น้อยกว่า 2 ปี โดยครูผู้รับมอบตัวศิษย์สาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทย 3. ประเภทการผดุงครรภ์ไทย ไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยครูผู้รับมอบตัวศิษย์สาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทย และ 4. ประเภทการนวดไทย ไม่น้อยกว่า 2 ปี โดยครูผู้รับมอบตัวศิษย์สาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทย

นอกจากนี้ผู้มีความประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยต้องได้รับการอบรมการนวดไทยมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี (800 ชั่วโมง) จากสถาบันที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากคณะกรรมการวิชาชีพ



สาขาการแพทย์แผนไทย ส่วนผู้ประสงค์จะเป็นผู้ช่วยแพทย์แผนไทยต้องผ่านการฝึกอบรมผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมงจากสถาบันที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยเช่นเดียวกัน จึงจะสามารถให้บริการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสุขภาพ โดยมีผู้ที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันหรือแผนไทยประยุกต์ หรือแผนไทยประเภทเวชกรรมไทยและนวดไทยเป็นผู้ควบคุมดูแลการให้บริการอีกหนึ่ง

ส่วนการพัฒนาการศึกษาการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับหน่วยงานการศึกษาและเครือข่ายได้ดำเนินการพัฒนาการศึกษาและบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย โดยการอบรมและผลิตบัณฑิตด้านการแพทย์แผนไทยรองรับการจัดบริการ ร่วมมือกับสถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) และมหาวิทยาลัยต่าง ๆ การเตรียมจัดทำแผนกำลังคนและแผนการฝึกปฏิบัติงานของสถาบันการศึกษาเสนอ กรม เป็นความร่วมมือระหว่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกับเครือข่ายสถาบันการศึกษา การอบรมพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ของนักการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข ร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และหน่วยงานพื้นที่ การอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย และสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จัดการอบรมภาษาอังกฤษให้แก่หมอนวดไทย และแพทย์แผนไทย และจะจัดการอบรมภาษาอื่น ๆ ที่ใช้ในอาเซียน เช่น ภาษาจีน เวียดนาม มาเลเซีย อินโดนีเซีย รวมทั้งยังได้ร่วมมือกับมหาวิทยาลัย เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นต้น จัดให้มีทุนการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านการแพทย์แผนไทยให้แก่นักศึกษาจากประเทศสมาชิกอาเซียน เพื่อมาศึกษาการแพทย์แผนไทย

สำหรับในแผนงบประมาณปี พ.ศ. 2557 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้จัดทำคำของบประมาณเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนตามนโยบายของรัฐบาล ได้แก่ **แผนยุทธศาสตร์ประเทศ (country strategy) และแผนการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน** จำนวน 4 โครงการ ดังนี้ 1. โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการปลูกและแปรรูปสมุนไพรตามมาตรฐาน GAP ให้เพียงพอและเหมาะสม (สำหรับโรงพยาบาลและผู้ประกอบการมาตรฐาน GMP) รองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 2. โครงการยกระดับผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรสู่ champion products 3. โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาขาการแพทย์แผนไทย 4. โครงการพัฒนากนวน

ไทย มรดกไทย สู่ระดับโลก และยุทธศาสตร์ Medical Hub มี 1 โครงการ ได้แก่ โครงการพัฒนาศักยภาพระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ประกอบด้วยแผนพัฒนา 3 ด้าน คือ การพัฒนาการผลิตยาจากสมุนไพรตามมาตรฐาน GMP การพัฒนาโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย และการพัฒนาศูนย์เรียนรู้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

นพ.ปราโมทย์ กล่าวเพิ่มเติมอีกว่า การเข้าสู่ AEC การแพทย์แผนไทยอาจจะได้รับผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน เช่น อาจมีผู้ผลิตยาจากสมุนไพรบางรายที่รับภาระต้นทุนในการพัฒนามาตรฐานการผลิตไม่ไหว จนอาจต้องเลิกกิจการไป การค้าขายระหว่างประเทศสมาชิกจะดีขึ้น อาจทำให้ทั้งวัตถุดิบสมุนไพร และ



ยาจากสมุนไพรจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาแข่งขันมากขึ้น ผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมยาจากสมุนไพรของไทยจึงต้องเร่งปรับตัวให้มีความทันสมัย ใช้สะดวกขึ้น เช่น พัฒนาเป็นสารสกัดสมุนไพร เพื่อไม่ต้องรับประทานยาจำนวนมาก ๆ เม็ด และพัฒนามาตรฐานการผลิตสู่ระดับ GMP และอาจมีคู่แข่งเรื่องแรงงานนวดไทยเป็นคนต่างชาติเพิ่มขึ้น ซึ่งหมอนวดไทยจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาด้านภาษาของตัวเองให้ดีขึ้น และพัฒนาความสามารถในการสื่อสารภาษาอังกฤษ และภาษาอื่น ๆ ในอาเซียนด้วย

“เชื่อว่าคนไทยจะได้รับประโยชน์จากการเข้าสู่ AEC จากการพัฒนามาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย มาตรฐานการศึกษาที่ทำให้แพทย์ที่เรียนจบแพทย์แผนไทยมีคุณภาพมากขึ้น และยาจากสมุนไพรที่ผลิตได้มาตรฐาน GMP รวมทั้งคนไทยจะมีทางเลือกในการใช้การแพทย์ดั้งเดิม หรือการแพทย์ทางเลือกศาสตร์อื่น ๆ เพิ่มมากขึ้นเพื่อดูแลสุขภาพและบำบัดโรค” **นพ.ปราโมทย์** กล่าวทิ้งท้าย



สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) จัดงานประชุมให้คำปรึกษากลุ่มงานฝ่ายเภสัชกรรม เรื่อง “ระบบยา” ครั้งที่ 2/2556 เพื่อให้เภสัชกรในโรงพยาบาลในสังกัดต่าง ๆ ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ ทิศทางการพัฒนางานเภสัชกรรมและความเชื่อมโยงของระบบยา โดยกำหนดจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 11-13 กันยายน พ.ศ. 2556 ณ โรงแรมวินเซอร์ สวีทส์ สุขุมวิท 20 กรุงเทพฯ

ภญ.ปราณี ภิญญวัฒน์ยากร เลขาธิการ



สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)

กล่าวว่า ปัจจุบันโรงพยาบาลจำนวนมากมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อสร้างหลักประกันให้แก่ผู้รับบริการในการที่จะได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ ปลอดภัย เพื่อขอรับรองคุณภาพจากสถาบัน

รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่รู้จักกันในนาม สรพ. โดยมีหลักการอยู่บนการสร้างความมุ่งมั่นร่วมกัน การทำงานเป็นทีมบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมในทุกระดับ และกระบวนการกิจกรรมสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพของแต่ละสาขา

จากกระแสการพัฒนาดังกล่าวส่งผลให้มีโรงพยาบาลที่แจ้งความจำนงค์ขอคำปรึกษาและเยี่ยมชมสำรวจจำนวนมาก เพื่อให้เภสัชกรโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทุกระดับได้เรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล และความเชื่อมโยงของระบบยาที่สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลที่ประกาศใช้ โดย สรพ. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) จึงจัดให้มีงานประชุมให้คำปรึกษาเรื่องระบบยา ปีละ 1-2 ครั้ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา ในปีนี้มีการจัดประชุมไปแล้ว 1 ครั้ง เมื่อวันที่ 25-27 มีนาคม ที่ผ่านมา และมีกำหนดจัดครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 11-13 กันยายน พ.ศ. 2556

รูปแบบของการประชุมประกอบด้วย การบรรยายและตอบปัญหาโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญของสมาคมฯ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง



สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล จัดประชุมให้คำปรึกษาเรื่อง ระบบยา ครั้งที่ 2/2556 ร่วมแชร์ประสบการณ์ ทิศทางการพัฒนาเภสัชกรรม

เภสัชกรผู้เข้าร่วมประชุมจากโรงพยาบาลหลากหลายสังกัดทั่วประเทศ โดยมีเนื้อหาที่เน้นในเรื่องการดำเนินงานระบบยาในโรงพยาบาล อาทิ ประสิทธิภาพการเยี่ยมสำรวจระบบยา, ความคลาดเคลื่อนที่มักเกิดขึ้นในระบบยา, Medication Error, Medication Reconciliation และหัวข้อที่ถือเป็นหัวข้อไฮไลต์คือ เรื่อง High Alert Drugs หลุมพรางที่พบในมุมมองผู้เยี่ยมชมสำรวจ เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งอาจใช้แบบแผนระบบยาตามโรงพยาบาลอื่น ๆ โดยไม่ได้คำนึงว่าแผนระบบยานั้นมีความเหมาะสมกับโรงพยาบาลของตนหรือไม่ ในหัวข้อนี้จะเป็นการแนะนำวิธีการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนระบบยาที่ดีและเหมาะสมสำหรับแต่ละโรงพยาบาล

“คณะผู้จัดประชุมมุ่งหวังเป็นอย่างยิ่งที่จะให้เภสัชกรโรงพยาบาลที่ได้เข้าร่วมประชุมได้รับความรู้และเกิดความเข้าใจเรื่องระบบยาอย่างถูกต้อง ซึ่งต่างจากการเดินสายให้คำปรึกษาตามโรงพยาบาล เพราะนั่นเป็นเพียงการศึกษาภายในองค์กรของตนเอง แต่การประชุมให้คำปรึกษาในครั้งนี้ถือเป็นการเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้แชร์ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดมุมมองที่หลากหลายมากกว่า ส่งผลให้นำข้อมูลความรู้ที่ได้ไปพัฒนาระบบยาให้แก่ทางโรงพยาบาลของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะฝ่ายเภสัชกรรมซึ่งจัดว่าเป็นหน่วยงานที่สำคัญในระบบการรักษายาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบต่อระบบยาที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลบนพื้นฐานข้อมูลทางวิชาการ สนับสนุนและส่งเสริมให้ระบบสามารถประกันความถูกต้อง ลดความคลาดเคลื่อนด้านยาอย่างเป็นรูปธรรม” ภญ.ปราณี กล่าวทิ้งท้าย

ผู้ที่สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) โทรศัพท์ 0-2249-9333 หรือดูรายละเอียดพร้อมลงทะเบียนผ่านระบบออนไลน์ที่ www.thaihp.org



ผญ.รศ.ดร.มานี เหลืองรณะอนันต์ “เซลแล็ก” ประโยชน์ที่ได้มากกว่าที่เรารู้จัก

“เซลแล็ก” ที่ชาวบ้านทั่วไปมักใช้สำหรับทาเคลือบไม้ให้มีความเงางามและเป็นการถนอมเนื้อไม้ แต่เภสัชกรกลับเล็งเห็นการใช้ประโยชน์ที่มากกว่าอุตสาหกรรมไม้ โดย **ผญ.รศ.ดร.มานี เหลืองรณะอนันต์** ผู้ผลิตผลงานวิจัยที่ได้รับรางวัลผลงานวิจัยดีเด่นสาขาวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ ประจำปี พ.ศ. 2556 เรื่อง “ผลของสารพอลิเอทิลีนไกลคอลต่อคุณสมบัติทางกายภาพและความคงตัวของฟิล์มเซลแล็ก” จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยศิลปากร ทำให้ “เซลแล็ก” มีประโยชน์มากกว่าที่เราจะรู้จักกันทั่วไป

หลายคนรู้จัก “เซลแล็ก” เป็นอย่างดีจากคุณสมบัติสำหรับเคลือบไม้ให้มีความเงางามและเพื่อถนอมเนื้อไม้ แต่จะมีใครที่รู้ว่า “เซลแล็ก” มีคุณสมบัติเพิ่มประสิทธิภาพให้กับเภสัชภัณฑ์ ยา เครื่องสำอาง หรือด้านการเกษตรได้ **ผญ.รศ.ดร.มานี เหลืองรณะอนันต์** ผู้ทำการวิจัยให้ข้อมูลว่า “ผลงานวิจัยเรื่องนี้จะสำเร็จไปไม่ได้ถ้าหากไม่มีผู้เริ่ม ต้องขอขอบคุณ **ภก.รศ.ดร.สนทยา ลิ้มมัทวาริทธิ์** ผู้วิจัยอีกท่านที่ริเริ่มงานวิจัย

ทางด้านเซลแล็ก เราคงคุ้นหูกับชื่อนี้พอสมควร เซลแล็กเป็นสารที่ไทยผลิตได้ในปริมาณมากเป็นอันดับที่ 2 ของโลก รองจากอินเดีย แต่ทำไมถึงไม่ได้นำมาใช้ในวงการอุตสาหกรรมมากกว่าที่ควรจะเป็น นี่เป็นคำถามที่ต้องหาคำตอบ แต่การนำสารตัวนี้มาใช้ใน

อุตสาหกรรมยา เครื่องสำอาง มันต้องผ่านกระบวนการ ซึ่งต้องทำให้มันบริสุทธิ์

จริง ๆ ในอดีตมีการใช้เซลแล็กเป็นสารเคลือบกันชื้นน้ำ เนื่องจากคุณสมบัติที่โดดเด่นในเรื่องการ



