

สวยอย่างไร สวยให้ ปลอดภัย



ISSN 1513-5896
9 771513 589016

ทันกระเส
อยู่อย่างไร
ให้ชีวิตยืนยาว 142 ปี

9

ทิศทางยา
แนวทางใหม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
ที่เกิดภาวะเลือดออกในสมอง
จากยาต้านการแข็งตัวของเลือด

12

กฎหมายเภสัช
มาร่วมใจป้องกันปัญหา
“ยาพันพิษ” กันดีกว่า

29



ฮาร์โมนีเอสโตรเจนต่ำ
คุมรอบเดือนได้ดี

เก็บ 3 รอบเดือน⁽¹⁾



(1) Jaisamrarn U, Reinproyon D, Virutamasen P. Clinical study of a Monophasic Pill Containing 20 microgram Ethinylestradiol and 150 microgram desogestrel in Thai Women. *J Med Assoc Thai* 2001; 84 (Suppl 1) : S377-S383

“การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อและลดความรุนแรงของโรค COVID-19 ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการอักเสบ (สเตียรอยด์) ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการอักเสบอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการอักเสบอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลได้ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงในอนาคต อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของการใช้ยาต้านไวรัสในการรักษาผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงต่อไป”

แม่อีลอน ยาเมตคมกำเนิดแบบผสม ชนิดรูปประหลาดแฮร์โมเนต้า!

ข้อมูลความปลอดภัยของเมอซีลอน 21

- เมาซีลอน 21 ประกอบด้วย คีโตนอล 0.15 มก. และ เอ็นโดสตราไดอล 0.02 มก.

ข้อป่งไข่ เมอสิลอน ใช้เพื่อป้องกันตั้งครรภ์

ขนาดและการบริหารยา

เมื่อเช้านี้ได้รับทราบข่าวว่า 7 วัน
ก่อนได้รับทราบข่าวแจ้งต่อเป็นวันที่ 8 หลังหยุดยา แม้ว่าเชื้อจะกำจัดได้แล้วแต่ยังไม่หยุด

[illegible]

ข้อควรระวัง ควรระวังในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเกิดลิ้นเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เมื่อใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ความวิตกกังวลของผู้ป่วยอาจเพิ่มขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากทำนานกว่า 35 ปี

[illegible]

ผู้สร้างสรรค์และระหว่างการพัฒนาให้แบบทร ำมาใช้ แอชิลอน ในศตวรรษที่ ๔๗๑-๔๗๕ ในศตวรรษที่ ๔๗๑-๔๗๕ และในระหว่างที่แบบทร

[illegible]

สภาวะการเก็บรักษา ห่านใช้ยาหลังฉีดยาป้องกันโรค 30 องศาเซลเซียสในบรรจุภัณฑ์เดิม ห่านแข็งแรงขึ้นในหนึ่งและป้องกันแก๊ส ห่านใช้เมื่อยที่พาหุสัณเฑาะพินาศหรือเกิดโรคได้ เช่น เมื่อยเปลี่ยน มีอาการตัวร้อน หรือลักษณะใดๆ ที่มองเห็นว่ายาเสื่อมสภาพ



MSD (Thailand) Ltd.
The offices at Central World 37th floor,
999/9 Rama1 Rd. Pathumwan Bangkok 10330
Tel.: (66) 2255 5090 Fax.: (66) 2255 5095

ไปอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารที่เกี่ยวกับ
ถ้าท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม หรือต้องการรายงานอาการ
ไม่ประสงค์จากการใช้หรือต้องการหารือเกี่ยวกับคุณภาพของสินค้า โปรดติดต่อ
บริษัท เอ็มเอต (จำกัด) ตามที่อยู่ปรากฏบนเอกสาร หรือส่งอีเมลมาที่
med_product@merck.com

WOMN-1090095-0013
เลข 359/2557

คณะที่ปรึกษาเกิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.วิธาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
 ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา
 นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา รศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
 ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรย์วนิชย์
 รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญาค
 รศ.นพ.ป่วน สุทธิพินิจธรรม ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
 พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออ่อนตกุล ภก.วิสิทธิ์ สุริยาภิวัฒน์
 ภก.ธีระ ฉากจันโรตม ภาณุทัศน์ เขียวขจี
 ภก.ว่าที่ ร.ต.วิศิษฐ์ ประวิณวงศ์วุฒ นพ.สันติ ลีลยรัตน์

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ผศ.ดร.ภก.ปรีชา มณฑานติกุล

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มงานการยา

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวะสิต

แบบกิตติ์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราพิทย์

พัชรินทร์ ภายหลัง

ปิยะวรรณ หาปัญญา

กนกอร ขจรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา อิศรานนท์ สิทธิพิสิฐกุล

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

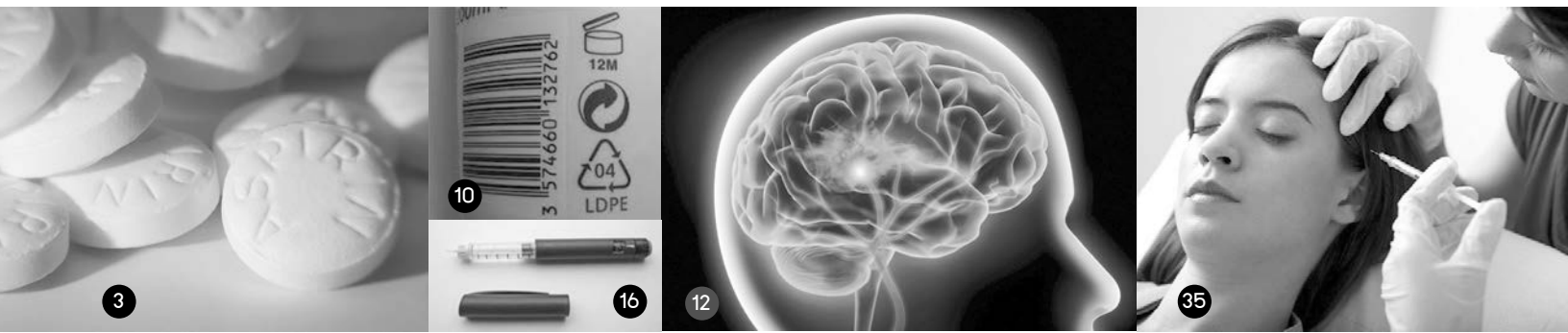
เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

ฤดูกาลสอบใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเพิ่งจะผ่านไปทั้ง MCQ และ OSPE ต้องขอแสดงความยินดีกับผู้ที่สอบผ่าน MCQ และรอลุ้นผล OSPE ต่อ เพื่อให้ได้ใบประกอบวิชาชีพฯ ที่สามารถนำไปใช้ทั้งประกอบวิชาชีพเพื่อดูแลตนเอง ครอบครัว และเพื่อประชาชนที่เจ็บป่วยต่อไป ผู้ที่สอบผ่านใบประกอบวิชาชีพฯ จะต้องพึงตระหนักว่า กว่าจะได้มาซึ่งใบประกอบวิชาชีพฯ นี้ไม่ใช่ง่ายนัก ทั้งเรียน ทั้งฝึกปฏิบัติงาน และการสอบ ดังนั้นจึงควรวางแผนใบประกอบวิชาชีพฯ ให้ใช้ใบประกอบวิชาชีพฯ ให้เหมาะสมและเกิดคุณประโยชน์ต่อประชาชน ไม่ควรที่จะเอาใบประกอบวิชาชีพฯ ไปแขวนไว้ตามร้านยาต่าง ๆ โดยที่ไม่ไปปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนที่ไปรับบริการจากร้านยาเหล่านั้นได้รับยาที่ไม่เหมาะสม

สำหรับวารสารวงการยาฉบับนี้ก็ยังคงความเข้มข้นของข่าวสารข้อมูลของวงการวิชาชีพเภสัชกรรม โดยขอแสดงความยินดีกับ ภญ.ท่านผู้หญิงปรีชา เกษมสันต์ ณ อยุธยา ที่ได้รับรางวัลนักวิทยาศาสตร์การแพทย์เกียรติยศคนแรกของมูลนิธิกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำหรับข่าวสารทางยาที่น่าสนใจในฉบับ อาทิ แนวทางใหม่ในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกในสมองจากยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งคงไม่มีใครปฏิเสธว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวนมากในประเทศไทยได้รับยาแอสไพริน โดยมีเภสัชกรโรงพยาบาลทำหน้าที่ให้การดูแลและคำปรึกษาผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินเพื่อลดอุบัติการณ์เลือดออกในสมองที่รุนแรงแนวทางนี้จึงเป็นประโยชน์สำหรับเภสัชกรที่จะให้คำแนะนำแก่แพทย์ในการดูแลผู้ป่วย สำหรับเภสัชกรชุมชน การให้คำปรึกษาเรื่องความสวยงามเป็นสิ่งที่ไม่พบได้เป็นประจำ คอลัมน์เกาะติดสถานการณ์ “สวยอย่างไรสวยให้ปลอดภัย” ได้ให้ข้อมูลยาที่เกี่ยวข้องกับความสวยงามที่มีการใช้อย่างไม่ถูกต้อง ทั้งครีมสเตียรอยด์ สารเติมเต็ม (filler) และสเตมเซลล์สุดท้าย คอลัมน์ทันกระแส “อยู่อย่างไรให้ชีวิตยืนยาว 142 ปี” ฟังดูน่าสนใจ แต่ต้องอยู่อย่างทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นด้วย

ผศ.ดร.ภก.ปรีชา มณฑานติกุล



CONTENTS

ฉบับ 200 ประจำเดือนมีนาคม 2558

3 โลกกว้างการยา

- FDA สหรัฐอเมริกาทบทวนความเกี่ยวข้องระหว่างการใช้ยา Montelukast และผลต่อจิตประสาท
- ผู้ป่วยที่มีภาวะดื้อต่อยาแอสไพรินอาจเกิดโรคหลอดเลือดสมองขั้นรุนแรง
- การใช้ยาในกลุ่ม PPI ต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อ *C. difficile*

6 Hot News

- แฉขั้นตอนการดำเนินงาน พ.ร.บ. เชื้อโรคและพิษจากสัตว์
- พัฒนาความร่วมมือทางการแพทย์ในภูมิภาคอาเซียน
- พัฒนาศูนย์กลางการแพทย์ก้าวทันนวัตกรรมสเต็มเซลล์

9 ก้นกระแส

อยู่อย่างไรให้ชีวิตยืนยาว 142 ปี

10 รอบรู้เรื่องยา

เครื่องสำอางหมดอายุ ทราบดีได้อย่างไร

12 กิจการยา

แนวทางใหม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกในสมองจากยาต้านการแข็งตัวของเลือด

13 CPE PLUS

การใช้ยารักษาโรคเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 (ตอนที่ 2)

29 กฎหมายเภสัช

มาร่วมใจป้องกันปัญหา “ยาฟันทิช” กันดีกว่า

32 เกาะกล่อ FDA

ยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใหม่

33 เกาะติดสถานการณ์

สวอยอย่างไร

สวอยให้ปลอดภัย

37 อาคันตุกะ

ภญ.ท่านผู้หญิงปรีญา เกษมสันต์ ณ อยุธยา

นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เกียรติยศคนแรก

ของมูลนิธิกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

40 รู้ทันโรค

คลอดก่อน-หลังกำหนด “เสี่ยง” อย่างไร

42 ยากับชีวิต

อาหารจานโปรดของผู้นำเผด็จการ

44 สบุนไพร-แพทย์ทางเลือก

สร. ออกกฎหมายปกป้องสมบัติชาติ

คุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

45 เก็บมาฝาก

วิธีเก็บยาอย่างถูกต้องเมื่อกลับจากโรงพยาบาล

46 ชอกแซก

47 ข่าวยบริการ

FDA สหรัฐอเมริกากบทวนความเกี่ยวข้องระหว่างการ ใช้ยา Montelukast และผลต่อจิตประสาท

Medscape Medical News: FDA แห่งสหรัฐอเมริกากำลังดำเนินการทบทวนข้อมูล การศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาความสัมพันธ์ระหว่าง การใช้ยา montelukast และผลต่อจิตประสาท เนื่องจากได้รับรายงานจากระบบรายงานความปลอดภัยของการใช้ยา MedWatch ว่า อาจมีผล ต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ใช้ยา ซึ่ง เป็นหนึ่งในยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ผ่านทางระบบ leukotriene ซึ่งปัจจุบันยาที่มีอยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ montelukast, zafirlukast และ zileuton

ยาในกลุ่มนี้โดยเฉพาะ montelukast ซึ่งมีใช้แพร่หลายมากที่สุด เป็นยาที่ถูกนำมาใช้เพื่อ การรักษาโรคหืดและอาการของโรคภูมิแพ้ในจมูก รวมไปถึงการใช้เพื่อป้องกันการเกิดอาการหืดจิบ จากการออกกำลังกาย (exercise-induced asthma)

โดยยานี้ได้รับการตั้งข้อสังเกตและให้ข้อมูล เกี่ยวกับโอกาสในการเกิดอาการข้างเคียงทาง จิตประสาท เช่น อารมณ์แปรปรวน มีความคิด หรือมีความพยายามฆ่าตัวตาย หรือแม้แต่การ ฆ่าตัวตายสำเร็จว่าอาจเกิดขึ้นได้มาแล้ว

ในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2008 ที่ผ่านมา ได้มีการตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้นี้กับการเกิดอาการ ข้างเคียงทางจิตประสาทดังกล่าวข้างต้น แต่ในขณะนั้นจากการทบทวนข้อมูล พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 0.01 เท่านั้นที่รายงานว่าเกิดความวิตกกังวลฆ่าตัวตาย และข้อมูลที่ไม่ได้ บ่งชี้ว่ายาจะมีความสัมพันธ์หรือสาเหตุโดยตรงกับ อาการดังกล่าวของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นอาการข้างเคียงที่สำคัญ แพทย์หรือเภสัชกรผู้ดูแลการใช้นี้กับผู้ป่วยยังคงสามารถให้ผู้ป่วยใช้ยาต่อไปได้ แต่ควรมีการประเมินและสอบถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงทางจิตประสาท เหล่านี้ และควรรายงานเพื่อการรวบรวมข้อมูลและค้นหาความสัมพันธ์ต่อไป



ผู้ป่วยที่มีภาวะดื้อต่อยาแอสไพริน อาจเกิดโรคหลอดเลือดสมองขั้นรุนแรง

มาทำการตรวจหาภาวะดื้อต่อยาแอสไพริน ผลพบว่าผู้ป่วยจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.7 ที่พบว่ามีความดื้อต่อยา และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าคะแนน ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองที่ประเมินด้วย National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) score สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ดื้อต่อแอสไพริน (ค่า median ของ คะแนนแต่ละกลุ่มต่างกัน 2.06, $p < 0.01$) และยังมีปริมาตรของเนื้อสมอง ที่ตายจากการขาดเลือดใหญ่กว่าในกลุ่มที่ไม่ดื้อต่อยาอีกด้วย (ขนาดเฉลี่ยแต่ละ กลุ่มต่างกัน 2.7 มล., $p < 0.01$)

Dr. Oh ได้อธิบายว่าการที่มีภาวะดื้อต่อยาจะส่งผลทำให้ความสามารถ ในการยับยั้งการก่อตัวของเกล็ดเลือดและลิ้มเลือดของยาแอสไพรินลดลง ทำให้ การอุดตันของหลอดเลือด เกิดได้มากขึ้นและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตาม ดังนั้น หากพบว่าผู้ป่วยมีความดื้อต่อยาแอสไพรินควรพิจารณาเลือกยาต้าน เกล็ดเลือดชนิดอื่น เช่น clopidogrel หรือยาอื่นมาใช้แทน ซึ่งในปัจจุบันยังต้อง รอข้อมูลการศึกษาเพิ่มเติมว่ายาชนิดใดจะมีประสิทธิภาพเหมาะสม

Medscape Medical News: การศึกษา ใหม่พบหลักฐานบ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่มีความดื้อต่อยา แอสไพรินมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นรุนแรงได้มากกว่าผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อยา โดย จากการศึกษาของ Mi Sun Oh จาก Hallym University Sacred Heart Hospital กรุงโซล ประเทศเกาหลี ซึ่งได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิด ischemic stroke และ transient ischemic attack จำนวน 310 คน โดยที่ผู้ป่วยทั้งหมดมีประวัติ ได้รับการรักษาด้วยยาแอสไพรินอยู่ก่อนแล้ว

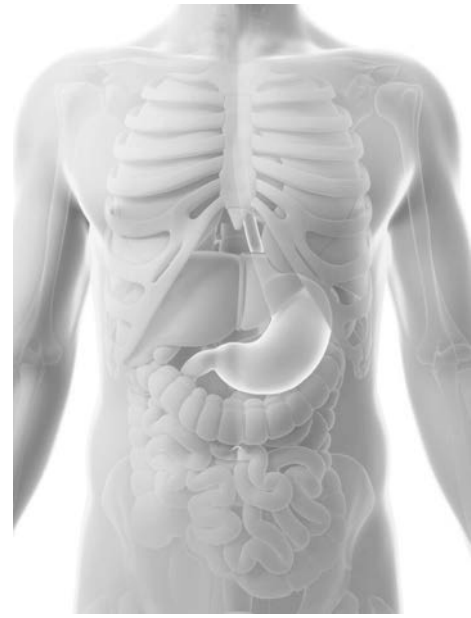
การใช้ยาในกลุ่ม PPI ต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อ *C. difficile*

Reuters Health: การศึกษาโดย Emily McDonald และคณะ จาก McGill University Health Centre ในมอนทรีออล ประเทศแคนาดา พบข้อมูลว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Clostridium difficile* (*C. difficile* infection: CDI) ไปแล้วอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำได้อีก หากมีการใช้ยาในกลุ่ม proton pump inhibitors ต่อเนื่อง

จากข้อมูลการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี CDI ในระหว่างปี ค.ศ. 2010-2013 จำนวน 754 ราย โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยร้อยละ 60.7 มีการใช้ยาในกลุ่ม PPI ในขณะนั้น จากผู้ป่วยในที่ใช้ PPI อยู่ทั้งหมดพบว่า มีร้อยละ 28.8 ที่เกิดการติดเชื้อซ้ำ เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้

ใช้ยาที่มีการติดเชื้อซ้ำคิดเป็นร้อยละ 20.6 นอกจากนี้ในแง่ของการเสียชีวิต ผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้ยา PPI และติดเชื้อซ้ำเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 10.3 เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยาซึ่งเสียชีวิตร้อยละ 4.7 ($p = 0.007$)

ยาในกลุ่ม PPI เพิ่มโอกาสในการติดเชื้อ CDI ได้จากการที่ยาไปลดระดับของ pH ในกระเพาะอาหารทำให้เชื้อสามารถอยู่รอดและแบ่งตัวเพิ่มจำนวนในผู้ป่วยได้ ดังนั้น จากผลการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำไว้ว่าผู้ป่วยที่มีการใช้ยา PPI อยู่ในขณะที่ได้รับการวินิจฉัย CDI ควรได้รับการตรวจประเมินว่าจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มนี้ต่อไปหรือไม่ เนื่องจากการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนอาจเพิ่มความเสี่ยงและผลเสียมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ



วัคซีนป้องกันตับอักเสบนิด E สามารถช่วยป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและยาวนาน

Medscape Medical News: การศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในระยะยาวของวัคซีนป้องกันตับอักเสบนิด E โดย Jun Zhang แห่ง Xiamen University ประเทศจีน พบว่าวัคซีนชนิดนี้มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคได้ถึง 86.8% และยังสามารถคงประสิทธิภาพไว้ได้นานอย่างน้อย 4.5 ปี

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบสุ่มในอาสาสมัคร 112,604 คนในจังหวัด Jiangsu โดยแบ่งกลุ่มให้อาสาสมัครได้รับวัคซีนป้องกันตับอักเสบนิด E หรือชนิด B อย่างใดอย่างหนึ่งเป็นจำนวน 3 ครั้ง โดยผู้ป่วยจะไม่ทราบชนิดของวัคซีนที่ตนได้รับ จากนั้นจึงทำการติดตามดูการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบนโดยการตรวจหา RNA ของเชื้อ หรือ

antibody immunoglobulin (Ig) M หรือ IgG ต่อเชื้อที่เกิดขึ้นในร่างกายของอาสาสมัคร จากผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับวัคซีนนั้นเกิดโรคตับอักเสบบนจากไวรัสตับอักเสบนิด E เป็นจำนวน 7 ราย เทียบกับในกลุ่มควบคุมซึ่งเกิดโรค 21 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละของประสิทธิภาพวัคซีนร้อยละ 86.8 โดยในระหว่างการศึกษาไม่พบอาการข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนและไม่มีผลต่อการดำเนินของโรคตับอักเสบนอนในรายที่เกิดการติดเชื้อขึ้น

ในแง่ของประสิทธิภาพการสร้างภูมิคุ้มกัน จากการศึกษาพบว่า การให้วัคซีนสามารถทำให้อาสาสมัครที่ยังไม่เคยมีภูมิคุ้มกันเกิดภูมิคุ้มกันได้ คิดเป็นร้อยละ 99.9 และสำหรับอาสาสมัครที่ได้รับวัคซีน 2 และ 3 ครั้ง เมื่อทำการตรวจเลือดหาภูมิคุ้มกันหลังจากได้รับไปแล้ว 54 เดือน ยังปรากฏว่ามีภูมิคุ้มกันในร่างกายอยู่แต่ระดับภูมิคุ้มกันในกลุ่มที่ได้ครบ 3 ครั้งสูงกว่า

ผลการศึกษาเป็นข้อมูลสำคัญและเป็นความหวังที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคตับอักเสบนิด E ในแหล่งที่มีความชุกของโรคสูง อย่างไรก็ตาม วัคซีนที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวัคซีนสำหรับไวรัสตับอักเสบนิด E ชนิด genotype 4 ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยในจีนเท่านั้น สำหรับ genotype อื่น ๆ ยังอาจต้องรอการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปว่าจะสามารถนำมาใช้ได้มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกันหรือไม่

อาหารมังสวิรัติดีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

Medscape Medical News: ข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับประทานอาหารประเภทเนื้อแดงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เพิ่มมากขึ้น และข้อมูลเมื่อไม่นานมานี้มีการค้นพบอีกด้วยว่า การรับประทานอาหารกลุ่มมังสวิรัติดีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาของ Dr. Michael Orlich ซึ่งทำการสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารกับอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เปรียบเทียบกันสองกลุ่มระหว่างกลุ่มที่รับประทานอาหารทั่วไปกับกลุ่มที่รับประทานอาหารมังสวิวัติประเภทต่าง ๆ คือ กลุ่มมังสวิวัลล้วน กลุ่มมังสวิวัติแต่รับประทานไข่และนม กลุ่มมังสวิวัติที่รับประทานปลา และกลุ่มกึ่งมังสวิวัติ (รับประทานเนื้อไม่เกินสัปดาห์ละครั้ง) ในระหว่างปี ค.ศ. 2002-2007



ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้รับประทานอาหารมังสวิวัติมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่น้อยกว่ากลุ่มผู้รับประทานอาหารทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีความเสี่ยงลดลงร้อยละ 19 สำหรับ colon cancer และลดลงร้อยละ 29 สำหรับ rectal cancer นอกจากนี้ยังพบข้อมูลที่น่าสนใจอีกด้วยว่า เมื่อแยกวิเคราะห์ชนิดของอาหารมังสวิวัติที่รับประทาน ผู้ที่รับประทานอาหารประเภทมังสวิวัติและปลา (pesco-vegetarian) มีความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มรับประทานมังสวิวัติประเภทอื่น โดยมีค่า Hazard ratio หรือค่าความเสี่ยงเพียง 0.57 เท่านั้น ทั้งนี้ผู้ที่ได้รับประโยชน์ในแง่ของการลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ควรรับประทานอาหารกลุ่มนี้อย่างสม่ำเสมอ



Medscape Medical News: พบข้อมูลที่บ่งชี้ว่า ผู้ติดเชื้อ HIV ที่ใช้ยาต้านไวรัส tenofovir, ritonavir-atazanavir หรือ ritonavir-lopinavir อาจเพิ่มความเสี่ยงสะสมในการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยมีข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาจมีความสัมพันธ์กัน และจากการศึกษาของ Lene Ryom จาก University Hospital of Copenhagen ประเทศเดนมาร์ก ซึ่งรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 23,560 ราย

การใช้ยาต้านไวรัสอาจเพิ่มความเสี่ยงสะสมของการเกิดโรคไต

ที่มีการทำงานของไตเมื่อเริ่มเข้าสู่การศึกษาเป็นปกติและติดตามการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาเฉลี่ยต่อราย 6.3 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 210 รายเกิดโรคไตเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 0.9 โดยอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความต่อเนื่องการใช้ยา กล่าวคือ ยิ่งมีระยะเวลาของการใช้ยาต่อเนื่องนานมากขึ้นก็จะผลทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นด้วย และเมื่อหยุดใช้ยา อุบัติการณ์ก็จะลดลงตาม แต่ยังคงสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้ยาในกลุ่มนี้เลย

ข้อมูลการศึกษานี้เป็นข้อมูลยืนยันว่ายาต้านไวรัสมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ ดังนั้น แพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยและเลือกใช้ยาในกลุ่มนี้ควรคำนึงถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและควรเฝ้าระวังติดตามการทำงานของไตของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีโรคไตเรื้อรังอยู่ก่อนแล้ว เพื่อพิจารณาเลือกปรับการรักษา หรือเปลี่ยนการรักษาหากพบว่าการทำงานของไตลดลง

เปิดหลักสูตรบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระดับสากล พร้อมเข้าสู่ AEC

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่า ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างจริงจัง โดยกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ และระดมพลังทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการแก้ไข ทั้งด้านการป้องกันการปราบปราม และการบำบัดรักษา สำหรับปี พ.ศ. 2558 ซึ่งประเทศไทยจะเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ปัจจัยการย้ายถิ่นฐานของประชากร สภาพสังคม วัฒนธรรม ย่อมมีผลกระทบต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติด จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

นพ.วิโรจน์ วีระชัย ผู้อำนวยการสถาบันอัญญารักษ์ กล่าวว่า กรมการแพทย์โดยสถาบันอัญญารักษ์ และศูนย์นานาชาติเพื่อการรับรองและการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญด้านการติดยาเสพติด แผนโคลัมโบ (ICCE) เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนามาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในภูมิภาคอาเซียน จึงได้จัดทำโครงการอบรมหลักสูตรการบำบัดรักษาเสพติดแบบสากลระดับพื้นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ เพิ่มองค์ความรู้ และฝึกทักษะให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทยและกลุ่มประเทศอาเซียน เพื่อให้บุคลากรที่ดูแลและบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมีความเชี่ยวชาญให้มีมาตรฐานเทียบเท่าในระดับสากล โดยเปิดการอบรมใน 8 หลักสูตรคือ 1. หลักสูตรสรีรวิทยาและเภสัชวิทยา 2. การบำบัดรักษา



ผู้ติดยาเสพติดและการดูแลต่อเนื่อง 3. โรคร่วมทางจิตเวชและความผิดปกติด้านการแพทย์ 4. ทักษะการให้คำปรึกษาพื้นฐานสำหรับวิชาชีพด้านยาเสพติด 5. การคัดกรอง การประเมิน การวางแผนการบำบัดรักษา และกระบวนการเอกสารทางการแพทย์ 6. การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายตัว 7. การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดภาวะวิกฤติ และ 8. จริยธรรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

แฉขั้นตอนการดำเนินงาน พ.ร.บ.เชื้อโรคและพิษจากสัตว์

รศ.คลินิก พญ.วราณี จินารัตน์ รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า ประเทศไทยมีองค์กรหรือหน่วยงานหลายแห่งครอบครองเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ ซึ่งมีทั้งการนำมาใช้ในการควบคุมคุณภาพในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ห้องปฏิบัติการอาหารและยา รวมทั้งเป็นงานศึกษาวิจัย จึงจำเป็นต้องมีกฎหมายในการควบคุม สำหรับประเทศไทยมีพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2525 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2544 กระทรวงสาธารณสุขได้มอบให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งมีภารกิจตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่หน่วยงานและห้องปฏิบัติการที่มีการผลิต ครอบครอง จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือนำผ่านเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ ให้สามารถดำเนินกิจการด้วยความปลอดภัย ไม่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ หรือการนำเอาเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ไปใช้ในทางที่ผิดและก่ออันตรายต่อสิ่งมีชีวิตทั้งผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนร่วมงาน ชุมชน และสิ่งแวดล้อม



ปัจจุบันมีจำนวนผู้ขออนุญาตและจดทะเบียนการผลิต ครอบครอง จำหน่าย นำเข้า ส่งออก และนำผ่านเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ ตามพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ รวมทั้งสิ้นกว่า 1,000 หน่วยงาน พบว่ายังมีหน่วยงานส่วนหนึ่งมีความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนในกระบวนการขั้นตอนและวิธีการดำเนินการตามกฎหมาย ซึ่งอาจทำให้เกิดความล่าช้าของการให้บริการและนำไปสู่ความไม่พึงพอใจ สำนักกำกับพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์จึงได้จัดทำคู่มือปฏิบัติการและเอกสารแสดงขั้นตอนวิธีการดำเนินการตามกฎหมายแจกจ่ายไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งการจัดสัมมนาเพื่อนำความรู้และหลักวิชาการที่ได้รับไปใช้ในการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

