



ยานันท์

ปีที่ 68 ฉบับที่ 3 / 2568 กรกฎาคม - กันยายน 2568

VISTRA Sesamin Night Time

จับมือ Suntory Wellness
ผู้นำเสริมอาหาร อันดับ 1 จากญี่ปุ่น
ส่งต่อ Pure Sesamin Powder
จากการวิจัยกว่า 30 ปี
เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย

ดร.สมศักดิ์ กวีไตรภพ
กรรมการผู้จัดการ

กณ.กณพิจน์ สิริคุณกิตต์
Head of Marketing
บริษัท เอ็นบีดี เฮลท์แคร์
บริษัทในเครือ ชันโกรี เวลเนส ประเทศญี่ปุ่น

- การสื่อสารกับเภสัชกร Gen Z ให้มีประสิทธิภาพ
- ตั้งราคาในร้านยาอย่างไร ? ให้มีกำไรอย่างยั่งยืนและเภสัชกรมีความสุข
- Generation ที่แตกต่างทำให้เราคิดไม่เหมือนกัน เราจะพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรร่วมกันอย่างไร
- CPE : Pathophysiology and Pharmacologic Treatment for Central Neuropathic Pain for Pharmacists



วลีดีสะ ทานผู้อ่านวารสาร “ยาน่ารู้” ทุกท่าน

ต้อนรับท่านผู้อ่านเข้าสู่ช่วงครึ่งปีหลัง ของปี พ.ศ.2568 วันเปลี่ยนคืนผ่าน การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดเวลาอย่างเป็นพลวัต เฉกเช่นเดียวกันกับความสุข และความทุกข์ที่ผ่านมาแล้วก็ผ่านไป เรื่องร้ายเรื่องดีมีได้ทุกวัน ขอเพียงแต่รักษาใจของเราให้เข้มแข็ง เพราะจิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว ใจเป็นประธาน ขอให้ท่านผู้อ่านวารสาร “ยาน่ารู้” รักษากาย รักษาใจให้แข็งแรง ร่มเย็น จะช่วยให้สามารถฟันฝ่าทุกวิกฤติ ประสบความสำเร็จ และเจริญก้าวหน้าตลอดไปนะคะ

วารสาร “ยาน่ารู้” ฉบับนี้ เป็นฉบับสุดท้ายภายใต้การทำงานของคณะกรรมการอำนวยการเกสซ์กรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ วาระ ปี พ.ศ.2565-2568 จึงเป็นการทำงานในฐานะบรรณาธิการ วารสาร “ยาน่ารู้” ครั้งสุดท้ายของดิฉันเช่นเดียวกัน ขอขอบพระคุณท่านผู้อ่าน, ทีมงานกองบรรณาธิการ, คอลัมน์นิสต์, วิทยากร, แขกรับเชิญทุกท่าน ที่ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ตลอดระยะเวลากว่า 9 ปีในการปฏิบัติหน้าที่บรรณาธิการ วารสาร “ยาน่ารู้” หากมีข้อผิดพลาด หรือบกพร่องประการใด ดิฉันต้องขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วยนะคะ

วารสาร “ยาน่ารู้” ฉบับหน้า จะเป็นฉบับแรกภายใต้การทำงานของคณะกรรมการอำนวยการเกสซ์กรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (วาระปี พ.ศ.2568-2571) ที่จะยังมีความน่าสนใจ น่าติดตาม และมีสาระประโยชน์เหมือนเช่นเคย รอติดตามกันนะคะ

ด้วยรักและผูกพันตลอดไป

ภญ.ศศิมา อัจสงศรากรม

อุปนายก และประชาสัมพันธ์เกสซ์กรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

• ที่ปรึกษา

ภก.วิชา สุขุมาวาสี
อุปนายกและกรรมการอำนวยการเกสซ์กรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

• ผู้จัดการวารสาร

ภก.ทวีพงษ์ เทียมสุวรรณ

• รองผู้จัดการวารสาร

ภก.วิรุณ เวชศิริ

• บรรณาธิการ

ภญ.ศศิมา อัจสงศรากรม

• กองบรรณาธิการ

ภญ.ศศิมา อัจสงศรากรม
ภก.อุทัย สุขวิวัฒน์ศิริกุล
ภญ.ณปภัช สุธินาถพงษ์
ภก.ศักดา เขียรไพศาล
อ.ภก.จิตติพล ดันติวิท
รศ.ดร.ภญ.อาภา เพชรสัมฤทธิ์
อ.ภก.พงศธร มีสวัสดิ์สม
ศ.(พิเศษ)ภก.จอมจิน จันทรสกุล

• โฆษณา

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

• เจ้าของ

เกสซ์กรรมสมาคมแห่งประเทศไทย 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

เกสซ์กรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

โทร. 02 987 5532 โทรสาร. 02 987 4510 E-mail : language.ca@gmail.com

บทความในวารสารเล่มนี้ เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนถือเป็นลิขสิทธิ์ของเกสซ์กรรมสมาคมฯ ห้ามนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

Contents

ปีที่ 68 ฉบับที่ 3 / 2568 กรกฎาคม - กันยายน 2568

- 4 Editor's Note
ภญ.ศศิมา อางสงคราม
- 8 Pharmacy Society
ภญ.ศศิมา อางสงคราม
- 10 แนะนำนายกเภสัชกรรมสมาคม
แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
- 20 สัมภาษณ์ผู้บริหาร
บริษัท เอ็นบีดี เฮลท์แคร์ จำกัด
ภญ.ศศิมา อางสงคราม
- 43 ThaiYPGrow
การสื่อสารกับเภสัชกร Gen Z ให้มีประสิทธิภาพ
ภก.ศักดา เรียร์ไพศาล
- 47 Ranya Academy
ตั้งราคาในร้านยาอย่างไร?
ให้มีกำไรอย่างยั่งยืนและเภสัชกรมีความสุข
ภก.อุทัย สุขวิวัฒน์ศิริกุล
- 53 ความเสี่ยงต่อความผิดพลาดทางยา
(Risks of pharmaceutical errors)
ศ.(พิเศษ) ภก.จอมจิน จันทรสกุล
- 61 Pharma Chat
Generation ที่แตกต่างทำให้เราคิดไม่เหมือนกัน
เราจะพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรร่วมกันอย่างไร
ภญ.ณปภัช สุธินานกพงษ์



- 67 CPE :
Pathophysiology and Pharmacologic Treatment
for Central Neuropathic Pain for Pharmacists
อ.ภก.พงศธร มีสวัสดิ์สม
ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 85 Executive's Talk
ภก.วิชา สุนุมาวาสี