ป้องกันการซึมผ่านน้ำที่ดี พอนำมาใช้เป็นฟิล์มเคลือบในอุตสาหกรรมยาจึงสามารถป้องกันการซึมผ่านของน้ำได้ดีมาก ทำให้ยาคงตัว แต่เมื่อเก็บนานขึ้นปรากฏว่า “เซลลิก” ที่เคลือบเกิดการเสีย เกิดกระบวนการรวมตัวกันที่เรียกว่า “พอลิเมอไรเซชัน” ทำให้ยาไม่แตกตัว พอเรากินยาเข้าไปยาจึงไม่สามารถออกฤทธิ์ได้” นอกจากนี้ในอุตสาหกรรมยามีสารสังเคราะห์เกิดขึ้น ซึ่งสามารถทดแทนได้ดีกว่า ความนิยมในการใช้ “เซลลิก” ในอุตสาหกรรมยาจึงลดลงเรื่อย ๆ

เซลลิกเป็นสารที่มาจากธรรมชาติ ผลิตจากตัวครั้งที่มีมันไปถ่ายใส่ต้นไม้ ซึ่งมีในพื้นที่ทางภาคเหนือ และเห็นว่ามันมาจากประเทศไทยเราเอง ซึ่งเป็นทรัพยากรที่เรามีอยู่ และผลิตได้เป็นปริมาณมาก สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวางในทางยาและเครื่องสำอาง เช่น มาสคาร่า เป็นต้น นอกจากนี้สารตัวนี้ยังสามารถส่งออกไปยังต่างประเทศ เช่น ประเทศเยอรมนี มีงานวิจัยของเยอรมนีได้ศึกษาสารตัวนี้อย่างมากขึ้น โดยนำเข้าจากประเทศไทย แนวคิดเรื่องประโยชน์

ของเซลลิกและเป็นสารที่อุดมสมบูรณ์ในบ้านเรา เราควรจะนำมาพัฒนาให้ดีขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องความไม่คงตัวเพื่อเพิ่มมูลค่าของมัน จึงเป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษาสารตัวนี้ จะเห็นว่าจากงานวิจัยสามารถทำให้มันคงตัวดีขึ้นอย่างมาก “เราเริ่มทำงานเรื่อง “เซลลิก” นี้มากกว่า 10 ปี แต่แนวทางทางด้าน

ภ.รศ.ดร.สนทยา ก็จะไปปรับด้านอื่น เช่น พัฒนาในรูปอนุพันธ์ต่าง ๆ ที่สามารถละลายน้ำได้ เช่น รูปเกลือ ส่วนของอาจารย์ก็จะเน้นเรื่องสารช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นเพื่อเพิ่มความคงตัว โดยปกติพวกฟิล์มในการทำเป็นฟิล์มเคลือบนั้น เราจะเน้นในเรื่องการเคลือบ เคลือบยาหรือเคลือบผลไม้ เพื่อความสวยงามหรือเพื่อความคงตัว โดยสารที่เคลือบควรจะมี ความยืดหยุ่น แต่พบข้อเสียของ “เซลลิก” อีกประการที่เป็นปัญหาคือ



มันเปราะไม่แข็งแรงพอ จึงต้องคิดหาสารที่ไปเพิ่มความแข็งแรง และทำให้มีความยืดหยุ่น สารที่เพิ่มเข้ามาเรียกว่า พลาสติไซเซอร์ (plasticizer) หรือสารเพิ่มความยืดหยุ่น ซึ่งพอลิเอทิลีนไกลคอล เป็นสารเพิ่มความยืดหยุ่นตัวหนึ่ง”

ผู้ทำการวิจัยกล่าว

ก่อนเป็นงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเรื่องคุณสมบัติพื้นฐานของเซลลิกและการทำให้มันคงตัว โดยใช้เพียงเซลลิกโดยไม่เติมสารอื่น ๆ เลยมาทำเป็นฟิล์มเคลือบ พบว่ามันเริ่มรวมตัวกันภายในระยะเวลาประมาณ 2 เดือนจะเห็นว่ามันได้เสียสภาพไป นี่เป็น paper เก่าที่ได้ศึกษาโครงสร้าง พบว่ามันมีโอกาสจะมารวมตัวกัน จากนั้นทดลองเติมสารที่สามารถป้องกันการเกิดการรวมตัว (พอลิเมอไรเซชัน) สารตัวนั้นบังเอิญเป็นสารเพิ่มความยืดหยุ่นด้วย ผู้วิจัยจึงศึกษาใน paper ถัดมา และเมื่อเติมสารพอลิเอทิลีนไกลคอล พบว่าสารตัวนี้เป็นสารเพิ่มความยืดหยุ่นตัวหนึ่ง และยังเพิ่มความคงตัวให้มัน ดังนั้น จึงเอามาต่อยอดใน paper ใหม่ ซึ่งพอลิเอทิลีนไกลคอลมันมีหลายเกรด ขนาดโมเลกุลต่าง ๆ กันไป ผู้วิจัยก็เลยศึกษาว่าขนาดโมเลกุลและความเข้มข้นของสารมีผลหรือไม่ แล้วก็พบข้อสรุปว่า ขนาดโมเลกุลและความเข้มข้นที่เหมาะสมเท่านั้นสามารถป้องกันไม่ให้นมันรวมตัวกันได้ ซึ่งตอนนี้คณะผู้วิจัยได้นำผลงานวิจัยของเซลลิกมาใช้หลายด้านแล้ว เช่น ทางเภสัชกรรม โดยศึกษาวิเคราะห์คุณสมบัติเบื้องต้นของฟิล์มที่ใช้ในการเคลือบผลไม้ และทำให้ผลไม้มีความ



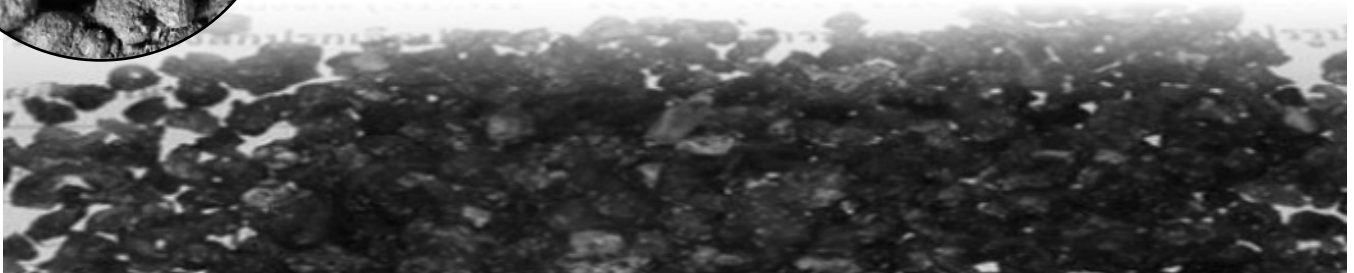


คงด้วยยาวนานพอที่จะส่งออกได้ ในทางยาได้ศึกษาน้ำตาลแล็กเป็น ส่วนหนึ่งของตัวพายาในการนำส่งยาโปรตีน ปัจจุบันนอกจากงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยกำลังศึกษาต่อยอดในเรื่องการฟอกขาว เนื่องจาก “เซลแล็ก” สีไม่ สวย สีเหมือนมะม่วงกวั่น ดำคล้ำออกน้ำตาล ไม่น่าใช้ จึงให้นักศึกษา ปริญญาโททำงานวิจัยเรื่องการฟอกขาวอยู่ เพราะคนเราส่วนใหญ่ชอบ สีขาว ๆ ที่น่าใช้ และศึกษาต่อในเรื่องความเป็นพิษหรือการใช้สำหรับนำส่ง ยา โดยถ้าสามารถผลิตสารที่เป็นวัตถุดิบทางธรรมชาติจากประเทศไทยได้ และประโยชน์ของสารตัวนี้มีอยู่มากมายจะเป็นแนวทางที่ดีมากที่จะช่วย ลดต้นทุนการนำเข้าสารเคมี แต่ก็ยังเป็นเพียงแนวความคิด “ทุกครั้งของงาน วิจัย ผลลัพธ์ที่ได้ก็เป็นเพียงแค่เอกสาร ตำรา สิ่งตีพิมพ์ที่สามารถใช้ขอ ตำแหน่งทางวิชาการ หรืออย่างมากก็เป็นสิทธิบัตร ซึ่งเป็นที่น่าเสียดาย มากสำหรับทุน พลังความคิด และเวลาที่ได้เสียไป หากหน่วยงานภาครัฐ หรือภาคเอกชนที่สามารถสนับสนุนทำให้เกิดความต่อเนื่องอย่างเป็น รูปธรรมจนสามารถนำไปใช้ได้ในระดับอุตสาหกรรม ทั้งยา อาหาร หรือ

เครื่องสำอาง หรืออุตสาหกรรมอื่น ๆ หรือสามารถ ส่งออกไปขายยังต่างประเทศได้ ซึ่งเป็นการ สร้างมูลค่าของงานวิจัย ก็จะเกิดประโยชน์ อย่างมากต่อประเทศไทย” **ภญ.รศ.ดร.มานี** กล่าวทิ้งท้าย



ประยุกต์ เพื่อเป็นการประกาศเกียรติคุณใน ความสามารถ และเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการ ผลิตผลงานวิจัยที่ดีต่อไปให้แก่ประเทศ





ศิริราชจับมือกรมวิทย์ วิจัยใช้สเต็มเซลล์ ในผู้ป่วยจอตาเสื่อมชนิด RP หวังผลการรักษาในอนาคต

โรคจอตาเสื่อมชนิด RP เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยการดำเนินของโรคจะค่อย ๆ ทำลายจอตาอย่างช้า ๆ จนตาบอดในที่สุด พบได้ทั้งหญิงและชาย ตั้งแต่แรกเกิด อุบัติการณ์ของโรค 1 ต่อ 3,000 คน ซึ่งโรคนี้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงถึงการเสื่อมสภาพของเซลล์รับแสงของจอตาที่เรียกว่า Rod และ Cone ซึ่งเป็นเซลล์ที่อยู่ชั้นล่างสุดของจอตา ทั้งนี้การรักษาปัจจุบันจากการพบสาเหตุของความผิดปกติของสารพันธุกรรม หรือ ยีนอย่างน้อย 60 ชนิด เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค RP จึงมีผู้ทำการวิจัยด้วยวิธียีนบำบัด (gene therapy) โดยนำยีนที่ปกติเข้าไปทดแทนยีนที่บกพร่อง ซึ่งก็พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยโรค RP มีการมองเห็นดีขึ้นได้เล็กน้อย อย่างไรก็ตามวิธีนี้จะต้องทราบว่ายีนใดผิดปกติในผู้ป่วยแต่ละรายเสียก่อน ซึ่งการตรวจหาความผิดปกติของยีนอาจไม่พบในผู้ป่วยทุกราย



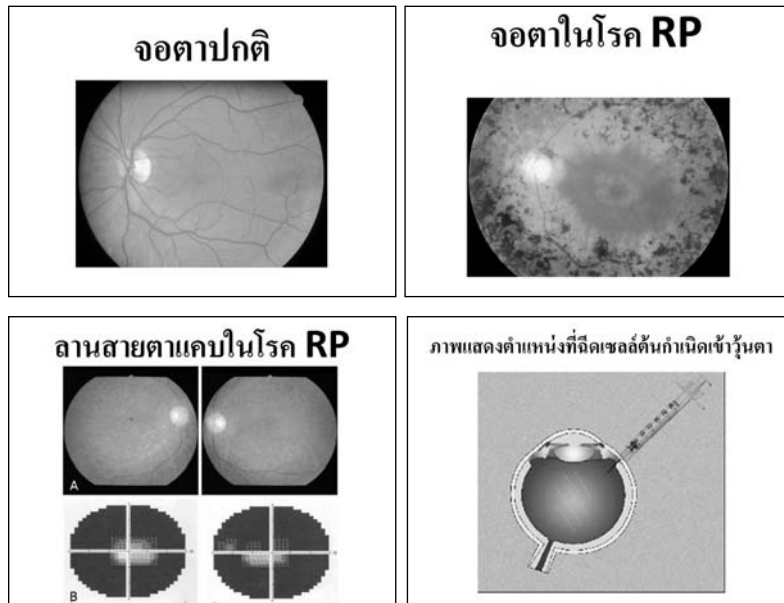
อย่างไรก็ตาม หลังจากทีภาควิชาสัตวศาสตร์-นรีเวชวิทยา ได้คิดค้นแยกสเต็มเซลล์บริสุทธิ์จากน้ำคร่ำและดำเนินการวิจัยต่อยอด เพื่อใช้สเต็มเซลล์รักษาโรคจอตาเสื่อมเป็นโรคแรก ครั้งนี้นับเป็นครั้งแรกของประเทศไทยที่ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้นำเซลล์ต้นกำเนิดหรือสเต็มเซลล์มาใช้ในการศึกษาวิจัยทางคลินิกแก่ผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมชนิด RP โดยร่วมมือกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งนี้ **ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร** คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และ **นพ.นิพนธ์ โพธิ์พัฒนชัย** อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นประธานในงานแถลงข่าว “ศิริราช จับมือกรมวิทย์ ครั้งแรกของไทย วิจัยใช้สเต็มเซลล์ในผู้ป่วยจอตาเสื่อมชนิด RP หวังผลการรักษาในอนาคต” ร่วมกับ **นพ.สมชาย แสงกิจพร** ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ **รศ.พญ.จุฑาไล ดันขเทอดธรรม** หัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา **ศ.พญ.ละอองศรี อัครนิยะสกุล** หัวหน้าโครงการวิจัยพัฒนาสเต็มเซลล์ ภาควิชาจักษุวิทยา และ **รศ.นพ.ปรีชา สุนทรานันท์** รองคณบดีฝ่ายสื่อสารองค์กรและกิจกรรมเพื่อสังคม

