

เภสัชอาสา....พาเลิกบุหรี่

อีกหนึ่งบทบาทของเภสัชกรในระบบสุขภาพ
ในการดูแลประชาชน



ISSN 1513-5896
9 771513 589016

ทันกระเส

อาการทางจิตเวชกับโรคมะเร็ง

รอบรู้เรื่องยา

โกรทฮอร์โมน

(Growth Hormone)

รู้ทันโรค

โรคติดเชื้อพิวแน็กซ์ที่พบบ่อย

ในเด็ก vs ผู้ใหญ่

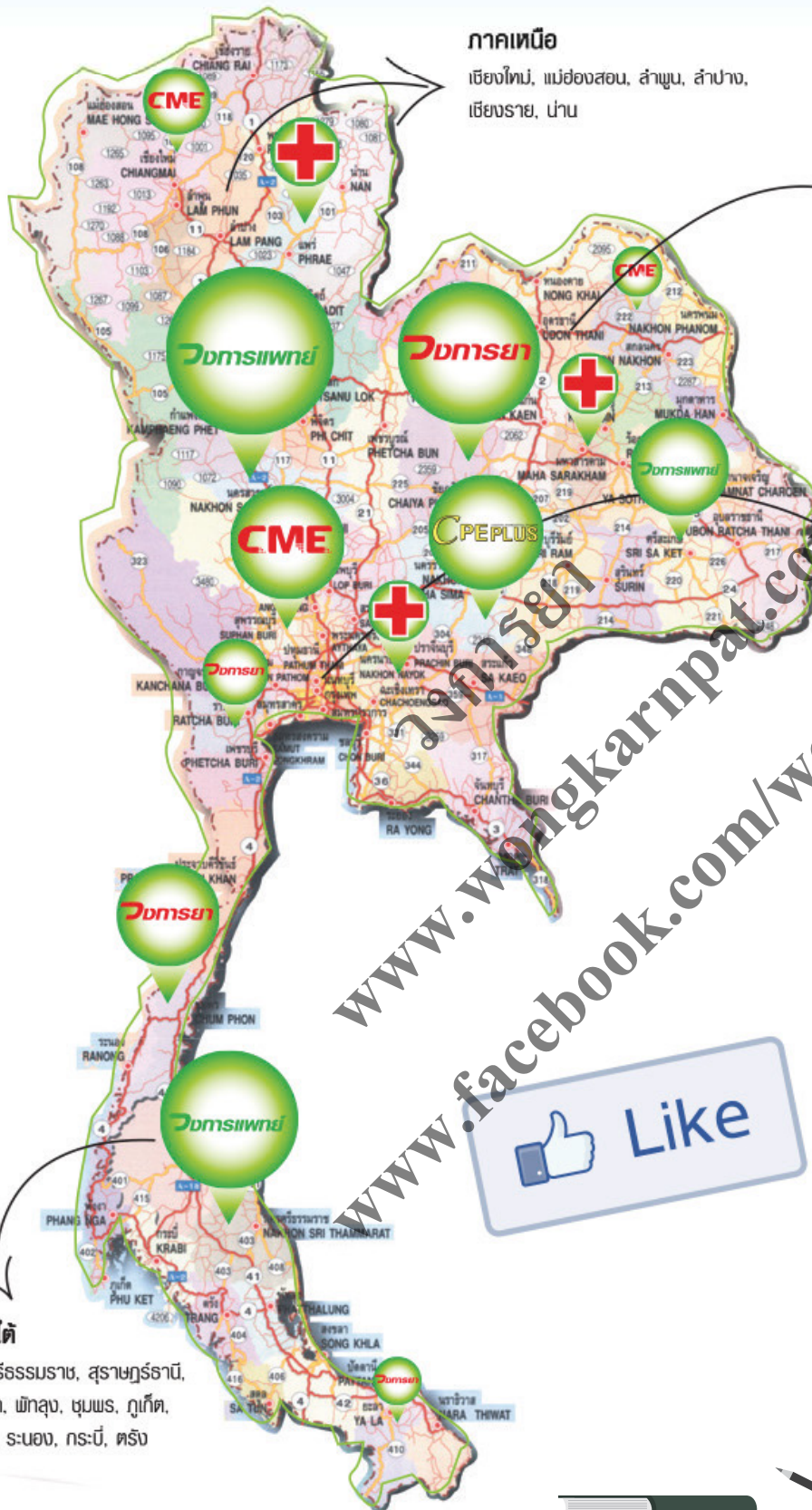
9

10

42

วงการแพทย์ วงการยา 2559

สัญจรทั่วไทย



ภาคเหนือ

เชียงใหม่, แม่ฮ่องสอน, ลำพูน, ลำปาง,
เชียงราย, น่าน

ภาคอีสาน

อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, อุตรดิตถ์, มหาสารคาม,
ร้อยเอ็ด, นครราชสีมา, บุรีรัมย์, สุรินทร์,
สกลนคร, ขอนแก่น

ภาคกลาง

ประจวบคีรีขันธ์, ฉะเชิงเทรา, สิงห์บุรี, พิจิตร,
นครสวรรค์, อุดรธานี, อำนาจเจริญ, ชัยนาท,
กาฬสินธุ์, นครปฐม, สมุทรปราการ, สมุทรสาคร,
สมุทรสงคราม, ปทุมธานี, นนทบุรี, ราชบุรี, เพชรบุรี

ภาคใต้

นครศรีธรรมราช, สุราษฎร์ธานี,
สงขลา, พัทลุง, ชุมพร, ภูเก็ต,
พังงา, ระนอง, กระบี่, ตรัง



Like



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 จรรยารักษ์
 รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนา
 รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณจิตรธรรม ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
 พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอนันตกุล ภก.วิสิทธิ์ สุริยาภิวัฒน์
 ภก.ธีระ ฉากจันโรตม ภาณุทัศน์ เขียวขจี
 ภก.ว่าที่ ร.ต.วิศิษฐ์ ประวิณวงศ์วุฒ นพ.สันติ ลีลยรัตน์
 ผศ.ดร.ภก.ปรีชา มณฑานติกุล ภก.ปรุฬห์ รุจนาณรงค์
 ภก.ศ.เกียรติคุณ ดร.สมพล ประคองพันธ์

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ภก.ธนรัตน์ สรवलเสน่ห์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มงานการยา

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แอดมิน

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิลัย

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราพิทย์

พัชรินทร์ ภายหลัง

ปิยะวรรณ หาญชนะ

กนกอร ชจรศักดิ์

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา อิศรานนท์ สิทธาพิสิฐกุล

โทรศัพท์ติดต่อ หรือสมัครสมาชิกได้ที่

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 225, 109 **แฟกซ์** 0-2435-4024

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/16 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

สวัสดิ์ทุก ๆ ท่าน หลังจากได้เฉลิมฉลองกับเทศกาลสงกรานต์ในเดือนเมษายนที่ผ่านมาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทุกท่านคงจะมีกำลังกายและกำลังใจพร้อมจะปฏิบัติงานกันไปแล้ว แต่ถ้าใครยังไม่พร้อมก็ยังไม่โชดดีที่ในเดือนพฤษภาคมนี้ ทางรัฐบาลได้กำหนดให้มีวันหยุดยาวอีกหลายวันเลยเตรียมวางแผนพักผ่อนกันได้อีกครั้งหนึ่ง ส่วนใครที่พักผ่อนมาอย่างเต็มที่ก็เริ่มกลับมาเตรียมตัวทำงาน หรือถ้าใครยังไม่ได้อ่านหนังสือเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ทางวิชาชีพอันจะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานวิชาชีพเภสัชกรรมกัน ก็คงจะต้องเริ่มได้แล้ว หยิบเอาวารสารวงการยาที่อยู่ในมือของท่าน ทั้งเล่มปัจจุบันและเล่มเก่าของปีนี้มาเปิดไปที่หน้าบทความการศึกษาต่อเนื่องๆ แล้วเริ่มลงมือกันได้เลย รับรองว่าผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำที่ทางสภาเภสัชกรรมกำหนดไว้ คือไม่น้อยกว่า 10 หน่วยกิตฯ แน่นนอน

เนื้อหาสาระในฉบับนี้มีหลายเรื่องที่น่าสนใจติดตาม ทั้งเรื่องกฎหมายใหม่เกี่ยวกับเครื่องสำอาง ซึ่งเป็นเนื้อหาต่อเนื่องจากฉบับที่แล้ว และยังมีข่าวเกี่ยวกับความปลอดภัยของยารักษาอาการท้องเสียที่มีใช้ในประเทศไทยมายาวนานคือ loperamide ว่าอาจมีผลทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจนอาจทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งเภสัชกรชุมชนคงต้องให้ความสนใจและระมัดระวังการใช้ยาชนิดนี้มากยิ่งขึ้น

ในฉบับนี้ยังมีบทความพิเศษ ภก.ดร.ศุภา บัณฑิตานุกุล หรือ พี่ชิง ในฐานะประธานเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ เนื่องในโอกาสเดือนแห่งการรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก ในวันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปี เกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย รวมถึงผู้บริโภครวมไปถึงผู้สูบบุหรี่ให้ได้เลิกสูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า หรือ e-cigarettes ว่าจะมีประโยชน์หรือโทษอย่างไร เพื่อให้เภสัชกรทุกท่านสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้บริโภคได้อย่างถูกต้องตามหลักฐานทางวิชาการที่มีในปัจจุบัน

อีกเรื่องหนึ่งที่น่าสนใจซึ่งไม่ควรพลาดคือ บทความที่ทบทวนเกี่ยวกับกรณีประณามผืนผืนหนังที่เกิดจากการติดเชื้อ ซึ่งวารสารวงการยาได้รับเกียรติจากผู้เชี่ยวชาญของระดับประเทศมาทบทวนให้ทีเดียว และในท้ายที่สุดนี้อย่าลืม... พลิกไปดูวิธีการวางท่าทางที่แสดงถึงความเป็นมิตร และพร้อมในการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย หรือผู้บริโภครวมถึงการสื่อสารแบบอวัจนภาษาที่สำคัญ รวมถึงทำให้เกิดความประทับใจได้อย่างรวดเร็วอีกด้วย และเช่นเคย ยังมีส่วนประชุมวิชาการที่จัดโดยคณะเภสัชศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ หรือโดยสมาคมวิชาชีพอีกมากมายมาให้ทุกท่านได้พิจารณา หากสนใจสามารถเข้าไปติดตามรายละเอียดได้ต่อไปครับ



ภก.ธนรัตน์ สรवलเสน่ห์

Contents

ฉบับที่ 214 ประจำเดือนพฤษภาคม 2559



32

3 โลกกว้างทางยา

- เผยโฉมยาเม็ดเสริมฮอร์โมนเทสโตสเตอโรนชนิดใหม่ที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น
- ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins อาจช่วยป้องกันการเป็นนิ่วในไต
- การใช้ยา Fluticasone/Salmeterol ไม่เพิ่มความเสี่ยงของอาการหืดกำเริบรุนแรง

6 Hot News

- อภ.แนะนำทดสอบฟอร์มาลินในอาหารก่อนรับประทานหรือปรุง
- สบส.จับมือ 3 หน่วยงาน คลอดร่างกฎหมายควบคุมการใช้เซลล์บำบัด
- สธ.ส่งแพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ บรรจุใหม่ลงเขตสุขภาพปี 59 ทั่วประเทศ 3,045 คน

9 กันกระเผล

อาการทางจิตเวชกับโรคเมเร็ง

10 รอบรู้เรื่องยา

โกรทฮอร์โมน (Growth Hormone)

12 กศทนาย

ผลกระทบทางสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้า

13 CPE PLUS

ข้อมูลความปลอดภัยของยากลุ่ม proton pump

inhibitors (PPIs):

ข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวทางการนำไปใช้สำหรับเภสัชกร

27 กฎหมายเภสัช

กฎหมายใหม่เกี่ยวกับเครื่องสำอาง ตอนที่ 2

32 เกาะติดสถานการณ์

เภสัชอาสา....พาเลิกบุหรี่

อีกหนึ่งบทบาทของเภสัชกรในระบบสุขภาพในการดูแลประชาชน

37 เกาะกลุ่ม FDA

ยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใหม่

38 อาคันตุกะ

ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จิรเดช มโนสร้อย และ

ศ.เกียรติคุณ ดร.ภญ.อรัญญา มโนสร้อย

ผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียม ยกมาตรฐานสมุนไพรไทยจากงานวิจัยบนห้องปฏิบัติการ

42 รู้กับโรค

โรคติดเชื้อฉวยหน้าที่พบบ่อยในเด็ก vs ผู้ใหญ่

44 หลากสีสัน

ความประทับใจแรกพบ

46 ชอกแซก

47 ข่าวบริการ



42



7



38



4



11

โยคะช่วยให้สามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดีขึ้น

Reuters Health: Dr.Jin-Ling Tang และคณะผู้วิจัยจาก The Chinese University of Hong Kong's Prince of Wales Hospital ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับประโยชน์ของการฝึกโยคะในแง่ของการควบคุมอาการของโรคหืดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากก่อนหน้านี้มีการเสนอแนวคิดว่า การฝึกโยคะน่าจะเป็นประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ยังไม่เคยมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนมาสนับสนุน โดยทำการวิเคราะห์จากการศึกษาต่าง ๆ จำนวน 15 การศึกษา และมีอาสาสมัครเข้าร่วมรวมทั้งสิ้นกว่า 1,000 คน อาสาสมัครซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหืดจะได้เข้าร่วมโปรแกรม

การฝึกโยคะเป็นเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ไปจนถึง 6 เดือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การฝึกโยคะสามารถช่วยทำให้การควบคุมอาการของโรคหืดดีขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้เล็กน้อย และใช้ยาเพื่อรักษาโรคหืดลดลง โดยคาดว่าผลดีที่เกิดขึ้นจากการฝึกโยคะนั้น น่าจะมาจากการฝึกควบคุมการหายใจและการทำสมาธิ ในระหว่างการฝึก คณะผู้วิจัยอภิปรายเพิ่มเติมด้วยว่า ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวนี้แม้ว่าจะมีข้อจำกัดอยู่บ้าง ในแง่ของรูปแบบวิธีการวิจัยที่มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก และยังคงอาจจะต้องมีการวิจัยที่มีขนาดใหญ่และมีคุณภาพที่ดีขึ้นมาสนับสนุนเพิ่มเติม แต่อย่างน้อยที่สุด การฝึกโยคะนั้นก็ให้ผลดีในแง่ของสุขภาพโดยรวม จึงน่าจะสามารถนำมาช่วยร่วมกับการรักษาอื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยโรคหืดได้



เพยโอบยาเบ็ดเสริมฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนชนิดใหม่ก็ปลอดภัยยิ่งขึ้น

Medscape Medical News: ในอดีตที่ผ่านมา ยาเสริมฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนชนิดเม็ดนั้นถูกนำมาใช้ในเวชปฏิบัติค่อนข้างน้อยเนื่องจากมีข้อจำกัดในแง่ของความปลอดภัยเมื่อนำมาใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยยาที่ผ่านมาส่วใหญ่ส่วนใหญ่นั้นมักทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ Dr.Mohit Khara ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะจาก Baylor College of Medicine จึงได้ทำการศึกษาในระยะที่ 3 ชื่อ Study of Androgen Replacement (SOAR) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยของยาเม็ดเสริมฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนชนิดใหม่ชื่อ LPCN 1021 (Lipocene) เมื่อใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 52 สัปดาห์ โดยการศึกษาเป็นการศึกษาแบบ multicenter open-label trial ในอาสาสมัครที่มีภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ (hypogonadism) คือมีระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนน้อยกว่า 300 นาโนกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 315 ราย โดยแบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ใช้ยา LPCN 1021 ในขนาดเริ่มต้น 225 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง (210 ราย) และกลุ่มที่ใช้ยาฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนชนิดเจลที่ความเข้มข้น 1.62% (105 ราย) ผลพบว่า

เมื่อปรับเพียเพื่อให้ได้ระดับฮอร์โมนในเลือดเพียงพอ (300-1,140 นาโนกรัมต่อเดซิลิตร) จะสามารถได้ระดับฮอร์โมนในร่างกายที่เหมาะสมภายใน 13 สัปดาห์ และการใช้ยานี้อย่างต่อเนื่องไปจนถึง 52 สัปดาห์นั้น ไม่ได้ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ ในอาสาสมัครเลย ผู้วิจัยกล่าวว่า การที่ยานี้ไม่ได้ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบน่าจะเป็นเพราะยานี้ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายผ่านทางระบบทางเดินน้ำเหลืองจึงไม่ต้องผ่านตับ แต่ด้วยเหตุนี้เมื่อใช้ยาจึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีไขมันอย่างน้อย 15 กรัม ไปพร้อมกับยาเสมอ อาการข้างเคียงที่พบรายงานในการศึกษานี้ ได้แก่ สิว ปวดศีรษะ น้ำหนักตัวเพิ่ม ปริมาณเม็ดเลือดแดง (hematocrit) เพิ่ม อ่อนเพลีย และความดันโลหิตสูง แต่ทั้งหมดพบได้ค่อนข้างน้อย



ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins อาจช่วยป้องกันการเป็นนิ่วในไต



ได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือดมาก่อนในช่วงปี ค.ศ. 2009-2011 โดยติดตามผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาลดไขมันในเลือดและกลุ่มที่ไม่ได้รับยา โดยมี primary endpoint คือการเกิดนิ่วในไต ในจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด มีผู้ป่วย 48% ได้รับยาลดไขมันในเลือด และ 52% ไม่ได้รับยา ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins มีโอกาสเกิดนิ่วในไตน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (3.8% เทียบกับ 4.7%, $p < 0.01$) และมีค่า odd ratio (OR) 0.57; $p < 0.01$

Medscape Medical News: การศึกษาแบบย้อนหลังโดย Andrew Cohen ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะจาก the University of Chicago Medical Center เกี่ยวกับการเกิดนิ่วในไต พบข้อมูลที่น่าสนใจว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins นั้น อาจจะได้รับผลดีในแง่การป้องกันการเกิดโรคนี้ในไตได้

ข้อมูลการศึกษาก่อนหน้านั้นในผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูงจำนวน 57,000 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูงมักจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดนิ่วในไตมากขึ้น และพบเป็นครั้งแรกว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับยาลดไขมันในกลุ่ม Statins นั้น มีความเสี่ยงในการเกิดนิ่วในไตน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา Dr.Cohen และคณะจาก the North Shore University Health System จึงทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้นคือ 101,250 คน โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงแต่ยังไม่เคย

แม้ผลการศึกษาจะมีความน่าสนใจอยู่มาก แต่อาจจะต้องระวังข้อจำกัดของการศึกษาที่อยู่อายุ 2 ประการ นั่นคือ ผู้ป่วยที่ตรวจพบว่า มีระดับไขมันในเลือดสูง และได้รับยาอาจเพิ่มความระมัดระวังและดูแลสุขภาพของตนมากขึ้นจนอาจมีผลเปลี่ยนแปลงความเสี่ยงในการเกิดนิ่วก็ได้ และกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้มักจะมีระดับไขมันในเลือดไม่สูงมากนัก ผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูงมากอาจให้ผลการศึกษาที่แตกต่างจากนี้ไปได้

รับประทานถั่วเป็นประจำเพื่อสุขภาพและอายุที่ยืนยาว

New England Journal of Medicine: จากผลการศึกษาวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์อย่าง the New England Journal of Medicine ได้แสดงให้เห็นว่าการรับประทานถั่วประเภทต่าง ๆ เป็นประจำนั้น จะช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ โดยรวม (all-cause mortality) ได้อย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้รับประทานเลย

การศึกษานี้ติดตามดูพฤติกรรม การรับประทานอาหารประเภทถั่วของแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพทางสุขภาพที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย (เป็นชาย 42,498 คน และหญิง 76,464 คน) ติดตามไปแล้วกว่าประมาณหรือความถี่ของการรับประทานอาหารประเภทถั่วนั้นจะมีผลกับโอกาสการเสียชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ ได้หรือไม่ อย่างไร ซึ่งผลจากการศึกษาก็พบว่า

คนที่รับประทานถั่วเป็นประจำมีโอกาสที่จะเสียชีวิตจากโรคต่าง ๆ น้อยกว่าคนที่รับประทานน้อยกว่าหรือไม่รับประทานเลย โดยหากเปรียบเทียบโอกาสการเสียชีวิตจากโรคต่าง ๆ ของคนทั่วไปเท่ากับ 1 โอกาสเสียชีวิตของคนรับประทานถั่วน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ = 0.93, รับประทานถั่ว 1 ครั้ง/สัปดาห์ = 0.89, รับประทานถั่ว 2-4 ครั้ง/สัปดาห์ = 0.87, รับประทานถั่ว 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ = 0.85 และรับประทานถั่ว 7 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป = 0.80 ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่ามีความสำคัญทางสถิติชัดเจน ($p < 0.001$) และถ้าวิเคราะห์ดูกันเฉพาะกลุ่มโรค ก็พบว่ามีผลลดโอกาสเสียชีวิตชัดเจนในกลุ่มโรคหัวใจ มะเร็ง และโรคทางเดินหายใจ





การใช้ยา Fluticasone/Salmeterol ไม่เพิ่มความเสี่ยงของอาการหืดกำเริบรุนแรง

New England Journal of Medicine:

หลายปีที่ผ่านมา มีรายงานและผลการศึกษาขนาดใหญ่ 2 การศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดอาการหืดกำเริบรุนแรงในผู้ป่วยโรคหืดกับการใช้ยาในกลุ่ม long-acting beta-2 agonists (LABAs) ทำให้มีการถกเถียงกันอย่างกว้างขวางถึงความปลอดภัยในการใช้ยาในกลุ่มนี้ David A Stempel และคณะ จึงร่วมกันทำการศึกษาแบบ multicenter, randomized, double-blind trial เปรียบเทียบการเกิดอาการหืดกำเริบรุนแรงในผู้ป่วยที่ใช้ยา Salmeterol ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม LABAs ร่วมกับยา Fluticasone เทียบกับการใช้ยา Fluticasone เดี่ยว ๆ โดยใช้เวลาในการศึกษารวมทั้งสิ้น 26 สัปดาห์ มีอาสาสมัคร

เข้าร่วมการวิจัย 11,679 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ในระหว่างการศึกษามีการกำเริบเฉียบพลันของโรคหืดขึ้น 74 ครั้ง ในผู้ป่วย 67 ราย โดยมี 36 ครั้งเกิดขึ้นในกลุ่มที่ได้รับยา Fluticasone/Salmeterol และมี 38 ครั้งเกิดขึ้นในกลุ่มที่ได้รับ Fluticasone เดี่ยว ๆ เมื่อคำนวณ hazard ratio ในกลุ่มที่ได้รับยา Fluticasone/Salmeterol พบว่าเท่ากับ 1.03 (95% confidence interval 0.64-1.66) และพบว่าความเสี่ยงของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในกลุ่มนี้น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยา Fluticasone เดี่ยว ๆ ประมาณ 21% ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงอาจชี้ให้เห็นว่า การใช้ยา Salmeterol ร่วมกับยา Fluticasone ในแบบ fixed-dose combination นั้นไม่ได้ทำให้ความเสี่ยงของอาการหืดกำเริบรุนแรงเมื่อเทียบกับการใช้ยา Fluticasone เดี่ยว ๆ ยิ่งไปกว่านั้น การใช้ยา Fluticasone/Salmeterol ยังสามารถช่วยลดการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคหืดได้ดีกว่าการใช้ยา Fluticasone เดี่ยว ๆ อีกด้วย

ใช้ยาระงับอาการอุจจาระร่วงอย่างผิด ๆ อาจมีอันตรายถึงตาย

Medscape Medical News:

รายงานทางเภสัชกรรมล่าสุด พบยาระงับอาการอุจจาระร่วง Loperamide ซึ่งสามารถหาซื้อได้ง่ายตามร้านขายยาทั่วไป สามารถทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรงและเสียชีวิตได้หากนำไปใช้อย่างไม่ถูกวิธี

ยา Loperamide เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการบีบตัวของลำไส้ (intestinal peristalsis) ผ่านทางการกระตุ้น μ -opioid receptor ทำให้เกิดการยับยั้ง calcium channel และ calmodulin เดิมยานี้ถูกมองว่าทำให้เกิดอาการข้างเคียงค่อนข้างน้อย และไม่ทำให้เกิดอาการเสพติดเนื่องจากการดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดและสมองผ่านทางผนังลำไส้เล็กน้อย แต่จากรายงานล่าสุดเกี่ยวกับผู้ป่วย 2 รายที่มีประวัติการใช้ยา Loperamide และเสียชีวิต ทำให้เกิดความตื่นตัวเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยานี้นี้อย่างมาก ผู้ป่วยทั้ง 2 รายในรายงานดังกล่าว เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการเสพติดยาในกลุ่ม opioids ซึ่งเมื่อหยุดการใช้แล้วทำให้เกิดอาการถอนยาเกิดขึ้นและพยายามใช้ยา Loperamide เพื่อทดแทนอาการถอนจากฤทธิ์ยา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยา Loperamide

นั้นมีคุณสมบัติที่แตกต่างจากยาในกลุ่ม opioids ชนิดอื่น ๆ นั้นมีความเป็นพิษต่อการทำงานของหัวใจอย่างมาก จึงสามารถทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรงและภาวะอื่น ๆ เช่น ภาวะปอดและสมองบวม (pulmonary and cerebral edema) ปัสสาวะไม่ออก และล้มเหลวในขา เป็นต้น ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวรวมถึงรายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่า ควรต้องมีการควบคุมการเข้าถึงและวิธีการใช้ยา Loperamide ให้มีความเข้มงวดรัดกุมมากยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันการนำเอายานี้ไปใช้อย่างผิด ๆ และเกิดผลเสียขึ้นตามมา



อก.แบ่ทดสอบฟอร์มาลินในอาหารก่อนรับประทานหรือปรุง

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการ **เภสัชกรรม** กล่าวว่า จากการที่มีกลุ่มผู้ค้าที่ขายอาหารทะเลสด ผักสด เครื่องในสด นำสารฟอร์มาลินมาแช่อาหารเพื่อให้สดอยู่เสมอนั้น กรมอนามัยจึงได้มีการสุ่มตรวจอาหารทะเลในตลาดสด ล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2558 พบอาหารทะเลมีการปนเปื้อนสารฟอร์มาลินมากที่สุดคือ หมึกกรอบ รองลงมาคือ หมึกสด ซึ่งสารฟอร์มาลินนั้นเป็นสารเคมีชนิดหนึ่ง ในทางการแพทย์จะใช้ฟอร์มาลินในการดองศพไม่ให้เน่าเปื่อย ใช้ฆ่าเชื้อโรค ฆ่าเชื้อรา และทำความสะอาดห้องผู้ป่วย หากมีการรับประทานเข้าไปและสะสมเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้ หรือ



หากสัมผัสกับสารฟอร์มาลินโดยตรง หรือสูดดม จะทำให้ผิวหนังอักเสบ ผิวหนังอาจไหม้หรือเปลี่ยนเป็นสีขาวได้ เกิดการระคายเคืองที่ตา จมูก ระบบทางเดินหายใจ และถ้าหากรับประทานในปริมาณที่มากถึง 30-60 มิลลิกรัม จะทำให้เกิดอาการปวดท้องรุนแรง อาเจียน ท้องเดิน หดสติ และอาจเสียชีวิตได้