พัฒนาความร่วมมือทางการแพทย์ในภูมิภาคอาเซียน



นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์เปิดเผยว่า กรมการแพทย์ได้ดำเนินการตามความร่วมมือทางการแพทย์สู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ภายใต้งบประมาณโครงการสนับสนุนการเป็นเมืองศูนย์กลางบริการสุขภาพในอาเซียน เพื่อเตรียมความพร้อมด้านการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์สู่ประเทศในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน พร้อมทั้งเสริมสร้างและพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการ และความสัมพันธ์ที่ดีทางด้านการแพทย์ระหว่างกัน ตลอดจน

แสดงศักยภาพการเป็นผู้นำความเป็นเลิศทางด้านวิชาการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ และเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์กรมการแพทย์สู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมีความต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2558 กรมการแพทย์จึงได้จัดประชุมความร่วมมือทางการแพทย์สู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Academic Medical Collaboration Symposium) โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานด้านการแพทย์ประเทศต่าง ๆ ในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือที่สำคัญกับกรมการแพทย์ ได้แก่ เวียดนาม มาเลเซีย อินโดนีเซีย พม่า และลาว เข้าร่วมประชุม ซึ่งได้มีการลงนามความร่วมมือที่สำคัญระหว่างโรงพยาบาลราชวิถีและ Cicendo Eye Hospital ประเทศอินโดนีเซีย ในด้านจักษุวิทยา และการลงนามความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลเลิดสินและคณะแพทยศาสตร์ University of Malaya ประเทศมาเลเซีย ด้านโรคกระดูกและข้อ โดยข้อตกลงครอบคลุมความร่วมมือด้านการศึกษาวิจัย การบริการ การแลกเปลี่ยนบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างกัน ตลอดจนการอบรมหลักสูตรระยะสั้น เพื่อพัฒนาทักษะให้เกิดความเชี่ยวชาญ นอกจากความร่วมมือดังกล่าวแล้วยังมีการเจรจาความร่วมมือทางการแพทย์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวงการแพทย์ในอนาคต ส่งผลให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือวิชาการแพทย์ และการบริการทางการแพทย์ตามยุทธศาสตร์กรมการแพทย์สู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

สั่งซื้อขายจากต่างประเทศผ่านทางเว็บไซต์ เสี่ยงสูญเงินฟรี



ภก.ประพนธ์ อางตระกูล รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)เปิดเผยว่า ที่ผ่านมามีการนำเข้ายาหรือผลิตภัณฑ์ที่มีรูปลักษณะยาเป็นเม็ดหรือแคปซูลหรือลักษณะอื่น ๆ ที่มีส่วนผสมของวิตามิน เกลือแร่ โสมสมุนไพร หรือสารสกัดต่าง ๆ ผลิตภัณฑ์ดังกล่าววางจำหน่ายในประเทศผู้ขายว่าเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร แต่เมื่อพิจารณาขนาดในการรับประทาน การแสดงสรรพคุณตามข้อกำหนดของประเทศไทยแล้วจัดเป็นยา โดยมีการนำเข้ามามีในราชอาณาจักรเป็นจำนวนมาก และไม่ได้ออกใบอนุญาตนำเข้าให้ถูกต้องตามกฎหมาย เนื่องจากเป็นการสั่งซื้อจากการ

โฆษณาผ่านทางเว็บไซต์ที่มีรายการส่งเสริมการขาย เมื่อสินค้าผ่านเข้ามาถึงประเทศไทย เจ้าหน้าที่ประณีย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ส่งสินค้าเร่งด่วน เช่น DHL, FedEx เป็นต้น จะดำเนินการนำสินค้าไปผ่านการตรวจสอบ หากเจ้าหน้าที่ด่านอาหารและยาตรวจแล้วพบว่าสินค้านั้นไม่ได้ขึ้นทะเบียนให้ถูกต้องหรือไม่ได้ออกอนุญาตนำเข้า ก็จะไม่สามารถอนุญาตให้นำสินค้าเข้ามาในประเทศไทยได้ เนื่องจากตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มีข้อกำหนดยกเว้นให้นำเข้าสินค้ามาในราชอาณาจักรโดยไม่ได้รับใบอนุญาตได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยที่เดินทางเข้ามาในประเทศ สามารถนำติดตัวเข้ามาได้ไม่เกินจำนวนที่จำเป็นจะต้องใช้ภายใน 30 วัน เท่านั้น

ทั้งนี้ หากประสงค์จะสั่งซื้อผลิตภัณฑ์ดังกล่าวผ่านทางเว็บไซต์ ควรทราบถึงข้อกำหนดและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการนำเข้าสินค้าผ่านทางด่านอาหารและยา เพราะหากสั่งซื้อไปแล้วอาจไม่ได้รับสินค้าตามที่สั่ง ทำให้เสียเงินโดยใช่เหตุ

เอกซเรย์ใช้หัตถ์นกทั่วประเทศ เน้นย้ำพิเศษแนวชายแดน

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2557 ยังพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในประเทศเพื่อนบ้านอย่างต่อเนื่อง จึงมีความเป็นไปได้ที่โรคจะแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยตามบริเวณแนวชายแดน โดยผ่านทางการเคลื่อนย้ายสัตว์และการเดินทางของประชาชนตามแนวชายแดน นอกจากนี้ยังอาจติดต่อผ่านทางนกธรรมชาติได้อีกด้วย จึงได้ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ร่วมกับ อสม. เฝ้าระวังในคนอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เฝ้าระวังการป่วยในสัตว์ปีกเลี้ยงในบ้าน ในฟาร์ม นกป่าทุกหมู่บ้าน ซึ่งที่ผ่านมายังไม่พบการติดเชื้อแต่อย่างใด

สำหรับสถานการณ์โรคไข้หวัดนกทั่วโลกตลอดปี พ.ศ. 2557 องค์การอนามัยโลกรายงานเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วย 45 ราย เสียชีวิต 17 ราย ใน 5 ประเทศ ได้แก่ กัมพูชา จีน อียิปต์ อินโดนีเซีย และเวียดนาม ยอดสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยติดเชื้อไข้หวัดนกสายพันธุ์เอช 5 เอ็น 1 (H5N1) ใน 16 ประเทศ รวม 694 ราย เสียชีวิต 402 ราย

นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า เชื้อไข้หวัดนกที่พบในสัตว์ปีก ในปี พ.ศ. 2557 มี 7 สายพันธุ์ย่อย ได้แก่ สายพันธุ์เอช 5 เอ็น 1 (H5N1),

สายพันธุ์เอช 5 เอ็น 2 (H5N2), สายพันธุ์เอช 5 เอ็น 8 (H5N8), สายพันธุ์เอช 10 เอ็น 8 (H10N8), สายพันธุ์เอช 7 เอ็น 5 (H7N5), สายพันธุ์เอช 7 เอ็น 7 (H7N7) และสายพันธุ์เอช 7 เอ็น 9 (H7N9) ที่ผ่านมา

ในไทยพบเพียง 1 สายพันธุ์คือ เอช 5 เอ็น 1 ซึ่งคนสามารถติดเชื้อได้จากการสัมผัสกับสัตว์ป่วยโดยตรง และ/หรือสัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากสัตว์ที่เป็นโรค เช่น อุจจาระ น้ำมูก น้ำตา น้ำลายของสัตว์ที่ป่วย วิธีการป้องกันคือ ไม่สัมผัสสัตว์ปีกที่ตายโดยตรง หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ควรสวมถุงมือหรือถุงพลาสติก

ป้องกัน รวมทั้งต้องยึดหลักปฏิบัติ กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ และรับประทานอาหารประเภทสัตว์ปีกและไข่ที่ปรุงสุกแล้วเท่านั้น



พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ก้าวหน้ากับนวัตกรรมสเต็มเซลล์



นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เปิดเผยว่า ปัจจุบันมีการโฆษณาเต็มเซลล์และนำสเต็มเซลล์มาใช้กับประชาชนโดยไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับจำนวนมาก และประชาชนเข้าใช้บริการดังกล่าวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ โดยโรคที่ทางการแพทย์ยอมรับว่าสามารถใช้เซลล์ต้นกำเนิดรักษาได้มีเพียงโรคที่เกิดจากความผิดปกติในระบบเลือดเท่านั้น เช่น โรคเม็ดเลือดขาวหรือลูคีเมีย โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ส่วนโรคอื่น ๆ ที่

มีการอ้างว่ารักษาด้วยเซลล์ต้นกำเนิดได้ยังอยู่ในกระบวนการศึกษาวิจัยทางคลินิก อาจจะทำให้ผลดีสำหรับการรักษาในอนาคตแต่ยังไม่ถือเป็นการรักษามาตรฐานในปัจจุบัน ประกอบกับความรู้และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านเซลล์ต้นกำเนิดและวิศวกรรมเนื้อเยื่อได้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว นักวิจัยจึงมีความพยายามที่จะพัฒนาวิธีการใหม่ ๆ เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย การประยุกต์องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านเซลล์และเนื้อเยื่อเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ต้องอาศัยการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความชำนาญ

นพ.อภิชัย กล่าวเพิ่มเติมว่า ที่ผ่านมารวมวิทยาลัยการแพทย์ได้มีการพัฒนานวัตกรรมเซลล์ต้นกำเนิดเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยทางคลินิก ได้ 2 ชนิดคือ DMSc Stem Plus เป็นเซลล์ต้นกำเนิดชนิด Mononuclear Cell จากไขกระดูก และ DMSc Stem Pro เป็นเซลล์ต้นกำเนิดชนิด Mesenchymal Stem Cell (MSC) ที่เพาะเลี้ยงจากไขกระดูก เซลล์ต้นกำเนิดทั้ง 2 ชนิดนี้มีศักยภาพสูงในการพัฒนาวิธีการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาวะเสื่อมได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังได้ร่วมมือกับภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในการศึกษาความเป็นไปได้และความปลอดภัยของเซลล์ต้นกำเนิดจากไขกระดูกเพื่อใช้ทำการรักษาโรคจอตามีสารสีที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Retinitis pigmentosa: RP) ขณะนี้อยู่ในระหว่างการทำเนิการวิจัยทางคลินิก หากผลการศึกษาวิจัยทางคลินิกได้ผลดี คาดว่าภายใน 3-5 ปีจะสามารถพัฒนาสู่การรักษามาตรฐานต่อไป

อยู่อย่างไรให้ชีวิตยืนยาว 142 ปี

สืบเนื่องจากนิตยสารไทม์ฉบับโด่งดังที่สร้างความฮือฮาให้แก่คนทั้งโลกด้วยการรายงานว่าเทคโนโลยีสมัยใหม่สมทบกับการวิจัยทำให้คนเราสามารถมีอายุยืนยาวได้ถึง 142 ปี

สิ่งที่เริ่มต้นให้เห็นว่า 142 ปี ว่ามีความเป็นไปได้ที่คนเราจะมียุขยืนขนาดนั้นพร้อม ๆ กับการมีสุขภาพที่ดีมาจากการวิจัยที่ค้นพบว่า ยาปฏิชีวนะที่ชื่อ ราฟาไมซิน (rapamycin) เมื่อให้หนูทดลองกิน จะทำให้หนูมีอายุยืนยาวขึ้น คำนวณเทียบได้กับคนอายุ 142 ปี

เหตุผลและกลไกในเรื่องทำให้อายุยืนนี้มีมากมายซึ่งไปหาอ่านได้ในนิตยสารดังกล่าว เพราะเนื้อที่บทความนี้คงไม่พอ แต่สิ่งที่จะเล่าในฉบับนี้คือหลักโมเลกุลในวัยต่าง ๆ ที่นักวิจัยเตือนเอาไว้ว่า ความชรภาพจะเริ่มมาเยือน เพื่อที่เราจะได้ป้องกันหรืออย่างน้อยก็ชะลอมันลงไป อีกประการหนึ่งที่จะบอกกล่าวคือ สิ่งที่บรรดาผู้เชี่ยวชาญที่ศึกษาวิจัยเรื่องอายุวัฒนะเวลาเขาปฏิบัติเองกับตัว เขาทำอะไรบ้าง เราจะได้รู้ว่าในคนที่เชี่ยวชาญมีความรู้มหาศาลเกี่ยวกับเรื่องอายุวัฒนะ จริง ๆ แล้วเขาทำอะไรกับตัวเอง

ที่อายุประมาณ 18 ปี: ผิวหนังของคนเราเริ่มมีการลดปริมาณของคอลลาเจนและความยืดหยุ่นตัวลงไปในอัตราร้อยละ 1 ต่อปี

สิ่งที่เราทำได้เพื่อชะลอกระบวนการนี้คือการไม่สูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ดี ทาครีมกันแดดทุกวันแม้แต่วันที่อยู่ร่ม เพราะแสงฟลูออเรสเซนส์ก็มีแสงยูวีทำลายผิวคุณได้

ที่อายุประมาณ 30 ปี: ประสิทธิภาพการทำงานของปอดคนเราเริ่มลดลงร้อยละ 1 ต่อปี

ประสิทธิภาพของปอดจะยิ่งลดลงในคนที่อยู่เฉย ๆ ไม่ค่อยออกกำลังกายมากกว่าคนที่แอ็กทีฟวิธีแก้ที่ ดร.โทมัส เพิร์ลส์ แห่งศูนย์การแพทย์บอสตันแนะนำคือ ออกกำลังกาย

ที่อายุประมาณ 35 ปี: มวลกระดูกเริ่มลดลงด้วยอัตราร้อยละ 1 ต่อปี

และจะยิ่งลดลงเร็วกว่านี้ในหญิงวัยหมดประจำเดือน การออกกำลังกายแบบรับน้ำหนักจะช่วยชะลอเรื่องนี้ได้มาก มีการวิจัยพบว่า เพียงแค่กระโดด 20 ครั้ง วันละ 2 เวลาจะช่วยเพิ่มมวลกระดูกบริเวณข้อสะโพกได้แล้ว

ที่อายุประมาณ 40 ปี: ปริมาณกล้ามเนื้อจะลดลงและมีไขมันสะสมเพิ่มขึ้น สายตาจะเริ่มเสื่อมถอยสิ่งที่เราทำได้คือ ออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อชะลอการเสียมวลกล้ามเนื้อครับ ส่วนเรื่องของสายตานั้น ผู้เชี่ยวชาญแนะนำไม่ให้สูบบุหรี่และให้สวมแว่นตาบ่อย ๆ เพื่อป้องกันแสงยูวี เพราะทั้งสองอย่างทำให้ตาเป็นต้อกระจกได้เร็วขึ้น

ที่อายุประมาณ 50 ปี: ไตคนเราเริ่มเสื่อม

การดื่มน้ำมาก ๆ ช่วยชะลอพอได้ ในคนที่อายุมากขึ้นเราพบว่ามักจะไม่ค่อยกระหายน้ำ จึงมักจะดื่มน้ำน้อย ตรงนี้เราต้องเตือนตัวเองให้ดื่มน้ำบ่อยขึ้นเพราะดื่มน้ำบ่อยชะลอไตเสื่อมครับ

ที่อายุประมาณ 60 ปี: การได้ยินเริ่มเสื่อม ถ้าได้ดูดซึมอาหารได้น้อยลง

เรื่องหูเสื่อมเราทำอะไรเพื่อป้องกันไม่ได้มากนัก แต่สิ่งที่แนะนำคือ ตอนที่ยังไม่ตึง ให้หลีกเลี่ยงการฟังดนตรีดัง ๆ หรืออยู่ในที่เสียงดัง ส่วนเรื่องลำไส้ที่เริ่มดูดซึมอาหารได้ไม่ดี นักวิจัยบอกว่ามันส่งผลให้อาหารและแร่ธาตุต่าง ๆ ในคนอายุขนาดนี้เริ่มดูดซึมได้น้อยลง

ที่อายุประมาณ 65 ปี: เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมีปริมาณน้อยลงแต่ขนาดเซลล์ใหญ่ขึ้น ส่งผลให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น ประสิทธิภาพในการบีบตัวลดลง รวมทั้งเส้นเลือดหัวใจก็แข็งตัวขึ้นด้วย โรคหัวใจก็จะเริ่มถามหาในคนวัยนี้

อาหารการกินที่ถูกสุขอนามัยไม่เพิ่มไขมันในเลือด และการออกกำลังกายสม่ำเสมอคือสิ่งที่แนะนำครับ

ที่อายุประมาณ 70 ปี: สมองเสื่อมเริ่มเห็นชัด

หมั่นทำกิจกรรมที่กระตุ้นสมอง หรือสมองได้ใช้งานจะช่วยให้สมองยังคงนานขึ้นต่อไปนี้เป็นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเรื่องอายุวัฒนะว่าแต่ละท่านทำตัวอย่างไร

ลอว์ คาร์ลสเทนเซน ผู้อำนวยการศูนย์อายุวัฒนะสแตนฟอร์ด วัย 61 ปี: “แปลกที่ดิฉันไม่ได้คิดเรื่องของวัยนี้ แต่คิดถึงกับสมรรถภาพร่างกายและจิตใจมากกว่า ดิฉันวางลำดับความสำคัญไว้ชัดเจน การออกกำลังกาย การแก้ปัญหาใหญ่ ๆ สม่ำเสมอทำให้สมองคมและเกิดความพึงพอใจในชีวิต”

เดวิด ชินแคลร์ นักพันธุกรรมศาสตร์แห่งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด วัย 45 ปี: “ผมรับประทาน resveratrol, alpha lipoic acid และน้ำมันปลา อีกทั้งออกกำลังกายจนเหนื่อยมากสัปดาห์ละครั้ง ผมหลีกเลี่ยงของหวาน ทำให้น้ำหนักผมไม่ขึ้นมา 30 ปีแล้วผมใช้ชีวิตทุกวันเหมือนมันเป็นวันสุดท้ายของชีวิตผม”

เจ เครก เวนเดอร์ ผู้ร่วมวิจัยสายพันธุกรรมมนุษย์ วัย 68 ปี: “ผมออกกำลังกายควบคุมน้ำหนักสัปดาห์ละ 3 วัน เพื่อให้กล้ามเนื้อคงสภาพ การศึกษาของดีประกอบของสายพันธุกรรมมนุษย์ช่วยให้คนเราดูแลชีวิตอย่างมีสุขภาพดี ชีวิตยืนยาว เชื่อว่าในอีก 2-5 ปี เราจะมีข้อมูลมากขึ้นเพื่อใช้กับแต่ละบุคคล”

เอลเลน แลงเกอร์ ศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด วัย 67 ปี: “ดิฉันไม่ได้เครียดในเรื่องอายุที่สูงขึ้น ทำให้ดิฉันดูแลตัวเองตามธรรมชาติ ดิฉันชอบเล่นเทนนิส ชอบเดินออกกำลังกาย เพราะมันสนุก เมื่อคนเราดูแลจิตใจมันก็เท่ากับดูแลร่างกายของเราด้วย”

สตีเฟน ออสตาด นักวิจัยเรื่องความชราแห่งมหาวิทยาลัยลาบามา วัย 68 ปี: “ผมไม่ได้ทำอะไรเป็นการผ่อนคลายมากนัก การออกกำลังกายเป็นวิธีที่ผมจัดการกับความเครียด ผมคิดว่าไม่มีอะไรดีไปกว่าการเข้าอนเมื่อร่างกายเรารู้สึกเหนื่อยยากขยับขาไม่ขึ้น และถ้าหากผมตายที่อายุ 90 ปีจากอุบัติเหตุการปั่นเขา นั่นคงเป็นอะไรที่สมบูรณ์แบบมาก”

จอร์จ ริปอก นักวิจัยเรื่องความชราและประสิทธิภาพสมองแห่งคณะสาธารณสุขศาสตร์ บรูมเบิร์ก มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด วัย 65 ปี: “ผมเป็นนักอ่านตัวยง ผมดูละคร ฟังคอนเสิร์ตบ่อย วิ่งจ็อกกิ้งสัปดาห์ละหลายครั้ง ผมพัฒนาวิธีเสริมสมองในคนสูงอายุซึ่งมันก็ช่วยผมเองด้วย ผมยังไม่มีแผนที่จะเกษียณในเร็ว ๆ นี้ครับ”

วอลเตอร์ ลอว์ ผู้อำนวยการสถาบันอายุวัฒนะ USC วัย 47 ปี: “ผมรับประทานอาหารโปรตีนต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผัก ผลไม้ และปลา มื้อหนักของผมวันละครั้งคือ มื้อเย็น” นั่นเป็นข้อมูลที่น่าจะเป็นประโยชน์กับท่านผู้อ่านบ้าง ส่วนท่านใดสนใจรายละเอียดลงหานิตยสารไทม์ฉบับวันที่ 23 กุมภาพันธ์-2 มีนาคม ค.ศ. 2015 อ่านดูนะครับ



เครื่องสำอางหมดอายุ กราบได้อย่างไร

คงไม่สามารถปฏิเสธได้ว่าในชีวิตประจำวันของทุกคนต้องมีโอกาสสัมผัสเครื่องสำอางกันตั้งแต่ตื่นนอนยันเข้านอน ดังนั้น จากการที่เราต้องใช้และสัมผัสเครื่องสำอางไม่ว่าจะเป็นประเภทใดก็ตาม ย่อมมีผลกระทบต่อร่างกายเราทั้งสิ้น การใช้เครื่องสำอางหมดอายุอาจเป็นสาเหตุของปัญหาผิวหนัง เช่น สิว ผื่นแพ้ต่าง ๆ ผิวหนังอักเสบ คัน บวมแดง ที่ร้ายแรงกว่านั้นก็คือ อาจก่อให้เกิดโรคผิวหนังเรื้อรัง เยื่อตาอักเสบ และปากเปื่อย เป็นต้น

โดยปกติเครื่องสำอางนั้นสามารถเสื่อมสภาพได้เมื่อเวลาผ่านไป เนื่องมาจากสารกันบูดอาจจะอ่อนฤทธิ์ลงกว่าตอนที่ซื้อใหม่ ๆ หรือเกิดจากการสัมผัสกับฝุ่นละออง อากาศ แสงแดด ความร้อน ความชื้น หรือเชื้อแบคทีเรียที่ปนเปื้อนอยู่จากการใช้นิ้วทาเครื่องสำอางและเข้าไปสะสมอยู่ในผลิตภัณฑ์จนทำให้เกิดเชื้อขึ้น ดังนั้น ในเครื่องสำอางจึงต้องมีการกำหนดให้ระบุวันผลิตและวันหมดอายุขึ้น⁽¹⁾ ซึ่งวันหมดอายุที่ระบุนั้นจะเป็นวันหมดอายุของผลิตภัณฑ์ที่ยังไม่ได้เปิดใช้ แต่เมื่อเปิดใช้แล้วระยะเวลาของวันหมดอายุจะเปลี่ยนไป ส่วนเครื่องสำอางบางชนิดระบุแต่วันผลิตทำให้ไม่ทราบวันหมดอายุที่แท้จริง

โดยทั่วไปอายุของเครื่องสำอางจะยาวนานแค่ไหนขึ้นอยู่กับส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ การบรรจุวัตถุดิบเสีย และวิธีการเก็บรักษาเครื่องสำอาง สาเหตุที่กฎหมายไม่กำหนดให้ฉลากเครื่องสำอางแสดงวันหมดอายุให้ผู้บริโภคทราบก็เนื่องจากอายุของเครื่องสำอางสามารถผันแปรได้ง่ายตามวิธีการเก็บรักษา หากเก็บรักษาเครื่องสำอางในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การเก็บอยู่ในที่ที่มีอุณหภูมิสูง ถูกแสงแดด ความร้อน จะทำให้วัตถุดิบเสียและสารที่เป็นส่วนประกอบของเครื่องสำอางเสื่อมสภาพเร็ว และอาจจะทำให้เครื่องสำอางนั้นหมดอายุก่อนวันหมดอายุจริงได้ แต่ถ้าหากเครื่องสำอางนั้นถูกเก็บอยู่ภายใต้สภาวะที่เหมาะสม อาจจะคงคุณภาพได้ยาวนานกว่าวันหมดอายุได้ สำหรับวิธีตรวจสอบเบื้องต้นว่าเครื่องสำอางหมดอายุหรือไม่สามารถตรวจสอบจากสีและกลิ่นของเครื่องสำอางได้ หากเครื่องสำอางเกิดการเปลี่ยนแปลง สีเปลี่ยน หรือเปลี่ยนกลิ่น ให้ทิ้งทันที เนื่องจากเครื่องสำอางนั้นเสื่อมสภาพไปแล้ว ดังนั้น ในบทความนี้จะกล่าวถึงการสังเกตด้วยตัวเองว่าเครื่องสำอางที่ใช้อยู่เนิ่นหมดอายุหรือยัง โดยมีหลักดังนี้

วิธีการสังเกตวันหมดอายุของเครื่องสำอางประเภทต่าง ๆ⁽²⁻³⁾

- การสังเกตจากข้อความบอกถึงวัน เดือน ปี ที่หมดอายุ โดยจะเขียนเป็นตัวย่อ EXP (EXPIRE) ส่วนในเครื่องสำอางที่ซื้อจากต่างประเทศจะระบุเป็น ปี เดือน และวัน ตามลำดับ



รูปที่ 1 แสดงวัน เดือน ปี ที่หมดอายุ⁽²⁾

- การสังเกตสัญลักษณ์หมดอายุหลังจากเปิดใช้ เช่น ... เดือน ซึ่งมีรูปแบบเป็นกระปุกเปิดฝาและมีตัวเลขและตัวหนังสือ m (month) อยู่ด้วย



รูปที่ 2 สัญลักษณ์หมดอายุหลังจากเปิดใช้ 12 เดือน⁽³⁾

การแบ่งตามประเภทของเครื่องสำอาง^(1,4-7)

- ครีมหรือโลชั่นบำรุงผิวหมดอายุภายใน 1 ปีหลังจากเปิดใช้ครั้งแรก หรือสังเกตสัญลักษณ์คล้ายรูปกระปุกเปิดฝาที่ข้างขวด เช่น มีตัวเลข 12M อยู่ในกระปุกหมายความว่าหลังจากเปิดใช้แล้วจะมีอายุการใช้งาน 12 เดือน
- ผลิตภัณฑ์ทาความสะอาด เช่น คลีนเซอร์ 1 ปี
- มาสคาร่าหมดอายุภายใน 3 เดือนหลังจากเปิดใช้ สาเหตุที่มาสคาร่ามีอายุการใช้งานสั้น เนื่องจากด้ามแปรงที่ปิดขนาตาเป็นแหล่งสะสมของแบคทีเรีย เพราะต้องจุ่มเข้า-ออก ทำให้สัมผัสกับอากาศบ่อยครั้ง ดังนั้น ไม่ควรบีบมาสคาร่าให้ใช้รีไซเคิลแปรงกระทบด้ามเบา ๆ ก็พอแล้ว
- อายแชโดว์แบบฝุ่นหมดอายุภายใน 2 ปีหลังจากเปิดใช้ครั้งแรก ส่วนอายแชโดว์แบบครีมหมดอายุภายใน 1 ปีหลังเปิดใช้

- อายไลเนอร์ หรือดินสอเขียนขอบตา หากเหลาเป็นประจําจะหมดอายุภายใน 2 ปีหลังจากเริ่มใช้ แต่ถ้าหากเป็นอายไลเนอร์ชนิดน้ำจะมีอายุเพียงแค่ 3-6 เดือนหลังจากเปิดใช้

- ดินสอเขียนคิ้วหมดอายุภายใน 2 ปีหลังจากเปิดใช้ครั้งแรก

- รองพื้น หากเป็นแบบผสมน้ำจะหมดอายุภายใน 1 ปีหลังจากเปิดใช้ หากเป็นแบบผสมน้ำมันจะหมดอายุภายใน 1 ปีครึ่งหลังจากเปิดใช้ หรือเริ่มกลายเป็นเม็ด ๆ และมีลักษณะแข็งสีขาวขุ่นมัว⁽⁴⁾ สามารถยืดอายุการใช้งานให้นานขึ้นโดยปิดฝาให้สนิทแล้วเก็บไว้ในตู้เย็น และใช้แปรงหรือฟองน้ำแทนการสัมผัสรองพื้นโดยตรง

- แป้งฝุ่นทาหน้า หรือบลัชออนทาแก้ม หมดอายุภายใน 2 ปีหลังจากเปิดใช้ ควรยืดอายุการใช้งานด้วยการใช้แปรงแทนการใช้มือสัมผัสโดยตรง

- ลิปสติคหมดอายุภายใน 2 ปีหลังจากเปิดใช้ครั้งแรก แต่ลิปกลอสมีอายุการใช้งานเพียง 1 ปีเท่านั้น โดยเฉพาะแบบจัมจัม สามารถยืดอายุการใช้งานของลิปสติคให้นานขึ้นโดยปิดฝาให้สนิทแล้วเก็บไว้ในตู้เย็น และควรใช้คู่กับฟูก์ทาทาปากจะดีกว่าการทาลงบนริมฝีปากโดยตรง เพราะจะทำให้เนื้อลิปสติคปลอดจากการปนเปื้อนของแบคทีเรียได้ง่ายที่สุด โดยเฉพาะพวกที่ใช้เติมระหว่างวันด้วยอาจเป็นคราบอาหารบ้าง น้ำลายบ้าง ถึงจะใส่วัตถุกันเสียก็ไม่ได้หมายความว่าปลอดภัย ดังนั้น ไม่ควรเปิดใช้เกิน 1 ปี หรือ 12 เดือน แต่พวกที่ใช้เติมระหว่างวันอาจจะมีอายุสั้นกว่านั้น⁽⁵⁾