นพ.นิพนธ์ โพธิ์พัฒนชัย อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า ปัจจุบันการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเซลล์ต้นกำเนิดนับเป็นหนึ่งในสาขาที่มีความก้าวหน้าที่สุดทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ จากคุณสมบัติของเซลล์ต้นกำเนิดในการสร้างเซลล์ทดแทนตนเอง โดยคงสภาพความเป็นเซลล์ต้นกำเนิด และสามารถเจริญเติบโตไปเป็นเซลล์จำเพาะชนิดต่าง ๆ ได้ในสภาวะที่เหมาะสม นำไปสู่ความหวังที่จะนำเซลล์ต้นกำเนิดมาใช้ประโยชน์ในการรักษาหรือซ่อมแซมเนื้อเยื่อและอวัยวะที่ผิดปกติจากการเป็นโรค ความเสื่อม ความสูงอายุ และจากสาเหตุอื่น ๆ ทำให้เกิดศาสตร์สาขาใหม่ที่เรียกว่า เวชศาสตร์การฟื้นฟูสภาวะเสื่อม หรือ Regenerative Medicine

จากแนวโน้มความสำคัญของเซลล์ต้นกำเนิด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จึงได้เริ่มดำเนินการวิจัยด้านเซลล์ต้นกำเนิดในปี พ.ศ. 2549 โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยและพัฒนาทางด้านเซลล์ต้นกำเนิดอย่างครบวงจร นับตั้งแต่การจัดเตรียมและเพาะเลี้ยงเซลล์ต้นกำเนิด การตรวจสอบคุณภาพของเซลล์ต้นกำเนิด และการนำเซลล์ต้นกำเนิดไปใช้ในการศึกษาวิจัยทางคลินิก โดยได้จัดตั้งอาคารปฏิบัติการเซลล์ต้นกำเนิด ซึ่งมีความพร้อมในการจัดเตรียมและเพาะเลี้ยงเซลล์ต้นกำเนิดตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP) ตามมาตรฐานสากล

สำหรับความร่วมมือในการพัฒนาเซลล์ต้นกำเนิดหรือสเต็มเซลล์รักษาโรคจอตาเสื่อมชนิด RP ซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรม ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาให้

หายได้ ทำให้เพียงชะลอการเสื่อมของจอประสาทตาเท่านั้น ด้วยตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2555 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำโครงการวิจัยพัฒนาเซลล์ต้นกำเนิดหรือสเต็มเซลล์เพื่อนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจอตาเสื่อมในอนาคต โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์รับหน้าที่ในการเตรียมเซลล์ต้นกำเนิดชนิด DMSc Stem Pro เพื่อให้ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล นำเซลล์ต้นกำเนิดไปใช้ในการพัฒนาวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจอตาเสื่อมชนิด RP ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินการวิจัยทางคลินิก



การดำเนินงานด้านเซลล์ต้นกำเนิดนับเป็นอีกหนึ่งภารกิจของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการนำองค์ความรู้จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการรักษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเราหวังว่าในอนาคตวงการแพทย์ไทยจะสามารถพัฒนาศักยภาพและสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศให้สูงขึ้น ที่สำคัญคือ นโยบายของรัฐบาล “Medical Hub” ซึ่งจะผลักดันให้มีการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้เจริญก้าวหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรักษาพยาบาล

ด้าน **นพ.สมชาย แสงกิจพร** ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวถึงห้องปฏิบัติการเซลล์ต้นกำเนิดของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ว่า ในกระบวนการเตรียมเซลล์นั้น ดำเนินการในห้องสะอาดระดับ Class 100 ที่มีการตรวจสอบและบำรุงรักษาอย่างดี มีการติดตามระดับความสะอาดทั้งทางด้านกายภาพและชีวภาพตลอดระยะเวลาดำเนินการ ปัจจุบันกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถพัฒนาวัฒนธรรมเซลล์ต้นกำเนิดทางห้องปฏิบัติการได้ 2 ชนิด คือ DMSc Stem Plus เป็นเซลล์ต้นกำเนิดชนิด Mononuclear Cell และ DMSc Stem Pro เป็นเซลล์ต้นกำเนิดชนิด Mesenchymal Stem Cell (MSC) ซึ่งมาจากไขกระดูกทั้ง 2 ชนิด ทั้งนี้เซลล์ต้นกำเนิดดังกล่าวมีศักยภาพสูงในการพัฒนาวิธีการรักษาโรคและฟื้นฟูภาวะเสื่อมในผู้ป่วยโรคจอตาเสื่อมชนิด RP จะเป็นเซลล์ต้นกำเนิด DMSc Stem Pro ซึ่งเป็นเซลล์ต้นกำเนิดชนิด Mesenchymal Stem Cell ที่เพาะเลี้ยงจากไขกระดูกของผู้ป่วยเอง พบว่าเซลล์ต้นกำเนิดที่เตรียมได้มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดสากล ISCT (International Society for Cellular Therapy) ทั้งในด้านลักษณะรูปร่าง การเจริญเติบโตยึดเกาะพื้นผิว พลาสมิดิกภาษาเซลล์ การแสดงออกของแอนติเจนบนผิวเซลล์ และความสามารถในการเจริญเติบโตเป็นเซลล์ไขมัน เซลล์กระดูก และเซลล์กระดูกอ่อน รวมถึงความสะอาดปราศจากการปนเปื้อน Endotoxin และจุลชีพ จากนั้นนำเซลล์ที่ได้มาพิสูจน์

เอกลักษณ์และตรวจสอบการปนเปื้อน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 4 สัปดาห์ แล้วจึงนำไปบรรจุหลอด และส่งต่อให้จักษุแพทย์ฉีดเข้าในวุ้นตาของผู้ป่วย

ด้าน **ศ.พญ.ละอองศรี อักษรนิยะสกุล** หัวหน้าโครงการวิจัยพัฒนาสเต็มเซลล์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจอตาเสื่อมชนิด RP กล่าวว่า ขณะนี้ได้มีการทดลองในขั้นตอนที่ 1 ซึ่งเป็นขั้นตอนของการทดสอบในเรื่องของความปลอดภัย ผลการฉีดเซลล์ต้นกำเนิดเข้าวุ้นตาแก่ผู้ป่วย 2 ราย รายแรกเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 และรายที่ 2 วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2556 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนแต่ประการใด การดำเนินการวิจัยทางคลินิกทุกขั้นตอนปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (Good Clinical Practice) และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และปฏิบัติตามข้อบังคับของแพทย์สภาอย่างเคร่งครัด และจะมีการทดสอบในผู้ป่วยอาสาสมัครอีก 3 ราย ให้ครบ 5 ราย ภายใน 6 เดือนนี้ หากผลการทดสอบในผู้ป่วยอาสาสมัครทั้ง 5 รายไม่พบความผิดปกติหรืออันตรายจากกระบวนการ ทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก็จะอนุญาตให้ทดสอบในขั้นที่ 2 กับผู้ป่วยอาสาสมัครอีก 10 ราย เพื่อดูประสิทธิผลของการรักษา หากผลการศึกษาวิจัยทางคลินิกครั้งนี้ได้ผลดี คาดว่าภายใน 3-5 ปีนี้จะสามารถนำมาพัฒนาการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคจอตาเสื่อมชนิด RP ซึ่งยังไม่สูญเสียการมองเห็นอย่างมาก เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของจอตา และผู้ป่วยสามารถใช้สายตาในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ถือเป็นครั้งแรกของไทยที่ได้มีการประยุกต์นำเซลล์ต้นกำเนิดหรือสเต็มเซลล์มาใช้ในการรักษาโรคจอตาเสื่อมชนิด RP

โดยในการวิจัยขั้นแรก ผู้ที่เข้าข่ายการวิจัยจะต้องได้รับการวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์ว่าเป็นโรค RP และมีคุณสมบัติดังนี้ 1. อายุระหว่าง 18-65 ปี 2. ระดับสายตาดำกว่าหรือเท่ากับ 6/60 โดยการตรวจด้วยแผ่นวัดสายตา Snellen 3. ลานสายตาตรงกลางแคบกว่าหรือเท่ากับ 20 องศา และ 4. ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าจอตาไม่สามารถวัดคลื่นได้ หรือมีความสูงของคลื่นต่ำกว่าร้อยละ 25 ของค่าปกติ

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวว่า สำหรับโครงการวิจัยพัฒนาสเต็มเซลล์เป็นโครงการที่สอดคล้องกับพันธกิจของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และค้นคว้าวิจัย เพื่อสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และวิทยาการอย่างต่อเนื่อง โดยยึดประโยชน์สุขของประชาชนทุกระดับเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุด ซึ่งเราต่างมุ่งมั่นที่จะทำให้การวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จ

ขมิ้นชันสีเหลืองทอง สมุนไพรคู่บ้าน
คูเมืองของไทยเรา เปี่ยมล้นไปด้วยคุณประโยชน์
ไม่ว่าจะเป็นการใช้ปรุงรสในตำราอาหาร และ
การใช้เพื่อดูแลสุขภาพความงามของผิวพรรณ
อีกทั้งยังเป็นสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยา ช่วย
บำรุง ยับยั้ง และบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้ เช่น
อาการปวดท้อง ท้องอืด จุกเสียด ไข้ หืด ช่วย
ขับน้ำนมสตรีหลังคลอดบุตร เพิ่มภูมิคุ้มกันให้
แก่ร่างกาย และบรรเทาอาการอักเสบ

ล่าสุด ทางคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย และองค์การเภสัชกรรม ได้จัด
Luncheon Symposium ในหัวข้อ “สารสกัดขมิ้นชัน



กับการต้านอาการอักเสบในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม”
ตอกย้ำภาพลักษณ์ของสมุนไพรไทยอันทรงประสิทธิภาพ
ที่มากด้วยสรรพคุณทางยาในแบบฉบับของตำรับ
ยาไทย

ภญ.ดร.ชฎา พิศาลพงศ์ ผู้อำนวยการ
กองผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ ฝ่ายเภสัช-เคมีภัณฑ์
กล่าวว่า “การวิจัยสารสกัดจากขมิ้นชันเริ่มจากการ
หาและคัดเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพดีที่มีสารสำคัญ
คือ สารเคอร์คูมินอยด์ ในปริมาณมากเพื่อนำมา
ผลิตเป็นสารสกัด โดยเราต้องเดินทางไปถึงแหล่งที่
ปลูกขมิ้นชันเพื่อดูว่ามีวิธีการปลูกอย่างไร มีการใช้
สารเคมีในการปลูกหรือไม่ พร้อมทั้งตรวจสอบสารเคมี
เจือปน โดยปกติจะใช้หัวขมิ้นชันที่มีคุณภาพดีจะมี
อายุประมาณ 9-10 เดือนขึ้นไป ส่วนขมิ้นชันจาก
แหล่งที่องค์การเภสัชกรรมนำมาใช้คือ ขมิ้นชันจาก
จังหวัดกาญจนบุรี”

สำหรับการควบคุมคุณภาพนั้นเริ่มตั้งแต่
เรื่องของการคัดเลือกวัตถุดิบที่ดีและมีคุณภาพตาม
เกณฑ์ที่กำหนดนำเข้าสู่กระบวนการสกัดภายใต้
อุณหภูมิไม่สูงมากเพื่อไม่ให้สารสำคัญสลายตัว ทำให้
ได้สารสกัดเข้มข้นที่มีเคอร์คูมินอยด์ในปริมาณมาก
และปลอดภัยในการนำไปใช้ สารสกัดที่ได้ผ่านการ
ทดสอบความปลอดภัยด้วยการทดสอบในสัตว์



“สารสกัดขมิ้นชัน” สมุนไพรเก่ากับการเลือกใหม่ สำหรับผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบ

ทดลอง ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์จากสถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์
การแพทย์ จากนั้นจึงนำมาทดลองในคนพบว่ามีความปลอดภัยเช่นเดียวกัน
จึงนำสารสกัดที่ได้มาผลิตเป็น “แคปซูลสารสกัดขมิ้นชัน”

ภญ.ดร.ชฎา กล่าวอีกว่า “ผงขมิ้นชันบรรจุแคปซูลที่มีขายทั่วไปนั้น
ถ้าเป็นแคปซูลขนาด 250 mg จะมีสารเคอร์คูมินอยด์อยู่ประมาณ 5% หรือ
12.5 มิลลิกรัมขึ้นไปซึ่งถือว่าค่อนข้างน้อย แต่สำหรับแคปซูลสารสกัดขมิ้นชัน
ที่องค์การเภสัชกรรมผลิตขึ้นจะมีสารเคอร์คูมินอยด์ในปริมาณ 250 มิลลิกรัม/
แคปซูล ซึ่งมากกว่าแคปซูลขมิ้นชันทั่วไปถึงประมาณ 20 เท่า ซึ่งถ้าต้องการผล
ในการใช้จากสารเคอร์คูมินอยด์ก็ควรใช้แคปซูลสารสกัดขมิ้นชัน นอกจากนี้
องค์การเภสัชกรรมยังได้ร่วมมือกับทีมแพทย์และทีมวิจัยจากหลายโรงพยาบาล
ในการวิจัยสารสกัดแคปซูลขมิ้นชันเพื่อใช้รักษาโรคต่าง ๆ ซึ่งหนึ่งในงานวิจัยที่
มีความน่าสนใจเป็นพิเศษก็คือ เรื่องฤทธิ์การต้านการอักเสบในผู้ป่วยโรคข้อเข่า
เสื่อม”