วันเปลี่ยน คืบผ่าน

เพียงไม่นานเราก็ก้าวเข้าสู่ช่วงเวลาครึ่งปีหลังของปี พ.ศ.2568 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง มาอัปเดตข่าวสารความเคลื่อนไหวของแวดวงเภสัชกรรมให้ทราบโดยทั่วกันนะคะ

เริ่มต้นกันที่ กสท. ในช่วงเวลาการเปลี่ยนวาระการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการอำนวยการเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จาก วาระปี พ.ศ.2565-2568 เข้าสู่วาระปี พ.ศ. 2568-2571 โดยมี



เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (กสท)

The Pharmaceutical Association of Thailand under Royal Patronage (PAT)

ประกาศ

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ฉบับที่ 5/2568

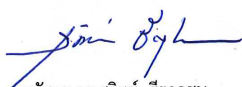
เรื่อง "แต่งตั้งผู้ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ในคณะกรรมการอำนวยการฯ วาระปี พ.ศ. 2568-2571"

เพื่อให้การดำเนินงานของสมาคมเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของวิธีการจัดการสมาคม ที่ระบุไว้ในข้อบังคับ อาศัยอำนาจตามความในหมวดที่ 6 ข้อ 17 และหมวดที่ 8 ข้อ 39-47 แห่งข้อบังคับเภสัชกรรมสมาคมฯ พ.ศ. 2564 โดยมีมติของที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ครั้งที่ 5/2568 แต่งตั้งให้บุคคลดังต่อไปนี้ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ในคณะกรรมการ

ภก.ดร.สุวิทย์ อธิกุลชน	ดำรงตำแหน่ง	นายกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยฯ
ภก.ผดุงยศ พิสุทธิธาดา	ดำรงตำแหน่ง	อุปนายกลำดับที่ 1
ภญ.ผศ.ดร.รจพร วัชรโรทัยกุล	ดำรงตำแหน่ง	อุปนายกลำดับที่ 2
ภก.ดร.พิสุทธิ เลิศวิไล	ดำรงตำแหน่ง	อุปนายกลำดับที่ 3
ภก.ศ.ดร.พรศักดิ์ ศรีอมรศักดิ์	ดำรงตำแหน่ง	อุปนายกลำดับที่ 4
ภก.รศ.ดร.กัมปนาท หวลบุตตา	ดำรงตำแหน่ง	อุปนายกลำดับที่ 5
ภญ.ภัทร สอนันต์พัฒน์	ดำรงตำแหน่ง	เลขาธิการ
ภญ.สุริรัตน์ ตั้งสง่าศักดิ์ศรี	ดำรงตำแหน่ง	เหรัญญิก
ภญ.อังคณา ศรีนามวงศ์	ดำรงตำแหน่ง	นายทะเบียน
ภก.กมลศักดิ์ เรืองเจริญรุ่ง	ดำรงตำแหน่ง	ปฏิคม
ภก.วิรุณ เวชศิริ	ดำรงตำแหน่ง	ประชาสัมพันธ์
ภก.สมพงษ์ อภิรมย์รักษ์	ดำรงตำแหน่ง	กรรมการ
ภญ.ดร.ศิริรัตน์ ต้นปักษา	ดำรงตำแหน่ง	กรรมการ
ภก.รศ.ดร.เลิศจิตต์ อนุรัตน์พานิช	ดำรงตำแหน่ง	กรรมการ
ภก.รศ.ดร.บุรินทร์ ต.ศรีวิชัย	ดำรงตำแหน่ง	กรรมการ
ภก.รศ.วีรชัย ไชยจามร	ดำรงตำแหน่ง	กรรมการ
ภก.ดร.กฤติน บัณฑิตานุกูล	ดำรงตำแหน่ง	กรรมการ
ภญ.ดร.คณิดา ดวงแจ่มกาญจน์	ดำรงตำแหน่ง	กรรมการ

ตั้งแต่วันที่ 14 มิถุนายน 2568

ประกาศ ณ วันที่ 14 มิถุนายน 2568



เภสัชกร ดร.สุวิทย์ อธิกุลชน

นายกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ภก.ดร.สุวิทย์ อธิกุลชน ดำรงตำแหน่ง นายกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยฯ พร้อมคณะกรรมการอำนวยการ กสท.ครบชุด พร้อมปฏิบัติหน้าที่อย่างสุดความสามารถเพื่อขับเคลื่อนนโยบายที่เป็นประโยชน์แต่พี่น้องเภสัชกรทุก ๆ ท่าน ภายใต้วิสัยทัศน์ "กสท.เป็นองค์กรชั้นนำของประเทศที่ส่งเสริมและเสริมสร้างศักยภาพเภสัชกรให้เป็นผู้นำด้านนวัตกรรม การดูแลสุขภาพและสุขภาพของประชาชน เพื่อให้วิชาชีพเข้มแข็งและยั่งยืน" ทีมงาน กองบก.ยาน้ำรู้ ขอแสดงความยินดี และขอเป็นกำลังใจในการทำงาน ขอให้ภารกิจน้อยใหญ่จงประสบความสำเร็จเพื่อความเจริญก้าวหน้าของวิชาชีพเภสัชกรรมของเรานะคะ

นี่ก็เปลี่ยนเหมือนกันค่ะ “ชมรม
เกสรภาคใต้” (ชมท.) เขาก็มีชื่อใหม่
อย่างเป็นทางการว่า “สมาคมเกสร
ภาคใต้” (สทท.) โดยพี่น้องเกสรที่เป็น
สมาชิกสามัญและสมาชิกกิตติมศักดิ์ของ
ชมท.จะได้รับสิทธิ์เป็นสมาชิกสามัญและ
สมาชิกกิตติมศักดิ์ของ สทท.อย่างต่อเนื่อง
พร้อมด้วยสิทธิประโยชน์ และกิจกรรมแบบ
จัดเต็มเช่นเคย แบบนี้ชาวปักษ์ใต้เค้าเรียกว่า
“ได้แรงออกกันจริง ๆ พี่น้องเอ๊ย”

ขอแสดงความยินดี

กับเกสรที่ได้รับรางวัล
เกสรภาคใต้ดีเด่น
ประจำปี พ.ศ.2568
ทั้ง 9 ท่าน เป็นต้นแบบที่ดีของ
เกสรทุกสาขา ที่อุทิศตน
ปฏิบัติหน้าที่จนมีผลงานโดดเด่น
เป็นที่ประจักษ์ น่าชื่นชม
และน่าภาคภูมิใจอย่างยิ่งค่ะ