- ลิปไลเนอร์หรือดินสอเขียนขอบปาก หมดอายุภายใน 2 ปีหลังจากเปิดใช้ครั้งแรก

- ยาทาเล็บ ปกติจะหมดอายุภายใน 1 ปีหลังเปิดใช้ ระหว่างนั้นหากไม่ค่อยได้ใช้ควรเขย่าขวดบ่อย ๆ จะช่วยไม่ให้น้ำยาทาเล็บเกาะตัวกัน หากเก็บไว้จนแข็งให้ใช้น้ำยาล้างเล็บผสมลงไปแล้วเขย่าให้สลายจะช่วยยืดอายุการใช้งานได้

- น้ำหอม หากยังไม่เปิดใช้และเก็บให้ห่างจากแสงสว่างและความร้อนจะหมดอายุภายใน 3 ปี แต่หากเริ่มเปิดใช้จะหมดอายุภายใน 1 ปีครึ่ง แต่ถ้าเริ่มมีกลิ่นผิดปกติหรือมีกลิ่นจืด มีสีคล้ำลงหรือเปลี่ยนสี หรือมีลักษณะขุ่นเหนียว แสดงว่าน้ำหอมนั้นหมดอายุแล้ว

โดยทั้งหมดที่กล่าวมานั้นเป็นวิธีการประเมินในเบื้องต้น และต้องพิจารณาวันที่ผลิตประกอบด้วย เพราะไม่ว่าเครื่องสำอางนั้นวางอยู่บนชั้นวางสินค้ามานานแค่ไหนก่อนที่จะไปซื้อ ต้องคำนวณระยะเวลาการใช้งานหลังจากเปิดใช้ประกอบกับวันที่ผลิตหรือ

วันหมดอายุด้วย นอกจากนี้เครื่องสำอางอาจมีอายุการใช้งานนานหรือสั้นกว่านี้ขึ้นอยู่กับการใช้งานและการเก็บรักษา ดังนั้น ทางที่ดีจึงควรหมั่นสังเกตเครื่องสำอางอยู่เสมอ

การประเมินอายุเครื่องสำอางมีหลักการ⁽¹⁾ ดังนี้

- การดมกลิ่นเป็นวิธีที่ง่ายและใช้ได้ผลมากที่สุด เมื่อซื้อเครื่องสำอางมาใหม่ ๆ ให้ลองดมกลิ่นดูแล้วจำไว้หลังจากนั้น ก่อนจะใช้ทุกครั้งก็ให้ดมกลิ่นดูก่อนเพื่อเปรียบเทียบกันว่ากลิ่นเปลี่ยนไปหรือไม่ เพราะเครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของน้ำมัน เมื่อหมดอายุแล้วมักจะมึกลิ่นหืน

- สังเกตสีของเครื่องสำอางว่าเปลี่ยนไปหรือไม่ หรือมีเชื้อราขึ้นหรือไม่

- ถ้ามีการแยกชั้นของเนื้อครีมและน้ำมันในผลิตภัณฑ์ หรือลิปสติคที่มีเม็ดเหี่ยวหรือหยดน้ำเกาะ ก็ไม่ควรนำมาใช้อีก เพราะเม็ดเหี่ยวที่เห็นก็คือไขมันที่แยกตัวออกมาจากเนื้อครีม

- หากไม่แน่ใจว่าหมดอายุแล้วหรือยัง อาจให้ทดลองทาที่ใต้ท้องแขนแล้วทิ้งไว้สัก 30 นาทีก่อนนำไปใช้ เพื่อดูว่าแพ้หรือไม่

วิธีการดูแลรักษาเครื่องสำอาง⁽¹⁾

- เก็บเครื่องสำอางไว้ในที่สะอาด แห้ง และเย็น หลีกเลี่ยงที่ร้อน ชื้น และแสงแดดส่องถึง

- การเก็บเครื่องสำอางไว้ในตู้เย็นไม่ดีเสมอไป เพราะความชื้นในตู้เย็นจะทำให้เครื่องสำอางที่มีเนื้อเป็นแป้งเสียคุณสมบัติได้

- ควรปิดฝาบรรจุภัณฑ์ให้เรียบร้อยทันทีที่ใช้เสร็จ เพื่อป้องกันฝุ่นและเชื้อโรคที่อาจเข้าไปปนเปื้อน

- อุปกรณ์แต่งหน้า เช่น พัดไฟ และแปรง ก็ควรหมั่นล้างทำความสะอาดสัปดาห์ละครั้งด้วยน้ำสบู่อุ่น ๆ หรือเปลี่ยนใหม่อยู่เสมอ เพราะเป็นแหล่งสะสมของเชื้อแบคทีเรียได้เช่นกัน

- ไม่ควรใช้เครื่องสำอางและอุปกรณ์แต่งหน้าร่วมกับคนอื่น เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคถึงกัน

- การซื้อเครื่องสำอางลดราคาก็ต้องดูให้ดี เพราะส่วนใหญ่มักเป็นสินค้าใกล้หมดอายุแล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. เอมอร คชเสนี. เครื่องสำอางของคุณ หมดอายุหรือยัง. http://www.hiso.or.th/hiso5/healthy/news4_15.php?m=5
2. วิธีสังเกตวันหมดอายุและการดูแลรักษาเครื่องสำอาง. <http://makeupsubscribe.com/2013/01/24/cosmetic-expire/>
3. เล็ก ๆ น้อย ๆ เกี่ยวกับน้ำหอมที่ควรรู้. <http://www.bloggang.com/data/m/mooton/picture/1380456872.jpg>
4. เครื่องสำอางที่ใช้อยู่ หมดอายุแล้วหรือยังนะ. <http://www.robinson.co.th/Wow-Absolute-Beauty-JUN-JUL-2014.html>
5. Bemynails. เครื่องสำอาง กับวันหมดอายุง่ายนิดเดียว. <http://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=sugarandbananaleaf&group=3&month=10-2010&date=27>
6. KMA Cosmetic. เรื่องน่ารู้ว่าด้วยอายุของเครื่องสำอาง. <https://www.facebook.com/notes/kma-cosmetic/เรื่องน่ารู้ว่าด้วยอายุของเครื่องสำอาง/236417126376522>
7. เครื่องสำอางใช้ได้นานแค่ไหน. <http://topicstock.pantip.com/lumpini/topicstock/L3097562/L3097562.html>



แนวทางใหม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ที่เกิดภาวะเลือดออกในสมอง จากยาต้านการแข็งตัวของเลือด

Medscape Medical News: ข้อมูลจากการศึกษาล่าสุดบ่งชี้ว่า เมื่อเกิดภาวะเลือดออกในสมองจากยาต้านการแข็งตัวของเลือด ปัจจัยที่สามารถช่วยลดอัตราการเพิ่มขนาดของจุดเลือดออกได้แก่ การพยายามปรับค่า international normalized ratio (INR) ให้น้อยกว่า 1.3 และการพยายามปรับความดันโลหิตให้ค่า systolic blood pressure (SBP) น้อยกว่า 160 มม.ปรอท ให้ได้ภายใน 4 ชั่วโมง

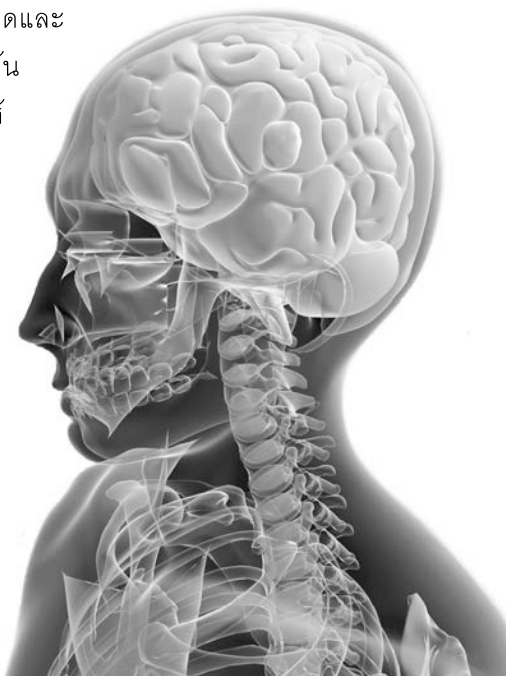
ข้อมูลดังกล่าวนี้ได้มาจากการศึกษาของ Hagen Huttner จาก University of Erlangen-Nuremberg ประเทศเยอรมนี ซึ่งทำการศึกษาระยะเวลากลับไป (retrospective cohort) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกในสมองจากยาต้านการแข็งตัวของเลือดในช่วงปี ค.ศ. 2006-2012 โดยวิเคราะห์เกี่ยวกับการขยายขนาดของจุดเลือดออก การกลับไปใช้ยาใหม่หลังจากหยุดยาในระยะเลือดออก และผลการรักษาในระยะยาว

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 307 ราย จากทั้งหมด 853 ราย (คิดเป็นร้อยละ 36.0) มีการขยายขนาดของจุดเลือดออกใหญ่ขึ้นจากเดิม และปัจจัยที่ชะลอการขยายขนาดของจุดเลือดออกก็คือการรักษาที่ทำให้ค่า INR นั้นลดลงต่ำกว่า 1.3 ภายในเวลา 4 ชั่วโมงตั้งแต่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามีอัตราการเพิ่มขนาดของจุดเลือดออกเฉลี่ยร้อยละ 19.8 เทียบกับกลุ่มที่ค่า INR มากกว่า 1.3 ซึ่งมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 41.5 ส่วนการรักษาเพื่อปรับความดันโลหิต SBP ให้น้อยกว่า 160 มม.ปรอท

ภายใน 4 ชั่วโมงนั้น ก็มีผลช่วยลดอัตราการขยายขนาดของเลือดที่ออกเช่นเดียวกัน โดยทำให้อัตราการเพิ่มขนาดเฉลี่ยร้อยละ 33.1 เทียบกับกลุ่มที่ SBP มากกว่า 160 มม.ปรอท มีอัตราการเพิ่มขนาดเฉลี่ยร้อยละ 52.4 ยิ่งไปกว่านั้น หากสามารถให้การรักษาทันทีสองอย่างได้พร้อมกันจะยิ่งทำให้อัตราการเพิ่มขนาดยิ่งน้อยลงไปอีกคือ เฉลี่ยร้อยละ 18.1 เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาตามเป้าหมาย มีอัตราการเพิ่มขนาดเฉลี่ยร้อยละ 44.2 และมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ต่ำกว่าอีกด้วย (ร้อยละ 13.5 ในกลุ่มที่ได้รับการรักษา และ 20.7 ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา)

ในแง่ของการกลับไปใช้ยาใหม่พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเลือดออกในสมองจากยาและได้กลับไปใช้ยาอีกในการศึกษานี้มีจำนวน 172 ราย จาก 719 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อกลับไปใช้ยาอีกมีโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่กลับไปใช้ยา (ร้อยละ 5.2 เทียบกับร้อยละ 15.0) โดยไม่ทำให้อัตราการเกิดภาวะเลือดออกในสมองแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 8.1 เทียบกับร้อยละ 6.6)

จากข้อมูลข้างต้นนี้จึงเป็นข้อมูลที่จะช่วยให้แพทย์พิจารณาให้การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองจากยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยมีเป้าหมายในการลดความดันโลหิตและค่า INR ให้ได้ตามเป้าหมายภายในเวลา 4 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุดและลดภาวะแทรกซ้อน และเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้ว ผู้ป่วยควรกลับไปใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดใหม่ เพื่อช่วยลดโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต อย่างไรก็ตาม การพิจารณาเลือกยาที่เหมาะสมหลังจากเกิดภาวะเลือดออกในสมองไปแล้วว่าควรใช้เป็นยาชนิดเดิมหรือเป็นยาชนิดใหม่นั้น ยังคงต้องรอข้อมูลการศึกษาเพิ่มเติมที่ชัดเจนต่อไป





หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ
เภสัชกรรม

เรื่อง การใช้ยารักษาโรคเบาหวานตามแนวทาง เวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 (ตอนที่ 2)

รหัส 1-000-CPE-062-1503-02

จำนวน 1 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง

วันที่รับรอง 1 กุมภาพันธ์ 2558

วันที่หมดอายุ 31 สิงหาคม 2558

โดย ผศ.ภญ.อรรตน์ โลหิตินาวี

ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบถึงข้อบ่งใช้และเป้าหมายในการใช้ยาฉีด insulin ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อทบทวนความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับยาฉีด insulin และวิธีการบริหารยา
3. เพื่อให้ทราบแนวทางการให้ยาฉีด insulin ในผู้ป่วยเบาหวาน
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับความสำคัญและอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ รวมถึงการป้องกัน และการจัดการเบื้องต้น
5. เพื่อให้ทราบถึงบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในปี พ.ศ. 2557 American Diabetes Association (ADA)⁽¹⁾ ได้เผยแพร่แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานฉบับล่าสุดขึ้น (ADA 2014 guideline) ซึ่งได้มีการเปลี่ยนแปลงในหลายประเด็น โดยอ้างอิงจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย⁽²⁾ ได้นำมาใช้ปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานสำหรับประเทศไทย

บทความนี้เป็นบทความตอนที่ 2 ต่อเนื่องจากตอนที่ 1 โดยจะเน้นเกี่ยวกับการใช้ยาฉีด insulin ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เมื่อใดจึงต้องใช้ยาฉีด insulin?

ยาฉีด insulin มีข้อบ่งใช้ดังนี้⁽²⁾

1. เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1
2. มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน มีภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน หรือภาวะเลือดข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก (hyperglycemic hyperosmolar nonketotic syndrome)
3. เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาต่อไปนี้

- ใช้เป็นยาเริ่มต้นในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากร่วมกับมีอาการน้ำตาลในเลือดสูง
- ใช้ยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน 2-3 ชนิด ในขนาดสูงสุดแล้วยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
- อยู่ในภาวะผิดปกติ เช่น การติดเชื้อรุนแรง อุบัติเหตุรุนแรง และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง รวมทั้งภาวะขาดอาหาร (malnutrition)

- ระหว่างการผ่าตัด การตั้งครรภ์
- มีความผิดปกติของตับและไตที่มีผลต่อยา
- แพทย์เฝ้ารับประทาน

4. เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการปรับพฤติกรรม เป็นเบาหวานจากตับอ่อนถูกทำลาย เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ถูกตัดตับอ่อน

เป้าหมายของการใช้ยาฉีด insulin

คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย (ตารางที่ 1) โดยพยายามให้เกิดความเสี่ยงจากภาวะ



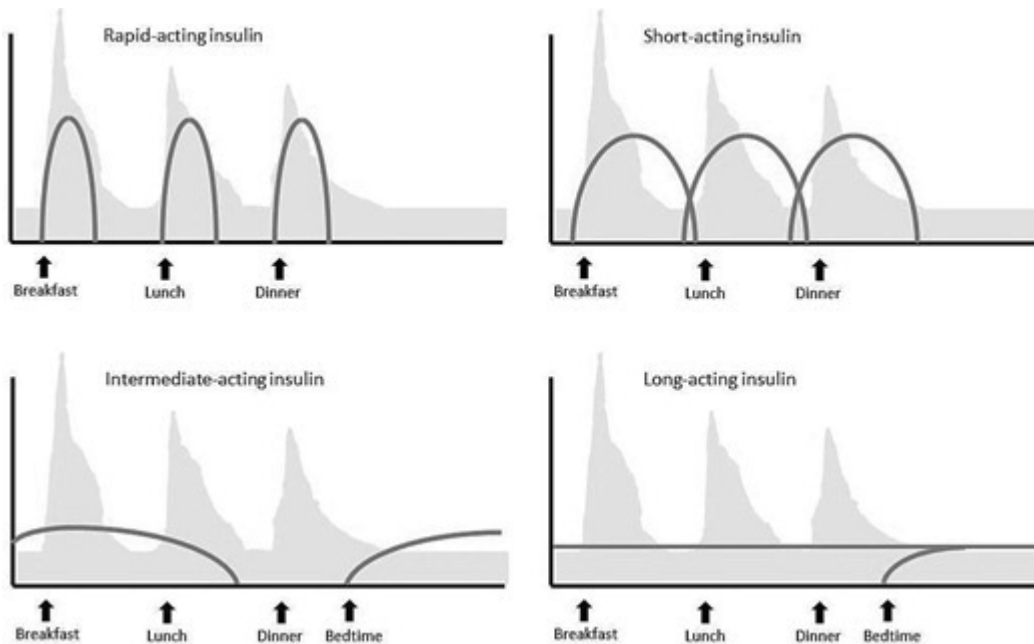
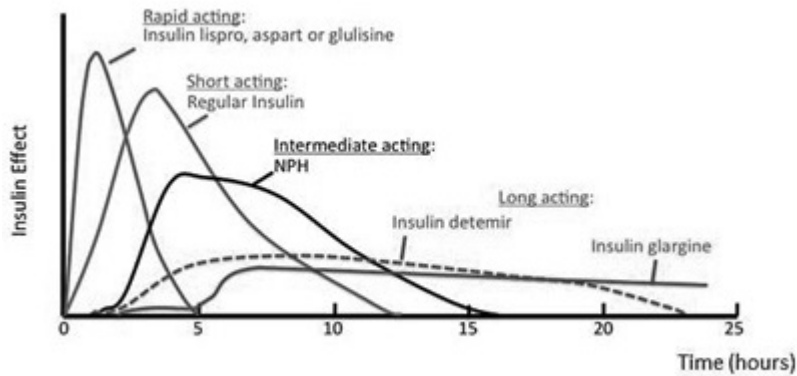
แทรกซ้อนจากโรคเบาหวานให้น้อยที่สุด โดยเฉพาะภาวะน้ำตาล
ในเลือดต่ำและน้ำหนักตัวเพิ่ม⁽¹⁾

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับยาฉีด insulin^(3,4)

Insulin เป็นฮอร์โมนที่สร้างขึ้นจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อน
มีหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม โดยปกติ

ตารางที่ 1 เป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

	ระดับ HbA _{1c}
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 • เด็กและวัยรุ่น (0-18 ปี)	< 7.5%
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 • ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ • มีโรคร่วมที่สำคัญ หรือคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน	< 7.0% 7.0-8.5%



รูปที่ 1 ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระยะเวลาออกฤทธิ์ของ insulin ชนิดต่าง ๆ⁽⁴⁾
(พื้นที่เทาแสดงถึงระดับน้ำตาลในเลือดที่เวลาต่าง ๆ)



ตารางที่ 2 ประเภทของ insulin⁽³⁻⁵⁾

ประเภท	เวลาในการออกฤทธิ์			การบริหารยา	หมายเหตุ
	Onset	Peak	Duration		
Rapid-acting insulin analogs (RAA) - Insulin aspart - Insulin glulisine - Insulin lispro	5-15 นาที	30-90 นาที	3-4 ชม.	- ฉีดทันทีก่อนอาหาร - เลียนแบบ prandial insulin - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำน้อย - เหมาะกับ insulin pump	- เป็น insulin analog - เป็นสารละลายใส - มีความผันแปรของเวลาในการออกฤทธิ์น้อยกว่า insulin ประเภทอื่น และไม่ขึ้นกับขนาดยาที่ได้รับ
Short-acting insulins Regular insulin (RI)	30-60 นาที	2-3 ชม.	4-6 ชม.	- ฉีด 30-45 นาทีก่อนอาหารเพื่อป้องกันภาวะ postprandial hyperglycemia - ให้โดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำได้ กรณีใช้รักษาภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน หรือเมื่อต้องการฤทธิ์ insulin ทันที (เช่น หลังผ่าตัด หรือมีภาวะติดเชื้อเฉียบพลัน) - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	- เป็น human insulin - เป็นสารละลายใส - มีความแปรปรวนของเวลาในการออกฤทธิ์ค่อนข้างมาก - เวลาในการออกฤทธิ์จะเพิ่มขึ้น (ทั้ง onset, duration และ peak) เมื่อได้รับยาในขนาดสูงขึ้น
Intermediate-acting insulins NPH insulin	1-4 ชม.	6-10 ชม.	10-16 ชม.	- ฉีดวันละ 2-4 ครั้ง - นิยมให้ร่วมกับ rapid-acting หรือ regular insulin - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	- เป็น human insulin - เป็นสารละลายขุ่น เขียวเบา ๆ ก่อนใช้ทุกครั้ง - มีความแปรปรวนของเวลาในการออกฤทธิ์มาก - เวลาในการออกฤทธิ์จะเพิ่มขึ้น (ทั้ง onset, duration และ peak) เมื่อได้รับยาในขนาดสูงขึ้น
Long-acting insulin analogs (LAA) - Insulin detemir - Insulin glargine	1-4 ชม.	-	20-24 ชม.	ฉีดวันละครั้ง (insulin glargine) หรือวันละ 2 ครั้ง (insulin detemir)	- เป็น insulin analog - เป็นสารละลายใส
Premixed insulins 70% NPH/30% regular 75% protamine lispro/25% lispro 70% protamine aspart/30% aspart 50% protamine lispro/50% lispro	30-60 นาที 5-15 นาที	มี 2 peaks* 1.5 ชม.	10-16 ชม. 10-16 ชม.	- ฉีดวันละ 2 ครั้ง (ก่อนอาหารเช้า และก่อนอาหารเย็น) - ไม่สามารถปรับเปลี่ยนขนาดของ insulin เพียงชนิดใดชนิดหนึ่งได้	- เป็นสารละลายขุ่น เขียวเบา ๆ ก่อนใช้ทุกครั้ง - สำหรับ NPH/regular insulin มีความแปรปรวนของเวลาในการออกฤทธิ์มาก และเวลาในการออกฤทธิ์จะเพิ่มขึ้น (ทั้ง onset, duration และ peak) เมื่อได้รับยาในขนาดสูงขึ้น

* Peak แรกเกิดขึ้นที่เวลา 2-3 ชม. และ peak ที่สองจะเกิดขึ้นหลังจาก peak แรกนานหลายชั่วโมง

Basal insulin ได้แก่ NPH และ long-acting insulin analog (LAA)

Bolus (prandial) insulin ได้แก่ regular insulin (RI) และ rapid-acting insulin analog (RAA)

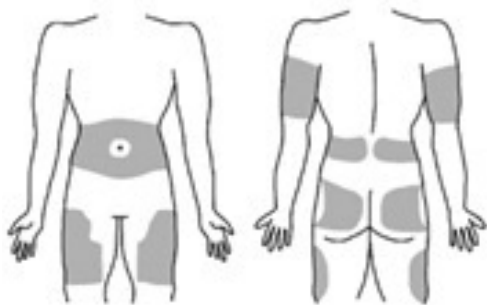


เบต้าเซลล์จะหลั่ง insulin ในปริมาณต่ำ (basal insulin) แต่จะมีการหลั่ง insulin เพิ่มขึ้น เมื่อระดับกลูโคสในเลือดสูงขึ้น เช่น ขณะรับประทานอาหาร (prandial insulin)

ยาฉีด insulin ในระยะแรกได้จากการสกัดจากตับอ่อนของวัวและหมู ต่อมามีการพัฒนาโดยใช้ recombinant DNA technology ในการผลิต human insulin และมีการปรับสูตรตำรับให้มีการดูดซึมยาเข้าสู่ร่างกายโดยการใส่ protamine และ zinc หรือปรับเปลี่ยนชนิดของกรดอะมิโนใน human insulin (เรียกว่า insulin analog) ยาฉีด insulin แต่ละสูตรตำรับจึงออกฤทธิ์ได้ช้าเร็วต่างกัน และมีระยะเวลาออกฤทธิ์ยาวนานแตกต่างกันด้วย

ประเภทของ insulin ยาฉีด insulin อาจแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ตามเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์และระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์สรุปได้ดังตารางที่ 2 และรูปที่ 1

วิธีการบริหารยา insulin^(4,5) การฉีดยา insulin สามารถทำได้โดยการฉีดเข้าใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมที่สุด หรือฉีดเข้าบริเวณอื่น ต้นขา และต้นแขน (รูปที่ 2) การดูดซึมยาเข้าสู่ร่างกายจากแต่ละบริเวณนั้นแตกต่างกัน ดังนั้น จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยฉีดยาในบริเวณเดิมทุกครั้ง และไม่เปลี่ยนไปฉีดยาบริเวณอื่นโดยไม่ปรึกษาแพทย์ก่อน เนื่องจากการเปลี่ยนบริเวณที่ฉีดยา (เช่น จากบริเวณหน้าท้อง ไปเป็นต้นแขน) อาจทำให้เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์และระยะเวลาในการออกฤทธิ์เปลี่ยนแปลงไป และส่งผลต่อประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้



รูปที่ 2 ตำแหน่งที่ฉีดยา insulin

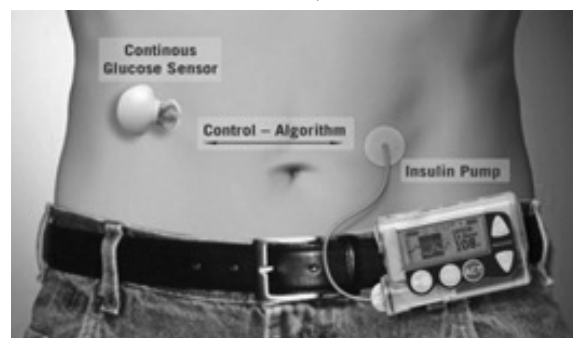
ยาฉีด insulin จะมีหน่วยเป็น international unit (IU) โดยที่ 1 IU คือปริมาณของยาที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดในกระต่ายที่อดอาหาร (fasting rabbit) ได้ 45 มก./ดล. ยาฉีด insulin ที่มีจำหน่ายในท้องตลาดโดยทั่วไปจะอยู่ในรูปสารละลายใสหรือยาแขวนตะกอนที่มีความเข้มข้น 100 IU/มล.

