วารสารของเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
ข่าวสารเพื่องการเภสัชกรไทย

ยาน่ารู้

ISSN 0857-507X
ปีที่ 65 ฉบับที่ 3 / 2565 กรกฎาคม - กันยายน 2565

นวัตกรรมทางกัญชา กัญชง และกระท่อม แบบ Medical Grade สร้างสูตรที่มีคุณภาพ ทุกอย่างมีมาตรฐานชัดเจน เพราะเราคือ Nutraceutical & Healthcare Company

DR CBD MEDICAL GRADE

คุณพรชัย ปัทมินทร
ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร
บริษัท ดร.ซีบีดี จำกัด

CPE Continuing Pharmaceutical Education 2.5 Credits

EDITOR'S Note

สวัสดีค่ะ เภสัชกรผู้อ่านวารสาร “ยาน่ารู้” ผ่านพ้นครึ่งปีแรกของปีพศ. 2565 ปีเสือที่ถือได้ว่าปีนี้เสือดุไม่เบานะคะ เจอแต่เรื่องหนัก ๆ ทั้งนั้น ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ โควิด-19 ที่ล่าสุด มีการแพร่ระบาดของ “โอมิครอน” สายพันธุ์ BA.4 / BA.5 และยังจะมี BA 2.75 ที่ตอนนี้เริ่มแพร่ระบาดในบางประเทศกันบ้างแล้ว ทำให้ทั่วโลกยังคงเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด แม้ว่าหลังวันที่ 1 ก.ค. 2565 เป็นต้นมาเราเรียกว่าเป็น “ระยะ Post-pandemic” คือ เข้าสู่ระยะหลังการระบาดของโรคโควิด-19 แต่ก็ยังคงประมาทไม่ได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นอย่างครอบคลุม แม้ว่าตอนนี้จะเข้าระลอกที่ 6 แล้ว แต่ไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีผู้เสียชีวิตต่อล้านคนน้อยที่สุด แสดงถึงความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขของไทย ซึ่งเภสัชกรเป็นหนึ่งในบุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญของระบบสาธารณสุขที่ร่วมฝ่าฟันวิกฤตินี้ไปพร้อมกับสหวิชาชีพ ต่อจากนี้ยังมีความกังวลเรื่องโอกาสเกิดการแพร่ระบาดของโรคประจำถิ่น อย่างโรคไข้เลือดออกและไข้หวัดใหญ่ ความกังวลเรื่องปัญหาเศรษฐกิจ ภาวะเงินเฟ้อ สงคราม ค่าครองชีพและอื่น ๆ อีกมากมาย นับว่าเป็นบททดสอบสำคัญที่เราล้วนแล้วแต่ต้องเผชิญครั้งแล้วครั้งเล่าและยังไม่อาจคาดเดาได้เลยว่าวิกฤติครั้งนี้จะจบลงเมื่อไหร่ แต่ในทุก ๆ วิกฤติย่อมมีโอกาสซ่อนอยู่ คนที่มองเห็นโอกาสในวิกฤติเท่านั้น ที่จะสามารถอยู่รอด และเติบโตได้อย่างยั่งยืน

สำหรับยาน่ารู้ฉบับนี้ ท่านผู้อ่านจะได้พบกับบทสัมภาษณ์ของธุรกิจใหม่ที่น่าจับตา นั่นคือ “กัญชาทางการแพทย์” ที่เกิดจาก Passion ของผู้ก่อตั้งที่ผันตัวมาจากการทำงานสายการเงินการธนาคาร ผนวกกับวิสัยทัศน์ที่ตั้งใจให้เป็นธุรกิจกัญชาทางการแพทย์แบบครบวงจร ทั้งกัญชา กัญชา และกระท่อม ตั้งแต่ต้นน้ำยันปลายน้ำ ต่อยอดภูมิปัญญาโบราณ สร้างการยอมรับในคุณภาพมาตรฐานเพื่อก้าวสู่สากล ถือเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง ขณะเดียวกันก็ถือเป็นโอกาสสำหรับการเติบโตต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง ด้วยปรัชญาของการทำธุรกิจที่ตั้งอยู่บน ศีล 3 ข้อ คือ 1. Safety& Toxicity 2. Consistency และ 3.Efficacy ติดตามฟังมุมคิดที่แตกต่างที่จะทำให้ท่านผู้อ่านทึ่งกับความสามารถ และวิสัยทัศน์ของ คุณพรชัย ปัทมินทร์ ผู้ก่อตั้งและผู้บริหารคนเก่งของ DR.CBD ได้ในวารสาร “ยาน่ารู้” ฉบับนี้นะคะ

ขอบคุณสำหรับคำติชม และข้อเสนอแนะจากท่านผู้อ่านที่ส่งมาให้กอง บก. เป็นกำลังใจให้ทีมงาน และเราสัญญาว่าจะนำไปพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อทำให้วารสาร “ยาน่ารู้” เป็นวารสารที่นำประโยชน์มาสู่สมาชิกผู้อ่านทุกท่านให้มากที่สุด พบกันใหม่ ในฉบับหน้า สวัสดีค่ะ

ภญ.ศศิมา อาจสงคราม
อุปนายก และประชาสัมพันธ์เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

• ที่ปรึกษา
ภก.วิชา สุขุมาวาสี
อุปนายกและกรรมการอำนวยการเภสัชกรรม
สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

• ผู้จัดการวารสาร
ภก.ทวีพงษ์ เทียมสุวรรณ

• บรรณาธิการ
ภญ.ศศิมา อาจสงคราม

• กองบรรณาธิการ
ภญ.ศศิมา อาจสงคราม
ภญ.ณปภัช สุธัมนาถพงษ์
ภก.อุทัย สุขวิวัฒน์ศิริกุล
ภญ.พ.ท.หญิง สมหญิง รัตนะสุขจิตต์
ภก.เพียร เพลินบรรณกิจ
ภก.ณภัทร สัตยุตม์
ภญ.เบญญาภา ตันตวาที
ภญ.ดร.อาภา เพชรสัมฤทธิ์
ภก.ดร.อนุสรณ์ ธรรมพิทักษ์
ผศ.ภก.ดร.ณัฐวุฒิ ลีลากนก
อ.ดร.ภญ.พนิตา สุวรรณน้อย

• โฆษณา
ภก.ทวีพงษ์ เทียมสุวรรณ
โทร. 02 718 9449, 065 989 7795
ภก.ประสิทธิ์ พูนพิพัฒน์กิจ
โทร. 089 077 6800
ภญ.นวพร ตันไพบูลย์กุล

• เจ้าของ
เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
40 สุขุมวิท 38 (สันติสุข) แขวงคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
โทร. 02 391 6243, 02 712 1627-8 โทรสาร. 02 390 1987
www.pat.or.th E-mail : admin@pat.or.th

• ออกแบบรูปเล่ม จัดพิมพ์ บริษัท แลงเกวจ เซ็นเตอร์ แอนด์ แอดเวอร์ทิสเมนท์ จำกัด
โทร. 02 987 5532 โทรสาร. 02 987 4510 E-mail : language.ca@gmail.com

บทความในวารสารเล่มนี้ เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนถือเป็นลิขสิทธิ์ของเภสัชกรรมสมาคมฯ ห้ามนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

ContentS

ปีที่ 65 ฉบับที่ 3 / 2565 กรกฎาคม - กันยายน 2565

4 **Editor's Note**
ภญ.ศศิมา อาจสงคราม

9 **Pharmacy Society**
ภญ.ศศิมา อาจสงคราม

24 **สัมภาษณ์พิเศษ**
บริษัท ดร. ซีบีดี จำกัด
ภญ.ศศิมา อาจสงคราม

47 **Ranya Academy**
TELEPHARMACY
โอกาส หรือข้อจำกัดของเภสัชกรร้านยา
ภก.อุทัย สุขวิวัฒน์ศิริกุล

55 **Pharma Chat**
เมื่อเราต้องแก่เข้าสักวัน
ภญ.ณปภัช สุธัมนาถพงษ์

61 **ThaiYPGrow**
Service Design
การออกแบบบริการเพื่อประสบการณ์สุดพิเศษ
ภก.ณภัทร สัตยุตม์

67 **CPE**
- A Journey of Celecoxib from Pain to Cancer, Psychiatry, and COVID-19
  กิติยศ ยศสมบัติ

91 **Executive's Talk**
ภก.วิชา สุขุมาวาสี

โดย : ภญ. ศศิมา อาจสงคราม
ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยฯ

พบกับข่าวคราวความเคลื่อนไหวในแวดวงเภสัชกรรมกันอีกเช่นเคยนะคะ ช่วงนี้ พี่น้องเภสัชกรต่างก็ร่วมมือกันประกาศเจตนารมย์แสดงจุดยืนเกิดเป็น **Social Impact** กันหลายเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง **GPP, กัญชา** รวมถึงการที่ร้านยาเข้าร่วมโครงการช่วยดูแลผู้ป่วยโควิดอาการน้อย (กลุ่มผู้ป่วยสีเขียว) รับยารักษาตามอาการ ณ ร้านยาใกล้บ้าน ดูแลให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร ล้วนแล้วแต่เป็นบทบาทและหน้าที่ของพวกเรา ในยามที่บ้านเมืองเกิดการเปลี่ยนแปลง และอยู่ในภาวะที่เราต้องร่วมมือร่วมใจกันเต็มที่

สภาเภสัชกรรม ร่วมกับเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และอีก 7 สมาคมเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม ร่วมกันประกาศเจตนารมณ์ **"ร้านยาต้องมีเภสัชกร"** หลังสิ้นสุดช่วงเวลาผ่อนผันหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน : **Good Pharmacy Practice (GPP)** ถัดจากช่วงเวลานี้เป็นต้นไป . . . ร้านยาต้องปฏิบัติตามกฏเกณฑ์ GPP อย่างเต็มรูปแบบ เพื่อผลประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และประชาชนผู้มาใช้บริการ

1. เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

โดย ภก.ธีระ ฉกาจนโรดม (นายกสมาคมฯ)

"เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สนับสนุนให้ร้านขายยาทุกแห่ง มีเภสัชกรให้บริการประชาชนตลอดเวลาทำการ ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำ และส่งมอบยาโดยเภสัชกร ตามมาตรฐานสากล GPP(Good Pharmacy Practice) หรือ มาตรฐานของการบริการที่ดีทางเภสัชกรรมเพื่อประชาชนใช้ยาอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของวิชาชีพเภสัชกรรม"

2. สมาคมเภสัชกรรมชุมชน(ประเทศไทย)

โดย ภก.สมพงษ์ อภิรมย์รักษ์ (นายกสมาคมฯ)

"สมาคมเภสัชกรรมชุมชน(ประเทศไทย) ขอแสดงจุดยืนที่ชัดเจนให้ร้านยาก้าวสู่มาตรฐานเดียวกันในการให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันและผู้ที่มีหน้าที่ปฏิบัติงานต้องปฏิบัติตามกฏกระทรวง ให้เภสัชกรปฏิบัติงานในร้านยาตลอดเวลาที่เปิดทำการภายใน 25 มิถุนายน 2565 เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชน เปลี่ยนภาพลักษณ์ใหม่ให้เป็นที่น่าเชื่อถือต่อสังคม และสหวิชาชีพ"

3. สมาคมเภสัชกรอุตสาหการ(ประเทศไทย)

โดย ภญ.รุ่งนภา อัมรินทร์นุเคราะห์ (นายกสมาคมฯ)

"สมาคมเภสัชอุตสาหการ (ประเทศไทย) ยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ และปฏิบัติการในทุกด้าน เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้ใช้ยาอย่างปลอดภัย พร้อมส่งเสริมและสนับสนุนให้เภสัชกรที่ปฏิบัติการในร้านยาดำเนินงานตามข้อกำหนด GPP เต็มรูปแบบเพื่อการเข้าถึงยาของผู้บริโภคโดยการแนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้องของเภสัชกรตามหลักวิชาการอย่างเคร่งครัด เหมาะสม"

4. สมาคมเภสัชกรรมการตลาด(ประเทศไทย)

ภก.ผดุงยศ พิสุทธาดามงคล (นายกสมาคมฯ)

"วิชาชีพเภสัชกรรมการตลาดและการบริหารเภสัชกิจ ร่วมปกป้องวิชาชีพและคุ้มครองความปลอดภัยในการใช้ยา ของประชาชน ... เชิญชวนทุกท่าน ร่วมรณรงค์ เภสัชกรไทยไม่แขวนป้าย แขวนป้าย = ทำร้ายประชาชนและทำลายวิชาชีพ"

5. สมาคมเภสัชกรรมทะเบียนและกฎหมายผลิตภัณฑ์ (ประเทศไทย)

โดย ภญ.ภัทรี สินอนันต์พัฒน์ (นายกสมาคมฯ)

"สมาชิก RAPAT พร้อมใจกันทำหน้าที่ ณ สถานที่ปฏิบัติการตามใบอนุญาตและข้อกำหนด GPP ขอดำรงไว้ซึ่งเกียรติภูมิ ศักดิ์ศรีของเภสัชกรวิชาชีพเภสัชกรรมเป็นที่ยอมรับประจักษ์ต่อสังคมและคุ้มครองประชาชนให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย"

6. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)

โดย ภก.อำนวย พฤกษ์ภาคภูมิ (นายกสมาคมฯ)

"25 มิถุนายน 2565 ครบกำหนดจะต้องมีเภสัชกรประจำร้านขายยา สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ขอสนับสนุนให้เภสัชกรทุกคนปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถ ตามมาตรฐานเภสัชกรรมที่ดี รวมทั้งดำเนินการตามกฎหมายที่กำหนด เป็นที่พึ่งด้านสุขภาพอย่างแท้จริงให้กับประชาชน"

7. สมาคมเภสัชสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

โดย ภก.ประสาท ลิ่มดุลย์ (นายกสมาคมฯ)

"GPPเป็นเครื่องมือเดียวที่ใช้ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา และส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประเทศไทย แต่มีการผ่อนผันการบังคับใช้มาโดยตลอดด้วยเหตุผลอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ ... สมาคมฯ มีความเห็นว่าประเทศไทยจำเป็นต้องบังคับใช้ GPP อย่างจริงจังเพื่อให้ระบบยาและระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาของประเทศเป็นระบบที่ช่วยให้สุขภาพของประชาชนได้ประโยชน์จากระบบยาอย่างแท้จริง"

8. คณะกรรมการอำนวยการศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย

โดย รศ.ดร.ภก.ไพบูลย์ ดาวสดใส (ประธานคณะกรรมการฯ)

"เป็นหน้าที่ที่สำคัญยิ่งของเภสัชกรร้านยาที่ต้องพร้อมปฏิบัติการให้บริการวิชาชีพเภสัชกรรมตลอดเวลาที่เปิดทำการ"

ย้ำ ปชส.กันดัง ๆ ให้เภสัชกรทั่วประเทศรับทราบกันว่า **1 ตุลาคม 2565** นี้เป็นต้นไป สภาเภสัชกรรมมีมติเพิ่มบทลงโทษ **"พักใช้ใบอนุญาต" โดยพักใช้เป็นเวลา 2 ปี กรณีที่ตรวจสอบพบว่า เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ตามระยะเวลาที่ขออนุญาต (แขวนป้าย)** ทั้งนี้มีผลกับร้านขายยาแผนปัจจุบันทุกประเภท ขอให้เภสัชกรทุกท่าน ยึดมั่นในหลักการ GPP เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย และรักษาจรรยาบรรณแห่งการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ออกแถลงการณ์แสดงจุดยืนไม่สนับสนุนการใช้กัญชาด้วยวัตถุประสงค์อื่น นอกจากวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ เผยข้อกังวลควรระมัดระวังในกลุ่มเปราะบาง, ปัญหายาตีกัน, กัญชาทำให้เกิดการแพ้ได้โดยไม่ขึ้นกับปริมาณที่ใช้ และปัจจุบันยังไม่มียาต้านพิษกัญชาโดยตรง แนะภายใน 30 วัน รัฐควรทบทวนหากยังมีรายงานอาการไม่พึงประสงค์หรือผลกระทบเชิงลบจากการประกาศใช้กัญชาเสรี

แถลงการณ์ของเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
เรื่อง "การใช้กัญชาทางการแพทย์ และการป้องกันผลกระทบจากการเสพพืชกัญชาอย่างเสรี"

สืบเนื่องจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษประเภท 5 พ.ศ.2565 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน 2565 ที่ยกเว้นพืชกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษนั้น

เพื่อเป็นการสร้างความสมดุลในการใช้ประโยชน์จากพืชกัญชาทางการแพทย์ และการป้องกันปัญหาอันอาจเกิดจากการเสพพืชกัญชาในรูปแบบต่างๆ อย่างเสรีโดยไม่มีกฎหมายควบคุม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อประเทศในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยใน พระบรมราชูปถัมภ์ มีข้อกังวล และข้อเสนอแนะในเรื่องนี้ดังต่อไปนี้

1. ไม่ควรใช้กัญชาในเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี สตรีมีครรภ์ และให้นมบุตร ผู้ที่มีประวัติแพ้กัญชา ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วยจิตเวช, ผู้ที่มีอาการตับและไตบกพร่อง และผู้ป่วยที่ใช้ยาบางชนิดที่อาจเกิดปฏิกริยาระหว่างยา(ยาตีกัน) กับกัญชา อาทิ ยาละลายลิ่มเลือด, ยาฆ่าเชื้อ, ยาลดความดันโลหิต, แอลกอฮอล์ และยาที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยานอนหลับ, ยาคลายเครียด, ยาต้านอาการซึมเศร้า ,ยากันชักฯลฯ เนื่องจากกัญชาอาจส่งผลกระทบต่อการออกฤทธิ์ของยาอื่นๆ ทำให้มีอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ อีกทั้งยังส่งผลต่อพัฒนาการทางสมอง ร่างกาย ควรตรวจสอบ และปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนใช้เสมอ

2. ไม่แนะนำให้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ หรือวัตถุประสงค์อื่นๆ นอกเหนือจากเหตุผลทางการแพทย์ เนื่องจากต้องมีการควบคุมการใช้ให้เหมาะสมภายใต้การดูแลของแพทย์, เภสัชกร, บุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญ

3. ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีการติดตามผลกระทบของกัญชาในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง และจริงจังหลังจากประกาศใช้กฎหมายกัญชาเสรี จากต้นน้ำถึงปลายน้ำ ตลอดสายห่วงโซ่คุณค่าของทุกผลิตภัณฑ์ที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ ตั้งแต่การปลูก แปรรูป ผลิต และจำหน่าย ที่ต้องควบคุมตามประกาศกระทรวงฯ ต้องควบคุมการโฆษณา ประชาสัมพันธ์สินค้า หรือผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา เพื่อป้องกันการจูงใจในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่อาจกลายเป็นผู้เสพด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือนำไปใช้ในทางที่ผิด โดยเร่งประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโทษของการใช้กัญชาที่มีฤทธิ์เสพติด และอาการข้างเคียง อาจเกิดผลเสียต่อสุขภาพกายและใจในระยะสั้นและระยะยาว อีกทั้งต้องทำให้ประชาชนตระหนักว่า การแพ้กัญชาสามารถเกิดขึ้นได้โดยไม่ขึ้นกับปริมาณการใช้ บางกรณีอาจเกิดแบบเฉียบพลัน และรุนแรงถึงกับชีวิต อีกทั้งในปัจจุบันยังไม่มียาต้านพิษกัญชาโดยตรง

4. มีมาตรการควบคุมการผลิต ขายอาหาร หรือผลิตภัณฑ์ที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ กำหนดให้มีการระบุหรือแสดงให้ผู้บริโภคทราบว่ามีกัญชาเป็นส่วนประกอบในอาหารหรือเครื่องดื่ม มีคำเตือนสำหรับกลุ่มเสี่ยงไม่ควรบริโภค อาการ และข้อปฏิบัติหากเกิดพิษ หรืออันตราย โดยแสดงสัญลักษณ์ เครื่องหมาย หรือคำเตือนอย่างชัดเจน

5. ประชาชนต้องมีความตระหนัก และรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง และส่วนรวม ไม่ควรขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร หลังการใช้กัญชาเพราะอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ และควรหลีกเลี่ยงการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์อื่น นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ ภายใต้การดูแลของแพทย์, เภสัชกร, บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ

เลขที่ 40 ซอยสุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
40 Soi Sukhumvit 38, Sukhumvit Rd., Phrakanong, Khlongtoey, Bangkok 10110, Thailand
Tel. +662-712-1627, +662-712-1628 Fax. +662-390-1987 www.pat.or.th e-mail : admin@pat.or.th

6. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งฝ่ายปกครอง, สาธารณสุข, สังคม และสถาบันการศึกษาควรเร่งให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชา และความตระหนักรู้รับผิดชอบต่อสังคม รณรงค์ ไม่บริโภคหรือใช้ "ช่อดอกกัญชา" ผสมในอาหารหรือเครื่องดื่ม

7. รัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องให้ความมั่นใจ และสร้างความเชื่อมั่นกับประชาชนได้ว่าจะสามารถดูแลให้มีการบังคับใช้กฎหมายได้อย่างเคร่งครัด คุ้มครองความปลอดภัยไม่ให้ได้รับผลกระทบเชิงลบเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมย์ของการประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้ โดยต้องประเมินความเสี่ยง และติดตามสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง หากปรากฎว่าภายใน 30 วัน ภายหลังการประกาศใช้กฎหมายกัญชาเสรี พบว่ามีการนำกัญชาไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสม หรือเสี่ยงต่ออันตรายตามที่หลายฝ่ายกังวล ยากต่อการควบคุมให้เป็นไปตามเจตนารมย์ของกฎหมาย ในระหว่างที่กฎหมายประกอบ หรือกฎหมายลูกยังไม่ได้ประกาศใช้อย่างเป็นทางการ รัฐบาลควรรีบดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อทบทวน หรือปรับแก้ไขข้อกฎหมาย เพื่อป้องกันความสูญเสีย หรือผลกระทบระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นได้

8. หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยอมรับกันทั่วโลกในด้านประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ มีเพียงไม่กี่ข้อบ่งใช้ ที่อาจจะช่วยรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย หากเปรียบเทียบกับผลเสียที่ร้ายแรงต่อสุขภาพนั้น กลับมีมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ด้วยเหตุนี้ นานาอารยะประเทศส่วนใหญ่ จึงจัดกัญชาให้อยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษ มีการควบคุมการใช้อย่างเข้มงวด การดำเนินนโยบายปลดล๊อคกัญชาจากพืชเสพติด จะทำให้ประชาชนทั่วไปเข้าถึงกัญชาได้ง่าย อีกทั้งการปลูกกัญชาตามบ้านเรือนทั่วไป ยังไม่สามารถทำให้ผลผลิตที่ได้มีคุณสมบัติเป็นกัญชาทางการแพทย์ได้ ตามข้อกำหนดคุณภาพมาตรฐานด้านการปนเปื้อน คุณภาพ และปริมาณของสาระสำคัญ จึงย้อนแย้งกับเจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้

9. เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ขอแสดงจุดยืนไม่สนับสนุนการใช้กัญชาด้วยวัตถุประสงค์อื่น นอกเหนือวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ และเภสัชกรทุกคน มีความยินดีที่จะให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลยา และการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างเหมาะสมแก่บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน

10. ขอเสนอให้รัฐบาลพิจารณาใช้คำว่า **"กัญชาทางการแพทย์"** แทนคำว่า **"กัญชา"** เพื่อสื่อสารให้ประชาชน หรือผู้ใช้ มีความเข้าใจตรงกับวัตถุประสงค์ของการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและเยาวชน

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ขอเรียกร้องให้ทุกฝ่ายประสานความร่วมมืออย่างจริงจัง เพื่อเฝ้าระวังและควบคุมมิให้มีการนำกัญชาไปใช้ในทางที่ผิด อันจะส่งผลกระทบต่อสังคมในระยะสั้นและระยะยาว

(ภก.ธีระ ฉกาจนโรดม)
นายกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

เลขที่ 40 ซอยสุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
40 Soi Sukhumvit 38, Sukhumvit Rd., Phrakanong, Khlongtoey, Bangkok 10110, Thailand
Tel. +662-712-1627, +662-712-1628 Fax. +662-390-1987 www.pat.or.th e-mail : admin@pat.or.th

ปรึกษาแพทย์ หรือ เภสัชกร

ก่อนใช้ "กัญชา"

ใครที่ไม่ควรใช้กัญชา

- ผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ผู้ป่วยจิตเวช
- คนท้องให้นมบุตร
- อายุต่ำกว่า 20 ปี

สำหรับผู้ประกอบการ

- การผลิตต้องมีคุณภาพ
- ศึกษากฎหมายให้เข้าใจ
- ต้องมีการแจ้งประชาชนหากผสมกัญชาลงในผลิตภัณฑ์

โดยเฉพาะช่อดอก ไม่ควรผสมในอาหารและเครื่องดื่ม

ไม่แนะนำให้ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการ

ข้อระวังในการใช้กัญชา

- ใช้ในทางการแพทย์เท่านั้น
- ต้องไม่รบกวนผู้อื่น
- ไม่ขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร

ข้อมูลทางการแพทย์ของกัญชา

- ข้อบ่งใช้คือรักษาและบรรเทาอาการปวด ต้องสั่งจ่ายด้วยผู้เชี่ยวชาญ
- ตีกับยาได้หลายชนิดและอาจทำให้เกิดอันตราย
- กัญชาเปลี่ยนแปลงร่างกายได้ถาวร
- การเสพกัญชาด้วยวิธีการทั่วไปไม่ใช่การรักษา
- มีผลข้างเคียงมากมาย และเป็นอันตรายถึงชีวิต
- ต้องปรึกษาคลินิกกัญชาก่อนใช้
- ปัจจุบันยังไม่มียาต้านพิษกัญชาโดยตรง
- การแพ้กัญชาเกิดได้โดยไม่ขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้

นอกจากนี้ ยังมีแถลงการณ์จากองค์กรเครือข่ายวิชาชีพทางเภสัชกรรมหลายแห่ง เกี่ยวกับเรื่องจุดยืนไม่สนับสนุนการใช้กัญชาด้วยวัตถุประสงค์อื่น นอกจากวัตถุประสงค์ทางการแพทย์เท่านั้น

วิทยาลัยเภสัชกรรมสมุนไพรแห่งประเทศไทย (ว.ภ.ส.)

The College of Herbal Pharmacy of Thailand (C.H.P.T.)