แม้ปัจจุบันจะมีการรณรงค์ไม่ให้มีการใช้ฟอร์มาลินมาแช่หรือดองอาหาร โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศฉบับที่ 93 พ.ศ. 2528 เรื่องวัตถุห้ามใช้ในอาหาร ผู้ใดละเมิดใส่ในอาหารต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ ฐานผลิตอาหารไม่บริสุทธิ์ แต่ก็ยังพบว่ามีการใช้กันอย่างแพร่หลาย

นพ.นพพร กล่าวอีกว่า การหลีกเลี่ยงสารฟอร์มาลินที่ปนเปื้อนในอาหารอาจจะเป็นเรื่องยาก ดังนั้น หากต้องซื้ออาหารทะเล หรือผักสดจากท้องตลาดทั่วไป ควรสังเกตลักษณะของอาหารว่ามีความสด ใหม่ แตกต่างจากปกติหรือไม่ และเพื่อให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น สามารถตรวจด้วยชุดทดสอบฟอร์มาลินในอาหารก่อนนำมาปรุงหรือรับประทาน ซึ่งชุดทดสอบฟอร์มาลินนี้ องค์การเภสัชกรรมได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สะดวกในการใช้งาน โดย 1 ชุดสามารถตรวจได้ 1 ตัวอย่าง ชุดทดสอบมีความไว สามารถตรวจได้ที่ระดับต่ำสุด 0.5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม (ppm) ทดสอบได้ง่ายด้วยตนเอง โดยเทน้ำแช่อาหารที่สงสัยลงในขวดหมายเลข 1 ประมาณ 1 ใน 3 ของขวด ปิดฝาเขย่าจนสารทดสอบละลายหมด แล้วเทของเหลวทั้งหมดลงในขวดหมายเลข 2 ปิดฝาเขย่าเล็กน้อย จากนั้นเทของเหลวทั้งหมดลงในขวดหมายเลข 3 ปิดฝาเขย่าเบา ๆ ให้ของเหลวเข้ากัน สังเกตสีที่เกิดขึ้น ถ้าของเหลวมีสีชมพูจนถึงสีแดง แสดงว่าน้ำมีฟอร์มาลินผสมอยู่

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เตือนระวังอันตรายปลอมปนยาแผนปัจจุบันในอาหารและเครื่องดื่ม

นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2556-2558 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ได้ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และหน่วยงานต่าง ๆ เฝ้าระวังการใช้ยาแผนปัจจุบันในอาหาร โดยเก็บตัวอย่างอาหารและเครื่องดื่มที่อาจจะมีการนำยาแผนปัจจุบันมาผสม จำนวนทั้งสิ้น 1,160 ตัวอย่าง ซึ่งในจำนวนนี้เป็นกาแฟสำเร็จรูปชนิดผง 391 ตัวอย่าง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 690 ตัวอย่าง เครื่องดื่ม 49 ตัวอย่าง และอาหารอื่น ๆ 30 ตัวอย่าง มีผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ **กาแฟสำเร็จรูปชนิดผง** จำแนกเป็น กลุ่มยาลดน้ำหนัก ตรวจวิเคราะห์ 304 ตัวอย่าง พบไซบูทรามิน 44 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 14.5 กลุ่มยารักษาโรคหอย่นสมรรถภาพทางเพศ ตรวจวิเคราะห์ 103 ตัวอย่าง พบ 27 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 26.2 โดยพบซิลденаฟิล 26 ตัวอย่าง และทาเดาลาฟิล 1 ตัวอย่าง กลุ่มยาเบนโซไดอะซีปีนส์ ตรวจวิเคราะห์ 155 ตัวอย่าง พบลอราซีแพม 1 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 0.6 **ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร** จำแนกเป็น

กลุ่มยาลดน้ำหนัก ตรวจวิเคราะห์ 609 ตัวอย่าง พบไซบูทรามิน 122 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 20 กลุ่มยารักษาโรคหอย่นสมรรถภาพทางเพศ ตรวจวิเคราะห์ 159 ตัวอย่าง พบ 69 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 43.4 โดยพบซิลденаฟิล 40 ตัวอย่าง ทาเดาลาฟิล 4 ตัวอย่าง ซิลденаฟิลร่วมกับทาเดาลาฟิล 20 ตัวอย่าง และซิลденаฟิลร่วมกับวาร์เดนาฟิล 5 ตัวอย่าง กลุ่มยาสแตียรอยด์ ตรวจวิเคราะห์ 51 ตัวอย่าง พบเดกซาเมทาโซน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 3.9 กลุ่มยาระบาย ตรวจวิเคราะห์ 197 ตัวอย่าง พบพินอล์ฟทาลิน 1 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 0.5 มีผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ตรวจพบว่ามียาแผนปัจจุบันถึง 2 กลุ่ม 2 ตัวอย่าง โดยพบไซบูทรามินร่วมกับทาเดาลาฟิล และไซบูทรามินร่วมกับพินอล์ฟทาลิน และ **เครื่องดื่ม** จำแนกเป็น กลุ่มยาสแตียรอยด์ ตรวจวิเคราะห์ 28 ตัวอย่าง พบเดกซาเมทาโซน 6 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 21.4

นพ.อภิชัย กล่าวต่อว่า การบริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มที่มียาแผนปัจจุบันผสมอยู่จะก่อให้เกิดอันตราย เพราะผลข้างเคียงของยาหรือปริมาณยาที่ได้รับเกินขนาด และอาจทำให้เสียชีวิตได้ เช่น ผู้ใช้ยาลดน้ำหนักที่มีการใช้ไซบูทรามินมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจวายและเส้นโลหิตในสมองแตก หรือผู้ใช้ยาลดความอยากอาหารที่มีการใช้เฟนฟลูรามีนอาจก่อให้เกิดภาวะความผิดปกติของลิ้นหัวใจ หรือผู้ใช้ยารักษาโรคหอย่นสมรรถภาพทางเพศอาจก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจ อาจมีอาการหัวใจวาย เส้นโลหิตในสมองแตก สำหรับอาหารที่มีการผสมยาแผนปัจจุบันจัดว่าเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์และจะถูกระงับการจำหน่าย



อย.ห้ามขายยาผ่านเว็บไซต์

ผู้บริโภคมีความผิด ผู้บริโภคมีความเสี่ยง



ภก.ประพนธ์ อางตระกูล รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา และในฐานะโฆษก อย. กล่าวว่า สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ตรวจสอบเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับโฆษณาและขายผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านทาง Social media เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558-วันที่ 31 มีนาคมที่ผ่านมา พบว่ามีโฆษณาและขายผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 174 เรื่อง จัดเป็นผลิตภัณฑ์ยา 35 เรื่อง ซึ่งมีการดำเนินการแล้วทุกเรื่อง เช่น ทำหนังสือแจ้ง ปิดเว็บไซต์ไปที่กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เจาะรายที่เข้าข่ายความผิดตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 ม.14(1) และ ม.20 แจ้งระงับโฆษณาและเปรียบเทียบปรับ รวมถึงส่งเรื่องให้กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.) เพื่อสืบหาผู้กระทำความผิดเพื่อขยายผลไปยังแหล่งผลิตและจำหน่ายต่อไปด้วย

ภก.ประพนธ์ กล่าวอีกว่า ยาถือเป็นสินค้าที่ไม่ใช่สินค้าทั่วไป ไม่อนุญาตให้ขายในเว็บไซต์ หรือนอกสถานที่ขายยาได้ โดยผู้ที่ขายยาต้องมีใบอนุญาต ต้องจำหน่ายโดยเภสัชกรเท่านั้น และหากต้องการโฆษณาขายยาต้องได้รับอนุญาตก่อน ซึ่งกฎหมายยังกำหนดประเภทของยาไว้ชัดเจน เช่น ห้ามโฆษณาขายยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ การขายยาควบคุมพิเศษต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ ยกเว้นเฉพาะการขายยาสามัญประจำบ้านเท่านั้นที่ไม่ต้องมีใบอนุญาตขายยา ซึ่งการกระทำผิดจากการขายยามีหลายกรณี เช่น ขายยาแผนปัจจุบันโดยไม่ได้รับอนุญาตมีโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือการโฆษณาโดยไม่ได้รับอนุญาตมีโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท เป็นต้น ทั้งนี้วัตถุประสงค์ของการขายยาในสถานประกอบการที่ได้รับการอนุญาต เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองความปลอดภัย จึงต้องมีเภสัชกรประจำร้านในการซักถามประวัติการแพ้ยา เป็นต้น เพราะฉะนั้น จึงไม่ควรซื้อขายตามอินเทอร์เน็ต หรือทางเว็บไซต์ต่าง ๆ เพราะเสี่ยงทั้งได้รับยาปลอม ยาไม่มีคุณภาพ หรือได้รับผลข้างเคียงจากยาจนอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้



น.ต.นพ.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กรม สบส.) กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากการประชุมพิจารณาหรือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ นายกแพทยสภา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหน่วยงานอื่น ๆ ที่ประชุมได้เห็นชอบให้มีการรื้อร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยเซลล์ทางการแพทย์ พ.ศ. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และร่างพระราชบัญญัติเซลล์บำบัด พ.ศ. ของแพทยสภา เนื่องจากมีเนื้อหาที่ใกล้เคียงสอดคล้องกัน โดยให้ใช้ชื่อว่าร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยเซลล์บำบัด พ.ศ. ซึ่งร่างกฎหมายฉบับนี้ได้บูรณาการอำนาจของหน่วยงานด้านสุขภาพที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับมาตรฐานความปลอดภัย 4 หน่วยงานไว้ด้วยกัน ได้แก่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และแพทยสภา มีทั้งหมด 8 หมวด และบทเฉพาะกาล รวม 59 มาตรา

สบส.จับมือ 3 หน่วยงาน กล่อร่างกฎหมายควบคุม การใช้เซลล์บำบัด

ครอบคลุมการให้บริการและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเซลล์บำบัดทุกรูปแบบ

สาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยเซลล์บำบัด พ.ศ. นั้น ครอบคลุมการให้บริการ 4 ประเภท คือ 1. การใช้เซลล์เพื่อการบำบัดรักษา 2. ห้องปฏิบัติการเซลล์สำหรับใช้เตรียมเซลล์ ซึ่งรวมถึงการใช้หุ่นยนต์เตรียมเซลล์ด้วย 3. สถานที่จัดเก็บ รับฝากเซลล์มนุษย์ที่มีชีวิต หรือธนาคารเซลล์ เพื่อใช้บำบัดหรือทำเป็นผลิตภัณฑ์เซลล์ และ 4. กระบวนการอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการประกาศ กำหนดให้กระทำโดยแพทย์หรือทันตแพทย์เท่านั้น และดำเนินการในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และต้องขึ้นทะเบียนต่ออายุทุก 5 ปี

นอกจากนี้ได้กำหนดข้อห้ามอันจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิด หรือเกิดอันตรายต่อประชาชน อาทิ ห้ามบุคคลที่มีไข้ แพทย์หรือทันตแพทย์ให้บริการเกี่ยวกับเซลล์บำบัด ห้ามโฆษณาหรือประกาศโดยใช้ข้อความอันเป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินความจริง ห้ามมีนายหน้าเรียกรับผลประโยชน์ในการชี้ช่องทางในการให้บริการ หากผู้ขึ้นทะเบียนหรือผู้ดำเนินการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้จะถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียน และกำหนดบทลงโทษผู้ฝ่าฝืน มีตั้งแต่จำคุกตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 10 ปี ปรับตั้งแต่ 2,000 บาท จนถึง 3,000,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

กรมควบคุมโรค เร่งนำวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมาใช้ในไทย เตรียมเริ่มในกลุ่มเป้าหมาย 4 แสนคนทั่วประเทศ

นพ.อานวย กาจีนะ อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า การประชุมคณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ภายใต้คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ ซึ่งเป็นคณะอนุกรรมการที่กำหนดชนิดวัคซีนและตารางการให้วัคซีนที่เหมาะสมสำหรับประชากรไทย ได้มีมติเห็นชอบแนะนำให้ให้นำวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมาใช้ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยเร็ว เนื่องจากเป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานำร่องในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าได้รับการยอมรับจากผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายในเกณฑ์ดี ไม่มีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง และไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่



ที่ผ่านมากรมควบคุมโรคได้เร่งรัดดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ล่าสุดได้เสนอเรื่องนี้ไปยังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ในฐานะเลขานุการอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อให้พิจารณานำวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกอยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากหน่วยบริการจะสามารถใช้วัคซีนได้เฉพาะที่อยู่ภายใต้บัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ และได้ประสานไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อพิจารณาเตรียมการวางแผนสนับสนุนวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในโอกาสที่เหมาะสมโดยเร็ว และให้ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายได้รับการป้องกันจากโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งขณะนี้ สปสช. ได้จัดทำคำของบประมาณปี 2560 เพื่อรองรับการให้บริการวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องมีการบรรจุวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในบัญชียาหลักแห่งชาติเสียก่อน นอกจากนี้ยังจะหารือเรื่องวัคซีนอื่น ๆ ที่จะนำเข้ามาในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เช่น วัคซีนโรคตา เป็นต้น

นพ.อานวย กล่าวอีกว่า คาดว่าประเทศไทยจะนำวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมาใช้ทั่วประเทศในระยะอันใกล้ และวัคซีนชนิดนี้สามารถเริ่มให้ได้ตั้งแต่อายุ 9 ปี สำหรับประเทศไทยคณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแนะนำให้ฉีดในเด็กหญิงที่กำลังเรียนอยู่ชั้น ป.6 ซึ่งถือเป็นวัยที่เหมาะสมที่สุดในการได้รับวัคซีน และสอดคล้องตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก โดยฉีด 2 เข็ม ห่างกัน 6 เดือน กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กนักเรียนหญิงประมาณ 400,000 คนทั่วประเทศ

สร.ส่วแพทย์ เกสัชกร กันตแพทย์ บรรจุใหม่ ลงเขตสุขภาพปี 59 ทั่วประเทศ 3,045 คน

นพ.โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข เปิดอบรมปฐมนิเทศและเลือกสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2558 และทำสัญญาชดใช้ทุนกับกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3,045 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2,075 คน ทันตแพทย์ 620 คน และเภสัชกร 350 คน เพื่อเตรียมความพร้อม สร้างความเข้าใจนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ก่อนลงพื้นที่เขตสุขภาพทั้ง 12 เขต และกรุงเทพมหานคร โดยเริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

นพ.โสภณ กล่าวว่า รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้เกิดการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยนำอักษรย่อชื่อกระทรวงสาธารณสุข คือ MOPH มาใช้ปลูกฝังค่านิยม 4 ด้านให้เกิดขึ้นในบุคลากรทุกคน ได้แก่ 1. Mastery คือมีภาวะผู้นำ เป็นนายของ

ตัวเอง ควบคุมตนเองได้ 2. Originality สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ด้วยการกำหนดนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน 3. People-Centered Approach ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการบริการ และ 4. Humility มีความอ่อนน้อมถ่อมตน ทำงานเพื่อประชาชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P Excellence), การจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence), การพัฒนาคน (People Excellence) และระบบบริหารจัดการที่มีคุณธรรม (Governance Excellence) ให้คุณค่าผู้ปวยด้วยการ “เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง”

“กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาคุณภาพระบบบริการ ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล อย่างไรก็ตาม ปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การกระจายตัวและกระจุกตัวของบุคลากรในแต่ละพื้นที่ยังมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร แต่ทั้ง 3 วิชาชีพถือเป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับเกียรติให้ไปดูแลประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ขอให้ทำงานโดยยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก ทำแล้วประชาชนได้ประโยชน์อะไร ต้องปรับตัวและยอมรับความแตกต่างของผู้ร่วมงานที่เป็นสหวิชาชีพ ปัจจุบันนี้ไม่มีพื้นที่ในประเทศไทยที่ลำบากเกินจะไปได้ จากความเจริญของการคมนาคมและการสื่อสารที่ดี ติดตามข่าวสารได้พร้อมกับคนในเมืองใหญ่ โดยผู้บริหารทุกระดับจะเอาใจใส่และให้การดูแลสนับสนุน” **นพ.โสภณ** กล่าว



อาการทางจิตเวชกับโรคมะเร็ง

มีการสังเกตกันมานานแล้วว่า ก่อนคนไข้หลายรายจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง คนไข้เหล่านี้มักจะมีอาการทางด้านจิตเวชนำมาก่อน อาทิ เครียด ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่ค่อยสบายในจิตใจ ฯลฯ

อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็งหรือไม่ ว่าเป็นต้นเหตุหรือเป็นผลของมัน ก็ยังเป็นที่ยสงสัยและพิสูจน์กันได้ยาก มีนักวิจัยหลายกลุ่มสนใจศึกษาและหนึ่งในนั้นคือ การวิจัยที่กำลังจะนำมาเล่าสู่กันฟังครับ

คุณหมอดงเฮา ลู (Donghao Lu) แห่งสถาบันคาโรลินสกา สต็อกโฮล์ม ประเทศสวีเดน (Karolinska Institute, Stockholm, Sweden) หัวหน้าคณะวิจัยทำการศึกษานี้ครับ คุณหมอเก็บข้อมูลคนที่เกิดในสวีเดนและใช้ชีวิตอยู่ในประเทศนี้ระหว่างปี ค.ศ. 1990-2010 มาศึกษา พบว่าในจำนวนนี้มีคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง 326,404 คน นำมาเปรียบเทียบกับอีกกลุ่มหนึ่งที่มีปัจจัยต่าง ๆ ทัดเทียมกันแต่ไม่เป็นมะเร็ง เฝ้าติดตามข้อมูลคนเหล่านี้ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 2 ปี และติดตามต่อไปอีก 10 ปี แล้วนำมาวิเคราะห์ (ดูรายละเอียดได้จาก online April 28, 2016, JAMA Oncology)



ในจำนวนคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทั้งหมดพบว่า มีอาการทางด้านจิตเวชนำมาก่อน 3,355 คน ส่วนอีก 10,296 คนมีอาการทางจิตเวชหลังการวินิจฉัย ข้อมูลนี้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มคนที่ไม่เป็นมะเร็งพบว่า อัตราการมีอาการทางจิตเวชสูงกว่าปกติประมาณ 10% และแน่นอนอาการทางจิตเวชจะชุกหลังได้รับการวินิจฉัยภายใน 1 สัปดาห์ แล้วจากนั้นจะลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเวลาผ่านไป แต่ก็ยังคงมีอัตราที่สูงกว่าประชากรปกติทั่วไป

คุณหมอดงเฮา สังเกตว่า ในกลุ่มที่เป็นมะเร็งจะมีการใช้ยาจิตเวชเพิ่มกว่าปกติในช่วง 1 เดือนก่อน



ได้รับการวินิจฉัย และอัตราการใช้ยาจิตเวชยังคงสูงกว่าคนทั่วไปโดยเราอย่างยิ่งสูงสุดตอน 3 เดือนหลังการวินิจฉัย แต่ภาพรวมของการใช้ยาจิตเวชจะค่อย ๆ ลดลง (แม้จะยังสูงกว่าคนทั่วไปอยู่ดี) จนหลังการวินิจฉัยได้แค่ 2 ปี

คุณหมอดงเฮา กล่าวว่า ไม่ได้แปลกใจที่พบข้อมูลการใช้ยาจิตเวชเป็นเช่นนี้ เพราะหลาย ๆ การวิจัยก่อนหน้านี้ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน คุณหมอบอกว่า อาการทางอารมณ์อย่างเช่น ซึมเศร้าหรือเครียดอาจเป็นผลมาจากการพยายามตรวจวิเคราะห์ว่าเป็นโรคมะเร็งหรือไม่ กระบวนการตรวจอาจเป็นต้นเหตุของความกดดันทางอารมณ์ คุณหมอบอกว่า 'ไม่ว่าจะในคนที่ไม่เป็นมะเร็งที่ยังไม่กระจายหรือมะเร็งที่กระจายแล้ว ความเครียด/อารมณ์แปรปรวนไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ที่แน่ ๆ กระบวนการของการพยายามตรวจพิสูจน์ว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ นำมาซึ่งความเครียดอย่างมากแก่คนไข้ และยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้วย

ในอีกฟากฝั่งหนึ่งของโลก ดร.คาเรน ไชร์จาลา (Karen Syrjala) แห่งศูนย์โรคมะเร็งเฟรด ฮัทชินสัน (Fred Hutchinson Cancer Research Center) วอชิงตัน สหรัฐอเมริกา กล่าวว่า ผลการวิจัยชิ้นนี้สะท้อนสิ่งที่ ดร.คาเรน พบในคนไข้ของเธอเอง ดร.คาเรน บอกว่าคนไข้หลายรายรู้สึกได้ก่อนตรวจพบมะเร็งว่า มีอะไรบางอย่างเกิดขึ้นในร่างกายของเขา ไม่ว่าจะเป็นความเหนื่อยล้า หรือผลพวงของการอักเสบภายในร่างกาย สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์/ความเครียดให้ผู้ป่วยรับรู้และรู้สึกได้ ดร.คาเรน ก็ไม่แปลกใจที่คนไข้จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ต่อเนื่องยาวนานภายหลังทราบว่าเป็นมะเร็ง เพราะการเป็นมะเร็งเปลี่ยนแปลงชีวิตคนคนนั้นอย่างชนิดหน้ามือเป็นหลังมือ

ดร.คาเรน กล่าวอีกว่า การเป็นมะเร็งทำให้บุคลิกของคนไข้เปลี่ยนไป และเป็นที่ ๆ คนอื่น ๆ เห็นได้ง่าย แต่ความแปรปรวนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ยาก มันละเอียดอ่อนลึกซึ้งและซ่อนอยู่ภายใน แต่มันเป็นเรื่องใหญ่ และสำหรับ ดร.คาเรน แล้ว การมีจิตใจที่เข้มแข็งจะช่วยปรับตัวปรับใจกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระได้ดียิ่งขึ้น

ครับ ความเครียด ความเศร้า จะเป็นต้นเหตุของมะเร็งหรือไม่ คงยากที่จะยืนยัน แต่ถ้าไม่เครียด ไม่เศร้า จะเป็นหรือไม่เป็นมะเร็ง คุณภาพชีวิตน่าจะดีกว่ากันมากนะครับ



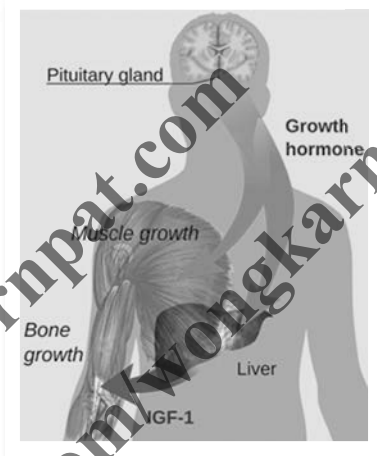
โกรทฮอร์โมน (Growth Hormone)

จากกระแสการใช้โกรทฮอร์โมน (Growth Hormone) ในการเสริมสร้างร่างกายของนักกีฬา และนักเพาะกาย จนในวงการกีฬาต้องนำมาเป็น ประเด็นในการตรวจเช็คการใช้ฮอร์โมนนี้ในการ แข่งขันกีฬา เพื่อไม่ให้เกิดการได้เปรียบกันในการ แข่งขัน จนทำให้มีข่าวของนักกีฬาที่มีชื่อเสียงที่มี การโดนปรับหรือมีการลงโทษกันมากมาย

โกรทฮอร์โมน คือ ฮอร์โมนหลักที่ผลิตจาก ต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) ทำหน้าที่ควบคุม การเจริญเติบโตและการทำงานของอวัยวะทุกส่วน ของร่างกาย การสร้างเซลล์ใหม่ การทำงานของ ระบบสมอง และการทำงานของเอนไซม์

โกรทฮอร์โมน หรือ GH (Growth Hormones)⁽¹⁾ มีโปรตีนที่มีกรดอะมิโนอยู่มากมาย ถึง 191 โมเลกุล ในแต่ละช่วงอายุก็จะมีกรหลั่ง ไม่เท่ากัน แต่ฮอร์โมนตัวนี้จะสามารถหลั่งได้ตลอด ชีวิต โดยระดับการหลั่งจะหลั่งออกมาเป็นพีคๆ ในช่วงวัยเจริญเติบโตหรือวัยเจริญพันธุ์ และเริ่ม น้อยลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา โดยระดับของโกรทฮอร์โมน จะลดต่ำลงเมื่ออายุมากขึ้น คือจะลดลง 14% ทุก 10 ปี แต่ก็อาจมีปัจจัยอื่นที่สามารถส่งผล กระทบต่อการหลั่งที่น้อยลงของโกรทฮอร์โมน เช่น โภชนาการอาหาร ความเครียด การนอนหลับ การออกกำลังกาย น้ำหนัก

การขาดโกรทฮอร์โมนมีผลทำให้เกิดการ แก่ชรา และโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับความชรา มีผลต่อการลดลงของสมรรถนะ และการเคลื่อนไหว ของร่างกายอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การเพิ่มโกรท ฮอร์โมนเป็นหนทางในการเพิ่มความอ่อนเยาว์ และ คืนความกระชุ่มกระชวยให้แก่ร่างกาย จึงจัดเป็น กลุ่ม anti-aging หรือสารชะลอวัย⁽¹⁾



รูปที่ 1 การหลั่งโกรทฮอร์โมนของร่างกาย⁽²⁾

การทำงานของโกรทฮอร์โมน^(1,3)

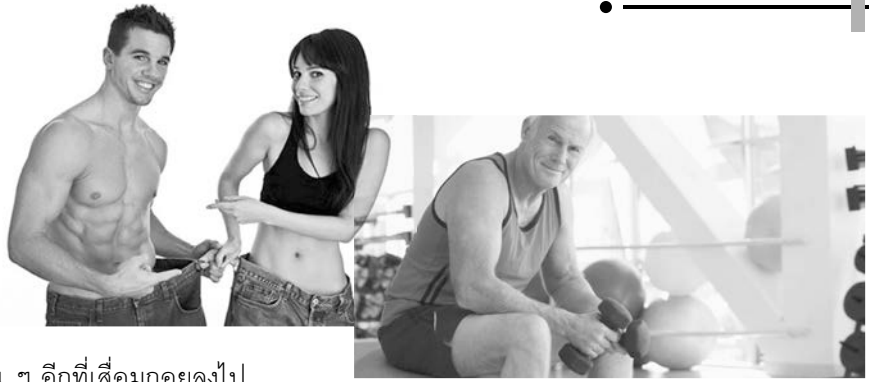
โกรทฮอร์โมนที่ร่างกายหลั่งออกมาจะถูกส่งไปยังตับเพื่อเปลี่ยนเป็น สารคล้ายอินซูลิน (Insulin-like growth factor-1 หรือ IGF-1) หรือโซมาโตเมดิน (Somatomedin) นำไปใช้ในร่างกายเพื่อเสริมสร้างเนื้อเยื่อ

จากการวิจัยจากวารสารทางการแพทย์นิวอิงแลนด์ (New England) พบว่า การทดลองให้คนอายุ 65 ปี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับ HGH และ กลุ่มที่ไม่ได้รับ HGH ผลคือ กลุ่มที่ได้รับ HGH ทำให้ผมที่เคยหงอกลดลง ผมเริ่มกลับมามีความหนาขึ้น ในบางรายมีการลดลงของรอยเหี่ยวย่นบนใบหน้าและ ตามร่างกาย อีกทั้งมีสมรรถภาพทางเพศที่เพิ่มขึ้นด้วย ความเสื่อมจากความชรา ลดลง ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับ HGH จะมีความชราตามปกติโดยไม่มีการฟื้นฟูที่ดีขึ้น

ปัญหาจากการที่ร่างกายขาดโกรทฮอร์โมน^(1,3)