ประกาศชมรมเกสรภาคใต้

ที่ ๒/๒๕๖๘

เรื่อง เกสรภาคใต้ดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๘

ตามที่ชมรมเกสรภาคใต้ ได้ดำเนินการคัดเลือกเกสรภาคใต้ดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๘
เพื่อประกาศเกียรติคุณ ยกย่องเชิดชูเกียรติเกสรภาคใต้ที่มีความโดดเด่นและมีผลงานเป็นที่ประจักษ์
ในสาขาต่าง ๆ อุทิศตนในการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน ตามหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณแห่ง
วิชาชีพ รวมทั้งการสร้างผลงานอันเป็นประโยชน์แก่วิชาชีพเกสรกรรม อันนำไปสู่การเป็นต้นแบบที่ดี
แก่เกสรรุ่นใหม่ ชมรมเกสรภาคใต้ขอประกาศรายชื่อเกสรภาคใต้ดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๘ ดังนี้

๑. เกสรคุณากรภาคใต้

เกสรหญิง นุชน้อย ประภาโส

๒. เกสรภาคใต้ดีเด่น สาขาเกสรการศึกษา

ศาสตราจารย์ ดร. เกสร อธิระพล ศรีชนะ

๓. เกสรภาคใต้ดีเด่น สาขาเกสรชุมชน

เกสรหญิง วันนิดา วิภาดาพิสุทธิ์

๔. เกสรภาคใต้ดีเด่น สาขาเกสรการตลาด

เกสร อติสร คงสุวรรณ

๕. เกสรภาคใต้ดีเด่น สาขาเกสรกรรมอุตสาหกรรม

เกสรหญิง ชญานิษฐ์ ชูแซ

๖. เกสรภาคใต้ดีเด่น สาขาบริการสาธารณสุข

เกสรหญิง สุจิตา กุลฉายพร

๗. เกสรภาคใต้ดีเด่น ด้านสาขาคู่มือผู้ประกอบการและเกสรสาธารณสุข

เกสร สมสุข สัมพันธ์ประทีป

๘. เกสรภาคใต้ต้นแบบดีเด่น (เน้นการสร้างประโยชน์แก่สังคม และสาธารณะ)

เกสร ศรีณย์ แสงเจริญ

๙. เกสรภาคใต้รุ่นใหม่ดีเด่น (อายุไม่เกิน ๓๕ ปี ณ วันที่ประกาศรับสมัคร)

เกสร อำนาจ ทิพย์แก้ว

ประกาศ ณ วันที่ ๔ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(เกสรหญิง วรณี พูเจริญ)

ประธานชมรมเกสรภาคใต้

**ขอแสดงความยินดีเนื่องในโอกาสครบรอบ 40 ปีแห่งการก่อตั้ง
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร** 40 ปีแห่งการผลิตเภสัชกร
คุณภาพให้กับวงการสาธารณสุขไทย 40 ปีแห่งคุณค่าวิชาชีพเภสัชกรรม
สู่สังคมไทย ขออวยพรให้คณาจารย์ ศิษย์เก่า ศิษย์ปัจจุบันของคณะ
เภสัชศาสตร์ ม.ศิลปากร มีความสุข ความสำเร็จ และความเจริญก้าวหน้า
ในวิชาชีพเภสัชกรรมสืบไป



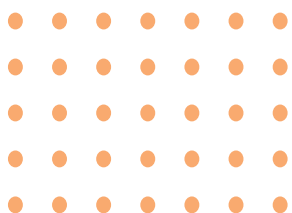
มารู้จักกับ . . .

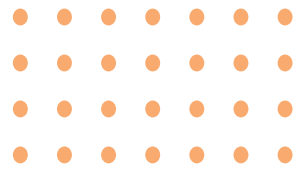
นายกเทศกรรมาสมาคม

แห่งประเทศไทย

ในพระบรมราชูปถัมภ์

คนใหม่กันหน่อย





ภก.ดร.สุวิทย์ ธีรกุลชน

จบมัธยมปลายจากโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา จบปริญญาตรี-เภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เข้าปี 21) ปริญญาโท-บริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (เข้าปี 26) และปริญญาเอก-การบริหารจัดการธุรกิจ มหาวิทยาลัยฮาวาย สหรัฐอเมริกา สมรสกับ ภญ.สุธีรา ธีรกุลชน มีบุตรชาย 3 คน และหลานชาย 2 คน

งานด้านการตลาด โดยเริ่มต้นเป็นผู้แทนยา มีภาวะผู้นำสูงจึงได้รับการปรับตำแหน่งปีเว้นปี จนได้ขึ้นมาสู่ตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงของบริษัทชั้นนำระดับโลก อาทิ โควิเดียน แอ็บบ็อด แอสตราเซนเนกา แแบ็กสเตอร์ ไบเออร์ และสมิทไคลน์บีแชม มีประสบการณ์ในธุรกิจ ตลาดเวชภัณฑ์ ยา เครื่องมือแพทย์ อาหารเสริม เครื่องสำอาง สมุนไพร และสินค้าสุขภาพต่าง ๆ ในภาคพื้นเอเชีย มากกว่า 40 ปี โดยดูแลรับผิดชอบธุรกิจในแต่ละตำแหน่งต่าง ๆ เช่น ผู้จัดการทั่วไปประเทศไทย พม่า ลาว และกัมพูชา ผู้อำนวยการเวชภัณฑ์ภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ได้พัฒนาธุรกิจ ในหลายประเทศ และพัฒนาพนักงานมาหลายพันคน

ในด้านวิชาชีพ ได้นำสินค้าหลายตัวเข้าสู่ ประเทศไทย และแก้ไขปัญหาโรคต่าง ๆ ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ อาทิ การผลักดันให้มีการฉีดวัคซีนตัวอีกเสบปีในเด็กแรกเกิดตั้งแต่ปี 2535 การให้คนไข้โรคเลือด โรคไต ได้รับการรักษาในระบบประกันสุขภาพ การใช้ยาปฏิชีวนะที่พบการดื้อยาต่ำและมีผลช่วยให้รักษาหายได้เร็วขึ้น การนำระบบ Close-system ของการให้น้ำเกลือเพื่อช่วยลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเข้าสู่ ประเทศไทยเป็นครั้งแรก จนปัจจุบันเป็นมาตรฐานในทุกแห่ง ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้สร้างระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง และรักษาชีวิตคนไข้ไว้มากมาย