วิทยาลัยเภสัชกรรมสมุนไพรแห่งประเทศไทย เลขที่ 88/19 ม.4 ชั้น 9 อาคารที่ทำการสภาวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 **โทรศัพท์** 080 285 8082 **โทรสาร** 0 2591 8298

Email: thaiherbpharm@gmail.com **Website:** www.chpt.pharmacycoucil.org

แถลงการณ์วิทยาลัยเภสัชกรรมสมุนไพรแห่งประเทศไทย สภาเภสัชกรรม

เรื่อง บทบาทของเภสัชกรในการแนะนำการใช้กัญชา

จากการที่รัฐบาลได้ปลดพืชกัญชาออกจากรายการยาเสพติดให้โทษ และคงไว้เพียงสารสกัดกัญชาที่มีสาร Tetrahydrocannabinol (THC) มากกว่าร้อยละ ๐.๒ นั้น โดยที่ยังไม่มีกฎหมายควบคุมที่มีประสิทธิภาพ เช่น ในต่างประเทศที่อนุญาตให้ประชาชนปลูกกัญชาเองได้และมีการควบคุมเส้นทางของกัญชา เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบด้านลบต่อความปลอดภัยของสาธารณะ อีกทั้งการตอบสนองของยากัญชามีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย และงานวิจัยปัจจุบันก็มีหลักฐานที่ชัดเจนว่า การได้รับสาร THC เป็นระยะเวลานาน จะส่งผลเสียต่อสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เด็กและเยาวชน หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร

วิทยาลัยเภสัชกรรมสมุนไพรแห่งประเทศไทย สภาเภสัชกรรม จึงขอเสนอ

๑. ขอให้ภาครัฐออกมาตรการเร่งด่วนในการควบคุมและป้องกันไม่ให้ประชาชนกลุ่มเปราะบาง อันได้แก่ เด็กและเยาวชน หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เข้าถึงกัญชาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

๒. ขอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เร่งจัดประเภทผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาให้ชัดเจน ตามระดับความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์ โดยผลิตภัณฑ์ประเภทที่ใช้บำบัดรักษาโรค หรือมีสารสำคัญที่มีความเข้มข้นสูง ควรสั่งใช้และจำหน่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

๓. ขอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เร่งตรวจสอบและดำเนินการให้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาที่มีการจำหน่ายโดยทั่วไปในท้องตลาด แต่ยังมิได้รับอนุญาตตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เข้าสู่กระบวนการขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตผลิตและจำหน่ายที่ถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภค

๔. วิทยาลัยและสภาเภสัชกรรม จะเร่งพัฒนาสมรรถนะเภสัชกร ให้ทำหน้าที่กลั่นกรองและแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและปลอดภัยแก่ประชาชนโดยเร็วที่สุด

๕. วิทยาลัยขอแนะนำให้ประชาชน ที่ประสงค์จะใช้กัญชาเพื่อบำบัดโรคของตนเอง โปรดใช้วิจารณญาณในการรับข่าวสารเกี่ยวกับคุณประโยชน์และโทษของการใช้กัญชาอย่างรอบด้าน ก่อนตัดสินใจใช้

รศ.ดร.ภญ.นพมาศ สุนทรเจริญนนท์

ประธานวิทยาลัยเภสัชกรรมสมุนไพรแห่งประเทศไทย สภาเภสัชกรรม

๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๕

แถลงการณ์

สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

เรื่อง บทบาทและความเหมาะสมในการจัดการกัญชาของเภสัชกรชุมชนเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค

การปลดล็อกกัญชาจาก พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 โดยสามารถใช้ทุกส่วนของพืชกัญชา (ยกเว้นการสกัดเป็นน้ำมันกัญชาที่มีความเข้มข้นมากกว่า 0.2%) ให้ประชาชนเข้าถึงด้วยวัตถุประสงค์หลักในทางการแพทย์ และประโยชน์ต่าง ๆ ในการดำรงชีพ แต่ด้ยสารสำคัญในกัญชาคือ THC และ CBD ในปริมาณที่มากน้อยต่างกัน การใช้ที่ต่อเนื่องยาวนานและเคยมีกรณีศึกษาต่าง ๆ มากมายที่บ่งชี้ในโทษเสพติด จนเกิดผลเสียต่อร่างกายและโรคประจำตัวต่าง ๆ ได้

ไม่ว่าการมีกัญชาในส่วนของอาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยาแผนไทย เครื่องสำอาง อื่น ๆ อาจจะเกิดคุณประโยชน์ทางยาหรือโทษจากความไม่ตั้งใจ ความเข้าใจคลาดเคลื่อน จนกระทบต่อร่างกาย ต่อโรคประจำตัว ต่อยาที่รับประทานอยู่เป็นประจำ รวมไปถึงผลข้างเคียงที่อาจจะส่งผลต่อชีวิตได้

เภสัชกรชุมชนเป็นเภสัชกรผู้ปฏิบัติหน้าที่ในร้านยา มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการส่งมอบยาให้คำแนะนำในการใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสมกับประชาชน ถือเป็นบทบาทในการคุ้มครองความปลอดภัยด้านยาให้กับประชาชนมาอย่างยาวนาน

จึงขอเสนอบทบาทที่ควรบริหารจัดการในร้านยาแก่เภสัชกรชุมชนดังนี้

1. ไม่ควรนำเข้าผลิตภัณฑ์ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกัญชามาจำหน่ายควรรณรงค์ให้ร้านยาเป็น "ร้านยาปลอดกัญชา"
2. รณรงค์ให้ประชาชนไม่ใช้ ไม่เสพ ไม่ลองกัญชาโดยเด็ดขาด
3. ไม่เป็นส่วนใดส่วนหนึ่งของการส่งเสริมการใช้กัญชา ในทางที่ผิดต่อจรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมาย
4. ต้องมีความรู้กรอบกฎหมายที่จะบอกได้ว่าส่วนใดของกัญชา ผลิตภัณฑ์ทางอาหารหรือยา หรือเครื่องสำอางใดถูกหรือผิด มีโทษทางกฎหมายอย่างไร
5. เภสัชกรชุมชนต้องมีองค์ความรู้เพียงพอที่จะชี้ให้เห็นประโยชน์ และโทษของกัญชา
6. สามารถพิจารณาถึงส่วนประกอบของกัญชา ที่จะมีผลต่อยาที่ประชาชนใช้เพื่อลดผลกระทบต่อการรักษาโรคประจำตัวของประชาชน จนเกิดอันตรายได้
7. รายงานปัญหา ผลข้างเคียง อันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้กัญชาแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุซ้ำรอยในอนาคต
8. เภสัชกรชุมชนควรสนับสนุนการใช้กัญชา ให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และอาจร่วมมือในการดูแลส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ให้ได้รับประโยชน์สูงสุด โดยมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด
9. ติดตามสถานการณ์กัญชาในระดับประเทศอย่างใกล้ชิด ร่วมมือกับเครือข่ายต่าง ๆ ในการเฝ้าระวังและพร้อมสนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์

วันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2565

เภสัชกรสมพงษ์ อภิรมย์รักษ์

นายกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

ท้ายนี้ขอส่งความห่วงใย และส่งกำลังใจให้พี่ ๆ น้อง ๆ เภสัชกรทุกท่าน อย่าลืมดูแลรักษาสุขภาพ ใส่แมส อยู่ห่าง ล้างมือ ไม่ประมาท การ์ดอย่าตกนะคะ วิกฤติจะจบเมื่อไหร่ไม่มีใครรู้ แต่เราจะผ่านมันไปด้วยกัน สู้ ๆ นะคะ

มรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมลุ่มน้ำโขง

" สถาบันโพธิคยาฯ เปิดงานวิจัยความเชื่อพญานาค "

เมื่อวันจันทร์ที่ 4 กรกฎาคม 2565 ที่ผ่านมา **สถาบันโพธิคยาวิชชาลัย 980 คณะพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย** และ**ดร.วินัย วีระภุชงค์ ประธานมูลนิธิวีระภุชงค์** ร่วมแถลงข่าว อิทธิพลความเชื่อเรื่องพญานาค สู่มรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม หลังได้สรุปงานวิจัยชุดแรกหัวข้อ อิทธิพลความเชื่อเรื่องพญานาคที่มีต่อพระพุทธศาสนาในประเทศไทย ภายใต้แผนการวิจัยหัวข้อ อิทธิพลความเชื่อเรื่องพญานาคที่เกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนาในลุ่มแม่น้ำโขง

โดยงานวิจัยชุดแรกนี้ทำขึ้นในประเทศไทย จากนี้จะเตรียมลงพื้นที่ศึกษาวิจัยในหัวข้อเดียวกันที่ ลาว กัมพูชา เวียดนาม และเมียนมาร์ต่อไป

สำหรับเป้าหมายงานวิจัยนี้ เพื่อนำองค์ความรู้ ความเชื่อเรื่องพญานาค ยกระดับให้เป็นมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมลุ่มน้ำโขง และจะขอขึ้นทะเบียนรายการต่อองค์กรยูเนสโก ร่วมกันทั้ง 5 ประเทศ ซึ่งจะสร้างประวัติศาสตร์ของชาวพุทธลุ่มน้ำโขงที่มีมรดกโลกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมร่วมกัน

THAI NAKORN PATANA

"ยิ่งให้ ยิ่งได้"

มูลนิธิวีระภุชงค์ มอบทุนการศึกษา ให้แก่บุตรของพนักงาน ประจำปี 2565

เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2565 ที่ผ่านมา ณ อาคาร สำนักงานใหญ่ บริษัท ไทยนครพัฒนา จำกัด จังหวัดนนทบุรี โดย **คุณวินัย วีระภุชงค์ ประธานมูลนิธิวีระภุชงค์** เป็นประธานในพิธีมอบทุนการศึกษาให้แก่บุตรของพนักงานบริษัทในเครือไทยนครพัฒนา ประจำปี 2565 พร้อมด้วยกรรมการของมูลนิธิฯ

ด้วยบริษัทฯ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการสนับสนุนช่วยเหลือด้านการศึกษาของบุตรพนักงาน และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้แก่พนักงาน ซึ่งการมอบทุนการศึกษามีการดำเนินการต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี

และสำหรับปี 2565 นี้ มีบุตรพนักงานที่ได้รับทุนการศึกษา จำนวน 200 ทุน ๆ ละ 5,000 บาท รวมมูลค่าทั้งสิ้น 1,000,000 บาท

องค์การเภสัชกรรม (GPO) และ บริษัท ดูเรียน คอร์ปปอเรชัน จำกัด (DURIAN) จับมือจัดตั้งโครงการบ่มเพาะธุรกิจนวัตกรรมใหม่ (GPO Ignite Program)

เพื่อสร้างนวัตกรรมทั้งด้านยาเวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ รวมถึงบริการและงานวิจัยทางการแพทย์
ที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศไทยและสามารถต่อยอดสู่ตลาดสากล

ดร.ภญ.นันททาญจน์ สุวรรณปิฎกกุล ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ องค์การเภสัชกรรม เปิดเผยว่า องค์การเภสัชกรรม (GPO) และบริษัท ดูเรียน คอร์ปปอเรชัน จำกัด (DURIAN) ร่วมกันจัดโครงการ GPO Ignite Program ซึ่งเป็นโครงการบ่มเพาะแบบเข้มข้นเพื่อสร้างความพร้อมและโอกาส ในการร่วมลงทุนระหว่างองค์การเภสัชกรรมและพันธมิตร ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งถือเป็นโครงการบ่มเพาะแรกจากองค์การเภสัชกรรม ที่ตั้งใจมุ่งมั่นสนับสนุนโครงการนวัตกรรมทางด้านยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ รวมถึงบริการและงานวิจัยทางการแพทย์ ให้สามารถต่อยอดเชิงพาณิชย์ได้จริง ซึ่งประกอบด้วยการบ่มเพาะ (Ignite Program), การให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญ (Mentoring Session), กิจกรรม Product Showcase และกิจกรรม Ignite Clinic ตลอดระยะเวลา 12 เดือน โดยจะมีการจัดขึ้นในวันที่ 21 มิถุนายน 2565 เป็นวันแรก

โดยผู้เข้าร่วมโครงการจะได้พบกับผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย **คุณวรวุฒิ อุ่นใจ ผู้ก่อตั้ง บริษัท ออฟฟิศเมท จำกัด (มหาชน)** ที่จะมาถ่ายทอดประสบการณ์การเริ่มต้นธุรกิจที่เริ่มต้นจากการติดลบ สู่เจ้าของกิจการระดับหมื่นล้าน ด้วยรายงานวิจัยสมัยเรียนปริญญาโท กับหัวข้อ "Transform Idea to Product" และ **คุณอภิทาน ลี รองผู้อำนวยการศูนย์ออกแบบและวิจัย (REDEK) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี (KMUTT)** กับหัวข้อ "Empathize: Building Customer Personas" พร้อมพบกับที่ปรึกษาทางธุรกิจประจำโครงการ

ที่จะช่วยผลักดันให้ผู้เข้าร่วมโครงการเติบโตตลอดระยะเวลาโครงการ ได้แก่ **คุณโอฬาร วีระนนท์ ประธานเจ้าหน้าที่บริหารและผู้ร่วมก่อตั้ง บริษัท ดูเรียน คอร์ปปอเรชัน จำกัด (DURIAN) คุณอภิฑาน ลี รองผู้อำนวยการศูนย์ออกแบบและวิจัย (REDEK) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี (KMUTT) ดร.ศรัญญา เสนสุภา CCO & Co-Founder บริษัท ดูเรียน คอร์ปปอเรชัน จำกัด (DURIAN) ศ.ดร.พญ.อรพรรณ โพชนุกูล ประธานคณะทำงานผู้ประเมินโครงการพัฒนานวัตกรรมเพื่อต่อยอดเชิงพาณิชย์ องค์การเภสัชกรรม คุณน้ำฝน ประโพธิ์ศรี ผู้อำนวยการย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี คุณนันทวัฒน์ พร้อมภูมิ หัวหน้าศูนย์ออกแบบและพัฒนานวัตกรรมพลาสติก สถาบันพลาสติก** และผู้บริหารจากองค์การเภสัชกรรมที่พร้อมร่วมสนับสนุนการเดินทางในครั้งนี้ เพื่อให้ทุกโครงการมุ่งไปสู่เป้าหมายและความสำเร็จร่วมกัน และองค์การฯ พร้อมที่จะมอบโอกาสในการร่วมลงทุนให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคน

ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ กล่าวต่อไปว่า โครงการครั้งนี้มีโครงการนวัตกรรมที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ GPO Ignite Program ทั้งหมด 5 โครงการ ได้แก่

1. โครงการ "แอลเดอลีน" อาหารวัตถุประสงค์พิเศษ โดย บริษัท บ้านโป่งโนวิเทท จำกัด
2. โครงการ "อายคิวล่า" โดยสถาบันนวัตกรรมบูรณาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. โครงการ "การเพิ่มคุณภาพชีวิตให้คนพิการขาขาดด้วยเท้าเทียมไดนามิกส์ (เอสเพส)" โดย บริษัท มุทา จำกัด
4. โครงการ "การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากระบบนำส่งนาโนเจล (Hy-NTM)" โดย บริษัท แนบโซลูท จำกัด และ
5. โครงการ "ระบบค้นหาข้อมูลยาด้วยเทคโนโลยีวิเคราะห์และจดจำรูปภาพเม็ดยาอัจฉริยะ" โดย บริษัท ฟาร์มาซี จำกัด

"องค์การเภสัชกรรม, บริษัท ดูเรียน คอร์ปปอเรชัน จำกัด และกลุ่มพันธมิตร ที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าโครงการบ่มเพาะ มุ่งหวังที่จะทำให้เกิดนวัตกรรมทางด้านเวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ รวมถึงบริการ และงานวิจัยทางการแพทย์ ที่เป็นรูปธรรม และเกิดประโยชน์ต่อสังคมไทย อีกทั้งสามารถต่อยอดเชิงพาณิชย์สู่ตลาดสากลต่อไปได้ในอนาคต" **ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ** กล่าว

"We are an Integrated Medical Based Nutraceutical Company, It is now a national agenda for Science-Led "Cannabis and Kratom Industry" to move forward."

บทสัมภาษณ์โดย : ภญ.ศศิมา อาจสงคราม
บริษัท ดร.ซีบีดี จำกัด

คุณพรชัย ปัทมินทร
ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัท ดร.ซีบีดี จำกัด

ผู้บริหารรุ่นใหม่ที่พร้อมสร้างสรรค์นวัตกรรมกัญชา กัญชง กระท่อม และนำเทรนด์อุตสาหกรรม Health Care สู่การเป็นผู้นำระดับอาเซียน

หากพูดถึงปรากฏการณ์ทางสาธารณสุขที่ทุกฝ่ายกำลังจับตามองมากที่สุดในยุคนี้ คงหนีไม่พ้นเรื่องของ "กัญชา" ที่ได้ถูกปลดล๊อคให้อยู่ในแบบ "กัญชาเสรีทางการแพทย์" ไปเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2565 ที่ผ่านมา ประกาศฉบับนี้กำหนดให้เฉพาะ "สารสกัดกัญชา" ที่มี THC มากกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักเท่านั้นที่เป็นยาเสพติด ส่งผลให้ "พืชกัญชา" จะไม่เป็นยาเสพติดอีกต่อไป ทำให้ภาคธุรกิจและบริการด้านสุขภาพมีความตื่นตัวเพื่อเตรียมพร้อมรับมือการแข่งขันช่วงชิงส่วนแบ่งทางการตลาดในตลาดเกิดใหม่นี้ ท่ามกลางความวิตกกังวลของภาคสังคม และสาธารณสุข เพราะแม้ว่าจะพบหลักฐานการใช้พืชกลุ่มนี้มาตั้งแต่สมัยโบราณก็ยังต้องมีการศึกษาวิจัยข้อมูลต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้านของประโยชน์ และโทษอย่างถ่องแท้ เนื่องจากเป็นพืชที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท มีฤทธิ์ทำให้เสพติดและเป็นอันตรายได้

แต่หากพูดถึงบริษัทผู้นำด้าน "กัญชาทางการแพทย์" ในยุคนี้ เชื่อว่าไม่มีใครที่จะไม่รู้จักชื่อของ **DR.CBD** ซึ่งเป็นบริษัทที่ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับ "กัญชา กัญชง กระท่อม และพืชสมุนไพรอื่น ๆ" แบบครบวงจร ตั้งแต่ต้นน้ำ ยันปลายน้ำ คือตั้งแต่ การปลูก สกัด ผลิต วิจัยและพัฒนาโดยเทคโนโลยีการผลิตที่ทันสมัย ได้รับการรับรองมาตรฐานระดับสากล เป็นบริษัทที่มีการบูรณาการระหว่าง **Healthcare** และ **Nutraceutical** ต่อยอดนโยบายของภาครัฐที่มุ่งหวังให้ "กัญชา กัญชง และกระท่อม" เป็นพืชเศรษฐกิจตัวใหม่ของไทย สร้างนวัตกรรม ยกระดับการแข่งขันเพื่อสร้างรายได้ให้กับประเทศไทยแบบยั่งยืน **ภายใต้สโลแกน "Medical Science for a Better Life"** เพื่อสร้างผลิตภัณฑ์ที่เหนือความคาดหมาย และตอบโจทย์ทางสุขภาพให้ผู้บริโภคบนหลักการของ "กัญชาทางการแพทย์"

วันนี้ กองบรรณาธิการ วารสาร "ยาน่ารู้" นำโดย ภก.วิชา สุขุมาวาสี อุปนายก คนที่ 1 เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และ ภญ.ศศิมา อาจสงคราม อุปนายกคนที่ 5 และประชาสัมพันธ์ เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และบรรณาธิการ วารสาร "ยาน่ารู้" ขอนำท่านผู้อ่านมาทำความรู้จักกับ บริษัท DR.CBD ณ สำนักงานบริษัท ย่านอุดมสุข ซึ่งเป็นทั้งออฟฟิศ โรงปลูก โรงสกัด โรงผลิต ฝ่ายวิจัยและพัฒนา แบบครบวงจร ภายในห้องประชุม ที่มีอุปกรณ์ทันสมัย พร้อมกับวิวของโรงเรือนเพาะปลูกกัญชาแบบ Indoor ที่มองทะลุกระจกใสเห็นการเจริญเติบโตของเจ้าพืชเศรษฐกิจตัวใหม่ของไทยที่เจ้าของสถานที่ดูแลเอาใจใส่อย่างดี ปลูกแบบออร์แกนิค ควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อให้แน่ใจว่าวัตถุดิบที่ได้จะมีความปลอดภัย มีมาตรฐานสามารถใช้เป็น Medical Grade Cannabis ได้ เรามีนัดกับแขกรับเชิญคนพิเศษของเราในวันนี้ นั่นคือ คุณพรชัย ปัทมินทร ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัท ดร.ซีบีดี จำกัด และยังดำรงตำแหน่ง นายกสมาคมการค้า อุตสาหกรรมกัญชงไทย (TIHTA ; Thai Industrial Hemp Trade Association) ท่านเป็นชายหนุ่มไฟแรง และมี Passion ที่เปี่ยมล้นในการจะสร้างธุรกิจที่กำลังอยู่ในกระแส เต็มไปด้วยทั้งโอกาสทางธุรกิจมากมายที่รออยู่ ปัจจุบันธุรกิจ DR.CBD ได้รับ ใบอนุญาตสำหรับการปลูก สกัด ผลิต ครอบครอง นำเข้า ตลอดจนใบอนุญาตเปิดคลินิกและศูนย์สุขภาพกัญชา คุณพรชัย มีความสนใจสมุนไพรในเรื่องของการออกฤทธิ์ยาจากสมุนไพร (Herb Drug Interaction) การทดสอบฤทธิ์ทางชีวภาพ (Pharmacological Activities) หรือสารจากธรรมชาติ (Natural Products) และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจ และตั้งใจจริงที่จะพัฒนาธุรกิจ DR.CBD ให้ก้าวสู่ความเป็นผู้นำด้าน Nutraceutical ทั้งในและต่างประเทศ รวมถึง Medical Cannabis อย่างแท้จริง

(ข้อมูลต่อไปนี้เป็นการบันทึกตามคำให้สัมภาษณ์ โปรดใช้วิจารณญาณในการอ่าน การใช้กัญชาเสรีทางการแพทย์ต้องใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น)

ภญ.ศศิมา : อยากให้คุณพรชัยช่วยแนะนำตัวเอง และแนะนำบริษัทว่ามีประวัติความเป็นมาอย่างไรหน่อยค่ะ

คุณพรชัย : ผมไม่ใช่คนในแวดวงสาธารณสุข ผมทำงานในแวดวงการเงินการธนาคาร มา 27-28 ปี ทำทางด้าน Wholesale Banking ปล่อยสินเชื่อโครงการใหญ่ ๆ ดูแลลูกค้าของธนาคารที่เป็นบริษัทต่าง ๆ ของธนาคารต่างชาติเกือบทั้งหมด เช่น Standard Charter, Citibank และ CIMB ที่ผ่านมามีเอาบริษัท เข้าตลาดหลักทรัพย์ ออกหุ้นกู้ ทำพวกซื้อขายกิจการ เป็นที่ปรึกษาการเงิน

ภญ.ศศิมา : จากที่ทำงานในแวดวงการเงินการธนาคาร แล้วอะไรคือแรงบันดาลใจสำคัญ ที่เปลี่ยนมาทำธุรกิจ ด้านสุขภาพ โดยใช้กัญชาเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญล่ะคะ

คุณพรชัย : ย้อนกลับไปเมื่อประมาณ 3 ปีที่แล้ว มีการเปิดเสรีเรื่องการทำวิจัยกัญชา ผมก็สนใจ ก็เลยรวมทีมกับนักวิทยาศาสตร์ นักเคมี และที่ใช้เยอะสุดคือความรู้ในด้าน Pharmacognosy ถ้าแปลเป็นไทยก็คือเภสัชเวทหรือบางที่จะเรียกว่าเภสัชวินิจฉัย ซึ่งเกี่ยวกับการค้นหา แยกสาร วิเคราะห์โครงสารสารจากธรรมชาติ (Natural Product) เพื่อให้ได้สารบริสุทธิ์ หรือเกี่ยวข้องกับการสกัดสารจากพืชสมุนไพรนั้นเอง เราเริ่มตั้งต้นจากการสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ โดยเฉพาะบทความงานวิจัย (Research Article) ที่มีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งภายในประเทศและระดับนานาชาติ ซึ่งจริง ๆ แล้วต่างประเทศใช้ Cannabis มานาน 30-40 ปีมาแล้ว ที่ผ่านมาทางวงการแพทย์ โดยเฉพาะเรื่องของระบบ เรื่อง Endocannabinoid System หมอก็ไม่เคยเรียน แม้แต่เภสัชก็ไม่ได้เรียน หรืออาจเรียนแต่นิดเดียวไม่ได้เรียนลึกจนรู้ถึงการนำไปใช้ ผมจึงสนใจธุรกิจนี้โดยตั้งใจว่าผมจะใช้ Science มานำธุรกิจ เรามีศีลของเราอยู่ 3 ข้อที่ยึดถือไว้ตลอดเวลาที่เราทำธุรกิจ คือ

> ศีลข้อแรก คือ Safety and Toxicity

> ศีลข้อที่ 2 คือ Consistency

> และ ศีลข้อที่ 3 คือ Efficacy

เราจึงเริ่มต้นงานวิชาการด้วยการวิจัยก่อน เราถึงมาเปิดเชิงพาณิชย์จริง ๆ ประมาณเดือนมีนาคม ปี 2021 ที่เริ่มเปิดให้ภาคเอกชนทำ เมื่อซัก 1.5 ปีที่แล้ว คนก็เห่อกันเรื่องปลูก ใครได้ปลูกกัญชาถือว่าเป็นเรื่องใหญ่มาก ความจริงก็อยากให้มองว่ามันก็เหมือนพืชสายพันธุ์หนึ่ง เหมือนกับที่เราเรียกต้นกระท่อมว่า *Mitragyna speciosa* เราก็ต้องเรียกกัญชาว่า *Cannabis sativa* พืชตัวนี้ก็เหมือนมะม่วงนั่นแหละที่มีทั้งอกร่อง, เขียวเสวย ถ้าเราอยากกินแบบข้าวเหนียวมะม่วงก็ต้องปลูกสายพันธุ์นึง ถ้าอยากกินแบบจิ้มกับน้ำปลาหวานก็ต้องปลูกอีกสายพันธุ์หนึ่ง เช่นเดียวกัน พืชตระกูลนี้ มี Hemp

(กัญชง) กับ Cannabis หรือ Marijuana (กัญชา) โดยมีตัวที่ใช้แยกว่าเป็นกัญชง หรือกัญชา คือ ปริมาณสาร Tetrahydro cannabinoid หรือรู้จักกันดีว่า THC ซึ่งปริมาณที่ได้ก็ขึ้นอยู่กับสภาพภูมิอากาศ ความสมบูรณ์ของแร่ธาตุ ความชื้น ความดันอากาศ และอุณหภูมิ มีผลต่อปริมาณของ THC ถ้าปลูกที่ร้อนมาก ๆ ปริมาณ THC จะสูง ดังนั้นแถบเส้นศูนย์สูตรจะปลูกกัญชาได้เจริญดี ซึ่งถ้าหากเราลากเส้นตามแนวเส้นศูนย์สูตรจะพบว่าประเทศเม็กซิโกอยู่ตรงนี้ด้วย นั่นคือเหตุผลที่อธิบายได้ว่าทำไมเม็กซิโกถึงปลูกกัญชาเยอะ

การทำธุรกิจนี้ เราจะสนใจที่ End Product เป็นตัวหลัก ถ้าเราจะทำยาและอาหารเสริม ก็จะเป็นแบบหนึ่ง อาหารและเครื่องดื่มก็ต้องทำอีกแบบนึง, ทำผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ก็จะเป็นอีกแบบหนึ่ง ดังนั้น เราจะเริ่มต้นด้วยการทำ Research and Development (R&D) และ License Acquisition ให้เสร็จเรียบร้อยก่อนที่จะมาทำ End Product ตอนนี้ถ้านับเฉพาะในตระกูล Cannabis เรามีประมาณ 25 SKU ส่วนใหญ่เป็น OTC มี 20 ตัว ในจำนวนนี้มี 13 ตัวที่ได้ทะเบียน อย. เรียบร้อยแล้ว บางสูตรเรายังไม่ยื่นขอขึ้นทะเบียน อย. เพราะเราคาดการณ์ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง เช่น กลุ่มสินค้า Herbal Supplement อนุญาตให้ใส่ได้เพียงแค่ 0.75 mg/d ซึ่งผมไม่ทำ เพราะมันผิดศีลข้อ 3 ของผม ลองกลับไปดูนะครับ คือ Efficacy อันนี้ขนาดมันน้อยมาก ซึ่งผมไม่เรียกว่าใส่ ผมเรียกว่า Contamination (หัวเราะ) ซึ่งคาดว่ากฎระเบียบ ข้อนี้อาจจะปรับเปลี่ยนให้มีขนาดสูงขึ้นเป็น 55 mg/d เราก็เลยเลือกที่จะรอดูก่อน

เวลาที่ทำธุรกิจเอาของเข้าปากคน ให้คนกิน เป็นสิ่งที่สำคัญมาก พืชพวกนี้ปนเปื้อนง่ายมาก เพราะรากสามารถดูดซึมสารต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสารเคมี โลหะหนักได้ จริง ๆ ถ้าเอาไปปลูกกลางแจ้ง มันคือ วัชพืช เพราะโตง่ายมาก อย่างถ้าเราอยากรู้ว่าดินที่บ้านมีสารพิษ หรือเปล่า แนะนำให้ลองปลูก 2 Crop โดย Crop แรกปลูกเสร็จเผาหรือดึงทิ้งแล้วปลูกใหม่อีกรอบ ตั้งแต่เริ่มปลูกจนออกช่อดอกจึงต้องเน้นว่า วิธีปลูกสำคัญมาก Biomass Quality สำหรับเราจึงสำคัญ และซีเรียสมาก เราเน้นเรื่องความสะอาด ความปลอดภัย เราไม่ได้ปลูกไว้เพื่อเอาช่อดอกให้คนสูบ แต่ของเราไม่ใช่ เรามีทั้งแบบสายพันธุ์ CBD, CBN, CBG ขณะที่ THC เรามีน้อยมาก วิธีการปลูก Plantation Methodology เราทำเป็นแบบ Indoor ปัจจุบัน มีคนปลูกแบบ Indoor เหมือนเรา อยู่แค่ประมาณ 6% ของทั้งตลาดเท่านั้น

"Medical Science for a Better Life"

ต่อมาเราทำเรื่อง Medical Grade Extraction ถามว่าทำไมต้อง Medical Grade เพราะส่วนของช่อดอก เราต้องตากเพื่อให้ได้ความชื้นต่ำกว่า 10% ตามเกณฑ์มาตรฐานสมุนไพรในเรื่องของการควบคุมความชื้น เพราะหากในสมุนไพรแห้งมีความชื้นสูงเกินไป ก็จะเกิดเชื้อหรือราขึ้นได้ เมื่อผ่านเกณฑ์แล้วถึงนำมาสกัด ซึ่งเราใช้วิธีที่ได้สิ่งที่เราต้องการจริง ๆ เท่านั้น เช่น ปลูกแบบไหนถึงจะได้สารเทอร์ปีน (Terpene) ถ้าปลูกกลางไร่กลางนาจะไม่ค่อยได้สารนี้ ถึงได้ก็ไม่มีคุณภาพ พืชพวกนี้ตัวดอกมีน้ำมัน ตรงดอกจะมีกระเปาะเล็ก ๆ เราจึงต้องใช้วิธีที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ผมจึงซื้อเครื่อง Supercritical CO_2 Extraction ซึ่งเราเป็นเจ้าแรกในประเทศไทยที่ใช้เครื่อง IES (Isolate Extraction System) มาจากโคโลราโด ประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนใหญ่โรงงานผู้ผลิตเจ้าอื่นมักจะใช้เครื่องจากจีนหรือมีการประกอบในไทย มักจะใช้แอลกอฮอล์ในการสกัดน้ำมันกัญชา ซึ่งจะได้สารที่เราไม่ต้องการหรือที่เขาเรียกว่า impurity เช่น คลอโรฟิลด์ แป้ง ไขมัน โปรตีน และอื่น ๆ ความเข้มข้นของกลุ่มสารสำคัญหลัก (major compound) ได้ปริมาณน้อยมากนี่ขนาดเราใช้ Supercritical CO_2 Extraction เพื่อสกัดผงกัญชาที่บดละเอียดแล้ว ใช้เวลาหลายชั่วโมงยังออกมาได้แค่นิดเดียว พอเสร็จกระบวนการเราก็เอามาตรวจด้วยเครื่อง HPLC ตั้งแต่ควบคุมคุณภาพของช่อดอกด้วย เราจึงรู้ Exactly ว่าของที่เรากำลังทำอยู่คืออะไร ปริมาณเท่าไร ศีลข้อ 2 ของผมไง เรื่อง Consistency

ภญ.ศศิมา : แล้วในส่วนของการสกัด เราได้ Yield THC ประมาณกี่เปอร์เซ็นต์คะ

คุณพรชัย : เราแทบไม่มีสายพันธุ์ที่มี THC เลย จริง ๆ THC จำเป็นนะ แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง THC ไม่ใช่ผู้ร้ายนะครับ เราต้องคุยกันเรื่อง concentration for used และ Level of Toxicity อย่างช่อดอกกัญชาที่เขาเอาไปใส่ก๋วยเตี๋ยว แม่ค้าไม่มีเครื่อง HPLC เขาไม่รู้ปริมาณ THC แล้วมาเอาช่อดอกมาโยนใส่หม้อก๋วยเตี๋ยวให้คนกิน คุณจะไปรู้ได้อย่างไรว่ามี THC เท่าไร อันตรายมาก