ผมเริ่มหงอก ร่วง หรือผมบางจนเกือบล้าน ผิวหนังจะขาดความยืดหยุ่น ไม่ชุ่มชื้น ผิวแห้ง มีริ้วรอยเกิดขึ้น และเริ่มเหี่ยวเฉา เพราะคอลลาเจนที่ช่วยทำ

ผิวเต่งตึงเริ่มลดน้อยลง สายตาจะเริ่มเปลี่ยน
ความเปลี่ยนแปลงที่พบได้คือ เริ่มมีปัญหา
สายตาวาว อ่านหนังสือใกล้ ๆ จะเหมือน
กล้องที่ไม่โฟกัส และยิ่งอายุเพิ่มขึ้น สายตาก็
จะฝ้าฟางขึ้นเรื่อย ๆ รวมถึงระบบการเผาผลาญ
การได้ยิน ความจำ กล้ามเนื้อ ฮอริโมน และอื่น ๆ อีกที่เสื่อมถอยลงไป



ประโยชน์ของโกรทฮอร์โมน⁽¹⁻⁴⁾

- ช่วยลดไขมันและช่วยลดน้ำหนัก ช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ
- มีผลคล้ายยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressant) และไม่มีผลข้างเคียง
ช่วยลดความเครียด มีสมาธิมากขึ้น ฟันฟูความจำ และเพิ่มความ
สามารถในการเรียนรู้
- ช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านกล้ามเนื้อ ช่วยเสริมกล้ามเนื้อ และ
เพิ่มความคงทนในการออกกำลังกาย
- ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของผิว ช่วยให้ผิวเรียบเนียนขึ้นเหมือนดัง
ผิวของคนหนุ่มสาว ทั้งยังช่วยเพิ่มความชุ่มชื้น ลดรอยเหี่ยวย่น
บนผิวหนังและตามร่างกาย ลดรอยตีนกา ช่วยฟื้นฟูให้กลับมา
หนุ่มสาว
- มีผลช่วยต้านภาวะกระดูกพรุน และช่วยเพิ่มความหนาแน่นของ
มวลกระดูก
- ช่วยกระตุ้นการสูบฉีดเลือดของหัวใจ (Cardiac output) ทำให้
กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น ออกกำลังกายได้มากขึ้น ลดภาวะ
ความดันโลหิตสูง ปรับสมดุลของคอเลสเตอรอล ช่วยบรรเทาอาการ
ของโรคหัวใจ
- ช่วยให้การหายของบาดแผลเร็วขึ้น เพราะไปช่วยกระตุ้นให้มี
การสังเคราะห์คอลลาเจนซึ่งเป็นสารที่ช่วยฟื้นฟูบาดแผล สร้าง
เนื้อเยื่อให้ประสานกัน เนื้อเยื่อจะแข็งแรงขึ้น ผิวหนังยืดหยุ่นได้ดี
ช่วยทำให้บาดแผลหายเร็วขึ้น อีกทั้งฟื้นฟูการยึดติดของกระดูก
ในผู้ป่วยกระดูกหัก ในผู้ป่วยบาดแผลจากไฟไหม้ขั้นรุนแรงและ
แผลจากการผ่าตัดได้ผลดี แผลหายเร็วขึ้น

โดยปกติโกรทฮอร์โมนจะหลั่งออกมา
เฉพาะในตอนที่เราหลับลึกเท่านั้น ช่วงที่เที่ยงคืน
จนถึงตีหนึ่งครึ่ง หลังจากหลับไปแล้ว 1 ชั่วโมง
ดังนั้น ถ้าหลับหลังตีหนึ่งเราจะไม่ได้รับโกรทฮอร์โมนเลย
ดังนั้น การหลับที่ถูกต้องคือ หลับตั้งแต่สี่ทุ่มเพราะ
กว่าจะหลับลึกต้องใช้เวลาไม่ต่ำกว่าชั่วโมง และ
ปริมาณโกรทฮอร์โมนจะลดลงหรือถูกทำลายไปเมื่อ
มีน้ำตาลสูง ดังนั้น ก่อนนอนจึงไม่ควรบริโภคอาหาร
ที่มีน้ำตาล หรือคาร์โบไฮเดรต

ดังนั้น ข้อปฏิบัติตัวที่กล่าวมาแล้วนั้น
จะช่วยให้เราได้โกรทฮอร์โมนและใช้ได้อย่างมี
ประสิทธิภาพสูงสุดได้ แต่ถ้าต้องการเสริมโกรท
ฮอร์โมนควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ



เอกสารอ้างอิง

1. โกรทฮอร์โมน (Growth hormones) คืออะไร. <http://www.oknation.net/blog/30uphealthclub/2014/12/16/entry-1>
2. http://www.oknation.net/blog/home/user_data/file_data/201412/16/700527d81.jpg
3. HGH หรือฮอริโมนเจริญวัยคืออะไร?. <http://www.biospray-today.com/index.php/component/content/article/34-demo-category/58-what-is-hgh>
4. โกรทฮอร์โมน (HGH/Human growth hormone) คือ. <http://www.growthhormoneplus.com/โกรทฮอร์โมน-hgh-คือ/>

ผลกระทบทางสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้า



ในช่วงไม่กี่ปีมานี้มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่สำหรับผู้นิยมสูบบุหรี่ชนิดใหม่ขึ้นมาที่เรียกว่า บุหรี่ไฟฟ้า (electronic cigarettes หรือ e-cigarettes) หลายคนมองว่า บุหรี่ไฟฟ้านั้นเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่แต่ยังไม่สามารถเลิกได้สนิท และหลายคนเชื่อว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้านั้นมีความปลอดภัย และลดโอกาสของการเกิดโรคมะเร็งหรือโรคอื่น ๆ ในผู้ที่สูบบุหรี่ได้ ทราบหรือไม่ว่าความคิดหรือความเชื่อดังกล่าวนั้นไม่ใช่ข้อมูลที่ถูกต้อง

บุหรี่ไฟฟ้าคืออะไร? บุหรี่ไฟฟ้าหรือ e-cigarettes นั้นเป็นหนึ่งในกลุ่มอุปกรณ์สำหรับสูบสารนิโคตินหรือที่เรียกว่า electronic nicotine delivery system (ENDS) ซึ่งมีอยู่หลายรูปแบบ เช่น แบบปากกา (e-pens), แบบไปป์ (e-pipes), ฮุกกา (e-hookah), ซิการ์ (e-cigs) หรือแม้แต่บารากุ (baraku) ทั้งหมดมีลักษณะการทำงานที่คล้ายกันคือ การปล่อยสารนิโคตินผสมผ่านออกมาพร้อมกับไอน้ำ เพื่อสูดเข้าไปสู่ทางเดินหายใจและปอดโดยมากแล้วไอน้ำที่ผลิตขึ้นมักอาศัยพลังงานจากแบตเตอรี่ แต่ในกรณีของบารากุอาจใช้ความร้อนประเภทอื่น ๆ หรือไฟฟ้าก็ได้

การเสพติดนิโคตินจากบุหรี่ไฟฟ้า ด้วยความที่บุหรี่ไฟฟ้านั้นแม้จะไม่ใช่บุหรี่จริง ๆ แต่ก็บรรจุสารนิโคตินซึ่งเป็นสารชนิดเดียวกับในบุหรี่ ดังนั้น การสูบบุหรี่ไฟฟ้าจึงไม่ใช่ และไม่ช่วย ในการเลิกสูบบุหรี่ ตรงกันข้าม ผู้บริโภคบุหรี่ไฟฟ้าที่เข้าใจว่า บุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่จริง อาจเพิ่มปริมาณการสูบที่มากขึ้น และยังทำให้ปริมาณนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมอีกด้วย ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีอาการเสพติดสารนิโคตินซึ่งในบางครั้งอาจมากกว่าการเสพติดนิโคตินจากบุหรี่เสียด้วย ทำให้โอกาสสำเร็จในการเลิกบุหรี่ยิ่งลดลงไปอีก นอกจากนี้จากข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกาก็ยังพบอีกด้วยว่า ผู้ที่หันมาใช้บุหรี่ไฟฟ้าประมาณร้อยละ 76.8 ก็ยังสูบบุหรี่จริงอยู่แม้จะหันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้ว นั่นหมายความว่าผู้สูบยังคงได้รับสารนิโคตินเข้าสู่ร่างกายอยู่ตลอดและอาจมากขึ้นกว่าเดิม

บุหรี่ไฟฟ้ากับความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่า บุหรี่นั้นมีสารก่อมะเร็ง (carcinogens) อยู่มากมายหลายชนิด ดังนั้น ผู้สูบบุหรี่อยู่จำนวนไม่น้อยจึงหันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้าแทน โดยหวังว่าจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ แต่ในความเป็นจริงแล้ว แม้แต่ในบุหรี่ไฟฟ้าเองก็มีสาร

ก่อมะเร็งบรรจุอยู่ด้วยหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สารฟอร์มัลดีไฮด์ (formaldehyde) และสารป้องกันการแข็ง (antifreeze) ยิ่งไปกว่านั้นในปัจจุบันที่มีการออกแบบบุหรี่ไฟฟ้าให้มีหลายกลิ่นและรสชาติแตกต่างกันไปมากมายกว่า 7,000 ชนิด สารเคมีที่ผสมลงไปจึงมีหลากหลาย และอาจเพิ่มโอกาสของการเกิดมะเร็งได้อย่างมาก

การบริโภคเกินขนาดอาจทำให้เกิดพิษร้ายถึงตาย เนื่องจากสารนิโคตินที่บรรจุอยู่ในบุหรี่ไฟฟ้านั้นเป็นชนิดละลายในน้ำเพื่อทำเป็นไอน้ำสำหรับสูด ดังนั้น ความเข้มข้นของสารนิโคตินที่บรรจุจึงค่อนข้างมาก และหากมีการรับประทานน้ำยาที่โดยบังเอิญหรืออุบัติเหตุ อาจทำให้ร่างกายได้รับสารนิโคตินเกินขนาด และเกิดพิษ เช่น คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง อาการชัก หรือ กัดกร่อนหายใจจนเสียชีวิตได้ ดังที่เคยมีรายงานการเกิดพิษจากสารนิโคตินนี้ขึ้นหลายครั้งในสหรัฐอเมริกา โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในครอบครัวที่มีเด็ก และเด็กพลอรับประทานน้ำยาในบุหรี่ไฟฟ้าเข้าไป

กลุ่มผู้สูบบุหรี่มือสองก็อาจได้รับผลกระทบเมื่อไม่นานมานี้ได้มีการศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสารเคมีต่าง ๆ ที่ปะปนในอากาศบริเวณที่มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และพบว่าในอากาศเหล่านั้นก็มีสารเคมีต่าง ๆ รวมถึงสารก่อมะเร็งจากบุหรี่ไฟฟ้าปะปนในปริมาณที่สูงเช่นเดียวกัน ซึ่งหมายความว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ก็มีโอกาสที่จะได้รับสารเหล่านี้เข้าสู่ร่างกายผ่านการสูบบุหรี่ (ไฟฟ้า) มือสองเช่นเดียวกัน ถึงแม้ในปัจจุบันยังไม่ปรากฏหลักฐานว่าสารเหล่านี้ทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเพิ่มโอกาสการเป็นโรคมะเร็งด้วยหรือไม่ แต่ก็ต้องฝากถึงกลุ่มคนเหล่านี้ที่ตกอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นด้วย

ในปัจจุบันข้อมูลทางการแพทย์ล่าสุดที่ออกมา ยังไม่สนับสนุนความคิดที่จะนำเอาบุหรี่ไฟฟ้ามาใช้เพื่อการรักษาอาการติดบุหรี่ และยังแนะนำว่าไม่ควรนำเอาบุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภทมาใช้จนกว่าจะได้มีการศึกษารวบรวมข้อมูล และควบคุมส่วนประกอบต่าง ๆ ที่จะนำมาใส่ไว้ในบุหรี่ไฟฟ้าให้มีความปลอดภัยเสียก่อน





หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ
เภสัชกรรม

เรื่อง ข้อมูลความปลอดภัยของยากลุ่ม proton pump inhibitors (PPIs): ข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวทางการนำไปใช้สำหรับเภสัชกร

รหัส 0001-1-000-003-05-2559

จำนวน 1.5 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง

วันที่รับรอง 1 พฤษภาคม 2559

วันที่หมดอายุ 30 เมษายน 2560

โดย ดร.ภก.ประยุทธ ภูวรรตนาวิวิธ

ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วัตถุประสงค์

1. ทราบข้อมูลความปลอดภัยของยากลุ่ม proton pump inhibitors
2. สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากยากลุ่ม proton pump inhibitors แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

บทคัดย่อ

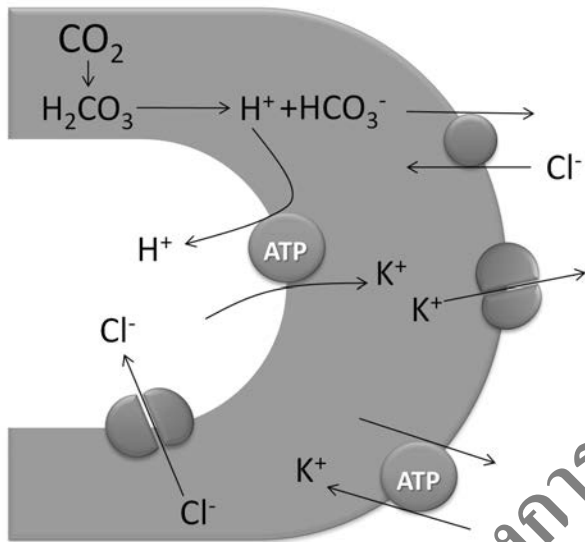
Proton pump inhibitor (PPIs) เป็นยาลดกรดที่มีการใช้แพร่หลายในปัจจุบัน กลไกการออกฤทธิ์ของยา คือ ยับยั้งเอนไซม์ H^+/K^+ ATPase ที่ parietal cell โดยเกิด disulfide covalent bond ทำให้ยับยั้งเอนไซม์ได้อย่างถาวร PPIs มีข้อบ่งใช้สำหรับรักษาความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารส่วนบนในหลายกรณี ได้แก่ โรคหลอดอาหารอักเสบ ชนิดปานกลางถึงรุนแรง แผลในกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น ภาวะที่ร่างกายมีการหลั่งกรดสูง โรค Zollinger-Ellison Syndrome ใช้เป็นยาร่วมกับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในการกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* ใช้สำหรับบรรเทาอาการกรดไหลย้อน และใช้ป้องกันอาการอันไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารจากการใช้ยา non-steroidal anti-inflammatory drug ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน โดยมีระยะเวลาการรักษารวมยาวนานประมาณ 4-8 สัปดาห์ โดยจะต้องประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้ยาทุก ๆ 2-4 สัปดาห์ ในแง่ความปลอดภัย ยากลุ่ม PPIs ก่อนข้างมีอาการข้างเคียงน้อย และ

เป็นอาการที่ไม่รุนแรง แต่ข้อมูลจากการศึกษาทางคลินิกในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า มีรายงานการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ในกรณีที่ใช้ยากลุ่ม PPIs ติดต่อกันยาวนานมากขึ้น ดังนั้น เภสัชกรจึงต้องทราบข้อมูลดังกล่าวและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้อย่างเหมาะสม

บทนำ

กลุ่มอาการ dyspepsia โรค gastroesophageal reflux disease (GERD) และโรค peptic ulcer เป็นกลุ่มอาการและโรคของระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่พบบ่อยในประชากรทั่วโลก กลไกการเกิดโรคที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การมีกรดหลั่งออกมาเกินในระบบทางเดินอาหารส่วนบน จนทำให้เกิดพยาธิสภาพอื่น ๆ ตามมา เช่น เกิดแผลในกระเพาะอาหาร เกิดอาการจุกเสียด แน่นท้อง คลื่นไส้ เรอเปรี้ยว เป็นต้น⁽¹⁾ กลไกการหลั่งกรดสามารถอธิบายโดยย่อแสดงดังรูปที่ 1 เริ่มจาก carbon dioxide (CO_2) ใน plasma และจากการ metabolism ของ parietal cell ทำปฏิกิริยากับน้ำ (H_2O) ได้เป็น H_2CO_3 โดยอาศัยเอนไซม์ carbonic

anhydrase จากนั้นถูกเปลี่ยนแปลงได้เป็น $H^+ + HCO_3^-$ ใน parietal cell และ H^+ จะถูกหลั่งเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยแลกเปลี่ยนกับ K^+ โดยอาศัย H^+-K^+ ATPase pump การแลกเปลี่ยนนี้เป็นแบบ 1:1 ในระหว่างนี้ Cl^- จะถูกหลั่งออกมาด้วย และเกิดการรวมกันอยู่ในรูปกรดเกลือ (HCl)⁽²⁾



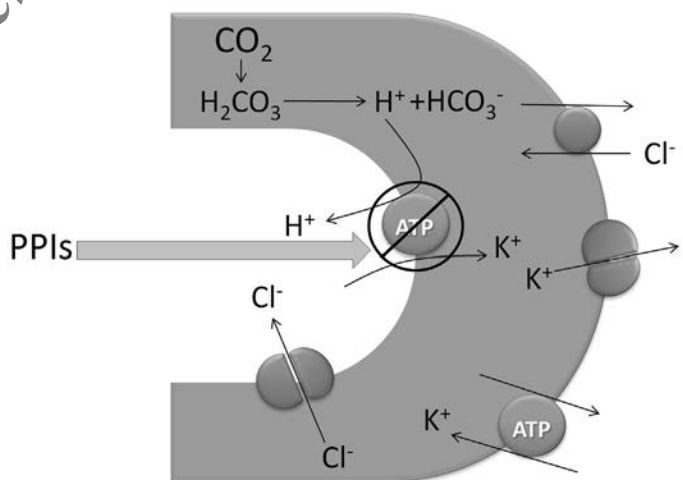
รูปที่ 1 กลไกการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร⁽²⁾

เป้าหมายการรักษาภาวะกรดเกินคือ **ลดกรดที่ถูกหลั่งออกมา หรือทำให้กรดที่ถูกหลั่งออกมาเป็นกลาง** ดังนั้น จึงมีการพัฒนายาหลายชนิดที่ออกฤทธิ์ในกลไกต่าง ๆ สำหรับรักษาภาวะดังกล่าว ตัวอย่างยาที่ใช้ในการรักษาโรคนี้ เช่น antacid, histamine 2 (H_2) receptor antagonist, proton pump inhibitors (PPIs), prokinetics, gastrin antagonists, anticholinergic drugs, mucoprotective drugs และ prostaglandin analogue เป็นต้น⁽³⁾ แนวทางการรักษาภาวะ dyspepsia ที่จัดทำโดยกลุ่มแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยระบุว่า สามารถรักษาด้วยการใช้ยาแบบครอบคลุม (empiric therapy) ได้ในกรณีที่เป็น uncomplicated dyspepsia และไม่มีสัญญาณอันตราย โดยสามารถเลือกใช้ยาลดการหลั่งกรด และ/หรือยากลุ่ม prokinetics โดยเริ่มจากยาที่มีฤทธิ์ลดกรดน้อย และปรับเปลี่ยนเป็นยาที่มีฤทธิ์ลดกรดเพิ่มขึ้นเมื่อไม่ตอบสนองต่อการรักษา แต่การรักษาจะต้องเป็นการใช้ยาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ต้องมีการประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัย

จากยาตามห้วงระยะเวลาที่เหมาะสม หากอาการดีขึ้นจะต้องค่อย ๆ ปรับเป็นยาที่มีฤทธิ์ลดกรดน้อยกว่า ถึงแม้ว่าการศึกษาทางคลินิกจะแสดงให้เห็นว่า ยาลดกรดและยา prokinetics จะมีประสิทธิภาพดีกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ไม่มากนัก ดังนั้น ผู้ป่วยก็จะต้องเป็น ๆ หาย ๆ⁽⁴⁾

PPIs เป็นยาในกลุ่มที่สามารถใช้ได้ในการรักษาโรคระบบทางเดินอาหารได้ในหลายกรณี ได้แก่ โรคหลอดอาหารอักเสบชนิดปานกลางถึงรุนแรง แผลในกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น ภาวะที่ร่างกายมีการหลั่งกรดสูง โรค Zollinger-Ellison Syndrome ใช้เป็นยาร่วมกับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในการกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* ใช้สำหรับบรรเทาอาการกรดไหลย้อน และใช้ป้องกันอาการอันไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารจากการใช้ยา non-steroidal anti-inflammatory drug ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน^(4,5)

กลไกการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่ม PPIs คือ ยับยั้งเอนไซม์ H^+/K^+ ATPase ที่ parietal cell โดยเกิด disulfide covalent bond ทำให้ยับยั้งเอนไซม์ได้แบบถาวร⁽⁵⁾ แสดงดังรูปที่ 2 (ยกเว้นยา rabeprazole มีรายงานว่ายับยั้ง proton pump แบบไม่ถาวร) จึงยับยั้งการนำส่งกรดเข้าสู่กระเพาะอาหาร และลดการเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ เนื่องจากยามีประสิทธิภาพดี ใช้ได้หลายข้อบ่งใช้ มีอาการข้างเคียงน้อย จึงทำให้ PPIs เป็นยาที่ถูกจ่ายบ่อย มีการใช้อย่าง



รูปที่ 2 กลไกการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่ม PPIs⁽⁵⁾



แพร่หลายทั้งในโรงพยาบาลและร้านยา ข้อมูลจากแนวทางการรักษาในปัจจุบันระบุว่า ระยะเวลารวมในการใช้ยาในกลุ่ม PPIs เพื่อรักษาภาวะ dyspepsia, gastroesophageal reflux disease (GERD) และ peptic ulcer อยู่ในช่วงระยะเวลาประมาณ 4-8 สัปดาห์โดยจะต้องมีการประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยาทุก ๆ 2-4 สัปดาห์^(1,3,4)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า **ปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่ม PPIs คือ มีการจ่ายยาในกลุ่มนี้เกินจำเป็น (overutilization)** การศึกษาเชิงพรรณนาในประเทศอังกฤษพบปริมาณการสั่งจ่ายยา PPI สูงขึ้นเรื่อย ๆ และคิดเป็นร้อยละ 77 ของปริมาณยาที่ถูกสั่งจ่ายทั้งหมดสำหรับผู้ป่วยนอก⁽⁶⁾ และมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การสั่งจ่ายยาในกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งเป็นการสั่งโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน หรือสั่งใช้ในผู้ป่วยบางกลุ่มแบบไม่มีการวินิจฉัย หรือไม่มีการตรวจเฉพาะเพื่อระบุข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยบางโรคที่แพทย์มีความเห็นว่าอาจจะเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร⁽⁷⁾ และในบางกรณีพบว่าไม่ได้มีการระบุถึงระยะเวลาในการใช้ยาอย่างชัดเจน จึงทำให้มีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ใช้ยานี้ต่อเนื่องยาวนาน การศึกษาโดย Jacobson และคณะ พบว่ามีผู้ป่วยบางรายที่ได้รับยา PPIs ติดต่อกันยาวนานถึง 12 สัปดาห์ โดยไม่มีการประเมินประสิทธิภาพหรือการปรับเปลี่ยนเป็นยาที่มีฤทธิ์ลดกรดน้อยกว่าหากพบว่ามีอาการทางคลินิกดีขึ้นตามที่แนวทางการรักษามาตรฐานแนะนำไว้^(8,9) จึงอาจนำไปสู่ปัญหาจากการใช้ยาในกลุ่ม PPIs ตามมาได้ และเนื่องจากมีการรับรู้ข้อมูล หรือเกิดความคุ้นชินในทางปฏิบัติว่า ยาในกลุ่ม PPIs เป็นยาที่ปลอดภัย ผลข้างเคียงน้อย จึงทำให้อาจไม่มีการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มนี้อาจเกิดขึ้น

จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลอ้างอิงด้านยาต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าผลข้างเคียงระยะสั้นของยาในกลุ่ม PPIs ค่อนข้างน้อยและไม่รุนแรง ได้แก่ คลื่นไส้ ปวดท้อง ท้องอืด ท้องผูก ท้องเสีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ เป็นผื่น พบเชื้อราและเชื้อแบคทีเรียในทางเดินอาหารมากขึ้น เป็นต้น⁽¹⁰⁾ **แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับอาการอันไม่พึงประสงค์ระยะยาวของยาในกลุ่มนี้ยังมีค่อนข้างน้อย และบางอาการข้อมูลยังไม่ชัดเจน** ดังนั้นในฐานะที่เภสัชกรมีบทบาทเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านยา เป็นบุคลากรทางการแพทย์ร่วมในทีม

รักษา และเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยด้านยา จะต้องทราบข้อมูลความปลอดภัยในระยะยาวของยาในกลุ่ม PPIs ต้องสามารถติดตาม ฝ้าระวังอาการที่จะเกิดขึ้นได้ รวมถึงต้องสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลผลข้างเคียงของยาในกลุ่ม PPIs

ข้อมูลจากหนังสืออ้างอิงข้อมูลยา และฐานข้อมูลยาอิเล็กทรอนิกส์ระบุว่า **ผลข้างเคียงของยาในกลุ่ม PPIs มีค่อนข้างน้อย** แต่หากพิจารณาผลข้างเคียงที่พบบ่อยพบว่า ได้แก่ **อาการปวดศีรษะ ท้องเสีย เป็นต้น**⁽¹⁰⁻¹²⁾ แสดงดังตารางที่ 1 แต่อย่างไรก็ตาม อาการเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่รุนแรง ดังนั้น หากผู้ป่วยทนอาการข้างเคียงได้ ก็ไม่จำเป็นต้องหยุดยา PPIs ก่อนครบระยะเวลารักษาเพราะการหยุดใช้ยาอาจส่งผลถึงประสิทธิผลในการรักษาโรคได้

ข้อมูลความปลอดภัยระยะยาวของยาในกลุ่ม PPIs

นอกจากอาการปวดศีรษะ ท้องเสีย ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาในกลุ่ม PPIs แล้ว ยังพบรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้หลังใช้ยา PPIs ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ตัวอย่างข้อมูลความปลอดภัยระยะยาวของยาในกลุ่ม PPIs ที่รวบรวมได้จากหนังสืออ้างอิงข้อมูลยาฐานข้อมูลทางการแพทย์ และฐานข้อมูลยาที่น่าเชื่อถือแสดงดังตารางที่ 2

ข้อมูลความปลอดภัยระยะยาวของยาในกลุ่ม PPIs จากการศึกษาทางคลินิกในปัจจุบัน

ในปัจจุบันพบการศึกษาทางคลินิกต่าง ๆ เกี่ยวกับข้อมูลความปลอดภัยระยะยาวของยาในกลุ่ม PPIs มากขึ้น แต่พบว่าผลการศึกษาในแต่ละโรค หรืออาการแสดง ผลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน หรือมีความแตกต่างกันออกไปบ้าง รวมถึงยังพบข้อสังเกตต่าง ๆ เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยในแต่ละการศึกษา ดังนั้น เภสัชกรจะต้องทราบข้อมูลเหล่านี้ และนำไปใช้ติดตามความปลอดภัยระยะยาวของยาในกลุ่ม PPIs ต่อไป ข้อมูลการศึกษาทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ตัวอย่างข้อมูลผลข้างเคียงของยากลุ่ม PPIs

Drug information handbook 2015 ⁽¹⁰⁾	Drug fact and comparison 2010 ⁽¹¹⁾	Micromedex ⁽¹²⁾
Dizziness, Headache, Rash, Abdominal pain, Diarrhea	Headache, Diarrhea (> 3%)	Rash (2%), Abdominal pain (5%), Constipation (2%), Diarrhea (4%), Flatulence (3%), Nausea (4%), Regurgitation, Acid (2%), Vomiting (3%), Asthenia (2%), Dizziness (2%), Headache (7%), Upper respiratory infection (Adult, 2%), Fever (1 to less than 2 years, 33%)