ในด้านการเป็นผู้ให้ความรู้ เกสัชกรสุวิทย์ เคยได้รับการรับรองให้เป็นผู้ฝึกสอนของสมาคมการตลาดอเมริกาในประเทศไทย เคยเป็นอาจารย์ในวิทยาลัยการจัดการนานาชาติ มหาวิทยาลัยศิลปากร และได้ถูกรับเชิญเป็นวิทยากรพิเศษในหลายมหาวิทยาลัย และหน่วยงานหลายแห่ง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ในขณะที่ท่านทำงานเป็นผู้จัดการทั่วไปของบริษัทเครื่องมือแพทย์โควิเดียน (ปัจจุบันคือบริษัท Medtronic) ได้ดำรงตำแหน่งนายกสมาคมเภสัชกรรมการตลาด (ประเทศไทย) และร่วมผลักดันให้เป็นสาขาวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับจนได้ปรับค่านิยามวิชาชีพเภสัชกรรมให้หมายรวมถึง **“การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา”** เข้าไปด้วย ในปี 2558 และเป็นกรรมการร่างข้อบังคับวิทยาลัยบริหารเภสัชกิจ เพื่อก่อตั้งวิทยาลัยจนสำเร็จ

ในปี 2557 ท่านได้รับเลือกจากกรรมการสรรหาตำแหน่งผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม แต่ด้านองค์กรไม่แสวงหากำไรได้ออกมาแย้งว่าอาจจะไม่เหมาะสมเพราะมาจากส่วนเอกชน ทางบอร์ดองค์การฯ จึงให้อันดับรองเป็นผู้อำนวยการแทน และทาบทามให้ไปเป็นผู้อำนวยการบริษัทผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย บริษัทลูกขององค์การเภสัชกรรมแทน จึงได้เข้าไปมีส่วนพัฒนาสมุนไพรไทย และปัจจุบันได้เป็นกรรมการของคณะกรรมการสมุนไพรแห่งชาติ

นอกจากนี้ท่านยังดำรงตำแหน่งอื่น ๆ ในปัจจุบันอีกหลายตำแหน่งได้แก่ เป็นอุปนายกคนที่ 1 สภาเภสัชกรรม นายกสมาคมนิสิตเก่าคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(สจจ.) ที่ปรึกษามูลนิธิบ้านพระพร อุปนายกสมาคมดนตรีคริสตจักร คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการพันธกิจการแพทย์ สภาคริสตจักรในประเทศไทย และกรรมการในหลากหลายหน่วยงานในประเทศไทย และสิงคโปร์

ภก.สุวิทย์ ได้นำทีม BOOST เข้ามาบริหารสมาคมในวาระปี 2568-2571



Vision, Mission, & Structure

คณะกรรมการอำนวยการเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
The Pharmaceutical Association of Thailand under Royal Patronage

คณะกรรมการบริหาร

1. นายก	ภก.ดร. สุวิทย์	ธีรกุลชน
2. อุปนายก 1 และประธานฝ่าย RES	ภก.ผดุงยศ	พิสุทธาตามงคล
3. อุปนายก 2	ภญ.ผศ.ดร.รจพร	วัชรโรทยางกูร
4. อุปนายก 3	ภก.ดร.พิสุทธิ	เลิศวิไล
5. อุปนายก 4 และประธานฝ่าย ICS	ภก.ศ.ดร. พรศักดิ์	ศรีอมรศักดิ์
6. อุปนายก 5	ภก.รศ.ดร.กัมปนาท	หวลบุตตา
7. เลขาธิการ	ภญ.ภัทรี	สินอนันต์พัฒน์
8. เภรณูญิก และประธานฝ่าย FFS	ภญ.สุริรัตน์	ตั้งสง่าศักดิ์ศรี
9. นายทะเบียน	ภญ.อังคณา	ศรีนามวงศ์
10. ประชาสัมพันธ์ และประธานฝ่าย MCS	ภก.วิรุณ	เวชศิริ
11. ปฏิคม และประธานฝ่าย FMRS	ภก.กมลศักดิ์	เรืองเจริญรุ่ง
12. ประธานฝ่าย CEAS	ภก.รศ.ดร.บุรินทร์	ต.ศรีวงษ์
13. ประธานฝ่าย IPDS	ภก.รศ.ดร.ลีอรัตน์	อนรรตน์พานิช

Vision

To be the leading national organization, empowering pharmacists to be at the forefront of healthcare innovation and public well-being, fostering a healthy and sustainable profession.

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรชั้นนำของประเทศที่ส่งเสริมและเสริมสร้างศักยภาพเภสัชกรให้เป็นผู้นำด้านนวัตกรรมดูแลสุขภาพ สุขภาพ และสุขภาวะของประชาชน เพื่อให้วิชาชีพแข็งแกร่งและยั่งยืน

พันธกิจ

- **พัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรม** : ส่งเสริมความเป็นเลิศในการประกอบวิชาชีพ การศึกษา และการวิจัยทางเภสัชกรรม เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความสามารถและยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพในระดับสูง
- **เป็นแกนนำด้านสาธารณสุข** : สนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ความปลอดภัยของผู้ป่วยและการเข้าถึงยาอย่างเท่าเทียม ทำหน้าที่เป็นกระบอกเสียงที่น่าเชื่อถือในการพัฒนานโยบายสาธารณสุขของประเทศ และเป็นตัวแทนประเทศเวทีโลก
- **สร้างความสามัคคีและความร่วมมือ** : รวมใจเภสัชกรทุกสาขา ส่งเสริมศักดิ์ศรีวิชาชีพ การเรียนรู้ตลอดชีวิต และความร่วมมือกับองค์กรด้านสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ
- **ธำรงรักษาคุณธรรมและจรรยาบรรณ** : ปกป้องและส่งเสริมคุณธรรม จรรยาบรรณ และผลประโยชน์ของวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อให้บทบาทที่สำคัญของเภสัชกรในระบบบริการสุขภาพเป็นที่ยอมรับและเห็นคุณค่า

โครงสร้างตามตำแหน่ง

นายก	President – Provides strategic leadership, represents the association in official matters, and oversees all activities.
อุปนายก 1	Vice President 1 (RES & FFS) – Engages with government bodies, influences policy changes, ensures regulatory compliance, keep tract on financial and fund sourcing.
อุปนายก 2	Vice President 2 (MCS) – Strengthens the association’s visibility, Create strategic programs to revitalize image of PAT , and oversees public engagement.
อุปนายก 3	Vice President 3 (FMRS) – Manage facilities. Expands membership, fosters networking, and enhances member benefits.
อุปนายก 4	Vice President 4 (ICS) – Strengthens global partnerships, facilitates cross-border collaborations, and represents Thailand in international forums.
อุปนายก 5	Vice President 5 (CEAS & IPDS) – Oversees professional training, continuous education, research initiatives, and academic collaborations.
เลขาธิการ	Secretary-General – Ensures smooth administration, maintains records, coordinates meetings, and in-out letters.
เหรัญญิก	Treasurer – Manages financial planning, budgeting, and fundraising efforts.
นายทะเบียน	Registrar – Maintain updated members’ information, protect and provide members information as appropriate.
ประชาสัมพันธ์	Public Relation – Communicate with members & public, use technologies to enhance PAT efficiency and image.
ปฏิบัติ	Hostess – Manage facilities and function venues.