อุปกรณ์นำส่งยา insulin^(1,5-7) (รูปที่ 3) การฉีดยา insulin เข้าใต้ผิวหนัง ส่วนใหญ่จะใช้กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยามาตรฐานทั่วไป ส่วนปากกาฉีด insulin นั้น เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องฉีดยารวันละหลายครั้ง มีราคาแพงกว่า แต่มีข้อดีคือ พกพาสะดวก เจ็บน้อยกว่า ฉีดได้รวดเร็วและแม่นยำ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับการฉีดยามากกว่า นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนา insulin pump หรือ continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) ซึ่งสามารถตั้งโปรแกรมฉีดยา basal และ bolus insulin สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนวณขนาดยาจากผลการวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหาร และกิจวัตรประจำวัน อุปกรณ์ดังกล่าวนี้เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ต้องฉีดยารวันละหลายครั้ง หรือต้องการการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวด (เช่น ระหว่างตั้งครรภ์)

เมื่อไม่นานมานี้มีการพัฒนา insulin pump ที่ต่อกับเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดอัตโนมัติ (continuous glucose monitoring) ซึ่งสามารถปลดปล่อย insulin ออกมาในปริมาณมากขึ้นกับระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดได้ และมีสัญญาณเตือนเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง อุปกรณ์ดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 บางส่วนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ



Insulin pen



Insulin pump ที่พ่วงต่อกับ continuous glucose monitoring (CGM) system

รูปที่ 3 ตัวอย่างอุปกรณ์นำส่งยา insulin



โดยไม่มีอาการเตือน (hypoglycemia unawareness) และ/หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยครั้ง โดยพบว่าช่วยป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเวลากลางคืนได้

แนวทางการรักษาเบาหวานโดยใช้ insulin ตามแนวทางเวชปฏิบัติ

การเลือกชนิดและวิธีบริหารยา insulin ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยจะต้องพิจารณาถึงชนิดของโรคเบาหวาน อายุ รูปแบบการดำเนินชีวิต (lifestyle) กิจกรรมประจำวันหรือการออกกำลังกาย นิสัยการบริโภค การตอบสนองของร่างกายต่อ insulin โรคร่วมอื่น ๆ และความต้องการของผู้ป่วย (ตารางที่ 3) ดังนั้น ผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับยาฉีด insulin ขนาดยา และ/หรือความถี่ในการฉีดที่แตกต่างกันได้

ก. การใช้ insulin ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1^(1,2)

เป้าหมายและขนาดยาเริ่มต้น แม้ว่าในปัจจุบัน

แนวทางเวชปฏิบัติฯ ทั่วโลกจะแนะนำให้กำหนดเป้าหมาย HbA_{1c} สำหรับผู้ป่วยเด็ก (0-18 ปี) ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ระดับไม่เกิน 7.5% แต่ในเด็กเล็ก (อายุต่ำกว่า 7 ปี) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงจากการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยไม่มีอาการเตือน จากความรู้ หรือไม่สามารถสื่อสารอธิบายอาการให้ผู้ปกครองทราบอาจต้องมีการปรับระดับเป้าหมาย HbA_{1c} เป็นระดับที่เข้มงวด น้อยลง (เช่น < 8.5%) เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ นอกจากนี้ อาจแนะนำให้ใช้วิธีอื่น ๆ ที่ช่วยลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการใช้ insulin analog ร่วมด้วย สำหรับขนาดยาฉีด insulin เริ่มต้นนั้น ให้พิจารณาจากอายุและคำนวณขนาดยาตามน้ำหนักตัว (ตารางที่ 3)

ADA และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ได้แนะนำแนวทางการใช้ยาฉีด insulin สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ไว้ดังนี้^(1,2)

1. ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโดยการฉีด insulin วันละ 3-4 ครั้ง (multiple daily injection หรือ MDI) หรือใช้ insulin pump จากการศึกษาทางคลินิก^(8,9) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ได้รับ insulin วันละ 3-4 ครั้ง หรือใช้ insulin pump

ตารางที่ 3 สรุปแนวทางและคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาฉีด insulin ในผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ

	โรคเบาหวานชนิดที่ 1		โรคเบาหวานชนิดที่ 2
คำแนะนำ	• ควรให้ insulin แบบ multiple daily injection (MDI) • คำนวณขนาดยาฉีด bolus insulin ด้วยตนเองได้ • ควรเลือกใช้ insulin analogs		• ควรให้ insulin เมื่อใช้ยาเบาหวานชนิดรับประทานแล้ว ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือในรายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากและมีอาการรุนแรง • ไม่แนะนำให้ฉีดยา insulin แบบ MDI โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
ขนาดยาเริ่มต้น	เด็กเล็ก (0-6 ปี) เด็กก่อนวัยรุ่น (6-12 ปี) เด็กวัยรุ่น (13-18 ปี) ผู้ใหญ่	0.4-0.6 IU/กก./วัน 0.7-1.0 IU/กก./วัน 1-2 IU/กก./วัน 0.4-0.6 IU/กก./วัน	ขนาดเริ่มต้น 0.1-0.2 IU/กก./วัน ขึ้นกับภาวะดื้อต่อ insulin ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และสภาวะอื่น ๆ แล้วปรับขนาดยาขึ้นครั้งละ 2-4 IU ทุก 3-7 วัน จนระดับน้ำตาลในเลือดปกติ
แบบแผนการให้ยา	(1) ฉีดวันละ 4 ครั้ง (แนะนำ): RI-RI-RI-NPH (2) ฉีดวันละ 3 ครั้ง: RI/NPH-O-RI-NPH (3) ฉีดวันละ 2 ครั้ง: RI/NPH-O-RI/NPH-O (4) Insulin pump		ให้ร่วมกับยาเบาหวานชนิดรับประทาน ดังนี้ (1) ฉีดวันละ 1 ครั้ง: NPH (หรือ LAA) (2) ฉีดวันละ 2 ครั้ง: RI/NPH-O-RI/NPH-O (หรือใช้ premixed insulin) (3) ฉีดวันละ 4 ครั้ง: RI-RI-RI-NPH*

* ไม่แนะนำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุน้อยกว่า 13 ปี ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ



- *1. ผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ให้อยู่ในความดูแลของอายุรแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ให้อยู่ในความดูแลของกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
2. การตรวจหาโรคแทรกซ้อนให้ทำเมื่อเป็นเบาหวานนาน 5 ปี หรืออายุมากกว่า 10 ปี
3. ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลระดับทั่วไปหรือสูงกว่า ไม่ควรดูแลในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย

รูปที่ 4 แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ในผู้ใหญ่⁽²⁾



สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าการได้รับ insulin แบบวันละ 1-2 ครั้ง นอกจากนี้ยังช่วยชะลอและลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคจอตา โรคไต และโรคเส้นประสาทได้ร้อยละ 70, 50 และ 60 ตามลำดับ และทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ลดลงด้วย (ร้อยละ 40)

แบบแผนการให้ยาฉีด insulin ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีดังนี้ (รูปที่ 4)

- การใช้ยาฉีด insulin วันละ 4 ครั้ง (RI-RI-RI-NPH) เป็นวิธีที่แนะนำเป็นอันดับแรก เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ใกล้เคียงกับสภาวะปกติและลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดีที่สุด ทำได้โดยการฉีด RI (หรือ RAA) ก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น (ประมาณ 2/3 ของปริมาณ insulin ทั้งหมด) และฉีด NPH (หรือ LAA) ก่อนนอน (ประมาณ 1/3 ของปริมาณ insulin ทั้งหมด) หากผู้ป่วยมีปัญหาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารไม่ได้ และ/หรือมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาจพิจารณาเปลี่ยนเป็น insulin analogs แทน

- การใช้ยาฉีด insulin วันละ 3 ครั้ง (RI/NPH-O-RI-NPH) เป็นวิธีที่แนะนำรองลงมา ทำได้โดยการฉีด RI (หรือ RAA) และ NPH ก่อนอาหารเช้า, RI (หรือ RAA) ก่อนอาหารเย็น และ NPH (หรือ LAA) ก่อนนอน ในอัตราส่วน insulin 4:1:1 ของปริมาณที่ต้องการทั้งหมดในแต่ละวัน ทั้งนี้ไม่แนะนำให้ใช้ premixed insulin เนื่องจากไม่สามารถปรับขนาดยา insulin เพียงชนิดใดชนิดหนึ่งได้

- การใช้ยาฉีด insulin วันละ 2 ครั้ง (RI/NPH-O-RI/NPH-O) เป็นการฉีด RI (หรือ RAA) ร่วมกับ NPH วันละ 2 ครั้ง คือ ก่อนอาหารเช้า และก่อนอาหารเย็น ในอัตราส่วน insulin 2:1 ของปริมาณที่ต้องการทั้งหมดในแต่ละวัน หากใช้วิธีนี้แล้วมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกลางดึก และ/หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงตอนเช้า ควรเปลี่ยนไปใช้วิธีการฉีดแบบ 3-4 ครั้ง

- การใช้ insulin pump เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวด หรือมีปัญหาหระดับน้ำตาลต่ำบ่อย หรือควบคุมยาก โดยจะใช้ rapid-acting insulin สำหรับ insulin pump

2. ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถคำนวณขนาดยาฉีด bolus insulin (ฉีดก่อนอาหาร) ได้ด้วยตนเอง โดยพิจารณาจากปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับ ระดับน้ำตาล

ในเลือดก่อนอาหาร (จากการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง) และกิจกรรมที่วางแผนไว้ว่าจะทำในอนาคตจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น สามารถประเมินภาวะระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง กำหนดอาหารและกิจกรรมต่าง ๆ ได้เอง โดยปรับขนาดยาให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

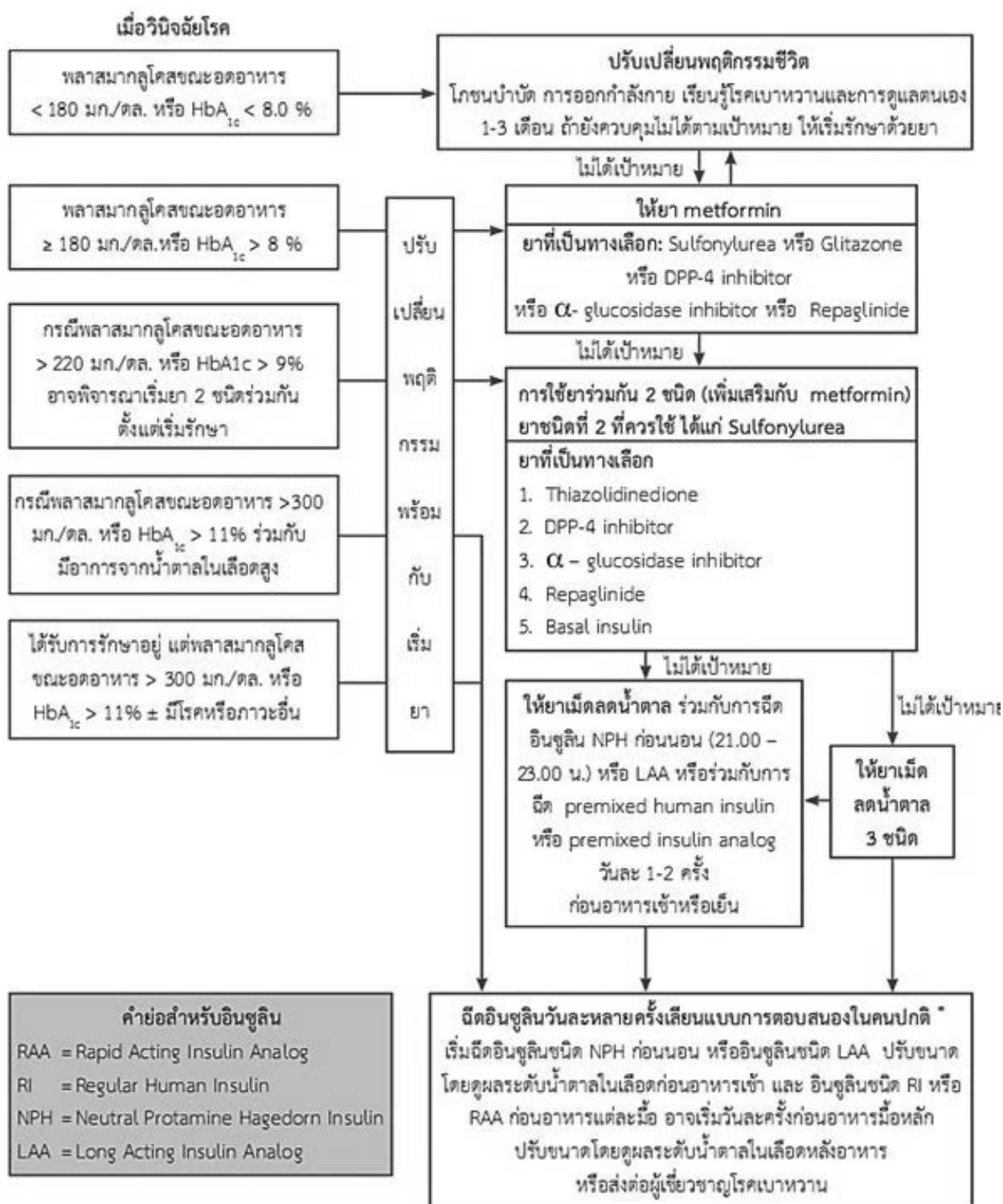
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ควรวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน (ปกติประมาณ 6-8 ครั้ง/วัน) ได้แก่ ก่อนอาหารแต่ละมื้อ หลังอาหารบางมื้อ ก่อนออกกำลังกาย ก่อนทำกิจกรรมที่คาดว่าจะอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลง ก่อนทำกิจกรรมสำคัญ เช่น ขับรถ และหลังจากรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

3. ผู้ป่วยควรเลือกใช้ insulin analogs เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร และ/หรือมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกลางดึก อาจพิจารณาเลือกใช้ RAA และ LAA ตามลำดับ

ข. การใช้ insulin ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2^(1,2)

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่จะเริ่มการรักษาด้วยยาเม็ดชนิดรับประทาน หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อาจพิจารณาให้ยาฉีด insulin ร่วมด้วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) จะได้รับ insulin เพิ่มเติมภายใน 6 ปีหลังจากเริ่มรักษาด้วยยารับประทาน เนื่องจากลักษณะของโรคที่การทำงานของเบต้าเซลล์ของตับอ่อนที่ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ทำให้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลของร่างกายลดลง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บางรายที่มีอาการรุนแรงหรือระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากควรเริ่มรักษาด้วยยาฉีด insulin ทันที

การให้ insulin ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีเป้าหมายเช่นเดียวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 1 คือ พยายามให้เกิดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานให้น้อยที่สุด โดยเฉพาะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำหนักตัวเพิ่ม ซึ่งโดยทั่วไปไม่แนะนำให้ฉีด insulin แบบ MDI (ซึ่งเป็นการฉีดยาแบบเข็มงวด) เนื่องจากผลการศึกษาทางคลินิกที่สำคัญ⁽¹⁰⁾ พบว่า แม้การฉีดยาแบบ MDI จะช่วยลด HbA_{1c} ได้ แต่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น และไม่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบและหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้ยังทำให้



* อาจพิจารณาให้ metformin ร่วมด้วย

รูปที่ 5 แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁽²⁾



อัตราการเสียชีวิตในช่วง 5 ปีของการรักษาเพิ่มสูงขึ้นด้วย

แบบแผนการให้ยา insulin ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีดังนี้ (รูปที่ 5)

- การใช้ยาฉีด insulin วันละครั้ง ร่วมกับยารับประทาน โดยให้ basal insulin เช่น

- NPH ฉีดเวลา 21.00-23.00 น. ในขนาดเริ่มต้น 0.1-0.2 IU/กก./วัน ขึ้นกับภาวะคีโตน insulin ระดับน้ำตาลในเลือด ขณะอดอาหาร และสภาวะอื่น ๆ เช่น มีการติดเชื้อ ฯลฯ จากนั้นให้ปรับขนาดยาขึ้นครั้งละ 2-4 IU ทุก 3-7 วัน จนระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารได้ตามเป้าหมาย หากผู้ป่วยมีปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกลางดึกอาจพิจารณาเปลี่ยนไปใช้ LAA แทน

- LAA ฉีดตอนเย็นหรือก่อนนอน (สำหรับ insulin glargine อาจฉีดตอนเช้าได้)

- การให้ยาฉีด insulin วันละ 2 ครั้ง (RI/NPH-0-RI/ NPH-0) ร่วมกับยารับประทาน โดยฉีด premixed insulin ก่อนอาหารเช้า และก่อนอาหารเย็น เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีกิจกรรม ประจำวันที่ค่อนข้างสม่ำเสมอเหมือนกันทุกวัน ต้องการฉีดยา น้อยครั้ง และไม่ยากตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง

- การให้ยาฉีด insulin วันละ 4 ครั้ง (RI-RI-RI-NPH) ร่วมกับยารับประทาน โดยให้ RI ก่อนอาหารทุกมื้อ อาจพิจารณาในผู้ป่วยที่ฉีดตามแบบแผนข้างต้นร่วมกับยา รับประทานแล้ว ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ไม่แนะนำให้ใช้แบบแผนนี้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด อาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อน เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 13 ปี ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยหนัก

หากผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังอาหารได้ หรือมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกลางดึก ให้ พิจารณาใช้ insulin analog แทน

ประเด็นที่ควรพิจารณาเพิ่มเติมสำหรับการให้ insulin^(1,2,5)

1. เด็กและวัยรุ่น ในเด็กอายุ 6-7 ปี อาจพบภาวะ น้ำตาลในเลือดต่ำโดยไม่มีอาการเตือนจากการให้ insulin เนื่องจากความไม่รู้ หรือไม่สามารถอธิบายอาการกับผู้ดูแลได้ และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะเสี่ยงต่อ พัฒนาการทางสติปัญญาอย่างถาวรได้

2. การปรับขนาดยา (titration) โดยทั่วไป การปรับขนาดยา

ขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า โดยมีเป้าหมาย ในการควบคุมระดับน้ำตาลไม่เกิน 130 มก./ดล. การสอนให้ ผู้ป่วยสามารถวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และให้ ปรับขนาดยาเองจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการใช้ยา ปรับขนาดยาได้ทันทีเมื่อจำเป็น โดยไม่ต้องรอพบแพทย์ก่อน และเป็นการลดภาระแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ด้วย วิธี การปรับขนาดยาขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ชนิดของ insulin, ระดับน้ำตาลในเลือดโดยทั่วไปหากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า เป้าหมายให้ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้น แต่ถ้าเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้ปรับลดขนาดยาลง

3. ปัญหาจากความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (adherence) พบได้บ่อย เนื่องจากอุปสรรคต่าง ๆ อาการไม่พึง ประสงค์จาก insulin และลิ่มเลือดอุดตันได้โดยการอธิบายให้ ผู้ป่วยเข้าใจและย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อดีและข้อจำกัดของ การใช้ insulin รวมทั้งการสอนให้ผู้ป่วยสามารถปรับขนาดยาและ ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดได้เอง ดังนั้น การสื่อสารกับผู้ป่วย เบาหวานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

4. มื้ออาหาร ผู้ป่วยเบาหวานควรร่วมกับบุคลากร ทางแพทย์ และโภชนาการในการวางแผนมื้ออาหารที่เหมาะสม กับตารางเวลาของตน เพื่อช่วยในการควบคุมน้ำหนัก ระดับ น้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับ cholesterol สิ่งสำคัญ คือผู้ป่วยควรเข้าใจว่าอาหารแต่ละชนิด และปริมาณอาหารที่ รับประทานมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้ต่างกันอย่างไร

นอกจากการรับประทานอาหารตามแผนที่วางไว้ และ การตรวจดูปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ได้รับแล้ว สิ่งที่จะต้อง พิจารณาร่วมด้วยเพื่อรักษาสมดุลระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด กับ insulin ได้แก่

- การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาหรือไม่ได้ รับประทานในมื้อใดมื้อหนึ่ง หรือเปลี่ยนแปลงปริมาณอาหาร ชนิดอาหาร อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือมีปัญหา ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

- ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารมื้อเย็นดึกมาก แนะนำ ให้รับประทานอาหารว่าง (ของกินเล่น) ก่อนเมื่อถึงเวลาอาหารเย็น ปกติ แล้วค่อยรับประทานอาหารมื้อเย็นตอนดึก ซึ่งลักษณะนี้ จะต้องมีการปรับการให้ insulin ด้วย

- ผู้ป่วยที่มี Dawn phenomenon คือมีระดับน้ำตาล ในเลือดสูงในตอนเช้า อาจป้องกันหรือบรรเทาได้โดยการ



รับประทานอาหารเย็นเร็วขึ้น และมีกิจกรรมหลังอาหารเย็น เช่น เดินเล่น

- ผู้ป่วยที่ต้องเดินทางบ่อย โดยเฉพาะเดินทางไปต่างประเทศ ควรมีชื่อยา insulin ที่ใช้เป็นประจำ ประวัติและผลการรักษาเป็นภาษาอังกฤษ และควรเตรียมอาหารที่รับประทานได้ทันที ระหว่างเดินทางควรพกยาติดตัวพร้อมใช้ได้ทันที และเก็บในที่ที่เหมาะสม ไม่เก็บไว้ในอุณหภูมิสูง เช่น หลังรถ หากต้องเดินทางเป็นเวลานานอาจเก็บในกระติกที่ควบคุมอุณหภูมิได้ นอกจากนี้หากเดินทางไปยังประเทศที่มีความแตกต่างของเวลา ควรศึกษาการปรับขนาดและเวลาให้ยาฉีด insulin ด้วย

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือภาวะที่มีระดับกลูโคสต่ำกว่า 70 มก./ดล. หรือต่ำกว่า มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ตารางที่ 4) และอาการหายไปเมื่อได้รับน้ำตาลหรือคาร์โบไฮเดรต⁽²⁾

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีความสำคัญคือ ทำให้เกิดอาการไม่สบาย ส่งผลรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน และเป็นอุปสรรคสำคัญอันหนึ่งในการรักษาด้วยยาฉีด insulin เนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดรู้สึกกลัว โดยเฉพาะหากภาวะดังกล่าวเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยล้ม เกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะ หรือการบาดเจ็บอื่น ๆ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำนี้หากเกิดขึ้นซ้ำ ๆ หลายครั้งอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยไม่มีอาการเตือน (hypoglycemia unawareness) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการสมองขาดกลูโคสโดยไม่มีอาการทางประสาทอัตโนมัติ นำมาก่อนเพื่อเตือนให้ร่างกายรับรู้และแก้ไข และในกรณีที่ภาวะ

น้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความจำเสื่อมอีกด้วย⁽¹¹⁾

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ การได้รับยารักษาเบาหวานไม่เหมาะสม (ชนิด ขนาดยา และวิธีการบริหารยา) การงดอาหารบางมื้อ ปรับเปลี่ยนชนิดอาหาร รับประทานอาหารไม่ตรงเวลาหรือปริมาณน้อยเกินไป การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายหรือสภาวะที่ทำให้ร่างกายใช้กลูโคสมากกว่าปกติ ผู้สูงอายุ การกำจัดการรักษาเบาหวานหรือ insulin ออกจากร่างกายลดลง การใช้ยาอื่นร่วมที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด การฉีด insulin เกินขนาด และเคยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมาก่อน เป็นต้น

ADA 2014 และแนวทางเวชปฏิบัติฯ พ.ศ. 2557^(1,2) ได้แนะนำแนวทางการป้องกันและรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไว้ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เด็กเล็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้สูงอายุ ควรได้รับการซักถามเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการทุกครั้งที่มาพบแพทย์
- การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ไม่ถึงขั้นรุนแรง (ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานกลูโคส (15-20 กรัม) หรืออาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตเทียบเท่า เช่น ลูกอม 3 เม็ด นมสด น้ำส้มคั้นหรือน้ำอัดลม 1 แก้ว น้ำผึ้ง 3 ช้อนชา ขนมปัง 1 แผ่น ไอศกรีม 2 สกู๊ป ข้าวต้มหรือโจ๊ก ½ ชาม กล้วย 1 ผล หลังจากนั้น 15 นาทีให้ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง หากยังมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอยู่สามารถ

ตารางที่ 4 อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ⁽²⁾

อาการและอาการแสดง	
อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (อาการเตือน)	ใจเต้น หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกหิว รู้สึกร้อน เหงื่อออก มือสั่น รู้สึกกังวล Systolic blood pressure สูง กระสับกระส่าย คลื่นไส้ และชา
อาการสมองขาดกลูโคส	อ่อนเพลีย รู้สึกร้อนทั้งที่ผิวหนังเย็นและชื้น อุณหภูมิร่างกายต่ำ มึนงง ปวดศีรษะ การทำงานของสมองด้านสติปัญญา (cognitive) บกพร่อง ปฏิกริยาตอบสนองช้าลง สับสน ไม่มีสมาธิ ตาพร่ามัว พูดซ้ำ ง่วงซึม หลงลืม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อัมพฤกษ์ครึ่งซีก (hemiparesis) คล้ายโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หมดสติ และชัก



ให้กลูโคสเข้าจนกว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะกลับสู่ระดับปกติ จากนั้นควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารหรือของว่างเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำอีก

- ในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง (ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง) สามารถแก้ไขได้ด้วยการฉีดสารละลายกลูโคส 50% เข้าหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุด หรือฉีด glucagon ขนาด 1 มก. เข้าใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อ

- หากผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยไม่มีอาการเตือน หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงเกิดขึ้น ควรมีการทบทวนแผนการรักษา (ชนิดของยา ขนาดยา และรูปแบบยา) และอาจปรับค่าเป้าหมาย HbA_{1c} เพิ่มขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำอีก

- หากพบว่าผู้ป่วยมีการรู้คิด (cognition) ลดลงควรมีการประเมินการรู้คิด (cognitive function) และเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

บทบาทของเภสัชกรเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เภสัชกรสามารถมีบทบาทในการทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนได้สำเร็จตามเป้าหมาย และป้องกันความผิดพลาดจากการใช้ยา ชักถามถึงอาการไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

- ย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา ระบบประสาท ไต และโรคหัวใจและหลอดเลือด

- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) และ

วิธีการป้องกันและรักษาภาวะดังกล่าว เนื่องจากเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เป็นอันตรายถึงชีวิต และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในระยะยาวได้

- ชักถามผู้ป่วยถึงปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา (adherence) หรือตรวจสอบจากยาที่เหลือ เนื่องจากปัญหาดังกล่าวมักเป็นสาเหตุทำให้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังเพิ่มขึ้น

- ประเมินความร่วมมือในการใช้ยารักษาเบาหวานของผู้ป่วย หากพบปัญหาควรให้คำแนะนำที่ถูกต้อง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับการดูแลตนเอง

- ย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงเป้าหมายของการรักษาเบาหวาน รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และการตรวจวัดด้วยตนเอง (เช่น ความดันโลหิต)

- ค้นหาและประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบบ่อย รวมทั้งปฏิกริยาระหว่างยา ยาหลายชนิดอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของยารักษาเบาหวาน หรือทำให้เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากขึ้น (ตารางที่ 5)

- สำหรับผู้ป่วยที่ใช้อินซูลิน เภสัชกรสามารถมีบทบาทช่วยส่งเสริมการใช้ยาให้ถูกต้อง และลดปัญหาจากการใช้อินซูลิน ดังนี้

- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า insulin มีผลต่อร่างกายอย่างไร
- มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถจำชื่อ insulin ได้
- อธิบายและชักถามผู้ป่วยถึงแผนการรักษาและวิธีการปรับขนาด insulin จนมั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจถูกต้อง
- ชักถามผู้ป่วยถึงเป้าหมายของการควบคุมระดับ

ตารางที่ 5 ยาที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด⁽¹²⁻¹⁴⁾

ยาที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ		ยาที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง	
Ethanol	Clofibrate	Clozapine	Sirolimus
Pentamidine	Fluoroquinolones	Olanzapine	Tacrolimus
Disopyramide	Aspirin	Risperidone	Protease inhibitors
Antimalarial drugs	Cotrimoxazole	Corticosteroids	Thiazide diuretics
ACE inhibitors	Haloperidol	Cyclosporine	
Beta-blockers	MAO inhibitors		
Chloramphenicol	Lithium		



น้ำตาลในเลือด (ระดับ A1C) ทุกครั้ง

- ทบทวนเทคนิคการฉีด insulin
- แนะนำ ทบทวน หรือตรวจสอบวิธีการเก็บรักษา insulin ดังนี้

■ Insulin ที่ยังไม่ได้เปิดใช้ หากเก็บในตู้เย็น (4-8 °C) จะเก็บได้นานเท่ากับอายุยาข้างขวด แต่หากเปิดใช้แล้วจะเก็บในตู้เย็นได้นานประมาณ 3 เดือน ถ้าเก็บไว้ในอุณหภูมิห้อง (25 °C) จะเก็บไว้ได้นานประมาณ 30 วัน

■ ห้ามเก็บ insulin ในที่ที่อุณหภูมิสูง เช่น หลังรถ หรือในช่องแช่แข็งของตู้เย็น เพราะจะทำให้ยาเสื่อมคุณภาพ และไม่แนะนำเก็บที่ฝาตู้เย็น เนื่องจากอุณหภูมิไม่คงที่จากการปิด-เปิดตู้เย็น

- ชักถามถึงการวัดระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ให้ความรู้ โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งผู้ป่วยควรเข้าใจและสามารถแปลผลระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดด้วยตนเองได้

- ในเด็กเล็กและวัยรุ่นจะต้องย้ำผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเอง เนื่องจากในวัยดังกล่าว การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอาจมีความแปรผันมาก มีภาวะแทรกซ้อน ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ นอกจากนี้ควรมีการแจ้งพ่อแม่ ผู้ปกครองด้วยว่า การตอบสนองต่อ insulin ของผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เนื่องจากเด็กอยู่ในช่วงที่มีการเจริญเติบโตของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ และควรมีการแจ้งเตือนอีกครั้งอย่างน้อย 1 ปีก่อนที่จะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น

สำหรับเภสัชกรร้านยา ยังสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้ป่วยเบาหวานในส่วนอื่นเพิ่มเติม นอกเหนือจากบทบาทที่กล่าวข้างต้น ดังนี้⁽²⁾

1. การคัดกรองผู้ป่วยใหม่ โดยการประเมินความเสี่ยงของผู้ที่เข้ามาใช้บริการที่ร้านยา ตามแบบประเมินการคัดกรองความเสี่ยง (ดูตารางที่ 3 ในบทความตอนที่ 1) และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร แล้วส่งต่อไปยังสถานพยาบาลเพื่อให้ตรวจวินิจฉัยยืนยันต่อไป นอกจากนี้ยังสามารถช่วย **ป้องกันหรือเฝ้าระวังโรค** โดยการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและประชาชนทั่วไป เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม การลดน้ำหนัก แนะนำการงดสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสม เป็นต้น

2. การส่งเสริมการรักษาและแก้ปัญหาจากการใช้ยา

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วและได้รับการรักษาอยู่ เภสัชกรสามารถมีบทบาทดังนี้

- ติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะทุกเดือน
- ประเมินปัญหาที่อาจเกิดจากยาที่ได้รับอยู่ ทั้งยา

ชนิดรับประทานและยาฉีด insulin ซึ่งหากพบปัญหาในกรณีต่าง ๆ ดังนี้ควรส่งผู้ป่วยพบแพทย์โดยเร็ว พร้อมแจ้งปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยมากขึ้น หน้ามืดเป็นลม ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง สายตามัวผิดปกติ ปวดบ่นเวลาเดินหรือปวดขา ขณะพักร่วมด้วย มีแผลเรื้อรังที่ขาหรือเท้า ตั้ดครรภ์ มีอาการบ่งชี้ถึงโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ชาบริเวณใบหน้า แขนหรือขา สับสน มีความผิดปกติของการพูด การทรงตัว การควบคุมการเคลื่อนไหวอื่น ๆ เป็นต้น

• แก้ปัญหาจากการใช้ยา โดยเน้นความรู้เรื่องการใช้อย่างถูกต้อง ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ค้นหาและประเมินอาการข้างเคียงจากยา และปฏิกริยาระหว่างยา

• ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานขึ้น

3. การส่งต่อผู้ป่วย เภสัชกรสามารถช่วยประเมินผู้ที่เข้ามาซื้อยารักษาเบาหวานว่า ผู้นั้นซื้อยารับประทานเองหรือนำไปให้ผู้อื่น ซึ่งเป็นการรักษาเองโดยไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์ เภสัชกรควรทำบันทึกส่งผู้ป่วยเข้าสู่สถานพยาบาลในเครือข่าย หรือแนะนำให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

สรุป

• ยาฉีด insulin มีข้อบ่งใช้ทั่วไปในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ทุกวัย และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากร่วมกับอาการรุนแรง หรือใช้ยาเม็ดชนิดรับประทานแล้วไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

• เป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาฉีด insulin คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำหนักเพิ่มน้อยที่สุด

• ยาฉีด insulin มี 4 ประเภท ได้แก่ rapid-acting



insulin (RAA), short-acting (regular) insulin (RI), intermediate-acting insulin (NPH) และ long-acting insulin (LAA) ซึ่งมีเภสัชจลนศาสตร์และเวลาในการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน ทำให้สามารถเลือกใช้ insulin ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังมีในรูปแบบ premixed insulin ซึ่งเป็นส่วนผสมระหว่าง RI (หรือ RAA) กับ NPH ด้วย

- อุปกรณ์การฉีดยา insulin ในปัจจุบันมีหลายชนิด ได้แก่ กระบอกฉีดยา ปากกาฉีด insulin และ insulin pump ซึ่งมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ควรฉีดยา insulin แบบวันละ 3-4 ครั้ง ซึ่งให้ผลดีในระยะยาว ดังนั้น ผู้ป่วยควรสามารถคำนวณขนาดยาเองได้ โดยพิจารณาปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือด และกิจวัตรประจำวัน หากมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอาจพิจารณา insulin analog

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แนะนำให้เลือก

แบบแผนการฉีด insulin ที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น วันละ 1-2 ครั้ง

- การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยครั้งจะส่งผลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาในเด็ก ความจำเสื่อมในผู้ใหญ่ และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดโดยไม่มีการเตือน ซึ่งเป็นอันตรายถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้น ควรอธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญ ลักษณะอาการเตือน และวิธีป้องกันหรือรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในเบื้องต้น

- เภสัชกรทั้งในสถานพยาบาลและร้านยาสามารถช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้โดยการคัดกรองผู้ป่วยใหม่ การให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานอยู่แล้ว การติดตามความร่วมมือในการใช้ยา ความถูกต้องในการใช้ยาและการเก็บรักษา ตรวจสอบอาการไม่พึงประสงค์และปฏิกิริยาระหว่างยา และส่งต่อผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาที่สำคัญที่ควรพบแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2014. Diabetes Care. Jan 2014;37(Suppl 1):S14-S80.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2557.
3. Powers AC, D'Alessio D. Endocrine pancreas and pharmacotherapy of diabetes mellitus and hypoglycemia. In: Brunton L, Chabner B, Knollman B, editors. Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 12th edition. New York: McGraw-Hill Professional; 2011. p. 1237-74.
4. Kennedy MSN. Pancreatic hormones & antidiabetic drugs. In: Katzung B, Masters S, Trevor A, editors. Basic and clinical pharmacology. 12th edition. New York: McGraw-Hill Medical; 2012. p. 743-68.
5. วีระศักดิ์ ศรีนภากร, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, ทองคำ สุนทรเทพวรกุล, บรรณานิกร, ตำราอินซูลิน (INSULIN). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร; 2555.
6. Soliman A, DeSanctis V, Yassin M, Elalaily R, Eldarsy NE. Continuous glucose monitoring system and new era of early diagnosis of diabetes in high risk groups. Indian J Endocrinol Metab. 2014 May;18(3):274-82
7. Polonsky KS. The past 200 years in diabetes. N Engl J Med. 2012 Oct 4;367(14):1332-40.
8. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1993;329:977-86.
9. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. N Engl J Med 2005;353:2643-53.
10. Bloomgarden ZT. Glycemic control in diabetes: a tale of three studies. Diabetes Care. 2008 Sep;31(9):1913-9.
11. Whitmer RA, Karter AJ, Yaffe K, Quesenberry CP Jr, Selby JV. Hypoglycemic episodes and risk of dementia in older patients with type 2 diabetes mellitus. JAMA. 2009 Apr 15;301(15):1565-72.
12. Vue MH, Setter SM. Drug-induced glucose alterations Part 1: Drug-induced hypoglycemia. Diabetes Spectr. 2011;24(3):171-7.
13. Murad MH, Coto-Yglesias F, Wang AT, Sheidaee N, Mullan RJ, Elamin MB, Erwin PJ, Montori VM. Clinical review: Drug-induced hypoglycemia: a systematic review. J Clin Endocrinol Metab. 2009 Mar;94(3):741-5.
14. Rehman A, Setter SM, Vue MH. Drug-induced glucose alterations Part 2: Drug-induced hyperglycemia. Diabetes Spectr. 2011;24(4):234-8.