ตารางที่ 2 ตัวอย่างข้อมูลความปลอดภัยระยะยาวของยากลุ่ม PPIs

Drug information handbook 2015 ⁽¹⁰⁾	Drug fact and comparison 2010 ⁽¹¹⁾	Micromedex ⁽¹²⁾	US-FDA ⁽¹³⁾	UpToDate ⁽¹⁴⁾
- <i>Clostridium difficile</i> diarrhea - Creatinine increase - Hepatic enzyme increase - Fracture	- Gastritis - Hepatic effects - Vitamin B₁₂ deficiency	- <i>Clostridium difficile</i> diarrhea - Pancreatitis - Hemolytic anemia - Hepatic encephalopathy, - Hepatic necrosis, - Liver failure - Hypomagnesemia - Atrophic gastritis - Fracture of bone, - Hip fracture - Interstitial nephritis	- Possible or may be associated with an increased risk of <i>Clostridium difficile</i> associated diarrhea - Low magnesium level - Possible increased risk of hip, wrist, and spine fracture	- <i>Clostridium difficile</i> and other enteric infections - Pneumonia - Hip fracture and calcium malabsorption - Iron, Magnesium, Vitamin B₁₂ malabsorption - Hypergastrinemia - Atrophic gastritis - Acute interstitial nephritis - Dementia

ตารางที่ 3 ตัวอย่างข้อมูลความปลอดภัยระยะยาวของยาในกลุ่ม PPIs จากการศึกษาทางคลินิกในปัจจุบัน

ที่มา และรูปแบบการศึกษา	ผลการศึกษา	ข้อสรุป
<i>Clostridium difficile</i> associated diarrhea (CDAD) Tleyjeh, et al. PLoS ONE 2012 Systematic review และ meta-analysis ของ observational studies จำนวน 51 การศึกษา (มีข้อสังเกตคือ ไม่มีการกล่าวถึง heterogeneity อย่างดีพอ high risk bias มีต้นแปรปรวนสูง มี publication bias)⁽⁶⁾ Leontiadis, et al. Am J Gastroenterol 2013 Systematic review และ meta-analysis ของ observational studies จำนวน 4 การศึกษา (มีข้อสังเกตคือ ค่อนข้าง homogeneous)⁽¹⁶⁾	OR 1.65; 95% CI 1.47-1.85 NNH สำหรับผู้ที่เข้ารับการรักษาทัวในโรงพยาบาล (14 วัน) แยกเป็นผู้ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ 50 (31-97) และผู้ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ 367 (226-718) NNH สำหรับประชากรทั่วไป (1ปี) 3,925 (2,412-7,698) OR 1.79; 95% CI 0.98-3.27 ในจำนวน 4 การศึกษาที่มี low risk of bias และแสดงผลการศึกษากว่า HR 0.82; 95% CI 0.58-1.16	ยาในกลุ่ม PPIs มีโอกาสทำให้เกิด CDAD ได้ ในขณะที่เดียวกันกับบางการศึกษาที่ระบุว่า PPIs ไม่ทำให้เกิด CDAD แต่ผลการศึกษาที่ได้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ บางการศึกษาค่อนข้างมีปัจจัยกวน และมีข้อบกพร่องของคุณภาพงานวิจัยอยู่มาก ในปัจจุบันมีการศึกษาที่กำลังดำเนินการอยู่คือ Management of Myocardial Injury After Non-cardiac Surgery Trial (MANAGE) ซึ่งเป็น RCT ขนาดใหญ่ที่มุ่งศึกษาผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยระยะยาว (1ปี) ของยา omeprazole ซึ่งอาจทำให้เห็นผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยระยะยาวที่ชัดเจนมากขึ้นต่อไป

ที่มา และรูปแบบการศึกษา	ผลการศึกษา	ข้อสรุป
Increased risk of hip, wrist, and spine fracture	สมมติฐานจาก biological study ระบุว่า ยากลุ่ม PPIs ทำให้ gastric acidity ลดลง ส่งผล calcium absorption ดังนั้น อาจทำให้เกิด osteoporosis และนำไปสู่ fracture ได้ และอีกสมมติฐานหนึ่งสรุปว่า ยากลุ่ม PPIs จะไปยับยั้งการทำงานของ osteoclasts ทำให้กระบวนการกระดูก micro fracture repair และนำไปสู่ fracture ได้ Geller JL, et al. JAMA 2007⁽¹⁷⁾ Targownik LE, et al. CMAJ 2008⁽¹⁸⁾ Moayyedi P, et al. Canadian Gastroenterol 2013⁽¹⁹⁾ Systematic review และ meta-analysis ของ observational studies และ RCT (มีข้อสังเกตคือ ไม่มีการกล่าวถึง heterogeneity อย่างดี) ผลการศึกษาของ case-control study พบ OR 1.21; 95% CI 1.07-1.38 ผลการศึกษาของ cohort study พบ OR 1.30; 95% CI 1.13-1.49	ข้อมูลจาก biological study และ clinical study เป็นไปในทิศทางเดียวกันว่า การใช้ยากลุ่ม PPIs ติดต่อกันนาน ๆ จะเสี่ยงต่อการเกิด fracture ได้ แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังมีความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย



	ที่มา และรูปแบบการศึกษา	ผลการศึกษา	ข้อสรุป
Iron and vitamin B ₁₂ deficiency	Sharma VR. South Med J 2004⁽²⁰⁾ Biological hypothesis, case report Marcuard SP, et al. Ann Intern Med 1994⁽²¹⁾ เป็นการศึกษาระยะสั้น 2 สัปดาห์ และมีผู้เข้าร่วมการศึกษาเพียง 10 คน Termanini B, et al. Am J Med 1998⁽²²⁾	ผลเกี่ยวกับ iron เป็นสมมติฐานว่า การได้รับ PPIs จะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาวะกรด-ด่าง ในระบบทางเดินอาหาร ดังนั้น อาจส่งผลรบกวนการดูดซึมของ iron ได้ ผลเกี่ยวกับ vitamin B₁₂ พบสมมติฐานว่า สภาวะกรดจําเป็นต่อการดูดซึมวิตามินชนิดนี้ ดังนั้น การได้รับ PPIs ติดต่อกันยาวนานอาจส่งผลรบกวนการดูดซึมของ vitamin B₁₂ ได้ จากการสืบค้นพบการศึกษาที่แสดงว่า การใช้ PPIs ติดต่อกันนาน ๆ อาจส่งผลต่อการดูดซึม vitamin B₁₂ ได้ เมื่อเปรียบเทียบกับยาเริ่มให้ยาจาก 3.2 เป็น 0.9% และจาก 3.4 เป็น 0.4% สำหรับยา omeprazole ขนาด 20 และ 40 mg วันละครั้ง นานติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ตามลำดับ ผลการรบกวนการดูดซึมของ vitamin B₁₂ เห็นชัดมากขึ้นในการศึกษาที่ใช้ PPIs ขนาดสูงในผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีความเสี่ยง Zollinger-Ellison Syndrome แต่ก็ยังไม่ยืนยันถึงปัญหาทางคลินิก	ยังคงเป็นสมมติฐาน ไม่มีการศึกษาขนาดใหญ่สนับสนุน พบเพียง case report ที่แสดงเหตุการณ์ที่น่าจะมีความเกี่ยวข้อง หรือการศึกษาทางคลินิกเล็กเท่านั้น โดยยังไม่ยืนยันสำคัญทางคลินิก และยังไม่จำเป็นต่อการตรวจระดับ iron หรือ vitamin B₁₂ ในผู้ป่วยแต่อย่างใด

	ที่มา และรูปแบบการศึกษา	ผลการศึกษา	ข้อสรุป
Pneumonia	Laheij RJ, et al. JAMA 2004⁽²³⁾ Guilmez SE, et al. Arch Intern Med 2007 (A population-based case-control study)⁽²⁴⁾ Sarkar M, et al. Ann Intern Med 2008⁽²⁵⁾ Sultan N, et al. Can J Gastroenterol 2008⁽²⁶⁾	มีสมมติฐานว่า การใช้ PPIs ติดต่อกันยาวนาน อาจส่งเสริมให้มีการเพิ่มขึ้นของ intragastric aerobic bacteria และการเพิ่มขึ้นนี้อาจเกี่ยวข้องกับ pulmonary micro-aspiration และ lung colonization จากการสืบค้นพบการศึกษาที่แสดงว่า ความเสี่ยงของการเกิด community acquired pneumonia คือ 0.6 per 100 person years และผู้ป่วยที่ใช้ PPIs มี OR เท่ากับ 1.89; 95% CI 1.36-2.62 สำหรับผู้ป่วยที่กำลังใช้ PPIs และมี OR เท่ากับ 1.5; 95% CI 1.3-1.7 สำหรับผู้ที่เคยมีประวัติใช้ PPIs มาก่อนหน้า แต่อย่างไรก็ตามพบการศึกษาหนึ่งที่แสดงว่า การใช้ PPIs ระยะสั้นกว่านั้น (2-14 วัน) ที่เสี่ยงต่อการเกิด community acquired pneumonia โดยมี OR ของการใช้ PPIs 2.7 และ 14 วัน คือ 6.53; 95% CI 3.95-10.80, 3.79; 95% CI 2.65-5.42 และ 3.21; 95% CI 2.46-4.18 ตามลำดับ และการศึกษานี้พบว่าการใช้ PPIs ติดต่อกันยาวนานไม่ได้เพิ่มความถี่ของการเกิด community acquired pneumonia และพบการศึกษาแบบ meta-analysis ที่แสดงว่า PPIs ไม่ได้เพิ่มความถี่ด้วย	ถึงแม้ว่าจะมีสมมติฐานว่า การใช้ PPIs อาจส่งเสริม หรือทำให้เสี่ยงต่อการเกิด bacterial lung colonization และมีการศึกษาทางคลินิกที่แสดงให้เห็นว่า การใช้ PPIs อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด community acquired pneumonia ได้ แต่ก็พบว่าส่วนใหญ่เป็น observational studies และบางการศึกษาชี้พบว่า การใช้ PPIs ยาวนานกลับไม่เป็นปัจจัยเสี่ยง และผลการศึกษา meta-analysis ของ RCT ก็แสดงว่า PPIs ไม่ได้เพิ่มความถี่เสี่ยง ดังนั้น หลักฐานจึงมีทั้ง 2 ด้าน ทำให้ไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจนว่า การใช้ PPIs ติดต่อกันยาวนานจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิด community acquired pneumonia ได้หรือไม่



	ที่มา และรูปแบบการศึกษา	ผลการศึกษา	ข้อสรุป
Pneumonia (ต่อ)	Eom CS, et al. Can Med Assoc J 2011 ⁽²⁷⁾ Systematic review (5 case-control studies, 3 cohort studies and 23 randomized controlled studies in intensive care units) de Jager CP, et al. Aliment Pharmacol Ther 2012 ⁽²⁸⁾ A prospective, cohort study of consecutive patients attending a hospital emergency department	ผลการศึกษาของ 8 observational studies พบ adjusted OR คือ 1.27; 95% CI 1.11-1.46 แต่ผลการวิเคราะห์ในการศึกษาแบบ high-quality double blinded RCT ไม่พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยากลุ่ม PPIs เพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิด community acquired pneumoniae จากเชื้อ <i>Streptococcus pneumoniae</i> มากกว่า 2 เท่า โดยมีค่า OR คือ 2.23; 95% CI 1.28-3.75 แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ระบุว่ามีความเสี่ยงมาก	
Kidney disease	Arora, et al. J Am Soc Nephrol 2015 ⁽²⁹⁾ PPI use in patients seen at VA Upstate NY clinics (2001-2008) Lazarus B, et al. JAMA Intern Med 2016 ⁽³⁰⁾ PPI use in patients in ARIC cohort (baseline visit 1996-1999)	ผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่ม PPIs มีความเสี่ยงในการเกิด chronic kidney disease ค่า OR คือ 1.29; 95% CI 1.24-1.34 ยากลุ่ม PPIs เป็นปัจจัยของการได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ chronic kidney disease มีค่า HR คือ 1.50; 95% CI 1.14-1.96	ผลการศึกษาในปัจจุบันแสดงว่า ยากลุ่ม PPIs มีความเป็นไปได้ที่จะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการพัฒนาไปสู่ภาวะ chronic kidney disease

หมายเหตุ OR คือ odd ratio, HR คือ Hazard ratio, CI คือ confidence interval, NNH คือ number needed to harm

แนวทางการนำไปใช้สำหรับเภสัชกร

1. การใช้ยากลุ่ม PPIs ต้องใช้ในข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมเท่านั้น ได้แก่ โรคหลอดอาหารอักเสบชนิดปานกลางถึงรุนแรง แผลในกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น ภาวะที่ร่างกายมีการหลั่งกรดสูง โรค Zollinger-Ellison Syndrome ใช้เป็นยาร่วมกับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในการกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* ใช้สำหรับบรรเทาอาการกรดไหลย้อน และใช้ป้องกันอาการอันไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารจากการใช้ยา non-steroidal anti-inflammatory drug ยานี้จะต้องใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานตามที่แนวทางการรักษาระบุ รวมถึงต้องมีการติดตามประเมินประสิทธิภาพเป็นระยะ และต้องหยุดใช้ยาหากโรคหรือภาวะผิดปกติหายแล้ว
2. อาการข้างเคียงโดยทั่วไปของยากลุ่ม PPIs คือ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องเสีย เป็นต้น
3. ในการแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการอันไม่พึงประสงค์จากยากลุ่ม PPIs ให้แนะนำการติดตามอาการข้างเคียงที่พบบ่อย (common side effects) เช่น ปวดศีรษะ ท้องเสีย โดยให้ผู้ป่วยแจ้งแพทย์หากเกิดอาการดังกล่าว และอาจไม่จำเป็นต้องหยุดใช้ยาทันทีหากมีอาการได้ เพราะการหยุดใช้ยาก่อนครบระยะเวลารักษาอาจส่งผลต่อประสิทธิผลจากยา
4. อาการอันไม่พึงประสงค์หากมีการใช้ยากลุ่ม PPIs ติดต่อกันยาวนาน เช่น *Clostridium difficile* associated diarrhea, Increased risk of hip, wrist, and spine fracture, Iron and vitamin B₁₂ deficiency, pneumonia และ kidney disease เป็นต้น
5. ผลการศึกษาเกี่ยวกับอาการอันไม่พึงประสงค์หากมีการใช้ยากลุ่ม PPIs ติดต่อกันยาวนานพบว่า ยังมีความสัมพันธ์น้อย (ส่วนใหญ่มี odd ratio น้อยกว่า 2 และบางการศึกษาพบว่า

ไม่แตกต่างทางสถิติ) มีหลายการศึกษาที่มีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพของระเบียบวิธีวิจัย และมีตัวแปรกวนมาก ดังนั้น ในทางปฏิบัติก็แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่า สามารถเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ได้บ้างหากใช้ PPIs ติดต่อกันยาวนาน และให้เฝ้าระวังการเกิดอาการ แต่อาจยังไม่จำเป็นต้องมีการตรวจติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม

6. ในอนาคตอันใกล้จะมีความรู้ขนาดใหญ่ที่น่าเชื่อถือออกมา เภสัชกรจะต้องเตรียมรับข้อมูลใหม่ ๆ และต้องประเมินข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณต่อไป

สรุป

ยากลุ่ม PPIs เป็นยาที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้ง่ายจากร้านยาโดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์ ยามีข้อบ่งชี้หลากหลาย ซึ่งต้องใช้ให้เหมาะสมและยาวนานเพียงพอต่อการรักษาโรค ร่วมกับประเมินผลการรักษาเป็นระยะ ในด้านความปลอดภัย ยากลุ่ม PPIs ไม่ได้มีอาการข้างเคียงที่รุนแรงมากนัก อาการข้างเคียงที่พบได้แก่ ปวดศีรษะ ท้องเสีย เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้ยากลุ่มนี้ติดต่อกันยาวนานอาจเสี่ยงต่อการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ได้ เช่น *Clostridium difficile* associated diarrhea, Increased risk of hip, wrist, and spine fracture, Iron and vitamin B₁₂ deficiency, pneumonia และ kidney disease เป็นต้น แต่ผลการศึกษาพบว่า ยังมีความสัมพันธ์น้อย บางการศึกษาก็มีคุณภาพของระเบียบวิธีวิจัยต่ำ และมีตัวแปรกวนมาก ดังนั้น ในทางปฏิบัติก็แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าสามารถเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ได้บ้าง และหากผู้ป่วยมีการใช้ PPIs ติดต่อกันยาวนานก็ให้เฝ้าระวังการเกิดอาการและแจ้งแพทย์หากมีอาการผิดปกติ แต่อาจยังไม่จำเป็นต้องมีการตรวจติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- Nicholas J, Nimish V. Guidelines for the management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2005;100:2324-37.
- Yao X, Forte JG. Cell biology of acid secretion by the parietal cell. *Annu Rev Physiol* 2003;65:103-31.
- Mönkemüller K, Malfertheiner P. Drug treatment of functional dyspepsia. *World J Gastroenterol* 2006;12(17):2694-2700.
- แนวทางการปฏิบัติและการรักษาผู้ป่วยดิสเปปเซีย (dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฮลิคอบัคเตอร์ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) ในประเทศไทย. สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2553 หน้า 10-11.
- Lynda S. Pharmacologic properties of proton pump inhibitors. *Pharmacotherapy* 2003;23(10 Pt 2):74S-80S.
- Bashford JN, Norwood J, and Chapman SR. Why are patients prescribed proton pump inhibitors? Retrospective analysis of link between morbidity and prescribing in the General Practice Research Database. *BMJ* 1998;317:452-56.
- Heidelbaugh JJ, Goldberg KL, Inadomi JM. Magnitude and economic impact of overutilization of antisecretory therapy in the ambulatory care setting. *Am J Manag Care* 2010;16:e228-e234.
- Jacobson BC, Ferris TG, Shea TL, Mahlis EM, Lee TH, Wang TC. Who is using chronic acid suppression therapy and why? *Am J Gastroenterol* 2003;98:51-8.
- Heidelbaugh JJ, Kim AH, Chang R, Walker PC. Overutilization of proton-pump inhibitors: what the clinician needs to know. *Ther Adv Gastroenterol* 2012;5(4):219-32.
- Lacy CF, Armstrong LL, Goldman PP, Lance LL. Drug information handbook with international trade names index. 23rd ed. Ohio: Lexi-comp; 2015.
- Wickersham RM (ed). Drug facts and comparisons. 2010 edition. St. Louis: Facts and Comparisons; 2010. 889-90.
- MICROMEDEX 2.0. [Database on the internet]. Colorado: Thomson Reuters (Healthcare); c 1974-2016; [cited 2016 May 12]. Available from: <http://www.thomsonhc.com>.
- Safety. Proton pump inhibitor. [webpage on the Internet]. Available from: <http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/ucm258810.htm> Accessed May 12, 2016.
- Michael W. Overview and comparison of the proton pump inhibitors for the treatment of acid-related disorders. [webpage on the Internet]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-lud-overview/abstract/5> Accessed May 12, 2016.
- Tleyjeh IM, Bin Abdulhak AA, Riaz M, Alasmari FA, Garbati MA, AlGhamdi M, et al. Association between proton pump inhibitor therapy and *Clostridium difficile* infection: a contemporary systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;7:e50836.
- Leontiadis GI. Editorial: PPIs and recurrent *C. difficile* infection: no association? *Am J Gastroenterol*. 2013 Nov;108(11):1802-3. doi: 10.1038/ajg.2013.365.
- Geller JL, Adams JS. Proton pump inhibitor therapy and hip fracture risk. *JAMA* 2007;297: 1429; author reply 1429-30.
- Targownik LE, Lix LM, Metge CJ, Prior HJ, Leung S, Leslie WD. Use of proton pump inhibitors and risk of osteoporosis-related fractures. *CMAJ* 2008;179:319-326.
- Moayyedi P, Yuan Y, Leontiadis G. Canadian Association of Gastroenterology position statement: hip fracture and proton pump inhibitor therapy-a 2013 update. *Can J Gastroenterol*. 2013 Oct;27(10):593-5.
- Sharma VR, Brannon MA, Carlsson EA. Effect of omeprazole on oral iron replacement in patients with iron deficiency anemia. *South Med J*. 2004 Sep;97(9):887-9.
- Marcuard SP, Albernaz L, Khazanie PG. Omeprazole therapy causes malabsorption of cyanocobalamin (vitamin B₁₂). *Ann Intern Med*. 1994 Feb 1;120(3):211-5.
- Termanini B, Gibril F, Sutliff VE, Yu F, Venzon DJ, Jensen RT. Effect of long-term gastric acid suppressive therapy on serum vitamin B₁₂ levels in patients with Zollinger-Ellison Syndrome. *Am J Med*. 1998 May;104(5):422-30.
- Laheij RJ, Sturkenboom MC, Hassing RJ, Dieleman J, Stricker BH, Jansen JB. Risk of community-acquired pneumonia and use of gastric acid-suppressive drugs. *JAMA*. 2004 Oct 27;292(16):1955-60.
- Gulmez SE, Holm A, Frederiksen H, Jensen TG, Pedersen C, Hallas J. Use of proton pump inhibitors and the risk of community-acquired pneumonia: a population-based case-control study. *Arch Intern Med*. 2007 May 14;167(9):950-5.
- Sarkar M, Hennessy S, Yang YX. Proton-pump inhibitor use and the risk for community-acquired pneumonia. *Ann Intern Med*. 2008 Sep 16;149(6):391-8.
- Sultan N, Nazareno J, Gregor J. Association between proton pump inhibitors and respiratory infections: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Can J Gastroenterol*. 2008 Sep;22(9):761-6.
- Eom C, Jeon CY, Lim JW, Park SM, Lee KS. Use of acid-suppressive drugs and risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2011. DOI:10.1503/cmaj.092129
- de Jager CP, Weaver PC, Gemen EF, van Oijen MG, van Gageldonk-Lafeber AB, Siersema PD, et al. Proton pump inhibitor therapy predisposes to community-acquired *Streptococcus pneumoniae* pneumonia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012 Nov;36(10):941-9. doi: 10.1111/apt.12069.
- Arora P, Golzy M, Gupta A, Ranjan R, Carter R, Lohr J. Proton pump inhibitors are associated with increased risk of development of chronic kidney disease [Abstract]. *J Am Soc Nephrol* 2015;26:219A.
- Lazarus B, Chen Y, Wilson FP, Sang Y, Chang AR, Coresh J, Grams ME Proton pump inhibitor use and the risk of chronic kidney disease. *JAMA Intern Med* 2016;176:238-46.

Quiz

CPEPLUS

1. ข้อใดไม่ใช่ข้อบ่งชี้ของยากลุ่ม PPIs

- รักษาแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น
- ใช้เป็นยาร่วมกับยาปฏิชีวนะในการกำจัดเชื้อ *H. pylori*
- รักษาและป้องกันแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้นที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการใช้ NSAIDs
- Zollinger-Ellison Syndrome
- Gastric cancer

2. ข้อใดคือกลไกการออกฤทธิ์ของยากลุ่ม PPIs

- ยับยั้ง acetylcholinesterase enzyme
- ยับยั้ง chloride channel
- ยับยั้ง potassium channel
- ยับยั้ง H⁺/K⁺ ATPase enzyme
- ยับยั้ง Na⁺/K⁺ ATPase enzyme

3. ข้อใดคืออาการข้างเคียงโดยทั่วไปของยากลุ่ม PPIs

- ปวดศีรษะ ท้องเสีย
- ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
- ความจำเสื่อม
- เกิดผื่นชนิด Stevens Johnson Syndrome
- ลดความอยากอาหาร



4. ยากลุ่ม PPIs มีโอกาสทำให้เกิด CDAD ได้หรือไม่ อย่างไร

- A. สามารถทำให้เกิดได้อย่างชัดเจนในผู้ป่วยทุกราย
- B. สามารถทำให้เกิดได้เฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- C. สามารถทำให้เกิดได้เฉพาะผู้ที่ใช้ PPIs ติดต่อกันยาวนานมากกว่า 2 ปีขึ้นไป
- D. โอกาสเกิดยังไม่ชัดเจน ยังคงมีความขัดแย้งกันของหลักฐาน
- E. ไม่ทำให้เกิด CDAD

5. จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีในปัจจุบัน ยากลุ่ม PPIs มีโอกาสทำให้เกิด fracture ได้หรือไม่ อย่างไร

- A. สามารถทำให้เกิดได้อย่างชัดเจนในผู้ป่วยทุกราย
- B. สามารถทำให้เกิดได้เฉพาะผู้ป่วยที่ไม่รับประทานนม
- C. สามารถทำให้เกิดได้เฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป
- D. มีความเป็นไปได้ที่จะสามารถทำให้เกิด fracture แต่จากหลักฐานที่มีในปัจจุบันยังพบขนาดความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย
- E. ไม่ทำให้เกิด fracture

6. จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีในปัจจุบัน ยากลุ่ม PPIs มีโอกาสทำให้เกิด Iron และ vitamin B₁₂ deficiency ได้หรือไม่ อย่างไร

- A. สามารถทำให้เกิดได้อย่างชัดเจนในผู้ป่วยทุกราย
- B. สามารถทำให้เกิดได้เฉพาะผู้ป่วยที่ไม่รับประทานผัก ผลไม้ และเครื่องในสัตว์
- C. สามารถทำให้เกิดได้เฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป
- D. มีความเป็นไปได้ที่จะสามารถทำให้เกิด Iron และ vitamin B₁₂ deficiency แต่ขนาดความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย
- E. ข้อมูลในปัจจุบันยังมีค่อนข้างน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก ดังนั้น จึงไม่จำเป็นต้องมีการตรวจระดับ Iron หรือ vitamin B₁₂ ในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม PPIs ต่อเนื่องยาวนาน

7. จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีในปัจจุบัน ยากลุ่ม PPIs มีโอกาสทำให้เกิด community acquired pneumonia ได้หรือไม่ อย่างไร

- A. สามารถทำให้เกิดได้อย่างชัดเจนในผู้ป่วยทุกราย
- B. สามารถทำให้เกิดได้เฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคในระบบทางเดินหายใจส่วนบนมาก่อนหน้า
- C. สามารถทำให้เกิดได้เฉพาะผู้ป่วยที่มีแนวโน้มดื้อยา penicillins หรือ respiratory fluoroquinolones
- D. มีความเป็นไปได้ที่จะสามารถทำให้เกิด community acquired pneumonia แต่ขนาดความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย

- E. หลักฐานที่มีในปัจจุบันยังคงขัดแย้งกัน ทำให้ยังไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจนว่า การใช้ PPIs ติดต่อกันยาวนาน จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิด community acquired pneumonia ได้หรือไม่

8. จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีในปัจจุบัน ยากลุ่ม PPIs มีโอกาสทำให้เกิด kidney disease ได้หรือไม่ อย่างไร

- A. สามารถทำให้เกิดได้อย่างชัดเจนในผู้ป่วยทุกราย
- B. สามารถทำให้เกิดได้เฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย
- C. สามารถทำให้เกิดได้เฉพาะผู้ป่วยที่ต้องฟอกไต
- D. มีความเป็นไปได้ที่จะสามารถทำให้เกิด kidney disease แต่ขนาดความสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย
- E. หลักฐานที่มีในปัจจุบันยังคงขัดแย้งกัน ทำให้ยังไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจนว่า การใช้ PPIs ติดต่อกันยาวนาน จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิด kidney disease ได้หรือไม่

9. หากผู้ป่วย peptic ulcer เกิดอาการข้างเคียงโดยทั่วไปของยากลุ่ม PPIs ท่านจะแนะนำผู้ป่วยอย่างไร

- A. ให้หยุดใช้ยาทันที
- B. ให้ลดขนาดยาลงมาครึ่งหนึ่ง
- C. หากผู้ป่วยทนอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ ก็ให้ใช้ยาต่อไปจนครบระยะเวลาการรักษา
- D. ให้เปลี่ยนมาให้ยากลุ่ม Histamine 2 receptor antagonist
- E. ให้เปลี่ยนมาใช้ยา antacid

10. ข้อจำกัดที่สำคัญของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีในปัจจุบันเกี่ยวกับอาการอันไม่พึงประสงค์อันเกิดจากการใช้ยากลุ่ม PPIs ติดต่อกันยาวนาน คืออะไร

- A. บางการศึกษายังคงมีคุณภาพของระเบียบวิธีวิจัยต่ำ และมีตัวแปรกวนมาก
- B. ไม่มีการศึกษาแบบอภิวเคราะห์
- C. มีเฉพาะการศึกษาเชิงสังเกต
- D. ไม่มีการศึกษาแบบสุ่ม และปกปิด
- E. ไม่มีการศึกษาใดที่ติดตามผลจากการใช้ยากลุ่ม PPIs ยาวนานมากกว่า 1 ปี

CPE PLUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

☐ ภก. ☐ ภญ.