ด้าน รศ.พญ.วิไล คุปต์นิริติชัยกุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
กล่าวว่า “ทีมวิจัยได้ทำการศึกษาประสิทธิผล รวมทั้งผลข้างเคียงของสารสกัด
ขมิ้นชันเทียบกับยาต้านการอักเสบไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) ในผู้ป่วยโรคข้อเข่า
เสื่อม เนื่องจากพบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมมีอาการปวดหรืออาการอักเสบจะ
ต้องอาศัยยาต้านการอักเสบเพื่อลด
การอักเสบและลดอาการปวด แต่ยัง
มีผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งไม่สามารถ
รับประทานยาเหล่านี้ได้ เพราะเมื่อ
รับประทานยาเข้าไปจะมีผลข้างเคียง
จนเกิดอาการแสบท้อง มวนท้อง
บางรายถึงขั้นเป็นแผลหรือมีเลือดออก



ในกระเพาะอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากยาไปกีดขวางเดินอาหารและกระเพาะอาหาร พอเป็นผลก็มีเลือดออกซึ่งเป็นผลข้างเคียงทางด้านกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยจึงกลัวและกังวลกับการรักษาด้วยการรับประทานยา ด้านการอักเสบไอบูโพรเฟนเป็นอย่างมาก”



สำหรับกลุ่มผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่มีอาการปวด 50% ขึ้นไป คือเมื่อวัดจากคะแนนความปวด 0-10 กลุ่มที่เข้าร่วมวิจัยมีคะแนนความปวดอยู่ที่ 5 ขึ้นไป เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มที่คะแนนน้อยกว่านี้ก็ไม่มีอาการจำเป็นต้องใช้ยาต้านการอักเสบ โดยผู้ป่วยจะได้รับสารสกัดแคปซูลขมิ้นชันวันละ 8 เม็ด (2 เม็ด 4 เวลา) เฉลี่ยวันละ 2,000 มิลลิกรัม เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาต้านการอักเสบไอบูโพรเฟนวันละ 800 มิลลิกรัมติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ (มีการติดตามผลทุก ๆ 2 สัปดาห์) ซึ่งใช้การศึกษาเป็นระยะเวลานานกว่า 1 ปี รวมแล้วมีผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยกว่า 100 ราย

จากการศึกษาวิจัยพบว่าเมื่อมีการวัดคะแนนความปวดของคนไข้ทั้ง 2 กลุ่ม โดยวัดจากการเดิน และการขึ้น-ลงบันได เมื่อเวลาผ่านไป 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความปวดลดลงทั้งคู่เมื่อเปรียบเทียบกับตอนก่อนเข้าร่วมวิจัย ซึ่งก็หมายความว่ายาทั้งสองตัวนี้ให้ผลในการลดอาการปวดเหมือนกัน

รวมถึงช่วยให้การใช้งานข้อดีขึ้น โดยวัดจากการเดินในแนวราบเป็นระยะทาง 100 เมตร แต่เมื่อมาเปรียบเทียบว่าระหว่างสารสกัดแคปซูลขมิ้นชันกับยาไอบูโพรเฟนตัวไหนช่วยลดอาการปวดและการอักเสบได้มากกว่ากัน ได้แนวโน้มที่ดูเสมือนว่าสารสกัดแคปซูลขมิ้นชันให้ผลดีกว่าไอบูโพรเฟนเล็กน้อย แต่ในทางสถิตินั้นถือว่าไม่มีความแตกต่างแต่อย่างใด



รศ.พญ.วิไล กล่าวต่อว่า “แม้จากการวิจัยจะใช้ผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แต่ถ้าผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดหรือการอักเสบที่ข้อต่ออื่น ๆ ของร่างกาย ก็ดูเหมือนว่าน่าจะใช้สารสกัดแคปซูลขมิ้นชันนี้ได้ อย่างไรก็ตาม ในวงการแพทย์สำหรับยาใหม่ต้องมีหลักฐานเฉพาะโรคก่อนว่ารักษาโรคนั้น ๆ ได้ แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจก่อนว่าสารสกัดแคปซูลขมิ้นชันอาจใช้เป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่ต้องการยาต้านการอักเสบ และเป็นกลุ่มที่เกิดผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ไม่เกี่ยวกับการลดความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนข้อ ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยมองว่าจะเริ่มรับประทานสารสกัดแคปซูลขมิ้นชันนี้ตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดข้อหรือการอักเสบเล็กน้อย ๆ เพื่อจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนข้อถือเป็นการคิดที่ผิด เพราะเมื่อเป็นโรคข้อเสื่อมขั้นรุนแรงที่รักษาด้วยการใช้ยาไม่ได้ผล ผู้ป่วยก็ต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัดอยู่ดี แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยคนไหนสมควรกินหรือไม่ มีข้อห้ามหรือไม่ ควรรับประทานขนาดเท่าไร และรับประทานนานแค่ไหนเพื่อความปลอดภัยก่อน



เริ่มรับประทาน ควรปรึกษาแพทย์เสียก่อน เพราะบางครั้งอาการปวดที่ไม่มากนัก การใช้ยากลุ่มต้านการอักเสบทั้งหลายก็อาจไม่จำเป็น”

สารสกัดจากขมิ้นชัน นอกจากจะช่วยด้านอาการอักเสบในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้แล้วยังมีผลการวิจัยของ ศต.พญ.สมลักษณ์ จิงสมาน ที่เป็นหลักฐานยืนยันว่าสารสกัดขมิ้นชันสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยารักษา) ได้อีกด้วย ซึ่งจากการศึกษาประสิทธิภาพของแคปซูลสารสกัดขมิ้นชันต่อการลดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและการควบคุมภาวะเมตาบอลิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับ curcuminoids capsule วันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 2 แคปซูล เป็นเวลา 6 เดือน สามารถลดภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือด และภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ curcuminoids capsule อย่างชัดเจน



ไหว้พระ ๓ วัดในกรุงเทพฯ เพื่อความเป็นสิริมงคล

ฉบับนี้จะขอแนะนำท่านผู้อ่านได้รู้จักวัดนิยม 9 แห่งในกรุงเทพฯ ที่ผู้คนไปไหว้เพื่อความเป็นสิริมงคลแก่ตนและครอบครัว ด้วยวัดเหล่านี้เก่าแก่ ศักดิ์สิทธิ์ และมีชื่ออันเป็นความหมายที่ดี



๑.

วัดพระศรีรัตนศาสดาราม (ศรัทธาและความเชื่อ : เพื่อจิตใจสะอาด คุจรัตนตรัย) เป็นพระอารามที่อยู่ในบริเวณพระบรมมหาราชวัง รัชกาลที่ 1 โปรดเกล้าฯ ให้สร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2326 เพื่อความสะดวกเมื่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงบำเพ็ญพระราชกุศลตามราชประเพณี และเพื่อเป็นที่บรรจุพระอัฐิของพระเจ้าแผ่นดินเจ้านายในราชสกุล โดยภายในวัดมีสิ่งที่น่าสนใจมากมาย เช่น พระอุโบสถอันเป็นที่ประดิษฐาน “พระพุทธรูปมหาณีนรัตนปฏิมากร” (พระแก้วมรกต) ที่พระระเบียงมิจิตรกรรมฝาผนังเรื่องรามเกียรติ์ที่วิจิตรสวยงามและยาวที่สุดในโลก และมีปราสาทพระเทพบิดร ซึ่งเป็นปราสาทยอดปรางค์ เป็นที่ประดิษฐานพระบรมรูปรัชกาลที่ 1-8 เป็นต้น

๒.

วัดกัลยาณมิตรวรมหาวิหาร (ศรัทธาและความเชื่อ : เดินทางปลอดภัยดี มีมิตรไมตรีที่ดี) เป็นพระอารามหลวงชั้นโท และเป็นวัดเดียวในประเทศไทย ที่มีองค์พระประธานเป็นพระพุทธรูปปางปาลิไลยก์ โดยประดิษฐานอยู่ในพระอุโบสถ ภายในมีภาพจิตรกรรมฝาผนังเรื่องพุทธประวัติ นอกจากนี้ยังมีหอพระธรรมมณเฑียรเฉลิมพระเกียรติ เป็นที่เก็บพระไตรปิฎกและพระคัมภีร์ต่าง ๆ ซึ่งรัชกาลที่ 4 โปรดเกล้าฯ ให้สร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2408



๓.

วัดชนะสงครามราชวรมหาวิหาร (ศรัทธาและความเชื่อ : ชัยชนะต่ออุปสรรคทั้งปวง) เป็นพระอารามหลวงชั้นโท สร้างสมัยก่อนกรุงรัตนโกสินทร์ มีพระพุทธรูปปูนปั้นลงรักปิดทองปางมารวิชัยเป็นพระประธาน มีพระนามว่า “พระพุทธรูปสี่ศรีโลกเชษฐมเหทธิศักดิ์ปฐนิยะชยันตะโคดม บรมศาสดาอนาวารญาณ” ประดิษฐานในพระอุโบสถ

๔.

วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร (ศรัทธาและความเชื่อ : ร่วมเย็นเป็นสุข) เป็นพระอารามหลวงชั้นเอก มี “พระพุทธรูปปฏิมากร” ประดิษฐานอยู่ในพระอุโบสถ ได้ฐานชุกชีบรรจุพระบรมอัฐิของรัชกาลที่ 1 มีพระวิหารเป็นที่ประดิษฐานพระพุทธรูปปางไสยาสน์ที่สวยงามที่สุด และองค์ใหญ่เป็นอันดับ 4 ในประเทศไทย เป็นพระพุทธรูปก่ออิฐถือปูนพื้นพระบาทประดับมุก เป็นภาพมงคล 108 ประการ นอกจากนั้นยังมีเจดีย์ทั้งสิ้น 99 องค์ ถือว่าเป็นวัดที่มีเจดีย์มากที่สุดในประเทศไทย และมีพระมหาเจดีย์ 4 รัชกาล คือ รัชกาลที่ 1-4 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์



๕. วัดระฆังโฆสิตารามวรมหาวิหาร (ศรัทธาและความเชื่อ : ชื่อเสียงโด่งดัง คนนิยมชมชอบ) เป็นพระอารามหลวงชั้นโท มีมาตั้งแต่ครั้งกรุงศรีอยุธยา ภายในพระอุโบสถเป็นที่ประดิษฐานของพระประธาน ซึ่งรัชกาลที่ 5 ทรงเรียกว่า “พระประธานยิ้มรับฟ้า” นอกจากนี้ยังเคยเป็นที่ประทับของสมเด็จพระพุทธเจ้าจารย์ (โต พรหมรังสี) ซึ่งเป็นพระเถระผู้ทรงเกียรติคุณ วิทยาคุณโด่งดังมากตั้งแต่อดีตจวบจนปัจจุบัน



๖. วัดสุทัศนเทพวรารามราชวรมหาวิหาร (ศรัทธาและความเชื่อ : วิสัยทัศน์กว้างไกล มีเสน่ห์แก่คนทั่วไป) เป็นพระอารามหลวงชั้นเอก และเป็นวัดประจำรัชกาลที่ 8 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ สร้างขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2350 เสร็จสมบูรณ์ พ.ศ. 2390 ในสมัยรัชกาลที่ 3 ที่พระวิหารมี “พระศรีศากยมุนี” เป็นพระประธาน ซึ่งอัญเชิญมาจากสุโขทัย เป็นพระพุทธรูปปางมารวิชัยหล่อด้วยสำริดถอดแบบมาจากพระวิหารพระมงคลบพิตร สมัยกรุงศรีอยุธยา

๗. วัดอรุณราชวรารามราชวรมหาวิหาร (ศรัทธาและความเชื่อ : ชีวิตรุ่งโรจน์ทุกคืนวัน) เป็นพระอารามหลวงชั้นเอก สร้างสมัยกรุงศรีอยุธยา ในสมัยกรุงธนบุรีเคยเป็นที่ประดิษฐานของพระแก้วมรกต ก่อนที่จะอัญเชิญไปประดิษฐานที่วัดพระแก้ว นอกจากนี้ยังมียักษ์ปูนปั้นขนาดใหญ่ 2 ตน ตั้งอยู่หน้าประตูชุมยอดพระมงกุฎ ซึ่งเป็นที่รู้จักกันทั่วไปในนาม “ยักษ์วัดแจ้ง” ส่วนภายในวัดมีสิ่งที่น่าสนใจมากมาย เช่น พระปรางค์ที่ใหญ่ที่สุดในโลกสูง 33 วาเศษ, ยอดพระปรางค์เป็นนาคราช ในสมัยรัชกาลที่ 3 มีปรางค์ทิศทั้ง 4 ประดิษฐานพระพุทธรูปปางประสูติ เทศน์พระธัมมจักร ตรีสุ นีพพาน การเดินเวียนทักษิณาวัดรอบพระปรางค์ 3 รอบ โดยเดินเวียนขวา (ตามเข็มนาฬิกา) เพื่อความเป็นสิริมงคล เป็นวัดที่ชาวต่างชาตินิยมมากอีกวัดหนึ่ง