ที่ปรึกษาอดีตนายก

1. ภก.ศ.(พิเศษ)ดร.จอมจิน จันทรสกุล
2. ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์
3. ภก.รศ.ดร.ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต
4. ภก.รศ.ดร.สุนิพนธ์ ภูมิมางกูร
5. ภก.ธีระ ฉกาจนโรดม

ที่ปรึกษา หน่วยงาน สมาคม องค์กร

1. HP นายก
2. สภช นายก
3. MPAT ภก.สุทธิพงศ์ หนูฤทธิ
4. TIPA นายก
5. RAPAT นายก
6. สี่เหล่าน.อ.ภก.ประสิทธิ์พร วีระยุทธวิไล
7. ชนบท ภก.พรพิทักษ์ กอมสิน
8. อย.ภก.ทรงศักดิ์ วิมลกิตติพงศ์

Recommended Subcommittees

1.Continuing Education & Academic Subcommittee (CEAS) VP5

ประธาน ภก.บุรินทร์ อนุกรรมการ อจ.รจพร อจ.กัมปนาท ภญ.รุ่งนภา

2.Regulatory & Ethics Subcommittee (RES) VP1

ประธาน ภก.ผดุงยศ อนุกรรมการ ภก.พิชญธณ ภญ.ศิริรัตน์ ภก.ทรงศักดิ์ ภญ.อังคณา ภก.ประพจน์

3.Innovation & Professional Development Subcommittee (IPDS) VP5

ประธาน ภก.ลือรัตน์ อนุกรรมการ อจ.วีรชัย อจ.กฤติน ภก.เผ่าพงศ์ ภก.คมสัน ภก.สมพงษ์

4.Facilities & Member Relation Subcommittee (FMRS) VP3

ประธาน ภก.กมลศักดิ์ อนุกรรมการ อจ.บุรินทร์ ภก.ประสิทธิ์พร ภญ.รุ่งนภา

5.International Collaboration Subcommittee (ICS) VP4

ประธาน อจ.พรศักดิ์ อนุกรรมการ อจ.วีรชัย อจ.กฤติน ภก.กมลศักดิ์ อจ.กัมปนาท

6.Media & Communications Subcommittee (MCS) VP2

ประธาน ภก.วิรุณ อนุกรรมการ ภญ.คณิดา ภก.สุทธิพงษ์ ภก.ศักดิ์ดา ภก.สมพงษ์ ภก.กมลศักดิ์

7.Finance & Fundraising Subcommittee (FFS) VP1

ประธาน ภญ.สุรรัตน์ อนุกรรมการ ภญ.อมรรัตน์ ภก.พรพิทักษ์

Recommended Subcommittees & Their Functions

1.Continuing Education & Academic Subcommittee (CEAS)

จัดประชุม CPE ทำวารสารยานำรู้ และ ...

2.Regulatory & Ethics Subcommittee (RES)

ติดตามข่าวระเบียบข้อบังคับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมจรรยาบรรณเภสัชกร ไม่แขวนป้าย

3.Innovation & Professional Development Subcommittee(IPDS)

จัดการอบรมให้ประกาศนียบัตร ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (ผู้รอบรู้ด้าน...)

4.Facilities & Member Relation Subcommittee (FMRS)

ปรับปรุงสถานที่ เปลี่ยนการใช้สอย และดึงกลุ่มต่าง ๆ มาใช้สถานที่
โปรโมทการสมัครสมาชิก และอัปเดตข้อมูลสมาชิก

5.International Collaboration Subcommittee (ICS)

ติดต่อกับต่างประเทศ FAPA FIP จัดโครงการสร้างผู้นำอาเซียน

6.Media & Communications Subcommittee (MCS)

เป็นกระบอกเสียงให้เภสัชกร ส่งข่าวถึงสมาชิก
สร้างภาพลักษณ์องค์กรใหม่

7.Finance & Fundraising Subcommittee (FFS)

ดูแลการเงิน จัดหารายได้ รายงานการเงิน



องค์การเภสัชกรรมเปิดร้านยาแห่งใหม่ ที่สถานีกลางกรุงเทพอภิวัฒน์ บางชื่อ เพิ่มการเข้าถึงยาให้กับประชาชน



ภญ.วิลักษณ์ วั่งกานนท์ รองผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม (อภ.) เปิดเผยว่า องค์การเภสัชกรรมได้มีการขยายบริการเพื่อเพิ่มช่องทางการจำหน่ายให้กับประชาชนทั่วไป และให้ประชาชนได้เข้าถึงยามากขึ้น โดยร้านยาดังกล่าว ตั้งอยู่ที่สถานีกลางกรุงเทพอภิวัฒน์ ตั้งอยู่ที่ชั้น G ประตู่ 5 ด้านหน้าห้องปฐมพยาบาล อาคารสถานีกลางกรุงเทพอภิวัฒน์ จุดเชื่อมต่อระบบรถไฟฟ้าหลายสาย ทำให้ลูกค้าสามารถเดินทางมาใช้บริการได้อย่างสะดวกสบาย ไม่ว่าจะเป็นการเดินทางด้วยรถไฟฟ้า BTS, MRT หรือ Airport Rail Link โดยเปิดให้บริการทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.00 น. - 18.00 น. วันเสาร์ - อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 8.00 น. - 16.00 น.



องค์การเภสัชกรรม



ร้านดังกล่าวเริ่มเปิดให้บริการแล้ว โดยภายในร้านจะมีสไตล์ Modern Minimalist ผสมกับ Contemporary ให้ความรู้สึกอบอุ่น สะอาดตาและมีความเป็นธรรมชาติ กว้าง โปร่งโล่ง แต่ยังคงความทันสมัย มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องสำอางบำรุงผิว ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นต้น และมีเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาที่เปิดทำการ

จึงขอเชิญชวนประชาชนไปรับบริการได้ที่ร้านยาองค์การเภสัชกรรม สาขาสถานีกลางกรุงเทพอภิวัฒน์ ตั้งอยู่ที่ ชั้น G ประตู 5 ด้านหน้าห้องปฐมพยาบาล อาคารสถานีกลางกรุงเทพอภิวัฒน์ ได้ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.00 น. - 18.00 น. วันเสาร์ - อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 8.00 น. - 16.00 น.