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

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

ที่อยู่เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

อาคาร.....ชั้นที่.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....E-mail.....

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

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

เรื่อง ข้อมูลความปลอดภัยของยากลุ่ม
proton pump inhibitors (PPIs):
ข้อควรระวังพื้นฐานเชิงประจักษ์
และแนวทางการนำไปใช้สำหรับเภสัชกร
1.5 หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
รหัส 0001-1-000-003-05-2559

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

บริษัท สรรพสาร จำกัด 7/116 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 225, 109

E-mail: answer.cpe@gmail.com

หรือแฟกซ์: 0-2435-4024

ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CPE PLUS

.....

.....

.....

หมายเหตุ

1. ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจนับและให้คะแนน CPE PLUS เฉพาะกระดาษคำตอบของผู้เป็นสมาชิกเท่านั้น
2. บทความนี้มีอายุ 1 ปี นับจากฉบับที่ลงตีพิมพ์
3. ผู้ที่เคยร่วมตอบคำถามกับแบบทดสอบนี้แล้ว ไม่ต้องส่งซ้ำ
4. สามารถตรวจสอบคะแนนหลังจากได้รับกระดาษคำตอบ 60 วัน

WONGKARNPAT

CPE

CPE PLUS

CONTINUING PHARMACEUTICAL EDUCATION

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝาก

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



กรุณาส่ง

บริษัท สรรพसार จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CPE)

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์

เขตบางกอกน้อย กทม.

10700

www.wongkarnpat.com
www.facebook.com/wongkarnpat

กษ.ร.ร.ร.ร.ร.

CPE PLUS

Quiz



กฎหมายใหม่เกี่ยวกับเครื่องสำอาง ตอนที่ 2

ตอนที่แล้วได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของนิยามเครื่องสำอางซึ่งมีการปรับให้สอดคล้องกับอาเซียน ประเภทเครื่องสำอาง การจดแจ้งเครื่องสำอาง อายุของใบรับจดแจ้ง การส่งออกเครื่องสำอาง และฉลากของเครื่องสำอาง ต้องระบุอะไรบ้าง คราวนี้จะกล่าวถึงในประเด็นการแสดงคำเตือนของเครื่องสำอาง การโฆษณาขายเครื่องสำอาง เครื่องสำอางสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย อำนาจสั่งปิดร้านขายเครื่องสำอาง อำนาจจับกุม การค้น และการเรียกคืนผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง

7. คำเตือนของเครื่องสำอาง

พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 มาตรา 22 วรรคสอง (3)(ค) กำหนดให้เครื่องสำอางต้องแสดงคำเตือน เมื่อยังไม่มีประกาศฉบับใหม่ตามกฎหมายปัจจุบัน จึงยังคงใช้ประกาศตามกฎหมายฉบับเดิมคือ พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 ไปก่อน¹

ตัวอย่างคำเตือน

- ตัวอย่างคำเตือนตามประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง การแสดงคำเตือนที่ฉลากของผ้าอนามัยชนิดสอด ต้องแสดงคำเตือนที่ฉลาก ดังนี้ (1) ไม่ควรใช้เมื่อภาชนะบรรจุฉีกขาด (2) ไม่ควรใส่ไว้ในช่องคลอดนานเกิน 8 ชั่วโมง ควรเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4-8 ชั่วโมง (3) ขณะใช้หากมีอาการเป็นไข้ คลื่นเหียน อาเจียน วิงเวียน หน้ามืด ท้องเดิน และมีผื่นแดงขึ้นตามผิวหนังให้นำผ้าอนามัยออก และรีบไปพบหรือปรึกษาแพทย์ทันที
- ตัวอย่างคำเตือนตามประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง การแสดงคำเตือนที่ฉลากเครื่องสำอาง ฉบับที่ 1-6

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการแสดงคำเตือนที่ฉลากเครื่องสำอาง

ชื่อสาร	บริเวณที่ใช้และ/หรือการนำไปใช้	คำเตือนที่ฉลาก
Zinc pyrithione	ผลิตภัณฑ์สำหรับเส้นผม ประเภทที่ต้องล้างออก	- มีสาร Zinc pyrithione - ระวังอย่าให้เข้าตา หากเข้าตาให้รีบล้างออกด้วยน้ำสะอาด - หากเกิดอาการระคายเคืองหรือผื่นแพ้ควรหยุดใช้หรือปรึกษาแพทย์
	ผลิตภัณฑ์สำหรับเส้นผม ประเภทที่ไม่ต้องล้างออก	
Climbazole	ผลิตภัณฑ์สำหรับเส้นผม ประเภทที่ต้องล้างออก	- มีสาร Climbazole - ระวังอย่าให้เข้าตา - หากใช้ผลิตภัณฑ์แล้วเกิดอาการระคายเคืองให้หยุดใช้ และปรึกษาแพทย์ - ห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี
	ผลิตภัณฑ์สำหรับเส้นผม ประเภทที่ไม่ต้องล้างออก	
Talc (Hydrated magnesium silicate)	แป้งฝุ่นสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี	ระวังอย่าให้แป้งเข้าจมูกและปากของเด็ก

¹ ข้อมูล ณ วันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

² ประกาศคณะกรรมการเครื่องสำอาง เรื่อง การแสดงคำเตือนที่ฉลากเครื่องสำอาง (ฉบับที่ 6) ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2558 อ้างอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 ซึ่งถูกยกเลิกไปแล้วโดยพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 (มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2558 เป็นต้นไป) และไม่เข้ากรณีตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 มาตรา 94 จึงอาจมีประเด็นด้านกฎหมายในอนาคตได้

ชื่อสาร	บริเวณที่ใช้ และ/หรือการนำไปใช้	คำเตือนที่ฉลาก
Resorcinol	ผลิตภัณฑ์สำหรับย้อมผม (Oxidizing colouring agents for hair dyeing)	 - มีสาร Resorcinol - อ่านฉลากและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด - สวมถุงมือที่เหมาะสมขณะใช้ - ระมัดระวังอย่าให้เข้าตา ห้ามใช้ย้อมขนตาหรือขนคิ้ว - ผลิตภัณฑ์ย้อมผมอาจก่อให้เกิดการแพ้อย่างรุนแรง - ไม่ควรใช้ผลิตภัณฑ์นี้ในผู้ที่อายุต่ำกว่า 16 ปี - การสีกซ์ชั่วคราวด้วย black henna อาจทำให้ท่านมีความเสี่ยงต่อการแพ้เพิ่มขึ้น - อย่าย้อมผมของท่าน ถ้า (1) มีรอยแดงที่ใบหน้า หรือหนังศีรษะบอบบาง ระคายเคือง หรือมีบาดแผล (2) เคยมีความผิดปกติเกิดขึ้นภายหลังการย้อมผม (3) เคยมีความผิดปกติเกิดขึ้นภายหลังการสีกซ์ชั่วคราวด้วย black henna
	โลชั่นสำหรับเส้นผมและแชมพู	มีสาร Resorcinol
Lead acetate	ผลิตภัณฑ์แต่งผมดำ	- มีสาร Lead acetate - ใช้กับเส้นผมบนหนังศีรษะเท่านั้น - ห้ามนวดศีรษะขณะใช้ - ห้ามใช้เมื่อหนังศีรษะมีรอยถลอก เป็นแผลหรือโรคผิวหนัง - ต้องหยุดใช้เมื่อเกิดอาการคัน ระคายเคือง หรือมีเม็ดผื่นแดง

8. การโฆษณาขายเครื่องสำอาง

เดิมพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 มาตรา 37 ให้นำบทบัญญัติของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค ในส่วนที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านการโฆษณามาใช้บังคับแก่การโฆษณาเครื่องสำอางโดยอนุโลม ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย ไม่สามารถนำโทษทางอาญาตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาใช้บังคับได้³ พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 จึงต้องมีหมวดการโฆษณาและกำหนดโทษเพื่อความชัดเจนแน่นอน

การโฆษณาเครื่องสำอางไม่ต้องขออนุญาตก่อนการโฆษณา แต่ทั้งนี้เนื้อหาและวิธีการโฆษณาเครื่องสำอางต้องไม่ขัดต่อข้อห้ามตามกฎหมาย ดังนี้

1. เนื้อหาการโฆษณา

การโฆษณาเครื่องสำอางต้องไม่ใช่ข้อความที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภค หรือใช้ข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ไม่ว่าข้อความดังกล่าวนั้นจะเป็นข้อความที่เกี่ยวกับแหล่งกำเนิด สภาพคุณภาพ ปริมาณ หรือลักษณะของเครื่องสำอาง โดยข้อความดังต่อไปนี้ถือว่าเป็นข้อความที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภค หรือเป็นข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม

(1) ข้อความที่เป็นเท็จหรือเกิน

³โปรดดูบันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่อง อำนาจเปรียบเทียบในความผิดฐานโฆษณาเครื่องสำอาง (เรื่องเสร็จที่ 447/2551)

ความจริง อย่างไรก็ตาม ข้อความที่ใช้ในการโฆษณาที่บุคคลทั่วไปสามารถรู้ได้ว่าเป็นข้อความที่ไม่อาจเป็นความจริงได้โดยแน่แท้ ไม่เป็นข้อความที่ต้องห้ามในการโฆษณา

(2) ข้อความที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับเครื่องสำอาง ไม่ว่าจะกระทำโดยให้หรืออ้างอิงรายงานทางวิชาการ สถิติ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันไม่เป็นความจริง หรือเกินความจริงหรือไม่ก็ตาม

(3) ข้อความที่แสดงสรรพคุณที่เป็นการรักษาโรค หรือที่มีใช้จุดมุ่งหมายเป็นเครื่องสำอาง

(4) ข้อความที่ทำให้เข้าใจว่ามีสรรพคุณบำรุงงาม

(5) ข้อความที่เป็นการสนับสนุนโดยตรงหรือโดยอ้อมให้มีการกระทำผิดกฎหมายหรือศีลธรรม หรือนำไปสู่ความเสียหายในวัฒนธรรมของชาติ

(6) ข้อความที่จะทำให้เกิดความแตกแยกหรือเสื่อมเสียความสามัคคีในหมู่ประชาชน

(7) ข้อความอย่างอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

2. วิธีการโฆษณา การโฆษณาจะต้องไม่กระทำด้วยวิธีการอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกายหรือจิตใจ หรือขัดต่อศีลธรรมอันดีงามของประชาชน หรืออันอาจก่อให้เกิดความเดือดร้อน

รำคาญแก่ผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 ไม่ได้ห้ามการโฆษณาขายเครื่องสำอางด้วยวิธีแถมพิกหรือจับสลากรางวัล

เครื่องสำอางแสดงข้อความที่ฉลากหรือบรรจุภัณฑ์ว่ารักษาโรคได้

การระบุข้อความบนฉลากหรือบรรจุภัณฑ์เครื่องสำอางว่าสามารถป้องกัน บำบัด บรรเทา หรือรักษาโรคได้ ถือได้ว่าฉลากเครื่องสำอางมีข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับเครื่องสำอาง ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 มาตรา 22 วรรคสอง (1) ห้ามขายเครื่องสำอางดังกล่าวตามมาตรา 32(3) นอกจากนี้ก็เข้าข่ายโฆษณาเครื่องสำอางที่ใช้ข้อความแสดงสรรพคุณที่เป็นการรักษาโรค ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 มาตรา 41 วรรคสอง (3) ส่วนจะเพิกถอนใบรับจดทะเบียนเครื่องสำอางกรณีที่ผู้จดทะเบียนได้เปลี่ยนหรือเพิ่มเติมวัตถุประสงค์ในการใช้หรือคุณประโยชน์ของเครื่องสำอางเป็นยา ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 มาตรา 37(3) หรือไม่นั้น ต้องติดตามในอนาคตต่อไป

ผู้จดทะเบียนหรือผู้ทำการโฆษณาสามารถขอความเห็นเกี่ยวกับโฆษณาเครื่องสำอางได้ โดยคณะกรรมการจะต้องให้ความเห็นและแจ้งให้ผู้ขอทราบภายใน 60 วัน นับแต่วันที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รับคำขอ ถ้าไม่แจ้งภายในกำหนดระยะเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าคณะกรรมการเครื่องสำอางให้ความเห็นชอบแล้ว การใดที่ได้กระทำไปตามความเห็นของคณะกรรมการ หรือที่ให้ถือว่าคณะกรรมการให้ความเห็นชอบแล้ว มิให้ถือว่ากระทำความผิดทางอาญา ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 มาตรา 46

กรณีที่พบปัญหาเกี่ยวกับการโฆษณาเครื่องสำอาง เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา มีอำนาจดำเนินการดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 อำนาจของเลขานุการคณะกรรมการอาหารและยาเมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับการโฆษณาเครื่องสำอาง

การโฆษณาเครื่องสำอาง	อำนาจของเลขานุการคณะกรรมการอาหารและยา
- เครื่องสำอางอาจเป็นอันตรายแก่ผู้บริโภค	เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเครื่องสำอางมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้จดทะเบียน หรือผู้ทำการโฆษณาดำเนินการดังต่อไปนี้ - กำหนดให้การโฆษณานั้นต้องกระทำไปพร้อมกับคำแนะนำหรือคำเตือนเกี่ยวกับวิธีใช้หรืออันตราย ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด ทั้งนี้โดยคณะกรรมการจะกำหนดเงื่อนไขให้แตกต่างกันสำหรับการโฆษณาที่ใช้สื่อโฆษณาต่างกันได้ - จำกัดการใช้สื่อโฆษณาสำหรับเครื่องสำอางนั้น - ห้ามการโฆษณาเครื่องสำอางนั้น

การโฆษณาเครื่องสำอาง	อำนาจของเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา
- เครื่องสำอางที่มีการโฆษณาขัดต่อศีลธรรม หรือวัฒนธรรมของชาติ	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเครื่องสำอางมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้จัดแจ้ง หรือผู้ทำการโฆษณาดำเนินการดังต่อไปนี้ - จำกัดการใช้สื่อโฆษณาสำหรับเครื่องสำอางนั้น - ห้ามการโฆษณาเครื่องสำอางนั้น
- เครื่องสำอางที่มีการโฆษณาโดยใช้ข้อความที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้บริโภค หรือใช้ข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมเป็นส่วนรวม - เครื่องสำอางที่มีการโฆษณาโดยใช้วิธีการอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกายหรือจิตใจ หรือขัดต่อศีลธรรมอันดีงามของประชาชน หรืออันอาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้บริโภค	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเครื่องสำอางมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้จัดแจ้ง หรือผู้ทำการโฆษณาดำเนินการดังต่อไปนี้ - ให้แก้ไขข้อความหรือวิธีการในการโฆษณา - ห้ามการใช้ข้อความบางอย่างที่ปรากฏในการโฆษณา - ห้ามการโฆษณาหรือห้ามใช้วิธีการนั้นในการโฆษณา - ให้โฆษณาเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้บริโภคที่อาจเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการเครื่องสำอางกำหนด โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้บริโภค ประกอบกับความสุจริตในการกระทำของผู้จัดแจ้ง หรือผู้ทำการโฆษณา
- ข้อความที่ใช้ในการโฆษณาเป็นเท็จ หรือเกินความจริง	เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา มีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้จัดแจ้ง หรือผู้ทำการโฆษณาพิสูจน์เพื่อแสดงความจริงได้
- โฆษณาอ้างรายงานทางวิชาการ ผลการวิจัย สถิติ การรับรองของสถาบันหรือบุคคลอื่นใด หรือยืนยันข้อเท็จจริงอันใดอันหนึ่งในการโฆษณา	ถ้าผู้จัดแจ้งหรือผู้ทำการโฆษณาไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าข้อความที่ใช้ในการโฆษณาเป็นความจริงตามที่กล่าวอ้าง ให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเครื่องสำอางมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้จัดแจ้ง หรือผู้ทำการโฆษณาดำเนินการ ดังต่อไปนี้ - ให้แก้ไขข้อความหรือวิธีการในการโฆษณา - ห้ามการใช้ข้อความบางอย่างที่ปรากฏในการโฆษณา - ห้ามการโฆษณาหรือห้ามใช้วิธีการนั้นในการโฆษณา - ให้โฆษณาเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้บริโภคที่อาจเกิดขึ้นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการเครื่องสำอางกำหนด โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้บริโภค ประกอบกับความสุจริตในการกระทำของผู้จัดแจ้ง หรือผู้ทำการโฆษณา

9. เครื่องสำอองสำหรัผู้ป่วย เจเพาะราย

พระราชบัญญัติเครื่องสำออง พ.ศ. 2558 "ไม่"ได้มีข้อยกเว้นกรณีทีแพทยผลิตเพื่อขาย เครื่องสำออง ซึ่เป็นเหตุไม่ต้องไปจดแจ้ง เครื่องสำออง ดังนัน การใช้เครื่องสำอองในคลินิก หรือสถานเสริมความงามจึงต้องระวังการใช้ เครื่องสำอองทีไม่ได้จดแจ้ง การแบ่งบรรจุ การ เปลี่ยนภาชนะบรรจุเครื่องสำออง สำหรัผู้ป่วย เจเพาะราย ซึ่จะมีปัญหาเรื่องฉลากเครื่องสำออง ตามมาด้วย

10. อำนาจสั่งปิดร้านขายเครื่องสำออง

พระราชบัญญัติเครื่องสำออง พ.ศ. 2558 "ไม่"มีการจดแจ้งการขายเครื่องสำออง จึงไม่มีเรื่อง การเพิกถอนใบจดแจ้งขายเครื่องสำออง นอกจากนี้ ในมาตรา 47 ก็ไม่ได้ให้อำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่ ในการสั่งห้ามสถานประกอบการขายเครื่องสำออง จึงไม่สามารถสั่งห้ามขายเครื่องสำอองอื่นทีไม่ได้ ฝ่าฝืนกฎหมายในร้านขายเครื่องสำออง หรือ "ไม่"สามารถสั่งปิดร้านขายเครื่องสำอองได้

11. อำนาจจับกุม การค้น

เดิมพระราชบัญญัติเครื่องสำออง พ.ศ. 2535 มาตรา 38 เป็นกฎหมายทีให้พนักงาน เจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติมีอำนาจจับกุมได้ แต่ พระราชบัญญัติเครื่องสำออง พ.ศ. 2558 ตัดอำนาจ พนักงานเจ้าหน้าที่ในการจับกุมผู้ทีต้องสงสัยว่า กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ นอกจากนี้

ในเรื่องของการค้นนัน ได้เพิ่มเติมให้พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องมีหมายค้นกรณี สงสัยว่ามีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ ของบุคคล เว้นแต่มีเหตุอันควรเชื่อว่า หากเน้นซักถามจะเอาหมายค้นมาได้ จะมีการยกย้าย ชุกซ่อน ทำให้เปลี่ยนสภาพไปจากเดิม หรือทำลายหลักฐาน ทีเกี่ยวข้องกับการกระทำความผิด ให้ทำการค้นได้โดยไม่ต้องมีหมายค้น แต่ ต้องปฏิบัติตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาว่าด้วยการค้น ตาม พระราชบัญญัติเครื่องสำออง พ.ศ. 2558 มาตรา 47 วรรคหนึ่ง (3) ประกอบ มาตรา 47 วรรคสาม

12. การเรียกคืนพลิตภัณฑ์เครื่องสำออง

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ เครื่องสำอองมีอำนาจประกาศกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการ เรียกเก็บคืน การทำลาย และการส่งมอบเครื่องสำออง ตามพระราชบัญญัติ เครื่องสำออง พ.ศ. 2558 มาตรา 6(16)

กรณีทีปรากฏต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ว่ามีการกระทำความผิดตามมาตรา 14 วรรคหนึ่ง (กรณีไม่ได้จดแจ้งรายละเอียดของเครื่องสำออง) มาตรา 26 (กรณี ผลิตหรือนำเข้าเครื่องสำอองไม่ตรงตามทีได้จดแจ้ง) มาตรา 27 (กรณี เครื่องสำอองทีไม่ปลอดภัยในการใช้ เครื่องสำอองปลอม เครื่องสำออง ผิดมาตรฐาน เครื่องสำอองทีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศห้าม เครื่องสำอองทีถูกสั่งเพิกถอนใบรับแจ้ง) หรือมาตรา 32 (เครื่องสำอองทีไม่ได้ จดแจ้ง เครื่องสำอองทีมีปัญหาเกี่ยวกับฉลาก เครื่องสำอองทีหมดอายุการใช้) ให้พนักงานเจ้าหน้าที่โดยได้รับอนุมัติจากเลขาธิการคณะกรรมการอาหาร และยามีอำนาจสั่งให้ผู้จดแจ้ง ผู้ขาย หรือผู้ครอบครองเครื่องสำอองดังกล่าว เรียกเก็บคืนและทำลายเครื่องสำอองนัน หรือส่งมอบเครื่องสำอองนันให้แก่ พนักงานเจ้าหน้าที่ภายในระยะเวลาทีพนักงานเจ้าหน้าที่กำหนด หรือในกรณี ทีมีความจำเป็น ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินการจัดเก็บได้ โดยให้ผู้จดแจ้ง ผู้ขาย หรือผู้ครอบครองเครื่องสำอองเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการ ดำเนินการดังกล่าว ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขทีรัฐมนตรีประกาศ กำหนด ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำออง พ.ศ. 2558 มาตรา 48

เอกสารอ้างอิง

พระราชบัญญัติเครื่องสำออง พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติเครื่องสำออง พ.ศ. 2558

กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือด่วนที่สุดที่ สธ 1007/3993 เรื่อง ร่างพระราชบัญญัติเครื่องสำออง พ.ศ. ลงวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรี

สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. เอกสารประกอบการพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติเครื่องสำออง พ.ศ.

(คณะรัฐมนตรีเป็นผู้เสนอ). เอกสารบรรจุระเบียบวาระการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2558 วันพฤหัสบดีที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2558 (อ.พ. 7/2558)

เกสัชอาสา...พาเลิกบุหรี่

อีกหนึ่งบทบาทของเภสัชกรในระบบสุขภาพ ในการดูแลประชาชน



ด้วยความตระหนักในข้อเท็จจริงว่าประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ 10.4 ล้านคน (พ.ศ. 2557) หรือคิดเป็นจำนวนบุหรี่ที่ถูกสูบมากถึง 105.6 ล้านมวนต่อวัน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 52,000 คน หรือ 142 คนต่อวัน ซึ่งในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการวิจัยพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษา 3 โรคหลักที่เป็นผลสืบเนื่องจากการสูบบุหรี่คือ มะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง และเส้นเลือดหัวใจตีบ เป็นจำนวนเงิน 46,800 ล้านบาทต่อปี ในขณะที่รายได้ของรัฐบาลจากการเก็บภาษีสรรพสามิตบุหรี่มีจำนวนที่น้อยกว่า เพียงปีละ 43,207 ล้านบาท

Theme วันงดสูบบุหรี่โลกในปี พ.ศ. 2548 มีว่า “Health Professionals on Tobacco Control” หรือภาษาไทยว่า “ทีมสุขภาพร่วมใจต้านภัยบุหรี่” ด้วย Theme นี้ ทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงจัดตั้งเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพฯ ขึ้น รวมถึงเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อควบคุมยาสูบ (คภยส.) ซึ่งได้เป็นภาคีร่วมทำกิจกรรมกับองค์กรหรือสมาคมวิชาชีพสุขภาพฯ ต่าง ๆ รวมถึงองค์กรทางด้านวิชาชีพเภสัชกรรม เช่น สมาคมเภสัชกรรมชุมชน สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล เป็นต้น โดยมี **ภก.ดร.คทา บัณฑิตานุกูล อดีตโฆษกสภาเภสัชกรรม เป็นประธานเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ (คภยส.)** ได้รับการสนับสนุนเงินงบประมาณในการทำงานจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ หรือที่เรียกขานกันทั่วไปว่า สสส. และได้รับการสนับสนุนทางเทคนิคจากมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่

ภก.ดร.คทา กล่าวถึงวัตถุประสงค์หลักของเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อควบคุมยาสูบว่า ในช่วงแรก ๆ ที่เกิด คภยส. ผลงานแรกที่เราภูมิใจคือ ได้ร่วมกับเลขาธิการมูลนิธิธรรมาภิบาลฯ (อาจารย์ประกิจ วาทีสาธกกิจ) เข้าพบชี้แจงทำความเข้าใจกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เพื่อให้ยา NRT (Nicotine Replacement Therapy) ซึ่งเดิมเป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ต้องจ่ายเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น ให้สามารถจ่ายหรือจำหน่ายในร้านยาได้ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเข้าถึงยาช่วยเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมการ



ภก.ดร.คทา บัณฑิตานุกูล

เลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ซึ่งทาง อย. ก็สนับสนุนแนวคิดนี้ และได้ปรับสถานะของ NRT ให้สามารถจ่ายหรือจำหน่ายโดยเภสัชกรในร้านยาได้ ซึ่งเรื่องนี้ถือเป็นแรงกระเพื่อมที่สำคัญที่ทำให้เภสัชกรชุมชนให้ความสนใจเข้าอบรมเรื่องเทคนิคการเลิกบุหรี่และยาช่วยเลิกบุหรี่กันมาก จึงถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในการทำโครงการของ คภยส. ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2553 คือ การพัฒนาองค์ความรู้และส่งเสริมความสามารถและบทบาทของเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยเน้นการให้บริการเลิกบุหรี่ เน้นเภสัชกรชุมชนและเภสัชกรโรงพยาบาลให้สามารถให้บริการได้อย่างเต็มรูปแบบ (เทคนิค 5A) ซึ่งต่อมาโครงการนี้เป็นที่รู้จักของเครือข่ายยาสูบต่าง ๆ ในนาม “เกสัชอาสา...พาเลิกบุหรี่” เภสัชกรชุมชนมีการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยาเพิ่มขึ้น เภสัชกรร้านยามีการส่งยาช่วยเลิกบุหรี่เข้ามาให้บริการมากขึ้น และเริ่มให้บริการให้คำปรึกษาแนะนำทั้งแบบสั้น (brief advice) และเต็มรูปแบบ (comprehensive)