๘. วัดบวรนิเวศวิหาร (ศรัทธาและความเชื่อ : พบแต่สิ่งดีงามในชีวิต) เป็นพระอารามหลวงชั้นเอก ชนิดราชวรวิหาร สิ่งสำคัญภายในวัดนี้ได้แก่ พระอุโบสถ เป็นอาคารแบบตรีมุข หน้าบันประดับกระเบื้องเคลือบ ตรงกลางมีตรามหามงกุฎ พระประธานในพระอุโบสถและพระพุทธรูปชินสีห์ วิหารพระศาสดา พระเจดีย์ใหญ่ และพระตำหนักปั้นหย่า อีกทั้งยังมีพระพุทธรูปองค์สำคัญคือ พระไพริพินาศ อันเป็นที่สักการะเพื่อป้องกันศัตรูภัยพาล วัดนี้ยังเป็นสถานที่ประทับของพระมหากษัตริย์และเจ้าฟ้าที่ทรงผนวช

๙. วัดสระเกศราชวรมหาวิหาร (ศรัทธาและความเชื่อ : เสริมสร้างความคิดอันเป็นสิริมงคล) เป็นพระอารามหลวงชั้นโท อีกทั้งยังเป็นวัดโบราณสร้างมาตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา สิ่งสำคัญภายในวัดสระเกศราชวรมหาวิหาร ได้แก่ พระบรมบรรพต หรือภูเขาทอง ซึ่งสร้างเป็นพระปรางค์ในสมัยรัชกาลที่ 3 แต่เกิดทรุดพังลง รัชกาลที่ 4 โปรดให้ซ่อมแซมโดยแปลงเป็นภูเขาและก่อพระเจดีย์ไว้บนยอด ภายในบรรจุพระบรมสารีริกธาตุ นอกจากนี้ภายในพระอุโบสถที่ภายในมีภาพเขียนจิตรกรรมฝีมือช่างสมัยรัชกาลที่ 3 และหอไตร ศิลปะสมัยอยุธยา บานหน้าต่างเป็นลายรดน้ำ



ได้ไหว้พระกันแล้ว ขอให้ทุกท่านมีชีวิตอันร่มเย็นเป็นสุข ปราศจากทุกข์ ชุกไปด้วยโชคลาภ สุขภาพแข็งแรงครับ

(ข้อมูล : Travel MThai)

ปัจจุบันด้วยลักษณะการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ สภาพสิ่งแวดล้อม รวมถึงการทำงานที่ชวนหัวหมุนในแต่ละวัน อาจทำให้หลายคนรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้าทั้งกายและใจจนไม่อยากจะทำอะไร อาการเหล่านี้สำหรับบางคนเกิดขึ้นบ่อยจนดูเหมือนจะกลายเป็นเรื่องธรรมดา แต่ในทางการแพทย์อาการที่เกิดขึ้นนี้ถือเป็นความผิดปกติของร่างกายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เพราะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันนั่นเอง

หากมองถึงสาเหตุของความเหนื่อยคงตอบได้ยากว่าเกิดจากอะไร เพราะแต่ละคนล้วนมีปัจจัยแวดล้อมที่แตกต่างกัน แต่โดยรวมแล้วมักเกิดจากความเจ็บป่วย การอดนอน ความเครียด การทำงานมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย บางคนเลือกรักษาอาการเหล่านี้ด้วยตัวยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ยาคลายเครียด แต่ยาเหล่านี้มีผลข้างเคียงคือ ถ้าใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะมีผลเสียต่อสุขภาพจิต ดังนั้น วิธีการจัดการกับความเหนื่อยที่ดีที่สุดและส่งผลดีในระยะยาวคือ เปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเสียใหม่ด้วยวิธีดังต่อไปนี้

1. ให้ความสำคัญกับการนอนหลับเพิ่มขึ้น ใน 1 วันควรนอนให้ได้ 7-8 ชั่วโมงอย่างน้อย หากนอนไม่หลับหรือนอนไม่พอให้สังเกตว่าอะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการนอนของคุณบ้าง อาทิ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือก่อนนอน การทำแบบนี้มักจะรบกวนการนอนของคุณโดยไม่รู้ตัว ทางที่ดีที่สุด ก่อนนอนควรทำจิตใจให้สงบนิ่ง เช่น อาบน้ำให้สะอาด ทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ เมื่อถึงเวลานอนให้ตรงเข้ามาในห้องนอนเพื่อนอนเพียงอย่างเดียว

2. ดื่มน้ำเปล่ามาก ๆ การดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้วขึ้นไปจะช่วยให้ร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผิวพรรณชุ่มชื้น รวมถึงให้พลังงานแก่ร่างกาย เพราะเวลาที่ร่างกายไม่ได้รับน้ำเพียงพอ โดยธรรมชาติจะพยายามปรับตัวทำงานให้หนักขึ้น



หลากหลายวิธีการจัดการกับความเหนื่อย

เพื่อให้ได้น้ำมาใช้ในการกระบวนการเผาผลาญอาหารให้กลายเป็นพลังงาน นอกจากนี้อาจที่คุณต้องออกกำลังกายหรือใช้ความคิดมาก ๆ การได้ดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำผักคั้นสด ๆ สัก 1-2 แก้ว จะช่วยทำให้คุณรู้สึกสดชื่นได้อย่างเห็นผล

3. รับประทานอาหารให้เพียงพอกับธรรมชาติของร่างกาย นอกจากอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันในปริมาณที่สมดุลแล้ว จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่ที่เพียงพอ ซึ่งจะช่วยให้อวัยวะมีกำลังควรเลือกรับประทานให้พอดีทั้งข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ รวมถึงรับประทานมื้อละน้อย ๆ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายใช้พลังงานแต่พอดี ช่วยให้ระบบการย่อยของคุณทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้การเผาผลาญอาหารทำได้เต็มที่ว่าการรับประทานอาหารเข้าไปมากจนอึดอัดก็จะส่งผลให้เกิดอาการอึดอัดตามมา

4. หายใจลึก ๆ และฝึกสมาธิ การใช้สมาธิจดจ่อกับลมหายใจเข้าออกติดต่อกันประมาณ 2 นาที จะช่วยให้ผ่อนคลายจากอารมณ์เหน็ดเหนื่อยวิตกกังวล เศร้า หรือโกรธ ซึ่งมีผลให้จิตใจสงบและสบายขึ้น อาจจะทำสมาธิกับการหายใจแบบนี้นานเวลาที่กำลังทำกิจกรรมอยู่คนเดียว อาทิ ตอนรดน้ำต้นไม้ หรือตอนล้างจาน ก็จะช่วยให้คุณจิตใจมีสมาธิขึ้นได้

5. ออกกำลังกายให้มากขึ้นและสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายจะช่วยให้อวัยวะสร้างสารเอ็นดอร์ฟินขึ้นมาในสมองโดยอัตโนมัติ ซึ่งสารนี้เป็นสารที่ให้ความรู้สึกเป็นสุข ช่วยคลายความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และช่วยให้กล้ามเนื้อใช้พลังงานที่ร่างกายเผาผลาญมาอย่างมีประสิทธิภาพ ควรออกกำลังกายหนักปานกลางวันละ 30 นาที อย่างน้อย 4 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่อคุณได้ใช้พลังงานไปกับการออกกำลังกาย จะช่วยให้คุณหลับสบาย และความรู้สึกนึกคิดแจ่มใสกว่าเดิม

เพียงเท่านี้คุณก็สามารถโบกมือบอกความเหนื่อย ชีวิตกลับมาสดชื่น สดใส พร้อมรับกับวันใหม่ ๆ ได้ในทุกวัน

ยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใหม่

ชื่อ Fetzima Extended-Release Capsules

บริษัท Forest Laboratories, Inc. and Pierre Fabre Laboratories

ตัวยาออกฤทธิ์ levomilnacipran

คุณสมบัติทั่วไป ยาด้านเศร้าในกลุ่ม serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI)

กลไกการออกฤทธิ์ จะยับยั้งการปล่อยสารสื่อประสาท serotonin และ norepinephrine ในระบบประสาทส่วนกลาง

ข้อบ่งใช้ รักษาโรคซึมเศร้าสำหรับผู้ใหญ่

ผลข้างเคียง การบริหารยาในขนาด 40 และ 80 มก. มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงได้มากกว่าร้อยละ 5 หรือเป็นสองเท่าของการใช้ยาหลอก ซึ่งได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก มีเหงื่อออกมาก ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

รูปแบบและขนาดยา ยาเม็ดชนิดปลดปล่อยตัวยาช้า ขนาด 40, 80 และ 120 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง

ข้อมูลอื่น ข้อมูลการใช้ยาทางคลินิกขั้นที่ 3 บริหารยาขนาด 40, 80 หรือ 120 มก. วัดผลด้วยวิธี Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) และวิธี Sheehan Disability Scale (SDS) พบว่าได้ผลดีกว่าให้ยาหลอก

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

ชื่อ Khedezla

บริษัท Osmotica Pharmaceutical Corp.

ตัวยาออกฤทธิ์ desvenlafaxine

คุณสมบัติทั่วไป ยาด้านเศร้าในกลุ่ม serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI)

กลไกการออกฤทธิ์ จะยับยั้งการปล่อยสารสื่อประสาท serotonin และ norepinephrine ในระบบประสาทส่วนกลาง

ข้อบ่งใช้ รักษาโรคซึมเศร้า (major depressive disorder)

ผลข้างเคียง คลื่นไส้ วิงเวียน นอนไม่หลับ มีเหงื่อออกมาก ท้องผูก ง่วงนอน เบื่ออาหาร กระวนกระวาย ในเพศชายจะมีสมรรถภาพทางเพศลดลง

รูปแบบและขนาดยา ยาเม็ดรับประทานชนิดปลดปล่อยตัวยาช้า ขนาด 50, 100 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

ชื่อ Zubsolv

บริษัท Orexo AB

ตัวยาออกฤทธิ์ buprenorphine/naloxone

คุณสมบัติทั่วไป partial opioid agonist

ข้อบ่งใช้ สำหรับรักษาผู้ติดยาในกลุ่ม opioid

รูปแบบและขนาดยา ยาอมใต้ลิ้น รสเมนทอล รับประทานวันละ 1 ครั้ง เมื่อยาแตกตัวได้หมดภายในเวลา 1 นาที ยาดูดซึมเข้าสู่ระบบร่างกาย (bioavailability) ได้มากกว่ารูปแบบยาทั่วไป

ข้อมูลอื่น Zubsolv จัดเป็นยาควบคุมในการจำหน่ายเพราะมีตัวยาเป็นสารอนุพันธ์ของมอร์ฟิน

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

ชื่อ Gilotrif

บริษัท Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ afatinib

คุณสมบัติทั่วไป ยาด้านมะเร็งในกลุ่มยับยั้งเอนไซม์ kinase

กลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งเอนไซม์ tyrosine kinase เป็นการยับยั้งโปรตีนที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง

ข้อบ่งใช้ รักษา มะเร็งปอดชนิด non-small cell lung cancer (NSCLC) ในระยะแพร่กระจาย โดยผู้ป่วยนั้นจะต้องมีการกลายพันธุ์ระดับยีนสร้างโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเซลล์คือ epidermal growth factor receptor (EGFR) ในตำแหน่ง exon 19 และ 21 L858R ทั้งนี้จากการตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดตรวจ theascreen EGFR RGQ PCR Kit

ผลข้างเคียง ท้องเสีย ผิวหนังเป็นผื่นคล้ายสิ่ว ผื่นแห้งและคัน ปากแห้ง ติดเชื้อที่ผิวหนังรอบเล็บ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด กระเพาะปัสสาวะอักเสบ เลือดกำเดาไหล น้ำมูกไหล เป็นไข้ ตาอักเสบ ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ อาการในระดับรุนแรงคือ ไตวาย เสียสมดุลของน้ำ ตับวาย ปอดติดเชื้อ

ข้อมูลอื่น จากการติดตามผลขั้นคลินิกในผู้ป่วย 345 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยา Gilotrif เทียบกับการได้รับยาเคมีบำบัด pemetrexed และ cisplatin จำนวน 6 ครั้ง พบว่า Gilotrif สามารถลดการเจริญของเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยมี progression-free survival ได้นานกว่า 4.2 เดือน

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2556



เปิดเวทีเสวนาเชิงวิชาการประจำปี 2556

“จะอยู่อย่างไรให้มีความสุขกับมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง”



ศ.เกียรติคุณ พญ.แสงสุรีย์ จูฑา

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ (CML) เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรค ผู้ป่วยโรคนี้จะมีชีวิตการดำรงชีพที่สั้นกว่าคนปกติ เนื่องจากมีการผิดปกติในการสลับคู่โครโมโซมคู่ที่ 22 และคู่ที่ 9 ในอดีตนั้นไม่สามารถรักษาได้ ในแต่ละปีจึงมีผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายในระยะเวลา 3-5 ปี แต่ด้วยวิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบันที่มีความก้าวหน้า ทำให้มีการพัฒนายาชนิดใหม่ ๆ ที่ช่วยยืดอายุของผู้ป่วยให้ยืนยาวขึ้น