Quiz

CPEPLUS

1. ข้อใดไม่ใช่ข้อบ่งใช้ของยาฉีด insulin

- A. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก และมีอาการรุนแรง
- B. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาเม็ดชนิดรับประทานแล้วไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้
- C. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ทุกราย
- D. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี

2. Insulin ในข้อใดจัดเป็น basal insulin

- A. Insulin lispro
- B. Regular insulin
- C. NPH
- D. Premixed insulin

3. ข้อใดกล่าวถูกต้องเมื่อเปรียบเทียบ regular insulin (RI) กับ rapid-acting insulin (RAA)

- A. RI มีความแปรปรวนในการออกฤทธิ์มากกว่า RAA
- B. RI มีราคาแพงกว่า RAA
- C. RI ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้มากกว่า RAA
- D. RI ใช้ได้สะดวกกว่า เนื่องจากสามารถฉีดทันทีก่อนรับประทานอาหาร

4. ADA 2014 และแนวทางเวชปฏิบัติฯ พ.ศ. 2557 ได้แนะนำแบบแผนการฉีดยา insulin ในข้อใดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและให้ผลดีในระยะยาว

- A. การฉีดวันละ 3-4 ครั้ง (MDI)
- B. การฉีดยา premixed insulin วันละ 2 ครั้ง
- C. การให้ basal insulin เพียงอย่างเดียว
- D. แบบแผนใดก็ได้ มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน

5. ข้อใดเป็นคำแนะนำที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ต้องใช้ยาฉีด insulin

- A. ควรเริ่มด้วยการฉีดวันละ 3-4 ครั้ง (MDI)
- B. ไม่ควรใช้ premixed insulin
- C. ควรเริ่มด้วยการฉีดวันละ 1-2 ครั้ง
- D. ควรเริ่มด้วยการฉีดยา insulin ในขนาด 1-2 IU/กก./วัน

6. แบบแผนการฉีดยาแบบวันละ 4 ครั้ง คือการฉีดยา insulin ในข้อใด

- A. RI-RI-RI-NPH
- B. RI/NPH-O-RI/NPH-O
- C. RI-NPH-RI-NPH
- D. RI/NPH-RI-RI-LAA

7. หากผู้ป่วยฉีด NPH insulin แล้วมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำตอนกลางวัน ควรแนะนำอย่างไร

- A. ให้เปลี่ยนเวลารับประทานอาหารเย็นมาเป็นมื้อดึกแทน
- B. ให้เปลี่ยนไปใช้ LAA
- C. ให้เปลี่ยนไปใช้ RAA
- D. ปรับลดขนาดยา NPH insulin

8. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีความสำคัญอย่างไร

- A. ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยไม่มีอาการเตือน
- B. สัมพันธ์กับโรคความจำเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุ
- C. มีผลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาในผู้ป่วยเด็ก
- D. ถูกทุกข้อ

9. เกสัชกรควรให้คำแนะนำในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแก่ผู้ป่วยอย่างไร

- A. แนะนำให้รับประทานอาหารทุกมื้อให้เต็มที่
- B. แนะนำให้ผู้ป่วยทุกรายวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารทุกมื้อ
- C. แนะนำให้ผู้ป่วยเพิ่มมื้ออาหารว่างระหว่างมื้อหลักทุกมื้อ
- D. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและวิธีป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแก่ผู้ป่วย

10. ถ้าท่านเป็นเภสัชกรร้านยา ผู้เข้ามารับบริการในข้อใดที่ควรแนะนำให้ไปพบแพทย์ทันที

- A. ผู้ที่ประเมินความเสี่ยงแล้ว พบว่ามีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคเบาหวาน
- B. ผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา
- C. ผู้ป่วยที่มีอาการชาบริเวณใบหน้า และมีอาการสับสน
- D. ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากใช้ยาฉีดไม่ถูกต้องตามเทคนิค



ฉบับประจำเดือนมีนาคม 2558

กระดาษคำตอบ

CPE PLUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

สำหรับเจ้าหน้าที่
ชุดที่ _____☐ ภก. ☐ ภญ.☐ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ภ

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....
☐ ร.พ.รัฐบาล ☐ ร.พ.เอกชน ☐ ร้านขายยา ☐ อื่นๆ.....ที่อยู่เลขที่.....
หมู่.....ซอย.....อาคาร.....ชั้นที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....E-mail.....

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ ✕ หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

(พิ่มตามรอยนี้)

	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 การเข้ารักษาโรคเบาหวานตามแนวทาง
เวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 (ตอนที่ 2)
.....
1 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
รหัส 1-000-CPE-062-1503-02

(พิ่มตามรอยนี้)

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

บริษัท สรรพสาร จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CPE) ภายใน 3 เดือน

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

ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CPE PLUS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)
ผู้ที่เคยร่วมตอบคำถามกับแบบทดสอบนี้แล้ว ไม่ต้องส่งซ้ำ

UBSUNAC

CPE PLUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝาก

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



กรุณาส่ง

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

ฉบับนี้

QUIZ CPE PLUS



ยารักษาโรค หนึ่งในปัจจัยสี่ที่จำเป็นของมนุษย์ทุกคน เพราะเกิดมาแล้วก็ต้องเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นเรื่องธรรมดา แต่ยานั้นเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณอนันต์แต่ก็อาจมีโทษมหันต์ดุจกัน หากใช้อย่างไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมย่อมเกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วย เช่น เชื้อโรคอาจจะดื้อยา ทำให้รักษาได้ยาก หรือร้ายไปกว่านั้นอาจไปทำลายกลไกหรือโครงสร้างของร่างกายจนถึงขั้นเสียชีวิต รศ.ดร.ศิริพร ชัมภลจิต ที่ปรึกษาผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และกรรมการที่ปรึกษาสภาการพยาบาล กล่าวในงานสัมมนาวิชาการเรื่องปัญหาการใช้ยาในสังคมไทย ณ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์) เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ว่า ปัจจุบันค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาของคนไทยเพิ่มขึ้นจาก 36,506 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 98,375 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2551 โดยมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 15 ต่อปี

ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งคือ ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายด้านยาคิดเป็นร้อยละ 46.7 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วราว 2 เท่าตัว นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มการนำเข้ายาจากต่างประเทศเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46 เป็นร้อยละ 65 ในช่วงเดียวกัน “แนวโน้มการเพิ่มของมูลค่าการบริโภคยาที่สูงมากเกิดจาก 1. คนไทยอายุยืนขึ้นแต่เป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น ป่วยนานขึ้น 2. ราคายาที่สูงขึ้นเนื่องจากการมีสิทธิบัตร 3. คนไทยเข้าถึงยามากขึ้นจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพ ที่สำคัญที่สุดเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น และกระบวนการตลาดที่ขาดจริยธรรมการควบคุมกำกับที่ไม่เข้มแข็งของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลเป็นปัญหามากกว่า Medical errors (ความผิดพลาดทางการแพทย์) เพราะมีผลกระทบในเชิงพาณิชย์เข้ามาเกี่ยวข้องมาก เชื้อประโยชน์ให้แก่หลายฝ่าย คือผู้สั่งยา ผู้ขายยา ผู้กำกับนโยบายที่มีอำนาจด้านเงินทุน และการเมือง คำกล่าวของ รศ.ดร.ศิริพร ก็สอดคล้องกับการศึกษาเชิงสืบสวนสอบสวนหลายกรณีในต่างประเทศที่เผยให้เห็นมูลค่ามหาศาลของธุรกิจเวชภัณฑ์ข้ามชาติ เช่น หนังสือชื่อ The Truth About the Drug Companies (แปลเป็นไทยในชื่อ “กระซอกหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติ”) เขียนโดย Dr.Marcia Angell อดีตบรรณาธิการของวารสาร New Journal of Medicine ซึ่งเป็นวารสารเกี่ยวกับวงการแพทย์และสาธารณสุขที่มีชื่อเสียงมากฉบับหนึ่งในสหรัฐอเมริกา ระบุว่า... ธุรกิจยาในสหรัฐอเมริกามีมูลค่าสูงถึง 2 แสนล้านเหรียญสหรัฐ หรือประมาณ 8 ล้านล้านบาทไทย (เปรียบเทียบ ณ ช่วงที่หนังสือเล่มนี้เริ่มวางจำหน่ายในปี พ.ศ. 2547 หรือ ค.ศ. 2004)

มาร่วมใจป้องกันปัญหา “ยาพ่นพิษ” กันดีกว่า

ยารักษาโรค... เรื่องเล็ก ๆ ที่มักจะถูกมองข้ามอยู่เสมอ ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว อาจถือเป็นเรื่องความมั่นคงของชาติจากการฉกฉวยผลประโยชน์ของหลายฝ่าย ประกอบกับการที่ประชาชนใช้ยาอย่างขาดความรู้ความเข้าใจ ย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของคนในชาติ บันทอนกำลังคนในการพัฒนาชาติ เป็นปัญหาในระยะยาวในการเพิ่มภาระของรัฐในการดูแลรักษา

(ที่มา: วิภคติ ‘ยารักษาโรค’ เรื่องใหญ่ที่คนไทยมองข้าม โดย arphawan sopontamarak; วันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2557)

จากสถานการณ์การใช้ยาในปัจจุบันที่มีแนวโน้มว่าคนไทยใช้ยาเกินความจำเป็นมากขึ้น ซึ่งอาจจะประกอบจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น การรักษาฟรีจากสิทธิต่าง ๆ กระแสการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่สูงขึ้น ด้วยความเชื่อที่ว่ายาเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่จะช่วยแก้ปัญหาด้านสุขภาพได้ แต่ในขณะเดียวกันการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม แทนที่จะเป็นประโยชน์ก็อาจจะเป็นโทษได้เช่นกัน ปัจจุบันคนไทยมีการใช้ยาเกินความจำเป็นมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาในระดับภาพรวมของประเทศพบว่า คนไทยมีค่าใช้จ่ายด้านยาในอัตราส่วนสูงถึง 30% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่ประเทศอื่น ๆ ใช้เงินอัตราส่วนไม่ถึง 10% ส่วนในภาย่อยจะเห็นได้ว่าหลายครั้งที่คนไทยเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งอาจไม่ถึงขั้นต้องใช้ยา แต่บางรายก็ไปซื้อยามาใช้ เช่น อาการท้องเสีย ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาฆ่าเชื้อ แต่ก็มีผู้ไปซื้อยาฆ่าเชื้อหรือยาปฏิชีวนะมารับประทาน

อีกค่านิยมหนึ่งซึ่งอาจทำให้เกิดการใช้ยาเกินความจำเป็นได้ก็คือ ความเชื่อว่าการรับประทานยามาก ๆ จะทำให้หายป่วยเร็ว เช่น หากไปพบแพทย์ 2 ราย เพื่อรักษาอาการป่วยเดียวกัน ก็นำยาที่ได้จากแพทย์ทั้ง 2 ราย มารับประทานทั้งหมด ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเป็นอย่างมาก เพราะโดยปกติแพทย์จะสั่งยาในขนาดที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยอยู่แล้ว หากรับประทานยามากเป็น 2 เท่าก็อาจจะมีผลเสียต่อร่างกาย เช่น ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด หากรับประทานมากเกินไป ระดับน้ำตาลในเลือดก็จะลดลงมากเกินไป ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย หดสติ หรือช็อกได้ หรือการรับประทานยาบางชนิดมากเกินไปก็อาจจะมีผลเสียต่อกระเพาะอาหาร ตับ หรือไตได้

(ที่มา: รายการ “ล้ายุคเรื่องสุขภาพ”; สถานีวิทยุ จส.100 (FM 100 MHz); วันเสาร์ที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เวลา 14.15-14.30 น. โดย ภก.วิรัตน์ ทองรอด เลขานุการสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ในขณะนั้น)



แม่เต่ายาสามัญประจำบ้านก็ยิ่งพ่นพิษร้ายได้

ภก.ประพนธ์ อางตระกูล รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กล่าวว่า ข้อมูลการผลิตและนำเข้ายาพาราเซตามอลเฉพาะสูตรเดียวในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 5,100 ล้านเม็ด ปี พ.ศ. 2556 ลดลงเหลือประมาณ 4,500 ล้านเม็ด ส่วนปริมาณการใช้ยาในปีหนึ่ง ๆ คนไทยบริโภคยาพาราเซตามอลเฉลี่ยคนละเกือบ 100 เม็ดต่อปี ถือเป็นปริมาณที่สูงมาก อีกทั้งจำนวนนี้ยังพบว่าร้อยละ 97 เป็นยาพาราเซตามอลขนาด 500 มิลลิกรัมต่อเม็ด แม้จะยังไม่มีรายงานอันตรายต่อสุขภาพโดยตรง แต่ก็มีรายงานความเป็นพิษที่สอดคล้องไปในกลุ่มผู้ป่วยโรคตับค่อนข้างมาก

เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 มีบันทึกภายในส่วนราชการของคณะกรรมการพัฒนาระบบยา กระทรวงสาธารณสุข จาก นพ.สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบยา ถึงประธาน PCT (Patient Care Team) รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าสาขาวิชาจิตเวช หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนและหัวหน้างานเภสัชกรรม โดยมีข้อความระบุว่า “ด้วยขณะนี้ต่างประเทศมีรายงานข้อมูลความเสี่ยงการใช้ acetaminophen หรือ paracetamol ต่อการเกิดตับถูกทำลายอย่างรุนแรง (severe liver damage) จากการใช้ยา paracetamol ในขนาดที่สูงมาก ทั้งนี้ในประเทศไทยโดยชมรมแพทย์ชนบทระบุเรื่องการได้รับ paracetamol ครั้งละ 2 เม็ด เสี่ยงต่อการได้รับยาเกินขนาด และยังระบุว่ากระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะลงนาม MOU ในการปรับเกณฑ์การใช้ paracetamol

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาจึงเห็นควรมิมติให้ปรับการใช้ paracetamol ตามคำแนะนำของ Rational Drug Use (RDU) Label Working Group คือ paracetamol 500 มิลลิกรัมต่อเม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ห่างกันทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้ (ห้ามรับประทานยาเกิน 8 เม็ดต่อวัน เพราะอาจเป็นพิษต่อตับ) โดยจะตั้งค่านี้นี้เป็นค่าปกติในคอมพิวเตอร์ และถ้าแพทย์เขียนหรือสั่งยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ที่แตกต่างจากคำแนะนำนี้ ให้งานเภสัชกรรมและฝ่ายการพยาบาลสามารถปรับข้อมูลตามคำแนะนำดังกล่าวได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ แต่คำแนะนำนี้ใช้กรณีผู้ใหญ่เท่านั้น ส่วนกรณีเด็กหรือผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักน้อย ให้อยึดตามคำสั่งแพทย์ ขออย่าว่าคนอเมริกันโดยเฉลี่ยแล้วตัวใหญ่และมีน้ำหนักมากกว่าคนไทย ยังรับประทานยาพาราเซตามอลเพียงแค่ 325 มิลลิกรัมต่อเม็ด แต่คนไทยที่ตัวเล็กกว่ากลับรับประทานยาพาราเซตามอลโดยเฉลี่ยครั้งละ 2 เม็ด เม็ดละ 500 มิลลิกรัม รวมแล้ว 1,000 มิลลิกรัมต่อครั้ง ถ้ารับประทาน 2 เม็ดทุก 4 ชั่วโมง ตลอดเวลา 24 ชั่วโมงก็มีสิทธิ์รับประทานได้ถึง 12 เม็ดต่อวัน หรือประมาณ 6 กรัมต่อวัน ซึ่งเป็นการเกินขนาดไปอย่างมาก

ใช้บันบิประโยชน์ โปรดอย่าทำลายไข

หลายคนจะไม่สบายตัวเพราะมีไข้ แต่ความจริงแล้วการมีไข้ก็มีประโยชน์อยู่ไม่น้อยเลยในการช่วยรักษาโรคภัยในตัวเราเอง โดยมีผลงานวิจัย ดังเช่น จากหนังสือ Fundamentals of nursing: Human health and function, Fourth edition เขียนโดย Craven, R และ Hirnle ปี พ.ศ. 2548 ได้ระบุว่า ไข้มีหน้าที่ที่สำคัญหลายประการในกระบวนการรักษา ซึ่งรวมถึงช่วยในการเคลื่อนที่ของเม็ดเลือดขาว สนับสนุนการกลืนกินของเม็ดเลือดขาว ลดฤทธิ์ของชีวพิษภายในตัว (endotoxin) ในขณะที่หนังสือ Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. Sixth edition โดย Lewis, SM, Heitkemper, MM, and Dirksen, SR ปี พ.ศ. 2550 ได้ระบุว่า การมีไข้จะช่วยในการเพิ่มการแบ่งตัวของที-เซลล์ (T-cells) และสนับสนุนการทำงานของอินเตอร์เฟอรอน (interferon) อีกทั้งยังมีการศึกษาวิจัยเมื่อปี พ.ศ. 2552 ในหัวข้อ Predictors of mortality in beta-hemolytic streptococcal bacteremia: A population-based study ตีพิมพ์ใน J. Infect. เมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2552 ซึ่งเป็นการศึกษากลุ่มประชากรในฟินแลนด์พบว่า เมื่อมีไข้จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อแบคทีเรียได้

ดังนั้น ถ้าเราับประทานยาลดไข้โดยไม่จำเป็นก็เท่ากับเราตัดโอกาสในการเยียวยาด้วยไข้ที่เป็นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มหัศจรรย์ยิ่ง จึงอาจสรุปได้ว่า การมีไข้ทุกครั้งนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อตัวเราเอง เวลาเป็นไข้หวัดก็อดอาหาร ดื่มน้ำร้อน ๆ เพื่อช่วยเสริมอุณหภูมิเป้าหมายของร่างกาย ห่มผ้าอุ่น ๆ จนเหงื่อออก หรือบางครั้งก็เสริมด้วยวิตามินซีจากผลไม้รสเปรี้ยว เพียงแค่นี้ก็จัดการกับโรคหวัดได้อย่างรวดเร็ว อาการไข้จึงน่าจะถือว่าเป็นนิมิตที่ดีที่แสดงให้เห็นว่าร่างกายยังมีพลังกำลังที่จะสามารถสร้างพลังงานความร้อนได้ และสังเกตได้ว่าผู้ที่สูงอายุจะมีความสามารถในการสร้างความร้อนในร่างกายได้ลดลงกว่าในหนุ่มสาวและเด็ก แต่สำหรับผู้ที่มีอุณหภูมิเป้าหมายของไข้สูงมากเกินกว่าที่ร่างกายจะรับได้ ก็ใช้แผ่นเจลใสเย็นนำมาทาบริเวณหน้าผาก ใช้ผ้าเย็นบิดหมาดเช็ดบริเวณหน้าผาก คอ บริเวณคอรักแร้ ต้นขา ขาพับ ฝ่ามือ และฝ่าเท้า เพียงเท่านี้เราก็จะสามารถบริหารจัดการกับไข้ที่เกิดขึ้นมาได้ ถ้าทำได้เช่นนี้เราก็ไม่ต้องไปเข้ายาพาราเซตามอลและไม่จำเป็นต้องไปตกเถียงกับขนาดของยาที่ต้องรับประทาน และไม่ต้องเกิดความเสียหายในการที่ตับจะถูกทำลายไปโดยยาพาราเซตามอล จริงไหม?

(ที่มา: ณ บ้านพระอาทิตย์ โดยปณเทพ พัวพงษ์พันธ์ ASTV)

โรคภัยปัจจุบัน...มาจากพฤติกรรมสุขภาพ

สาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากอาการผิดปกติในร่างกายของผู้ป่วย แต่เกิดจากความผิดปกติในพฤติกรรมการใช้ชีวิตต่าง ๆ เช่น ไม่รับประทานข้าวเช้า เพราะต้องรีบออกจากบ้านไปทำงานหรือเรียนหนังสือ ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย เพราะใช้เวลาไปกับการเรียน การทำงาน หรือพักผ่อนจนละเลยการออกกำลังกาย หรือแม้แต่

นอนหลับเพียงแค่ 2-3 ชั่วโมง ทั้งที่ควรเข้านอนในเวลา 21-22 นาฬิกาในแต่ละวัน แต่กลับถูกนำไปใช้ทำกิจกรรมอื่น ๆ คุกเป็นการเร่งสังขารให้ร่วงโรยเร็วขึ้น การแก้ปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมที่ผิด ๆ ก็เลยเป็นที่มาของคำพูดคุณหมอที่มักพูดกับคนไข้ประเภทนี้ว่า “อย่าเครียด พักผ่อนเยอะ ๆ รับประทานอาหารให้ตรงเวลา ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์...”

ร่างกายมนุษย์เป็นประติมากรรมที่สมบูรณ์และซับซ้อนมากของจักรวาล ในตัวร่างกายเองมีระบบกลไกป้องกันและรักษาตัวเองให้แข็งแรงคงอยู่ได้ตลอดเวลา สิ่งนั้นคือพลังป้องกันตัวเอง ซึ่งตำรวจบางเล่มเรียกว่า **Body Power** ในยามที่ร่างกายจะผิดปกติหรือเกิด Sub-Health ขึ้นจะมีสัญญาณแจ้งเตือนก่อนเสมอ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดท้อง วิงเวียน มีไข้ ปวดเมื่อย หรืออาการหาวนอนบ่อย ๆ อาการจาม อาการหวัด เหล่านี้ล้วนเป็นการส่งสัญญาณเตือนแล้วว่าจะต้องแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เพื่อให้พลังป้องกันตัวเองกลับฟื้นสมบูรณ์ขึ้นมาใหม่ ด้วยการปรับพฤติกรรมสุขภาพใหม่ โดยการพักผ่อนมากขึ้น การจำกัดอาหารบางชนิด การนั่งการยืนให้ถูกต้องตามหลักของสรีระร่างกาย การออกกำลังกาย เป็นต้น แต่ชีวิตเร่งรีบและเทคโนโลยีที่เข้ามาเบียดเบียนวิถีธรรมชาติของมนุษย์ ทำให้มนุษย์ไม่สนใจสัญญาณเตือนร่างกายตนเอง จากอาการ Sub-Health ก็เลยกลายเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ (Non-Communication Diseases: NCD) ในปัจจุบัน

การดูแลสุขภาพที่ดีจึงควรใช้การแพทย์ทางเลือก (น่าจะหมายถึงเลือกที่จะดูแลตัวเองในช่วงของ Sub-Health และเลือกที่จะไม่ใช้ยา) ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันควบคู่กันด้วยกัน แต่แพทย์ทางเลือกในปัจจุบันก็มีระบบเชิงพาณิชย์เข้ามาจากฉวยผลประโยชน์อีกแล้ว จึงต้องควบคุมด้วยการให้มีใบอนุญาตในการดำเนินการ แม้แต่แพทย์แผนจีนก็ต้องมีใบอนุญาต เว้นแต่จะเข้าข่ายยกเว้น... นั่นคือ หากเรารักษาตัวเองหรือเป็นหมอพื้นบ้านที่ช่วยเหลือหรือเยียวยาผู้ป่วยตามหน้าที่ตามกฎหมาย หรือตามธรรมจรรยา โดยมีได้รับประโยชน์ตอบแทน หรือเป็นอาจารย์ ผู้เชี่ยวชาญ นักเรียน นักศึกษา หรือผู้รับการฝึกอบรม ซึ่งทำการฝึกหัดหรืออบรมในการควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพกำหนด

ส่วนสมุนไพรนั้น ถือว่าเป็นยอนิยมของยาทางเลือก ปี พ.ศ. 2550 ที่ผ่านมามีการวิจัยขององค์การอนามัยโลก (WHO) ว่ากระแสนิยมสมุนไพรของผู้คนทางโลกตะวันตกเติบโตเร็วมาก มีมูลค่าการบริโภคสูงถึงปีละ 2 ล้านล้านบาท ส่วนตลาดในประเทศไทยจากการสำรวจของศูนย์วิจัยกสิกรรมไทย มีการขยายตัวของสมุนไพรร้อยละ 20 ต่อปี ในปี พ.ศ. 2548 มีมูลค่าการซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรทั้งสิ้น 48,000 ล้านบาท ในจำนวนนี้เป็นยาจากสมุนไพร 8,810 ล้านบาท อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขก็มีการเร่งสานต่อการฟื้นฟู และส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขให้มากขึ้น แต่การเลือกซื้อสมุนไพรก็ต้องเลือกซื้อสมุนไพรประเภทที่ผ่านการรับรอง

จากกระทรวงสาธารณสุข หากโฆษณาโอ้อวดเกินจริงก็ผิดกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคได้