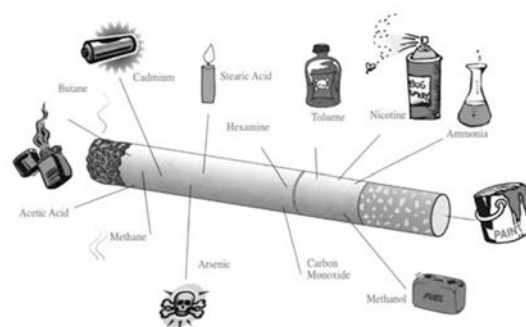


แต่ก็ยังเป็นในลักษณะของจิตอาสา การให้บริการเลิกบุหรี่แบบเต็มรูปแบบต้องใช้เวลาในการให้บริการในครั้งแรกของการให้บริการต้องใช้เวลาพูดคุยให้คำแนะนำประมาณ 20 นาที โดยเฉพาะในช่วงแรก ๆ ร้านขายยังมีทักษะน้อย บางครั้งก็ใช้เวลามากขึ้น และในกระบวนการยังมีการติดตามถึง 6 เดือน ซึ่งจะตามเป็นช่วง ๆ และผู้สูบบุหรี่รายก็เลิกไม่สำเร็จ ทำให้เภสัชกรท้อใจเลิกให้บริการเป็นการให้บริการที่แตกต่างจากการให้บริการปรึกษาแนะนำในโรคเรื้อรังหรือเรื่องอื่น ๆ ที่ไม่ต้องเสียเวลามาก ซึ่งเภสัชกรชุมชนจะมีทักษะและประสบการณ์มากกว่า ดังนั้น ร้านที่ตั้งใจให้บริการเภสัชอาสาจริง ๆ จึงมีไม่มาก จะเห็นได้จากในช่วงปี พ.ศ. 2550-2553 มีเภสัชกรร้านยาที่สนใจเข้าร่วมอบรมประมาณ 2,000 กว่าร้าน แต่ที่ให้บริการจริงมีอยู่ประมาณ 20-30% คือ ประมาณ 400-500 ร้าน ดังนั้น การเป็นเภสัชอาสาต้องการทั้งพลังใจ และการมีจิตวิญญาณของการให้บริการ

การที่ทาง คภยส. ให้ความสำคัญกับโครงการนี้ เนื่องจากในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2548 การให้บริการเลิกบุหรี่ในระบบสถานบริการยังมีการทำกันไม่มาก และผู้สูบบุหรี่ก็ไม่สนใจเข้ารับบริการ

เลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล สาเหตุอาจเป็นเพราะยาช่วยเลิกบุหรี่สมัยนั้นเป็นยาที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ มีราคาสูงและไม่ได้อยู่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพ จึงเบิกไม่ได้ ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่จึงต้องจ่ายค่ายาเอง ในช่วงนั้นทุกอย่างไม่เอื้อต่อผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่เลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งการให้บริการเลิกบุหรี่มักจะสังกัดกับคลินิกจิตเวชหรือคลินิกยาเสพติด ทำให้บรรยากาศไม่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ การให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่เริ่มให้บริการเข้มแข็งมากขึ้น หลังจากเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพฯ โดยเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพต่าง ๆ โดยเฉพาะเครือข่ายแพทย์ได้ริเริ่มจัดตั้งคลินิกฟ้าใสในสถานบริการต่าง ๆ สำหรับวิชาชีพเภสัชฯ ในช่วง 4-5 ปีแรกที่เรารับทุนจาก สสส. เราจะทำงานเรื่องเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่เป็นเรื่องหลัก ในส่วนของเภสัชกรโรงพยาบาล ทาง คภยส. ยังดำเนินกิจกรรมได้น้อย เนื่องจากเภสัชกรโรงพยาบาลเองมีงานประจำค่อนข้างมาก และหลายโรงพยาบาลไม่มียาช่วยเลิกบุหรี่ในบัญชียาของโรงพยาบาล ยกเว้นมีการเตรียมน้ำยาบ้วนปากที่ใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่ให้แก่คลินิกเลิกบุหรี่ และการให้บริการเลิกบุหรี่ของคลินิกฟ้าใสมักจะจะเป็นระบบเบ็ดเสร็จในคลินิก คือจ่ายยาช่วยเลิกบุหรี่โดยไม่ต้องไปเบิกที่ห้องยา เนื่องจากเป็นยาที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งมีบางโรงพยาบาลที่เภสัชกรได้มีโอกาสได้เข้าไปเกี่ยวข้อง ดังนั้น การขยายงานเภสัชกรโรงพยาบาลว่าด้วยเรื่องของการเลิกบุหรี่จึงทำได้ไม่มาก

ในปี พ.ศ. 2556 ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เห็นผลงานเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ และจากการสำรวจที่ผ่านมาพบว่า จำนวนคนสูบบุหรี่ที่เข้าไปสู่ระบบโรงพยาบาลมีน้อย และโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะดูแลเฉพาะผู้สูบบุหรี่ที่ป่วยแล้ว แต่ผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่ป่วยและมีสุขภาพแข็งแรงที่ยังเดินสูบบุหรี่อยู่ในสังคม ในชุมชนมีอยู่มาก และตรงนี้ถ้าเภสัชกรร้านยาสามารถดูแลได้ดีก็จะสามารถช่วยผู้สูบบุหรี่ได้มาก จึงได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนให้เภสัชกรอาสาพาเลิกบุหรี่เพื่อให้บริการขยายมากขึ้น โดยสนับสนุนผ่านสมาคมเภสัชกรรวมชุมชน จึงมีการนำงบประมาณนั้นมาบริหารจัดการให้เป็นค่าตอบแทนแก่เภสัชกรผู้ให้บริการ และสนับสนุนค่ายาช่วยเลิกบุหรี่ฟรี ตรงนี้เป็นจุดที่ทำให้ร้านยาสนใจเริ่มเข้ามาให้บริการมากขึ้นและผู้สูบบุหรี่ก็สนใจเข้ารับบริการ โดยโครงการนี้เริ่มที่กรุงเทพมหานครก่อน จากนั้นจึงได้ขยายไปต่างจังหวัดซึ่งขยายไปประมาณ 20 จังหวัด สามารถให้บริการผู้เลิกบุหรี่ได้ประมาณ 1,200 กว่าคนในแต่ละปี ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด



สำหรับปี พ.ศ. 2559 ทาง สปสช. มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ดังนั้น ทาง คยชส. จึงใช้ของ สสส. และมีการปรับยุทธศาสตร์ทำงานในพื้นที่หรือ จังหวัดที่ สสส. สนับสนุนบจจังหวัดปลอดภัย ให้มีการทำโครงการเภสัชอาสา เชื่อมโยงกับเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการให้บริการเลิบบุหรี่ และเพิ่มจำนวนผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ ดังนั้น ในแผนปี พ.ศ. 2559-2561 ที่เรากำลังจัดทำยุทธศาสตร์ใหม่ เราอาจจะเลือกทำงานกับ องค์กรเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมากขึ้น เช่น มูลนิธิเพื่อนหญิง เนื่องจากทางมูลนิธิเพื่อนหญิงเองเป็นองค์กรที่เข้มแข็ง มีสมาชิกกระจายใน ทุกจังหวัดทั่วประเทศ และปัญหาหนึ่งของครอบครัวสมาชิกคือ การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า การพนัน และอาจไปถึงเรื่องยาเสพติดด้วย

ผลที่ได้รับอีกด้านหนึ่งคือ การลงไปทำงานในจังหวัดปลอดภัย ทำให้ ผู้ใหญ่ในจังหวัด เช่น แพทย์ใหญ่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการ สปสช.เขต รับรู้ถึงบทบาทของเภสัชอาสาว่ามีความสำคัญในการสนับสนุน ความเข้มแข็งของจังหวัดในการให้บริการเลิบบุหรี่ ถึงกับให้เภสัชกรสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด (เภสัช สสจ.) ให้มีความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพร้านยา และสนับสนุนให้เข้าโครงการฯ มากขึ้น สิ่งนี้ถือเป็นนิมิตหมายที่ดีที่ร้านยา เภสัชกรชุมชนมีบทบาทที่ภาครัฐให้การสนับสนุน เพราะถึงแม้ว่าโรงพยาบาล จะมีคลินิกฟ้าใสในการให้บริการช่วยเลิบบุหรี่ก็ตาม แต่ก็ทำเฉพาะผู้ป่วยที่มา รับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งก็ยังมีบริการที่จำกัดอยู่ ซึ่งต่างจากร้านยา เพราะอยู่ในแหล่งชุมชนสาธารณะ สังคมรับรู้ ผู้สูบบุหรี่เข้าถึงง่าย และสะดวก ในการรับบริการ ตรงจุดนี้ผมถือว่าเป็นการเปิดประตู ซึ่งจะนำไปสู่การให้บริการ ที่เป็นวิชาชีพมากขึ้น และเป็นบันไดหนึ่งขั้นในการนำไปสู่การทำให้โครงการในการ ดูแลสุขภาพชุมชนมากขึ้น เช่น การคัดกรอง ให้บริการติดตาม ดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ (non-communicable disease NCD)

“การทำงานนี้แม้จะเป็นการเสียเวลา และค่าตอบแทนที่ได้ก็น้อยมาก แต่ทุกคนก็มีเป้าหมายตรงกันว่า ต้องทำให้สังคมรับรู้ ต้องทำให้เพื่อนร่วมวิชาชีพ ต่าง ๆ มองเห็นว่าเภสัชกรร้านยามีคุณภาพ เมื่อตรงนี้ทุกฝ่ายมองเห็น ผมคิดว่า เราสามารถขยายงานเภสัชกรชุมชนออกไปสู่บริการสุขภาพอื่น ๆ ได้”

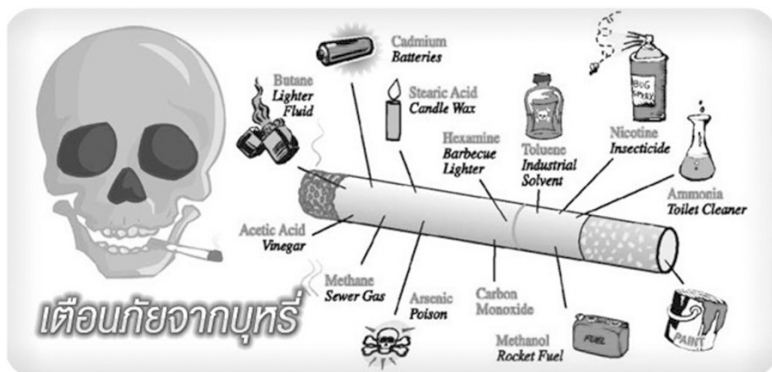
ส่วนวัตถุประสงค์อื่น ๆ เราพยายามจะกำหนดตามยุทธศาสตร์ของ องค์กรอนามัยโลก เช่น มุ่งเน้นพัฒนาให้มีการบูรณาการเนื้อหาเรื่องการควบคุม



นพ.อานวย กาจีนะ

การบริโภคยาสูบ และเทคนิคการเลิบบุหรี่ เป็นส่วน หนึ่งของการเรียนการสอนในหลักสูตรเภสัชศาสตร์ ของทุกสถาบัน และผลักดันให้เป็นหนึ่งในเกณฑ์ ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของสภาเภสัชกรรม การสนับสนุนให้องค์กรนักศึกษามีทัศนคติ เข้าใจ และตระหนักถึงบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมในการ ควบคุมยาสูบและการให้บริการเลิบบุหรี่ สนับสนุน งานวิจัยด้านยาหรือสมุนไพรที่ใช้ในการเลิบบุหรี่เพื่อ ลดค่าใช้จ่ายในการใช้จ่ายช่วยเลิบบุหรี่ และอื่น ๆ

อย่างไรก็ตาม นอกจากกลุ่มวิชาชีพ เภสัชกรที่เข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ช่วยเหลือ คนไทยให้ปลอดจากบุหรี่แล้ว ในส่วนของกระทรวง สาธารณสุขเอง โดย นพ.อานวย กาจีนะ อธิบดี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าว ถึงการเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการให้ คำปรึกษาการเลิบบุหรี่กว่า 500 แห่งทั่วประเทศ รองรับ มาตรการของกระทรวงการคลังที่มีการปรับขึ้นภาษี บุหรี่ซิการ์และยาสูบในประเทศ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมามาว่า จาก มาตรการขึ้นภาษีบุหรี่ซิการ์และยาสูบในช่วงเวลาที่ผ่านมา ส่งผลสำคัญให้อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบพบว่า ในปี พ.ศ. 2534 อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มนี้ สูงร้อยละ 32 ซึ่งข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ. 2557 อัตรา การบริโภคยาสูบลดลงเหลือเพียงร้อยละ 20.7 หรือ คิดเป็น 11.36 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นเยาวชน ในช่วงอายุ 15-24 ปี ซึ่งเป็นนักสูบหน้าใหม่มากถึง



1.4 ล้านคน ทั้งนี้การลดลงของอัตราการบริโภคยาสูบมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราภาษีและราคามหรือย่างเห็นได้ชัด ในส่วนการเข้าถึงมหรืของเยาวชนนั้นพบว่า ส่วนใหญ่ซื้อมาสูบแบบเป็นมวน/แบ่งมวนขาย ร้อยละ 68.25 รองลงมา ได้แก่ การซื้อเป็นซอง ร้อยละ 31.46 เมื่อพิจารณาการเข้าถึงมหรืในมิติของแหล่งซื้อ ผลการสำรวจยังพบว่า เยาวชนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ซื้อมหรืมาสูบจากร้านค้าใกล้บ้าน/ที่พักอาศัย หรือที่เรียกทั่วไปว่าร้านขายของชำ ร้อยละ 91.00 รองลงมา ได้แก่ ร้านค้าใกล้สถานศึกษา/ที่ทำงาน ร้อยละ 2.98 และร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 2.65

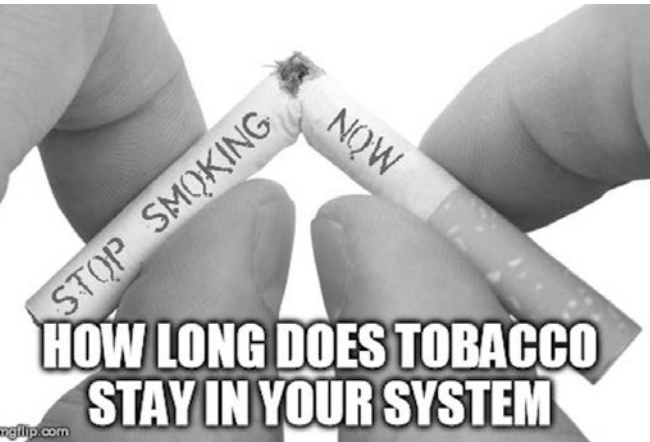
“มาตรการการปรับขึ้นภาษีดังกล่าวส่งผลดีต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยเฉพาะนักสูบหน้าใหม่ และนักสูบกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย ซึ่งมาตรการการขึ้นภาษีมหรืนี้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้เป็นมาตรการสำคัญที่มีประสิทธิภาพสูงในการดำเนินงานเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ เช่นเดียวกับการห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขายมหรื ทั้งนี้ในส่วนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับมาตรการเพื่อรองรับการขึ้นภาษีมหรื โดยมีการดำเนินการที่สำคัญดังนี้ 1. สนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุข ในการจัดบริการให้คำปรึกษาการเลิกมหรืกว่า 500 แห่งทั่วประเทศ และนอกจากนี้ประชาชนที่ไม่สะดวกไปใช้บริการจากหน่วยบริการสาธารณสุขยังสามารถเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาการเลิกมหรืทางโทรศัพท์โดยไม่เสียค่าโทรศัพท์ของศูนย์บริการเลิกมหรืทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) หรือ Quitline 1600 2. กรมควบคุมโรคดำเนินการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในการผลักดันให้โรงเรียนในสังกัด สพฐ. เป็นโรงเรียนปลอดมหรื 100% ภายในปี พ.ศ. 2561 นี้”

สำหรับการป้องกันการเข้าถึงมหรืของเยาวชน และลดจำนวนเยาวชนที่จะเสพติดมหรื เครือข่ายยุทธศน์ กรุงเทพมหานคร ร่วมกับ มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรื ร่วมกันจัดทำโครงการ “Gen Z Gen STRONG : ไม่สูบ” ขึ้น ทั้งนี้ นายพรพรรค์ ประจวบลาภ ประธานเครือข่ายยุทธศน์ กรุงเทพมหานคร กล่าวว่า Generation Z คือ คนที่อายุ 7-20 ปีในขณะนี้ พวกเราเติบโตมาพร้อมเทคโนโลยีในการสื่อสารและเข้าถึงข้อมูล เราตระหนักดีว่าความอิสระในการเข้าถึงข้อมูลมีทั้งข้อดีและข้อเสียต่อการเลือกใช้ชีวิต



แต่สิ่งหนึ่งที่พวกเรารู้และเห็นตรงกันคือ มีข้อมูลมากมายที่ใคร ๆ ก็ค้นได้จากอินเทอร์เน็ตว่ามหรืไม่ได้ดีอย่างไร ผมไม่เคยค้นเจอประโยชน์ของมหรืเลย แม้แต่ครั้งเดียว พวกเราจึงเลือกที่จะไม่เข้าไปข้องเกี่ยวกับมหรืและยาเสพติด และเพื่อแสดงพลังของ Gen Z เราจึงร่วมกันทำโครงการ “Gen Z Gen STRONG : ไม่สูบ” ขึ้น “เราอยากเห็น Gen Z ปลอดจากมหรืครับ เราหวังว่าสังคมจะช่วยกันส่งเสริมและสนับสนุนโครงการนี้ครับ”

นางสาวบังอร ฤทธิภักดี กรรมการมูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรื กล่าวว่า จากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าคนไทยที่ติดมหรืกว่าครึ่งเริ่มสูบบุหรืก่อนอายุ 19 ปี เมื่อมีการเริ่มสูบและติดแล้ว มีเพียงร้อยละ 27 เท่านั้นที่สามารถเลิกได้ ส่วนอีกร้อยละ 73 จะติดไปตลอดชีวิต ดังนั้น หากเราสามารถช่วยกันป้องกันเด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี ไม่ให้เริ่มสูบบุหรื ก็จะช่วยลดการเติมนักสูบบุหรืหน้าใหม่เข้าสู่วงจรการสูบ การป่วย และการตายจากมหรื ยิ่งกว่านั้นหากเยาวชนตกเป็นทาสของการเสพติดมหรืแล้ว ก็จะเป็นด่านแรกของ



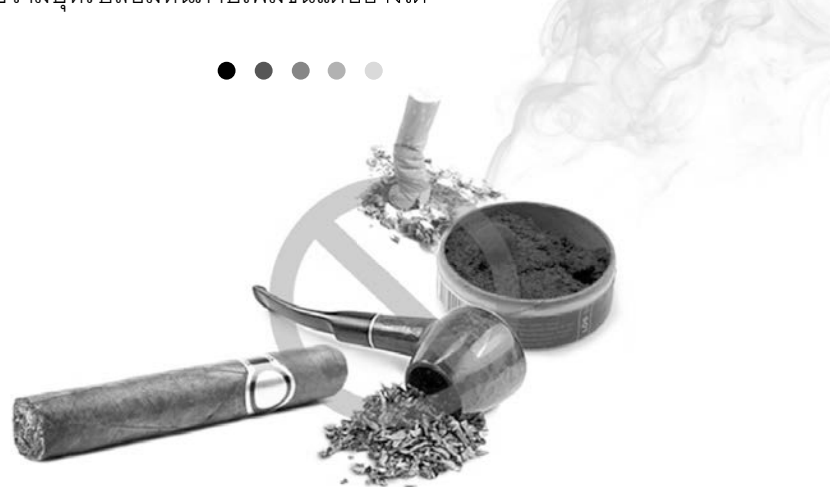
การก้าวไปสู่สิ่งเสพติดและอบายมุขที่ร้ายแรงชนิดอื่น ๆ ด้วย “เป็นเรื่องที่น่าดีใจที่วัยรุ่นในวันนี้ได้ลุกขึ้นมาบอกสังคมว่าไม่เลือกบุหรี่ และไม่เอาบุหรี่มาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในขณะที่บริษัทบุหรี่จ้องจะกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นตาเป็นมัน เพราะรู้ว่าลูกค้าของเขาที่ติดบุหรี่แล้ว ล้วนเริ่มสูบตอนเป็นวัยรุ่นเกือบทั้งสิ้น ดิฉันเชื่อว่า หากสังคมทุกภาคส่วนช่วยกันคนละไม้คนละมือ มีการสร้างปัจจัยเอื้อ ทั้งมาตรการทางสังคมและมาตรการทางกฎหมาย เพื่อป้องกันเด็ก Gen Z จากการเสพติดบุหรี่ ก็จะช่วยสร้างคนรุ่นใหม่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และในระยะยาวก็จะสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยลงได้”

ดร.ศรัณญา เบญจกุล อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดเผยข้อมูลการสำรวจสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยในช่วง 24 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2534-2558) พบว่า จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงจาก 12.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2534 เป็น 10.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 ในจำนวนนี้พบว่าเป็น Gen Z ที่มีอายุ 15-18 ปี 3.1 แสนคน ซึ่งหากเราช่วยกันปกป้อง Gen Z จาก

การเริ่มสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ก็จะสามารถลดนักสูบหน้าใหม่ได้ถึงร้อยละ 90

นายจิระวัฒน์ อยู่สະบาย นิติกรจากสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การป้องกันนักสูบหน้าใหม่เป็นมาตรการที่สำคัญยิ่ง แต่ทว่ากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 นั้นใช้มากกว่า 20 ปีแล้ว ล้าสมัยและมีช่องโหว่ที่ทำให้ธุรกิจยาสูบใช้เป็นเครื่องมือในการขยายธุรกิจมาโดยตลอด เพราะธุรกิจยาสูบต้องการล่าลูกค้าใหม่มาทดแทนผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่จนป่วยและตาย หรือเลิกสูบ ดังนั้น พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะมีมาตรการในการปกป้องเด็กจากการเข้าถึงบุหรี่ เช่น การห้ามแยกซองบุหรี่ขายเป็นรายมวน ทั้งนี้จากการสำรวจที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 88 ของเด็กอายุระหว่าง 15-17 ปีที่สูบบุหรี่ซื้อบุหรี่จากการแบ่งขายเป็นมวน ๆ

ด้าน **ดร.แดเนียล เคอร์เทสซ์ ผู้แทนองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย** เปิดเผยคำขวัญวันงดสูบบุหรี่โลก วันที่ 31 พฤษภาคม ประจำปีนี้ว่า “ซองบุหรี่แบบเรียบ ลดภัยเงียบ ลดโรค” เพราะซองบุหรี่แบบเรียบเป็นมาตรการสำคัญที่จะลดความดึงดูดของซองบุหรี่ ป้องกันการใช้ซองบุหรี่เป็นสื่อโฆษณาหรือสื่อความหมายผิด ๆ แต่ในทางกลับกัน ซองบุหรี่แบบเรียบทำให้เห็นภาพคำเตือนเด่นชัดขึ้น โดยซองบุหรี่แบบเรียบหมายถึงซองบุหรี่ที่นอกเหนือจากภาพคำเตือนพิษภัยยาสูบแล้ว อนุญาตให้พิมพ์ข้อยี่ห้อบุหรี่แต่ละยี่ห้อเป็นตัวย่อหรือห้ามพิมพ์วลีตลาดยี่ห้อและเครื่องหมายการค้า โดยประเทศออสเตรเลียได้ใช้ซองบุหรี่แบบเรียบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ขณะที่ประเทศอังกฤษและไอร์แลนด์ กฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบเริ่มใช้เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคมที่ผ่านมา ทั้งนี้สหภาพยุโรปหรืออียูได้ประกาศว่าสมาชิกทั้ง 28 ประเทศสามารถออกกฎหมายนี้ได้ ไม่ได้เป็นการลดทอนสิทธิในการใช้เครื่องหมายการค้าหรือข้อยี่ห้อ และไม่เป็นการขัดต่อกฎหมายการค้าระหว่างประเทศ ผลการบังคับใช้กฎหมายซองบุหรี่แบบเรียบของออสเตรเลียพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนลดลง ทำให้ผู้สูบบุหรี่อยากเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น สังเกตเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เด่นชัดขึ้น ไม่พบความยุ่งยากของร้านค้าปลีกในการหยิบหรือให้บริการลูกค้า และไม่พบว่ามิบุหรี่ปลอมหนีภาษีเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด



ยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนใหม่

ชื่อ Idelvion

บริษัท CSL Behring

คุณสมบัติทั่วไป ยาทำให้เลือดแข็งชนิด Factor IX

ตัวยาออกฤทธิ์ สารปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (coagulation factor IX) เป็นดีเอ็นเอสายผสมจากกระบวนการผลิตยาด้วยวิธีทางพันธุวิศวกรรม

ข้อบ่งใช้ สำหรับผู้ป่วยฮีโมฟีเลียชนิดบี ที่ขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือดชนิด Factor IX เพื่อควบคุมและป้องกันการที่เลือดออกและหยุดซ้ำ Idelvion ใช้เพื่อทดแทนสาร Factor IX

ผลข้างเคียง คลื่นไส้ ปวดศีรษะ วิงเวียน การรับรสผิดปกติ ผิวน้ำเป็นผื่น
รูปแบบและขนาดยา ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ บรรจุภัณฑ์เป็นผงยาละลายตัวทำละลายก่อนใช้ ขนาดยาโดยทั่วไปความเข้มข้น 0.4-1.2 IU/dL และบริหาร 1 IU ของสาร Factor IX ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2559

ชื่อ Taltz

บริษัท Eli Lilly and Company

คุณสมบัติทั่วไป ยาด้านอักเสบ

ตัวยาออกฤทธิ์ ixekizumab

กลไกการออกฤทธิ์ ยาเป็นแอนติบอดี จับกับโปรตีน interleukin (IL)-17A ที่เป็นสาเหตุการอักเสบ

ข้อบ่งใช้ สำหรับผู้ใหญ่ รักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดผื่นหนาที่มีอาการขึ้นปานกลางถึงรุนแรง

ผลข้างเคียง อาการที่รุนแรง ได้แก่ การอักเสบในทางเดินอาหาร อาการข้างเคียงทั่วไป เช่น ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ติดเชื้อราปาก

รูปแบบและขนาดยา ยาฉีด

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2559

ชื่อ Cinqair

บริษัท Teva Pharmaceutical Industries Ltd.

คุณสมบัติทั่วไป ยารักษาหอบหืดในกลุ่มยาโมโนโคลนอล แอนติบอดี IgG4 kappa

ตัวยาออกฤทธิ์ reslizumab

กลไกการออกฤทธิ์ ยาด้านสารอักเสบคือ interleukin 5 มีผลลดจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด eosinophils ซึ่งเป็นสาเหตุของโรค

ข้อบ่งใช้ สำหรับผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป เพื่อรักษาอาการหอบหืดขั้นรุนแรง อาการหอบหืดที่มีการอักเสบที่หลอดลมที่มีเม็ดเลือดขาว eosinophils และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ผลข้างเคียง ผู้ที่มีอาการแพ้ยาอย่างรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ หรือมีเซลล์เจริญผิดปกติและเป็นสาเหตุของเนื้องอก อาการข้างเคียงทั่วไป ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ เจ็บคอ

รูปแบบและขนาดยา ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ บริหารยา 4 สัปดาห์/1 ครั้ง
สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2559

ชื่อ BromSite

บริษัท Sun Pharmaceutical Industries Ltd.