ภญ.ศศิมา : ดูเหมือนว่า คุณพรชัยมีความรู้พื้นฐานทางเภสัชกรรม เยอะพอสมควร อันนี้ Surprise มาก เพราะคุณพรชัยมาจากการทำงานการเงินการธนาคาร ด้วยระยะเวลาเพียง 3 ปีที่มาริเริ่มก่อตั้ง DR.CBD ก็มาศึกษาเรื่องนี้อย่างจริงจังใช่มั้ยคะ

คุณพรชัย : แน่นอนครับ ไม่งั้นจะคุยเรื่อง Formulation รู้เรื่องได้ไง จริง ๆ ผมออกมาจาก Bank จริง ๆ ปีกว่า ๆ

ภญ.ศศิมา : คุณพรชัยเป็นเจ้าของบริษัท DR.CBD แต่เพียงผู้เดียว หรือว่ามีหุ้นส่วนด้วยคะ

คุณพรชัย : ผมเป็น Founder ครับ แล้วก็มีน้องคนนึงมาเป็นผู้ร่วมก่อตั้ง คือ คุณ ฑีญา เผ่าสวัสดิ์ แล้วก็มีเพื่อน ๆ หลายคนมาเป็นหุ้นส่วน โดยผมเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่ในบริษัทฯ ผมมีแรงบันดาลใจในการมาทำธุรกิจนี้คือ หนึ่ง ต้องสามารถสร้างอุตสาหกรรมได้ชัดเจน สองคือ ต้องการเชิดชูภูมิปัญญา และจุดแข็งของประเทศไทย คือ Herbal Product ทุกวันนี้ตำรายาสมุนไพรของเรามีเป็นหมื่น ๆ ทำไมฝรั่งขายวิตามิน

ให้เราขายราคาแพง ๆ ขณะที่เราขายสมุนไพรให้ฝรั่งทำไมราคาต่ำมาก ดังนั้น สมุนไพรไทยควรได้รับการยกระดับเพิ่มมูลค่า คือ การทำ Herbal Extract เราจะคุยกันบนพื้นฐานของ Active Compound โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ อะไรที่เราไม่รู้จัก เราจะไม่ใส่ อะไรที่ต้องใช้ Full Spectrum เราก็จะใช้ Full Spectrum ตามที่ธรรมชาติให้มา แต่กระบวนการทั้งหมดอย่าลืมศีล 3 ข้อ ของผม Safety and Toxicity, Consistency, Efficacy และเหนือกว่าทุกสิ่งต้องดูเรื่อง Drug Interaction เสมอ

ภญ.ศศิมา : ซึ่งกัญชานี่ Drug Interaction เพียบ

คุณพรชัย : เพียบ เราเจอเยอะมาก 1+1 เป็น 1, บางที1+1 หวังว่าจะเป็น 3 ได้ในบางกรณี แต่ที่เรากลัวที่สุด คือ 1+1 เท่ากับ 0 หรือ -7 ก็มี อันนี้คือ น่ากลัวมาก คนสมัยนี้กินอะไรกันอย่างเดียวหรือเปล่า ไม่เลย ที่เรากลัวมากที่สุด คือ เกิด Drug Interaction ถ้าเราเชื่อคนโบราณ ปู่ย่าตายาย เราจะไม่เป็นโรค NCD เลย คนสมัยนี้เป็น NCD เยอะมาก ดูจากปัจจุบัน ยาส่วนใหญ่ในตลาดเอาไปรักษา NCD เกือบ 70%

ภญ.ศศิมา : คุณพรชัย เคยมีประสบการณ์ได้พบเห็นการใช้กัญชาในต่างประเทศมาบ้างหรือเปล่าคะ ถึงทำให้เราเกิดความสนใจที่จะทำธุรกิจนี้อย่างจริงจัง

คุณพรชัย : ไม่เลย ผมไม่ใช่สายเขียวที่อยู่ต่างประเทศ ไม่เคยสูบ ไม่เคยทดลอง (หัวเราะ) ส่วนตัวผมสนใจเพราะมองว่าเป็นโอกาสที่จะเชิดชูภูมิปัญญาไทย และอยากเปลี่ยนสายงานด้านการเงินการธนาคารที่ทำมาเกือบ 3 ทศวรรษ เพราะผมก็อยากจะทำอะไรให้มันท้าทายตัวเอง ทำแล้วมันแตกต่าง ไม่ได้อยากใส่สูทเป็นผู้บริหารดูหล่อ ๆ เท่ห์ ๆ ตามตำแหน่งที่เขาใส่ในนามบัตร ผมอยากทำอะไรที่เป็นประโยชน์ต่อคนอื่นด้วย อันนี้ก็มาจากเรื่องธรรมะ และก็ต่อตัวเอง มันคือ หน้าที่ภายนอก และหน้าที่ภายใน อยากมาทำงานมูลนิธิ คือ ผมทำมูลนิธิศรีธรรมราชา ที่ จ.นครศรีธรรมราช เพื่อช่วยเหลือสังคม ทำ รพ.สงฆ์ที่ภาคใต้ มันมีทั้งหน้าที่ที่ทำเพื่อผู้อื่น และทำเพื่อตนเอง เป็นปณิธานที่อยากทำเกี่ยวกับสุขภาพ และอยากสืบทอดแนวพระราชดำริในหลวง ร.9 เรื่องสุขภาพคนไทย นี่คือเหตุผลที่ทำไมถึงมาทำ

ภญ.ศศิมา : ตอนแรกที่มาทำ สนใจสมุนไพรตัวอื่นด้วยมั้ยคะ นอกจากกัญชา

คุณพรชัย : จริง ๆ เราก็สนใจทั้งหมด หลังจากได้ทำ R&D เฟส 1 ไปแล้ว เราพบแล้วว่าทำอะไรได้บ้าง เช่น ด้านฤทธิ์ต้านการอักเสบ (Anti-inflammation) เราจะศึกษาก่อนว่าเราจะ Claim เรื่องอะไร เช่น ป้องกันอะไร พระเอกคือใคร พระรองคือใคร Catalyst คนเร่งกิจกรรม และคนขับรถไปส่งคือใคร นี่คือ 4 กิจกรรมสำคัญที่คนไทยไม่ค่อยสนใจ ว่าจริง ๆ ต้นตอของโรคเกือบทุกโรคคือ Internal Inflammation การอักเสบภายในนี่แหละ ของที่กินไม่ได้ แต่เราไปกินมันซ้ำๆๆ สุดท้ายก็เกิดโรค เคยตรวจ Food Intolerance

หรือตรวจสุขภาพลำไส้ตัวเองมั้ย ว่าจริง ๆ แล้วพวก Micronutrient ที่เราทานเข้าไปมันเข้าไปได้เท่าไหร่ การดูแลรักษาสุขภาพมันต้องเป็นแบบบูรณาการ เช่น ตอนนี้เราสนใจ Tocotrienol ซึ่งเรามักคุ้นเคยกับ Tocopherol ซึ่งเป็นวิตามินอี ส่วน Tocotrienol ทำงานได้ดีกว่า Tocopherol ประมาณ 20 เท่า เป็นวิตามินอีที่เกิดจากการสกัดน้ำมันปาล์มด้วยวิธีพิเศษ นี่แหละคือสิ่งที่เราสนใจ

ภญ.ศศิมา : กังวลมั้ยคะ ว่าการที่เราสนใจตัวใหม่ ๆ ที่ไม่เคยมีการใช้มาก่อนจะติดปัญหาเรื่องการขึ้นทะเบียน

คุณพรชัย : ของพวกนี้มันก็คือ ยาที่พัฒนาจากสมุนไพร Herbal Supplement หรือ Food Supplement ซึ่งเราสนใจผลให้ได้ตามที่เราต้องการ หลังจาก Formulate ไปแล้ว เพราะเราทำถึง LC_{50} เราทำเทียบกับยา Benchmark หมด ก่อนจะออกสินค้า เราทำตามขั้นตอนที่ อย.ระบุ และสามารถพิสูจน์ชี้แจงได้

ภญ.ศศิมา : แสดงว่าเราทำ Clinical Trial ด้วย

คุณพรชัย : ใช่ครับ เราทำในสินค้าบางตัว เวลาทำงานพวกนี้มากขึ้น เราจะคุยเรื่อง Efficacy เป็นหลัก อย่าง Sleep Disorder เนี่ย มีทั้งช่วยให้หลับง่ายกับช่วยให้หลับลึก เพราะมันจะมีคนอยู่หลายประเภท บางคนพยายามเข้านอน 3 ทุ่ม ตี 1 ยังไม่นอน ทำไงก็ไม่หลับ อาจไปหลับอีกทีตี 2 แล้วก็หลับ ๆ ตื่น ๆ มีคนอีกประเภท เข้านอนสามทุ่ม สามทุ่มครึ่งหลับ ห้าทุ่มตื่น เที่ยงคืนกลับไปหลับใหม่ สะลึมสะลือถึงตีสองตีสาม อีกประเภทเป็น Interrupted Sleep เหล่านี้ใช้ Formulation ของ Cannabinoid ไม่เหมือนกัน เราต้องการทำ Formulated Product และมี Special Target ในแต่ละเรื่อง

ภญ.ศศิมา : คือ เราต้องการ Customize และเรายังเปิดคลินิก ซึ่งก็จะสามารถใช้วิธี Customize ได้

คุณพรชัย : ใช่ครับ แต่เราไม่ได้จำกัดตัวเอง อยู่แค่กัญชา กัญชง เราทำทั้ง Curcuminoid, Piperine, Germanium, Astaxanthin

ภญ.ศศิมา : เราสกัดเองทั้งหมดหรือเปล่าคะ

คุณพรชัย : ไม่ครับ เราจะทำเฉพาะเรื่องที่เราถนัด เรามี Partner ช่วยเราสกัด ส่วนใหญ่เราใช้วัตถุดิบในประเทศ ยกเว้นที่มีนำเข้าแต่ไม่มาก เช่น Tocotrienol ที่เราให้มาเลเซียสกัดจากปาล์ม เราขายสารสกัดบ้าง เป็นสารสกัดตัวยาก ๆ

ภญ.ศศิมา : ปัจจุบัน ผลิตภัณฑ์ของเราเริ่มกระจายสู่ Value Chain ของตลาดนี้หรือยังคะ

คุณพรชัย : กำลังเริ่มแล้วครับ เพราะทีมสกัดเขาก็ไม่ได้หยุดเลย เพราะการสกัดเราทำเฉพาะ Cannabinoid เพราะทำอย่างอื่นไม่ทัน (หัวเราะ) แต่ Scale Up ได้นะครับ ทำเพิ่มได้ถ้าไม่พอ

Why Cannabis ?

ภญ.ศศิมา : ตอนนี้ใน Modern Trade เจ้าใหญ่ ๆ มีใช้วัตถุดิบจากเราบ้างแล้วใช่มั้ยคะ

คุณพรชัย : มีครับ อย่าง CBD มีทั้งแบบ ผง, น้ำ, น้ำมัน แต่ที่เราทำได้แตกต่างจากเจ้าอื่นคือ แบบ Encapsulate เป็น Water Soluble Nano ตอนนี้กำลังสนใจเรื่อง Co-Crystal อยู่ เราอยากได้ Bioavailability ดี ๆ เพราะ อย. ให้ใช้ปริมาณน้อย ต้องหาวิธี Break down molecule ลง เราเป็นเจ้าเดียวในตลาดที่ทำ Nano CBD ซึ่งทำมาเท่าไรก็ไม่พอขาย

ภญ.ศศิมา : สำหรับ Nano CBD เราได้ทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐเพื่อร่วมกันพัฒนาไปด้วยกันมั้ยคะ

คุณพรชัย : มีครับ เราก็ไม่ได้เก่งทุกเรื่อง เราทำงานร่วมกับหลายหน่วยงาน มีทั้ง สวทช. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์และคณะเภสัชศาสตร์หลายสถาบัน เราจะมีการเปิดตัวบริษัทฯ วันที่ 22 กค.นี้ เราก็จะมี MOU มันก็ win win ด้วยกันทุกฝ่าย มหาลัยก็อยากได้สารมาตรฐาน เราก็ช่วยเขาทำ Delivery platform นี่สำคัญมากนะครับ มันไม่ใช่สารมหัศจรรย์ที่จะเอาเข้าปากแล้วไปต่อเองได้ มันต้องมี pathway มันต้องพัฒนา Innovation เพื่อพัฒนา Herbal Extract ให้ได้ Active Compound ที่เราต้องการไม่ว่าจะเป็นสารกลุ่ม Flavonoid, Alkaloid, Terpenoid, Phenolic หรือ Cannabinoid

ภญ.ศศิมา : ต้องยอมรับว่า ธุรกิจกัญชา ถือเป็นของใหม่ ที่ทุกคนกำลังให้ความสนใจ ปัจจุบันมูลค่าตลาดของธุรกิจกัญชา มีมูลค่าเท่าไหร่ และเราคาดการณ์ว่า เราจะสามารถแชร์ส่วนแบ่งตลาดนี้ได้ประมาณเท่าไหร่ และใครคือ เจ้าตลาดคะ

คุณพรชัย : มูลค่าตลาดของธุรกิจนี่จะว่าไปแล้วก็พอคาดการณ์ได้ แต่มันก็ยังดูเร็วไป ในฐานะผมเป็นนักการเงินการธนาคารมาก่อน ต้องคุยบนหลักการ ต้องยอมรับว่ามันยังเป็นเรื่องใหม่มาก เหมือนตอนเราเด็ก ๆ เรากินรังนกกับโสมเพื่อบำรุงสุขภาพ คุณไม่รู้จักถั่งเช่า กับคอลลาเจนแน่ ๆ มันเพิ่งมีมาเมื่อสิบกว่าปีก่อนนี้เอง มูลค่าตลาด มันต้องขึ้นกับการซื้อซ้ำ และ Adoption Rate ของคน ถ้าของไม่ดีจริงคนก็ไม่ซื้อซ้ำ ถ้าจะดูว่า Market Size ก็ต้องคิดง่าย ๆ ว่า มีคนที่น่าจะใช้ผลิตภัณฑ์เราเท่าไร ทุกวันนี้มีคนป่วยโรคนอนไม่หลับในไทยประมาณ 19 ล้านคน เราใช้ยากลุ่มช่วยให้นอนหลับมูลค่ามหาศาล ผมว่าคนกลุ่ม Sleep Disorder นี้ 10 คน มี 7-8 คน อยากมาลองใช้สารสกัดธรรมชาติ อีก 2 คนไม่ยอมเปลี่ยนยังใช้ยาแบบเดิม ดังนั้นโอกาสของเราคือ 8 คนนี้ ใน 8 คนเราสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ของเขาได้ครึ่งนึง คือ ของมันมี Efficacy ต้องช่วยได้จริง ในราคาที่เขารับได้ไม่แพงเกินกว่ายาที่เขาใช้อยู่ ถ้ามันอยู่ในกรอบนี้ Market Size ก็สามารถอ้างอิงตามนี้ได้ น่าจะเริ่มคิดได้จริงประมาณปีหน้า เรามองว่าเราน่าจะได้ประมาณ 10% บน Segmentation ที่เราอยากทำ คิดว่ามูลค่าตลาดรวมทั้งหมดน่าจะเริ่มต้นที่ 2-3 หมื่นล้าน แล้วขึ้นไปได้ถึงห้าหมื่นล้าน ถึงแสนล้าน ทั้งหมดนี้ขึ้นกับ Adoption Rate ปีหน้านักท่องเที่ยวจีนก็จะเริ่ม เข้ามาทุกวันนี้เราได้ request จากประเทศจีนเยอะมากอยากได้สินค้า ไม่มีใครอยากได้สารสกัดหรอกครับ ทุกคนอยากได้ Finish Formulated Product

ภญ.ศศิมา : ประเด็นหนึ่งที่คนมักจะมองคือ เรื่องราคาที่คนคิดว่ามันต้องแพงแน่นอน

คุณพรชัย : อย่างเครื่องสำอางของเราตัวนี้เป็น Serum+Moisturizer ราคาก็พอ ๆ กับเคาน์เตอร์แบรนด์ แต่ฤทธิ์ Anti-inflammation ดีกว่าเยอะ มีสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยต้านสิวด้วย ซึ่งสิวเป็นเรื่องใหญ่มากสำหรับผู้หญิง ดังนั้นหากเทียบกับคุณภาพแล้วถือว่าไม่แพงเลย

ภญ.ศศิมา : คุณพรชัยมองว่าทิศทางของกัญชาเสรี หรือกัญชาทางการแพทย์ จะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางอย่างไร

คุณพรชัย : เรื่องกัญชาเสรี เราต้องเข้าใจคนเขียนกฎหมายก่อน ว่าเขาต้องการให้เสรีเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา วัตถุประสงค์เพื่อการแพทย์ไม่ใช่สันทนาการ คนอย่าพยายามไปเลี่ยงบาลีเลย ไม่ใช่ไปถามคำถามแรกว่าสูบได้มั้ย เพราะคนส่วนใหญ่อยากสูบ เราไม่ใช่สายเขียว เราเป็นสายวิทยาศาสตร์ ถามว่าที่นี่มีดอกกัญชามั้ย ไม่มีครับ มีสารสกัด CBN มั้ย มีเพื่อ Sleep Aid และช่วยอีกหลายเรื่อง ดังนั้น กัญชาเสรีมันต้องมีการควบคุม

เมื่อปลายปีที่ผ่านมา เรามีประมวลกฎหมายยาเสพติด เรามีร่าง พรบ.กัญชา กัญชงออกมาเมื่อต้นปี แล้วก็มาครบกำหนด 120 วัน เมื่อ 8 มิย.ที่ผ่านมา พอหลัง 9 มิย.คนก็เฮกันว่า ใช้ได้แล้วเหมือนได้ปลดล๊อค แต่ความเป็นจริงต้องมีกฎหมายควบคุม แต่ตอนนี้ยังไม่มี เพราะต้องผ่านสภาฯ ก่อน การควบคุมก็ต้องควบคุมตัวเองด้วยจิตสำนึกของเราเองด้วย เช่น ถ้าผมเป็นพ่อ แล้วมีเหล้าในบ้าน 2 ขวด ก็เป็นหน้าที่ของผมในฐานะพ่อที่จะควบคุมไม่ให้เหล้า 2 ขวด นั้นไปอยู่ในปากลูกผมซึ่งอายุ 12 ขวบ พอคนไปใช้อย่างมักง่าย ไม่รับผิดชอบ รีบไปหาเงินบนสิ่งที่ผิด มันก็มีผลเสีย ซึ่งก็เป็นเรื่องเดียวกันกับที่เราต้องใช้กับ Cannabis เหมือนกัน เขาไม่ได้มีศีลเหมือนเรา เขาไม่ได้สนใจเรื่อง Efficacy หรอก เรื่องจริยธรรมในการทำธุรกิจ หรือ Business Ethic & Code of Conduct มันต้องอยู่ในจิตใต้สำนึกของผู้ประกอบการ สอนกันไม่ได้

ภญ.ศศิมา : ในฐานะที่คุณพรชัย เข้ามาในธุรกิจนี้ก่อนคนอื่น ตอนนี้ธุรกิจในอุตสาหกรรมนี้ ก็ขยายตัว และมีผู้เล่นรายใหญ่เข้ามามากขึ้น ตรงนี้คุณพรชัยมองว่า ทิศทางต่อไปจะเป็นอย่างไร และใครคือเจ้าตลาด

คุณพรชัย : ผมว่าถ้ามีคนดี ๆ เข้ามาเยอะ ๆ จะเป็นประโยชน์ต่ออุตสาหกรรมนี้ให้ขับเคลื่อนไปในทางที่ดี ในทางสร้างสรรค์ ทั้งอุตสาหกรรม Healthcare, F&B, อาหารสัตว์ หรืออะไรก็ตาม มันสามารถนำไปใช้ได้เยอะมาก ต่างบริษัทก็มีทางเดิน, พันธกิจ และ DNA ของตัวเอง การแข่งขันเพื่อทำดียิ่งส่งผลดีต่ออุตสาหกรรม ผมคิดว่ามันยังเร็วไปที่จะบอกว่าใครคือเจ้าตลาดเพราะเพิ่งเริ่มมาแค่ปีเศษ ๆ แต่ใครที่รีบทำเรื่อง R&D, ทำเรื่อง Testing Toxicity, Safety และอื่น ๆ ที่ต้องใช้ในการขึ้นทะเบียนก่อน ใครพร้อมกว่า คนนั้นก็มีโอกาสเยอะกว่า

เราต้องรู้ก่อนว่าโลกกำลังเปลี่ยนไป 2 เรื่อง คือ

1. Preventive มาแน่ ชัดเจนมาก
2. Nutraceutical เป็น Trend ที่ชัดเจนมาก

การทำงานกับพืชตระกูล Cannabis กับกระท่อม ต้องมีคนที่เป็นนักอุตสาหกรรมออกมาทำเพื่อวาง Roadmap ของบริษัทออกมาให้เป็นตัวอย่างของอุตสาหกรรมที่ดี ไม่ใช่เปิดเสรีแล้วคนที่เคยแอบปลูกใต้ดินมาเป็นผู้นำ แล้วคุณคิดว่าคนพวกนี้เขาจะเป็นผู้นำที่ดีของอุตสาหกรรมได้ดีเหรอในฐานะนายธนาคาร ผมก็ดูแลลูกค้ากลุ่ม Healthcare มาเกือบ 30 ปี ผมก็เห็นและรู้จักทุกกลุ่ม บริษัทฯ ของผมทำตามพระราชดำริของในหลวงรัชกาลที่ 5 และรัชกาลที่ 9 เมื่อกี้ที่พวกเราเดินเข้ามาห้องประชุม จะเดินผ่านผนังยาวที่มีภาพและเนื้อหาประวัติความเป็นมาของการใช้กัญชาในไทย นี่คือภูมิปัญญาของคนไทย ซึ่งใช้กันมายาวนานมาก จุดอ่อนของสมุนไพรไทย คือ Standardization ทุกวันนี้จะหาสาร Standard ของขมิ้น ยังต้องไปหาที่อินเดียเลย ในไทยไม่มี ประเด็นคือ บริษัทของเราพยายาม ชูการใช้สมุนไพรไทย ทุกอย่างสำหรับเราคือ Formulation หมด และศีลข้อที่ 3 ของผมคือ Efficacy อย่าลืมนะครับ เราต้องทำเป็นเรื่อง ๆ ไม่ใช่ไปสกัดน้ำมันออกมาแล้วบอกว่าน้ำมันกัญชารักษาได้ทุกโรค ไม่จริง มันต้องทำเป็น โรค ๆ อย่างเช่น ถ้าต้องการเอาไปใช้กับระบบประสาท อัลไซเมอร์ พาร์กินสัน อาการชัก เราก็ต้องทำอีกแบบนึง คุณอยากจะเอาไปใช้กับ Sleep Disorder ก็ต้องใช้กับอีกแบบในโลกตะวันตกเวลานอนไม่หลับ เขาก็อาจใช้พวก Melatonin หรือพวก Alprazolam ซึ่ง Melatonin ในไทยก็ไม่สามารถหาซื้อได้ทั่วไป ผิดกฎหมาย และผมก็ไม่ชอบให้อะไรที่ร่างกายสร้างได้แล้ว เราจะไม่กินมัน ฉะนั้นเวลาเราทำงานเราสนใจเรื่อง Drug Interaction มากเสมอ เป็นหนึ่งในศีลที่เรายึดมั่นสำหรับการทำ R&D

Medical Grade Products

Products

Medical Use, Dietary Supplement, Thai Traditional Medicine etc.

ภญ.ศศิมา : Barrier to Entry ของอุตสาหกรรมนี้ เยอะมากจริง ๆ นะคะ

คุณพรชัย : Barrier to Entry มันต้องเยอะ ยิ่งเยอะ ยิ่งดี เราทำของที่ต้องเข้าปากคนต้องระมัดระวังมาก ๆ เพราะเป็นของเรื่อง Level of Dosage, Toxicity, เราอยากได้คนที่ตั้งใจจริงเข้ามาทำ ไม่ต้องการคนฉาบฉวยมาทำ เพราะมันส่งผลกระทบกับผู้บริโภคและผู้ป่วย

ภญ.ศศิมา : คุณพรชัย มองกัญชาทางการแพทย์ว่าสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในกลุ่มโรค หรืออาการใดได้บ้าง

คุณพรชัย : เยอะเลยครับ และนี่คือคำตอบที่ว่า ทำไมเราถึงต้องสกัด เพราะ Active Compound แต่ละตัวจะใช้ในกลุ่มอาการที่แตกต่างกัน เช่น ถ้าเราจะทำเรื่อง Anti-inflammation ก็ต้องใช้เกือบจะ Full Spectrum ถ้าอยากใช้เกี่ยวกับ Bone ก็ต้องใช้ CBC, CBD, CBG และ THCV แต่ตัวที่ใช้ดีมากนั่นคือกลุ่ม Neuro อย่างกลุ่มอาการสั่น เช่น พาร์กินสัน ผมเอาไปลองให้ใช้ 1-2 หยด ก็สังเกตว่ามันดีขึ้นทันทีภายใน 3 นาที อีกเรื่องที่เก่งมากคือเรื่อง GI (โรคระบบทางเดินอาหาร) การต้านอาเจียน ซึ่งพบมากในผลข้างเคียงจากการรักษามะเร็ง ฉายแสง เคมีบำบัด เมื่อประมาณปีกว่า ๆ เราพบว่าสาร CBD ช่วยเมื่อคุณเจอ Cytokine Storm Covid-19 สายพันธุ์เก่า ๆ ที่ชอบลงปอด พอลงปอดแล้วก็จะทำให้เกิดอาการอักเสบ ปอดเป็นแผล CBD ช่วยได้ ผมมี Literature เพียบ แต่เราเพิ่งรู้เมื่อ 3-4 เดือนว่า มีสารในรูป Active form 2 ตัวป้องกันการติดเวลาเชื้อโควิดเข้าสู่ร่างกายจะเข้าสู่กระแสเลือดไม่ได้ ซึ่งคนที่ทำเรื่องนี้คือ University of Oregon ที่เขาวิจัยพบว่ามันช่วยป้องกันไม่ให้เชื้อเข้าสู่เซลล์ได้

เราก็สนใจเรื่อง Long Covid โดยใช้กระท่อม ทุกวันนี้ เรายังให้คำนิยามคำว่า Long Covid ในมุมของโรคยังยากเลยนะ เพราะว่ามันยังใหม่อยู่ ปัจจุบัน ผลิตภัณฑ์ Cannabis เรามีเยอะมาก แต่มีประมาณ 25 SKU ที่เป็น OTC ซึ่งเรากำลังจะเริ่มวางจำหน่าย เรามีทั้ง On Line และ Off Line ตอนนี้ก็คุยอยู่กับทุกเจ้า ปัญหาคือทุกเจ้าอยากได้ Exclusivity เหมือนกันหมด ซึ่งเราให้ไม่ได้ (หัวเราะ)

ภญ.ศศิมา : Dosage Form ของสินค้ากลุ่มกัญชา ของ DR.CBD มีแบบใดบ้าง และสินค้าตัวใดที่คาดการณ์ว่าจะสร้างยอดขายมากที่สุด

คุณพรชัย : เนื่องจากเรามีใบอนุญาตครบหมดทั้ง ปลูก สกัด จำหน่าย ครอบครอง นำเข้า ส่งออก รวม 6 license สำหรับ Operator ดังนั้น เราจะพัฒนาผลิตภัณฑ์อีกหลายรูปแบบทั้งแบบที่ใช้ทั้งรักษาและป้องกันโรค ตอนนี้ เรามีสินค้าหลากหลาย เช่น Collagen Peptide, Whitening Mask, CBD Mask, กลุ่ม Skin care / Beauty ฯลฯ Dosage Form ก็ต้องแล้วแต่กลุ่มสินค้า OTC ก็แบบนึง ที่ใช้เป็นยาสมุนไพรในคลินิกก็อีกแบบนึง เรามีแผนกกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis) ในโรงพยาบาลนวเวชเป็นแผนกหนึ่งของโรงพยาบาลเลย อีกอันหนึ่งเป็น Stand Alone อยู่หน้าวิลล่าสาขาหัวหิน คุณไปหยิบรถเข็นก็เห็นเราอยู่ตรงนั้น เนื้อที่ประมาณ 90 ตารางเมตร เป็นสหคลินิกมีทั้งตะวันตกและตะวันออก

เราจะเปิดตัวบริษัทแบบ Grand Opening วันที่ 22 กค.65 จะได้เห็นผลิตภัณฑ์ของเราทุกตัว มีตำรับยาแผนโบราณด้วย เช่น ยาจันทลีลา (ห้าราก) สุขไสยาศน์ สนั่นไตรภพ ทำลายพระสุเมรุ มหากาฬ เป็นชื่อตำรับยาที่อยู่ในยาแผนโบราณอยู่แล้ว แต่เรามาทำให้มัน Modernize มากขึ้น

ตอนนี้ เรามีคุยกันเรียบร้อยแล้วกับร้านสะดวกซื้อ E-Commerce ทุกเจ้า กลุ่มร้านยา Chain Supplement Chain ที่ใหญ่ที่สุดเราก็คุยอยู่ มีทั้ง Collab และเซ็นต์สัญญาเป็น Partner กันเลย เราให้ Exclusivity บนบางเรื่อง