ตัวอย่างคดี...โฆษณาเกินจริง

เมื่อหลายปีก่อนมีการโฆษณาสรรพคุณของยาน้ำสมุนไพรโหย่งเหิงโดยการขายตรง จากการตรวจค้นของเจ้าหน้าที่หลังจากถูกร้องเรียนก็พบเอกสารการโฆษณาขายยาที่แสดงสรรพคุณเกินจริง มีการรับรองหรือยกย่องสรรพคุณยาโดยบุคคลอื่น และแสดงสรรพคุณยารักษาโรคที่ห้ามโฆษณา ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 โดยแสดงสรรพคุณว่าสามารถบำบัด บรรเทา รักษาหรือป้องกันโรค หรืออาการของโรคที่รัฐมนตรีประกาศห้าม เช่น เบาหวาน มะเร็ง อัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังเห็นว่าการกระทำของบริษัทเจ้าของยาดังกล่าวเป็นการกระทำผิดที่มีผลเสียหายต่อผู้บริโภคอย่างกว้างขวาง เพราะได้รับการแจ้งร้องเรียนจากประชาชนต่างจังหวัดเป็นจำนวนมาก ดังนั้น เพื่อเป็นการบรรเทาความเสียหายต่อผู้บริโภค อยู่จะได้เสนอคณะกรรมการยาเพื่อพิจารณาพักใช้ใบอนุญาตบริษัทนี้ด้วย

ทุกอย่างมีทั้งข้อดีและข้อเสียครับ แม้แต่เรื่องการรักษาพยาบาลด้วยวิธีธรรมชาติหรือความพยายามที่จะกลับคืนสู่ธรรมชาติตามกระแสของโลก ดังนั้น ยึดหลักทางสายกลางไว้จะทำอะไรก็อย่าให้ดังหรือหย่อนเกินไป ถ้าเป็นไปได้ก็รักษาควบคู่อย่างสมดุลทั้งการแพทย์ทั่วไปกับการแพทย์ทางเลือก แต่ถ้าจะให้ดีก็ต้องป้องกันอย่าให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บจะดีกว่าครับ ท้องตามหมออย่างผมไว้ว่า “ไม่เครียด รับประทานอาหารและปลาให้มาก ออกกำลังกาย และหลับให้สนิท” ก็ถือว่าป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้ระดับหนึ่งแล้ว

(ที่มา: ฉลาดเลือกใช้...การแพทย์ทางเลือก (นิตยสาร Lisa ฉบับที่ 24/2551) โดย อ.ประมาณ เลื่องวัฒนะวิช น.บ., น.บ.ท., น.ม. (กฎหมายมหาชน))

วงการวิชาชีพสาธารณสุขน่าจะป้องกัน “ยาฟันพิษ” ได้ดีกว่า

จากข้อมูลที่รวบรวมมา อาจสรุปได้ว่าเรื่องของยาฟันพิษเกิดจากสาเหตุสำคัญหลายประการ เช่น

- ยาใหม่ที่มีสิทธิบัตรแต่เพียงผู้เดียว มักแฝงไว้ด้วย “พิษ” ตัวใหม่มาด้วยเสมอ (มากหรือน้อยเท่านั้น) มียาใหม่หลายตัวที่ต้องถูกถอนทะเบียนไปทั้งที่ยังมีสิทธิบัตรอยู่
- กฎหมายยาที่ยกวางใหม่ที่เปิดช่อง (จะโดยความตั้งใจของกลุ่มผลประโยชน์ใด ๆ หรือไม่ก็ตาม) ให้หลายสาขาวิชาชีพมีสิทธิสั่งยา ใช้ยา รวมทั้งนำยาที่ขึ้นทะเบียนแล้วมาเล่นแร่แปรธาตุให้ผสมเป็นยาใหม่ขึ้นมา เป็นการสร้างปัญหา “ยาฟันพิษ” ขึ้นมาใหม่
- การโฆษณา ยา ระบบการตลาดของยา ระบบการส่งเสริมการขายของบริษัทยาล้วนเป็นไปในทิศทางของ “เชิงพาณิชย์” ทั้งสิ้น เป็นหนึ่งในปัญหาใหญ่ที่ทำให้เกิด “ยาฟันพิษ” มากขึ้น

- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในปัจจุบันที่ขาดความรับผิดชอบก็อาจเป็นปัญหาใหญ่ปัญหาหนึ่งของ “ยาฟันพิษ” ได้

ท้ายสุดนี้ บุคลากรที่จะแก้ไขปัญหายาฟันพิษได้ดีที่สุดก็น่าจะเป็นเหล่าผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขนั่นเอง เพราะพวกเราคือเสาหลักของ “สุขภาพแห่งชาติ” ของประชาชนชาวไทย พวกเรามีบทบาท มีหน้าที่ มีสิทธิในการสร้างสุขภาพของคนไทย หนึ่งในวิธีนั้นคือ พวกเราต้องหยุดยั้งปัญหา “ยาฟันพิษ” ให้ได้ และสิ่งที่แน่นอนและสำคัญที่สุดคือต้องตระหนักถึงสิทธิ หน้าที่ และจรรยาบรรณของพวกเราเอง อย่าให้พิษร้ายของยานั้นมาฟันใส่ตัวของพวกเราเอง!!!

ขอปิดท้ายของบทความที่คัดลอกมาจากเอกสารต่างประเทศคือ Mukaila A. Raji, M.D., chief of geriatric medicine at the University of Texas Medical Branch in Galveston ได้กล่าวเป็นเชิงเตือนใจไว้ว่า Physicians' prescribing habits may also be partly to blame, because...

“There is a tendency for physicians to prescribe a medication for every symptom, and not every symptom requires a medication.”

And “The more medications a patient takes, the more likely one of them will build up to toxic levels.”

ยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใหม่

ชื่อ Glyxambi

บริษัท Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc. และ Eli Lilly

ตัวยาออกฤทธิ์ empagliflozin และ linagliptin

คุณสมบัติทั่วไป ยารักษาเบาหวาน

กลไกการออกฤทธิ์ ตัวยา empagliflozin ยับยั้งการดูดกลับกลูโคสที่ไต และตัวยา linagliptin เพิ่มฮอร์โมนที่กระตุ้นตับอ่อนให้สร้างอินซูลินเพิ่มขึ้นและกระตุ้นตับให้สร้างกลูโคสน้อยลง

ข้อบ่งใช้ รักษาเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ร่วมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

ข้อควรระวัง ไม่ควรใช้ยา Glyxambi ในผู้ป่วยโรคไตวายหรือมีประวัติการแพ้ยา linagliptin

รูปแบบและขนาดยา ยาเม็ดรับประทานวันละครั้ง ในเวลาเช้า Glyxambi ประกอบด้วยตัวยา empagliflozin ขนาด 10 หรือ 25 มก. และ linagliptin 5 มก.

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2558

ชื่อ Toujeo

บริษัท Sanofi

ตัวยาออกฤทธิ์ insulin glargine (rDNA origin)

คุณสมบัติทั่วไป ยารักษาเบาหวาน

กลไกการออกฤทธิ์ insulin glargine เป็นเสมือนฮอร์โมนอินซูลินที่ออกฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือดได้นาน

ข้อบ่งใช้ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผลข้างเคียง นอกจากระดับน้ำตาลต่ำแล้ว อาการที่พบได้แก่ การอักเสบที่จมูกและทางเดินหายใจส่วนบน

รูปแบบและขนาดยา ยาฉีดเข้าใต้ผิวหนังวันละ 1 ครั้ง โดยฉีดในเวลาเดียวกันทุกวัน ขนาดยาบรรจุ 300 หน่วย/มล. ขนาดยาสูงสุดในแต่ละวันไม่เกิน 80 หน่วย/มล. สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 บริหารยาขนาดร้อยละ 30-50 ของปริมาณอินซูลินที่ต้องการในแต่ละวัน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อใช้ยานี้ร่วมกับยารับประทานขนาดของยา insulin glargine เป็น 10-23 หน่วย (เฉลี่ย 0.27 หน่วย/กก.) ฉีดเวลาก่อนนอน

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

ชื่อ Avycaz

บริษัท Actavis plc

ตัวยาออกฤทธิ์ avibactam and ceftazidime

คุณสมบัติทั่วไป ยาปฏิชีวนะ

กลไกการออกฤทธิ์ ceftazidime เป็นตัวยาในกลุ่ม cephalosporin ด้านเชื้อ Pseudomonas และ avibactam ยับยั้งเอนไซม์ β -lactamase

ข้อบ่งใช้ รักษาภาวะการติดเชื้อแทรกซ้อนในช่องท้อง ทางเดินปัสสาวะ และไต ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีทางเลือกรักษาด้วยวิธีอื่น สำหรับการติดเชื้อแทรกซ้อนในช่องท้อง ให้ใช้ร่วมกับยา metronidazole

ผลข้างเคียง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก กระวนกระวาย ผู้ป่วยไตวายมีความเสี่ยงเกิดอาการข้างเคียงทางระบบประสาท ผู้ป่วยที่แพ้ยาเพนิซิลลินอาจมีอาการผื่นผิวหนัง

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

ชื่อ Lenvima

บริษัท Eisai Co., Ltd.

ตัวยาออกฤทธิ์ lenvatinib

คุณสมบัติทั่วไป ยารักษามะเร็ง

กลไกการออกฤทธิ์ ด้านการจับที่ตัวรับเอนไซม์ tyrosine kinase

ข้อบ่งใช้ รักษา มะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด differentiated thyroid cancer ซึ่งเป็นมะเร็งชนิดที่สามารถรักษาได้ด้วยไอโอดีนกัมมันตรังสี

ผลข้างเคียง ความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย ท้องเสีย ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลื่นไส้ ปวดศีรษะ อาเจียน มีโปรตีนในปัสสาวะ มือเท้าบวม อาการข้างเคียงที่รุนแรง ได้แก่ หัวใจล้มเหลว เลือดแข็งตัว ตับและไตถูกทำลาย กระเพาะอาหารและลำไส้ทะลุ ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ ชัก มองภาพเบลอ

รูปแบบและขนาดยา ยาเม็ดรับประทาน

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

ชื่อ Ibrance

บริษัท Pfizer Inc.

ตัวยาออกฤทธิ์ palbociclib

คุณสมบัติทั่วไป ยารักษามะเร็ง

กลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งเอนไซม์ cyclin-dependent kinase 4/6 ซึ่งเกี่ยวกับการเจริญของเซลล์มะเร็ง

ข้อบ่งใช้ รักษา มะเร็งเต้านมสำหรับสตรีที่มีตัวรับเอสโตรเจนชนิด ER+ และ HER2- ในระยะแพร่กระจาย โดยใช้ร่วมกับยา letrozole

ผลข้างเคียง เซลล์เม็ดเลือดขาวลดลง อ่อนเพลีย ซีดเนื่องจากเม็ดเลือดแดงลดลง ติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน อักเสบในช่องปาก ผื่นวงๆ ท้องเสีย เกล็ดเลือดต่ำ เบื่ออาหาร คลื่นไส้

รูปแบบและขนาดยา ยาเม็ดรับประทาน ขนาดเริ่มต้น 125 มก. นาน 21 วัน และหยุดยา 7 วัน

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

สวยอย่างไร สวยให้ปลอดภัย



“อ๋อ. เติมน้ำงานคุ้มครองพุ่มริโกค จับมือ บก.ปคบ.

บุกจับบริษัทขายตรง ตรวจพบขายผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

และเครื่องสำอางที่แสดงฉลากไม่ถูกต้อง ยึดของกลางและ

เก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพและความปลอดภัย เติมน้ำพุ่มริโกค

ตรวจสอบฉลากผลิตภัณฑ์ก่อนสั่งซื้อสินค้า อย่าได้หลงเชื่อการโฆษณาโอ้อวด

สรรพคุณผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่อ้างพิวสวยกระจ่างใส ชะลอวัย ทำให้หุ่นดี

ลดน้ำหนัก นอกจากเสียเงินโดยไม่จำเป็นแล้ว ยังอาจได้รับอันตรายถึงชีวิตได้”

ความสวยความงามเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ไม่ใช่เฉพาะแค่ในกลุ่มคุณผู้หญิงเท่านั้น แม้แต่ผู้ชายเองก็กังวลกับรูปร่างหน้าตาและผิวพรรณของตัวเองด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคของการโฆษณาที่สร้างกระแสค่านิยมด้วยคอนเซ็ปต์ของ “ผิวขาวอมชมพู กระจ่างใส ไร้ริ้ว ต่อต้านริ้วรอย ช่วยชะลอวัย” จึงทำให้หลาย ๆ คนต้องตกเป็นเหยื่อจากการโฆษณาเกินจริง จากผู้ที่หวังผลประโยชน์แต่ขาดความรับผิดชอบ ทั้งนี้ปัญหาของการใช้ยา การรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อสุขภาพความงาม รวมถึงการใช้การรักษาด้วยวิธีหัตถการต่าง ๆ จากผู้ที่ไม่มีความรู้จริงที่นอกจากจะต้องสูญเสียทรัพย์สินเงินทองแล้ว บางรายอาจได้รับอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย รวมถึงสูญเสียชีวิต ดังจะเห็นได้จากข่าวตามสื่อต่าง ๆ ที่มีให้เห็นอยู่เสมอ ๆ

รศ.นพ.นภดล นพคุณ นายกสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย กล่าวว่า สมาคมแพทย์ผิวหนังฯ ในปัจจุบันได้ทำงานในการเผยแพร่ส่งเสริมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมทางด้านผิวหนังให้แพร่หลายกว้างขวางถูกต้องตามหลักวิชาการ ให้การสนับสนุนส่งเสริมการวิจัยและเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนอย่างสม่ำเสมอในแต่ละปีจะมีการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เดินทางไปในแต่ละจังหวัด

เพื่อตรวจรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคผิวหนังชนิดต่าง ๆ พร้อมให้ความรู้แก่ประชาชนร่วมกับโรงพยาบาลในท้องถิ่นอยู่เป็นประจำ ในปีนี้เนื่องในโอกาสครบรอบ 40 ปีของสมาคมแพทย์ผิวหนังฯ จึงได้จัดกิจกรรม “แพทย์ผิวหนังพบประชาชน” ขึ้นโดยเฉพาะในเรื่องของการเลือกใช้เครื่องสำอาง, การใช้ยา, ยารับประทาน และการรับประทานอาหารเสริมเพื่อสุขภาพความงามและผิวพรรณ หรือวิธีการรักษาด้วยหัตถการต่าง ๆ อาทิ เช่น การใช้เลเซอร์, ฟิเลเซอร์, โบท็อกซ์, ร้อยไหม, ไอพีแอล, อาร์เอฟ:ใช้อย่างไรปลอดภัย รวมถึงเรื่องที่เป็นกระแสและกำลังเป็นที่นิยมมากที่สุดคือ เรื่องการนำสเตมเซลล์มาใช้เพื่อเสริมความงามและการชะลอวัย รวมถึงปัญหาอันตรายจากการใช้สเตมเซลล์เพื่อเสริมความงาม ซึ่งต้องการกระตุ้นเตือนให้ประชาชนได้ตระหนักและตอกย้ำถึงอันตรายจากสิ่งที่ยังไม่มีผลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์มารับรอง



ผศ.พญ.สุวิรากร โอภาสวงศ์
ประธานประชาสัมพันธ์สมาคม
แพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย

กล่าวว่า โรคผิวหนังเกี่ยวข้องกับผลข้างเคียงจากการใช้ยา เพื่อแต่งเสริมเติมแต่งความงามของร่างกาย ทำให้เกิดอันตรายในหลายลักษณะด้วยกัน ยกตัวอย่างเช่น ครีมหน้าขาวที่มีส่วนผสมจากไฮโดรควิโนน (Hydroquinone), ผลข้างเคียงจากการใช้สเตียรอยด์, การใช้ผลิตภัณฑ์ Whitening ที่ทำให้ผิวขาว, เครื่องสำอาง

ปลอม และการเลือกซื้อสินค้าผลิตภัณฑ์ด้านความงามจากการโฆษณาทางอินเทอร์เน็ต เหล่านี้ล้วนเป็นอันตราย โดยเฉพาะครีมทาผิวบางชนิดที่ใช้ได้เฉพาะที่ เช่น ทาบริเวณผิวหนังเท่านั้น ห้ามนำมาทาตัว หรือทาบริเวณทั่วร่างกาย ห้ามทาบริเวณใบหน้า ดังนั้น การซื้อครีมทาผิวต้องอ่านฉลากให้ละเอียดเสียก่อนนำมาใช้ ทั้งในส่วนที่วางขายตามท้องตลาดทั่วไป, ตามเว็บไซต์ต่าง ๆ หรือการโปรโมตขายสินค้าตามรายการโทรทัศน์เคเบิลทีวีบางช่อง สื่อเหล่านี้ให้ระวังเพราะมักจะมีการโฆษณาเกินจริง บางครั้งครีมทาดังกล่าวอาจจะเป็นของเลียนแบบ ของปลอม หรือมีส่วนผสมของสารโคเบตาซอลซึ่งเป็นสเตียรอยด์ชนิดที่แรงที่สุด เอาไว้รักษาโรคผิวหนังอักเสบที่เป็นเรื้อรังหรือเป็นผื่นหนา และมีคำแนะนำว่าห้ามใช้ติดต่อกันเกิน 4 สัปดาห์ สารนี้จัดเป็นยาและไม่สามารถอยู่ในเครื่องสำอางได้ สารชนิดนี้



ออกฤทธิ์ที่ผิวหนังถึงชั้นหนังแท้และอาจเป็นแผลถาวร ซึ่งผลของมันนอกจากไปยับยั้งการสร้างเม็ดสีผิว, ไปรบกวนเรื่องของการสร้างอีลาสตินและคอลลาเจนของผิวหนังแล้วยังทำให้เกิดการแตกลายงาของผิวหนัง ทำให้ผิวบางและเส้นเลือดขยาย หากไปทาที่ใบหน้าหรือบริเวณที่มีต่อมไขมันเยอะจะทำให้เกิดสิวซึ่งรักษายากกว่าสิวทั่วไป และเมื่อผิวบางเวลาโดนอะไรจะแพ้ง่ายและมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งผิวหนังได้ด้วย

ในประเทศไทยปัญหาการใช้ครีมหรือใช้สิ่งสเดียรอยด์พบได้ค่อนข้างบ่อย เพราะยาในกลุ่มนี้ประชาชนสามารถซื้อหาได้เองโดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์ และมีราคาถูก 10 กรัม ราคาเพียง 50 บาท มีเป็นร้อยยี่ห้อ ส่วนมากประชาชนมักจะคิดว่าครีมทาผิวภายนอกไม่ค่อยมีอันตราย ในขณะที่ประเทศที่เจริญแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ครีมในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดประชาชนไม่สามารถซื้อใช้เองต้องมีใบสั่งแพทย์ ร้านขายยาจึงจะขายให้ เพราะผิดกฎหมาย ครีมสเตียรอยด์มีประโยชน์คือ แก้แพ้ แก้คัน แก้ผื่นผิวหนังอักเสบ บางคนพอใช้แล้วหน้าเรียบก็เลยใช้ต่อเนื่อง ถ้าใช้ช่วงสั้น ๆ จะไม่เป็นไร แต่ถ้าใช้นาน ๆ จะติดไม่ใช้ไม่ได้ และเพิ่มความแรงของยาขึ้นเรื่อย ๆ ตรงนี้เองที่ทำให้เกิดปัญหาหยุดไม่ได้ พอหยุดผิวหนังจะอักเสบเห่อขึ้นมา

สำหรับผลข้างเคียงจากการใช้ครีมสเตียรอยด์แบ่งได้ดังนี้

1. ประเภทเจ็บพลง ได้แก่ 1.1 การเกิดสิว ครีมกลุ่มนี้ทำให้เกิดสิวโดยเฉพาะบริเวณใบหน้าและหน้าอก โดยสิวที่เกิดจากสเตียรอยด์จะแตกต่างจากสิวทั่วไป จะเห็นเป็นสิวในแบบเดียวกันทั้งหมดคือ เป็นตุ่มนูนแดง (ไม่มีหัวหนองหรือไขมันอุดตัน) 1.2 รอยโรคเดิมเป็นมากขึ้น พวกนี้ส่วนมากเกิดจากการใช้ยาผิดโรค เช่น เป็นโรคกลากเกลื้อนแล้วใช้ครีมสเตียรอยด์ทาจะทำให้เป็นมากขึ้น 1.3 เกิดผื่นแพ้สัมผัส ซึ่งอาจเกิดการแพ้สารกันบูดหรือน้ำหอมที่ใส่ในครีมสเตียรอยด์ได้ ส่วนการแพ้ตัวสเตียรอยด์เองนั้นก็พบได้แต่พบได้น้อย

2. ประเภทเรื้อรัง ได้แก่ ทำให้ผิวหนังบางลง ออกแดดไม่ได้ เวลาเจอแดดก็จะแสบร้อน หลอดเลือดใต้ผิวหนัง

เปราะบางง่าย ขนยาวขึ้นบริเวณท่ายา เกิดสิวและผื่น
อักเสบรอบปาก เกิดภาวะติดยา ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยใน
เมืองไทยและรักษายาก ภาวะนี้เกิดจากการใช้ครีมสเตียรอยด์
เป็นเวลานาน เวลาหยุดยาแล้วจะแดง หรือโรคผิวหนัง
อักเสบเดิมจะเป็นมากขึ้น ทำให้หยุดใช้ยาไม่ได้และต้องใช้
ครีมสเตียรอยด์แรงมากขึ้น นอกจากนี้อาจไปกีดการทำงาน
ของต่อมหมวกไต ซึ่งมักเกิดจากการใช้ครีมสเตียรอยด์ชนิด
แรงเป็นเวลานานโดยเฉพาะในเด็กและผู้สูงอายุ

รศ.พญ.รังสิมา วณิชภักดีเดชา

**ผู้ช่วยประชาสัมพันธ์สมาคมแพทย์
ผิวหนังแห่งประเทศไทย** กล่าวว่า

ผลข้างเคียงจากการทำหัตถการ
ต่าง ๆ อาทิเช่น การใช้เลเซอร์,
ฟิลเลอร์, โบท็อกซ์, ร้อยไหม
ไฮฟีแอล, อาร์เอฟ: ใช้อย่างไร
ปลอดภัย เป็นสิ่งที่ประชาชน
ควรใส่ใจเป็นอย่างยิ่ง ประเด็นที่
อยากพูดถึงคือ เรื่องการใช้สาร
เติมเต็ม หรือฟิลเลอร์สำหรับรักษา
ปัญหาผิวพรรณนั้น ใช้หลักการคือ
ผิวหนังซึ่งมีส่วนประกอบหลักที่
สำคัญคือ โยคอลลาเจนและสาร



ไฮยาลูโรนิกที่มีความสามารถในการอุ้มน้ำมากกว่าตัวเอง
100 เท่า มีหน้าที่สำคัญคือ เป็นองค์ประกอบที่ให้ความแข็งแรง
และความยืดหยุ่นแก่ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังมีรูปทรงเต่งตึง
แต่เมื่อเวลาผ่านไปเข้าสู่วัยชราจะพบว่า โยคอลลาเจน
และสารอุ้มน้ำจะค่อย ๆ มีจำนวนลดน้อยลง ส่งผลทำให้
เกิดการเปลี่ยนแปลงคือ ผิวหนังจะมีลักษณะบางลง เกิดริ้ว
รอยเหี่ยวย่น และเพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าวจึงมีความ
พยายามหาทางแก้ไข โดยการฉีดสารจากภายนอกเข้าไป
ในผิวหนังเพื่อทดแทน หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า “Filler”



การฉีดฟิลเลอร์นั้นอาจเกิดอันตรายที่รุนแรง และ
สารเหล่านี้มีราคาแพงและอยู่ได้ไม่ถาวร อันตรายที่เกิดขึ้น
สามารถเกิดจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ 1. ผู้ทำการฉีดต้องมีความรู้
ความชำนาญสูง และต้องเป็นแพทย์เท่านั้น ถึงแม้ผู้ที่ได้
รับการฝึกอบรมและมีประสบการณ์สูงสุดก็อาจเกิดผล
ข้างเคียงได้ 2. สารที่ใช้แม้ว่าเป็นสารที่ผ่านการรับรองจาก
องค์การอาหารและยาที่สามารถเกิดผลข้างเคียงได้ แม้แต่
การดูดไขมันของตัวเองมาฉีดก็เกิดอันตรายได้เช่นกัน 3. ตัวผู้รับการฉีดแต่ละคนมีกายวิภาคที่แตกต่างกัน ตำแหน่ง
ของเส้นเลือดและเส้นประสาทอาจมีความแตกต่างจาก
คนอื่นได้ โดยเฉพาะที่ได้รับการผ่าตัด การฉีด การร้อยไหม
จะมีพังผืดทำให้เกิดอันตรายง่ายขึ้นอีก ดังนั้น ผู้บริโภคควร
ตระหนักในการเลือกใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจาก
อย. เท่านั้น หรือในกรณีที่ไม่น่าไว้วางใจก็สามารถตรวจสอบ
ไปที่ สายด่วน อย. หมายเลขโทรศัพท์ 1556

ด้าน **ดร.นพ.เวสสาร เวสสโกวิท ประธานฝ่าย**

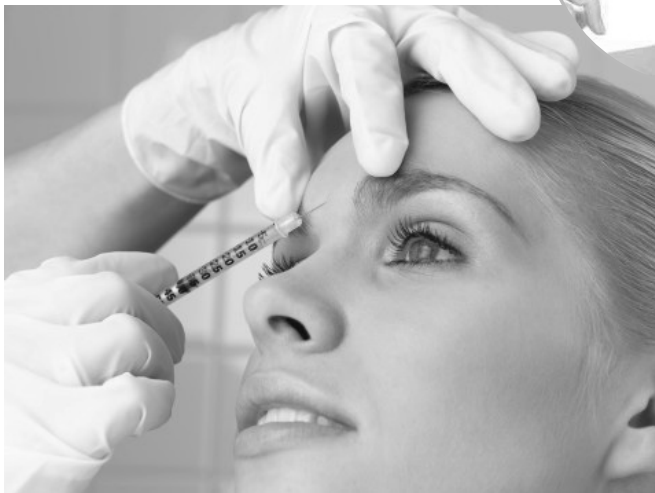
จริยธรรมสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย กล่าวว่า

ปัญหาของความงาม
ผิวพรรณ และปัญหาสุขภาพของผิวหนัง โดย
เฉพาะในเรื่องของการนำสเตลล์มาใช้ใน
วงการแพทย์ก่อให้เกิดอันตรายจากสิ่งที่ไม่
มีผลทางวิทยาศาสตร์มารับรองนั้น

ทำให้สมาคมแพทย์ผิวหนังฯ
ต้องการกระตุ้นเตือนให้ประชาชน
ได้ตระหนักและตอกย้ำถึงการ
นำสเตลล์มาใช้เพื่อเสริม
ความงามและการชะลอวัย รวมถึง



ปัญหาอันตรายจากการใช้สเต็มเซลล์เพื่อเสริมความงาม โดยสเต็มเซลล์หรือเซลล์ต้นกำเนิดคือ เซลล์ที่สามารถแบ่งตัวได้เรื่อย ๆ ไม่มีขีดจำกัด และสามารถเปลี่ยนเป็นเนื้อเยื่อชนิดต่าง ๆ ได้หลากหลาย มี 2 ประเภท ได้แก่ 1. เซลล์ที่มาจากตัวอ่อน (embryo) และ 2. เซลล์ที่มาจากสิ่งมีชีวิตหลังคลอด ซึ่งเมื่อได้เซลล์ต้นกำเนิดมากได้ปริมาณน้อย จะต้องนำมาทำการเพาะเลี้ยงในจานเพาะเลี้ยงเซลล์ กระบวนการดังกล่าวมีความยุ่งยากซับซ้อน บางกรณีจะใช้น้ำเหลืองจากวัวมาผสมในน้ำเลี้ยงเซลล์ ตลอดจนต้องใช้เซลล์ที่เลี้ยงที่เป็นเซลล์มาจากหนู เซลล์เหล่านี้เลี้ยงยาก ตายง่าย ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ในบรรจุภัณฑ์ต่าง ๆ ได้ และเมื่อได้เซลล์จำนวนมากพออาจนำมาใช้รักษาผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ส่วนใหญ่เมื่อเก็บเซลล์ต้นกำเนิดจากเลือดโดยใช้ยากระตุ้นมักเก็บได้เซลล์ปริมาณ



มากพอ จนไม่จำเป็นต้องนำเซลล์มาเพาะเลี้ยงเพื่อเพิ่มปริมาณก่อนนำไปใช้ และการใช้เซลล์ต้นกำเนิดเพื่อการรักษาโรคในปัจจุบัน การรักษามาตรฐานมีเพียงโรคทางโลหิตวิทยาเท่านั้น ส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือด หรือภาวะโลหิตจางจากโรคธาลัสซีเมีย

ทั้งนี้อาจจะมีการศึกษาวิจัยเพื่อใช้เซลล์ต้นกำเนิดในการรักษาโรคต่าง ๆ มากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคตับ โรคไต อย่างไรก็ดี จนถึงปัจจุบันการศึกษาวิจัยเหล่านี้ไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าการใช้เซลล์ต้นกำเนิดก่อให้เกิดประโยชน์ที่ได้ผลสม่าเสมอในผู้ป่วยทุกราย ดังนั้น นอกจากโรคทางโลหิตวิทยา การใช้เซลล์ต้นกำเนิดเพื่อรักษาถือเป็น

การวิจัยทั้งสิ้น โดยการรักษาเหล่านี้จะต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมฯ ก่อนว่ามีความเหมาะสมที่จะวิจัย ตลอดจนจะต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร แสดงความจำนงว่าจะเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยทราบผลดีและผลเสียที่ได้จากการวิจัย และผู้ป่วยจะต้องไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว

ดร.นพ.เวสารัช กล่าวย้ำว่า ไม่มีการศึกษาวิจัยที่ได้มาตรฐานสำหรับการใช้เซลล์ต้นกำเนิดในด้านผิวหนัง ความงาม และการชะลออายุ การทำการรักษาด้วยเซลล์ต้นกำเนิด นอกจากโรคทางโลหิตวิทยาซึ่งถูกควบคุมด้วยข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม เรื่อง การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเพื่อการรักษา พ.ศ. 2552 หากมีผู้ใดชักชวนให้ท่านรับการรักษาด้วยเซลล์ต้นกำเนิดในโรคที่ไม่ใช่โรคทางโลหิตวิทยา กรุณาแจ้งมาที่แพทยสภา เพื่อจะได้มีการตรวจสอบว่าเป็นการรักษาที่ถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่อย่างไร หรือหากมีข้อสงสัยสามารถส่งอีเมลมาที่ contact@dst.or.th ทางสมาคมแพทย์ผิวหนังฯ จะมีแพทย์คอยตอบคำถามเพื่อไขข้อสงสัยให้อยู่เสมอ



มูลนิธิกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้จัดตั้งรางวัลนักวิทยาศาสตร์การแพทย์เกียรติยศ ในปี พ.ศ. 2558 เป็นปีแรก เพื่อเชิดชูเกียรติบุคคลในวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผู้มีผลงานด้านงานวิเคราะห์ งานวิจัย และงานมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านใดด้านหนึ่งเป็นหลัก และอุทิศตนเป็นประโยชน์ต่อวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์อันเป็นที่ประจักษ์ มีการสรรหารายชื่อโดยไม่จำกัดหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ และเอกชน จากการคัดเลือกของคณะกรรมการคัดเลือกนักวิทยาศาสตร์การแพทย์เกียรติยศที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการมูลนิธิกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผู้ที่ได้รับรางวัลนักวิทยาศาสตร์การแพทย์เกียรติยศ ประจำปี พ.ศ. 2558 เป็นคนแรกคือ **ภญ.ท่านผู้หญิงปรีญา เกษมสันต์ ณ อยุธยา** ซึ่งท่านเป็นผู้ริเริ่มโครงการจัดทำสารมาตรฐานในการตรวจวิเคราะห์ยาขึ้น เพื่อทดแทนการนำเข้าสารมาตรฐานราคาแพงจากต่างประเทศ โดยสารมาตรฐานนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมคุณภาพยาที่ใช้ในประเทศ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนชาวไทยและประเทศชาติ

ภญ.ท่านผู้หญิงปรีญา จบการศึกษาระดับศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และจบการศึกษาปริญญาโททางเภสัชกรรมศาสตร์ จาก Philadelphia College of Pharmacy and Sciences ประเทศ



ภญ.ท่านผู้หญิงปรีญา เกษมสันต์ ณ อยุธยา

นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เกียรติยศคนแรก

ของมูลนิธิกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์



สหรัฐอเมริกา นอกจากนี้ท่านยังได้รับปริญญาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์ถึง 2 ฉบับ จากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยชีวิตรับราชการ ท่านเริ่มรับราชการ

ครั้งแรกในตำแหน่งนักวิทยาศาสตร์โท แผนกตรวจทางเภสัชวิทยา กองวิเคราะห์ยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จากการงานที่มุ่งมั่น พยายาม จริงจัง และใส่ใจ ส่งผลให้ท่านได้เลื่อนตำแหน่งเรื่อยมาจนกระทั่งได้เป็นผู้อำนวยการกองวิเคราะห์ยา และได้ดำรงตำแหน่งที่สำคัญอีกหลายตำแหน่ง ได้แก่ ตำแหน่งรองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตำแหน่งรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่งเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และตำแหน่งอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จนเกษียณอายุราชการเมื่อปี พ.ศ. 2535

สำหรับการทำงาน ท่านเป็นนักวิเคราะห์ที่ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถ ศึกษาหาความรู้จนมีประสบการณ์มากมาย ทำงานด้วยความซื่อสัตย์สุจริต จนเมื่อท่านได้มาเป็นผู้บริหาร ท่านได้มีวิสัยทัศน์กว้างไกล เป็นผู้นำที่ต้องการพัฒนาคน พัฒนางานอย่างแท้จริง โดยท่านได้เจรจาเพื่อหาตำแหน่งงานให้เจ้าหน้าที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้บรรจุและเรียนต่อหลายตำแหน่ง อีกทั้งยังช่วยหาแหล่งทุนเพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชาได้มีโอกาสไปเรียนรู้ในการดูงานในต่างประเทศทั้งระยะสั้นและระยะยาว อยู่เป็นนิตย์ ท่านได้ริเริ่มโครงการที่มีประโยชน์และคุณค่ามากมายจวบจนปัจจุบัน โดยมีผลงานที่สำคัญ ได้แก่

1. โครงการผลิตสารมาตรฐานอาเซียนด้านยา (ดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2523 – ปัจจุบัน)

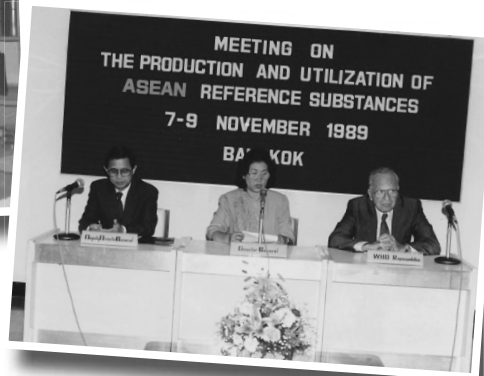
สารมาตรฐานเป็นสารที่มีความบริสุทธิ์สูง จำเป็นต้องใช้ในห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์เพื่อควบคุมคุณภาพวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์ยา สารมาตรฐานมีราคาแพง ต้องจัดหาและซื้อจากประเทศสหรัฐอเมริกาหรือยุโรป โดยเมื่อองค์การอนามัยโลก ร่วมกับองค์การเพื่อการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ได้จัดตั้งโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศอาเซียนด้านเภสัชกรรม ท่านได้ผลักดันให้เกิดโครงการผลิตสารมาตรฐานอาเซียน โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมกันผลิตสารมาตรฐานด้านยาขึ้นใช้ในภูมิภาคอาเซียน เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการสั่งซื้อสารมาตรฐานของแต่ละประเทศ นอกจากนี้ท่านยังสามารถโน้มน้าวให้คณะกรรมการความร่วมมือระหว่างประเทศอาเซียนเห็นชอบให้ประเทศไทยเป็นผู้รับผิดชอบประสานงานโครงการผลิตสารมาตรฐานอาเซียน และเป็นศูนย์ฝึกอบรมการผลิตสารมาตรฐานอาเซียนด้วย ในช่วงแรกมีสมาชิกเข้าร่วมโครงการ 5 ประเทศ ได้แก่ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ และไทย โดยในปัจจุบันประเทศสมาชิกอาเซียนทั้ง 10 ประเทศได้เข้าร่วมในโครงการนี้ทั้งหมด โดยตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบันมีการผลิตสารมาตรฐานอาเซียนจำนวนทั้งสิ้น 215 ชนิด และวัสดุอ้างอิงอาเซียน 1 ชนิด



ปัจจุบันนี้ศูนย์สารมาตรฐานยาและวัตถุเสพติด สำนักยาและวัตถุเสพติดได้นำเอาเทคโนโลยีและประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากการผลิตสารมาตรฐานอาเซียนมาผลิตสารมาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อใช้ในการวิทยาศาสตร์การแพทย์และจำหน่ายให้แก่หน่วยงานรัฐอื่น ๆ รวมทั้งห้องปฏิบัติการของโรงงานผลิตยา ซึ่งเป็นการสนับสนุนอุตสาหกรรมยาภายในประเทศให้มีสารมาตรฐานที่มีคุณภาพแต่ราคาถูกใช้เมื่อเทียบกับ การสั่งซื้อสารมาตรฐานจากต่างประเทศ โครงการผลิตสารมาตรฐานอาเซียนและสารมาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์นี้ได้ช่วยประหยัดงบประมาณของประเทศทั้งภาครัฐและเอกชนได้ปีละเป็นจำนวนกว่า 10 ล้านบาท

2. โครงการจัดทำตำรายาของประเทศไทย

ท่านเป็นผู้ริเริ่มการจัดทำตำรายาของประเทศไทย เพื่อเป็นมาตรฐานในการตัดสินคุณภาพยาที่จำหน่ายในประเทศให้เป็นรูปแบบได้สำเร็จ ท่านได้ปรับโครงสร้างของกองยาให้มีฝ่ายจัดทำตำรายาของประเทศไทยที่มีหน้าที่รับผิดชอบทุกขั้นตอนในการจัดทำตำรายาของประเทศไทย เพื่อใช้เป็นมาตรฐานของยาที่จำหน่ายในประเทศ โดยปรับปรุงวิธีวิเคราะห์ และวิธีทดสอบให้สอดคล้องกับสภาวะในประเทศ



นอกจากนี้ยังได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการจัดทำตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทยเพื่อให้จัดทำตำรามาตรฐานในการควบคุมคุณภาพสมุนไพรในประเทศและส่งเสริมธุรกิจการส่งออกสมุนไพรไทย โดยตำรายา TP และ THP มีการเผยแพร่ทั่วไปทั้งหน่วยงานราชการและโรงงานอุตสาหกรรมยาของทั้งภาครัฐและเอกชน และเป็นตำรายาของประเทศที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศรับรองมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 จนถึงปัจจุบัน

ในส่วนผลงานด้านบริหาร ท่านได้มีส่วนร่วมในการของบประมาณจากสำนักงบประมาณในการอนุมัติให้มีการก่อสร้างอาคาร 10 ชั้นที่พิเศษเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานใหม่ของกองวิเคราะหอาหาร กองวิเคราะหอาหารส่งออก กองวิเคราะหยา กองพิษวิทยา และกองกัญชยาทางการแพทย์ นอกจากนี้ท่านยังมีความคิดริเริ่มในการขยายงานด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์สู่ภูมิภาคเพื่อรองรับนโยบายการควบคุมคุณภาพยา อีกทั้งเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา รวมทั้งงานด้านชั้นสูตรสาธารณสุขที่มีอยู่ในโรงพยาบาลอยู่แล้ว โดยเริ่มที่ 6 จังหวัดคือ นครราชสีมา เชียงใหม่ สงขลา พิษณุโลก ขอนแก่น และชลบุรี สำหรับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์แห่งแรกที่เริ่มดำเนินการคือ จังหวัดนครราชสีมา ส่วนเชียงใหม่เป็นจังหวัดแรกที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ที่ดินเพื่อการก่อสร้างอาคารปฏิบัติงานเป็นเอกเทศโดยไม่ต้องอาศัยเนื้อที่ของโรงพยาบาล ในระยะต่อมาศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ต่าง ๆ มีการดำเนินงานที่มีความก้าวหน้ามากขึ้นเป็นลำดับ สามารถดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคได้อย่างเต็มภาคภูมิ ปัจจุบันมีศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ถึง 15 แห่งเพื่อดูแลประชาชนในส่วนภูมิภาค

ภญ.ท่านผู้หญิงปรีญา ได้มีส่วนร่วมในโครงการจัดตั้งสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขแห่งชาติที่รัฐบาลญี่ปุ่นให้ความช่วยเหลือ ซึ่งการช่วยเหลือนี้รัฐบาลญี่ปุ่นมอบค่าก่อสร้างอาคารและครุภัณฑ์ โดยเป็นลักษณะให้เปล่า นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือด้านวิชาการ ซึ่งเป็นเรื่องของการฝึกอบรม ทุน และจัดหาผู้เชี่ยวชาญญี่ปุ่นในสาขาต่าง ๆ เพื่อให้นางวิจัยบรรลุวัตถุประสงค์ ขอบเขตของความช่วยเหลือจะเน้นงานวิจัยโรคติดต่อ และวิจัยวัคซีนเท่านั้น ต่อมาท่านได้เจรจาต่อรองจนกระทั่งฝ่ายญี่ปุ่นให้เพิ่มงานวิจัยทางด้านคุ้มครองผู้บริโภคและงานวิจัยสมุนไพรไว้ในโครงการ รวมทั้งการจัดสรรเนื้อที่การปฏิบัติงานไว้ในอาคารสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขแห่งชาติด้วย

นอกจากนี้ **ภญ.ท่านผู้หญิงปรีญา** ยังมีส่วนร่วมในโครงการย้ายกระทรวงสาธารณสุขจากเทเวศร์ไปยังจังหวัดนนทบุรี เนื่องจากสถานที่ที่วังเทเวศร์ ซึ่งเป็นที่ตั้งกระทรวงสาธารณสุขคับแคบมาก ท่านได้รับมอบหมายให้เป็นผู้เจรจากับธนาคารแห่งประเทศไทย เพื่อบริหารงบประมาณแก่กระทรวงสาธารณสุขเพียงพอในการสร้างอาคารแห่งใหม่ที่จังหวัดนนทบุรีได้เป็นผลสำเร็จ

ภายหลังเกษียณอายุราชการ ท่านยังได้อุทิศตนช่วยเหลืองานต่าง ๆ ทั้งในงานสาธารณสุขและอื่น ๆ เพื่อความอยู่ดีกินดี และมีสุขภาพดีของประชาชนทั่วประเทศ ท่านได้รับแต่งตั้งเป็นประธานกรรมการมูลนิธิสถานีนานามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวินมิตราชินี สถานีนานามัยเฉลิมพระเกียรติดังกล่าวมี 80 แห่งทั่วประเทศ ท่านต้องออกตรวจเยี่ยมสถานีนานามัยเหล่านี้ โดยเดินทางไปตรวจเยี่ยมปีละ 40 แห่งเป็นประจำทุกปี เพื่อรับทราบความก้าวหน้าการพัฒนาของสถานีนานามัย ได้แก่ การปรับปรุง



ภูมิทัศน์ สิ่งแวดล้อม การจัดการเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชนในท้องถิ่น ในการตรวจเยี่ยมจะออกเยี่ยมเยียนถึงบ้านโดยมีวัตถุประสงค์คือติดตามดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลผู้สูงอายุ คนไข้ติดยาเสพติด และเด็กอ่อน โดยท่านได้ปฏิบัติภารกิจนี้มาเป็นเวลา 22 ปี นับตั้งแต่เกษียณอายุราชการ

การที่ **ภญ.ท่านผู้หญิงปรีญา** สามารถเจรจาต่อรองในกิจกรรมต่าง ๆ จนเป็นผลสำเร็จได้นั้น เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีความตั้งใจจริงในการทำงาน มีความมุ่งมั่นและไม่คิดทอดทิ้งอีกประการหนึ่งลักษณะและแนวทางการทำงานของท่านเป็นที่รู้จักของผู้ใหญ่ในระดับผู้บริหารของหน่วยงานต่าง ๆ หลายหน่วยงาน จึงทำให้ท่านสามารถเจรจาต่อรองในกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นผลสำเร็จอย่างยิ่ง ยังประโยชน์แก่ผู้ทำงานรุ่นหลังสืบไป

คลอดก่อน-หลังกำหนด “เสี่ยง” อย่างไร



การให้กำเนิดลูกน้อยถือเป็นของขวัญที่ยิ่งใหญ่ของครอบครัว แต่คุณแม่ยุคใหม่จำนวนไม่น้อยกลับต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อทารกในครรภ์หรือสุขภาพของตัวคุณแม่เอง ซึ่งอาจทำให้ช่วงเวลา 9 เดือนของอายุครรภ์เต็มไปด้วยความ “เสี่ยง” มากกว่าที่คิด

นพ.ร่มไทร เลิศเพียรพิทยกุล แพทย์เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ศูนย์สุขภาพสตรีกรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ ให้ข้อมูลว่ารูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้หญิงยุคใหม่มีแนวโน้มตั้งครรภ์เมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งแน่นอนว่าการตั้งครรภ์เมื่ออายุมากขึ้นก็เต็มไปด้วยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะคุณแม่ที่มีโรคประจำตัว

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นภาวะแฝงที่มาจากการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปของคนในปัจจุบันที่มีกรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด และมักทำงานโดยเฉลี่ยที่จะให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย โดยหารู้ไม่ว่ามีผลต่อลูกในครรภ์ คุณแม่ที่มีโรคประจำตัวและตั้งครรภ์เมื่ออายุมากมีโอกาสเสี่ยงครรภ์เป็นพิษ และคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าคุณแม่ที่ตั้งครรภ์ปกติ เพราะความผิดปกติของรกทำให้เด็กในครรภ์เจริญเติบโตช้า นั่นเป็นเหตุผลที่เมื่อรู้ว่าตัวเองตั้งครรภ์ควรรีบมาพบแพทย์ในทันทีหลังจากที่รู้ว่าตั้งครรภ์ เพื่อตรวจคัดกรองโรคที่อยู่ในปัจจัยเสี่ยงได้อย่างแม่นยำ สำหรับช่วงเวลาในการตั้งครรภ์ควรกำหนดแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การตั้งครรภ์ครบกำหนดช่วงต้น (Early term) 37-38 สัปดาห์ 6 วัน, การตั้งครรภ์ครบกำหนดปกติ (Full term) 39-40 สัปดาห์ 6 วัน และการตั้งครรภ์ครบกำหนดช่วงท้าย (Late term) 41-42 สัปดาห์ ซึ่งผลของการคลอดก่อนกำหนด 37 สัปดาห์ อาจทำให้เด็กผิดปกติ โดยเฉพาะสมองเนื่องจากการทำงานของปอดที่ไม่สามารถแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้ ทำให้สมองขาดออกซิเจน ซึ่งถ้าปล่อยทิ้งไว้สมองเด็กจะไม่พัฒนา เกิดเนื้องอกในสมอง เส้นเลือดในสมองแตกและเสียชีวิตในที่สุด การฝากครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ๆ จะทำให้รู้ว่ามีตำแหน่ง การตั้งครรภ์ผิดปกติหรือเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกหรือไม่ รวมถึงกำหนดวันคลอดที่แน่นอนเพื่อให้การตั้งครรภ์เป็นไปอย่างราบรื่น หลีกเลี่ยงการผ่าคลอดก่อนกำหนด หรือคลอดช้าเกินไป ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อเด็กในครรภ์

การคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มาจาก 3 สาเหตุหลัก ได้แก่ สาเหตุแรกมาจากตัว “แม่” ที่มีมดลูกไม่แข็งแรง และ





มีขนาดเล็กกว่าปกติ เนื่องจากมีเนื้องอกมดลูกหรือมีผนังกันโพรงมดลูกซึ่งเกิดได้จากกรรมพันธุ์ หรือความผิดปกติแต่กำเนิด รวมถึงปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะคุณแม่ที่ทำงานหนัก มีภาวะความเครียด ยืนหรือเดินนานเป็นประจำ ขณะที่คุณแม่ที่คลอดก่อนกำหนดบางรายพบภาวะติดเชือรุนแรงจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก เนื่องจากอาการไข้สูงจะเป็นตัวกระตุ้นให้มดลูกบีบตัวและคลอดก่อนกำหนดในที่สุด ปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดจะเพิ่มขึ้นในแม่ที่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด และกลุ่มคุณแม่ที่อัลตราซาวด์แล้วพบว่าปากมดลูกสั้นน้อยกว่า 2 เซนติเมตรครึ่ง ซึ่งจำเป็นต้องตรวจคัดกรองความแข็งแรงปากมดลูกเพื่อการตั้งครรภ์ตลอด 40 สัปดาห์ให้ราบรื่น หรือในกรณีที่พบปากมดลูกสั้น แพทย์จะให้ยาป้องกันตั้งแต่ 16-24 สัปดาห์ เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้

สาเหตุที่สองเกิดจาก “ลูก” โดยเฉพาะเด็กที่มีความผิดปกติบางอย่างตั้งแต่ในครรภ์ เช่น ความผิดปกติของโครโมโซม ดาวน์ซินโดรม หรือความผิดปกติจากกรรมพันธุ์บางอย่างที่กระตุ้นให้เด็กคลอดก่อนกำหนดและแท้ง โดยส่วนใหญ่ท้องหลังจะมีความเสี่ยงมากกว่าท้องแรก ดังนั้น

คุณแม่ไม่ควรวางใจ เพราะเด็กที่คลอดก่อนกำหนดมักมีปัญหาเรื่องการหายใจ เนื่องจากปอดยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ จำเป็นต้องให้ออกซิเจน ต้องเข้าตู้อบเพื่อปรับอุณหภูมิให้เหมาะสม และป้องกันการติดเชื้อจากอากาศ



เนื่องจากทารกมีภูมิคุ้มกันต่ำและมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย การคลอดก่อนกำหนดมาก ๆ จะทำให้เด็กพัฒนาได้ไม่ดี ไม่สามารถขับสารพิษออกมาได้ทัน ทำให้มีลักษณะผิวเป็นสีเหลือง และมีโอกาสติดเชื้อจากอากาศ/อุณหภูมิภายนอกได้มากกว่าเพราะมีภูมิคุ้มกันที่ต่ำกว่าเด็กทั่วไป นอกจากนี้เด็กที่คลอดก่อนกำหนดมาก ๆ มักมีปัญหาลิ้นหัวใจไม่ปิดหลังคลอด ทำให้เด็กตัวเขียวและหัวใจวายได้ จึงต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์เป็นพิเศษ

ส่วนสาเหตุที่สามเกิดจากความผิดปกติของ “รก” เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด ซึ่งพบได้บ่อยในคุณแม่อายุมาก ท้องหลัง และท้องแฝด คุณแม่ที่มีความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ ติดเชื้อในมดลูก คุณแม่ที่สูบบุหรี่ มีเนื้องอกที่มดลูก ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุให้รกลอกตัวเร็วก่อนที่เด็กจะคลอด ทำให้รกซึ่งเคยทำหน้าที่ลำเลียงออกซิเจน อาหาร และขับถ่ายของเสียทำได้ไม่ปกติ

ส่วนการคลอดที่ช้ากว่ากำหนดนั้นก็ถือว่าไม่เป็นผลดีเช่นกัน เนื่องจากรกจะค่อย ๆ เสื่อมคุณภาพ ทำให้การลำเลียงออกซิเจนและอาหารทำได้น้อยลง มีผลทำให้เด็กขาดอาหารและออกซิเจนตั้งแต่ออยู่ในครรภ์ และเมื่อได้รับน้ำตาลต่ำก็มีผลต่อสมอง ทำให้พัฒนาการทางสมองล่าช้า ส่งผลให้การเรียนรู้ในอนาคตน้อยลง การที่รกทำงานได้ไม่ปกติ สังเกตได้จากที่เด็กขยับตัวน้อยลง ปัสสาวะน้อยลง ไม่ดิ้น เพื่อสงวนพลังงานเอาไว้ อีกทั้งการที่รับสารอาหารน้อยทำให้น้ำคร่ำน้อยลง เด็กเกิดภาวะเครียด ถ่ายเป็นสีเขียว หรือมีโคเหนียม (Meconium) ออกมา โดยเฉพาะสีเขียวถือเป็นความเสี่ยง ยิ่งเหนียวยิ่งอันตรายยิ่งเป็นอันตรายต่อเด็ก เพราะหากเกิดสำลักเข้าปอดตอนคลอด เด็กที่คลอดออกมาจะมีปัญหาเรื่องปอด จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจัดออกซิเจนเข้าไปในปอดจนกว่าสีเขียวจะถูกดูดซึมหายไป

อย่างไรก็ตาม เมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ สิ่งที่คุณแม่ตั้งครรภ์ต้องใส่ใจเป็นพิเศษคือ การนับลูกดิ้น โดยสังเกตว่าลูกดิ้นเป็นปกติหรือไม่ โดยเฉพาะเวลาหลังอาหาร เด็กควรจะดิ้นมากกว่า 10 ครั้งใน 2 ชั่วโมง เพราะอาหารจะเป็นตัวกระตุ้นให้เด็กเคลื่อนไหว ในกรณีที่เด็กดิ้นน้อยหรือมีสัญญาณที่ผิดปกติ ควรรีบมาพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุและแก้ไขได้ทัน เพราะการที่เด็กดิ้นน้อยอาจเกิดจากรกลอกตัว รกเสื่อม พบการติดเชื้อในท้อง สายสะดือพันกัน หรือถูกกดทับ ซึ่งถ้าไม่รีบแก้ไขเด็กอาจขาดออกซิเจนตั้งแต่ออยู่ในครรภ์ซึ่งเป็นอันตรายต่อสมองเด็กในที่สุด





อาหารจานโปรด ของผู้นำพด็จการ

ฉบับนี้ลองมาดูอาหารจานโปรดของเหล่าผู้นำพด็จการในอดีตว่า พวกเขาเหล่านั้นชอบอาหารอะไรบ้าง เหมือนหรือแตกต่างจากคนทั่วไป ข้อมูลนี้ได้มาจากหนังสือเล่มใหม่ล่าสุดที่ชื่อ “อาหารเย็นพด็จการ: คู่มือสู่รสชาติที่สร้างความบันเทิงให้ทราซย์” เขียนโดยวิคตอเรีย คลาร์ก และเมลิสซา สกอต

อดอล์ฟ ฮิตเลอร์

ว่ากันว่า ฮิตเลอร์ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการท้องอืดเรื้อรัง ซึ่งเรื่องนี้อาจเป็นแรงบันดาลใจให้เขาหันมารับประทานมังสวิรัต โดยมาร์กอต โวลด์ หนึ่งในผู้ทดสอบอาหารให้กับฮิตเลอร์ ที่มีอยู่ทั้งหมด 15 คน อ้างว่า เขาชอบรับประทานผัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่อไม้ฝรั่ง และพริกหยวก โดยมีข้าว หรือพาสต้าเป็นเครื่องเคียง

คิม จอง อิล

ฟุจิโมโต เคนจิ เซฟซูชิของผู้นำเกาหลีเหนือเปิดเผยว่า คิม จอง อิล ชื่นชอบหูลดามอย่างมาก และมักจะรับประทานอาหารชนิดนี้หลายครั้งในหนึ่งสัปดาห์

นิโคลาส เฮาส์

ผู้นำพด็จการแห่งโรมาเนีย นิโคลาส เฮาส์ ชอบที่จะย้อนกลับไปหารากเหง้าของตัวเองผ่านทางอาหารจานโปรดของเขาก็คือ สตูแบบชนบทที่ทำจากไก่ทั้งตัว รวมถึงตีนไก่ และจะจอยปากด้วย นอกจากนี้เขายังชื่นชอบในสิ่งที่สร้างความตกตะลึงให้แก่คนอื่น ๆ ซึ่งก็คือ การใช้หลอดดูดซูปผักดิบ ๆ เพื่อเลี่ยงไม่ให้เจอชิ้นส่วนแข็ง ๆ

โจเซฟ บรอส ตีโต

อดีตประธานาธิบดียูโกสลาเวีย เจ้าภาพที่สมบูรณ์แบบในทุกงานเลี้ยง โจเซฟ บรอส ตีโต มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักกันดีถึงการต้อนรับของเขา แต่สำหรับความชอบส่วนตัวแล้ว อาหารจานโปรดของเขาต้องมีส่วนผสมของชีสมันเหม็น ๆ อยู่ด้วย อย่างไรก็ตาม เชื่อกันว่าเวลาที่เขาเดินทางไปไหนมาไหนด้วยรถไฟไฟฟ้า ซึ่งได้รับสมญานามว่า เป็นพระราชวังเคลื่อนที่ของเขานั้น อาหารที่ตีโตเลือกรับประทานมักจะเป็นไก่วง พาสต้า และชีสกออร์กอนโซลา

อันโตนิโอ ซาลาซาร์

ผู้นำพด็จการแห่งโปรตุเกสรายนี้ถือเป็นคนที่มีความติดดินอย่างมาก มักรับประทานซูปกระดูกปลา กับขนมปังแบบไม่ทาเนยเป็นอาหารกลางวัน ทั้งยังเป็นคนที่ชื่นชอบปลาซาร์ดีน เพราะเตือนให้นึกถึงวัยเด็กอันยากจนของตัวเอง

มูอัมมาร์ กัดดาฟี

กัดดาฟีมีชื่อเสียงในเรื่องการชื่นชอบดื่มมอลู และดูเหมือนว่าเขาจะเป็นคนที่กินอยู่อย่างง่าย ๆ และจะรู้สึกมีความสุขหากอาหารมื้อนั้นมีคู่คลุกกับเนื้ออูฐ หรือแกะ

เฮมา เจอตุย

เฮมา เจอตุยเป็นคนที่ค่อนข้างเรียบง่าย เคยมีรายงานว่า ครั้งหนึ่งเขาเคยพูดกับเพื่อนว่า เขาเป็นคนที่กินเยอะ และก็ขับถ่ายเยอะด้วย ทั้งยังเป็นที่ยกย่องกันว่า เขาชอบรับประทานเนื้อสัตว์

โจเซฟ สตาลิน

อาหารจานโปรดของโจเซฟ สตาลิน ผู้นำรัสเซีย มักเป็นอาหารที่บ่งบอกเป็นนัยถึงความเป็นชนชั้นกลางในตัว โดยหนึ่งในอาหารที่เขาชื่นชอบคือ แซทชีวี่ ซึ่งเป็นอาหารจานพิเศษของชาวจอร์เจีย มักเสิร์ฟเป็นอาหารจานแรก และต้องใช้เวลาที่ค่อนข้างนานในการทำอาหารประเภทนี้