COVER STORY

บทสัมภาษณ์โดย : ภาณุ.ศศิมา อางสงคราม

บริษัท เอ็นบีดี เฮลท์แคร์ จำกัด และ บริษัท ชันโทรี เวลเนส จำกัด





ดร.สมศักดิ์ กวีไตรภพ

กรรมการผู้จัดการ บริษัท เอ็นพีดี เฮลท์แคร์
บริษัทในเครือ ชันโทรี เวลเนส ประเทศญี่ปุ่น

จากงานวิจัยกว่า 30 ปีในประเทศญี่ปุ่น **VISTRA Sesamin Night Time** เพื่อไลฟ์สไตล์คนยุคใหม่ในการมีสุขภาพดีในทุก ๆ วัน

วันนี้กองบรรณาธิการวารสาร “ยานำรู้” คณะกรรมการอำนวยการ เกษีชมรมสมาคม แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ได้รับเกียรติจาก บริษัท เอ็นบีดี เฮลท์แคร์ จำกัด (NBD Healthcare) ผู้ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วิสทรา (Vistra) แบรินด์ที่อยู่คู่คนไทยมากกว่า 26 ปี และเป็นหนึ่งในแบรนด์ที่ผู้บริโภคมักนึกถึงเป็นอันดับแรก เมื่อต้องการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และยังมีผลิตภัณฑ์กลุ่มเวชสำอาง ในชื่อแบรนด์ โพรวาเมด (Provamed) กาแฟเพื่อสุขภาพ ทรูสเลน (Truslen) เฟสต้า (Festa) และผลิตภัณฑ์ดูแลช่องปาก ซึ่งคนไทยรู้จักกันเป็นอย่างดีในชื่อแบรนด์ เวลเดนท (Veldent) ซึ่งแบรนด์เหล่านี้สามารถพบเห็นได้ทั่วไปตามร้านขายยาทั่วประเทศ ซูเปอร์มาร์เก็ต รวมถึงร้านค้าออนไลน์

ด้วยศักยภาพในการเติบโตของบริษัทฯ รวมถึงจุดแข็งด้านช่องทางการกระจายสินค้าที่หลากหลาย และมาตรฐานการผลิต จึงทำให้ได้รับความสนใจจาก บริษัท ซันโทรี่ เวลเนส จำกัด (Suntory Wellness) ผู้นำธุรกิจสุขภาพและเวลเนส หนึ่งในกลุ่มบริษัท ซันโทรี่ ประเทศญี่ปุ่น เข้าซื้อกิจการ (acquisition) ของ NBD Healthcare นับเป็นการรวมตัวกันของ 2 ผู้นำธุรกิจสุขภาพจาก 2 ประเทศที่สร้างแรงสนับสนุนให้กับวงการผลิตภัณฑ์สุขภาพของบ้านเราได้ไม่น้อยเลยทีเดียว

แน่นอนว่าคนไทยทุกคนจะได้ประโยชน์จากความร่วมมือครั้งสำคัญของประวัติศาสตร์วงการผลิตภัณฑ์สุขภาพของไทย เพราะประเทศญี่ปุ่นเรียกได้ว่าเป็นเจ้าแห่งผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก โดยเฉพาะเรื่องของคุณภาพ ที่ปฏิเสธไม่ได้เลยว่า ญี่ปุ่นมุ่งเน้นความสำคัญด้าน “คุณภาพ” มาเป็นอันดับหนึ่ง และกลุ่มบริษัท ซันโทรี่ ซึ่งเป็นผู้นำระดับโลกในอุตสาหกรรมเครื่องดื่ม มีผลิตภัณฑ์ที่หลากหลายไม่เหมือนใคร ตั้งแต่วิสกีญี่ปุ่นที่ได้รับรางวัลยอดเยี่ยมอย่าง Yamazaki และ Hibiki เบียร์พรีเมียมมอลต์ญี่ปุ่น The Premium Malt’s ไวน์ญี่ปุ่น Tomi และไวน์โลกร่วมกับ Château Lagrange อีกทั้งยังมีแบรนด์ที่ไม่มีแอลกอฮอล์ ที่ได้รับความนิยมอย่าง Orangina, กาแฟ BOSS, น้ำดื่ม Suntory Tennensui, ชาอู่หลงทีพลัส (TEA+ Oolong Tea) และเครื่องดื่มชูกำลัง V energy drink รวมถึงผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพที่รู้จักกันดีอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร Suntory Sesamin EX ที่มียอดขายในกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นอันดับ 1 ของประเทศญี่ปุ่น

จะเกิดอะไรขึ้นเมื่อบริษัทยักษ์ใหญ่ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอันดับ 1 ของญี่ปุ่นมาควบรวมกิจการกับบริษัทชั้นนำของไทย ปรากฏการณ์ครั้งนี้ คือ Synergistic Effect ที่ให้ผลลัพธ์เป็นเท่าทวีคูณ และเป็นก้าวต่อไปที่น่าจับตามองอย่างยิ่งสำหรับวงการผลิตภัณฑ์สุขภาพของบ้านเรา

VISTRA SESAMIN NIGHT TIME

Dr. Jack Wong
R&D Director
Suntory Wellness APAC



วันนี้ กอง บก.ยานารู้ ได้รับเกียรติจาก ผู้บริหารของ NBD Healthcare 2 ท่าน นั่นคือ ดร.สมศักดิ์ กวีไตรภพ - Managing Director และ ภญ.กัญพัจน์ ลิทธิคุณกิตติ์ - Head of Marketing โดยมีผู้แทนจากเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (ภสท.) เข้าร่วมพบปะ พูดคุยและสัมภาษณ์ นำโดย ภก.ดร.สุวิทย์ อีร์กุลชน นายกเภสัชกรรมสมาคมฯ (วาระปี พศ.2568-2571) และคณะกรรมการอำนวยการ ภสท. วาระปี พศ.2565-2568 ประกอบด้วย ภก.วิชา สุขุมาวาสี อุปนายก, ภก.ดร.พิกุล เสียงประเสริฐ ที่ปรึกษา และ ภญ.ศศิมา อาจสงคราม อุปนายก, ประชาสัมพันธ์ และบรรณาธิการวารสาร “ยานารู้” พร้อมทีมงานกองบรรณาธิการ ท่ามกลางการต้อนรับอย่างอบอุ่นภายในสำนักงานใหญ่ของบริษัทฯ ซึ่งตั้งอยู่ที่ซอยนวลจันทร์ 56 กรุงเทพฯ ที่มีบรรยากาศสงบ ร่มรื่น เหมือนเป็นรีสอร์ทใจกลางเมืองให้ความรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจทุกครั้งที่ได้มาเยือน