เรามีสารสกัดที่ทำอยู่หลายตัว กระท่อมยังขึ้นทะเบียนไม่ได้ พรบ.กระท่อมยังไม่ออก ถ้าจะเข้าก็ต้องเข้าเป็นพวก Herbal Food ส่วนใหญ่จะเข้าไปเป็น Herbal Medicine & Supplement, Herbal Drink, Vitamin Water, Energy Drink, Sparkling Water อย่างกระท่อมนี่เราทำบริษัทชื่อ Dr.Kratom Bio เป็น Joint Venture กับบริษัทที่ทำกระท่อมอันดับ 1 ของโลก เป็นคนที่สกัดกระท่อมมาแล้วเกือบ 30 ปี รู้เรื่องการสกัดกระท่อมดีกว่าคนไทยเยอะมาก พูดแล้วก็อาย เขาเป็นฝรั่ง เป็นเจ้าแรกในโลกที่ทำเขาสนใจเรื่อง Herbal Formulation เราคิดว่าเราจะเปลี่ยนวิธีทำงานให้โลกรู้ว่าเราจะบริโภคกระท่อมอย่างไรให้ได้ประโยชน์ ปัจจุบันมีคนใช้กระท่อมเยอะประมาณ 150 ล้านคน คนส่วนใหญ่ใช้ใน 4 เรื่อง คือ เรื่องแรก คือ Pain Management เรื่องที่สองคือ PTSD / Anxiety / Depression เรื่องที่ 3 คือ Opioid Addiction ฝรั่งใช้ยากลุ่ม Opioid เยอะมาก ซึ่งสามารถทำให้ติดและตายได้เพราะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ซึ่งในเรื่อง Opioid Addiction เราทำ Product เสร็จแล้วแต่รอขึ้นทะเบียนก่อน และเรื่องที่ 4 Energy & Active Lifestyle กระท่อมจะเป็นอีกหนึ่งธุรกิจใหญ่ของเรา

ภญ.ศศิมา : สินค้ากลุ่มไหนที่คาดว่าจะทำรายได้ให้เราได้มากที่สุด

คุณพรชัย : ขอพูดรวม ๆ ว่าเป็น Healthcare ที่เป็น Specific เช่น พวก Immune Booster , Relaxation และ Sleep Disorder, Skincare เน้น Moisturizing, Antioxidant, Antiaging และพวกกระท่อม Formulation

ภญ.ศศิมา : ธุรกิจของเรามีความแตกต่างจากคู่แข่งรายอื่นในตลาดนี้อย่างไร ทำไม ผู้บริโภค หรือลูกค้าต้องเลือกเรา

คุณพรชัย : เราต่างกันตั้งแต่ จุดเริ่มต้น พันธกิจ และวิธีการที่เราทำ เราใช้วิทยาศาสตร์ วิจัยและพัฒนา นำธุรกิจ และเป็นผู้ประกอบการที่มีความรับผิดชอบ เราขะมักเขม้นเรื่องการค้นคว้าเพื่อประยุกต์ใช้ สร้าง Star Product เราไม่ได้สนว่าจะต้องปลูกกัญชาเก่ง ปลูกได้มาก ๆ ใครปลูกมากกว่าชนะ อันนั้นไม่ใช่เรา

ภญ.ศศิมา : วิกฤติโควิดเป็นบททดสอบสำหรับ SME ในการสร้างธุรกิจที่ยั่งยืน แผนสำหรับ DR.CBD ทำอย่างไรเพื่อสร้างแบรนด์ไปสู่ธุรกิจที่ยั่งยืน มีเคล็ดลับอย่างไร ในการปรับตัวและฝ่าวิกฤต โควิด-19

คุณพรชัย : แบรนด์ที่ยั่งยืนต้องยืนอยู่บนศีลที่เราพูดถึง ทุกขั้นตอนที่เราทำสามารถตรวจสอบได้ ต้องมี Quality และ Innovation คุณต้องหานวัตกรรมมาเสริมในสิ่งที่คุณทำเสมอ และเราต้องซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพ นวัตกรรมที่เราทำจะเน้นไปที่สาร Standard เน้นเรื่อง Formulation และ Target ที่ชัดเจน เช่น เราศึกษาด้านเภสัชวิทยาทั้งหมดของกระท่อม กว่าที่เราจะออกผลิตภัณฑ์อะไรมาได้ซักอย่างนึง

ต้องผ่านการทำงานเยอะมาก นี่คือสิ่งที่เราทำ ผู้บริโภคเลือกเราก็เพราะคุณภาพ มาตรฐาน นวัตกรรม และหน้าตามันก็ดูดีนะครับ เรามีทีมพัฒนาออกแบบบรรจุภัณฑ์เอง 10 คน We are a product company เราทำงานอย่างมืออาชีพ

ภญ.ศศิมา : ทิศทางของการดำเนินธุรกิจ DR.CBD ในยุค Post COVID-19 เป็นอย่างไร

คุณพรชัย : จริง ๆ จะเป็นยุคไหน เราก็มีการวางแผนอยู่แล้วเราเดินเป็นเฟส แปลว่าเรามีจุดเริ่มต้นที่เป็นไปตามแผนอย่างชัดเจน

ภญ.ศศิมา : Timeline เรามีชัดเจนมาก ณ ปัจจุบัน เราอยู่ที่เฟสไหนคะ

คุณพรชัย : ตอนนี้เราอยู่ที่ เฟส 1 เรามี Timeline ชัดเจนว่าสินค้าออกเดือนไหนเมื่อไหร่ เช่น กลุ่ม Pet Care เราจะเริ่มธุรกิจกับคนที่จะมาร่วมมือกับเรา คือ ดาราชื่อดัง พี่วิลลี่ แมคอินทอช เขาจะมาเป็น Brand Ambassador ของเรา เขาสนใจที่จะทำสินค้ากลุ่มสัตว์เลี้ยงแบบครบวงจร ทั้งเรื่องอาการเจ็บป่วยแบบต่าง ๆ ในสัตว์เลี้ยง เช่น อาการกระดูกและข้อ อาการทางจิตเวช หมา แมวเนี่ยมี Anxiety นะครับ รู้มั้ยครับว่าช่วงปีใหม่ ในต่างประเทศขาย CBD สำหรับสัตว์เลี้ยงได้เยอะมาก เพราะเขาจุดพลุ ทำให้หมาแมวกลัว ถ้าเป็น Food เรามีจะเปิดตัวกับเจ้าใหญ่ ๆ 2 เจ้า มีเรื่องกระท่อม ซึ่งเดี๋ยวจะมีการเปิดตัวกับเจ้าใหญ่ ๆ เมื่อขึ้นทะเบียนเรียบร้อย ถ้าเปิดตัวออกมาได้เมื่อไหร่ เราจะเป็นเจ้าแรก เพราะเราเตรียมไว้หมดแล้ว Partner ของเราเป็นอันดับ 1 ของโลก

สำหรับการควบคุมคุณภาพวัตถุดิบ เราควบคุมตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ Operation Plan ที่เราทำ ตั้งแต่ R&D, Plantation, Production เหมือนตั้งแต่โรงเรียนอนุบาล ถึง โรงเรียนมัธยม

ภญ.ศศิมา : อันนี้เราเอาต้นแบบมาจากไหนคะ

คุณพรชัย : เราเอาเทคโนโลยีฝรั่งมาช่วยบางเรื่อง นอกนั้นเราทำเอง เรามีทีมของเราออกแบบระบบแสงสว่าง ระบบควบคุม ไฟยังทำเองเลย วัสดุที่ใช้ปลูกเราไม่ได้ใช้ดินนะครับ Indoor Plantation เราทำเองหมด ส่วนห้องปฏิบัติการด้านการวิจัยอันนี้ เราก็กำลังยื่นขอมาตรฐาน ISO 17025 กันอยู่ ส่วนของโรงสกัดเรายื่นเอกสารเพื่อขอมาตรฐาน GMP PIC/S ไปแล้ว ในส่วนของอาหารเราก็จะสอบไปถึง ISO 22000 ในเรื่องการปลูก เราก็จะมี GAP, USDA มีอะไรให้ผมสอบเราก็สอบหมด และเราก็ทำงานร่วมกันกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างใกล้ชิด

ภญ.ศศิมา : เรามีบุคลากรที่เป็นเภสัชกรประมาณกี่คนคะ

คุณพรชัย : เภสัช กับนักเคมีเยอะมาก แทบจะเป็นครึ่งนึงของพนักงานทั้งหมดเลย ตอนนี้เรามีพนักงานประมาณ 50 กว่าคน เราทำได้ทุกขั้นตอน วิจัยพัฒนาสูตร สกัด จนถึงการประกันคุณภาพ ควบคุมคุณภาพ เรียกว่าควบคุมกันทุกขั้นตอน จนได้ถึงระดับโมเลกุล เอาไปทำเป็น Crystal และ Nano ต่อ

ภญ.ศศิมา : ทราบว่า เรามีโรงเรือนเพาะปลูกกัญชาเองแบบออร์แกนิคด้วยเทคโนโลยี และระบบที่ทันสมัย อยากทราบว่าตอนนี้ในประเทศไทย องค์ความรู้ด้านการเพาะปลูกกัญชา ก้าวหน้าถึงระดับไหน และกำลังการผลิตของบริษัทฯ และของประเทศไทยอยู่ที่เท่าไรต่อเดือน

คุณพรชัย : องค์ความรู้ด้านการเพาะปลูกกัญชาในไทย ยังไม่ค่อยเยอะครับ เราก็ห่วงนะ ยิ่งคนมาปลูกกันเยอะ ๆ มันควบคุมยาก ปัจจุบันเรามีโรงเรือนเพาะปลูกกัญชาเอง ตอนนี้เจ้าใหญ่ ๆ ทั้งในและต่างประเทศวิ่งมาหาเราเพราะใช้โรงเรือนที่เป็น Indoor Plantation ของเรา เป็น Showroom เพื่อทำ System ของเขาด้วย

ภญ.ศศิมา : กำลังการผลิตล่าสุดเป็นอย่างไรบ้างคะ เอาแค่ผลผลิตที่เป็นตัว Crop ตอนนี้ประมาณเท่าไรคะ

คุณพรชัย : ปีนึง เราจะได้ประมาณ 14,000 ต้น ในเฟสเริ่มต้นนี้ แต่คิดว่าไม่น่าพอ เราก็จะหา Landlord ที่ต้องปลูกตามวิธีของเรา เราจะรับซื้อ ถ้าปลูกแบบจำนวนต้น รวมจำนวนช่อดอก แบบ Medical Grade เราน่าจะเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ แต่พวกที่ปลูกแบบไม่ใช่ Medical Grade มีคนปลูกได้มากกว่าเราแน่นอน

ภญ.ศศิมา : หากเปรียบเทียบภาพรวมของธุรกิจกัญชาในไทย ณ ปัจจุบัน กับประเทศอื่น ๆ มีประเทศใดบ้างที่พอจะยกมาเปรียบเทียบได้ และประเทศนั้น มีความเหมือน หรือแตกต่างจากเราอย่างไรบ้างคะ

คุณพรชัย : ผมว่า อย่างทวีปอเมริกาเหนือ เขาจะเน้นเรื่องสารสกัด CBD อย่างเดียว เขาไม่ได้เน้น Innovation มากมาย เขาไม่มี Herbal Extract ลองคิดเล่น ๆ ว่าถ้าอเมริกาปลูกฟ้าทะลายโจรได้ ตอนนี้เราคงได้กิน Andrographolide กันทั้งโลก ธุรกิจยา คือ ธุรกิจยา หน้าที่ของบริษัทยา คือ คิดสูตรยาและขายยา แต่พืชอย่างกัญชา เราไม่สามารถจะ Patent Cannabis ได้ แต่ผมจะบอกว่า บริษัทพวก Cannabis legalization ของเราเนี่ย เราค่อนข้างครบถ้วนที่สุดในโลก ทราบมั้ยครับว่าตอนนี้บริษัทยายักษ์ใหญ่ของโลก กระโดดเข้าไปซื้อองค์ความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์ที่มีงานวิจัยชัดเจนในมูลค่าหลายพันล้านดอลล่าร์ ธุรกิจนี้ขนาดใหญ่มากในระดับโลก

เนื่องจากต่างประเทศเขาไม่ได้ทำเรื่อง Herbal Extract ทำให้มีปัญหาตามมาเรื่อง Formulation อย่าคิดว่าประเทศต่าง ๆ เขาเสรีเรื่องกัญชา เช่น เนเธอร์แลนด์ ที่เราคิดว่าเสรี เขาไม่อนุญาตให้ปลูกแบบเชิงพาณิชย์ จำกัดการปลูกบ้านละไม่เกิน 5 ต้น เพียงแต่เขาอนุญาตให้สูบเพื่อสันทนาการได้ ญี่ปุ่น ให้ใช้ CBD ได้ แต่ห้ามสกัด CBD จากช่อดอก ให้สกัดจากกิ่ง ก้าน ใบ ราก ลำต้นเท่านั้น ของไทยเราค่อนข้างจะพัฒนากว่า ของเราเพิ่งเริ่มต้น ของประเทศอื่นทำมาแล้วเยอะ ก็จะมี Demand รองรับอยู่ในโลกนี้ค่อนข้างเยอะ

ภญ.ศศิมา : เบื้องหลังความสำเร็จในการประกอบธุรกิจ คิดว่าเกิดจากอะไร อะไรคือเคล็ดลับความสำเร็จ

คุณพรชัย : มีเรื่องเดียวคือ ต้องซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพ และ เน้นเรื่อง นวัตกรรม และเรื่อง Formulation เราจะทำอย่าง Specific หมด ทุกอย่างต้องมีมาตรฐานรองรับชัดเจน

ภญ.ศศิมา : หน่วยงานภาครัฐได้เข้ามาให้ความช่วยเหลือ หรือให้คำปรึกษาในการดำเนินธุรกิจบ้างหรือไม่ อย่างไร

คุณพรชัย : ก็มีหลายหน่วยงานครับ อย่างที่บอกไปแต่แรกว่าเราทำงานร่วมกับภาครัฐมากมาย

ภญ.ศศิมา : นอกจากกัญชา กัญชง กระท่อมแล้ว DR.CBD ยังมีโครงการที่จะทำเกี่ยวกับพืช หรือสมุนไพรอื่นอีกหรือไม่ เป็นชนิดใดบ้าง

คุณพรชัย : มีครับ จริง ๆ เรามีเรื่อง Extract แบบอื่นที่เราสนใจอยู่ แต่ยังไม่ได้ประกาศออกมา เดี๋ยวจะเห็นในรูปแบบ Formulation เพราะเราเชื่อว่าการใช้สมุนไพรในรูปแบบยาตำรับจะเกิด Herb Drug Interaction แบบ Synergistic หรือเสริมฤทธิ์กันมากกว่าการใช้สมุนไพรเดี่ยวทุกตำรับต้องมีเหมือน พระเอก พระรอง คนขับรถ คนเร่งสาร คือ มันต้องทำงานแบบบูรณาการกันของสารทุกตัวเมื่อมันเข้าสู่ร่างกายของเรา

ภญ.ศศิมา : ธุรกิจ DR.CBD มีความร่วมมือกับชุมชน หรือ ได้ทำกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR) ใดบ้างหรือไม่ อย่างไร

คุณพรชัย : เรามีวิสาหกิจเพื่อสังคม Mettle และส่วนตัวผมก็ทำงานรับใช้อยู่ 2 มูลนิธิ

ภญ.ศศิมา : กลุ่มลูกค้าใดที่เรามุ่งเน้นเป็นฐานลูกค้าหลักมากที่สุด (รพ. / ร้านยา / อุตสาหกรรม / ผู้บริโภค) และมีการตั้งเป้าหมายว่าจะขยายไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่นหรือไม่ อย่างไร

คุณพรชัย : เรามุ่งเน้นไปที่ Modern Trade , E-Commerce และกลุ่มร้านยา โรงพยาบาลก็กำลังจะเริ่ม

ภญ.ศศิมา : หลังการปลดล๊อคกัญชา ตั้งแต่วันที่ 9 มิย.ที่ผ่านมา มีหลายฝ่ายออกมาแสดงความกังวลต่อสังคมในภาพรวม สมาคม ชมรมและบุคลากรทางการแพทย์ก็ออกแถลงการณ์แสดงจุดยืนกันหลายหน่วยงาน ในฐานะผู้ประกอบธุรกิจด้านนี้ คุณพรชัย มีความกังวลด้านใดบ้าง และมองว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงอะไรหรือไม่ หลังจากนี้ ผลการตอบรับจากสังคมจะเป็นไปในทิศทางใด และจะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์อย่างไร

คุณพรชัย : ผมเข้าใจได้นะครับ ช่วงแรกมันคงเป็นเรื่องของกระแส การจะบอกว่า อะไรต้องปลอดอะไร มันคือการปลอดจากสิ่งอันตราย ผมเข้าใจมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์นะครับ เพราะอย่างกัญชานี่ ร้านยาหรือคลินิกก็คงไม่มีเครื่อง HPLC แน่ ๆ มันก็ต้องแน่ใจในคุณภาพก่อน ต้องมี อย. เมื่อไหร่ที่เกิดความสงสัยให้กลับไปที่ศีล 3 ข้อของผมก่อนเสมอ เราพูดเสมอว่าต้องใช้เป็น Formulation และใช้ทางการแพทย์เท่านั้น

ภาครัฐก็คงมีเหตุผลที่จะประกาศอะไรออกมา หากมองในมุมของผู้ประกอบการ ผมก็ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง ก็ตั้งใจทำงานบน License ที่ได้รับอนุญาตเหมือนเดิม แต่ผมก็ไม่สบายใจหากมีคนที่นำไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง หรือคนที่ไม่รู้ Dosage เราก็ต้องช่วยกัน Educate ให้เกิดการใช้อย่างถูกต้อง ทางผู้ถือกฎหมาย ก็ต้องเร่งหากฎหมายมาบังคับใช้ให้ครอบคลุมมากที่สุด หาอาวุธในมือมาใช้ให้หมดก่อน แล้วเร่งทำพรบ.ออกมาควบคุมให้เร็วที่สุด คนต้องใช้อย่างมีความรู้รับผิดชอบ ผมในฐานะผู้ประกอบการ ผมก็ต้องทำในสิ่งที่ผมทำให้ดีที่สุด

ภญ.ศศิมา : ถ้าในอนาคต มีคนเอาผลิตภัณฑ์ของเราไปใช้ด้วยวัตถุประสงค์อื่น นอกเหนือจากทางการแพทย์ เราจะมีวิธีควบคุมอย่างไร

คุณพรชัย : ก่อนอื่นต้องเข้าใจก่อนว่า ข้อแรก เราไม่ขายช่อดอก ช่อดอกทุกดอกของเรา เข้าโรงสกัดของเราทั้งหมด ข้อสอง เราไม่ทำอะไรที่เกี่ยวกับสันทนาการเลย ไม่งั้นจะชื่อ DR.CBD ทำไม ข้อสาม เราเป็น Nutraceutical Company ที่ใช้ทางการแพทย์เท่านั้น ทำงานใกล้ชิดกับพืชตระกูลกัญชา กัญชง กระท่อม เน้นเรื่อง นวัตกรรม และ Formulation เราทำตั้งแต่ ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ DNA ของบริษัทเราชัดเจนมากตั้งแต่แรก เราทำ Product ที่ถูกต้องตามกฎหมาย จะไม่มีอะไรชัดเจนไปกว่านี้แล้ว

ผมว่ามันเป็นโอกาสใน Educate ตลาดได้ Consumer ที่จะใช้ก็ต้องมีความรู้ก่อน จะได้แยกผู้เล่นที่ไม่มีความรับผิดชอบ ออกจากตลาดได้ ปัจจุบัน กฎหมาย พรบ.บังคับ ยังไม่ออก จริง ๆ สมัยก่อนมันก็มีมาตลอด เราก็ต้องใช้อย่างมีความรับผิดชอบ ใช้อย่างถูกต้อง เหมือนเราห้ามไม่ให้คนกินพาราเซตามอลเกินขนาดได้ ถ้าเขาจะกิน มันไม่ใช่ความผิดของพาราเซตามอล มันเป็นสิ่งที่คนในอุตสาหกรรม และภาครัฐต้องช่วยกัน สมาคมของผม ชื่อ สมาคมการค้าอุตสาหกรรมกัญชงไทย เน้นไปที่กัญชง และภาคอุตสาหกรรม เราไม่ต้องการให้คนเอาช่อดอกกัญชาไปโยนใส่หม้อก๋วยเตี๋ยวอย่างไม่รับผิดชอบ หรือไปทำคุกกี้โดยไม่รู้ว่ามันมีอะไรอยู่ในนั้น เราต้องทราบก่อนว่ามันมี Ingredient อะไร Concentration เท่าไร ปริมาณเท่าไร เราต้องชัดเจนเรื่องนี้ก่อน ไม่งั้นเราจะพลาดโอกาสไป ผมไม่ได้พูดเรื่องนี้ เพราะผมทำธุรกิจนี้นะครับ จริง ๆ ประโยชน์ทางการแพทย์มันเยอะมาก

ภญ.ศศิมา : มีข้อถกเถียงว่า เราก็มีสารหรือยาตัวอื่นที่ใช้ทดแทนกันได้ อีกอย่าง ผลเสีย มันดีกว่าประโยชน์ที่ได้รับ

คุณพรชัย : เรามีศีล 3 ข้อ เราประกอบอาชีพอย่างมีความรับผิดชอบ เรามีมาตรฐาน เราสนใจเรื่อง Drug Interaction อีกทั้ง Product Development Process ของเราชัดเจนมาก นี่คือความเป็นตัวตนของ DR.CBD เราเน้นด้านการแพทย์เท่านั้น เราถึงตั้งชื่อว่า DR.CBD

เราจะทำงานอย่างเจาะจง ทุกอย่างต้องมีมาตรฐานรองรับชัดเจน เพราะเราคือ Nutraceutical & Healthcare Company

ภญ.ศศิมา : สำหรับตลาดกัญชาเอง เรามุ่งเน้นเฉพาะทางการแพทย์ หรือเรามีโครงการที่จะต่อยอดเชิงพาณิชย์ในรูปแบบอื่น ๆ บ้างหรือไม่

คุณพรชัย : ถ้าเป็นเรื่องสันทนาการเราไม่ทำแน่ ๆ ถ้าทำแล้วไม่เกิดประโยชน์ต่อสังคมเราไม่ทำ เราจะไม่ประกอบอาชีพบนความสนุกสนาน เราจะประกอบอาชีพเพื่อช่วยเหลือคน เพราะเราคือ Nutraceutical Company ส่วนรูปแบบอื่นก็มี Industrial Estate สำหรับการปลูก Cannabis อย่างถูกต้องเหมือน Zoning ของเราเลย ก็มีต่างชาติสนใจมาลงทุน มีการขยายไปยัง Petcare แล้ว ในเรื่องของ Food เรื่องกระท่อม เรามีที่ปรึกษา และทำงานร่วมกับหลายที่

ภญ.ศศิมา : อย่างเรื่อง Petcare ยังไม่ค่อยเห็นมีเจ้าไหนเอาวัตถุดิบนี้มาเล่น เราเป็นเจ้าแรกไหมคะ

คุณพรชัย : ผมว่ามีคนคิดอยู่หลายเจ้า แต่ต้องทำงานกับกรมปศุสัตว์ มันต้องมีขั้นตอนต่าง ๆ และใช้เวลาพอสมควร

ภญ.ศศิมา : เกี่ยวกับการส่งออก ตอนนี้มีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด

คุณพรชัย : เราสนใจส่งออกในรูปของ Finish Product มากกว่า เราไม่มีทางทำสารสกัด CBD สู้ฝรั่งแน่นอน ต้นทุนมันต่างกัน เขาทำมา 20-30 ปี เราเพิ่งมาทำปีกว่า ๆ เท่านั้นเอง ประเทศที่มีโอกาสมาเป็นลูกค้าเรามันก็ขึ้นกับ Regulation ของประเทศที่นำเข้าด้วยเช่นกัน อย่างเช่น จีน แต่เขาเองก็มีการผลิต เขาปลูกกัญชงเป็นภูเขาเลย

ภญ.ศศิมา : การวางตำแหน่งองค์กรเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านธุรกิจกัญชา กัญชง กระท่อม เป็นเรื่องที่ทำให้การทำการตลาดมีจุดโฟกัสที่ชัดเจน นอกจากตลาดนี้แล้ว เรายังอยากจะไปทำธุรกิจในตลาดไหนอีกหรือไม่ อย่างไรบ้าง

คุณพรชัย : ไม่ครับ เราจะโฟกัสในสิ่งที่เราทำเท่านั้น เพราะเป็นความถนัดของเรา เราจะทำในสิ่งที่เราเชี่ยวชาญในเรื่อง กัญชา กัญชง กระท่อมเท่านั้น We stay focus !!

ภญ.ศศิมา : ในยุคที่ทุกอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พลิกโฉม หรือ Disruption คุณพรชัยมองว่าสำหรับกัญชาทางการแพทย์ จะมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร อะไรคือโอกาส อะไรคืออุปสรรค

คุณพรชัย : ผมว่าเราคงต้องค่อย ๆ เริ่ม ทุกอย่างต้องอยู่บนพื้นฐานของงานวิชาการ วิทยาศาสตร์ Literature และ R&D เป็นตัวนำ แล้วจะไม่หลง เวลาสงสัยต้องกลับไปดูศีล 3 ข้อ ว่าเราเดินตามกันอยู่หรือเปล่า ส่วนทิศทาง จะเกิดการ Adoption เป็นระดับมากขึ้น จะเริ่มจากการใช้เป็น Supplement ก่อน แล้วค่อยเป็น Herbal Medicine แล้วจะพัฒนาไปเป็น Western Medicine มูลค่าตลาดจะใหญ่ขึ้นเรื่อย ตอนนี้มีบริษัทยาใหญ่ๆกระโดดเข้ามาหมดแล้ว ตรงนี้คือโอกาสทางธุรกิจ ขณะเดียวกันเราก็คงต้องเร่งทำงานวิชาการเพื่อรองรับ วันนี้ ผมเดาว่าเรามีความรู้ว่าพืชตระกูลกัญชา กัญชง กระท่อม มันทำอะไรได้แค่ประมาณ 10% ยังมีงานวิชาการที่เราต้องทำเพิ่มอีกเยอะ

อะไรคืออุปสรรค อย่ามองว่ากฎหมายเป็นอุปสรรค กฎหมายเป็นเรื่องที่ดี อุปสรรค คือ การที่ต้องไปให้ความรู้กับคน และผู้ประกอบการให้ใช้อย่างสร้างสรรค์ มันมีข้อห้ามมากมาย เพราะมันอันตราย มีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย มันต้องมีระบบแบบแผนชัดเจน ต้องทราบขนาดการใช้ที่เหมาะสม สิ่งที่ต้องรีบทำคือการ Educate คนในสังคมอย่างทั่วถึง

ภญ.ศศิมา : มองมุมกลับ เรารู้แค่ประโยชน์ แต่โทษ หรือผลกระทบ นี่เรายังอาจไม่รู้มากนัก

คุณพรชัย : เราศึกษาผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ บนหลักวิชาการ เราต้องรู้ว่าต้องใช้ปริมาณเท่าไร ถึงจะไม่ให้คนติด ไม่ใช่หายจาก Opioid แล้วมาติดตัวนี้แทน เราต้องใช้ด้วยความรอบคอบ เรามีอาจารย์ที่ปรึกษาด้าน Pharmacog หลายท่านที่ช่วยเราในเรื่องนี้

ภญ.ศศิมา : เรามีเคล็ดลับในการบริหารคนอย่างไร เคล็ดลับในการสร้างขวัญและกำลังใจให้พนักงาน และเคล็ดลับที่ทำให้คนเก่ง ๆ มาอยู่ในองค์กรเรามาก ๆ นาน ๆ

คุณพรชัย : เราต้องสื่อสารให้ชัดเจนก่อน ว่า DNA ของบริษัทฯ คืออะไร เราเป็น Professional Company แต่อยู่กันแบบพี่น้องแบบครอบครัว อย่างผมชื่อเล่นว่า “ต๊อบ” ลูกน้องทุกคนจะเรียกผมว่า “พี่ต๊อบ” ไม่มีคำว่า “คุณต๊อบ” เราต้องเป็นมืออาชีพ ทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบต้องทำหน้าที่ของตัวเองให้ดี เรามีความรับผิดชอบอันใหญ่หลวงที่สุดในชีวิตแล้ว เพราะเราทำของที่ต้องเข้าปากคน เราต้องใส่ใจทุกขั้นตอน ตั้งแต่การปลูก ต้องดูแลมาตรฐาน เรามี SOP มี Protocol ทุกเรื่อง Corporate Culture คือ Professional, Innovation และ วินัยในการปฏิบัติงาน เป็นผู้ประกอบการที่มีความรับผิดชอบ DNA ของเราชัดตั้งแต่เริ่มก่อตั้งบริษัทแล้วครับ เราต้องทำให้ทุกคนรู้สึกว่าเขาไม่ใช่ “ลูกจ้าง” แต่เป็น “Family Member” เขาต้องรู้ว่าสิ่งที่เขาทำ ทำเพื่ออะไร เราจะบอกชัดว่า DNA ของบริษัทคืออะไร เป้าหมายคุณคืออะไร หน้าที่คุณคืออะไร และมันมีความสำคัญอย่างไร เขาจึงรู้สึกว่าเขาเติบโตอยู่เสมอ และเติบโตไปกับองค์กร

ภญ.ศศิมา : คิดว่า “เภสัชกร” จะเข้ามามีบทบาทในการขับเคลื่อนกัญชาทางการแพทย์อย่างไร

คุณพรชัย : เภสัชกร มีบทบาทสำคัญกับเรื่องนี้มากครับ ผมไม่ได้ต้องการให้เภสัชกรมาช่วยขาย หรือเป็น Promoter ให้ อย่างที่บอกว่าผมทำงานกับเภสัชเยอะมาก โดยเฉพาะสายที่เกี่ยวกับพืชสมุนไพร (Pharmacognosy) ซึ่งมีบทบาทมากในการ Educate เป็น Mission ที่ควรสนับสนุนเรื่องการป้องกัน มากกว่า รักษา Natural หรือ Chemical ผมไม่ได้บอกนะว่า Natural ทำได้ทุกเรื่อง เช่น ถ้าอาการ Acute ก็มาวิ่งหา Natural ไม่ได้ มันไม่ได้ใช้ได้ทุกเรื่อง เราต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน ผมในฐานะผู้ผลิต ผมก็ต้องผลิตสินค้าที่มีคุณภาพให้คุณเชื่อมั่นว่าคุณจะส่งมอบสินค้าที่มีมาตรฐานให้ผู้บริโภค มันต้องทำงานร่วมกัน เรามีบทบาทและพันธกิจต่อกัน ว่าจะร่วมสร้างสรรค์อุตสาหกรรมนี้ไปด้วยกันอย่างถูกต้อง อย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคม

ภญ.ศศิมา : ท่านคิดว่า เภสัชกรแบบใดที่ท่านอยากให้เป็นเภสัชกรรุ่นใหม่ ที่จะขับเคลื่อนและพัฒนาวิชาชีพในศตวรรษที่ 21 ควรมีความสามารถ หรือ ทักษะในด้านใดบ้าง อยากฝากอะไรถึงสถาบันการศึกษาเภสัชศาสตร์ในปัจจุบัน

คุณพรชัย : ผมว่าวิชาชีพในศตวรรษใหม่ เราควรจะสร้างเภสัชกรที่ไม่ใช่ให้คนมองว่าเป็นแค่ "คนขายยา" มันมีทั้งเรื่องงานวิจัย เรื่องการให้ความรู้ เป็นนวัตกร บทบาทของเภสัชกรสำคัญมาก รวมถึงการทำงานร่วมกับภาคเอกชน ร่วมกับสหวิชาชีพ อย่างแพทย์ คือ Healer และ User แต่ เภสัชคือ Innovator โลกสมัยใหม่ มันเดินมาทางนี้มากขึ้น เภสัชกรต้องอัพเดทเทรนด์และความรู้ใหม่ ๆ อยู่ตลอด ในยุคที่ข่าวสารข้อมูลมันมีอยู่เยอะมาก หาง่าย มาไว Realtime ฉะนั้น เภสัชกรรุ่นใหม่ ต้องเข้าใจเทรนด์ของโลกที่กำลังเดินไป ผู้ประกอบการบางบริษัทไม่มีเภสัชอยู่ในบริษัทเลย แต่ของเรา เราลงทุนตรงนี้เป็นเงินก้อนใหญ่สุดเลย เพราะเรามีศีลของเรา การจะทำผลิตภัณฑ์ซักตัวมันต้องใช้ Effort มหาศาล เราต้องรู้ว่าผลิตภัณฑ์แต่ละตัวของเรา มี Drug Interaction อะไรบ้าง และข้อมูลอื่น ๆ อีกเยอะ ผมมองว่า "เภสัชกร" เป็นสาขาเดียวของบุคคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมที่สุดที่จะมาช่วยพัฒนาอุตสาหกรรมนี้ไปด้วยกัน เราทำงานร่วมกันได้ ผมมีความยินดีมาก ถ้าจะพัฒนาไปทางสร้างสรรค์และเป็นประโยชน์ต่อสังคม

ภญ.ศศิมา : วันนี้เราคงได้รู้จักภาพลักษณ์และตัวตนของ DR.CBD ผ่านทางวารสาร "ยาน่ารู้" พอสมควร อยากให้คุณพรชัย ฝากอะไรถึงเภสัชกรผู้อ่านวารสาร "ยาน่ารู้"

คุณพรชัย : ฝากว่าเราต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเอง และคนรอบข้าง มันต้องเริ่มที่ตัวเราเองก่อน การเสพข่าวสารหรือสื่อต่าง ๆ ต้องมีวิจารณญาณ อยากให้ใช้เวลาอัพเดทความรู้ แล้วแหล่งความรู้เดี๋ยวนี้ก็เข้าถึงง่ายกว่าสมัยก่อนเยอะ ต้องหมั่นดูแลตนเอง และคนรอบข้างตั้งแต่เนิ่น ๆ ยิ่งเริ่มเร็วยิ่งดี องค์ความรู้ด้านการป้องกันก็มีเยอะ อยากให้เลือกใช้ เลือกมอง บนพื้นฐานความรู้ให้มาก ๆ

ผู้บริหาร บริษัท ดร.ซีบีดี จำกัด
และกองบรรณาธิการวารสารยาน่ารู้

1. ภก.วิชา สุขุมาวาสี
2. คุณพรชัย ปัทมินทร
3. ภญ.ศศิมา อาจสงคราม

ทั้งหมดนี้คือเรื่องราว และตัวตนที่ชัดเจนของ DR.CBD บริษัท Nutraceutical & Healthcare แบบครบวงจรด้าน Cannabis ทั้งกัญชา กัญชง กระท่อม ตั้งแต่ต้นน้ำ ยัน ปลายน้ำ ตลอดสายห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) ที่มีตำแหน่งในใจผู้บริโภคอย่างชัดเจน ว่าเป็น Medical Cannabis เท่านั้น การตั้งเป้าหมายชัดเจน วางแผน และมีกลยุทธ์ บนพื้นฐานของการมีจริยธรรมทางธุรกิจย่อมจะส่งเสริมให้ครองตำแหน่งที่ 1 ในใจผู้บริโภคได้เสมอ ภสท. ขอแสดงความยินดีล่วงหน้ากับการเปิดตัวบริษัทฯ อย่างยิ่งใหญ่ ในวันที่ 22 กรกฎาคม นี้ ขออำนวยพรให้ธุรกิจเจริญรุ่งเรือง และวัฒนาถาวรสืบไปนะคะ

บทความโดย : ภก.อุทัย สุขวิวัฒน์ศิริกุล

TELEPHARMACY โอกาส หรือข้อจำกัด ของเภสัชกรร้านยา

ในที่สุด...ประเทศไทยเรากำลังเดินทางมาสู่ช่วงปลายของโรคระบาดโควิด 19 ในอีกไม่กี่เดือน ในปีเสือนี้ทาง ศบค. ได้มีการลดมาตรการป้องกันโรคร้ายที่เข้มงวดน้อยลงมากขึ้น ๆ ให้ประชาชนได้กลับมาใช้ชีวิตผ่อนคลายมากกว่าเดิม แต่เรายังคงจำกันได้ระหว่างในช่วงปิดเมือง ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางไปหาหมอหรือไปร้านยาได้ ทว่ามีอีกปรากฏการณ์หนึ่งที่เป็นกระแสเรียกร้องจากประชาชนและผู้ให้บริการสุขภาพในช่วงโรคระบาดที่เรียกร้องการให้บริการสุขภาพให้ถึงบ้านได้ มาถึงในวันเวลาที่เทคโนโลยีมีก้าวกระโดดมากขึ้น ทำให้เกิดนวัตกรรมใหม่ในการรักษาพยาบาลแบบทางไกลที่เรียกว่า “Telehealth” ที่ประกอบไปด้วย การไปหาหมอออนไลน์ “Telemedicine” และการบริการให้คำปรึกษาในการใช้ยาจนไปถึงการส่งมอบยาถึงบ้าน “Telepharmacy” เป็นเรื่องที่คนไทยให้ความสนใจและเริ่มใช้บริการมากขึ้น ๆ อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงกฎหมายในบ้านเราให้เปิดกว้างมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถหาหมอพบปะเภสัชกรได้โดยไม่ต้องไปถึงสถานที่รักษาและจ่ายยาเหมือนในอดีต ให้ความสะดวกโดยมีการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ถึงบ้านผู้ป่วยได้ตามที่แพทย์สั่งได้ พบหมอและเภสัชกรได้ในหลากหลายช่องทางด้วยเครื่องมือการสื่อสารแบบออนไลน์ต่าง ๆ และในอนาคตอีกไม่นานในวันที่โควิด 19 ถูกจัดเป็นโรคประจำถิ่น เรามาดูกันว่าในครึ่งช่วงเวลาหลังของปีเสือ เภสัชกรร้านยาควรจะปรับตัวให้รูปแบบธุรกิจร้านยาของเราสามารถบริบาลผู้ป่วยได้ตามวิชาชีพเภสัชกรรมทางไกล และมีโอกาสทางธุรกิจเพื่อสร้างโอกาสในการขยายบทบาทวิชาชีพได้อย่างไร?

Telepharmacy คืออะไร?

ถึงวันนี้ ทุกท่านคงคุ้นเคยกับ Telemedicine เทเลเมดิซีน ที่เรียกเป็นภาษาไทยว่า **"โทรเวชกรรม"** ที่เป็นทางเลือกใหม่ในการที่คนไข้สามารถได้รับการตรวจรักษาจากการไปหาหมอได้ง่ายและสะดวกกว่า และมาแรงในยุคโควิด-19 ในช่วงที่มีมาตรการปิดเมือง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางได้สะดวก โทรเวชกรรมเป็นการนำเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถพบปะพูดคุยกันได้แบบ Real-time โดยการการสื่อสารผ่านระบบ videoconferencing หรือ teleconferencing ที่คู่สนทนาสามารถมองเห็นหน้าและสนทนากันได้ทั้ง 2 ฝ่าย ไร้ข้อจำกัดในเรื่องเวลาและสถานที่ สะดวกสบาย ประหยัดเวลา ทั้งยังได้รับบริการเสมือนกับการมารับบริการที่โรงพยาบาล และด้วยเทคโนโลยีทุกวันนี้ การให้บริการตรวจเลือดหรือให้บริการทางแล๊ปโดยให้บริการถึงบ้านก็เริ่มมีแล้ว รวมไปถึง Gadgets เครื่องมือต่าง ๆ ในการตรวจวัดสุขภาพส่วนตัวด้วย ผู้ป่วยเองก็ได้มีการพัฒนาช่วยให้แพทย์สามารถรับข้อมูลที่ถูกต้องและแม่นยำมากกว่าเดิมในการให้บริการตรวจรักษาเพิ่มขึ้น

นอกเหนือจากการตรวจรักษาแล้ว ยังตามมาด้วยการจ่ายยาทางไกลที่เรียกว่า Telepharmacy หรือ เภสัชกรรมทางไกล คือ การบริบาลทางเภสัชกรรมและการส่งมอบเภสัชภัณฑ์จากเภสัชกรผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลไปยังผู้ป่วยที่อยู่ในสถานที่ที่แตกต่างกัน คนไข้จะได้รับยาและการดูแลรักษาทางเภสัชกรรมภายในสถานที่ที่ปลอดภัยและสะดวกต่อการเข้าถึง การบริบาลเภสัชกรรมทางไกลยังครอบคลุมไปถึง การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย (patient counseling), การติดตามการรักษาและผลข้างเคียง (drug therapy monitoring) และการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ (refill the prescribed drugs) โดยใช้วิธีการสื่อสารทางไกล สามารถทำได้ทั้งจากเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่ในร้านยา, โรงพยาบาลและสถานพยาบาลอื่น ๆ ได้อีกด้วย เป็นการเสริมบทบาททางวิชาชีพในช่วงโรคระบาดที่มีการ Lockdown ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในการได้รับยาต่อเนื่องอย่างปลอดภัยโดยที่ไม่ต้องเสี่ยงเดินทางไกล ๆ คนไข้ที่หวั่นวิตกต่อการมารับเชื้อโรคร้ายในสถานที่แออัด ทว่ายังคงพบปะเภสัชกรได้เสมือนมาอยู่ที่หน้าร้านจริง ๆ ด้วยเทคโนโลยีในการสื่อสารและบริบาลเภสัชกรรมทางไกล

Telepharmacy สำหรับร้านยา ไปถึงไหนแล้ว?

ประโยชน์ของเภสัชกรรมทางไกลสำหรับผู้ป่วย คือเภสัชกรสามารถขยายงานการบริบาลทางเภสัชกรรมจากหน้าร้านขายยาในชุมชน ไปยังผู้ป่วยที่อยู่ในสถานที่ต่าง ๆ ในเวลาที่สะดวกได้ ส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างยิ่งในภาวะโรคระบาดและมีการ Lockdown ที่ผ่านมา โดยผ่านการให้คำปรึกษาด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยโดยมีขั้นตอนการทำงานที่ถูกต้องตามที่สภาวิชาชีพได้ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมาแล้ว

ประกาศดังกล่าวจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นว่าในขณะที่มีการจ่ายยาหรือให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยนั้นได้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของเภสัชกรอย่างใกล้ชิด เภสัชกรร้านยาสามารถรับทราบหรือมีข้อมูลที่จำเป็นเพียงพอสำหรับการตัดสินใจในการให้บริการได้ อีกทั้งยังมีรายละเอียดในด้านสถานที่ บุคลากร ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการเลือกใช้การสื่อสารที่ผ่านอุปกรณ์อิเลคโทรนิคต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการสื่อสารที่เข้าใจได้ตรงกัน และด้านการประกันคุณภาพเพื่อช่วย

ในการปกป้องข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยไม่ให้รั่วไหลอีกด้วย ถือว่าเป็นที่น่ายินดีว่าสภาเภสัชกรรมเข้าใจบริบทของการเปลี่ยนแปลงของสังคมในการรับมือโรคระบาด และเตรียมพร้อมเสริมให้เภสัชกรได้มีบทบาทต่อเนื่องในทุก ๆ โอกาสที่กำลังเปลี่ยนแปลงมากขึ้น

คำถามต่อมาคือถึงทุกวันนี้ Telepharmacy สำหรับร้านยาไปถึงไหนแล้ว การขับเคลื่อนของผู้ให้บริการดังกล่าว จุดเริ่มส่วนใหญ่มาจากหน่วยงานเอกชนและภาครัฐที่มองเห็นแนวโน้มการให้บริการสุขภาพจากต่างประเทศและริเริ่ม TeleHealth ในหน่วยงานของตนเอง โดยมุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาต่อเนื่อง แต่ยังคงกระจุกตัวในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพทั้งด้านเงินลงทุนและจำนวนบุคลากร ขณะที่กลุ่มผู้ใช้บริการยังคงเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในเมืองใหญ่ที่คุ้นชินกับการใช้เทคโนโลยีเป็นอย่างดี ในปัจจุบันในบ้านเรามีผู้ให้บริการ TeleHealth และในส่วน Telemedicine ได้แก่ เครือข่ายโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพทั้งรัฐบาลและเอกชนต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น เครือโรงพยาบาลสมิติเวชที่ได้ร่วมกับกลุ่มพันธมิตรเปิดตัว Samitivej Virtual Hospital เพื่อให้บริการรักษาทางไกลโดยทีมแพทย์ที่รับให้คำปรึกษาผ่าน VDO Call ตลอด 24 ชั่วโมงร่วมกับการให้บริการ Test @ Home และ Medicine Delivery สำหรับการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเจาะเลือดและการจัดส่งเวชภัณฑ์ไปยังที่อยู่ของผู้รับบริการโดยตรง เป็นต้น

โทรเวชกรรมที่ริเริ่มนำมาใช้ ยังรวมไปถึงหน่วยธุรกิจเอกชนอื่น ๆ นอกจากสถานพยาบาล โดยเฉพาะภาคธุรกิจ Startup ที่มองเห็นความต้องการของตลาดจึงเริ่มมีผู้ให้บริการระบบแพทย์ทางไกล ได้แก่ See Doctor Now, Chiiwii live, OOCA, Raksa, MorDee, Doctor A to Z และ Doctor Anywhere Thailand เป็นต้น ส่วนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจะเป็นส่วนหนึ่งที่ฝังตัวอยู่ในระบบให้บริการระบบแพทย์ทางไกลอยู่แล้ว คือหลังจากที่แพทย์ได้ให้การตรวจวินิจฉัยให้แนวทางรักษามาแล้ว ในส่วนของการใช้ยา จะเป็นการให้บริการเภสัชกรรมออนไลน์ที่ต่อเนื่องกันทำให้ครบรอบการดูแลรักษาในที่สุด

และเป็นที่น่ายินดียิ่งในทุกวันนี้ ยังมี platform ที่เป็นการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลโดยตรง ที่ชื่อว่า PharmCare โดยมุ่งเน้นเพื่อรองรับเภสัชกรในเครือข่ายร้านขายยา ทั้งที่เป็นร้านยาคุณภาพและร้านยาชุมชนอบอุ่น และยังไปเชื่อมต่อกับระบบประกันสุขภาพของเอกชนต่าง ๆ ซึ่งทุกวันนี้มีเครือข่ายแพทย์ในการให้บริการในลักษณะ Telemedicine ของเครือข่ายเองอยู่แล้ว เมื่อแพทย์ให้คำปรึกษาและวินิจฉัยโรคเสร็จ จะส่งใบสั่งยาเข้ามาในระบบของ PharmCare ซึ่งจะทำงานต่อเนื่องโดยจัดส่งใบสั่งยาไปให้ถึงร้านยาในเครือข่าย เภสัชกรจะเป็นผู้จ่ายยาและให้คำแนะนำการใช้ยาให้แก่คนไข้ผ่านช่องทางออนไลน์ต่อไป

โอกาสของเภสัชกรร้านยาเมื่อ Telepharmacy มาถึง

ในมุมมองของธุรกิจร้านยาบ้านเรา จัดว่าเป็น Retail Pharmacy คือบริการค้าปลีกที่ขับเคลื่อนด้วยการบริบาลเภสัชกรรม โครงสร้างรายได้ที่ช่วยให้ธุรกิจร้านยาอยู่รอดได้ทุกวันนี้ คือการส่งมอบบริการแลกมาด้วยมูลค่ากำไรส่วนเพิ่มที่ได้มาจากการขายยา ข้อดีที่สุดของเภสัชกรรมทางไกลคือเปิดโอกาสให้ร้านยาสามารถติดต่อสื่อสารกับคนไข้ได้ง่ายและสะดวกขึ้น สามารถเพิ่มจำนวนฐานลูกค้าและบริการคนไข้ได้มากขึ้นโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่ที่ทุกวันนี้คนไทยส่วนใหญ่มี Smartphone และบริการ Internet ที่ครอบคลุมทั่วประเทศ ทุกภูมิภาคที่ระยะทางเป็นอุปสรรคช่วยให้เภสัชกรร้านยาให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพและการใช้ยาไปถึงคนไข้ได้ทุก ๆ คนที่อยู่ห่างไกลหรือในย่านที่ไม่มีร้านเภสัชกรเต็มเวลาทำการอยู่

อีกทั้งเภสัชกรรมทางไกลยังช่วยลดข้อจำกัดเกี่ยวกับทำเลร้านและต้นทุนค่าเช่าที่เป็นต้นทุนมหาศาล หากระบบบริบาลนี้เปิดโอกาสให้ร้านยาสามารถส่งมอบยาด้วยระบบคุณภาพในการขนส่ง มีการลดความเสี่ยงให้คนไข้ได้รับยาโดยตรงถูกคน จะช่วยให้เภสัชกรมีบทบาททางวิชาชีพมากขึ้นในการแสวงหารายได้มากขึ้นตรงตามวัตถุประสงค์รูปแบบธุรกิจร้านยา จะทำให้เภสัชกรอยากมาทำงานวิชาชีพมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยในร้านยา มีรายได้มากเพียงพอจนไม่ต้องไปแขวนป้าย มาทำหน้าที่เป็นเภสัชกรเต็มเวลาจะมีโอกาสทางธุรกิจมากกว่า

ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้โทรเวชกรรมมีการใช้มากในหน่วยธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน เพราะจะช่วยให้หน่วยธุรกิจมีโครงสร้างรายได้ที่มากกว่าเดิม แทนที่จะรอให้คนไข้ต้องเดินทางมาถึงสถานพยาบาลเท่านั้น และการส่งมอบยาเป็นรายได้หลักที่สามารถทำได้ในสถานพยาบาลและส่งยาถึงบ้านได้ แต่ในขณะที่การส่งมอบยานอกสถานที่ร้านยา ยังไม่เอื้ออำนวยด้วยข้อจำกัดของ พรบ.ยา ดังนั้น platform ที่เป็นการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลโดยตรงจึงมีโอกาสเติบโตได้ลำบาก เพราะเภสัชกรร้านยาไม่มีแรงจูงใจทางธุรกิจมาทำหน้าที่ให้ข้อมูลยาแก่คนไข้ได้โดยไม่มีผลตอบแทนจูงใจ

ทางเลือกในอนาคตของเภสัชกรร้านยา

เมื่อพิจารณา Business model จะเห็นได้ว่า เภสัชกรร้านยาสามารถเริ่มต้นบทบาทเภสัชกรรมทางไกลได้สองทางคือ ทางแรกคือเข้าสู่เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการปฐมภูมิในรูปแบบออนไลน์ โดยสมัครเป็นสมาชิกร้านยาคุณภาพหรือร้านยาชุมชนอบอุ่น ร้านยาใกล้บ้านใกล้ใจ ที่มีโครงการไปต่อเนื่องเชื่อมต่อกับระบบสุขภาพหลักแห่งชาติตามโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล และร้านยาที่ร่วมในการให้บริการต้านสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ เช่นให้ บริการ Home Isolation ดูแลผู้ป่วยโควิด, การแจกยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัยและ ATK สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง, ร้านยาเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ เป็นต้น โครงสร้างที่เป็นแรงจูงใจคือรายได้ที่รับการจัดสรรจาก สปสช. หรือ หน่วยงานรัฐที่มีงบประมาณให้กับทางเภสัชกรที่เข้าร่วมโครงการ ช่วยให้เภสัชกรมีเวลาและกำลังใจในการเพิ่มบริการให้กับผู้ป่วยนอกเหนือไปกว่าการขายยาหน้าร้านเสียอีก

ทางที่สองคือ สมัครเข้าไปในเครือข่ายเภสัชกรรมทางไกล โดยการเลือก platform ที่เป็น Telepharmacy โดยตรงเพื่อทำหน้าที่เภสัชกรที่ให้บริการด้านสุขภาพและให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยา โดยมีแรงกระตุ้นทางธุรกิจคือ Pharmacist fee ที่จะได้รับจากการให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยา แทนที่จะเป็นการขายยาโดยตรง

เมื่อมองโลกแห่งวิชาชีพเภสัชกรด้วยความเป็นจริง ตราบใดที่ประเทศไทยใช้ระบบ Prescription แต่วิชาชีพอื่น ๆ ยังสามารถจ่ายยาได้ ส่งยาถึงบ้านได้ ขายยาออนไลน์ได้ มีโอกาสมากมายในการทำโทรเวชกรรมและขายยาในทางตรงกันข้ามเภสัชกรร้านยาผู้ที่เป็นด่านหน้าในการพบปะคนไข้ และเป็นผู้สร้างสมดุลแห่งพลังในการรักษาพยาบาล กลับไม่สามารถทำหน้าที่ตนเองได้อย่างมีแรงจูงใจสมเหตุผลในโลกแห่งความเป็นจริงในการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลได้ เภสัชกรร้านยาแต่ละคน จึงต้องคิดในแต่ละทางเลือก แต่ละโอกาสที่ร้านยาเดี่ยวจะเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีกายในวันนี้ และตัดสินใจในทางเลือกที่ช่วยให้ทางรอดกับร้านยาด้วยตนเอง ในวันที่ระบบเภสัชกรรมทางไกลไม่ได้สร้างโอกาสให้เภสัชกรร้านยาอย่างเป็นจริง

แหล่งข้อมูล :

สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรมที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy), https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&view=detail&itemid=1817&catid=1

ปรุฬห์ รุจนธำรงค์, Telepharmacy: มาตรฐานและแนวปฏิบัติ, https://wizsastra.com/2020/10/31/telepharmacy-2/

นุศราพร เกษสมบูรณ์, Telepharmacy เภสัชกรรมทางไกล คืออะไร?, https://psub.psu.ac.th/?p=4403

จิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ, การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในประเทศไทย, https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/13614

วริษา ณ ลำปาง, ความก้าวหน้าของ Telepharmacy ที่มีผลกระทบต่อการให้บริการเภสัชกรรม แบบ new normal ประเทศไทย, https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/3946/1/TP%20MS.016%202564.pdf

Telepharmacy คืออะไร?, https://thaiypgrow.com/telepharmacy/

ณัฏฐณิชา สวยสม, ณิชากร เชี่ยวชาญธนกิจ, เจนสุดา ศุภรพันธ์, การวิเคราะห์ระบบยาในโรงพยาบาลเพื่อรองรับระบบเภสัชกรรมทางไกล, http://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:181808

Krit Wattanathum, Teerapon Dhippayom, Anjana Fuangchan, Types of Activities and Outcomes of Telepharmacy: A Review Article

Kitticheth Limwilairatana, A study of Thais' attitudes toward telepharmacy, http://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:184697

บทความโดย : ภญ.ณปภัช สุธัมนาถพงษ์

เมื่อเราก็ต้อง แก่ เข้าสักวัน

คงไม่มีใครเคยคิดว่า แท้จริงแล้วคนเราเริ่มมีความชรามาตั้งแต่เริ่มเกิด ธรรมชาติได้สร้างให้เรามีกระบวนการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอควบคู่ไปกับกระบวนการชราอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงสมดุลของชีวิตให้ดำเนินไปอย่างปกติ อยากให้คุณลองพิจารณาขั้นตอนของช่วงชีวิตต่าง ๆ จะพบว่าในวัยเด็กและวัยรุ่นนั้นกระบวนการชราเกิดขึ้นได้น้อยกว่ากระบวนการเจริญเติบโต จึงทำให้ชีวิตในช่วงนี้มีแต่การเจริญเติบโตและกระบวนการชราจะพัฒนาให้เห็นเด่นชัดมากในวัยผู้ใหญ่ จึงเกิดความเสื่อมของเซลล์และอวัยวะต่าง ๆ กลายเป็นความชรา ซึ่งวงจรชีวิตนี้จะเกิดขึ้นเสมอ ภาวะความเสื่อมและชราภาพเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นกับทุกคน โดยทั่วไปจัดว่าคนหนึ่งอยู่ในวัยชราหรือสูงอายุเมื่อมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

อะไรทำให้แก่

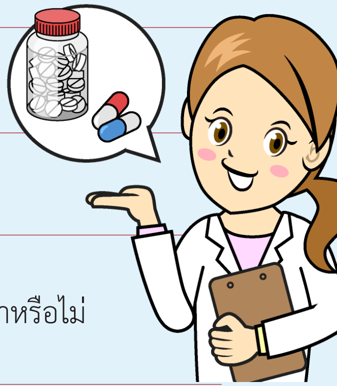
คน ๆ หนึ่งจะมีอายุสั้นหรือยาวนั้น เมื่อถึงวัยสูงอายุแล้วจะมีลักษณะอย่างไร ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย หนึ่งในนั้นคือการควบคุมของยีน (gene) ร่วมกับสิ่งแวดล้อม สาเหตุของความเสื่อมและความชราภาพนั้นไม่ได้มาจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ แบ่งได้เป็น

การเปลี่ยนแปลงปกติ	การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ
ผิวหนัง : แห้ง บางลง ยืดหยุ่นน้อยลง ไขมันที่อยู่ระหว่างผิวหนังกับกระดูกน้อยลง ความรู้สึกสัมผัสลดลง เล็บหนาขึ้น เป็นริ้ว หรือแตก ผมและขนบางลงหรือร่วงเกือบทุกส่วนของร่างกาย	ผิวหนังแตกและเป็นแผลกดทับง่าย การตอบสนองต่อความเจ็บปวดและอุณหภูมิอาจช้าลง ทำให้เกิดบาดแผล แผลไหม้ได้ง่าย
กล้ามเนื้อและกระดูก : กระดูกสูญเสียแร่ธาตุ กล้ามเนื้อลดความแข็งแรงลง	กระดูกบาง ภาวะกระดูกพรุน กระดูกแตกหักง่าย กล้ามเนื้อล้า ปวดข้อเพราะข้ออักเสบ
หัวใจและการหายใจ : ทำงานได้ไม่ดีเท่าเดิม ความดันเลือดอาจสูงขึ้น รีเฟล็กซ์การไอลดลง	เหนื่อยและหายใจลำบากเวลาทำกิจวัตรประจำวัน อาหารหรือเครื่องดื่มหลุดเข้าไปในปอด ทำให้ปอดอักเสบ
ระบบประสาท : ขนาดและน้ำหนักของสมองลดลง การตอบสนองช้าลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนไป มีสารสะสมอยู่ในหลอดเลือดในสมอง	ความจำเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง
สายตา : การโฟกัสวัตถุช้าลงและไม่ชัดเจน การปรับสายตาต่อความมืดและแสงจ้าไม่ดี สายตายาว	หกล้มและบาดเจ็บได้ง่าย รับประทานยาผิดเพราะอ่านฉลากยาไม่สะดวก ขับรถไม่ได้
การได้ยิน : มีการเปลี่ยนแปลงที่หูชั้นใน ทำให้ได้ยินเสียงสูงไม่ดี	หูตึง อาจต้องใช้เครื่องช่วยฟังเสียงในหู
การได้กลิ่น : ลดลง ทำให้ความอยากอาหารลดลงไปด้วย **การรับรส :** ปุ่มรับรสมีจำนวนและความไวน้อยลง	รับประทานอาหารน้อยลง ในขณะที่รับประทานประเภทที่มีเกลือและน้ำตาลมาก ทำให้เกิดโรคต่างๆตามมา เช่น โรคในกลุ่ม NCD
ไตและกระเพาะปัสสาวะ : เลือดไหลไปที่ไตน้อยลง ไตกำจัดของเสียจากเลือดได้น้อยลง กระเพาะปัสสาวะเก็บปัสสาวะได้น้อยลง	กลั้นปัสสาวะไม่ได้
ทางเดินอาหาร : การย่อยอาหารช้าลง ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง	ท้องผูก ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
ระบบภูมิคุ้มกัน : ป้องกันโรคได้น้อยลง	โรคติดเชื้อ มะเร็ง
ระบบสืบพันธุ์ **ผู้หญิง :** อุ้งเชิงกรานหย่อน ช่องคลอดแห้ง **ผู้ชาย :** ระดับฮอร์โมนเพศชายลดลง	**ผู้หญิง :** กลั้นปัสสาวะไม่ได้ **ผู้ชาย :** ต่อมลูกหมากโต ปัสสาวะลำบากและเจ็บ ปัสสาวะบ่อย **ผู้หญิงและผู้ชาย :** เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์
เลือด : ความสามารถในการงอกขยาย(proliferation)ของเซลล์ต้นกำเนิดลดลง	ภาวะเลือดจาง