คุณสมบัติทั่วไป ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ตัวยาออกฤทธิ์ bromfenac

ข้อบ่งใช้ ป้องกันและบรรเทาอาการปวดอักเสบและลดบวมหลังการผ่าตัด

ข้อควรระวัง ไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันนานเกินระยะเวลาที่แพทย์สั่ง ซึ่งจะมีผลเสี่ยงต่อการมองไม่เห็น

ผลข้างเคียง เพิ่มความไวของประสาทตาต่อการรับแสง ระคายเคืองตา ปวดศีรษะ เห็นแสงกะพริบหรือลูกน้ำในภาพที่มอง

รูปแบบและขนาดยา ยาหยอดตา ความเข้มข้นตัวยา bromfenac 0.075% หยอดครั้งละ 1 หยด วันละ 1 ครั้ง นาน 14 วัน

ข้อมูลอื่น ๆ สามารถใช้ยานี้ร่วมกับการรักษาด้วยยาอื่นได้ เช่น ยาตาในกลุ่ม alpha-agonists, beta-blockers, carbonic anhydrase inhibitors, cycloplegics และ mydriatics โดยหยอดยาแต่ละชนิดห่างกันอย่างน้อย 5 นาที

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2559

ชื่อ Kovaltry

บริษัท Bayer Health Care Pharmaceuticals Inc.

คุณสมบัติทั่วไป สารปัจจัยการแข็งตัวของเลือดชนิด Factor VIII

ตัวยาออกฤทธิ์ สารปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (coagulation factor VIII) เป็นดีเอ็นเอสายผสมจากกระบวนการผลิตยาด้วยวิธีทางพันธุวิศวกรรม

กลไกการออกฤทธิ์ เพิ่มปริมาณปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (Factor VIII)

ข้อบ่งใช้ สำหรับผู้ป่วยฮีโมฟีเลียชนิดเอ ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก เพื่อควบคุมและป้องกันการที่เลือดออกและหยุดซ้ำ อาจใช้ร่วมในกรณีผู้ป่วยดังกล่าวต้องการผ่าตัด หรือทำฟัน

ผลข้างเคียง อาการที่รุนแรง ได้แก่ ผิวน้ำฟกช้ำง่าย เลือดออกง่าย ไข้ หนาวสั่น ง่วงนอน น้ำมูกไหล ผิวน้ำเป็นผื่น คันตามผิวน้ำ คลื่นไส้ ปวดท้อง เบื่ออาหาร ปัสสาวะสีเข้ม ตัวและตาเหลือง อาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง ได้แก่ คลื่นไส้เล็กน้อย ผิวน้ำไวต่อการรับความรู้สึก ตาพร่ามัว บวมและระคายเคืองบริเวณที่ฉีดยา

รูปแบบและขนาดยา ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ผสมยาแล้วฉีดภายใน 3 ชั่วโมง ในกรณีต้องผ่าตัด ต้องบริหารยาก่อน 10-14 วัน โดยทั่วไปบริหารยา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

สถานที่และวันที่รับรอง ประเทศสหรัฐอเมริกา วันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2559



(ผู้ช่วยหัวหน้าโครงการวิจัย), อ.ทพ.วิษพงศ์ อิศรางพร ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ ผศ.ดร.ทพญ.เกษรา ปัทมพันธุ์ ภาควิชาทันตกรรมบูรณะและปริทันตวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกันศึกษาวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมสำหรับผู้ป่วยขาดน้ำลายขึ้น โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย หรือ สกว. (Thailand Research Fund: TRF)-SME เป็นผู้ให้ทุนวิจัย และ ดร.บังอร เกียรติธนากร โดยบริษัทอุตสาหกรรมเครื่องหอมไทย-จีน จำกัด (TCFF) เป็นผู้ร่วมให้ทุนแก่ สกว.

ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จิรเดช มโนสร้อย และ ศ.เกียรติคุณ ดร.ภญ.อรรณญา มโนสร้อย ผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียม ยากมาตรฐานสมุนไพรไทย จากงานวิจัยบนหิ้งสู่ห้าง

อาการขาดน้ำลาย (xerostomia) เป็นอาการข้างเคียงที่พบในผู้ป่วยมะเร็งจากการใช้ยาหรือฉายรังสี และพบในผู้สูงอายุ ผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมที่จำหน่ายในท้องตลาดโดยทั่วไปต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งประเทศไทยไม่สามารถผลิตได้เองและมีราคาค่อนข้างสูง (66.39 บาท/มิลลิลิตร) ผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่เตรียมจากสารเคมีหรือส่วนประกอบของเมือกที่ได้จากสัตว์ที่มีปัญหาในการยอมรับของผู้บริโภค ประเทศไทยมีพืชสมุนไพรจำนวนมากที่มีเมือกซึ่งสามารถนำมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมที่เทียบเคียงหรือดีกว่าน้ำลายธรรมชาติได้

จากการเล็งเห็นถึงความสำคัญและความตั้งใจที่อยากจะพัฒนาสมุนไพรไทย รวมถึงคุณภาพชีวิตของคนไทยโดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับผลกระทบจากอาการเจ็บป่วยของโรคแล้ว คุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของเขาเหล่านั้น แม้แต่การรับประทานอาหารก็ยังต้องทนทุกข์จากการกลืนที่ลำบาก การมีผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมจึงเปรียบเสมือนการมาช่วยชดเชยให้วิถีชีวิตของเขาเหล่านั้นเป็นไปด้วยความราบรื่นเหมือนอย่างที่เคยเป็น เพื่อเป็นการช่วยเติมเต็มคุณภาพชีวิตของเขาให้ดีขึ้นได้ สิ่งนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จิรเดช มโนสร้อย ภาควิชาวิทยาศาสตร์เภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์/ศูนย์วิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ สถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (หัวหน้าโครงการวิจัย) และคณะผู้วิจัย ซึ่งได้แก่ ศ.เกียรติคุณ ดร.ภญ.อรรณญา มโนสร้อย ภาควิชาวิทยาศาสตร์เภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์/ศูนย์วิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ สถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่





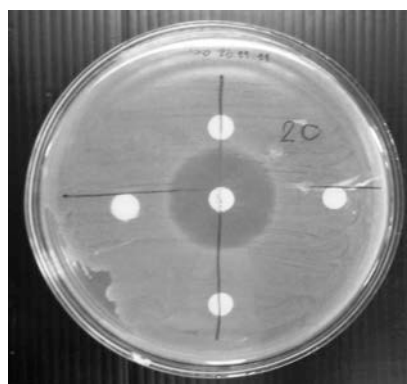
ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จิรเดช และ ศ.เกียรติคุณ ดร.ภญ.อรัญญา ได้ร่วมกันกล่าวถึง ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียม ให้ฟังว่า ได้คัดเลือกพืชหรือสมุนไพรไทยจำนวน 23 ชนิด มาเตรียมเป็นสารสกัดด้วยวิธีการต่าง ๆ มากกว่า 20 วิธี ได้สารสกัดมากกว่า 100 ตัวอย่าง แล้วนำสารสกัดมาวิเคราะห์หาองค์ประกอบทางเคมี และศึกษาสมบัติต่าง ๆ จากนั้นคัดเลือกสารสกัดที่มีคุณสมบัติดีที่สุดไปพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียม และศึกษาลักษณะทางกายภาพ รวมทั้งฤทธิ์ทางชีวภาพต่าง ๆ ฤทธิ์ด้านเชื้อจุลินทรีย์ ฤทธิ์ด้านปฏิกิริยาออกซิเดชัน และฤทธิ์ลดการเกาะของเชื้อจุลินทรีย์ ทดสอบความเป็นพิษแบบเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลันในหนูทดลอง ตลอดจนศึกษาการยอมรับในอาสาสมัคร และจัดทำ Specification ของสารสกัดและผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมที่พัฒนาได้

ผลงานวิจัยนี้ได้ผลิตผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมจากสารสกัดกระเจียบเขียว ซึ่งเป็นสมุนไพรพื้นบ้านไทยที่ใช้บริโภคเป็นอาหาร สารสกัดกระเจียบเขียว มีสมบัติการไหลแบบ Non-Newtonian ชนิด Pseudoplastic ที่เหมือนน้ำลายธรรมชาติและที่ความเข้มข้นทำให้ความหนืด 9 cP ซึ่งเท่ากับน้ำลายธรรมชาติ มีค่าการทำให้เปื่อยเท่ากับ 4.53 ± 0.56 นาที ซึ่งดีกว่าน้ำลายธรรมชาติ (10.88 นาที) และมีฤทธิ์ทางชีวภาพต่าง ๆ สารสกัดไม่มีพิษต่อเซลล์ไฟโบรบลาสต์ของเหงือกและไม่เป็นพิษต่อสัตว์ทดลองโดยการกินทั้งแบบเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลัน สารสกัดมีต้นทุน 91.40 บาท/กรัมของสารสกัด ส่วนผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมที่มีส่วนผสมของสารสกัด มีค่าความเป็นกรด-ด่างเท่ากับ 7.38 มีความหนืดเท่ากับ 9.5 cP และมีสมบัติการไหลแบบ Non-Newtonian ชนิด Pseudoplastic เช่นเดียวกับน้ำลายธรรมชาติ มีค่าการทำให้เปื่อยเท่ากับ 5.06 ± 0.81 นาที ซึ่งมีค่า 2.15 เท่า เร็วกว่าน้ำลายธรรมชาติ

นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ทางชีวภาพต่าง ๆ ไม่เป็นพิษต่อเซลล์ไฟโบรบลาสต์ของเหงือก มีฤทธิ์ด้านการยึดเกาะอนุภาค hydroxyapatite ของเชื้อ *Streptococcus mutans* ที่เป็นสาเหตุทำให้ฟันผุ ผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมที่พัฒนาได้มีความคงตัวสูงเมื่อเก็บที่อุณหภูมิ 4 ± 2 , 2.5 ± 2 และ 4.5 ± 2 °C นาน 3 เดือน มีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปากและคอแห้ง ตลอดจนอาการเจ็บปวดในช่องปากและลิ้นในอาสาสมัครเมื่อเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมที่มีจำหน่ายในท้องตลาด ซึ่งพบว่าได้ผลไม่แตกต่างกัน และสามารถบรรเทาอาการปากและคอแห้งรวมทั้งอาการเจ็บปวดในช่องปากและลิ้นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมที่พัฒนาได้มีต้นทุนเท่ากับ 0.36 บาท/มิลลิลิตร ซึ่งต่ำกว่าราคาเฉลี่ยของผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมที่นำเข้าจากต่างประเทศ 8.00-184.42 เท่า (2.88-66.39 บาท/มิลลิลิตร) การวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจพบว่าการลงทุนเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมจากสารสกัดกระเจียบเขียวมีความเป็นไปได้ ในด้านการตลาด เทคนิค การจัดการ การเงิน และผลตอบแทนต่อเศรษฐกิจและสังคม

ผลงานวิจัยนี้ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติและตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติจำนวน 2 เรื่อง รวมทั้งได้จดสิทธิบัตรจำนวน 1 เรื่องกับกรมทรัพย์สินทางปัญญา และได้รับรางวัลชนะเลิศอันดับ 1 ของ Colgate Research Award 2012 ในการประกวดผลงานวิจัยทาง Basic Sciences ในการประชุมวิชาการของทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ นอกจากนี้แผนธุรกิจของผลงานวิจัยน้ำลายเทียมนี้ยังได้รับรางวัลชนะเลิศระดับประเทศในโครงการเส้นทางนวัตกรรม (Research to Market: R2M 2015) ซึ่งจัดโดยกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ในประการสำคัญ ผลงานวิจัยนี้ได้รับรางวัลโล่เกียรตินิยมผลงานวิจัยดีเด่นทางด้านวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2558 จากสำนักงานกองทุนสนับสนุน





การวิจัย (สกว.) เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ซึ่งมอบรางวัลโดย พล.อ.ดร.ประจัน จันตอง รองนายกรัฐมนตรี

นอกจากนี้บริษัท อุตสาหกรรมเครื่องหอมไทย-จีน จำกัด ผู้ร่วมทุนของโครงการวิจัยนี้ ยังได้ศึกษาและทดลองตลาดของผลิตภัณฑ์แล้วพบว่า ผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมนี้มีศักยภาพสูงในเชิงพาณิชย์ ซึ่งขณะนี้บริษัทกำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อจัดจำหน่ายต่อไป

สำหรับจุดเด่นของผลงานวิจัยนี้ อาจารย์ทั้ง 2 ท่านกล่าวว่า เป็นการแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในเชิงพาณิชย์ของสารสกัดจากสมุนไพรพื้นบ้านของไทยในการนำมาพัฒนาเป็นวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมสำหรับใช้ในผู้ป่วยขาดน้ำลาย ซึ่งนอกจากได้ผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปผลิตในเชิงพาณิชย์ได้แล้ว ยังเป็นการช่วยเพิ่มมูลค่าของพืชสมุนไพรไทยที่จะช่วยเพิ่มรายได้ให้แก่เกษตรกรอีกทางหนึ่ง ช่วยลดการนำเข้าผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมจากต่างประเทศที่มีราคาสูง เมื่อเปรียบเทียบราคากับผลิตภัณฑ์ในท้องตลาด น้ำลายเทียมที่ผลิตได้มีราคาต่ำกว่า 8-180 เท่า โดยน้ำลายเทียมที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาถือเป็นการนวัตกรรมแรกของโลก นอกจากนี้ผลงานวิจัยจากสารสกัดกระเจี๊ยบเขียว

และสารสกัดจากพืชอื่นที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพต่าง ๆ ก็ยังสามารถนำไปต่อยอดเพื่อพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ได้อีก เช่น เป็นสารหล่อลื่นในผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น ถุงยางอนามัย และยังสามารถนำสารสกัดที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในเครื่องสำอางและอาหารเสริมอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม กว่าที่งานวิจัยจะสำเร็จออกมาให้ทุกคนได้รู้จักนั้น ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จිරเดช กล่าวว่า ท่านและคณะผู้วิจัยใช้เวลาในการทำวิจัยนาน 1 ปี 6 เดือน ความยากของงานวิจัยชิ้นนี้อยู่ตรงความคิดที่ว่าเราจะเลือกพืชใดมาศึกษาบ้าง และการที่จะบอกว่าเป็นน้ำลายเทียมได้หรือไม่จะต้องศึกษาคุณสมบัติต่าง ๆ อะไรบ้าง ทั้งนี้จากที่ค้นคว้าและทำวิจัยมายังไม่เคยทราบว่ามีนักวิจัยกลุ่มไหนที่ทำวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรใช้เป็นน้ำลายเทียมที่ทำวิจัยที่ครอบคลุมและละเอียดสมบูรณ์แบบเท่านี้ ส่วนใหญ่จะคิดว่ามีพืชตัวไหนที่มีความสิ้น แต่ไม่มีใครคิดจนถึงว่าเมื่อเคี้ยวแล้วความเหนียวต้องลดลงเหมือนน้ำลายตามธรรมชาติและลิ้นคอ ผลงานจากโครงการนี้จึงเป็นผลงานที่ ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จिरเดช และผู้ร่วมวิจัยทุกท่านภูมิใจมากที่สุดโครงการหนึ่งตั้งแต่ทำวิจัยมา เพราะทำด้วย

ความสนุกและอยากรู้ แม้เงินทุนสนับสนุนในการทำวิจัยจะไม่มาก โดยงบประมาณไม่พอเพียงในการศึกษาให้ครบถ้วนครอบคลุมสมบูรณ์จนถึงการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย เพื่อให้ผู้ประกอบการสามารถนำไปใช้ได้ ในบางครั้ง

ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จिरเดช ต้องใช้งบประมาณส่วนตัวมาสนับสนุนเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังพบปัญหาและอุปสรรคด้วย โดยปัญหาที่เกิดขึ้นก็ไม่ใช่เฉพาะแค่ปัญหาทางวิชาการเท่านั้น แต่เป็นปัญหาอื่น เช่น ในเรื่องของการบริหารจัดการ เป็นต้น ซึ่งไม่ว่าจะเป็นปัญหาในเรื่องใด ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จिरเดช เห็นว่าเราจะต้องมองที่เป้าหมายเป็นหลัก จากนั้นจึงค่อย ๆ แก้ไขปัญหาไปทีละเปลาะ เนื่องจากท่านเห็นว่าทุกปัญหาย่อมมีทางแก้ไข ซึ่งตัวเราเองก็รู้เฉพาะบางจุดเท่านั้น จึงต้องอาศัยความรู้จาก



คนอื่น ๆ ด้วย เช่น อาจารย์หลาย ๆ ท่านที่ร่วมทำวิจัย แต่ละท่านต่างก็มีความรู้ความชำนาญในแต่ละด้านที่แตกต่างกัน ดังนั้น ในการทำงานวิจัยที่ได้ผลดีมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง จึงต้องทำงานเป็นทีมและเป็นงานวิจัยแบบสหสาขา

ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จिरเดช ยังได้กล่าวเพิ่มเติมถึงหัวใจสำคัญของการทำวิจัยให้ฟังว่า การทำวิจัยต้องมีใจรัก และคิดต่าง ซึ่งถึงแม้ว่าตอนแรกคนอื่นอาจจะไม่ค่อยยอมรับ เนื่องจากอาจใหม่เกินไปสำหรับเขา รวมทั้งเขาเหล่านั้นอาจอยู่ห่างไกลจากปัญหาที่เราทำวิจัย ตลอดจนเขาเหล่านั้นมีความคิดที่ต่างจากเรา แต่ท้ายที่สุดแล้ว ถ้าเราพยายามและเดินหน้าต่อไป เราก็จะประสบความสำเร็จได้ ที่สำคัญเราจะต้องมีความวิริยะ อุตสาหะ มุ่งมั่น และไม่ละความพยายาม โดยเฉพาะเวลาที่ประสบกับปัญหา จะต้องหาวิธีแก้ปัญหาซึ่งทุกอย่างล้วนมีทางแก้ไข ไม่เช่นนั้นงานก็จะไม่ประสบผลสำเร็จ



นอกจากนี้ ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จිරเดช และ ศ.เกียรติคุณ ดร.ภญ.อรัญญา ยังได้แนะนำถึงเคล็ดลับของการสร้างผลงานวิจัยให้เป็นจากห้องไปสู่อู่ห้างได้ว่า ลักษณะของงานวิจัยมี 2 ประเภทคือ งานวิจัยพื้นฐาน (basic research) และงานวิจัยเชิงประยุกต์ (applied research) ซึ่งงานวิจัยทางเภสัชศาสตร์ส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยประยุกต์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ได้ ซึ่งงานวิจัยพื้นฐานก็มีความสำคัญเช่นกัน เพราะองค์ความรู้จากงานวิจัยพื้นฐานจะสามารถนำมาช่วยสนับสนุนการวิจัยเชิงประยุกต์ได้ ดังนั้น การทำวิจัยจะต้องมีทั้ง 2 ประเภทควบคู่กันไป นอกจากนี้การที่เราจะทำวิจัยไม่ให้อันไหนจะต้องดูด้วยว่าสังคมและผู้บริโภคต้องการอะไร การทำวิจัยเพียงแค่ว่าเราอยากรู้ อยากเห็นอย่างเดียวจะไม่เพียงพอ เราต้องทำตามความต้องการของสังคมและของผู้บริโภคด้วย ซึ่งจุดนี้เป็นสิ่งที่เราต้องคำนึงถึงให้มากเพื่อให้งานวิจัยของเราไม่อยู่เฉยๆบนหิ้ง

ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จिरเดช และ ศ.เกียรติคุณ ดร.ภญ.อรัญญา ยังได้กล่าวถึงความตั้งใจในการทำงานวิจัยว่า อยากทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาของไทยต่อไป โดยจะนำสมุนไพรไทยที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมาพัฒนาต่อยอดให้เกิดคุณค่า อาจารย์ทั้ง 2 ท่านได้พัฒนา **ฐานข้อมูลมโนสร้อย (MANOSROI) III** ที่ได้รับรวบรวมตำรายาสมุนไพรไทยต่าง ๆ ทั่วทั้งประเทศ โดยครอบคลุมทั้งสมุนไพรและตำรับยาสมุนไพรสำหรับอาหารเสริมสุขภาพ เครื่องสำอาง และยา ซึ่งเมื่อจัดทำฐานข้อมูลนี้เสร็จสิ้นแล้วคาดว่าจะมีตำรับยาสมุนไพรถึง 200,000 ตำรับ โดยเฉพาะยาต้านมะเร็งซึ่งมีมากกว่า 800 ตำรับ ฐานข้อมูลนี้มีโปรแกรมที่จะสามารถคัดเลือกตำรับยาสมุนไพรและสมุนไพรในตำรับที่มีศักยภาพ แล้วนำมาทำการทดลองในห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นวิธีลด สะดวก และรวดเร็ว โดยที่ไม่ต้องไปเลือกสุ่มจากตำรับยาสมุนไพรหรือพืชสมุนไพรจำนวนมาก เฉพาะตำรับยาสมุนไพรหรือพืชสมุนไพรที่ได้ผลในการใช้จึงได้ถูกนำมาบันทึกในตำรายา จะเห็นว่าไม่เคยพบเลยว่ามีการเขียนระบุในตำรับยาไหนที่บอกว่ารับประทานแล้วตาย มีแต่เขียนระบุว่ารับประทานแล้วหาย จากประสบการณ์ของอาจารย์ทั้ง 2 ท่าน พบว่ามากกว่า 80% ของตำรับยาสมุนไพรหรือพืชสมุนไพรที่คัดเลือกจากฐานข้อมูลนี้ เช่น ฤทธิ์ต้านมะเร็งให้ผลบวกในหลอดทดลอง



ในการพัฒนายาจากภูมิปัญญา จากผลการทดลองจะทำให้ทราบว่าจะรับประทานสมุนไพรไหนหรือสมุนไพรตัวไหนมีฤทธิ์สูง เช่น ฤทธิ์ต้านมะเร็ง ซึ่งจะสามารถนำไปวิจัยต่อโดยนำมาสกัดสารออกมาเป็นสารเดี่ยวที่มีฤทธิ์ต้านมะเร็งได้ จากนั้นจะสามารถพัฒนาต่อจนเป็นรูปแบบยาแผนปัจจุบันได้ในที่สุด โดยความเป็นจริงแล้ว ในปัจจุบันมียาแผนปัจจุบันจำนวนมากที่มาจากพืชสมุนไพร เช่น ยาแอสไพรินที่มาจากต้นหลิว เป็นต้น ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จिरเดช ยังเล่าให้ฟังต่อว่า จาก **ฐานข้อมูลมโนสร้อย III** นี้ คณะผู้วิจัยได้ทุนจากกรมการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาตำรับยาสมุนไพรต้านมะเร็งปากมดลูก ซึ่งขณะนี้ได้ดำเนินการถึงขั้นตอนการทดสอบทางคลินิกในคนไข้โรคมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายที่พบว่าได้ผลดี และกำลังอยู่ในระหว่างการขยายขนาดการผลิตรายการสกัดและพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข เป็นยาแผนปัจจุบันจากสมุนไพรตัวแรกของไทยต่อไป

“จริง ๆ แล้ว แม้ประเทศไทยจะไม่มีองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยแบบต่างชาติ แต่เรามีสิ่งที่จะสามารถแข่งขันกับผู้อื่นในโลกได้ ซึ่งก็คือองค์ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาที่เป็นมรดกตกทอดจากบรรพบุรุษของเรามกเป็นเวลายาวนาน ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบของประเทศไทย เพราะฉะนั้น ถ้าหากเราสามารถนำองค์ความรู้เหล่านี้มาต่อยอด นอกจากจะง่ายและรวดเร็วแล้ว ยังจะเป็นเอกลักษณ์และแตกต่างจากงานวิจัยและผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่มีอยู่ ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยสามารถนำไปใช้แข่งขันในตลาดของเวทีโลกได้” ศ.เกียรติคุณ ดร.ภก.จिरเดช และ ศ.เกียรติคุณ ดร.ภญ.อรัญญา ร่วมกันกล่าวในท้ายที่สุด



โรคติดเชื้อพิวหนังที่พบบ่อยในเด็ก vs ผู้ใหญ่



โรคติดเชื้อที่แสดงอาการบนผิวหนังพบได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ แต่ลักษณะของผื่นบริเวณที่เกิดโรค ความรุนแรงแตกต่างกัน โดยเชื้อที่ก่อโรคที่พบบ่อย ๆ มี 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ เชื้อไวรัส แบคทีเรีย รา และปรสิต ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีอะไรบ้างนั้น ศ.พญ.ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวนิช แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และ ผศ.ดร.พญ.จิตติมา ฐิตวัฒน์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกันให้ข้อมูลว่า



ศ.พญ.ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวนิช

เชื้อไวรัส

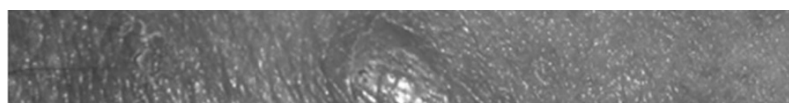
โรคอีสุกอีใส เกิดจากเชื้อวาริเซลลา-ซอสเตอร์ (varizella-zoster) ติดต่อทางการหายใจ เริ่มจากมีไข้ ขณะเดียวกันก็จะมีตุ่มแดง ๆ ค้น กระจายไปตามใบหน้า ลำตัว ต่อมาตุ่มแดงเปลี่ยนเป็นตุ่มใส ๆ คล้ายหยดน้ำ ต่อมาอีก 2-3 วันก็จะตกสะเก็ด ตุ่มใหม่มากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผื่นมีหลายแบบอยู่ในคนเดียวกัน ในเด็ก

ผื่นจะน้อย อาการไม่มาก ผู้ใหญ่มักจะมีอาการรุนแรงและมีตุ่มขึ้นมากกว่าเด็ก โดยทั่วไปผื่นหายโดยไม่แผลเป็น ยกเว้นติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน เมื่อโรคอีสุกอีใสหาย เชื้อไวรัสนี้อาจไปหลบอยู่ที่ปมประสาท เมื่อภูมิคุ้มกันต่อเชื้อต่ำลงจะเกิดโรคงูสวัดในภายหลังได้

โรคงูสวัด เกิดจากเชื้อไวรัสโรคอีสุกอีใสที่ซ่อนอยู่ในปมประสาทเส้นใดเส้นหนึ่ง แบ่งตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบที่เส้นประสาท เชื้อกระจายมาที่ผิวหนัง เกิดตุ่มเหมือนอีสุกอีใสขึ้นตามบริเวณที่เส้นประสาทเส้นนั้นไปเลี้ยง ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคงูสวัดคือ การที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงจากอายุที่มากขึ้น โรคเมะเร็ง โรคเอดส์ หรือได้รับยากดภูมิ ผู้ป่วยจะมีการปวดตามแนวเส้นประสาทนำมาก่อน หรือเกิดพร้อมกับผื่น ผื่นงูสวัดจะเป็นแนวยาวซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเท่านั้น ไม่พันรอบตัว เพราะเส้นประสาท 1 เส้น เลี้ยงแค่ครึ่งหนึ่งของลำตัว แม้ผื่นงูสวัดหายไปแล้ว ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจมีอาการปวดรื้อรังบริเวณนั้นไม่หายขาด