ภญ.ศศิมา : อยากให้ช่วยแนะนำประวัติความเป็นมาของบริษัทฯ ด้วยค่ะ

ดร.สมศักดิ์ : ก่อนหน้าที่จะมาเป็นบริษัท NBD โดย NBD ย่อมาจาก Nature Best Distribution เป็นธุรกิจครอบครัวของผู้ก่อตั้ง โดยนำเข้าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากต่างประเทศมาทำตลาดในไทย ต่อมาก็มีความคิดที่จะทำแบรนด์ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของตัวเองภายใต้แบรนด์ Vistra โดยผลิตภัณฑ์แรกที่สร้างชื่อให้ Vistra เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางเป็นตัวแรก นั่นก็คือ อะเซโรลา เชอร์รี่ (Acerola Cherry) ซึ่งเป็นเบอร์รี่ที่มีรายงานว่าให้วิตามินซีจากธรรมชาติสูงมากกว่าส้ม 50-100 เท่า เรียกได้ว่าเป็น Signature Product ของเราเลย ทำให้ผู้บริโภคจำแบรนด์ของเราได้ว่าเป็น Vistra Acerola Cherry

เรายังมีส่วนของเครื่องดื่ม อย่างกาแฟปรุงสำเร็จ แบรนด์ที่ค่อนข้างคุ้นหู เช่น Truslen เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีมานานตั้งแต่ยุคที่ประเทศไทยกำลังนิยมกาแฟผสม L-Carnitine ต่อมาเราก็ได้เปิดตัวเวชสำอางแบรนด์ Provamed และผลิตภัณฑ์กลุ่ม Oral Care ก็คือ Veldent โดยภาพรวมตั้งแต่มีแบรนด์ Vistra ก็ 26 ปีแล้ว หลังจากที่ Suntory เข้ามาซื้อกิจการตั้งแต่ปี 2567 ก็ยังใช้แบรนด์เดิมเพราะติดตลาดอยู่แล้ว แต่เปลี่ยนชื่อบริษัทฯ จาก NBD Healthcare เป็น Suntory Wellness เร็ว ๆ นี้ ตอนนี้เราก็ถือว่าเป็นบริษัทญี่ปุ่น 100% แล้วในแง่ legal entity และกำลังอยู่ในช่วง Transition

ภญ.ศศิมา : อยากให้ช่วยแนะนำกลุ่มผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่บริษัทฯ ผลิต/จำหน่าย, กลุ่มเป้าหมาย, ตลาดของเราด้วยค่ะ

ภญ.กัญพัจน์ : เริ่มจาก Vistra ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มี Portfolio Diversification ที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มดูแลสุขภาพ เช่น Fish Oil, Magnesium, B-Complex และ UC-II® และกลุ่มดูแลความงาม เช่น Acerola Cherry, Astaxanthin, Zinc, Collagen ล่าสุดเราเพิ่งเปิดตัวผลิตภัณฑ์ใหม่ Vistra Sesamin Night Time ที่ใช้สารสกัดเซซามิน (Sesamin) จากประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากในปัจจุบันผู้คนให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน (Preventive Care) หรือการดูแลตัวเองก่อนเจ็บป่วย (Self Care) มากขึ้น และจุดแข็งด้านความหลากหลายของสินค้า เราจึงเน้นการเข้าถึงผู้บริโภคที่มีอายุระหว่าง 25-45 ปี ตั้งแต่กลุ่ม First Jobber จนถึงวัยทำงานและเริ่มมีความกังวลเรื่องสุขภาพในด้านต่าง ๆ จากช่วงวัยที่สูงขึ้น โดยมีช่องทางการจัดจำหน่ายที่หลากหลาย

SUNTORY

SUNTORY WELLNESS

แล้วก็มีกลุ่มเวชสำอาง Provamed โดยผลิตภัณฑ์หลักของแบรนด์ก็คือ Provamed Scar Silicone Gel, Retinol-A Gel, และ Sun Pro-Balance UV Aqua Serum ซึ่งเป็นสกินแคร์สำหรับผิวแพ้ง่าย เหมาะกับสภาพผิวของคนไทย ทั้งยังมีราคาที่ผู้บริโภคเข้าถึงได้ ในส่วนของ Functional Coffee เราก็มีกาแฟ Truslen ที่มีการเพิ่ม Collagen, L-Carnitine เข้าไปเพื่อเสริมคุณค่าเหมาะกับคนที่ใส่ใจดูแลตัวเอง และ Oral Care ที่คนรู้จักกันดีในชื่อ ยาสีฟัน Veldent ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ วิตามิน และสารสกัดที่นอกจากจะให้ความรู้สึกละเอียด สดชื่น และสนุกหลังแปรงฟันแล้วยังช่วยลดดูแลสุขภาพช่องปากได้เป็นอย่างดี ล่าสุดก็มี Suntory Meal Replacement เป็นผลิตภัณฑ์ทดแทนมื้ออาหาร ที่ได้รับความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยมหิดลในการทำงานวิจัยตีพิมพ์เพื่อยืนยันประสิทธิภาพในการใช้ทดแทนมื้ออาหารเพื่อช่วยลดหรือควบคุมน้ำหนัก สามารถรับประทานแทนอาหารมื้อหลักได้วันละ 1-2 มื้อ เพราะมีสารอาหารครบถ้วน และให้พลังงานไม่สูงเกินไป

สำหรับช่องทางการจัดจำหน่ายสินค้าต่าง ๆ ของเรา นอกจากร้านยาที่ยังคงเป็นช่องทางหลัก ยังมีในส่วนของโรงพยาบาล ซูเปอร์มาร์เก็ต ไฮเปอร์มาร์เก็ต ร้านสะดวกซื้อ และช่องทางออนไลน์ อีกทั้งเรามีการส่งสินค้าไปขายยังต่างประเทศด้วย ในปัจจุบันมีอยู่ประมาณ 10 ประเทศ หลัก ๆ ก็คือ กลุ่มประเทศ CLMV, ฟิลิปปินส์, บังคลาเทศ, ตะวันออกกลาง ต้องบอกว่ารสชาติกาแฟของเราเป็นที่ถูกปากถูกใจชาวต่างชาติมาก เราใช้กาแฟนำเข้าจากต่างประเทศ และมีการเติมส่วนผสมต่าง ๆ ที่ดีต่อสุขภาพตอบโจทย์ความต้องการของผู้บริโภคที่ชื่นชอบสินค้ากลุ่มนี้ทั้งในไทย และต่างประเทศ

VISTRA

Provamed

TRUSLEN

Veldent

SUNTORY
MEAL
REPLACEMENT





กญ.ศศิมา : แนวทางความร่วมมือของ Vistra และ Suntory Wellness เป็นไปในรูปแบบใด และเราต้องปรับตัวในด้านใดบ้าง เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของธุรกิจร่วมกัน และทิศทางของบริษัทฯ ภายหลังจากการเข้ามาของ Suntory หลังจากนั้น จะเป็นไปในทิศทางใดคะ