หน้าที่ความรับผิดชอบของเภสัชกร คือ การสื่อสารเพื่อหาข้อมูลความเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุมักจะเดินมาปรึกษา เพื่อประกอบการจ่ายยาโดยมีประเด็นที่ต้องสื่อสารมีดังนี้

ประวัติทั่วไปของผู้ป่วย	- ใครคือผู้ป่วย - อายุเท่าไหร่ - น้ำหนัก ส่วนสูงเท่าไหร่ (โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก) - เพศ หากเป็นหญิง (มีการตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรหรือไม่)
รายละเอียดการเจ็บป่วย	- วันนี้มาด้วยโรคหรือมีอาการอะไร - เริ่มมีอาการดังกล่าวตั้งแต่เมื่อไหร่ เป็นมานานเท่าไหร่ - ความรุนแรงของอาการปัจจุบันเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับที่เป็นครั้งแรก - เคยมีอาการเช่นนี้มาก่อนหรือไม่ - มีสิ่งใดที่ทำให้อาการแย่ลง เช่น ยา อาหาร หรือปัจจัยอื่น ๆ - มีสิ่งใดที่ช่วยให้อาการหรือรู้สึกดีขึ้น - ใช้ยาอะไรบรรเทาอาการมาก่อนหรือไม่
ข้อมูลโรคประจำตัวและการใช้ยา	- โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยเป็น และยาที่ได้รับ - ตอนนี้กำลังได้รับยา อาหารเสริม สมุนไพรใด ๆ หรือไม่
ประวัติอาชีพและประวัติทางสังคม	- อาชีพหรือสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย - ดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่หรือไม่
ประวัติแพ้ยา	- มีประวัติแพ้ยาหรือสิ่งอื่นหรือไม่ (ถ้ามี) มีอาการอย่างไร - มีประวัติอาการไม่พึงประสงค์อื่นนอกเหนือจากการแพ้ยาหรือไม่ อาการเป็นอย่างไร



เมื่อมีกรณีที่ต้องส่งต่อ เภสัชกรควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุและวิธีการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในระดับต่าง ๆ ให้ชัดเจน เช่น กรณีสัมภาษณ์ผู้ป่วยแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการที่จำเป็นต้องส่งต่อเพราะต้องใช้ยาบางชนิดที่เภสัชกรไม่สามารถจ่ายยาในร้านยาได้ เช่น กลุ่มยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 3 และ 4 หรือยาที่ไม่สามารถมีจำหน่ายในร้านยา เช่น วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทที่ 2 หรือยาใหม่ที่ยังอยู่ในขั้นตอนการทำ safety monitoring program (SMP) หรือกรณีที่สัมภาษณ์แล้วเห็นว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการใช้เครื่องมือจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่น ๆ

อาการใดบ้างที่เภสัชกรควรส่งต่อ

1. **อาการผิดปกติเกี่ยวกับทางเดินหายใจ** ได้แก่ ปวดบริเวณหน้าอกเวลาหายใจเข้า, มีอาการหายใจสั้น และเร็ว, หายใจออกมีเสียงหวีด (wheeze), เสมหะมีเลือดปน, หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ, ไอติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 3-4 สัปดาห์, ไอเป็นเสียงกรน (whooping cough)
2. **อาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด** ได้แก่ ปวดเค้นหน้าอก, หัวใจเต้นเร็ว, หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ, นอนราบไม่ได้, เหนื่อยง่ายผิดปกติ, หน้ามืด เป็นลมหลายครั้ง โดยไม่มีสาเหตุ

3. **อาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร** ได้แก่ กลืนลำบาก, อาเจียนมีเลือดปน, อุจจาระมีเลือดปนในปริมาณมาก หรือเป็นแบบเรื้อรัง, อาเจียนรุนแรงร่วมกับถ่ายอุจจาระไม่ออกมาหลายวัน, น้ำหนักลดมากผิดปกติไม่ทราบสาเหตุ, การขับถ่ายแปรปรวนจากปกติมาก เช่น ท้องร่วงสลับกับท้องผูก, ท้องร่วงรุนแรง
4. **อาการผิดปกติเกี่ยวกับหู** ได้แก่ ปวดหูรุนแรง, มีของเหลวไหลออกจากหู, หูหนวก ไม่ได้ยินเสียง หรือได้ยินเสียงน้อยลงจากปกติ, วิงเวียนศีรษะ บ้านหมุนที่ไม่ทราบสาเหตุ
5. **อาการผิดปกติเกี่ยวกับตา** ได้แก่ ตาแดงร่วมกับปวดตามาก, ตามัว หรือมองเห็นผิดปกติ เช่น มองเห็นภาพซ้อน
6. **อาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ** ได้แก่ ปัสสาวะไม่ออก, ปัสสาวะมีเลือดปน, ปัสสาวะแสบขัดร่วมกับอาการปวดท้อง/สะโพก/หลัง, ปัสสาวะแสบขัดร่วมกับมีไข้, เลือดออกจากช่องคลอดในหญิงตั้งครรภ์
7. **อาการผิดปกติทางระบบประสาท** ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง, อาการชา หรืออ่อนแรงที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และ/หรือเป็นซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย, การมองเห็นภาพผิดปกติที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน, การพูดไม่ชัด หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว ลิ้นเอียง พูดไม่ได้ ไม่สามารถตอบคำถามหรือพูดสื่อสารไม่รู้เรื่องที่เป็นอาการเฉียบพลัน, ชัก
8. **อาการผิดปกติอื่น ๆ** ได้แก่ โรคผิวหนังที่มีอาการรุนแรง เช่น สะเก็ดเงิน เรื้อนกวาง, คอแข็งร่วมกับมีไข้, อาเจียนเรื้อรัง, ซึม, ไม่ค่อยรู้สึกตัว, มีภาวการณ์รับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล ลดลง, นอนหมดสติอย่างเฉียบพลัน ตัวเย็น
9. **อาการติดเชื้ออื่น ๆ** เช่น ไข้หวัดนก, ไข้หวัดใหญ่, โควิด-19 กลุ่มผู้ป่วยสีเหลือง และสีแดง, ไข้เลือดออก, มาลาเรีย, โรคมือ เท้า ปาก, อหิวาห์ตกโรค
10. **อาการแพ้ยา อาหาร หรือสารพิษ**

แล้วคนสูงอายุทั่วไปมักอยากจะถามอะไรกับเภสัชกร ต่อไปนี้เป็นคำถามที่เจอจริงและมักจะถูกถามอยู่เป็นประจำ

1. ได้ผลตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลมา เภสัชกรช่วยดูให้หน่อยไหม ทำไมค่าผลแล็ปเค้าบอกว่าผิดปกติจะเป็นอะไรไหม
2. ตอนนี้อายุ 80 แล้ว หมอบอกว่าลุงไตเสื่อมระดับ 3 คำว่าไตเสื่อมมันรุนแรงไหม ยาประจำที่กินอยู่ต้องหยุดหรือเปล่า แล้วจะอยู่ได้นานไหม
3. หมอบอกว่าต้องล้างไตแล้ว แต่ว่ายังไม่อยากล้างไต มีวิธีอย่างไรบ้าง
4. ตรวจสุขภาพรอบนี้ค่าไขมันในเลือดของป้าตัว LDL : 230 Triglyceride : 300 ความดัน 140/90 ค่าน้ำตาลหมอบอก 180 ป้าตอนนี้อายุ 75 ส่วนสูง 155 หนัก 78 ต้องกินยาเพิ่มไหม แต่ป้าไม่อยากกินยาเพิ่มแล้วอยากหยุดกินมากกว่า
5. ความดันตัวล่างป้าได้ 60 จะเป็นอันตรายไหม มียาตัวไหนเพิ่มความดันได้บ้าง
6. ได้ยินว่าอินซูลินแบบฉีดดีกว่าแบบกิน ลุงเลยจะเอาอินซูลินไปฉีดให้กับคนที่บ้าน ต้องใช้ขนาดกี่ซีซี
7. อยากทราบการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับค่าผลแล็ปที่บอกว่าผิดปกติมาแล้ว

8. อยากให้เภสัชกรการอธิบายเกี่ยวกับโรคที่หมอบอกว่าเป็น และความเป็นมาเป็นไปของโรค และการรักษาขั้นตอนต่อไป
9. ยาที่ได้รับมาจำเป็นต้องทานต่อเนื่องไปนานแค่ไหน หยุดยาได้หรือยัง
10. เป็นโรคเรื้อรังอย่างเบาหวาน ความดัน ไขมัน หมอให้กินยามานานแล้ว จะมีผลกับตับและไตหรือไม่
11. สมุนไพรตัวนี้กำลังเป็นที่นิยม ป้ามีโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันอยู่ จะกินได้ไหม
12. มีสมุนไพรอะไรที่รักษาเบาหวานได้ดีกว่ายาไหม
13. ป้าได้ยาตัวนี้มาจากโรงพยาบาลนานแล้ว พอดีวันนี้ปวดท้อง จะเอามากินอีกได้ไหม ยังไม่อยากซื้อเพิ่ม
14. มีคนบอกว่ากิน Simvastatin นาน ๆ แล้ว จะทำให้ปวดกล้ามเนื้อ ตอนนี้ลุงปวดเนื้อปวดตัว และน่องมันจะเกี่ยวกับยาตัวไหม
15. หมอให้ยา Enalapril กินไปได้ 2 เดือนแล้วไอ มันเกี่ยวข้องกันไหม ต้องหยุดยาไหม
16. หมอบอกหมอนรองกระดูกปลิ้น ตอนนี้ปวดร้าวลงมาขา หมอเคยผ่าตัดใส่เหล็กดามให้ แต่พอใส่เหล็กแล้วมันปวดทรมานมาก กินยาอะไรก็ไม่หาย ทำอย่างไรดี
17. ป้าปวดเข่ามานานแล้ว เห็นคนข้างบ้านเค้าไปผ่าเข่ามา เลยอยากผ่าบ้าง มันอันตรายไหม ขี้เกียจกินยาแล้ว
18. ลุงบ้านตรงข้ามแกหาทางกลับบ้านไม่ได้ เภสัชช่วยหาหน่อยได้ไหม ทำไมอยู่ดี ๆ แกกลับบ้านไม่ถูกแถมช่วงนี้แกวีนเขวี้ยงของในบ้านบ่อย ๆ ฉันเห็นแล้วสงสารลูกเค้าจริง ๆ มียาอะไรรักษาเขาได้ไหม
19. นอนไม่ค่อยหลับตอนกลางคืน อยากได้ยานอนหลับ เภสัชมีไหม เห็นป้าข้างบ้านบอกว่ามีสมุนไพรช่วยนอนหลับ
20. ป้าอ่านฉลากยาไม่เห็น ต้องกินยานี้กี่เวลา และกี่เม็ด เภสัชช่วยหน่อยได้ไหม แล้วมันหมดอายุหรือยัง

แม้บางคนจะรู้สึกว่า คำถามของโรคเรื้อรังมันดูไกลจากยาที่มีอยู่หน้าร้านยา แต่คำถามเหล่านี้เภสัชกรควรอธิบายอย่างละเอียดและชัดเจนถึงสาเหตุ อาการ และความเป็นมาเป็นไปของโรค รวมถึงทางเลือกในการใช้ยา และทางเลือกในการรักษาเพื่อให้คนไข้ได้ตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาของตนได้อย่างรอบคอบ

นี่เป็นเพียงบางส่วนของคำถามที่เภสัชกรได้รับจากประชาชน ซึ่งความจริงแล้วเภสัชกรจะเจอคำถามจากคนไข้หลากหลาย ตั้งแต่อาการเฉียบพลัน จนถึงอาการของโรคเรื้อรัง เนื่องจากเภสัชกรเป็นคนที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด และประชาชนจะรู้สึกว่าเข้าถึงเภสัชกรได้มากกว่าหมอซึ่งไม่ค่อยมีเวลาตอบคำถามต่างๆอย่างละเอียด นี่จึงเป็นโอกาสให้เภสัชกรได้แสดงบทบาทในการดูแลชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง หากเภสัชกรแสดงบทบาทร่วมกับสร้างความเป็นมิตรกับชุมชน ประชาชนในพื้นที่จะเดินเข้าไปที่ร้านยาเพื่อขอคำปรึกษากับเภสัชกรเหมือนเป็นที่ปรึกษาประจำบ้านทีเดียว

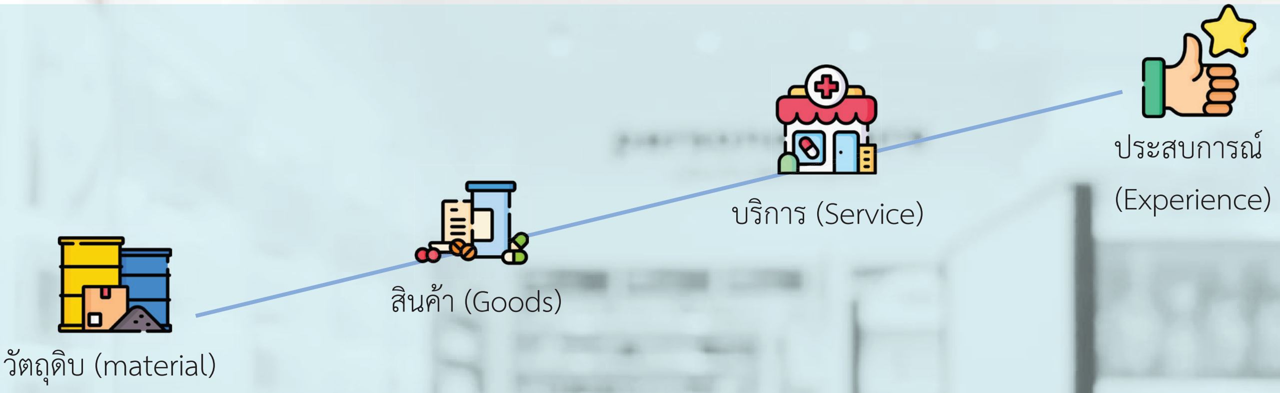
แหล่งที่มา :

1. ผศ.ดร.อรกัญญ์ ภูมิโคกรักษ์. (2558). ภาวะความเสื่อมและชราภาพ., ระบบร่างกายมนุษย์ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่15). (หน้า149-152). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เอ็มไอเอส

2. กิตติยศ ยศสมบัติ. (2558). ทักษะเบื้องต้นในการจ่ายยา, Comprehensive Pharmacy Review (พิมพ์ครั้งที่ 6). (หน้า75-77). กรุงเทพฯ : ศูนย์ถ่ายอินเตอร์ จำกัด

บทความโดย : ภก.ณภัทร สัตยุตม์
นักจิตบำบัดความคิดและนักพฤติกรรมศาสตร์

Service Design
การออกแบบบริการเพื่อประสบการณ์สุดพิเศษ



ธุรกิจเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยจากเดิมที่เราซื้อขาย **"วัตถุดิบ"** ที่ขายได้ราคาพอ ๆ กัน ไม่สามารถสร้างความแตกต่างได้ สู่การขาย **"ผลิตภัณฑ์"** ที่ความแตกต่างคือสูตร ส่วนผสม การตลาด และบรรจุภัณฑ์ ต่อมาเมื่อแข่งขันทำให้ผลิตภัณฑ์ขายได้จำกัด สิ่งที่ส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์ถูกใช้และขายได้ดียิ่งขึ้นคือ **"การบริการ"** จนมาถึงปัจจุบันที่การบริการและผลิตภัณฑ์ถูกผสมผสานและพัฒนาไม่ใช่แค่ให้พอใจลูกค้า แต่ยังคงมองไปความเชื่อและสิ่งที่ลูกค้าสนับสนุน สิ่งที่ขายจึงกลายเป็น **"คุณค่า"** และ **"ประสบการณ์"** ดังนั้นการจะสร้างและเพิ่มมูลค่าจึงมาสู่คำถามที่ว่า **"จะทำอย่างไรจึงจะสามารถส่งมอบประสบการณ์ที่สุดพิเศษให้กับลูกค้าได้"** และ **"ทำอย่างไรผลิตภัณฑ์และบริการของเราจะสะท้อนและถ่ายทอดคุณค่าที่ยึดถือร่วมกัน"**

คำตอบสำคัญ คือ **หลักการของ Service Design การออกแบบบริการเพื่อประสบการณ์สุดพิเศษ**

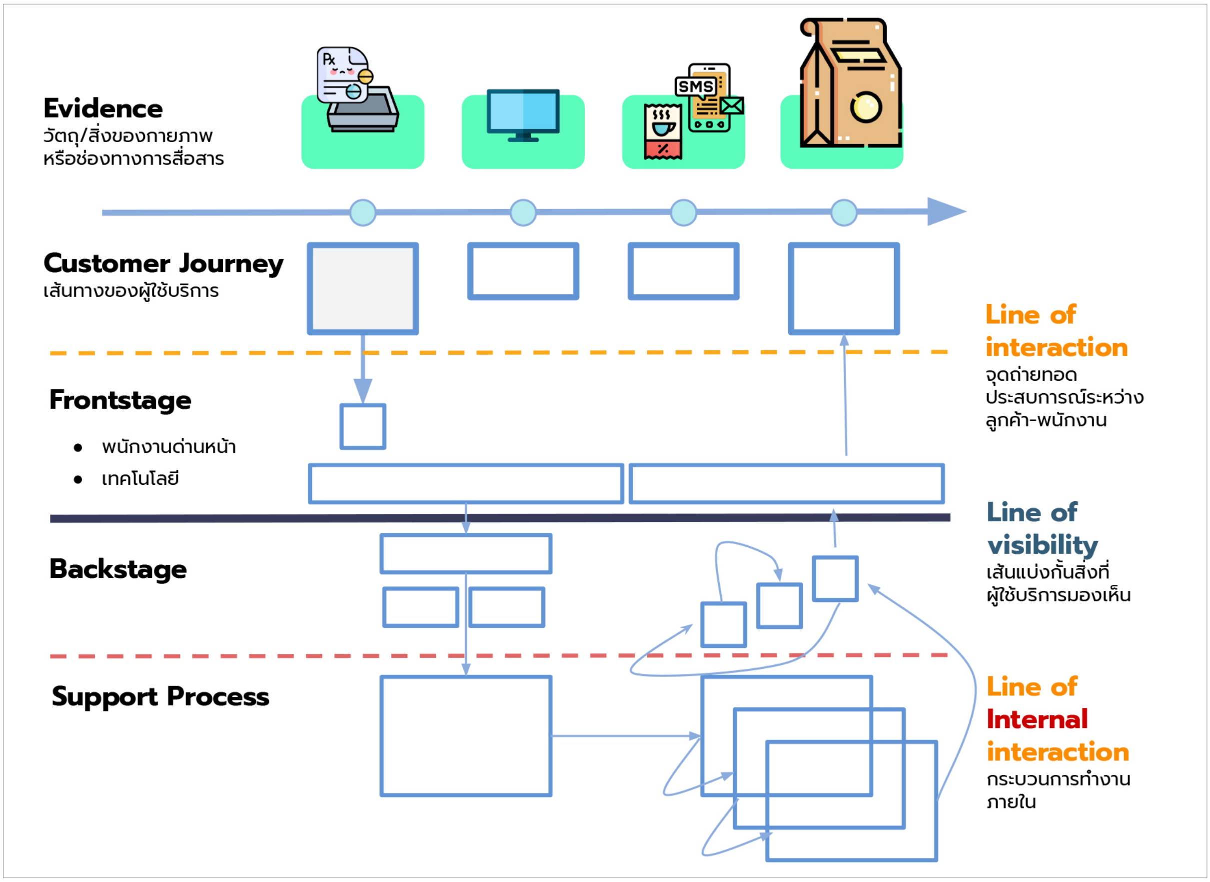
การออกแบบบริการ และ การออกแบบที่ใช้คนเป็นศูนย์กลาง (Service Design & Human-centered Design)

หลักการออกแบบที่สำคัญแห่งยุคสมัย คือ การให้คนเป็นศูนย์กลางของการออกแบบ (human-centered design) หรือบางคนอาจจะเรียกว่า Design Thinking ซึ่งมันคือทัศนคติที่เชื่อว่า **"สินค้าที่เสร็จสมบูรณ์แล้วไม่มีอยู่จริง ที่มีแล้วดีเป็นเพียงต้นแบบที่รอการปรับปรุงให้ดีกว่าเดิม"** โดยคนที่จะบอกได้ว่าควรพัฒนาอะไรต่อไม่ใช่ **"คนบนโต๊ะประชุม"** แต่คือ **"คนที่ใช้งานจริง"** และไม่ใช่คำแนะนำที่ได้จากการคิด แต่จะต้องมาจากการ **"ลองหยิบจับและใช้งาน"** ดังนั้นเราจึงเห็นกระบวนการทำ **"ต้นแบบ" (Prototype)"** ที่มีการปรับปรุงอยู่เสมอ โดยอาศัยเสียงสะท้อนจากผู้ใช้ (feedback) เพื่อให้รู้ตัวไวว่าอะไรที่ไม่ใช่ อะไรที่คนใช้ไม่ต้องการ มันคือการ **"ล้มเหลวให้ไวโดยใช้ต้นทุนราคาถูก เพื่อให้เจอสิ่งที่ใช่ และก้าวต่อไปให้เร็ว"** (fail fast, fail cheap, fail forward)

โดยในการออกแบบบริการ หรือ Service Design คนที่อยู่ศูนย์กลางนั้นไม่ใช่แค่ลูกค้า แต่คือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในการให้บริการ เพราะ Service Design ใส่ใจกับการจัดวาง **4P ได้แก่ People (ทีมงาน) Process (กระบวนการ) Property (วัตถุ) และ Partners (พันธมิตรให้บริการ)** ให้สามารถบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งมอบประสบการณ์ที่ล้ำค่าโดยไม่มีอุปสรรค โดยให้ความสำคัญกับพนักงานมาก่อนลูกค้า เพราะถ้าพนักงานได้รับการดูแลและอำนวยความสะดวก พนักงานจะเป็นคนส่งมอบประสบการณ์ที่ดีและดูแลลูกค้าได้ดีต่อไป

Service Blueprint มองให้เห็นตลอดสายของการให้บริการ

เครื่องมือหนึ่งในการออกแบบบริการ คือ พิมพ์เขียวของบริการ (Service Blueprint) เป็นสิ่งที่จะบอกว่าลูกค้าจะเห็นอะไรก่อน-หลัง พนักงานจะทำอะไร กับเครื่องมืออะไร ต้องปฏิสัมพันธ์กับใครบ้าง และกระบวนการจะวนซ้ำไปที่จุดใดจนกว่าจะให้บริการสำเร็จ โดยพิมพ์เขียวนี้มีองค์ประกอบอยู่หลายส่วนด้วยกัน ได้แก่



1. Evidence

วัตถุหรือสิ่งของกายภาพ ที่ถูกจัดวางไว้ เช่น จอทีวี ตะกร้า ป้าย ถังขยะ

2. Customer Journey

เส้นทางการเดินทางของผู้ใช้บริการ

3. Frontstage

พื้นที่ที่สัมผัสกับผู้ใช้บริการโดยตรง ซึ่งมีทั้งพนักงานและเทคโนโลยีทีพนักงานใช้

4. Backstage

พื้นที่ที่ลูกค้ามองไม่เห็น แต่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการ

5. Support Process

กระบวนการที่ทำให้บริการจัดเตรียมได้สมบูรณ์

7 ขั้นตอนร่าง สร้าง Service Blueprint พร้อมเคล็ดลับ

1. ระบุทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการบริการ

- เคล็ดลับ: เลือกเฉพาะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทางตรงที่สัมผัสกับลูกค้าและพนักงานก่อน

2. สังเกตและจดบันทึกทุกพฤติกรรมที่ลูกค้าต้องทำเพื่อให้การรับบริการเสร็จสมบูรณ์

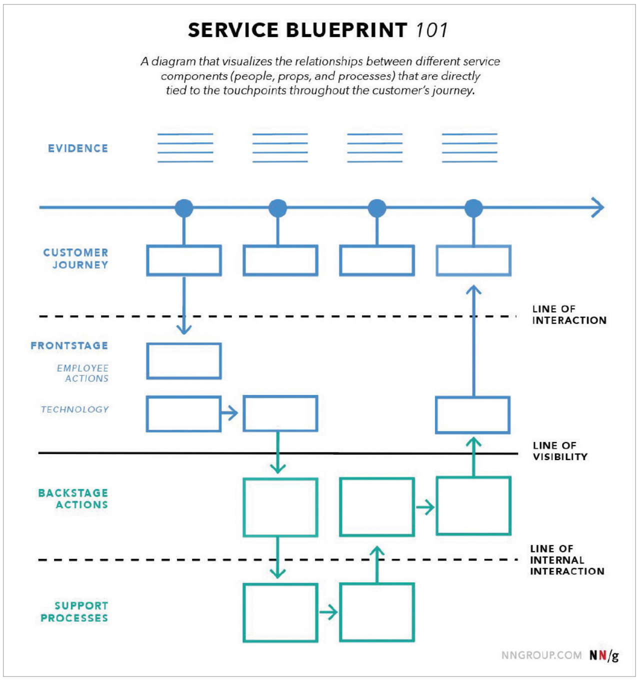
- เคล็ดลับ: ละเอียดไปอาจทำให้สับสน ให้เลือกเฉพาะการกระทำที่ถ้าไม่ทำจะให้บริการไม่ได้

3. ขีดเส้นคั่น

3.1 จุดที่ลูกค้า และผู้ให้บริการต้องติดต่อกัน (Line of interaction)

3.2 สิ่งที่ลูกค้ามองเห็น และลูกค้ามองไม่เห็น (Line of Visibility)

3.3 คนทำงานเบื้องหลังและกระบวนการ (Line of Internal Interaction)



4. จดบันทึกสิ่งที่ลูกค้าเห็นว่ามีอะไรบ้าง และอะไรของการบริการที่ไม่เห็น

5. สังเกตและเก็บข้อมูลกระบวนการหลังบ้านที่เกิดขึ้น

6. ทำแผนผังเชื่อมกระบวนการต่าง ๆ ทั้งหน้าบ้านและหลังบ้านเข้าด้วยกัน

7. ออกแบบกระบวนการให้กระชับ ตัดสิ่งที่ไม่จำเป็น และออกแบบ "จุดจับใจของการให้บริการ"

- เคล็ดลับ: ระวังอย่าติดกับกระบวนการที่ 'เขาบอกมาว่าให้ทำ' หรือ 'เคยทำ ๆ กันมา'
- คนเราจะจดจำตอนที่โดดเด่น และ ตอนที่จบ ณ ประสบการณ์สุดท้าย (Peak-end effect)

การทำให้กระบวนการและการให้บริการต่าง ๆ เด่นชัดออกมาเป็นผังและเส้นเชื่อมต่าง ๆ เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่ทำให้เราได้เห็นความวกวนของการให้บริการ ทำให้เราสามารถเลือกจุดประเมินผลได้ทีละจุดว่าจุดสำคัญที่ลูกค้าจะสัมผัสคือจุดใดและมีกระบวนการหรือใครเกี่ยวข้องบ้าง อย่าลืมทดไว้ในใจว่าปัจจุบันเราไม่ได้ขายแต่เพียงผลิตภัณฑ์และบริการ แต่สิ่งที่ดึงดูดใจและทำให้มีลูกค้า คือ "ประสบการณ์สุดพิเศษ"

ภก.ณภัทร สัตยุตม์

นักวิชาการด้านพฤติกรรมศาสตร์ นักจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT)

ThaiYPGrow

CPE
2.5 Credits

หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

กิติยศ ยศสมบัติ
ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Journey of Celecoxib from Pain to Cancer, Psychiatry, and COVID-19

บทคัดย่อ

Celecoxib เป็นยาที่ได้รับความนิยมใช้อย่างแพร่หลายในข้อบ่งใช้ เพื่อบรรเทาปวดและลดการอักเสบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase 2 (COX-2) อย่างจำเพาะเจาะจง ดังนั้น celecoxib จึงมีประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดและลดการอักเสบที่ดีในขณะที่มีอาการข้างเคียงต่อทางเดินอาหารน้อยกว่ายากลุ่ม traditional NSAIDs (tNSAIDs) ที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะเจาะจง นอกจากนี้หลักฐานทางวิชาการจำนวนมากยังพบว่า celecoxib มีความปลอดภัยต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดในระดับเดียวกับ tNSAIDs และมีประสิทธิภาพเป็นที่น่าพอใจเมื่อใช้ในทางมะเร็งวิทยา จิตเวช และอาจรวมถึงการใช้ในโรคโควิด-19 บทความนี้เรียบเรียงขึ้นเพื่อรวบรวมและนำเสนอข้อมูลการใช้ในทางคลินิกในข้อบ่งใช้บรรเทาปวดลดการอักเสบ และข้อบ่งใช้อื่น ๆ ที่มีศักยภาพของ celecoxib

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากศึกษาบทความนี้จบแล้ว ผู้อ่านสามารถ

1. อธิบายกลไกการออกฤทธิ์ เภสัชพลศาสตร์ และเภสัชจลนศาสตร์ของ celecoxib ได้
2. อธิบายอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยและอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญของ celecoxib ได้
3. อธิบายประสิทธิภาพและการใช้ในทางคลินิกของ celecoxib ในการบรรเทาปวดได้
4. อธิบายความก้าวหน้าของการศึกษาทางคลินิกของ celecoxib ในด้านมะเร็งวิทยา จิตเวช และโควิด-19 ได้

เภสัชวิทยาของ celecoxib

Celecoxib เป็นยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs) ที่มีการออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase 2 (COX-2) อย่างจำเพาะเจาะจง (COX-2 inhibitor) ทำให้ celecoxib มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่ดีในการลดการอักเสบและบรรเทาปวด แต่มีผลไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารน้อยกว่า traditional NSAIDs (tNSAIDs)[1]