คนส่วนใหญ่มักคิดว่างูสวัดพบในผู้ใหญ่เท่านั้น แต่ในความเป็นจริง เด็กก็สามารถเป็นโรคนี้ได้ ถ้าเกิดโรคในเด็กมักได้ประวัติว่าเด็กเคยเป็นอีสุกอีใส เมื่ออายุน้อยกว่า 1 ปี หรือมารดาเป็นอีสุกอีใสระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างโรคงูสวัดในผู้ใหญ่กับในเด็กคือ เด็กไม่พบอาการปวดรื้อรังหลังผื่นหาย สำหรับการรักษายาต้านเชื้อวาริเซลลา-ซอสเตอร์ และการรักษาตามอาการ ได้แก่ ประคบผื่น ทายาที่ช่วยให้ผื่นแห้งเร็ว ให้ยาแก้ปวด ส่วนใหญ่ผื่นมักหายเองได้ในเวลา 1-2 สัปดาห์ การให้ยารับประทานต้านเชื้อไวรัส ถ้าจะให้ได้ผลดีควรเริ่มให้ภายในเวลา 72 ชั่วโมงแรก หลังจากมีผื่นขึ้น การใช้ยารักษาอื่น ๆ จะขึ้นกับอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก

โรคหูดข้าวสุก ติดต่อโดยการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่เป็โรคหูดข้าวสุก ถึงแม้ว่าโรคนี้จะเป็นโรคที่ไม่อันตรายแต่ก็สามารถติดต่อแพร่กระจายไปยังผู้อื่นได้ ซึ่งจะมีลักษณะเป็นตุ่มนูนมีสีเดียวกับผิวหนังขนาดต่าง ๆ กัน อาจพบได้มากกว่า 10 ตุ่มขึ้นไป ตรงกลางตุ่มมักนูน ภายในตุ่มจะพบสารสีขาวแข็งคล้ายข้าวสุก ตำแหน่งที่พบบ่อยในเด็กจะอยู่ตรงช่วงลำตัว หน้าอก หลัง แขน ขา ส่วนผู้ใหญ่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบบริเวณอวัยวะเพศ โดยการรักษามีได้หลายวิธีคือ การใช้ไฟฟ้าพ่นไนโตรเจนเหลว ทายา แต่วิธีที่ได้ผลดีที่สุดคือ แพทย์จะหนีบเอาตุ่มสีขาวออกให้หมด เพื่อทำลายเชื้อไวรัสภายใน



เชื้อแบคทีเรีย

โรคแผลพุพอง เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ปกติอยู่บนผิวหนัง แต่เพิ่มจำนวนมากขึ้น แผลเริ่มจากตุ่มหนองหรือตุ่มน้ำใส ต่อมาตกสะเก็ดแห้งสีน้ำตาลดำติดแน่น พบที่หน้า แขน ขา ติดต่อกันจากแผลไปยังส่วนอื่น ๆ โดยการแกะเกา พบในเด็กก่อนวัยเรียน สัมพันธ์กับการไม่รักษาความสะอาด ความชื้น อากาศร้อน ผู้ใหญ่พบน้อยมาก รักษาโดยใช้ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียทา อาจให้ยาปฏิชีวนะรับประทานเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ

เชื้อรา

เกลื้อน เชื้อเกลื้อนเป็นเชื้อราปกติอยู่บนผิวหนัง ในภาวะความชื้นและความชื้นเหมาะสมจะเพิ่มจำนวนก่อโรคได้ จึงพบได้บ่อยในช่วงวัยรุ่นถึงวัยกลางคน โดยเฉพาะคนที่ผิวมัน เหงื่อออกมาก ผิวหนังชื้นอยู่เสมอ พบประปรายในเด็กโต แอวกาง หน้า หู ลักษณะของผื่นจะเป็นวงเล็ก ๆ เริ่มจากรอบรูขุมขน อาจขยายรวมกันเป็นปื้นใหญ่ บนผื่นจะมีขุยละเอียด ถ้าใช้เล็บขีดจะเห็นขุยชัดขึ้น ผื่นมีได้หลายสี ตั้งแต่สีขาว สีแดง จนถึงสีน้ำตาล พบบริเวณที่มันและชื้น ได้แก่ หน้าอก หลัง ไหล่ ต้นคอ และต้นแขน อาจไม่มีอาการหรือคันเล็กน้อย

รักษาด้วยแชมพูกำจัดเชื้อรา เช่น 20% sodium thiosulfate หรือ 2.5% selenium sulfide หรือ ketoconazole โดยทาแชมพูทั่วบริเวณที่มันและชื้น เช่น ลำตัว ต้นแขน ต้นขา ทิ้งไว้ 5-10 นาทีแล้วล้างออก ถ้าพอกมากเกินไปอาจเกิดการระคายเคืองที่ผิวหนังได้

กลาก เป็นโรคที่คนทั่วไปมักได้ยินชื่อบ่อย ๆ กลากเป็นโรคติดต่อเชื้อราที่ผิวหนัง เล็บและเส้นผม เกิดจากการใช้สิ่งของร่วมกับคนเป็นโรค ติดจากดิน หรือจากสัตว์ ร่วมกับผิวหนังชื้น โดยกลากบริเวณในร่มผ้า เรียกว่า โรคสังคัง กลากที่ฝ่าเท้าและง่ามนิ้วเท้า เรียกว่า ฮ่อมก่งพุท โดยกลากที่ผิวหนังเริ่มจากเป็นตุ่มแดงแล้วค่อย ๆ ขยายลามออกไปเป็นวง ขอบเขตชัดเจน แดงนูน และมีสะเก็ด บริเวณผิวหนังตรงกลางผื่นเมื่อขยายออกแล้วจะเหลือรอยเพียงเล็กน้อยจนเกือบปกติ ขอบผื่นอาจมีตุ่มน้ำใสหรือเป็นหนองขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อและปฏิกิริยาจากภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย บางครั้งผื่นอาจลามติดต่อกันหลายวงจนมีลักษณะเป็นวงแหวนซ้อนกัน มักมีอาการคัน

กลากในเด็กพบบ่อยที่ศีรษะ ผื่นเป็นขุยสีเทา ผอมร่วง หัก หรืออักเสบมาก เป็นตุ่มผื่นหนองสลับกับร่องรอยของการอักเสบที่หายเองเป็นแผลเป็น เรียกว่า ชันนะตุ ในผู้ใหญ่ไม่ค่อยพบกลากที่เส้นผม แต่พบกลากที่เล็บบ่อยกว่าเด็ก

หากเป็นผื่นที่มีขอบชัดให้สงสัยว่าเป็นโรคกลาก การทายาเดี่ยวรอยโรค อาจดีขึ้นแต่ไม่หายและลามออกเรื่อย ๆ กรณีเป็นกลากที่ผิวหนังควรใช้ยาทาฆ่าเชื้อราวันละ 2 ครั้ง นาน 4-6 สัปดาห์ ในรายที่เป็นโรคบนผิวหนังที่หนา เช่น ที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า อาจต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานกว่าปกติ ในส่วนของการรับประทานยาฆ่าเชื้อราจะใช้ในกรณีที่ผื่นเป็นบริเวณกว้าง กลากที่เล็บ หรือกลากที่ศีรษะซึ่งควรปรึกษาแพทย์

ปรสิต

โรคหิด เกิดจากไรชนิดหนึ่ง ติดต่อกันโดยการสัมผัสใกล้ชิดผู้เป็นโรค อาการคือ เป็นตุ่มน้ำใสหรือตุ่มแดงทั่วตัว แขน ขา ผื่นมีมากบริเวณที่อุ่น ซอกพับ เช่น ง่ามนิ้วมือ ง่ามนิ้วเท้า ซอกมือ ซอกเท้า รักแร้ หัวนม สะดือ ก้น และอวัยวะ ผู้ป่วยคันมาก โดยเฉพาะเวลากลางคืน หากเกามากอาจเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ทำให้เป็นตุ่มหนองร่วมด้วย หิดในเด็กพบผื่นหรือตุ่มใสที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้าได้บ่อย และมีตุ่มนูนแดง คันที่อวัยวะเพศ หิดในผู้ใหญ่จะไม่เป็นตุ่มใสและมักไม่พบที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ทุกคนในบ้านควรได้รับการรักษาพร้อมกันหมดถึงแม้จะไม่มีอาการ เพราะบางคนอาจ

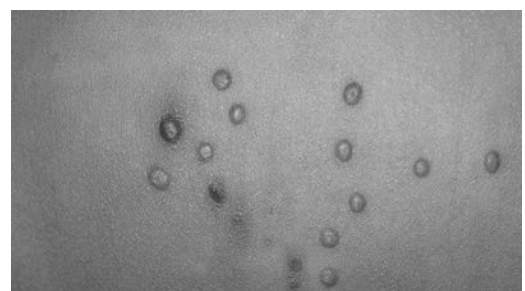


พศ.ดร.พญ.จิตติมา จิตต์วัณทิ

ติดหิดแล้วแต่ยังไม่มีอาการก็ได้ โดยทายาตั้งแต่คอลงไปจนถึงปลายเท้าให้ทั่วทั้งตัว โดยเฉพาะบริเวณซอกพับ ยกเว้นศีรษะและหน้า ให้ทายาตอนเย็นหลังอาบน้ำเสร็จ ทายาทั้งไว้ทั้งคืนถึงเช้าแล้วจึงอาบน้ำล้างยาออก ควบคู่การใช้ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่มที่ใช้อยู่ทั้งหมดไปซักในน้ำร้อน

เหา ตัวเหาอาศัยอยู่บนหนังศีรษะและเส้นผม อาศัยเลือดบนหนังศีรษะเป็นอาหาร โรคนี้เกิดการติดต่อและการแพร่กระจายจากศีรษะสัมผัสกันโดยตรง และจากการใช้สิ่งของร่วมกัน อาทิ หวี แปรงผม หมวก ผ้าเช็ดศีรษะ หมวกกันน็อก ผู้ป่วยส่วนมากไม่มีอาการผิดปกติ บางคนอาจมีอาการคัน หนังศีรษะแดงเป็นขุยหรือเป็นสะเก็ด อาจพบรอยเกาที่บริเวณหนังศีรษะ ตัวเหาพบยากเพราะคลานหลบตามเส้นผมได้แต่ไข่เหานั้นพบได้ง่าย มักพบมากที่บริเวณท้ายทอยและหลังใบหู วิธีกำจัดเหามีหลายแบบ อาจใช้ครีม เจล หวี หรือยารับประทาน ไม่ว่าจะใช้วิธีใดต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของการรักษาวิธีนั้น ๆ อย่างเคร่งครัด ในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ไม่ควรซื้อยาใช้เอง ควรให้การรักษาทุกคนในครอบครัวพร้อม ๆ กัน แม้ว่าจะยังไม่มีอาการของความผิดปกติ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเหา

โดยสรุป หากมีผื่นผิวหนัง หรือคันโดยไม่ทราบสาเหตุ ไม่ควรซื้อยามารับประทานหรือทายาเอง ควรพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง ไม่ควรเกา หรือแกะ เพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนและมีการกระจายของโรคเพิ่มขึ้น





ความประทับใจแรกพบ

ขณะที่ฉันทำงานอยู่ในห้องฉุกเฉิน คุณยายรายหนึ่งที่รอผลการรักษาอยู่มักชอบเดินมาถามว่า การรักษาดอนนี้ดำเนินไปถึงไหน อยู่หลายต่อหลายครั้ง ทั้งๆ ที่ฉันไม่ได้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยรายนี้ ช่วงแรกฉันก็เดินไปค้นประวัติ มาตอบให้ แต่พอยายเดินมาถามหลายครั้งเข้า ก็ทำให้ฉันอดสงสัยไม่ได้จนต้องถามไปว่า

“ทำไมยายไม่รอถามแพทย์เจ้าของไข้ล่ะคะ”

ยายตอบว่า “ก็ยายดูแล้ว คุณหมอ ดูท่าทางใจดีนี่คะ”

น่าแปลกที่มีแพทย์อยู่หลายคนที่กำลังทำงานในห้องฉุกเฉินอันกว้างใหญ่แห่งนั้น แต่ยายกลับพบลักษณะบางอย่างที่เป็นการเห็นแรกพบ แล้วตัดสินใจว่าจะเลือกวางใจใครคนหนึ่ง

หลายคนก็น่าจะเคยเผชิญกับเหตุการณ์คล้าย ๆ แบบนี้

รู้หรือไม่ว่าเวลาเราพบใครเป็นครั้งแรก นั้น สมองจะประเมินและตัดสินใจคนคนนั้นในเรื่องใดก่อน?

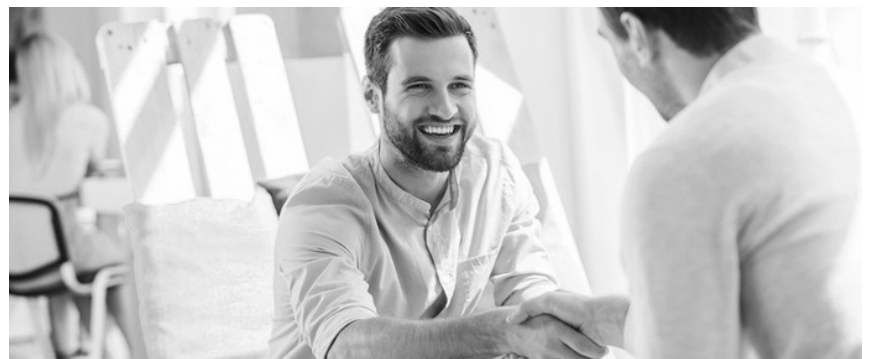
ศาสตราจารย์เอมี คัตตี ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมกรรมการแสดงออกโดยปราศจากคำพูด

(Non-verbal Behavior) แห่ง Harvard Business School ผู้ศึกษาเรื่อง “ความประทับใจแรกพบ (first impression)” มานานกว่า 15 ปี ค้นพบว่า 2 สิ่งที่เราจะตัดสินทันทีเมื่อพบใครครั้งแรกคือ

1. เราไว้วางใจคนนี้ได้หรือไม่ และ 2. คนคนนี้มีความสามารถอะไรที่น่าชื่นชมหรือไม่?

งานวิจัยพบว่าคนเราจะให้ความสำคัญกับ “ความอบอุ่น” หรือ “ท่าทีที่ดูไว้ใจได้” ของอีกฝ่ายก่อนจะให้คะแนน “ความสามารถ” เสียอีก ถ้าอย่างนั้นเราก็สามารถสร้างความประทับใจแรกพบได้โดยการ “แสดงความอบอุ่น” ออกมาแค่นั้นได้หรือไม่

ศาสตราจารย์ไฮดี้ แกรนท์ ฮัลวอร์สัน แห่ง Columbia Business School เล่าว่า เพื่อนสนิทคนหนึ่งชื่อทิมที่เพิ่งเข้าทำงานระดับผู้บริหารที่สำนักงานพิมพ์แห่งหนึ่ง ทิมต้องการสื่อให้ลูกน้องและเพื่อนร่วมงานเห็นว่า เขาให้ความสำคัญกับทุกความคิดเห็นของทุกคน ดังนั้น เขาจึงพยายามแสดงสีหน้าของผู้ที่กำลังฟังอย่างตั้งใจทุกครั้ง



ปรากฏว่าผู้คนที่รู้สึกอึดอัดกับใบหน้าแบบนี้ของทิม ศาสตราจารย์ฮัลเวิร์สัน อธิบายว่าถ้าเป็นการ “พยายามทำ” โดยปราศจาก “ความรู้สึกอยากจะทำจากภายในจริง ๆ” แล้ว การพยายามจ้องหน้าอีกฝ่ายจะทำให้ผู้จ้องดูเลิ่ดเย็น และทำให้คู่สนทนา รู้สึกว่าถูกคุกคาม

ถ้าต้องการให้คนมองว่าเราเป็นคนอบอุ่น เราก็ต้องพัฒนาความรู้สึก “เมตตาปรารถนาดีต่อผู้อื่นอย่างแท้จริง” ขึ้นมา ซึ่งทำได้โดยการฝึกเจริญสติ เพราะตัวปัญญาที่เกิดจากการเจริญสติจะทำให้เรามองผู้อื่นด้วยความเข้าใจ และเกิดความเมตตากรุณาได้เองอย่างเป็นธรรมชาติ

นอกจากนี้พระพุทธเจ้ายังสอนหลักธรรมในการครองใจคนไว้อีก 4 ประการ คือ 1. การให้ 2. การกล่าววาจาที่อ่อนหวาน 3. การทำสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น และ 4. การวางตนสม่ำเสมอ ร่วมทุกข์ร่วมสุข

สำหรับข้อ 2. ที่มักมองหว่าคนคนนี้มี ความเก่งกล้าสามารถอะไร เวลาคนเรามีความเก่งก็มักมีท่าทางมั่นใจโดยอัตโนมัติ ท่าทางมั่นใจจึงสร้างความประทับใจแรกแก่ผู้พบเห็นได้

ศาสตราจารย์ดัดดี ค้นพบว่าเพียงการจัดท่าทางร่างกายให้แสดงถึงอำนาจก็สามารถทำให้คนเรามีความมั่นใจขึ้นได้จริง ๆ อย่างจับต้องได้

นั่นก็คือเพียง 2 นาทีหลังจากผู้เข้าร่วมการทดลองได้ท่าทางที่แสดงถึงอำนาจ (แถวบนในภาพ) ระดับของฮอร์โมนเพศชายคือ เทสโทสเตอโรน เพิ่มขึ้นถึง 20% และระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลลดลงถึง 25%

ระดับฮอร์โมนเพศชายที่เพิ่มขึ้น (ทั้งในชายและหญิง) จะทำให้ผู้นั้นรู้สึกมีความมั่นใจมากขึ้น ส่วนระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลที่ลดลงจะทำให้ผู้นั้นรู้สึกเครียดน้อยลง และมีความสามารถในการบริหารจัดการความเครียดได้ดียิ่งขึ้น



ภาพแถวบนเป็นกิจวัตรที่แสดงความมั่นใจ และภาพแถวล่างเป็นกิจวัตรที่แสดงความไม่มั่นใจ

การมีท่าทางมั่นใจย่อมสร้างความประทับใจแรกพบด้วยเช่นกัน อันเป็นการเปิดโอกาสให้เราได้ร่วมงานต่าง ๆ เพื่อแสดงความเก่งในตัวออกมา แต่ถ้าเราไม่มีความเก่งจริงก็จะเป็นการปิดโอกาสต่าง ๆ ดังนั้นเราก็ต้องทุ่มเทพลังพัฒนาตัวเราให้ “มีความสามารถจริง ๆ” ซึ่งทำได้โดยใช้



หลักอิทธิบาท 4 เพราะถ้าเรา “มีความสามารถจริง ๆ” อยู่ภายในแล้ว ต่อให้เราไม่แสดงอะไรออกมาภายนอก อีกฝ่ายก็จะยังสัมผัสได้เอง

ในการทำงานกับผู้ป่วย เราจึงควรพัฒนาเสน่ห์แรกพบด้วยการรู้สึกปรารถนาดี อยากช่วยให้ผู้ป่วยหายและปลอดภัยได้อย่างแท้จริง ก็จะเกิดท่าทีอบอุ่นได้อย่างเป็นธรรมชาติ จนเกิดเป็นความประทับใจแรกพบแก่ผู้ป่วย อันจะทำให้ผู้ป่วยเชื่อใจปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้ จึงเป็นโอกาสให้แพทย์ได้ใช้ความรู้ทางวิชาชีพมาช่วยรักษาให้หายได้เป็นอย่างดี

ส่วนในการทำงานร่วมกับผู้คนหลากหลาย การมีท่าทีอบอุ่นย่อมเป็นเสน่ห์แรกพบอันทำให้เปิดโอกาสได้แสดงความสามารถที่เรามี

ถ้าทำได้เช่นนี้ ผู้คนก็จะประทับใจเราไม่เพียงแต่ยามแรกพบ แต่จะประทับใจตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

เสน่ห์จากภายในกับความประทับใจแรกพบ. เรื่องดี ๆ จาก ดร.ณัช. 7 พฤษภาคม 2559.
ที่มาจาก: <http://www.doctor-nash.com/author/admin/>



हारोक्विका

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย พญ.มยุรา กุสุมภ์ ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข, นพ.อภิชาติ มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขเอเชีย เรื่อง เชื้อแบคทีเรียดื้อยา (Tokyo Meeting of Health

Ministers on Antimicrobial Resistance in Asia) ระหว่างวันที่ 14-16 เมษายน พ.ศ. 2559 พร้อมหารือทวิภาคีกับ Prof.Dame Sally Davies, Chief Medical Officer, UK ในประเด็นให้ไทยสนับสนุนการจัดประชุม Side Event on AMR ระหว่างการประชุม United Nations General Assembly (UNGA) ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 ณ ห้อง Aqua lounge ชั้น 17 Imperial Hotel Tokyo กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น

ร่วมมือวิจัยและพัฒนา ยาชีววัตถุ เครื่องสำอาง และอาหารเสริมจากสารสกัดธรรมชาติ

นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม (อภ.) และ ดร.นเรศ ดำรงชัย ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ ลงนามบันทึกความเข้าใจระหว่างองค์การเภสัชกรรม กับศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน) (TCELS) ในความร่วมมือวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ชีววัตถุ เครื่องสำอาง และอาหารเสริมจากสารสกัดธรรมชาติ เพื่อผลักดันให้ผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาด ทดแทนการนำเข้าจากต่างประเทศ โดยโครงการแรกที่จะทำร่วมกันคือ การวิจัยทางคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน) เมื่อไม่นานมานี้



41 ปี สภาคณแพทย์พิงกันฯ ยุค AEC ไร้รูปแบบก้าวสู่ความสำเร็จเพื่อประชาชน

รศ.นพ.นพคุณ นพคุณ นายกสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย ร่วมกับ คณะกรรมการอำนวยการสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย ได้จัดงานประชุมวิชาการ “การประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2559” ครั้งที่ 41 ภายใต้นาได้มีการจัดกิจกรรมสัมมนาพิเศษทางด้านโรคผิวหนัง มีการให้ความรู้

เกี่ยวกับผิวหนังในเด็กและในผู้ใหญ่ ภายใต้งานบรรยายที่หลากหลายในหลาย ๆ หัวข้อ และนวัตกรรมความสวยความงามในการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้เพื่อดูแลผิวพรรณ ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้

นโยบายทำงานร่วม

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย นพ.โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข บันทึกภาพร่วมกันระหว่างผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหาร สปสช. ผู้ตรวจราชการ ผู้อำนวยการ สปสช.เขตภายหลังเป็นประธานเปิดประชุมนำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานร่วมระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับประเทศและระดับเขต ณ สถาบันบำราศนราดูร จ.นนทบุรี เมื่อไม่นานมานี้



วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
1 กรกฎาคม 2559 	สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)	การประชุมวิชาการ “สมุนไพรบนหลักฐานเชิงประจักษ์กับการนำไปประยุกต์ใช้” ณ ห้องบอลรูม โรงแรมนารายณ์ ถ.สีลม กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2249-9333 โทรสาร 0-2249-9331 E-mail: hp@thaihp.org www.thaihp.org
1 กรกฎาคม 2559 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการ Update สมุนไพร 1: สารต้านออกซิเดชั่นจากธรรมชาติ ณ ห้องประชุม 206 อาคารราชวรินทร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2644-8677-91 ต่อ 5530, 5531 โทรสาร 0-2644-8701 E-mail: ithipol.ith@mahidol.ac.th www.pharmacy.mahidol.ac.th
3 กรกฎาคม 2559 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	การประชุมวิชาการโครงการพัฒนาศักยภาพเภสัชกรตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม ประจำปีงบประมาณ 2559 ครั้งที่ 4/2559 “The Important Roles of Pharmacists in Critical Care Settings: A focus on hypertensive crisis and thrombolytic therapy” ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 08-9918-3921 โทรสาร 0-3425-0941, 0-3424-4463 E-mail: ornwichian_k@su.ac.th www.pharm.su.ac.th
4-5 กรกฎาคม 2559 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	การประชุมวิชาการ International Mini-Conference on Natural Products-From Basic to Translation (NPBT) 2016 ณ ห้องโถงอาคาร 4 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	โทรศัพท์ 0-5596-1875, 0-5596-8603 โทรสาร 0-5596-3731 E-mail: jarupav@nu.ac.th, aranya_in@hotmail.com
4-8 กรกฎาคม 2559 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	การประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรมคลินิก “การเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายที่ไม่ใช่ยาปราศจากเชื้อ โดยใช้ปัญหาเป็นฐานการเรียนรู้” (Non-Sterile Extemporaneous Preparations: Principles, Guidelines and Problem-solving practices) วันที่ 2 ณ โรงแรมดิเอ็มเพรส จ.เชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-5394-4374 โทรสาร 0-5394-1508 E-mail: patcharindic@gmail.com www.pharmacy.cmu.ac.th/conference
4-8 กรกฎาคม 2559 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	การประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรม ครั้งที่ 16/2559 “เภสัชกรรมปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Evidence-Based Pharmacy Practice for Rational Drug Use)” ณ ห้องประชุมจำลอง สุนคันธ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ จ.นครปฐม	โทรศัพท์ 08-9918-3921 โทรสาร 0-3425-0941, 0-3424-4463 E-mail: ornwichian_k@su.ac.th www.pharm.su.ac.th
7-8 กรกฎาคม 2559 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการเภสัชอุตสาหกรรม ครั้งที่ 12 “การพัฒนาเภสัชภัณฑ์” ณ ห้องประชุมคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์/โทรสาร 0-2644-8702 E-mail: satit.put@mahidol.ac.th, headpypm@mahidol.ac.th www.pharmacy.mahidol.ac.th
11-12 กรกฎาคม 2559 	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการ “การขึ้นทะเบียนตำรับยา ครั้งที่ 6: การเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการข้อมูลคุณภาพยาและความคงสภาพระหว่างการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ” (Capacity building for drug quality data management including in-use stability) ณ โรงแรมนารายณ์ ถ.สีลม กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2644-8677 ต่อ 5402 โทรสาร 0-2644-8695 E-mail: headpypc@mahidol.ac.th www.pharmacy.mahidol.ac.th

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ติดต่อกองบรรณาธิการ โทร. 0-2435-2345 ต่อ 226 แฟกซ์ 0-2435-4024 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพ
ทางด้านเภสัชกรรม



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 (12 ฉบับ) 720 บาท

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา
☐ 1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม 620 บาท
☐ 1 ปี (CPE online) 350 บาท

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

**WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลดูใจกันถ้วน**

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ 10170 ☐ ตั๋วแลกเงิน

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

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.
☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาทีโอปัส ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4
☐ ธนาคารกรุงเทพ สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก.

71/16 ถ.บรมราชชนนี แขวงจตุรรมิตร เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 225, 109 แฟกซ์ 0-2435-4024

หมายเหตุ

1. ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัคร ที่หมายเลขแฟกซ์ 0-2435-4024
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกที่ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระ ค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 225, 109

แฟกซ์ 0-2435-4024

สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สั่งซื้อหนังสือทางการแพทย์ได้ง่ายๆ แค่ปลายนิ้วที่
www.si.mahidol.ac.th/sirirajbooks



หนังสือใหม่ คุณภาพคับเล่ม

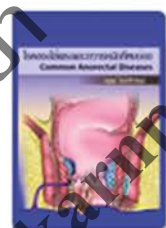


ความรู้พื้นฐาน
ทางจักษุวิทยา

ราคา 1,200 บาท



จิตเวชศิริราช DSM-5
ราคา 450 บาท



โรคของไส้ตรงและ
ทวารหนักที่พบบ่อย

ราคา 450 บาท



ไขสันหลังบาดเจ็บ
ราคา 370 บาท

ดาวน์โหลด "Siriraj Books" แอปพลิเคชัน ฟรี!!

ที่ App store (IOS) และ Play store (Android)



หนังสือขายก็มี

หนังสือฟรีก็เยอะ

โหลดอ่านได้

แบบฟรีๆ ไม่มีกั๊ก



แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจทันที



www.wongkarnpat.com



กด



Like

ได้ที่ www.facebook.com/Wongkarnpat