ฌอน บีเดล โบกาซซา

หนึ่งในผู้นำเผด็จการที่ได้ชื่อว่ามีชีวิตโหดร้ายมากที่สุดของแอฟริกา โดยฌอน บีเดล โบกาซซา ได้สถาปนาตัวเองขึ้นเป็นจักรพรรดิแห่งสาธารณรัฐแอฟริกากลาง เขาถูกกล่าวหาว่าเป็นพวกที่ชอบรับประทานเนื้อคน และว่ากันว่า ครั้งหนึ่งเขาเคยสั่งให้อดีตพ่อครัวของตัวเองทำอาหารจานพิเศษเป็นศพคนยัดไส้ด้วยข้าว และจุดไฟเผาแอลกอฮอล์ในหล้ายีนที่ใส่ลงไปในตัวศพด้วย

ชาปาร์มูรัต นียาซอฟ

เจ้าของตำแหน่ง ฯพณฯ และประธานาธิบดีตลอดชีพ ชาปาร์มูรัต นียาซอฟ ชอบวิธีที่มารดาของเขาทำขนมปังอย่างมาก ถึงกับเปลี่ยนชื่อเรียกขนมปังใหม่เป็น เกอแบนโซลเทเนดเซ ตามชื่อมารดาของเขา

ซัดดัม ฮุสเซน

ผู้นำเผด็จการแห่งอิรัก มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักกันดีถึงการชื่นชอบรสหวาน และโปรดปรานเรซิน แบรนครันซ์ อันที่จริงแล้วเมื่อครั้งที่ทหารอเมริกันบุกเข้าไปยังหลุมหลบภัยลับของเขานั้น มีการพบช็อกโกแลตแท่งยี่ห้อมาร์สด้วย

อ็ดดี้ อามิน

ผู้นำยูกันดา ผู้สถาปนาตัวเองเป็นกษัตริย์แห่งสกอตแลนด์ ชื่นชอบการรับประทานไก่ทอด

กษัตริย์เฮนรีที่ 8

กษัตริย์เฮนรีที่ 8 ชอบรับประทานอาหาร และความกระหายในอาหารของเขาก็เป็นเรื่องที่ยกย่องกันทั่วไปว่าเขายังเป็นที่ยกย่องถึงงานเลี้ยงอันฟุ่มเฟือย มีอาหารหายากทุกอย่างในช่วงเวลานั้น โดยทุกมื้อจะต้องมีหมูหัน ส่วนในโอกาสพิเศษก็เป็นอันรู้กันว่า หนึ่งในรายการอาหารที่ต้องมีก็คือ แดกผลไม้ผสมเครื่องเทศ

โรเบิร์ต มูกาเบ

อดีตนายกรัฐมนตรีซิมบับเว มอร์แกน สแวนจีไร ยอมรับขณะให้สัมภาษณ์ว่า มูกาเบมีจุดอ่อนอยู่ที่ชีสเค้กที่พวกเขาเคยร่วมรับประทานด้วยกันระหว่างการดื่มชา

ขอขอบคุณข้อมูลจาก MSN

สร. ออกกฎหมายปกป้องสมบัติชาติ คุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

กระทรวงสาธารณสุขออกกฎหมายคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของชาติ ทั้งตำรับและตำรายาแผนไทยทุกประเภทที่มีกว่า 150,000 รายการ เพื่อปกป้องเป็นสมบัติของชาติ ป้องกันต่างชาติฉวยไปใช้ประโยชน์ทางการค้า

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎหมายเพื่อใช้คุ้มครองตำรับและตำรายาแผนไทยของชาติ เนื่องจากเกิดกรณีต่างชาตินำภูมิปัญญาด้านการแพทย์ของไทยไปใช้ประโยชน์ในทางการค้าและสร้างมูลค่าเชิงพาณิชย์ ในขณะที่ไทยไม่มีกฎหมายเฉพาะคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่เป็นภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทย และระบบกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาที่มีอยู่ก็ยังไม่ครอบคลุมถึงการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทยที่มีการสืบทอดกันมา โดยเฉพาะตำรับยาแผนไทยและตำราการแพทย์แผนไทย

กฎหมายดังกล่าว นายกรัฐมนตรีได้มีข้อสั่งการสนับสนุนให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดำเนินการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 มาตรา 17, มาตรา 18 และมาตรา 19 เรื่องการคุ้มครองตำรับยาแผนไทยและตำราการแพทย์แผนไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงเป็นกฎหมายลูกเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของชาติและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยทั่วไปเรียบร้อยแล้ว จำนวน 3 ฉบับ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขลงนามแล้วเมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ได้แก่ 1. เรื่องการประกาศกำหนดตำรับยาแผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป พ.ศ. 2558 โดยเป็นตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทยที่มีการใช้ประโยชน์กันอย่างแพร่หลายหรือที่พ้นอายุการคุ้มครองสิทธิตามมาตรา 33 ตำรับยาแผนไทยดังกล่าว ได้แก่ ยาสามัญประจำบ้านในส่วนที่เป็นยาแผนโบราณตามกฎหมายว่าด้วยยากำหนดเพื่อใช้งานสาธารณสุขมูลฐาน หรือทางราชการ หรือหน่วยงานของรัฐรวบรวมพัฒนาหรือปรับปรุงขึ้น มีเอกสารหลักฐานการใช้ หรือการศึกษาวิจัยด้านความปลอดภัยและประโยชน์ในการรักษาโรค 2. การประกาศกำหนดตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ ซึ่งเป็นตำรับยาที่ทางราชการหรือหน่วยงานของรัฐรวบรวม พัฒนาหรือปรับปรุงขึ้น มีเอกสารหรือหลักฐาน



ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน



นพ.รัชชัชย กมลธรรม

อ้างอิงแหล่งที่มาของตำรับยาแผนไทย หรือมีคุณค่าต่อการศึกษาวิจัย มีผลต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศอาจนำมาพัฒนาเป็นตัวยาใหม่ได้ แก่ไขปัญหาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ และ 3. การขอรับอนุญาต ข้องจำกัดสิทธิ และค่าตอบแทนการใช้ประโยชน์จากตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ พ.ศ. 2558

ด้าน นพ.รัชชัชย กมลธรรม อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กล่าวว่า หากผู้ใดจะนำตำรับยาหรือตำราการแพทย์แผนไทยที่อยู่ในกฎหมายฉบับนี้ไปใช้เพื่อการขึ้นทะเบียนตำรับยาและขออนุญาตผลิตยาตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือนำไปศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาเป็นตำรับยาใหม่เพื่อประโยชน์ทางการค้าหรือนำไปศึกษาวิจัยตำราการแพทย์แผนไทยของชาติเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยขึ้นใหม่เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในทางการค้า จะต้องยื่นคำขออนุญาตก่อนและกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมตั้งแต่ 20,000 บาท และหากนำไปใช้เพื่อผลประโยชน์ทางการค้าต้องจ่ายค่าตอบแทนจากผลประโยชน์ทางการค้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของมูลค่าการจำหน่ายยาที่ผลิตได้ตามราคาที่ออกจากโรงงาน มูลค่าการใช้ประโยชน์จากตำรับยาใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัยตำรับยาแผนไทยของชาติ หรือมูลค่าการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัยตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ โดยค่าตอบแทนจะส่งเป็นรายได้ของแผ่นดิน ทั้งนี้หากพบว่าไม่ปฏิบัติตามโทษสูงสุดจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 40,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

กฎหมายฉบับนี้มีภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยได้รับการคุ้มครอง 3 ประเภท ประกอบด้วย **ประเภทที่ 1** ได้แก่ ตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ คือ 1. คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ (ฉบับโบราณ) 2. ศิลาจารึกตำรายาวัดราชโอรสราชมราชวรวิหาร 3. ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 (สมุดไทย) 4. ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2 5. ตำรายาพระองค์เจ้าสายสนธิวงศ์ 6. ตำรายาพิเศษของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาปวเรศวริยาลงกรณ์ 7. ตำราสรรพคุณยาของกรมหลวงวงศาธิราชสนิท 8. ศิลาจารึกตำรายาวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) 9. สมุดภาพโคลงถ้ำขิดตุน และ 10. ตำราแผนปลิงของไทย ซึ่งเตรียมประกาศเป็นของชาติ รวมแล้วกว่า 4,387 รายการ **ส่วนประเภทที่ 2** ได้แก่ ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 1 ถึงเล่ม 3 ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาผดุงครรภ์ และรายการอื่น ๆ อีกไม่น้อยกว่า 33 รายการ ที่เตรียมประกาศตามกฎหมายนี้ และ**ประเภทที่ 3** ได้แก่ ตำรับยาแผนไทยส่วนบุคคลหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล ซึ่งมีกฎหมายใช้บังคับอยู่ก่อนแล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาให้สิทธิ์

วิธีเก็บยาอย่างถูกต้องเมื่อกลับจากโรงพยาบาล



เวลาที่เรเจ็บป่วยไม่สบาย
ไปหาแพทย์ก็มักจะได้อากลับมา
เพื่อรับประทาน ซึ่งยาที่ได้มานั้น
ควรเก็บรักษาให้ถูกต้องอย่างไร
**ภญ.วนิษา ใจสำราญ รองผู้อำนวยการ
องค์การเภสัชกรรม** ได้ให้คำแนะนำ



วิธีการเก็บยาอย่างถูกต้องว่า ปกติ
คนทั่วไปเมื่อมีอาการไม่สบายจะไปโรงพยาบาล
เพื่อพบแพทย์ให้ทำการตรวจรักษา เมื่อแพทย์ตรวจ
วินิจฉัยโรคแล้วก็จะสั่งการรักษาตามขั้นตอน และ
ได้รับยากลับมาใช้ที่บ้านตามอาการที่เป็น ซึ่งเภสัชกร
โรงพยาบาลจะอธิบายในรายละเอียดของยา เช่น
ชื่อยา วิธีใช้ สรรพคุณของยาแต่ละชนิด ผลข้างเคียง
หรืออาการไม่พึงประสงค์ และวิธีเก็บรักษา แต่ด้วย
ความเร่งรีบของผู้ป่วยทำให้อาจจะฟังไม่ละเอียด
มีผลให้ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องครบถ้วน ดังนั้น
ข้อควรระวังและไม่ควรกระทำเมื่อรับยาจาก
โรงพยาบาล ได้แก่ ไม่วางยาไว้ในรถ เพราะอุณหภูมิ
ในรถสูงกว่าอุณหภูมิห้องปกติ (15-30 องศาเซลเซียส)
ซึ่งอาจจะสูงมากกว่า 40 องศาเซลเซียส ทำให้ยา
เสื่อมสภาพ คุณสมบัตินในการรักษาลดลงหรือเสียไป
ทำให้สิ่งที่เหลืออยู่อาจจะเป็นสารอื่นที่นอกจากไม่มี
ประโยชน์แล้ว อาจจะเกิดโทษได้ หรือแม้ถ้ายังคงมี
เปอร์เซ็นต์ของยาอยู่บ้างก็น้อยกว่าขนาดที่จะให้ผล
ในการรักษาได้ ยาบางชนิดจะหลอมละลายเมื่อถูก
ความร้อน เช่น ยาเหน็บทวารหนัก เป็นต้น

ซึ่งนอกจากอุณหภูมิที่สูงเกินไปแล้ว ยาหลายชนิดที่ต้องเก็บ
แบบป้องกันแสงโดยเก็บในภาชนะทึบแสง เช่น ขวดสีชา แต่การ
วางไว้รับแสงโดยตรงเป็นเวลานานแม้จะอยู่ในภาชนะดังกล่าว
ก็เป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อการเปลี่ยนแปลงของยา ทำให้ยา
หมดอายุเร็วขึ้น ตัวอย่างยาที่ต้องป้องกันแสง เช่น วิตามินบี 6,
วิตามินเอ, ยาพวงฮอว์โมน, ยาคุมกำเนิด, ยาน้ำเชื่อมของเด็ก
หลายชนิด, ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

ภญ.วนิษา กล่าวต่อไปว่า หากนำถุงยาวางไว้ที่โต๊ะอาหาร ควรเก็บยา
ให้พ้นมือเด็ก เพราะยาของผู้ใหญ่หากเด็กนำไปรับประทานโดยไม่เจตนาทำให้เกิด
ผลเสียได้ เนื่องจากขนาดยาของผู้ใหญ่กับเด็กแตกต่างกัน ยาที่ต้องเก็บโดย
การแช่เย็น ซึ่งการแช่เย็นมีหลายแบบคือ แช่ที่อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส โดย
บรรจุในภาชนะที่มิดชิดเพื่อไม่ให้ขึ้นจันฉลากยาหลุดหรือลบล่อนจนไม่สามารถ
อ่านได้ และให้ปลอดภัยจากการที่เด็กจะนำไปรับประทานได้ และทุกครั้งเมื่อ
ใช้ยาแล้วควรปิดภาชนะบรรจุให้มิดชิดเพื่อป้องกันความชื้นในอากาศ หรือเกิด
อุบัติเหตุหกเลอะเทอะเมื่อต้องการใช้ในครั้งต่อไป ที่สำคัญควรดูวันหมดอายุ
ของยาด้วย โดยให้สังเกตที่ฉลากซึ่งจะระบุวันหมดอายุ (EXP. DATE) เอาไว้
ยาต่างชนิดกัน อายุก็ไม่เท่ากัน ให้สังเกตให้ละเอียด หากไม่เข้าใจสามารถสอบถาม
ได้จากเภสัชกรทั้งในโรงพยาบาลที่ไปรับการรักษา หรือเภสัชกรที่ประจำอยู่ที่
ร้านขายยาทุกแห่ง และควรสำรวจปริมาณยาที่มีอยู่ในบ้านด้วยว่ามียาดังกล่าว
เก็บไว้จำนวนเท่าไร และไม่ควรเก็บยาไว้นานจนเกินไป





อก. บริจาคเลือด

องค์การเภสัชกรรม ร่วมกับกรมแพทยทหารบก สาขาบริบาลโลหิตแห่งชาติ สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า จัดโครงการร่วมใจบริจาคโลหิต เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยหน่วยเคลื่อนที่รับบริจาคโลหิตจากผู้ปฏิบัติงานขององค์การเภสัชกรรม ทั้งนี้มีจำนวนผู้บริจาคได้ 65 คน จำนวนโลหิตที่ได้รับบริจาค 26,000 ซี.ซี. ณ องค์การเภสัชกรรม เมื่อไม่นานมานี้

อบรมแพทย์ระยะสั้น 2 สัปดาห์ วิชาตจวิทยา ครั้งที่ 35

ผศ.นพ.สุมนัส บุญยะรัตเวช อนุกรรมการจัดการอบรมระยะสั้น วิชาตจวิทยา และเป็นวิทยากรในการอบรม ได้ให้เกียรติเป็นประธานในพิธีมอบประกาศนียบัตรให้แก่แพทย์ทั่วไปในกิจกรรมการอบรมระยะสั้น 2 สัปดาห์ วิชาตจวิทยา ครั้งที่ 35 (Short Course in Practical Dermatology) ซึ่งกิจกรรมนี้จัดโดยสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่แพทย์แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1. ภาคทฤษฎี 2. การออกตรวจผู้ป่วยนอกร่วมกับอาจารย์แพทย์ในคลินิกโรคผิวหนัง และร่วมกับอาจารย์ที่โรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ และ



3. การศึกษาภาคปฏิบัติ ซึ่งได้จัดอบรมแพทย์เป็นประจำทุกปี โดยจัดพิธีมอบประกาศนียบัตร ณ ห้องมรุสุวรรณ ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เมื่อไม่นานมานี้



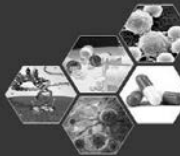
ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ปลอดภัย

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เปิดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้บริหาร นักวิชาการ จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ครูประจำศูนย์เด็กเล็ก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 300 คน เพื่อมอบนโยบายการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาลให้มีคุณภาพ ปลอดภัยจากโรคติดต่อ และมอบโล่รางวัลแก่ศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน “ศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพปลอดภัย” ระดับเขต จำนวน 12 แห่ง ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



เปิดประชุม

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานการประชุม กพฉ.(สัญจร) ครั้งที่ 6/2558 เพื่อทบทวนนโยบายและยุทธศาสตร์การทำงานของ กพฉ. และ สพฉ. พร้อมให้ข้อเสนอแนะการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ณ โรงแรมดวงตะวัน จ.เชียงใหม่ เมื่อไม่นานมานี้

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
23-24 เมษายน 2558 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	การประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรม "Excellence in English Communication: A Primer for Pharmacists" ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ (หน้าสถานีรถไฟฟ้าวัดห้วย)	โทรศัพท์ 0-4320-2378 ต่อ 2131 หรือ 2132 โทรสาร 0-4320-2137 E-mail: yuparu@kku.ac.th, thosir@kku.ac.th http://pharm.kku.ac.th/conference
13-15 พฤษภาคม 2558 	สมาคมเภสัชกรรม โรงพยาบาล (ประเทศไทย)	การประชุมวิชาการและการประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2558 ณ โรงแรมโกลเด้น ทิวลิป ซอฟเฟอริน กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2249-9333 โทรสาร 0-2249-9331-2 E-mail: hp@thaihp.org www.thaihp.org
28-30 พฤษภาคม 2558 	สมาคมเภสัชวิทยา แห่งประเทศไทย ร่วมกับ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	การประชุมวิชาการสมาคมเภสัชวิทยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 37 "Genomic Medicine and Novel Cancer Therapy: Challenges and Opportunities" ณ โรงแรมสุโขทัยแกรนด์ คอนเวนชั่น เซ็นเตอร์ จ.อุบลราชธานี	โทรศัพท์ 0-4535-3621, 0-4535-3605 E-mail: pharmacology37@ubu.ac.th www.phar.ubu.ac.th
4-5 มิถุนายน 2558 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการความก้าวหน้าทางเภสัชวิทยา ครั้งที่ 14 "เภสัชวิทยาของยาใหม่" ณ ห้องประชุม 206 อาคารราชรัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2644-8677-91 ต่อ 5630, 5631 โทรสาร 0-2644-8700 Email: krisada.sak@mahidol.ac.th www.pharmacy.mahidol.ac.th
23-26 มิถุนายน 2558 	สภาเภสัชกรรม ร่วมกับ วิทยาลัยเภสัชบำบัด แห่งประเทศไทย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม	การประชุมวิชาการนานาชาติ Asian Conference on Clinical Pharmacy "Advancing Clinical Pharmacy Practice & Education Toward Patient-Centered Care" ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-4320-2378 โทรสาร 0-4320-2379 E-mail: ACCP2015.info@gmail.com http://accp2015.kku.ac.th หรือ facebook ACCP2015Thailand
9-10 กรกฎาคม 2558 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการเภสัชอุตสาหกรรม ครั้งที่ 12 "การพัฒนาเภสัชภัณฑ์" ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2644-8677-97 ต่อ 1201 โทรสาร 0-2644-8702 E-mail: satit.put@mahidol.ac.th, headpypm@mahidol.ac.th www.pharmacy.mahidol.ac.th
23-25 กรกฎาคม 2558 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการ Pharmacotherapy of Interesting Common Diseases 2015 ณ โรงแรมนารายณ์ ถนนสีลม กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2644-8694 โทรสาร 0-2644-8694 E-mail: busba.chi@mahidol.ac.th www.pharmacy.mahidol.ac.th

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



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
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 ในเล่ม 620 บาท ☐ 2 ปี (24 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม 1,200 บาท (แถม 2 เดือน)

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

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคาร สังกัด ปณ.ตลิ่งชัน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

☐ เช็คขีดคร่อม A/C PAYEE ONLY สังกัดในนาม บ.สรรพสาร จก.

เขื่อนธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเกือบสี่ 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 134, 123

หมายเหตุ

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

0-2435-2345 ต่อ 181

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. 0-2435-2345

ต่อ 134, 123

แฟกซ์ 0-2435-2345

ต่อ 181

พันธุกรรม กำหนดให้ผู้ชายหลายคน ผมร่วง ศีรษะล้าน

แพทย์ และเภสัชกร สามารถให้คำปรึกษาแก่คุณได้



Propecia® โพรพิเซีย (ฟินาสเทอไรด์, MSD)

ประเภทของยา : โพรพิเซีย (ฟินาสเทอไรด์, MSD) เป็นสารประกอบสังเคราะห์กลุ่ม 4-azasteroid ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งจำเพาะต่อเอนไซม์ 5 alpha reductase type II ซึ่งเป็นเอนไซม์ภายในเซลล์ ทำหน้าที่เปลี่ยนฮอร์โมนแอนโดรเจนเทสโทสเตอโรนให้เป็นไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (DHT)

ข้อบ่งใช้ : โพรพิเซีย มีข้อบ่งใช้ในการรักษาอาการผมร่วงในผู้ชาย (androgenetic alopecia) โดยมีผลเพิ่มการงอกของเส้นผม และป้องกันไม่ให้ผมร่วงอีก โพรพิเซีย ไม่มีข้อบ่งใช้ในผู้หญิง (ผู้หญิงข้อห้ามมีครรภ์) และเด็ก โพรพิเซียไม่ให้ผลรักษาในหญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีภาวะผมร่วง

ขนาดและการกินยา : แนะนำให้รับประทานโพรพิเซียขนาด 1 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด อาจให้พร้อมหรือก่อนหรือหลังอาหารก็ได้ โดยทั่วไปจะเห็นผลในการเพิ่มการงอกของเส้นผม และ/หรือ ป้องกันผมร่วงต่อไปเมื่อมีการใช้ยาติดต่อกันทุกวันนาน 3 เดือน หรือมากกว่า และควรใช้ยาต่อไปเพื่อให้ได้ผลการรักษาสูงสุด การหยุดยาจะมีผลทำให้กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนใช้ยาภายใน 12 เดือน



การตอบสนองต่อการรับประทานยาของแต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อายุ พันธุกรรม ระยะที่ทำการเริ่มรักษา และความร่วมมือของผู้ป่วย เป็นต้น

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

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

Propecia® ฟินาสเทอไรด์ 1 มิลลิกรัม

นำส่งโดย : บริษัท เอ็มเอสดี (ประเทศไทย) จำกัด กรุงเทพฯ ประเทศไทย

999/9 อาคารดีออฟฟิศ เอส เอ็ม เซ็นทรัลวิลล์ ชั้น 37 ยูนิท เอ็มเอส 3701-3712 ถนนพระราม1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทร 02-262-5700 โทรสาร 02-255-5095

ข้อห้ามใช้ : โพรพิเซีย ห้ามใช้ในกรณีดังต่อไปนี้

- หญิงมีครรภ์ หรือ มีโอกาสตั้งครรภ์ (ผู้หญิงข้อห้ามมีครรภ์)
- ผู้ที่แพ้ส่วนประกอบใดๆ ของยา
- โพรพิเซียไปมีข้อบ่งใช้ในผู้หญิงและเด็ก

ข้อควรระวัง : โพรพิเซียใช้ในการรักษาอาการผมร่วงในผู้ชายสูงอายุที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hyperplasia : BPH) ร่วมด้วยควรระมัดระวังในผู้ป่วยดังกล่าว ค่า PSA อาจลดลงถึง 50% หญิงมีครรภ์ : ห้ามให้โพรพิเซียในหญิงมีครรภ์หรือคิดว่าจะตั้งครรภ์ และหญิงมีครรภ์หรือคิดว่าอาจตั้งครรภ์ไม่ควรสัมผัสกับยาโพรพิเซียที่บ้นหรือแตก เนื่องจากอาจเกิดการดูดซึมฟินาสเทอไรด์ และเมื่อการสัมผัสต่อการถูกพิษในครรภ์

หญิงให้นมบุตร : โพรพิเซีย ไม่มีข้อบ่งใช้ในหญิง ยังไม่มีข้อมูลว่าฟินาสเทอไรด์ถูกขับออกจากร้านนมหรือไม่ การให้นมในเด็ก : โพรพิเซีย ไม่มีข้อบ่งใช้ในเด็ก

ปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา : ไม่พบปฏิกิริยาต่อกันที่มีความสำคัญทางคลินิกของยานี้กับยาอื่น อาการข้างเคียง : ผู้ป่วยมักทนต่อยาโพรพิเซียได้ดี อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมักไม่รุนแรงและไม่จำเป็นต้องหยุดยา จากการศึกษานี้พบว่าอาการข้างเคียงเนื่องจากยาโพรพิเซีย ที่พบ >1% มีดังนี้ต่อไปนี้

ความรู้สึกทางเพศลดลง (โพรพิเซีย 1.8% ยาหลอก 1.3%) ความผิดปกติในการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย (1.3% 0.7%) นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณน้ำอสุจิที่ขับออกมาลดลง (0.8% 0.4%) การเกิดอาการข้างเคียงเหล่านี้ ได้มีการแก้ไขให้หายไปได้โดยหยุดยาโพรพิเซีย และการรายที่หายต่อไปอาการข้างเคียงก็หายต่อไปเอง จากการศึกษาหนึ่งพบว่า ผลของโพรพิเซียต่อปริมาณน้ำอสุจิที่ขับออกมาไม่แตกต่างกับยาหลอก อุบัติการณ์ของอาการข้างเคียงแต่ละชนิดดังกล่าวพบได้น้อยลงเหลือ <0.3% ในปี 5 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ชายที่ได้รับยาฟินาสเทอไรด์ ซึ่งพบว่า ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่ทราบแน่ชัดถึงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้น้ำยาฟินาสเทอไรด์และมะเร็งต่อมลูกหมาก มีรายงานเกี่ยวกับการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้น้ำยาฟินาสเทอไรด์ออกสู่ท้องตลาด ได้แก่ ความผิดปกติของการหลั่งน้ำอสุจิ แต่มักเกิดขึ้นและกลับ อาการแพ้ยา เช่น เกิดผื่นที่ผิวหนัง คัน ลมพิษ รื่นไหลปากบวม หน้าบวม และปวดบริเวณลูกอัณฑะ

การได้รับยาเกินขนาด : จากการศึกษาก่อนคลินิก ไม่พบอาการข้างเคียงในผู้ที่ได้รับฟินาสเทอไรด์ 400 มิลลิกรัม ครั้งเดียว หรือ 80 มิลลิกรัม ต่อวัน (แบ่งให้วันละหลายครั้ง) เป็นเวลานาน 3 เดือน ไม่พบการรักษายาเฉพาะเจาะจงในกรณีให้ยาโพรพิเซียเกินขนาด ขนาดบรรจุ : ยาเม็ดโพรพิเซีย ประกอบด้วย ฟินาสเทอไรด์ 1 มิลลิกรัม บรรจุในแผง blister pack ละ 28 เม็ด โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา

ชนะภูมิแพ้ คว่าโอกาสให้ชีวิต



การแพ้อาหารต่างๆ

ขอบคุณข้อมูลจาก สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย



การแพ้อาหาร นับว่าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยของเด็กไทย โดยนอกจากนมวัวแล้ว อาหารที่แพ้ได้บ่อยได้แก่ ถั่วเหลือง ไข่ แป้งสาลี ถั่วลิสง อาหารทะเล เป็นต้น สำหรับอาการแพ้อาหารอาจมีหลายรูปแบบและเกิดขึ้นได้กับหลายระบบของร่างกาย ได้แก่

1. **อาการแพ้อาหารแบบเฉียบพลัน** เป็นการแพ้ที่เกี่ยวข้องกับ IgE ที่จำเพาะต่ออาหารที่แพ้ ผู้ป่วยจะมีอาการแพ้แบบเฉียบพลันโดยมีอาการภายใน 4 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร อาการที่พบ ได้แก่ ผื่นลมพิษ อาเจียน ท้องบวมหรือท้องเสีย หรือหายใจลำบากจนเกิดช็อคได้
2. **การแพ้แบบผสมระหว่างกลไกทาง IgE และไม่ใช่ IgE** โดยผู้ป่วยมักไม่มีอาการทันที โดยอาการที่พบได้แก่ เกิดผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ อาเจียน ถ่ายเหลว เป็นต้น
3. **การแพ้แบบเรื้อรัง** เกิดจากกลไกที่ไม่สัมพันธ์กับ IgE ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการผิวหนังอักเสบ ท้องเสีย ถ่ายเป็นมูกเลือด หรือไอเรื้อรังได้

การวินิจฉัยการแพ้อาหาร

นอกจากซักประวัติและการตรวจร่างกายแล้ว ในบางครั้งอาจต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การทดสอบผิวหนัง ด้วยวิธีสะกิดผิวหนัง ในบางกรณีอาจต้องทำการวินิจฉัยโดยให้ทดสอบอาหารนั้น และทดลองรับประทานอาหารที่สงสัยว่าแพ้เพื่อสังเกตอาการ ซึ่งควรอยู่ในความดูแลของแพทย์เฉพาะทาง เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเกิดการแพ้รุนแรงได้

การรักษา

เมื่อสงสัยว่าแพ้อาหารชนิดใด ควรหลีกเลี่ยงอาหารชนิดนั้นเพื่อไม่ให้เกิดอาการ และปรึกษาแพทย์เพื่อให้คำแนะนำในการรักษากรณีเกิดอาการเฉียบพลัน หรือการดูแลในระยะยาวต่อไป

ข้อระวัง ถ้าจะตรวจเลือดว่าแพ้อาหารชนิดใด ต้องตรวจหา IgE ไม่ใช่ IgG

พบอีกหลายวิธีป้องกันภูมิแพ้โดยผู้เชี่ยวชาญได้ที่
www.allergyexpert.org

allergy *Expert*

gsk GlaxoSmithKline