เภสัชพลศาสตร์

การศึกษา in vitro เพื่อประเมินความสามารถในการยับยั้ง recombinant human COX-1 และ COX-2 พบว่าค่า IC50 ของ celecoxib ในการยับยั้งเอนไซม์ COX-1 มีค่าเท่ากับ 15±1 ไมโครกรัมต่อลิตร ในขณะที่ค่า IC50 ในการยับยั้งเอนไซม์ COX-2 มีค่าเพียง 0.04±0.01 ไมโครกรัมต่อลิตร สอดคล้องกับการศึกษาในเซลล์ที่สร้าง COX-1 และ COX-2 ซึ่งพบว่า IC50 ของ celecoxib มีค่าประมาณ 13-15 และ 0.05 ไมโครกรัมต่อลิตร สำหรับ COX-1 และ COX-2 ตามลำดับ ผลการศึกษาข้างต้นนี้แสดงให้เห็นว่า celecoxib มีการออกฤทธิ์ยับยั้ง COX-2 อย่างจำเพาะเจาะจง โดยมีค่า selectivity ratio [COX-1:COX-2] มากกว่า 375[2]

เภสัชจลนศาสตร์

Celecoxib เป็นยาที่บริหารโดยการรับประทานเนื่องจากมีการดูดซึมค่อนข้างดี ระดับยาในพลาสมาและ AUC แปรผันตามขนาดยาที่รับประทานเมื่อได้รับในขนาดระหว่าง 100-600 มิลลิกรัม และมีระยะเวลาที่ระดับยา celecoxib ในพลาสมาถึงจุดสูงสุด (Tmax) ระหว่าง 2-4 ชั่วโมงหากรับประทานในขณะท้องว่าง การรับประทาน celecoxib ร่วมกับอาหารที่มีไขมันสูงอาจชะลออัตราการดูดซึมยาโดยมีค่า Tmax เพิ่มขึ้นประมาณ 1-2 ชั่วโมง แต่เพิ่มปริมาณยาที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย (AUC) ประมาณร้อยละ 10-20[2] ดังนั้นหากต้องการใช้ celecoxib เพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลันควรให้รับประทานโดยเร็วที่สุดขณะท้องว่าง แต่หากต้องการใช้ยานี้เพื่อรักษาอาการปวดอักเสบเรื้อรัง เช่น อาการปวดจากโรคข้อเสื่อม อาจแนะนำให้รับประทานยานี้พร้อมหรือหลังอาหาร เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา

Celecoxib จับกับโปรตีนในพลาสมาได้มากกว่าร้อยละ 97 โดยส่วนใหญ่เป็นโปรตีนอัลบูมินการกระจายตัวของ celecoxib เมื่อประเมินจากค่า volume of distribution (Vd) มีค่าประมาณ 5.7-7.1 ลิตรต่อกิโลกรัม ซึ่งค่อนข้างสูงกว่า NSAIDs ส่วนใหญ่ สันนิษฐานว่าเป็นผลจากการที่ celecoxib มีความชอบไขมันมากกว่า NSAIDs ส่วนใหญ่ จึงมีการกระจายไปยังเนื้อเยื่อต่าง ๆ รวมถึงเนื้อเยื่อบริเวณ synovium และน้ำเลี้ยงไขข้อได้ค่อนข้างดี ค่าครึ่งชีวิตของ celecoxib มีค่าระหว่าง 11.2-15.6 ชั่วโมง โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่ตับเป็นหลักแล้วจึงขับออกผ่านทางไตในรูปแบบสารเมทาบอไลท์ มีเพียงร้อยละ 2 และ 2.6 ของขนาดยาที่ได้รับที่ถูกขับออกในรูปที่ไม่เปลี่ยนแปลงทางปัสสาวะและอุจจาระ ระบบเอนไซม์ที่ตับใช้เป็นหลักในการกำจัด celecoxib คือ CYP2C9[2]

ความปลอดภัยของ celecoxib

Celecoxib เป็นยายับยั้ง COX-2 ที่ได้รับการอนุมัติรับรองการใช้สำหรับบรรเทาอาการปวดอักเสบที่พบในโรคข้อ rheumatoid arthritis (RA) และโรคข้อเสื่อม (osteoarthritis; OA) โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (USFDA) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 ดังนั้น celecoxib จึงเป็นยาที่มีประสบการณ์การใช้มาอย่างยาวนานกว่า 20 ปี และยังคงมีการใช้ในเวชปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาที่เป็นที่ยอมรับเป็นอย่างดี[1] อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยของ celecoxib และความถี่ที่พบ มีรายละเอียดดังตารางที่ 1 ซึ่งสังเกตได้ว่าส่วนใหญ่เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรงและหายได้เองเมื่อลดขนาดการใช้หรือหยุดยา

ตารางที่ 1 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยของ celecoxib

อาการไม่พึงประสงค์	ความถี่ของรายงาน (ร้อยละ)
ปวดศีรษะ (headache)	9-19
ไม่สบายท้อง (dyspepsia)	4-15.3
ท้องเสีย (diarrhea)	0-12
ปวดท้อง (abdominal pain)	1-11
ติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน (URI infection)	0.9-13
คลื่นไส้ (nausea)	0.7-6.9
ผื่น (rash)	3-5.7
อ่อนเพลีย (fatigue)	3
เอนไซม์ตับมีค่าสูงกว่าปกติ (elevated liver enzymes)	0.6

อาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหาร

โดยปกติแล้ว COX-1 มีหน้าที่ในกระบวนการป้องกันตนเองของทางเดินอาหารผ่านทางการสร้างเมือกและ bicarbonate ร่วมกับการไหลเวียนเลือดที่เพิ่มขึ้นเมื่อเกิดแผลที่ผิวของทางเดินอาหารส่วนต้น การออกฤทธิ์ยับยั้ง COX-2 อย่างจำเพาะเจาะจงทำให้โอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหาร ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการยับยั้ง COX-1 พบได้น้อยลง นอกจากนี้ celecoxib ยังก่อให้เกิดความระคายเคืองโดยตรง (topical หรือ direct local toxicity) ได้น้อย เนื่องจากไม่ได้มีคุณสมบัติทางเคมีเป็นกรดในระดับเดียวกับ tNSAIDs[2]

การศึกษา CLASS (Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study) เป็นการศึกษาแบบทดลองเชิงสุ่มขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วย RA หรือ OA เข้าร่วมการศึกษามากถึง 8,059 คน ผู้ป่วยถูกสุ่มให้ได้รับ celecoxib 400 มิลลิกรัมวันละสองครั้ง หรือ ibuprofen 800 มิลลิกรัมวันละสามครั้ง หรือ diclofenac 75 มิลลิกรัม วันละสองครั้ง โดยมีผู้ป่วยจำนวน 4,573 คนที่ใช้ยาเป็นเวลาต่อเนื่องนานถึง 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารส่วนต้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ celecoxib มีค่าเท่ากับร้อยละ 2.08 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับ tNSAIDs มีอุบัติการณ์ร้อยละ 3.54 (p = 0.02) ทั้งนี้หากแยกวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่ไม่ได้ใช้ยา aspirin จะพบว่าอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารส่วนต้นเท่ากับร้อยละ 1.4 และ 2.91 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ celecoxib และ tNSAIDs ตามลำดับ (p = 0.02) ในขณะที่ผู้ป่วยซึ่งได้รับ aspirin ร่วมด้วยกลับพบว่าอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยที่ได้รับ celecoxib หรือ tNSAIDs ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 4.7 และ 6.0; p =0.49)[3] ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า celecoxib ลดโอกาสการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับ tNSAIDs แต่ประโยชน์นี้จะถูกหักล้างไปในผู้ป่วยที่ใช้ยา aspirin ร่วมด้วย

การศึกษา CONDOR (Celecoxib vs Omeprazole and Diclofenac for At-risk Osteoarthritis and Rheumatoid arthritis patients) ในผู้ป่วยจำนวน 4,484 คน พบว่าการใช้ celecoxib มีอุบัติการณ์ของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นต่ำกว่าการใช้ omeprazole ร่วมกับ diclofenac อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยมีค่า HR ในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารส่วนต้นในผู้ที่ได้รับ omeprazole ร่วมกับ diclofenac สูงกว่า celecoxib เท่ากับ 4.3 เท่า (95%CI:2.6-7.0; p<0.0001)[4]

การศึกษา network meta-analysis วิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษารูปแบบทดลองเชิงสุ่มจำนวน 82 การศึกษา รวมมีผู้ป่วยจำนวน 125,053 คน พบว่าแนวทางที่มีประสิทธิผลมากที่สุดในการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารจากยา tNSAIDs คือการใช้ยายับยั้ง COX-2 ร่วมกับยากลุ่ม proton pump inhibitors (COX-2 inhibitor/ PPI) โดยมี RR ของการเกิดแผลในทางเดินอาหารเท่ากับ 0.07 (95%CI: 0.02-0.18) ตามมาด้วยการใช้ยายับยั้ง COX-2 เพียงชนิดเดียว (RR 0.25; 95%CI: 0.15-0.38) และการใช้ tNSAIDs ร่วมกับ PPI (RR 0.28; 95%CI: 0.18-0.41)[5] ข้อมูลทางวิชาการ ณ ปัจจุบัน ดังที่ยกตัวอย่างมาข้างต้นจึงอาจสรุปได้ว่าการใช้ยา celecoxib สามารถลดโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเทียบกับการใช้ยา tNSAIDs เดี่ยว ๆ และควรพิจารณาแนะนำ celecexib มากกว่าการใช้ tNSAIDs ร่วมกับยากลุ่ม proton pump inhibitors ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารเพราะ มีประสิทธิภาพและความสะดวกมากกว่า นอกจากนี้ในผู้ที่มีความเสี่ยงระดับสูงอาจเลือกใช้ celecoxib ร่วมกับยากลุ่ม PPI ได้เพราะเป็นแนวทางที่สามารถลดอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารจากยาได้มากที่สุด

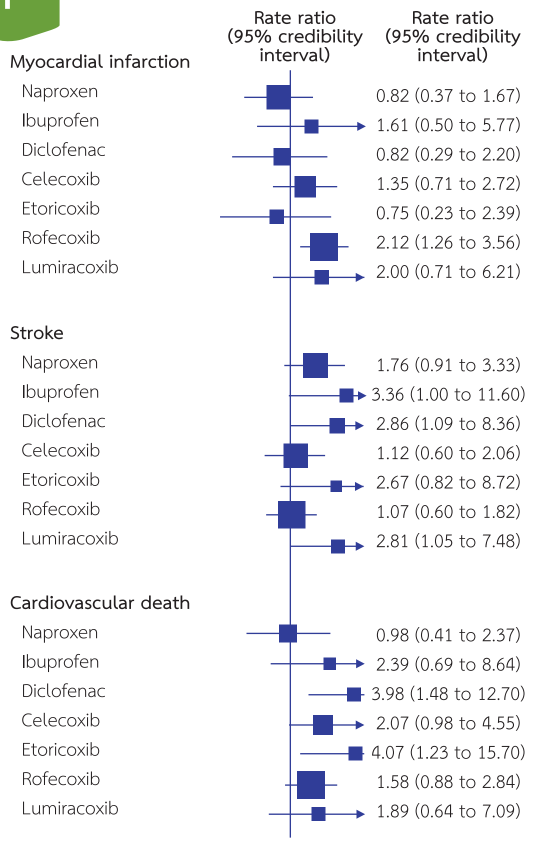
อาการไม่พึงประสงค์ต่อหัวใจและหลอดเลือด

Rofecoxib เป็นยายับยั้ง COX-2 ชนิดแรกที่เริ่มมีการใช้และถูกถอนออกจากตลาดอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีอาการไม่พึงประสงค์ต่อหัวใจและหลอดเลือดอย่างชัดเจน นำไปสู่ข้อสันนิษฐานว่าอาการไม่พึงประสงค์ต่อหัวใจและหลอดเลือดของยายับยั้ง COX-2 นั้นมีลักษณะแบบ class-effect โดยคาดว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการที่ยาเลือกยับยั้งเฉพาะ COX-2 ทำให้ผลของ COX-1 ยังคงปรากฏอยู่เพียงฝั่งเดียว ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือการเสียสมดุลระหว่างฤทธิ์กระตุ้นการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (platelet COX-1) และฤทธิ์ป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด (endothelial COX-2) ส่งผลให้การออกฤทธิ์ของยามีทิศทางสนับสนุนการเกิดภาวะอุดตันในหลอดเลือด[2]

ข้อสันนิษฐานข้างต้นเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางและสร้างความกังวลในการใช้ยายับยั้ง COX-2 เป็นอย่างมาก แต่จากหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันจำนวนมากแสดงถึงข้อมูลความปลอดภัยของยายับยั้ง COX-2 ซึ่งหักล้างข้อสันนิษฐานข้างต้น โดยพบว่าอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดดังที่พบจากการใช้ rofecoxib ไม่ได้เป็นผลที่เกิดกับยายับยั้ง COX-2 ทุกตัว (ไม่ใช่ class effect) ดังนั้นความเข้าใจว่ายายับยั้ง COX-2 ทุกตัวมีความเสี่ยงสูงต่อหัวใจและหลอดเลือดจึงไม่ใช่ข้อสรุปที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง celecoxib และ tNSAIDs แล้วกลับพบว่า celecoxib ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าการใช้ tNSAIDs เช่น ibuprofen หรือ diclofenac แต่อย่างใด[1]

การศึกษารูปแบบ network meta-analysis โดย Trelle และคณะ ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาแบบทดลองเชิงสุ่มจำนวน 31 การศึกษา มีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 116,429 คน พบว่า celecoxib มี rate ratio (RR) ของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง หรือการเสียชีวิตจากโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดไม่แตกต่างจากการใช้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ibuprofen และ diclofenac มี RR ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สูงกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ และเฉพาะ diclofenac มี RR ของการเสียชีวิตจากโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่สูงกว่ายาหลอกถึง 3.98 เท่า รายละเอียดดังรูปที่ 1[6]

รูปที่ 1



ค่าประมาณ rate ratios (RR) ของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และการเสียชีวิตจากโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดระหว่าง NSAIDs เทียบกับยาหลอก[6]

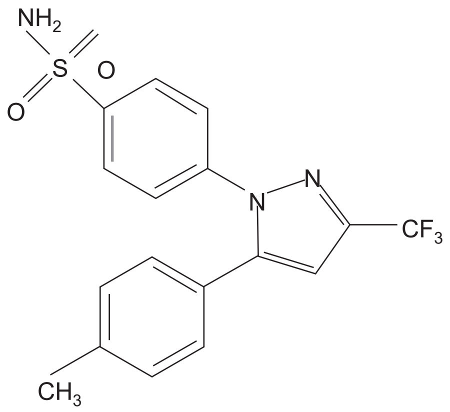
การศึกษารูปแบบ meta-analysis โดย Cheng และคณะซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาแบบทดลองเชิงสุ่มในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ RA และ OA จำนวนไม่น้อยกว่า 60,000 คน ที่ได้รับยา celecoxib วันละ 200-400 มิลลิกรัม หรือ tNSAIDs ชนิดอื่น เช่น ibuprofen หรือ diclofenac พบว่า RR ของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดจาก celecoxib เทียบกับ tNSAIDs มีค่าเท่ากับ 0.89 (95%CI: 0.80-1.00) และ RR ของการเสียชีวิตจากสาเหตุใด ๆ ในผู้ที่ใช้ celecoxib เทียบกับ tNSAIDs มีค่าเท่ากับ 0.81 (95%CI: 0.66-0.98) โดยหากจำกัดเฉพาะการเสียชีวิตจากโรคของหัวใจและหลอดเลือดจะพบว่าค่า RR เท่ากับ 0.75 (95%CI : 0.57-0.99)[7] ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า celecoxib เป็นยาที่มีความเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดในระดับใกล้เคียงหรือต่ำกว่ายากลุ่ม tNSAIDs ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายคือ ibuprofen และ diclofenac ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Trelle ดังกล่าวไปข้างต้นและการศึกษาอื่น ๆ อีกเป็นจำนวนมาก[8-10]

การใช้ aspirin ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด โดยพบว่าเมื่อใช้ aspirin ในขนาดต่ำจะมีผลยับยั้ง COX-1 เป็นหลักโดยเป็นการออกฤทธิ์ยับยั้งอย่างถาวร (irreversible inhibition) การใช้ tNSAIDs ร่วมกับ aspirin จึงอาจทำให้เกิดการแย่งจับกับ COX-1 และส่งผลให้ประสิทธิภาพของ aspirin ลดลง โดยพบว่าการใช้ aspirin ร่วมกับ ibuprofen จะเพิ่มโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าการใช้ aspirin ร่วมกับ celecoxib อย่างมีนัยสำคัญ (HR: 1.27; 95% CI 1.06-1.51; $p < 0.01$)[11] ผู้ป่วยที่ใช้ยา aspirin อยู่และมีความจำเป็นต้องใช้ยาลดการอักเสบบรรเทาปวดจึงควรหลีกเลี่ยง tNSAIDs โดยเฉพาะ ibuprofen และพิจารณาใช้ celecoxib ซึ่งออกฤทธิ์ต่อ COX-2 เป็นหลัก อย่างไรก็ตามควรใช้ celecoxib ร่วมกับ aspirin ด้วยความระมัดระวังและใช้ยาในขนาดต่ำที่สุดเท่าที่จำเป็น เนื่องจากความจำเพาะในการออกฤทธิ์ของ celecoxib ในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความแตกต่างกัน

การใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยาที่มีโครงสร้าง sulfonamide

Celecoxib เป็น 1,5-diaryl substituted pyrazole ที่มีชื่อทางเคมีคือ 4-[5-(4-methylphenyl)-3-trifluoromethyl-1H-pyrazoyl-1-yl]benzene sulfonamide (รูปที่ 2) จึงมีความเป็นไปได้เชิงทฤษฎีที่จะก่อให้เกิดปฏิกิริยาการแพ้ข้ามกลุ่มกับยาอื่นที่มีโครงสร้าง sulfonamide โดยเฉพาะ sulfonamide antimicrobials[2]

รูปที่ 2



โครงสร้างทางเคมีของ celecoxib[2]

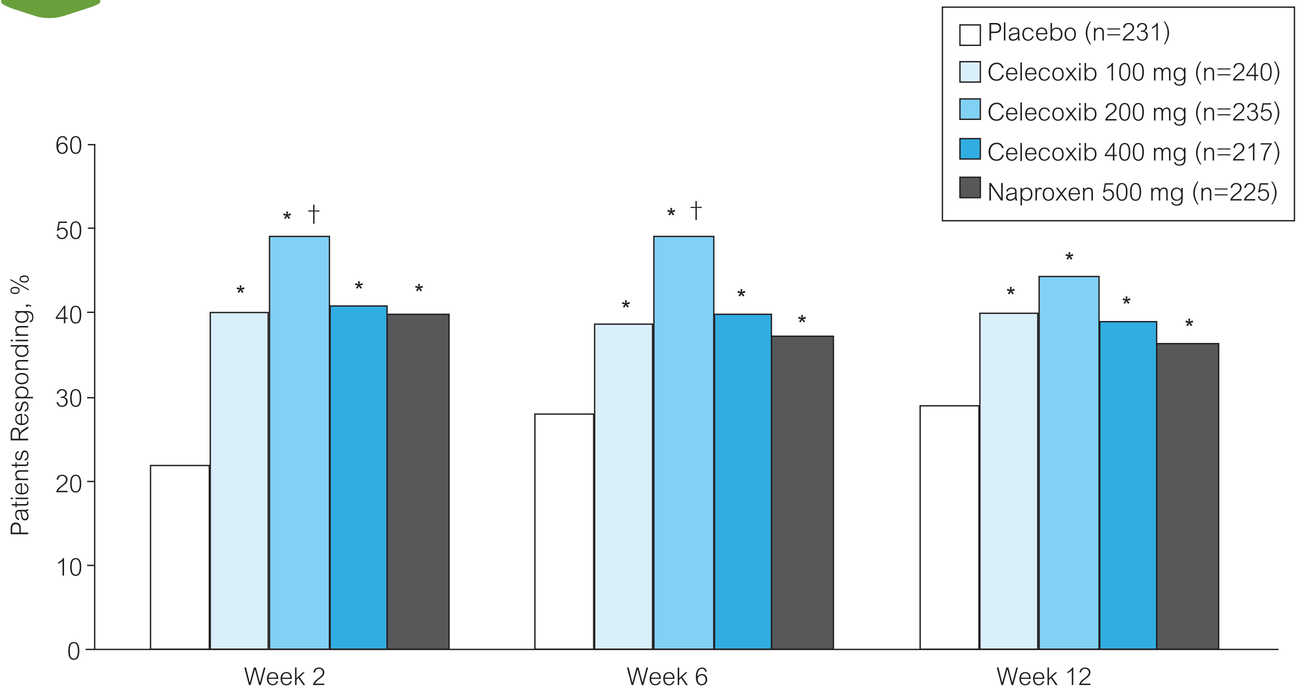
อย่างไรก็ตามพบว่าโครงสร้างทางเคมีของ celecoxib และ sulfonamide antimicrobials มีความแตกต่างกันพอสมควร เนื่องจากวงแหวน aromatic ที่เชื่อมต่อกับ sulfonamide ของ sulfonamide antimicrobials มีหมู่ -NH2 ปรากฏอยู่ด้วยในขณะที่วงแหวน aromatic ในโครงสร้างของ celecoxib นั้นไม่ได้มีหมู่ -NH2 ปรากฏอยู่ การมีหมู่ -NH2 เชื่อมอยู่กับวงแหวน aromatic ที่เชื่อมต่อกับ sulfonamide เป็นองค์ประกอบสำคัญของการกระตุ้นให้เกิดการแพ้ ดังนั้น celecoxib จึงมีโอกาสกระตุ้นให้เกิดการแพ้ข้ามกลุ่มได้น้อยมาก[12,13] การศึกษาทางคลินิกจำนวนมากพบว่าโอกาสเกิดการแพ้ข้ามกลุ่มระหว่าง celecoxib และยา sulfonamide antimicrobials มีความเป็นไปได้น้อยมาก ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา sulfonamide antimicrobials โดยส่วนใหญ่สามารถใช้ยา celecoxib ได้ แต่ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดการแพ้ยาต่าง ๆ ได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติแพ้ยา sulfonamide antimicrobials[14-16]

ประสิทธิภาพและการใช้ทางคลินิกในการบรรเทาปวด

ประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดอักเสบที่พบในโรคข้อ RA และ OA ของยา celecoxib ได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางและมากเพียงพอที่จะใช้ในการขึ้นทะเบียนต่อ USFDA โดยพบว่า celecoxib มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับ tNSAIDs เช่น diclofenac, naproxen และ ibuprofen แต่มีอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารส่วนต้นน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ[2] นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งใช้ในการบรรเทาปวดจากสาเหตุอื่น ๆ อีก ได้แก่ juvenile RA ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ankylosing spondylitis ปวดเฉียบพลัน และปวดประจำเดือน

การศึกษารูปแบบ randomized, double-blind, placebo and active controlled trial ที่มีผู้ป่วย RA เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 1,149 คน โดยถูกสุ่มให้ได้รับยาต่อไปนี้วันละ 2 ครั้ง ได้แก่ celecoxib 100 มิลลิกรัม, celecoxib 200 มิลลิกรัม, celecoxib 400 มิลลิกรัม, naproxen 500 มิลลิกรัม หรือยาหลอก และติดตาม ผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์เพื่อประเมินผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารโดยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น (endoscopic assessment) ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมีอายุเฉลี่ย ระยะเวลาการเป็นโรค ระดับความรุนแรงและการใช้ยากลุ่ม DMARDs รวมถึง methotrexate ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาพบว่ายา celecoxib และ naproxen ทุกขนาดสามารถบรรเทาอาการและอาการแสดงของข้ออักเสบ RA ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก โดยผลการรักษาจะเป็นที่สังเกตได้อย่างชัดเจนตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 หลังเริ่มใช้ยา และมีประสิทธิภาพบรรเทาปวดตลอด 12 สัปดาห์ที่มีการใช้ยา (รูปที่ 3) ผลการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นพบแผลเปื่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก (gastroduodenal ulcer) ในผู้ที่ได้รับยาหลอกได้ร้อยละ 4 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับยา celecoxib มีอุบัติการณ์ของแผลเปื่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กร้อยละ 4-6 ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับยาหลอก ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ naproxen ซึ่งเป็น tNSAIDs พบแผลเปื่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กมากถึงร้อยละ 26 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอกหรือ celecoxib สำหรับอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ อาหารไม่ย่อย ปวดท้อง แขนขาบวมน้ำ หรือความดันโลหิตสูง พบว่ามีอุบัติการณ์ไม่แตกต่างกันระหว่างยาหลอกและ celecoxib[17]

รูปที่ 3



สัดส่วนของผู้ป่วย RA ที่ตอบสนองต่อการรักษาตามเกณฑ์ของ American College of Rheumatology (ACR-20) ณ สัปดาห์ที่ 2, 6 และ 12 หลังเริ่มใช้ยา; เครื่องหมาย * หมายถึงมีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$); เครื่องหมาย † หมายถึงมีประสิทธิภาพเหนือกว่า naproxen อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$); ขนาดยาที่ปรากฏนี้เป็นขนาดยาต่อมื้อ โดยผู้ป่วยในการศึกษานี้รับประทานยาวันละสองมื้อ[17]

นอกจากประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดที่พบในโรคข้อต่าง ๆ ข้างต้นแล้ว celecoxib ยังมีประสิทธิภาพที่ดีในการบรรเทาปวดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น อาการปวดหลังหัตถการช่องปาก (postoperative oral surgery pain) ซึ่งรวมถึงอาการปวดจากการถอนฟัน โดยมีขนาดยาที่แนะนำในช่วง 50-400 มิลลิกรัม[2] การศึกษารูปแบบ randomized, double-blind, placebo and active controlled trial เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงหลังการถอนฟันกราม โดยสุ่มให้ผู้ป่วยจำนวนรวม 171 คน ได้รับยา celecoxib 400 มิลลิกรัม ibuprofen 200 มิลลิกรัม หรือยาหลอก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ celecoxib และ ibuprofen มีอาการปวดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายใน 30 นาที หลังรับประทานยา โดย celecoxib มีระยะเวลาที่ไม่ต้องการใช้ยาบรรเทาปวดเสริม (time to use of rescue medication) ยาวนานกว่า 24 ชั่วโมง ในขณะที่ ibuprofen ซึ่งมีค่าครึ่งชีวิตสั้นจำเป็นต้องใช้ยาบรรเทาปวดเสริมในอีกประมาณ 11 ชั่วโมง ถัดมาผลการศึกษาข้างต้นนี้แสดงให้เห็นว่า celecoxib ขนาด 400 มิลลิกรัม มื้อเดียว สามารถบรรเทาปวดเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็วและยาวนานกว่า 24 ชั่วโมง[18]

ความก้าวหน้าของการศึกษาทางคลินิกของ celecoxib ในด้านมะเร็งวิทยา จิตเวช และโควิด-19

การใช้ celecoxib ในทางมะเร็งวิทยา

สารสื่อการอักเสบเช่น eicosanoids ตระกูล prostaglandins ที่หลั่งออกมาเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลาย นอกจากจะมีบทบาทโดยตรงในกระบวนการอักเสบ ทำให้เกิดความรู้สึกปวด และอาการบวมแดง ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเจริญผิดปกติของเซลล์มะเร็งบางชนิดโดยพบว่ามีการหลั่งสารเหล่านี้มากขึ้นเนื่องจาก up-regulation ของระบบ COX-2 pathway ซึ่งแสดงฤทธิ์กระตุ้นการเจริญที่ผิดปกติหรือการแพร่กระจาย (metastasis) ของเซลล์มะเร็งบางชนิด[19,20] ดังนั้นยายับยั้ง COX-2 เช่น celecoxib จึงมีศักยภาพที่จะใช้เป็นยาป้องกันหรือยับยั้งการเจริญของโรคมะเร็งบางชนิดได้ เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal cancer) มะเร็งเต้านม (breast cancer) มะเร็งผิวหนัง (skin carcinoma) และมะเร็งปอด (lung cancer)[21]

การศึกษาฤทธิ์ยับยั้งเซลล์มะเร็งของ celecoxib ซึ่งประเมินจากค่า IC50 พบว่ามีความแตกต่างกันไปแล้วแต่ชนิดของเซลล์มะเร็งที่ทำการศึกษา (ตารางที่ 2) โดยมีค่า IC50 ระหว่าง 25-100 ไมโครโมลาร์ คาดการณ์ว่าหากมีการใช้ celecoxib ขนาดครั้งละ 400 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้งจะมีระดับยาในเลือดสูงกว่าระดับ IC50 ที่ระบุนี้ได้[21]

การศึกษา double-blind, placebo-controlled โดย Steinbach และคณะ พบว่าการใช้ยา celecoxib ขนาด 400 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน ในผู้ป่วย familial adenomatous polyposis (FAP) สามารถลดจำนวนเฉลี่ยของติ่งยื่นในลำไส้ (polyps) ได้ร้อยละ 28 ($p=0.003$ เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก ซึ่งลดลงร้อยละ 4.5) และลดภาระโรคเมื่อประเมินจากขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรวมของติ่งยื่นได้ร้อยละ 30.7 ($p=0.001$ เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก ซึ่งลดลงร้อยละ 4.9) โดยที่มีความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ไม่ แตกต่างกัน[22] ข้อค้นพบจากการศึกษาข้างต้นนี้ร่วมกับข้อมูลทางวิชาการอื่น ๆ อีกจำนวนหนึ่งนำไปสู่การอนุมัติข้อบ่งใช้เชิงป้องกัน (chemopreventive agent) โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2004[21] การศึกษา PreSAP (Prevention of Colorectal Sporadic Adenomatous Polyps) เป็นการศึกษารูปแบบ randomized, placebo-controlled, double-blind ซึ่งสุ่มให้ผู้ที่เคยมีประวัติเข้ารับการผ่าตัดเพื่อกำจัด adenomatous polyps จำนวน 1,561 คน ให้ได้รับ celecoxib 400 มิลลิกรัม วันละครั้ง หรือยาหลอก เพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของ adenomatous polyps ผลการศึกษาพบว่าในระยะ 3 ปีหลังการผ่าตัด มีผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำร้อยละ 33.6 และ 49.3 ในกลุ่มที่ได้รับ celecoxib และยาหลอก ตามลำดับ คำนวณเป็น relative risk เท่ากับ 0.64 (95%CI: 0.56-0.75; $p < 0.001$) ผลการศึกษาขนาดใหญ่นี้สรุปได้ว่า celecoxib มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำของ adenomatous polyps ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง[23]