เพื่อเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ทางคณะกรรมการชมรมผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์แห่งประเทศไทย (Thai CML Patient Group) และชมรมโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์แห่งประเทศไทย (Thai CML Working Group) จึงได้เปิดเวทีเสวนาเชิงวิชาการในหัวข้อ “จะอยู่อย่างไรให้มีความสุขกับมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง” โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และถ่ายทอดเรื่องราวโดยผู้ป่วยเพื่อสร้างกำลังใจ พร้อมทั้งขอแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุข

ศ.เกียรติคุณ พญ.แสงสุรีย์ จูฑา ประธานชมรมโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์แห่งประเทศไทย (Thai CML Working Group) เปิดเผยว่า ในปีนี้ทางชมรมฯ ได้ร่วมมือกับกลุ่มตัวแทนผู้ป่วยภายใต้ Thai CML Patient Group จัดงานเสวนาวิชาการประจำปี พ.ศ. 2556 “จะอยู่อย่างไรให้มีความสุขกับมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง” ซึ่งปีนี้เป็นงานติดต่อกันเป็นปีที่ 3 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ แนวทางการรักษาสายใหม่ และวิธีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษา รวมทั้งยังมีการให้ความรู้ในเรื่องของสิทธิต่าง ๆ ของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษา รวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมฯ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปและผู้สนใจได้ตระหนักและให้ความสำคัญของโรค

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ (Chronic Myeloid Leukemia หรือ CML) เกิดจากความผิดปกติในการสลับที่ของโครโมโซมคู่ที่ 22 และคู่ที่ 9 ในอดีตไม่สามารถรักษาได้ ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายในระยะเวลา 3-5 ปี แต่ด้วยวิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบันที่ก้าวหน้าไปมาก ทำให้มีการพัฒนายาชนิดใหม่ ๆ ที่ช่วยยืดอายุของผู้ป่วยให้ยืนยาวขึ้น และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตเช่นเดียวกับคนปกติได้

อย่างไรก็ตาม ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคนี้ในอดีตยังอยู่ในวงแคบ เพราะอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ไม่สูงนัก ทำให้เกิดความพยายามของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่จะมารวมกลุ่มกันเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกัน จึงเป็นที่มาของการรวมกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโลหิตวิทยา หรือ Thai CML Working Group และกลุ่มตัวแทนผู้ป่วย หรือ Thai CML Patient Group ขึ้นมาในปัจจุบัน โดยมีการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด รวมถึงกิจกรรมการเสวนาเชิงวิชาการประจำปี พ.ศ. 2556 “จะอยู่อย่างไรให้มีความสุขกับมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง” ดังกล่าว นับเป็นกิจกรรมหนึ่งของชมรมฯ ที่จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี

ทั้งนี้โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ หรือ CML ทางทางการแพทย์ยังไม่ทราบถึงสาเหตุที่แน่ชัด และไม่ได้เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง หรือ CML ในปัจจุบันอุบัติการณ์ของการเกิดโรคนี้ทั่วโลกมีประมาณ 1-2 รายต่อประชากร 1 แสนคน โดยโรคนี้จะมีการสร้างเม็ดเลือดขาวที่สูงผิดปกติ ซึ่งเราสามารถทราบได้จากการตรวจสุขภาพทั่วไป สำหรับอาการที่พบ ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง น้ำหนักลด คลำเจอก้อนที่ชายโครงซ้าย หรือผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ซึ่งการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกเป็นวิธีการรักษาที่ค่อนข้างใหม่ โดยเฉพาะในประเทศไทย เพราะเป็นทางเลือกหนึ่งซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากโรคที่มีความรุนแรง หรืออาจจะไม่สามารถรักษาได้ในสมัยก่อน ตัวอย่างเช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำ อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยวิธีการนี้มีความซับซ้อนมากกว่าการรักษาในอดีต ต้องได้รับความร่วมมือจากแพทย์ผู้ชำนาญและนักวิทยาศาสตร์ในหลายสาขาวิชา แต่บุคคลที่สำคัญที่สุดก็คือ ผู้ป่วยและครอบครัว ความเข้าใจในโรคและการรักษา รวมถึงความร่วมมือในการรักษาและการดูแลตนเองมีความจำเป็นอย่างมากที่จะทำให้การรักษาประสบผลสำเร็จ



ด้าน นายภาณุวัฒน์ รัตนะ ประธานชมรมผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์แห่งประเทศไทย (Thai CML Patient Group) กล่าวว่า ทาง

ชมรมผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์แห่งประเทศไทย หรือ Thai CML Patient Group ได้ก่อตั้งมาร่วม 3 ปี มีสมาชิกทั้งที่เป็นผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยประมาณ 300 คนที่มารวมกลุ่มกันเพื่อแลกเปลี่ยนและรับข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ

เนื่องจากผู้ป่วยและญาติบางคนไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้เลย ซึ่งการที่ผู้ป่วยมารวมกลุ่มกันทำให้สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งแนะนำแนวทางการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆ

“ผมเป็นบุคคลหนึ่งที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์โดยเบื้องต้นไม่บ่งบอกว่ามีอาการอะไร แต่ที่ทราบว่าเป็นโรคนี้เพราะไปตรวจสุขภาพร่างกายปกติประจำปี แพทย์ได้แนะนำให้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง จึงได้ทำการรักษาตั้งแต่นั้น และได้รับประทานยา ทำให้การใช้ชีวิตของผมมีความเป็นปกติ สามารถใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป”

การเปิดเวทีเสวนาเชิงวิชาการในครั้งนี้ เพื่อเป็นการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงวิทยาการความก้าวหน้าทางการรักษาโรค CML ในปัจจุบัน ซึ่งมีความก้าวหน้ามากกว่าในสมัยก่อนมาก ทำให้ปัจจุบันโรค CML ถือได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังเหมือนโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรค CML สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนทั่วไป หากรับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างต่อเนื่อง



นายภาณุวัฒน์ รัตนะ

เฝ้าระวัง...โคโรนา

ไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2012 ระบาด

จากสถานการณ์และข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกแจ้งเตือนให้ประเทศสมาชิกทุกประเทศดำเนินการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจรุนแรงเฉียบพลัน และติดตามรูปแบบความผิดปกติต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด หลังมีรายงานพบผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2012 ในผู้เดินทางที่กลับมาจากตะวันออกกลาง และมีอาการทางเดินหายใจรุนแรงเฉียบพลัน สถานการณ์ล่าสุด ตรวจพบผู้ป่วยที่ยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2012 แล้ว รวม 77 ราย เสียชีวิต 42 ราย โดยพบรายงานผู้ป่วยทั้งหมดจาก 9 ประเทศ ดังนี้ จอร์แดน ซาอุดีอาระเบีย กาตาร์ อังกฤษ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ฝรั่งเศส ตูนิเซีย เยอรมนี และอิตาลี โดยส่วนมากพบผู้ป่วยในประเทศซาอุดีอาระเบีย

เชื้อไวรัสโคโรนา ถูกค้นพบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2508 เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (single stranded RNA virus) ในตระกูล Coronaviridae ซึ่งประกอบด้วยสายพันธุ์ย่อยหลายชนิด สามารถทำให้เกิดโรคได้ทั้งในคนและสัตว์ เช่น หู สุนัข แมว กระต่าย ไก่ วัว กระบือ สุนัข ชนนี้ไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคในคนที่รู้จักมี 6 ชนิด โดย 4 ชนิดทำให้เกิดโรคไข้หวัด และอีก 1 ชนิดทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือ “โรคซาร์ส” ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่จะมีอาการแสดงคล้ายโรคซาร์ส (SARS-CoV) ที่เคยระบาดมาก่อน แต่เชื่อที่ทำให้ก่อโรคมียาสายพันธุ์ที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาทางพันธุวิทยาของเมอร์สพบว่ามีความใกล้เคียงกับโคโรนาไวรัสของค้างคาว แต่ในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปถึงวิธีการติดต่อและแหล่งโรคได้อย่างแน่ชัดว่าเกิดจากสัตว์ชนิดใด โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีอาการป่วยหลังจากเดินทางกลับจากประเทศในตะวันออกกลาง โดยพบว่ามีกระบาดของเชื้อเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลบริเวณภาคตะวันออกของประเทศซาอุดีอาระเบีย ผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่ได้แก่ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ห้องไตเทียม รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย และผู้ที่ติดเชื้อและมีอาการแสดงที่รุนแรงมักจะมีโรคประจำตัวร่วมด้วย

ไวรัสโคโรนาโดยทั่วไปพบได้ทั่วโลกโดยเฉพาะในเขตอบอุ่น มักพบในช่วงฤดูหนาวและฤดูใบไม้ผลิ โดยจะพบได้ในทุกกลุ่มอายุ การติดต่อกล้ายกับโรคทางเดินหายใจคือ ผ่านทางน้ำมูก น้ำลาย และเสมหะ จากการ

ไอหรือหายใจรดกัน หรือจากมือที่เปื้อนเชื้อโรคสัมผัสจมูกหรือตา ระยะฟักตัวของโรคประมาณ 3-4 วัน ส่วนเชื้อก่อโรคซาร์สมีระยะฟักตัว 4-7 วัน (อาจนาน 10-14 วัน) หากไวรัสอยู่ภายนอกร่างกายจะสลายไปเองภายใน 24 ชั่วโมง และถูกทำลายได้ด้วยสารซักฟอกหรือน้ำยาทำความสะอาด

จากการศึกษาวิจัยพบว่า สัตว์ที่เป็นพาหะนำโรคอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น ค้างคาว ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยได้ทั้งระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ โดยพบว่าก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบนได้ถึงร้อยละ 35 มีอาการได้ตั้งแต่ระดับน้อยเหมือนเป็นไข้หวัดธรรมดา จนถึงระดับรุนแรง (โรคซาร์ส) ทำให้เกิดอาการหายใจติดขัด ระบบการหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยมักจะมีอาการของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ มีน้ำมูก ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ หรือบางคนอาจจะมีอาการของปอดอักเสบ เช่น หอบเหนื่อย เจ็บ

หน้าอก หายใจไม่สะดวก หรือบางรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีระบบหายใจล้มเหลวได้ และยังสามารถพบการแสดงทางอวัยวะอื่นได้ เช่น จากรายงานของกลุ่มผู้ป่วยพบว่า มักมีอาการไตวายเฉียบพลัน ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบได้ ระยะเวลาฟักตัวของเชื้อยังไม่ทราบแน่นอน แต่อยู่ในช่วงประมาณ 1-12 วัน





องค์การอนามัยโลก (WHO) และสำนักงานควบคุมโรคและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention หรือ CDC) ได้ให้คำแนะนำสำหรับผู้เดินทางกลับจากกลุ่มประเทศในตะวันออกกลางให้สังเกตอาการภายในระยะเวลา 14 วัน สำหรับการวินิจฉัยโรค นอกจากอาการและประวัติดังกล่าวไว้ในข้างต้นแล้ว อาจจำเป็นต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเพื่อช่วยวินิจฉัย WHO และ CDC ให้คำแนะนำในการส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อช่วยในการวินิจฉัย ด้วยการตรวจโดยวิธีทางชีวพันธุกรรมของไวรัส (Real-time reverse-transcriptase polymerase chain reaction, rRT-PCR) โดยใช้เก็บสิ่งส่งตรวจจากบริเวณต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ เสมหะจากทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น การดูดสารคัดหลั่งจากหลอดลม (Tracheal aspiration), น้ำล้างถุงลมและหลอดลมฝอย (Bronchoalveolar lavage fluid) เสมหะจากทางเดินหายใจส่วนต้น เช่น การป้ายเก็บสิ่งส่งตรวจจากโพรงจมูกและคอ (Nasopharyngeal and throat swab) การดูดสารคัดหลั่งจากช่องโพรงจมูก (Nasopharyngeal aspiration) โดยส่งตรวจหาเชื้อโดยวิธีตรวจจุลภาวะในผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสีย เลือด น้ำเหลือง ซึ่งใช้เป็นตัวช่วยเสริม แต่ยังไม่ทราบความแม่นยำในการวินิจฉัยการส่งตรวจโดยเก็บตัวอย่างจากตำแหน่งที่แตกต่างกันในผู้ป่วยหนึ่งรายจะช่วยให้เพิ่มความไวในการวินิจฉัยโรคได้มากขึ้น การเก็บเลือดเพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อในเลือด (Serology testing) โดยเก็บในช่วงที่เป็นในระยะเริ่มแรก และหลังจากมีอาการแล้วอย่างน้อย 3 สัปดาห์ สำหรับผู้ที่ต้องพิจารณาส่งตรวจด้วยวิธีดังกล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงทางระบบทางเดินหายใจ คือมีไข้มากกว่า 38 °C ไอ สงสัยมีปอดอักเสบ รวมทั้งภาพรังสีปอดมีความผิดปกติ และมีประวัติเดินทางหรือท่องเที่ยวในกลุ่มประเทศในคาบสมุทรอาระเบียและประเทศใกล้เคียงภายในระยะเวลา 14 วัน และไม่สามารถอธิบายสาเหตุอาการป่วยของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจรุนแรงที่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มี