การศึกษารูปแบบสุ่มในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแพร่กระจายจำนวน 54 คน ซึ่งถูกสุ่มให้ได้รับการรักษายาเคมีบำบัดสูตร FOLFIRI (folinic acid, fluorouracil, irinotecan) หรือ FOLFIRI ร่วมกับ celecoxib 200 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า celecoxib ในฐานะ adjuvant therapy สามารถเพิ่ม objective response rate (ORR) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ celecoxib ร่วมด้วย

มีระดับของ VEGF, CXCL5 และ sFASL ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะ FOLFIRI อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ celecoxib ร่วมกับ FOLFIRI มี progression-free survival และ one-year overall survival สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะ FOLFIRI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน[24] อย่างไรก็ตามการศึกษา CALGB/SWOG80702 ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระดับสามที่เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วจำนวน 2,526 คน ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบ adjuvant therapy ด้วยสูตร FOLFOX (fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin) หรือ FOLFOX ร่วมกับ celecoxib 400 มิลลิกรัม วันละครั้ง เป็นเวลา 3 ปี พบว่า disease-free survival และ five-year overall survival ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[25]

นอกจากการศึกษาในเชิงป้องกันและเชิงรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงดังยกตัวอย่างข้างต้นแล้ว พบว่ามีการศึกษาทางคลินิกของ celecoxib ในการรักษาหรือป้องกันมะเร็งของอวัยวะอื่น ๆ เช่น มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ[26] มะเร็งเต้านม[27] มะเร็งปากมดลูก[28] มะเร็งปอด[29] มะเร็งต่อมลูกหมาก[30] และ neuroblastoma[31] ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มประสิทธิภาพและศักยภาพที่ดีในการนำมาใช้ทางคลินิกของโรคมะเร็งเหล่านี้

การใช้ celecoxib ในทางจิตเวช

หลักฐานทางวิชาการจำนวนมากบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการอักเสบและความผิดปกติทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท (schizophrenia)[32] และโรคซึมเศร้า[33]

การทบทวนวรรณกรรมโดย Marini และคณะพบว่ามีการศึกษาทางคลินิกเชิงสุ่มแบบปกปิดอย่างน้อย 4 การศึกษาที่ทดลองใช้ celecoxib วันละ 400 มิลลิกรัม เป็นการรักษาเสริมกับการรักษาโรคจิตเภทตามมาตรฐานและแสดงให้เห็นว่า celecoxib มีประโยชน์ในการควบคุมอาการของโรคจิตเภทเมื่อประเมินจาก PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) หรือ CGI (Clinical Global Impressions scale)[34]

การศึกษารูปแบบ meta-analysis วิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาเชิงสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมจำนวน 5 การศึกษา พบว่าการใช้ celecoxib เป็นการรักษาเสริมกับการรักษาโรคซึมเศร้าตามมาตรฐานสามารถลดความรุนแรงของโรคเมื่อพิจารณาจากค่า Hamilton Depression Rating Scale ณ สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 ได้อย่างมีนัยสำคัญ (สัปดาห์ที่ 4 pooled mean difference 3.3; 95%CI:1.2-5.3; p=0.002) (สัปดาห์ที่ 6 pooled mean difference 3.43; 95%CI:1.9-4.9; p<0.0001) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ celecoxib เสริมมีอัตราการหายที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยามาตรฐานเพียงอย่างเดียวถึง 6.6 เท่า (OR 6.6; 95%CI: 2.7-15.9; p<0.0001)[33] จากข้อมูลข้างต้นนี้แสดงให้เห็นว่า celecoxib มีประโยชน์ต่อการควบคุมอาการของโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าโดย ใช้เป็นการรักษาเสริมกับการรักษาตามมาตรฐาน

การใช้ celecoxib ในโรคโควิด-19

โควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสตระกูล Coronavirus ซึ่งเริ่มปรากฏรายงานผู้ป่วยรายแรกในปี ค.ศ. 2019 และมีการระบาดเป็นวงกว้างครอบคลุมทุกประเทศทั่วโลกต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าจะมีการพัฒนาวัคซีนที่มีประสิทธิภาพจากโปรตีนหนาม (spike protein) ที่ไวรัสใช้ในการเข้าเซลล์ของมนุษย์ซึ่งพบว่าสามารถป้องกันการ

เจ็บป่วยและลดความรุนแรงของโรคได้เป็นอย่างดี แต่ยาที่ถูกพัฒนาขึ้นใหม่สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ยังคงมีจำกัด เช่น molnupiravir และ nirmatrelvir/lopinavir และมียาส่วนหนึ่งซึ่งมีการใช้อยู่แล้วและมีศักยภาพที่จะเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ถูกนำมาทดลองใช้แต่ไม่พบความสำเร็จเท่าที่คาดการณ์ เช่น hydroxychloroquine และ ivermectin[35]

กระบวนการอักเสบเป็นองค์ประกอบสำคัญที่นำไปสู่ความรุนแรงของภาวะติดเชื้อและการรักษาที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประโยชน์คือ corticosteroids, tocilizumab และ sarilumab ล้วนแต่มีเป้าหมายเพื่อควบคุมกระบวนการอักเสบทั้งสิ้น ข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีอาการของระบบหายใจอย่างรุนแรงจากการติดเชื้อ Coronavirus (severe acute respiratory syndrome: SARS) พบว่ามีการเหนี่ยวนำให้ระดับของ COX-2 ในเซลล์ที่ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งคาดว่าเป็นผลจากความเครียดของเซลล์ที่ถูกกระตุ้นจากอนุภาพของไวรัส และ COX-2 ที่เพิ่มขึ้นนี้เองอาจเป็นสาเหตุให้มีการอักเสบของถุงลมปอดและอวัยวะอื่น ๆ ตามมา[35] ระดับของ prostaglandin E2 (PGE2) มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19[36] การยับยั้ง COX-2 โดย celecoxib จึงอาจมีประโยชน์ในการยับยั้งการดำเนินไปของโรคจากระยะต้นไปสู่ระยะรุนแรงได้[35]

การศึกษาขนาดเล็กในผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 44 คน ซึ่ง 36 คนได้รับ celecoxib ขนาด 200 มิลลิกรัม วันละ 1-2 ครั้ง เป็นเวลา 7-14 วัน ตามความรุนแรงของอาการร่วมกับการรักษาอื่น ๆ ตามมาตรฐาน และอีก 7 คนได้รับยาหลอก ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ ตามมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 25 คนที่ได้รับยาขนาด 200 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง และ 11 คนได้รับยาขนาด 200 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ celecoxib มีระดับ PGE2 ในปัสสาวะน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับ celecoxib อย่างมีนัยสำคัญ และมีผลตรวจภาพฉายรังสีปอดที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ณ วันที่ครบระยะการใช้ยา celecoxib เท่ากับร้อยละ 100, 82 และ 57 ในกลุ่มที่ได้รับ celecoxib วันละ 2 ครั้ง, วันละ 1 ครั้ง และยาหลอก ตามลำดับ การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวนน้อย ขาดกระบวนการสุ่มและการปกปิด อีกทั้งมีความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มที่ได้รับ celecoxib และยาหลอก อย่างไรก็ตามผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ celecoxib ในฐานะส่วนหนึ่งของการรักษาโรคโควิด-19 กรณีที่ไม่รุนแรง[36]

สรุป

Celecoxib เป็นยาลดการอักเสบบรรเทาปวดชนิดออกฤทธิ์เร็วแต่ยาวนาน โดยยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ COX-2 อย่างจำเพาะเจาะจง จึงมีโอกาสก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารได้น้อยกว่ายากลุ่ม tNSAIDs ในขณะที่มีความเสี่ยงในขณะที่มีความเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดใกล้เคียงกับ tNSAIDs นอกจาก celecoxib จะมีประสิทธิภาพที่ดีในการบรรเทาปวดเฉียบพลันและปวดเรื้อรังแล้ว ยังพบว่ามีการศึกษาการใช้ celecoxib ในข้อบ่งใช้อื่น ๆ ที่น่าสนใจ เช่น การใช้ในทางมะเร็งวิทยา จิตเวช และโควิด-19 ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า celecoxib มีศักยภาพสูงที่จะถูกนำไปใช้ในทางคลินิกในข้อบ่งใช้ดังกล่าวข้างต้น อีกทั้งมีความปลอดภัยที่ดีแม้จะมีการใช้ในขนาดสูงถึงวันละ 800 มิลลิกรัม เป็นเวลาต่อเนื่องกว่า 6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

1. Krasselt M, Baerwald C. Celecoxib for the treatment of musculoskeletal arthritis. Expert Opin Pharmacother 2019;20:1689-702.
2. Davies NM, McLachlan AJ, Day RO, Williams KM. Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of celecoxib: a selective cyclo-oxygenase-2 inhibitor. Clin Pharmacokinet 2000;38:225-42.
3. Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: A randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study. JAMA 2000;284:1247-55.
4. Chan FK, Lanas A, Scheiman J, Berger MF, Nguyen H, Goldstein JL. Celecoxib versus omeprazole and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis (CONDOR): a randomised trial. Lancet 2010;376:173-9.
5. Yuan JQ, Tsoi KK, Yang M, et al. Systematic review with network meta-analysis: comparative effectiveness and safety of strategies for preventing NSAID-associated gastrointestinal toxicity. Aliment Pharmacol Ther 2016;43:1262-75.
6. Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. BMJ 2011;342:c7086.
7. Cheng BR, Chen JQ, Zhang XW, et al. Cardiovascular safety of celecoxib in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2021;16:e0261239.
8. Bäck M, Yin L, Ingelsson E. Cyclooxygenase-2 inhibitors and cardiovascular risk in a nation-wide cohort study after the withdrawal of rofecoxib. Eur Heart J 2012;33:1928-33.
9. White WB, West CR, Borer JS, et al. Risk of cardiovascular events in patients receiving celecoxib: a meta-analysis of randomized clinical trials. Am J Cardiol 2007;99:91-8.
10. Nissen SE, Yeomans ND, Solomon DH, et al. Cardiovascular safety of celecoxib, naproxen, or ibuprofen for arthritis. N Engl J Med 2016;375:2519-29.
11. Reed GW, Abdallah MS, Shao M, et al. Effect of aspirin coadministration on the safety of celecoxib, naproxen, or ibuprofen. J Am Coll Cardiol 2018;71:1741-51.
12. Knowles S, Shapiro L, Shear NH. Should celecoxib be contraindicated in patients who are allergic to sulfonamides? Revisiting the meaning of 'sulfa' allergy. Drug Saf 2001;24:239-47.
13. Lehmann DF. The metabolic rationale for a lack of cross-reactivity between sulfonamide antimicrobials and other sulfonamide-containing drugs. Drug Metab Lett 2012;6:129-33.
14. Patterson R, Bello AE, Lefkowith J. Immunologic tolerability profile of celecoxib. Clin Ther 1999;21:2065-79.

15. Dorn JM, Alpern M, McNulty C, Volcheck GW. Sulfonamide drug allergy. Curr Allergy Asthma Rep 2018;18:38.
16. Wulf NR, Matuszewski KA. Sulfonamide cross-reactivity: is there evidence to support broad cross-allergenicity? Am J Health Syst Pharm 2013;70:1483-94.
17. Simon LS, Weaver AL, Graham DY, et al. Anti-inflammatory and upper gastrointestinal effects of celecoxib in rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. JAMA 1999;282:1921-8.
18. Cheung R, Krishnaswami S, Kowalski K. Analgesic efficacy of celecoxib in postoperative oral surgery pain: a single-dose, two-center, randomized, double-blind, active- and placebo-controlled study. Clin Ther 2007;29 Suppl:2498-510.
19. Bennett A, Stamford IF, Berstock DA, Dische F, Singh L, A'Hern RP. Breast cancer, prostaglandins and patient survival. Br J Cancer 1989;59:268-75.
20. Karpisheh V, Nikkhoo A, Hojjat-Farsangi M, et al. Prostaglandin E2 as a potent therapeutic target for treatment of colon cancer. Prostaglandins Other Lipid Mediat 2019;144:106338.
21. Saxena P, Sharma PK, Purohit P. A journey of celecoxib from pain to cancer. Prostaglandins Other Lipid Mediat 2020;147:106379.
22. Steinbach G, Lynch PM, Phillips RKS, et al. The effect of celecoxib, a cyclooxygenase-2 inhibitor, in familial adenomatous polyposis. N Engl J Med 2000;342:1946-52.
23. Arber N, Eagle CJ, Spicak J, et al. Celecoxib for the prevention of colorectal adenomatous polyps. N Engl J Med 2006;355:885-95.
24. Mostafa TM, Alm El-Din MA, Rashdan AR. Celecoxib as an adjuvant to chemotherapy for patients with metastatic colorectal cancer: a randomized controlled clinical study. Saudi Med J 2022;43:37-44.
25. Meyerhardt JA, Shi Q, Fuchs CS, et al. Effect of celecoxib vs placebo added to standard adjuvant therapy on disease-free survival among patients with stage III colon cancer: the CALGB/SWOG 80702 (Alliance) randomized clinical trial. JAMA 2021;325:1277-86.
26. Sabichi AL, Lee JJ, Grossman HB, et al. A randomized controlled trial of celecoxib to prevent recurrence of nonmuscle-invasive bladder cancer. Cancer Prev Res 2011;4:1580.
27. Fabi A, Metro G, Papaldo P, et al. Impact of celecoxib on capecitabine tolerability and activity in pretreated metastatic breast cancer: results of a phase II study with biomarker evaluation. Cancer Chemother Pharmacol 2008;62:717-25.
28. Herrera FG, Chan P, Doll C, et al. A prospective phase I-II trial of the cyclooxygenase-2 inhibitor celecoxib in patients with carcinoma of the cervix with biomarker assessment of the tumor microenvironment. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2007;67:97-103.

29. Mao JT, Roth MD, Fishbein MC, et al. Lung cancer chemoprevention with celecoxib in former smokers. Cancer Prev Res (Phila) 2011;4:984-93.
30. Pruthi RS, Derksen JE, Moore D, et al. Phase II trial of celecoxib in prostate-specific antigen recurrent prostate cancer after definitive radiation therapy or radical prostatectomy. Clin Cancer Res 2006;12:2172-7.
31. Ponthan F, Wickström M, Gleissman H, et al. Celecoxib prevents neuroblastoma tumor development and potentiates the effect of chemotherapeutic drugs in vitro and in vivo. Clin Cancer Res 2007;13:1036-44.
32. Çakici N, van Beveren NJM, Judge-Hundal G, Koola MM, Sommer IEC. An update on the efficacy of anti-inflammatory agents for patients with schizophrenia: a meta-analysis. Psychol Med 2019;49:2307-19.
33. Faridhosseini F, Sadeghi R, Farid L, Pourgholami M. Celecoxib: a new augmentation strategy for depressive mood episodes. a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Hum Psychopharmacol 2014;29:216-23.
34. Marini S, De Berardis D, Vellante F, et al. Celecoxib adjunctive treatment to antipsychotics in schizophrenia: a review of randomized clinical add-on trials. Mediators Inflamm 2016;2016:3476240.
35. Baghaki S, Yalcin CE, Baghaki HS, Aydin SY, Daghan B, Yavuz E. COX2 inhibition in the treatment of COVID-19: review of literature to propose repositioning of celecoxib for randomized controlled studies. Int J Infect Dis 2020;101:29-32.
36. Hong W, Chen Y, You K, et al. Celebrex adjuvant therapy on Coronavirus disease 2019: an experimental study. Front Pharmacol 2020;11.

แบบทดสอบความรู้ทางวิชาการ

A Journey of Celecoxib from Pain to Cancer, Psychiatry, and COVID-19

*** ถ้าท่านตอบคำถามถูกต้องอย่างน้อย 13 ข้อ ท่านจะได้รับ CPE 2.5 หน่วยกิต
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดแล้วทำเครื่องหมายในกระดาษคำตอบ ส่งกลับมายังเภสัชกรรมสมาคมฯ ภายในวันที่ **31 ตุลาคม 2565** ***

1. ข้อใดเป็นเอนไซม์เป้าหมายที่ถูกยับยั้งโดย celecoxib ในการแก้ปวด ลดการอักเสบ
   a. Cyclooxygenase-2
   b. Phospholipase A2
   c. Prostaglandin
   d. Lipoxygenase

2. ข้อใดกล่าวถึงพารามิเตอร์ด้านเภสัชจลนศาสตร์ของ celecoxib ได้ถูกต้อง
   a. AUC ไม่แปรผันตามขนาดยา
   b. Tmax ลดลงหากรับประทานร่วมกับอาหารไขมันสูง
   c. Half-life 11.2-15.6 ชั่วโมง
   d. Vd ต่ำกว่า NSAIDs อื่น ๆ

3. ข้อใดอธิบายคุณสมบัติด้านเภสัชพลศาสตร์ของ celecoxib ได้ถูกต้อง
   a. IC50 ต่อ COX-1 มากกว่า IC50 ต่อ COX-2
   b. IC50 ต่อ COX-1 น้อยกว่า IC50 ต่อ COX-2
   c. IC50 ต่อ COX-1 มีค่าใกล้เคียงกับ IC50 ต่อ COX-2
   d. สัดส่วนของ IC50 ต่อ COX-1 และ IC50 ต่อ COX-2 มีค่าน้อยกว่า 1

4. ข้อใดเป็นข้อสรุปที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหาร (GI-ADR) จากการศึกษา CLASS
   a. Celecoxib มีอุบัติการณ์ของ GI-ADR น้อยกว่า tNSAIDs ทั้งในผู้ที่ใช้และไม่ใช้ aspirin
   b. Celecoxib มีอุบัติการณ์ของ GI-ADR น้อยกว่า tNSAIDs เฉพาะในผู้ที่ใช้ aspirin
   c. Celecoxib มีอุบัติการณ์ของ GI-ADR น้อยกว่า tNSAIDs เฉพาะในผู้ที่ไม่ได้ใช้ aspirin
   d. Celecoxib มีอุบัติการณ์ของ GI-ADR มากกว่า tNSAIDs ในผู้ที่ใช้ aspirin

5. ข้อใดมีประสิทธิผลมากที่สุดในการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารจาก tNSAIDs
   a. เปลี่ยนเป็น celecoxib
   b. เปลี่ยนเป็น celecoxib + PPI
   c. เพิ่ม PPI ใช้ร่วมกับ tNSAIDs
   d. เพิ่มยาน้ำลดกรดร่วมกับ tNSAIDs

6. ข้อใดเรียงลำดับความเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดจากความเสี่ยงต่ำที่สุดไปความเสี่ยงสูงที่สุดได้ถูกต้อง
   a. Celecoxib < diclofenac < rofecoxib
   b. Rofecoxib < celecoxib < ibuprofen + aspirin
   c. Ibuprofen + aspirin < celecoxib < diclofenac
   d. Ibuprofen + aspirin < diclofenac < celecoxib

7. ข้อใดเป็นข้อสรุปจากการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ celecoxib กับ tNSAIDs ที่ถูกต้อง
   a. Celecoxib มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับ tNSAIDs ในการรักษา RA แต่อาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารน้อยกว่า
   b. Celecoxib มีประสิทธิภาพและอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารน้อยกว่า tNSAIDs ในการรักษา RA
   c. Celecoxib และ tNSAIDs มีประสิทธิภาพและอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารไม่แตกต่างกันในผู้ป่วย RA
   d. Celecoxib ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดเฉียบพลันที่เกิดจากการถอนฟัน

8. ข้อใดเป็นข้อบ่งใช้เชิงป้องกันที่ celecoxib ได้รับอนุมัติโดย USFDA ในปี ค.ศ. 2004
   a. ลดจำนวนติ่งยื่นในผู้ป่วย FAP
   b. ลดการอักเสบในโรคหัวใจและหลอดเลือด
   c. ลดการเกิดกระดูกหักในผู้ป่วย osteoporosis
   d. ลด disease-free survival ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

9. ข้อใดเป็นโรคทางจิตเวชที่มีการทดลองใช้ celecoxib เป็นการรักษาเสริมกับการรักษาตามมาตรฐาน
   a. Depression
   b. Anxiety
   c. Alcohol dependence
   d. Insomnia

10. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับการศึกษาของ celecoxib ในผู้ป่วยโควิด-19
   a. ผู้ป่วยที่ได้รับ celecoxib มีระดับ PGE2 สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอก
   b. ผู้ป่วยที่ได้รับ celecoxib มีอัตราการเกิดปอดอักเสบมากกว่ายาหลอก
   c. ผู้ป่วยที่ได้รับ celecoxib มีอัตราการเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้าโรงพยาบาลมากกว่ายาหลอก
   d. ผู้ป่วยที่ได้รับ celecoxib มีผลตรวจภาพฉายรังสีปอดที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนมากกว่ายาหลอก

11. ข้อใดเป็น CYP450 ที่ใช้เป็นหลักในการเปลี่ยนแปลงและกำจัดยา celecoxib

a. CYP1A2 b. CYP2C9 c. CYP2D6 d. CYP3A4

12. ข้อใดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดของ celecoxib

a. ตับอักเสบ
b. อ่อนเพลีย
c. ปวดศีรษะ
d. การติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน

13. ข้อใดเป็นข้อสรุปที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหาร (GI-ADR) จากการศึกษา CONDOR

a. Celecoxib มีอุบัติการณ์ของ GI-ADR น้อยกว่า diclofenac + omeprazole อย่างมีนัยสำคัญ
b. Celecoxib มีอุบัติการณ์ของ GI-ADR น้อยกว่า diclofenac + omeprazole แต่ไม่มีนัยสำคัญ
c. Celecoxib มีอุบัติการณ์ของ GI-ADR มากกว่า diclofenac + omeprazole อย่างมีนัยสำคัญ
d. Celecoxib มีอุบัติการณ์ของ GI-ADR มากกว่า diclofenac + omeprazole แต่ไม่มีนัยสำคัญ

14. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับโครงสร้างทางเคมีของ celecoxib

a. ไม่จัดเป็นยากลุ่ม sulfonamide
b. เป็นยากลุ่ม sulfonamide แต่สามารถใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ที่มีประวัติแพ้ sulfonamide antimicrobials ได้
c. เป็นยากลุ่ม sulfonamide ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ sulfonamide antimicrobials โดยเด็ดขาด
d. เป็นยากลุ่ม sulfonamide ที่มีโครงสร้างลักษณะเดียวกับ sulfonamide antimicrobials แต่มีโอกาสแพ้ข้ามกันเพียงร้อยละ 30-50 เท่านั้น

15. ข้อใดเป็นโรคมะเร็งที่มีการทดลองใช้ celecoxib เป็นยาเสริมร่วมกับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFIRI

a. มะเร็งเม็ดเลือดขาว
b. มะเร็งต่อมหมวกไต
c. มะเร็งปากมดลูก
d. มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

CPE

2.5 Credits

Reply

ฉบับประจำเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2565

กระดาษคำตอบ

☐ ภก. ☐ ภญ. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ☐☐☐☐☐☐☐

(ขอความกรุณาใส่เลขที่ใบประกอบให้ด้วยเพื่อการคิดคะแนน CPE)

ชื่อ..นามสกุล...อายุ..........................ปี...................

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

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

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

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

(พับตามรอยนี้)

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ × ทับข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

	a	b	c	d
1.	a	b	c	d
2.	a	b	c	d
3.	a	b	c	d
4.	a	b	c	d
5.	a	b	c	d
6.	a	b	c	d
7.	a	b	c	d
8.	a	b	c	d

	a	b	c	d
9.	a	b	c	d
10.	a	b	c	d
11.	a	b	c	d
12.	a	b	c	d
13.	a	b	c	d
14.	a	b	c	d
15.	a	b	c	d

เรื่อง..เลขที่สมาชิก ภสท..

(พับตามรอยนี้)

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
40 สุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110

ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CPE ....
....
....
....
....
....
....

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)

*** ท่านจะได้รับ CPE 2.5 หน่วยกิต **หมดเขตรับคำตอบ 31 ตุลาคม 2565** นับจากตราประทับไปรษณีย์เป็นสำคัญ
CPE จะปรากฏบนเว็บไซต์การศึกษาต่อเนื่อง หลังหมดเขตรับคำตอบ 1 เดือน ***

CPE

2.5 Credits *Reply*

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝาก

....

....

....

กรุณาส่ง

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

40 สุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนง

เขตคลองเตย กรุงเทพฯ

10110

2.5 Credits *Reply*

CPE

Executive *talk*

"สวัสดีครับ ท่านผู้อ่านวารสารยาน่ารู้ที่ท่านกำลังอ่านอยู่ในมือของท่านขณะนี้ เป็นฉบับของไตรมาสที่สาม ประจำเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2565 แม้ว่าสถานการณ์จะเบาบางคลี่คลายไม่เท่าใดนักก็ตาม ก็ไม่ได้เป็นผลให้ทีมงานของกองบรรณาธิการได้ย่อหย่อนการทำงานแต่ประการใดทั้งสิ้น พยายามอย่างยิ่งที่จะต้องเสาะแสวงหาเรื่องราวที่มีส่วนที่จะสร้างเสริมสุขภาพของทุกคนให้มีความสมบูรณ์พูนสุขต่อการดำรงชีพของท่านตลอดไป ทั้งนี้เป็นวัตถุประสงค์ของเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ที่จะดำเนินการผลิตวารสารยาน่ารู้ให้เกิดประโยชน์และให้ความรู้ ที่ถูกต้องของการที่จะใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ท่านผู้อ่านและประชาชนทั่ว ๆ ไป

เนื่องจากทางราชการโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้มีประกาศให้กัญชาและกัญชงได้หลุดพ้นออกจากสารเสพติดประเภทที่ 5 ดังทราบกันทั่วไปแล้วนั้น ทำให้สังคมของหมู่มวลชนทุกเพศทุกวัยให้ความสนใจการจะบริโภคกัญชาในทางการแพทย์ และมีเสียงวิจารณ์ออกมาทางสื่อมวลชนกันมากมาย ถึงผลดีและผลเสียของการที่ราชการได้ประกาศดังกล่าวออกมา พอสรุปความได้ว่าประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสนใจการที่จะใช้กัญชา (ซึ่งได้จัดให้เป็นพืชทางเศรษฐกิจไปแล้ว) ให้ถูกต้องตามหลักของสาธารณสุขอย่างไรที่จะไม่ให้เกิดปัญหาแก่ผู้ใช้ และไม่เกิดปัญหาของสังคมทั่วไป

วารสาร "ยาน่ารู้" ฉบับนี้จึงได้นำเรื่องราวของกัญชาและกัญชง นำเสนอให้ท่านผู้อ่านได้ทราบข้อเท็จจริงของการที่จะต้องใช้ผลิตภัณฑ์ของกัญชาอย่างไรให้ถูกต้องและปลอดภัย ในที่นี้จึงขอแนะนำให้ท่านผู้อ่านได้รู้จักกับบุคคลท่านหนึ่งที่ให้ความสนใจในเรื่องของกัญชาและกัญชง ติดตามศึกษาหาข้อมูลเรื่องนี้มาไม่ต่ำกว่า 3 ปี **"คุณพรชัย ปัทมินทร" ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร หรือ CEO ของบริษัท ดร.ซีบีดี จำกัด บริษัทและสถานประกอบการผู้ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาและกัญชงที่มีหลากหลายแบรนด์** อยากจะเรียนให้ท่านผู้อ่านทราบว่า "คุณพรชัย ปัทมินทร์" ท่านนี้ ท่านมิได้อยู่ในธุรกิจ Health Care มาก่อนเลย ชีวิตการงานนานนับสิบปีที่ท่านทำงานบริหารเกี่ยวกับการเงินและการลงทุน แต่ท่านได้มาหักเหชีวิตการทำงาน ย้อนหลังกลับไปประมาณ 3 ปี ท่านได้หันมาสนใจผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยเฉพาะกัญชาและกัญชงอย่างเต็มที่ ใช้เวลาศึกษาติดตามผลการวิจัยต่าง ๆ นานา จนในที่สุดได้หันหลังให้กับวงการธุรกิจการเงินโดยสิ้นเชิง มาสู่ธุรกิจอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 2 อย่าง เรื่องของ Safety และ Toxicity และยึดมั่นถึงผลิตภัณฑ์จะต้องมี Consistency และ Efficiency อย่างแท้จริง ขอให้ท่านผู้อ่านได้หันกลับมาอ่านบทสัมภาษณ์ของบรรณาธิการของวารสารนี้ ท่านจะได้ทราบถึงการทำงานของ คุณพรชัย ปัทมินทร์ อย่างชัดเจน

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นองค์กรของวิชาชีพเภสัชกรรมแห่งเดียว เสมือนเป็นตัวแทนวิชาชีพเภสัชกรรมระดับประเทศและนานาชาติ ในการนี้จึงอยากเรียนให้ท่านทราบว่า ในวันที่ 25 กันยายน 2565 จะเป็น **"วันเภสัชกรโลก World Pharmacist Day"** เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ มีการจัดงานเพื่อประกาศเกียรติของวิชาชีพเภสัชกรรม ให้สังคมได้รู้จักมากขึ้น โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานองค์กรและสมาคมเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมทุกสาขาร่วมกันจัดงานนี้ อยากให้ท่านได้ติดตามข่าวสารการจัดงานนี้ต่อไป

สุดท้ายนี้ ต้องขอขอบคุณแก่ท่านผู้มีอุปการคุณทุกส่วนที่ให้การสนับสนุนการจัดพิมพ์วารสาร "ยาน่ารู้" ได้อยู่คู่กับท่านสืบไป

(เภสัชกรวิชา สุขุมาวาสี)
อุปนายกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
และที่ปรึกษาวารสาร "ยาน่ารู้"