อาการที่เดินทางไปในกลุ่มประเทศในตะวันออกกลางภายใน 14 วันหลังจากท่องเที่ยวในประเทศดังกล่าว หรือผู้ที่มีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก หายใจหอบเหนื่อย หรือหายใจลำบากภายในระยะเวลา 14 วันหลังจากเดินทางกลับมาจากกลุ่มประเทศในคาบสมุทรอาระเบีย (ซาอุดีอาระเบีย กาตาร์ เยเมน โอมาน สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ คูเวต อีรัก อิสราเอล ซีเรีย จอร์แดน เลบานอน) โดยที่จำเป็นต้องแจ้งประวัติการเดินทางให้แพทย์ทราบด้วย



อย่างไรก็ตาม สามารถป้องกันการติดเชื้อเบื้องต้นได้โดยการหลีกเลี่ยงผู้ที่สงสัยว่าติดเชื้อ เช่น ผู้ที่มีไข้ ไอ น้ำมูก หลีกเลี่ยงการเข้าไปในที่ที่มีผู้คนแออัด หรือที่สาธารณะที่มีคนอยู่เป็นจำนวนมาก สวมหน้ากากอนามัย เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อของโรคทางเดินหายใจ ควรล้างมือบ่อยครั้งด้วยน้ำและสบู่ เนื่องจากเชื้อพบได้ทั้งในอากาศ น้ำมูก และเสมหะ ซึ่งอาจปนเปื้อนที่มือของผู้ที่ติดเชื้อแล้วไปจับสิ่งของหรือวัตถุทั่วไป เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นควรใช้ช้อนกลาง เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสม และออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับปศุสัตว์มีชีวิตหรือสัตว์ป่าในกรณี que เดินทางไปยังประเทศในตะวันออกกลาง และจากข้อมูลปัจจุบันขอให้คนไทยอย่าตื่นตระหนกหรือเครียดกับโรคนี้จนเกินไป เนื่องจากแนวโน้มการระบาดมาประเทศไทยยังไม่อยู่ในระดับที่น่ากังวล อย่างไรก็ตาม ขอให้ทุกท่านศึกษาข้อมูลการป้องกันและดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อเตรียมพร้อมในการป้องกันตนเองและครอบครัว

การนำส่งสารผ่านทางรูขุมขนเพื่อใช้ทางเครื่องสำอาง (Transfollicular delivery for cosmetics)

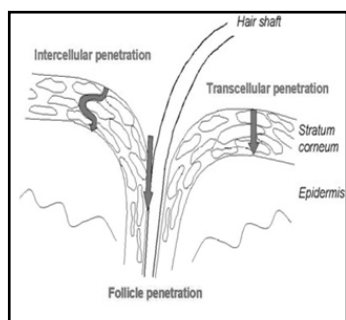
การดูดซึมสารหรือยาหรือสารทางเครื่องสำอางผ่านผิวหนัง⁽¹⁻²⁾ หมายถึง การซึมผ่านของสาร ยา หรือสารทางเครื่องสำอางผ่านทางผิวหนังเข้าสู่ชั้นต่าง ๆ เพื่อออกฤทธิ์เฉพาะที่ หรือการดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อออกฤทธิ์ที่อวัยวะเป้าหมายหรือทั่วร่างกาย ทั้งนี้สาร ยา หรือสารทางเครื่องสำอางสามารถซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่ร่างกายโดยผ่านทางช่องทางหนึ่งหรือหลายช่องทางร่วมกัน ซึ่งช่องทางการนำส่งสารซึมผ่านของสารทางผิวหนังแบ่งเป็น 3 ช่องทาง (รูปที่ 1 และ 2) ดังนี้

ข้อได้เปรียบของการดูดซึมของสารผ่านทางรากผมหรือขน⁽³⁻¹⁰⁾

การนำส่งสาร ยา หรือสารทางเครื่องสำอางผ่านทางรูขุมขนมีข้อได้เปรียบกว่าการนำส่งสารผ่านช่องทางอื่น เนื่องจากภายในรูขุมขนประกอบด้วยโครงสร้างต่าง ๆ ที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย การเจริญของผมหรือขน การเกิดเม็ดสีผม และการเกิดสิ่ว (รูปที่ 3) ดังนี้



รูปที่ 1 ภาพจำลองของโครงสร้างและส่วนประกอบของผิวหนัง



รูปที่ 2 ช่องทางการดูดซึมสาร ยา หรือสารทางเครื่องสำอางผ่านผิวหนัง

1. Transcellular route หมายถึง การผ่านของสาร ยา หรือสารทางเครื่องสำอางเข้าไปในเซลล์หนึ่ง แล้วเคลื่อนที่ต่อไปยังอีกเซลล์หนึ่ง ด้วยการเคลื่อนที่ผ่านชั้นไขมันที่ห่อหุ้มเซลล์ ซึ่งการดูดซึมของสารทางช่องทางการนี้เหมาะสำหรับสารที่ชอบไขมัน (lipophilic compound) และไม่มีขั้ว (non-polar)

2. Intercellular route หมายถึง การผ่านของสาร ยา หรือสารทางเครื่องสำอางทางช่องว่างระหว่างเซลล์ โดยทั่วไปช่องว่างระหว่างเซลล์มีขนาดประมาณ 100 นาโนเมตร

3. Transappendageal route หมายถึง การผ่านของสาร ยา หรือสารทางเครื่องสำอางทางช่องหรือท่อเปิดของอวัยวะในผิวหนัง เช่น ท่อต่อมไขมัน (sebaceous duct), ท่อต่อมเหงื่อ (sweat duct) และรูขุมขน (hair follicle) โดยทั่วไปการดูดซึมของสารผ่านทางช่องหรือท่อเปิดของอวัยวะในผิวหนังจะเกิดขึ้นน้อยมาก เนื่องจากมีพื้นที่ของการดูดซึมน้อยเมื่อเทียบกับพื้นที่ผิวหนังทั้งหมด โดยมีปริมาณเพียง 1 ใน 1,000 ของพื้นที่ผิวหนังทั้งหมด นอกจากนี้การดูดซึมของสารผ่านเข้าไปในช่องหรือท่อเปิดเหล่านี้ สารจะ

เคลื่อนที่สวนทางกับน้ำมันที่ถูกสร้างและขับออกมาจากต่อมไขมันได้ผิวหนังหรือน้ำที่ถูกสร้างและขับออกมาจากต่อมเหงื่อ ซึ่งจะมีผลให้การดูดซึมของสารแตกต่างกัน

ช่องทางการนำส่งสารผ่านทางรูขุมขน (transfollicular route) เป็นช่องทางการนำส่งสารที่ปลอดภัยสำหรับสารที่ชอบไขมันและมีขนาดโมเลกุลใหญ่ หรืออนุภาคขนาดเล็กประเภท bilayer vesicles ซึ่งช่องทางการนี้มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของรูขุมขน (follicle-related disorders) เช่น สิ่ว หรือสภาวะผมร่วง นอกจากนี้บริเวณรูขุมขนยังทำหน้าที่เป็นแหล่งสำรองของสารที่จะผ่านเข้าสู่ชั้นผิวหนังที่ลึกลงไปอีกด้วย

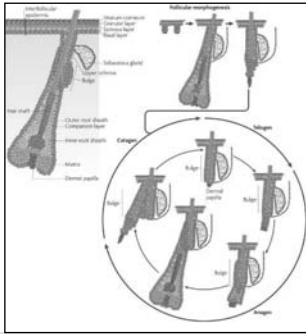


รูปที่ 3 ภาพถ่ายภาพในรูขุมขนซึ่งแสดงบริเวณต่าง ๆ สำหรับการนำส่งสารผ่านทางรูขุมขน

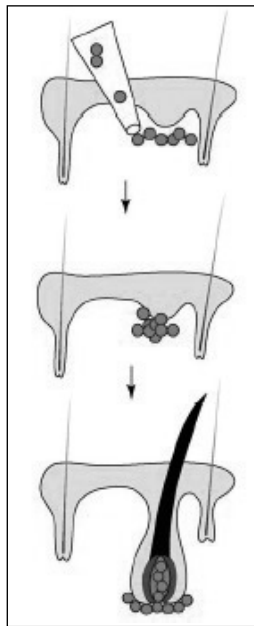
1. รากผมหรือขนมีตัวรับ (receptor) ของฮอร์โมนเพศชาย แอนโดรเจนอยู่บริเวณต่อมไขมัน และบริเวณรูขุมขนส่วนล่าง (dermal papilla) นอกจากนี้ยังมีเอนไซม์ 5 α reductase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่เปลี่ยนฮอร์โมนเพศชาย testosterone ให้อยู่ในรูปที่มีฤทธิ์แรงขึ้นคือ dihydrotestosterone (DHT) บทบาทสำคัญในการควบคุมการเจริญของเส้นผมหรือขน และการขับน้ำมันออกจากต่อมไขมัน การให้ยาหรือสารที่มีฤทธิ์รบกวนการจับกันระหว่างฮอร์โมนกับตัวรับ หรือยับยั้งการเปลี่ยนฮอร์โมนให้อยู่ในรูปที่มีฤทธิ์แรงขึ้น สามารถแก้ไขความผิดปกติที่เกิดจากฮอร์โมนเพศชายแอนโดรเจนได้ เช่น สภาวะผมร่วงแบบ androgenetic alopecia ซึ่งเป็นสภาวะผมร่วงทางพันธุกรรมเนื่องจากมีฮอร์โมนเพศชายในเลือดสูงระดับฮอร์โมนที่สูงนี้จะทำให้รูขุมขนบริเวณหนังศีรษะมีขนาดเล็กและส่งผลให้เส้นผมบริเวณหนังศีรษะหลุดร่วงในการศึกษาการนำส่ง minoxidil เข้าทางรูขุมขนเพื่อรักษาภาวะผมร่วง พบว่าตัวรับยาที่มี propylene glycol ร่วมกับ ethanol จะช่วยนำส่งยาเข้าไปในรูขุมขนได้ดี⁽⁴⁾ ภาวะสิ่วอักเสบเกิดจากน้ำมันที่สร้างและขับออกมาจากต่อมไขมันไปอุดตันรูขุมขน (clogged pore) ร่วมกับการติดเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบภายในรูขุมขน ในการ

ศึกษาวิจัยการนำส่งยารักษาผิวเข้าทางรูขุมขน เช่น adapalene⁽⁹⁾ ที่เตรียมในรูป microsphere พบว่าสามารถถูกนำส่งผ่านเข้าทางรูขุมขนและมีประสิทธิภาพในการรักษาผิวได้สูงกว่าการเตรียมในรูปแบบเจล

2. ในรูขุมขนประกอบด้วยบริเวณที่เรียกว่า bulge region ที่มีเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell) (รูปที่ 4) ซึ่งตามปกติเซลล์กลุ่มนี้มีการเจริญอย่างช้า ๆ



รูปที่ 4 Bulge region ในบริเวณรูขุมขน ที่มีเซลล์ต้นกำเนิดเจริญอยู่



รูปที่ 5 การนำส่งเซลล์ต้นกำเนิด เพื่อกระตุ้นการเจริญของเส้นผมใหม่

แต่ในช่วงที่มีการเจริญของเส้นผมในระยะ anagen เซลล์ต้นกำเนิดเหล่านี้จะเจริญและแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว โดยสามารถเจริญเป็นเซลล์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อเยื่อชั้นหนังกำพร้า เช่น เจริญเป็นเส้นผมใหม่เพื่อทดแทนเส้นผมที่หลุดร่วง เป็นเซลล์ในชั้นหนังกำพร้า และเซลล์ในต่อมไขมัน และเป็นเนื้อเยื่ออื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับชั้นหนังกำพร้า (non-epithelial tissue) เช่น เซลล์เส้นประสาท นอกจากนี้ในบริเวณนี้ยังมี stem cell ของเมลาโนไซต์ที่จะเจริญและเคลื่อนที่ไปยังบริเวณ hair bulb เพื่อสร้างเม็ดสีเมลานินให้เส้นผมใหม่ บริเวณนี้เหมาะสำหรับการนำส่งเซลล์ต้นกำเนิดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของยีนที่ควบคุมเกี่ยวกับเส้นผมหรือผิวหนังสำหรับรักษาภาวะผมร่วง และการฟื้นฟูสภาพผิว (skin rejuvenation) จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำส่งเซลล์ต้นกำเนิดของรูขุมขน (hair follicle stem cells) เพื่อรักษาภาวะผมร่วง พบว่าเมื่อนำส่งเซลล์ต้นกำเนิดผ่านเข้ารูขุมขนจะสามารถกระตุ้นการเจริญของเส้นผมใหม่ได้⁽⁶⁾ (รูปที่ 5)

3. สามารถนำส่งยา หรือสารทางเครื่องสำอางผ่านรูขุมขนเพื่อออกฤทธิ์เฉพาะที่และทั่วร่างกาย แม้ว่ารูขุมขนจะมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับพื้นที่ผิวหนังทั้งหมดของร่างกาย แต่ภายในรูขุมขนประกอบด้วยทั้งผิวหนังชั้นหนังกำพร้าและหนังแท้ ซึ่งทำให้มันเหมาะสำหรับการดูดซึมเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้เมื่อสาร ยา หรือสารทางเครื่องสำอาง ผ่านช่องเปิดเข้าภายในรูขุมขนบริเวณใต้ท่อเปิดจากต่อมไขมันจะไม่มี

ชั้นใด ๆ มาขัดขวางการดูดซึมของสาร และเนื่องจากบริเวณส่วนล่างของรูขุมขนมีเส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงจำนวนมากจึงมีโอกาสนำส่งสาร ยา หรือสารทางเครื่องสำอางเข้าสู่กระแสโลหิตเพื่อไปออกฤทธิ์ยังบริเวณอวัยวะเป้าหมายทั่วร่างกายได้ เช่น สามารถนำส่งไฮยาลูโรแนนและคอลลาเจน ซึ่งเป็นสารที่มีมวลโมเลกุลใหญ่และเป็นส่วนประกอบในชั้นหนังแท้ที่ช่วยให้ผิวหนังมีความยืดหยุ่นผ่านทางรูขุมขนเข้าไปในชั้นหนังแท้ได้

4. สามารถนำส่งยีนหรือ DNA ผ่านทางรูขุมขนเพื่อการรักษาในระดับยีน (gene therapy) เนื่องจากโรคบางชนิดอาจมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม เช่น โรคผมร่วงเป็นหย่อม โรคด่างขาว และภาวะผมขาว⁽⁹⁾ โรคเหล่านี้อาจเกิดจากการทำงานของยีนบกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งยีนที่มีหน้าที่สร้างเส้นผม ซึ่งทำให้ผมร่วงเป็นหย่อม ๆ ยีนที่ทำหน้าที่สร้างเม็ดสีเมลานินบกพร่อง ซึ่งทำให้ผิวหนังเป็นด่างขาว หรือทำให้เส้นผมไม่มีเม็ดสีที่ทำให้เส้นผมมีสีขาว การนำส่งยีนปกติเข้าไปทดแทนในส่วนล่างของรูขุมขนซึ่งเป็นบริเวณเซลล์เป้าหมายจะช่วยให้ยีนแสดงลักษณะที่ต้องการ เช่น การสร้างเส้นผมหรือการสร้างเม็ดสี

5. สามารถนำส่งสาร ยา หรือสารทางเครื่องสำอางที่มีความเป็นพิษสูงผ่านทางรูขุมขน เช่น adriamycin⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นยาต้านมะเร็งชนิดต่าง ๆ รวมทั้งมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับรูขุมขน โดยสามารถช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เช่น ภาวะผมร่วง ผื่นแดง และผิวหนังอักเสบ

สรุป

การดูดซึมของสาร ยา หรือสารทางเครื่องสำอางผ่านทางผิวหนัง สามารถผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้ 3 ช่องทาง ซึ่งในปัจจุบันช่องทางการนำส่งสารผ่านทางรูขุมขนเป็นช่องทางที่มีการศึกษาอย่างแพร่หลายและมีข้อได้เปรียบกว่าการนำส่งสารผ่านทางช่องทางอื่น โดยเฉพาะการนำส่งสารทางเครื่องสำอาง เนื่องจากภายในรูขุมขนประกอบด้วยโครงสร้างที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย การเจริญของเส้นผมหรือขน การเกิดเม็ดสีผม และการเกิดผิว เป็นต้น ดังนั้น การนำส่งสารผ่านทางรูขุมขนจึงเป็นช่องทางหนึ่งที่น่าสนใจทางเครื่องสำอาง

เอกสารอ้างอิง

- Martin A. Physical pharmacy. 4th ed. London: Lea & Fabiger; 1993. p. 346-50.
- อรุณญา มโนสร้อย, จิรเดช มโนสร้อย. โด๊ปโซมสำหรับยาผ่านทางผิวหนังและเครื่องสำอาง. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์; 2550.
- Wosicka H, Cal K. Targeting to the hair follicles: current status and potential. J Dermatol Sci. 2010;57:83-9.
- Grice JE, Ciotti S, Weiner N, Lockwood P, Cross SE, Roberts MS. Relative uptake of minoxidil into appendages and stratum corneum and permeation through human skin in vitro. J Pharm Sci. 2010;99(2):712-8.
- Rolland A, Wagner N, Chatelus A, Shroot B, Schaefer H. Site-specific drug delivery to pilosebaceous structures using polymeric microspheres. Pharm Res. 1993;10:1738-44.
- Stenn KS, Cotsarelis G. Bioengineering the hair follicle: fringe benefits of stem cell technology. Current Opinion Biotechnol. 2005;16:1-5.
- Blanpain C, Fuchs E. Epidermal homeostasis: a balancing act of stem cells in the skin.
- Hoffman RM. The hair follicle and its stem cells as drug delivery targets. Expert Opinion on Drug Delivery. 2006;3:437-43.
- Hoffman RM. Topical liposome targeting of dyes, melanins, genes, and proteins selectively to hair follicles. J Drug Targeting. 1998;5(2):67-74.
- Han I, Kim M, Kim J. Enhanced transfollicular delivery of adriamycin with a liposome and iontophoresis. Experimental Dermatol. 2004;13(2):86-92.



ร.พ.ธนบุรี จัดโปรโมชั่นพิเศษ “วัคซีนไขหวัดใหญ่”

โรงพยาบาลธนบุรี ใส่ใจห่วงใยสุขภาพของท่าน ช่วยเสริมเกราะป้องกันให้แข็งแรงกาย เพื่อเตรียมพร้อมรับมือโรคไข้หวัดใหญ่ให้กับตนเองและครอบครัวด้วยการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ โดยจัดโปรโมชั่นพิเศษ “วัคซีนไขหวัดใหญ่ในราคาเพียง 860 บาท/เข็ม” ตั้งแต่วันนี้จนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2556 สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ โทรศัพท์ 0-2412-0020 ต่อ 2005-7



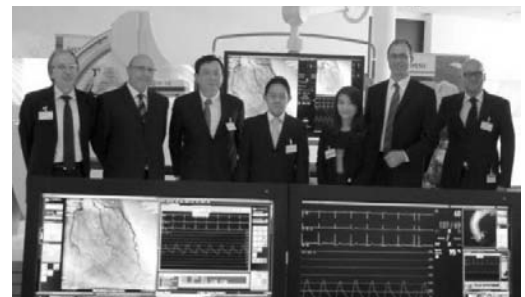
กาวิสคอน จัดงาน “ศูนย์กู้ภัยอาหารไม่ย่อยและกรดไหลย้อน”

เรกคิทท์ เบนคิเซอร์ ผู้นำเข้าและจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ กาวิสคอน (Gaviscon) จัดงานเปิดตัวผลิตภัณฑ์ กาวิสคอน ดูอัล แอคชั่น ใหม่ (Gaviscon Dual Action) ยาบรรเทาอาการอาหารไม่ย่อยและแสบร้อนกลางอกเนื่องจากโรคกรดไหลย้อน พร้อมส่ง “ศูนย์กู้ภัยอาหารไม่ย่อยและกรดไหลย้อน (Gaviscon Dual Rescue Center)” เผยแพร่ความรู้ อาการอาหารไม่ย่อยและโรคกรดไหลย้อน ณ ไชนเอเทรียม 2 ชั้น 1 ศูนย์การค้าสยามเซ็นเตอร์ กรุงเทพฯ



ประชุมวิชาการวัคซีนแห่งชาติ ครั้งที่ 5

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย ดร.นพ.จรุง เมืองชนะ ผู้อำนวยการสถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน) และคณะวิทยากร ร่วมเปิดงานการประชุมวิชาการวัคซีนแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ภายใต้หัวข้อ “การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการวิจัยพัฒนาวัคซีนในทศวรรษหน้า : การเตรียมความพร้อมสู่ประชาคมอาเซียน” ระหว่างวันที่ 10-12 กรกฎาคม ที่ผ่านมา ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ รัชดา



เครือ ร.พ.รามคำแหงประสานมือซีเมนส์ นำเข้าอุปกรณ์แพทย์ไฮเทคยุคดิจิทัล

บริษัท ซีเมนส์ ประเทศไทย จำกัด ได้ให้เกียรติเชิญ นพ.ศิริพงศ์ เหลืองวารินกุล กรรมการบริหาร โรงพยาบาลรามคำแหง เข้าเยี่ยมชมโรงงานผลิตอุปกรณ์การแพทย์ที่ก้าวล้ำนำยุคด้วยเทคโนโลยีทันสมัยหลายชนิดที่ช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคด้วยความรวดเร็วและแม่นยำ ของทาง บริษัท ซีเมนส์ ประเทศไทย โดยได้รับการต้อนรับในการเยี่ยมชมครั้งนี้เป็นอย่างดี สร้างความประทับใจให้แก่คณะผู้เข้าเยี่ยมชม ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนสื่อมวลชนผู้เกี่ยวข้องจากประเทศไทย เมื่อเร็ว ๆ นี้

ตรวจความปลอดภัยการรังสี ร.พ.ลานนา

นพ.ประมุข อุณจักร กรรมการบริหาร พร้อมทีมเจ้าหน้าที่เทคนิครังสี โรงพยาบาลลานนา ได้ให้การต้อนรับ นายพีรพล พลายน้อย นักฟิสิกส์รังสีชำนาญการ และคณะจาก สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ ในการตรวจความปลอดภัยทางรังสี ณ ห้องเอกซเรย์ โรงพยาบาลลานนา ตามพระราชบัญญัติพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ มาตรา 17 เมื่อเร็ว ๆ นี้

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
11-13 กันยายน 2556 	กระทรวงสาธารณสุข	การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2556 ณ โรงแรมพูลแมน ขอนแก่น ราชาออคิด และโรงแรมโฆษะ จ.ขอนแก่น	www.moph.go.th
11-17 กันยายน 2556 	สำนักงานแพทย์ทางเลือก	การแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมเพื่อการพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ณ ค่ายสุขภาพพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่านาบุญ อ.ดอนตาล จ.มุกดาหาร	โทรศัพท์ 0-2965-9194 ต่อ 124, 08-9455-9559, 08-9456-5040
20 กันยายน 2556 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	การประชุมวิชาการ KKU Pharmacy Practice Forum Enhancing Clinical Pharmacy Application ณ โรงแรมพูลแมน ขอนแก่น ราชาออคิด	โทรศัพท์ 0-4320-2378 ต่อ 2131, 2132 E-mail: thosir@kku.ac.th, yuparu@kku.ac.th http://pharm.kku.ac.th
28 ตุลาคม-1 พฤศจิกายน 2556 	สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)	SOFT: Family Pharmacist Workshop at Narai Hotel	โทรศัพท์ 0-2249-9333 โทรสาร 0-2249-9331 www.thaihp.org
18 ตุลาคม 2556 	ภาควิชาเภสัชวินิจฉัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการ การควบคุมคุณภาพสมุนไพร ครั้งที่ 1 เรื่อง สารฟลาโวนอยด์และสมุนไพร ณ ห้องประชุม 206 ชั้น 2 อาคารวรารัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2644-8677-91 ต่อ 5530, 5531, 08-1421-4292 โทรสาร 0-2644-8701 E-mail: ithipolver@hotmail.com www.pharmacy.mahidol.ac.th
ตลอดปี 	กลุ่มวิชาเภสัชเคมีและเทคโนโลยีเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	โครงการพิพิธภัณฑสถานสมุนไพรไทยเขตอีสานใต้ (2) ณ สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน (สาขา 2) หน้ามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	โทรศัพท์ 0-4535-3611-2 โทรสาร 0-4535-3626, 0-4535-3605, 0-4528-8384 www.phar.ubu.ac.th
30 สิงหาคม-4 กันยายน 2557 	เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	การประชุมสหพันธ์เภสัชกรรมนานาชาติ ครั้งที่ 74 (World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences 2014) ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุม ไบเทค บางนา	www.thaipharma.net

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



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณนาย

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก. ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

☐ ธนาคารกรุงเทพ สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร ----

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

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

หมายเหตุ

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

MEDICAL FAIR THAILAND

6th International Exhibition on Hospital, Diagnostic,
Pharmaceutical, Medical & Rehabilitation
Equipment & Supplies

12 - 14 Sept 2013

QSNCC • Bangkok | 10.00am - 6.00pm



because **Life** matters and so does your business

Pre-register at www.medicalfair-thailand.com

Pre-register with this promotion code: **AD-MJ2** and be among the 2 lucky owners of the latest Samsung Galaxy S4 which will be presented when you visit the exhibition.

Officially supported by:



Ministry of Public Health



Supported by:

Messe Düsseldorf / Organizer of:



Organized by:

Messe Düsseldorf Asia Pte Ltd

3 HarbourFront Place

#09-02 HarbourFront Tower Two

Singapore 099254

Tel (65) 6332 9620 _ Fax (65) 6337 4633

medicalfair-thailand@mda.com.sg



ยอดขายอันดับ 1
ในประเทศอังกฤษ
และอีก 10 ประเทศทั่วโลก*

ผลิตภัณฑ์ที่ถูกแนะนำสูงสุด
จากแพทย์ เภสัชกรสำหรับรอยผิวแตกลาย
และรอยแผลเป็น**



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

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

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

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