ดร.สมศักดิ์ : ก็คือเป็นการซื้อกิจการ 100% รวมทั้งในส่วนของโรงงานด้วย ต้องยอมรับว่า Suntory เขาเป็นอันดับ 1 ด้าน Food Supplement ของประเทศญี่ปุ่น และเป็นบริษัทญี่ปุ่นที่ทำธุรกิจด้านเครื่องดื่มที่มีชื่อเสียงระดับโลก ปรัชญาในการทำธุรกิจของ Suntory คือ Quality จริงๆ เขาจะไม่วัน Compromise ในเรื่องนี้ เดิมมาตรฐานของเราถือว่าสูงมากอยู่แล้ว ได้มาตรฐาน อย.ของไทย ส่งออกต่างประเทศได้ แต่พอ Suntory เข้ามา เราต้องยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้นไปอีก ต้องได้มาตรฐานญี่ปุ่น อย่างเช่น เรื่องการทำ Stability Test ที่ end of shelf life ซึ่งปกติเมืองไทยไม่ได้ทำ ต้องมีการทดสอบเรื่อง Quality หรือการทำมาตรฐาน ISO 22000 ซึ่งเป็นมาตรฐานที่สามารถส่งออกยุโรปได้ รวมทั้ง FSSC22000 ซึ่งเป็นมาตรฐานรับรองความปลอดภัยของอาหาร (Food Safety System Certification) ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ที่จะช่วยให้ผู้บริโภคมั่นใจว่าผลิตภัณฑ์ของเรามีความปลอดภัย ทำให้เรามุ่งเน้นไปที่การสร้างแตกต่างในด้านประสิทธิภาพ มาตรฐาน ความปลอดภัย ไม่ใช่เรื่องการแข่งขันที่ราคา



กญ.กัญพจน์ : ข้อดีอีกอย่างคือ อย่างที่เราทราบกันดีว่า คนญี่ปุ่นก็นิยมใช้สินค้าของประเทศญี่ปุ่นเอง ในประเทศไทยมีคนญี่ปุ่นอยู่ประมาณ 60,000 คน เมื่อเขาทราบว่าตอนนี้ Vistra เป็นแบรนด์ของบริษัท Suntory ก็จะทำให้เขาสนใจที่จะเลือกใช้แบรนด์ Vistra มากขึ้น เพราะเชื่อมั่นในด้านคุณภาพมาตรฐานที่ต้องเข้มงวดเหมือนกับที่ญี่ปุ่น ซึ่งผู้บริโภคเชื่อมั่นได้เลยว่าสินค้าของเรามีคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัยเหมือนกันกับสินค้าที่ผลิตที่ประเทศญี่ปุ่นเลยทีเดียว

กญ.ศศิมา : หลังจากที่ Suntory เข้ามาซื้อกิจการ แล้วหลังจากนี้ เรื่องของช่องทางการตลาดต้องปรับเปลี่ยนด้านไหนบ้างหรือเปล่าคะ

ดร.สมศักดิ์ : มองว่า Short Term คงเน้นตลาดในประเทศก่อน เพราะยังได้รับความนิยม และตลาดในไทย ผู้บริโภคใส่ใจเรื่อง Preventive care กันมากขึ้น ส่วน Middle Term จะส่งออกสินค้าไปขายในประเทศที่เรามี Facility อยู่ คือมีทีมขายอยู่ เช่นในประเทศญี่ปุ่น ได้วัน

กญ.ศศิมา : เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ตัวใหม่ล่าสุดที่จะเปิดตัวเป็นผลิตภัณฑ์ตัวแรก ที่เป็นความร่วมมืออย่างเป็นทางการของ Vistra และ Suntory Wellness คือ ผลิตภัณฑ์อะไร มีจุดเด่นที่แตกต่างจากผลิตภัณฑ์กลุ่มเดียวกันในท้องตลาดอย่างไร และอะไรคือสาเหตุสำคัญที่เป็นแรงบันดาลใจให้ต้องนำผลิตภัณฑ์นี้ออกสู่ท้องตลาดในเมืองไทยคะ

กญ.กัญพัจน์ : เริ่มที่แรงบันดาลใจก่อนนะคะ ทาง Vistra และ Suntory Wellness มีความเห็นตรงกันว่า คนสมัยนี้มีไลฟ์สไตล์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีการใช้เครื่องมือสื่อสารในชีวิตประจำวันเยอะ ความเครียด ความวิตกกังวล ก่อให้เกิดปัญหาด้านการนอนที่ไม่ได้มีแต่ในผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ แต่เดี๋ยวนี้คนที่มีปัญหาเรื่องการนอน มีอายุลดลงเรื่อย ๆ พบว่าคนวัย 20 ปลาย หรือ 30 ต้น ก็เริ่มพบปัญหานี้แล้ว ปัญหาการนอน เช่น นอนไม่หลับ หรือนอนแล้วแต่ไม่สดชื่นหลังการตื่นนอน ทำให้เราไม่สามารถดึงศักยภาพในตัวเองออกมาใช้ได้เต็มที่ ส่งผลกระทบกับการทำงาน การเรียน และการใช้ชีวิต เราพบว่าภาพรวมของคนกว่า 40%

มีปัญหาเรื่องการนอน และทาง Suntory Wellness ก็มีผลิตภัณฑ์ขายดีในญี่ปุ่นที่ช่วยในเรื่องนี้ได้อยู่แล้ว นั่นคือ Suntory Sesamin EX ที่มีงานวิจัยตีพิมพ์กว่า 40 ฉบับ มีขายมายาวนานกว่า 30 ปีแล้ว ตอนนี้อยู่ในญี่ปุ่นมีคนใช้ผลิตภัณฑ์ตัวนี้ ปีละกว่า 2 ล้านคน ซึ่งในส่วนของ Vistra เราก็ใช้สารสกัด Pure Sesamin Powder จากญี่ปุ่นตัวเดียวกับที่ใช้ใน Suntory Sesamin Ex ทำให้มั่นใจได้เลยว่าในผลิตภัณฑ์ทุกเม็ดของเรา Standardize ปริมาณ Sesamin 10 มิลลิกรัม ตรงตามงานวิจัยของญี่ปุ่นเลย ไม่ใช่ น้ำมันงาดำสกัดที่ขายทั่วไป ผลิตภัณฑ์ตัวนี้ก็คือ Vistra Sesamin Night Time ซึ่งนอกจาก Sesamin แล้วยังมีน้ำมันจมูกข้าว (Rice Germ Oil) ที่มีไขมันดี มีวิตามิน E เป็น Anti-oxidant, L-Theanine, วิตามินบี 12 ซึ่งมีส่วนช่วยในการทำงานของระบบประสาท และสมอง ซึ่งเรานำเข้าวัตถุดิบทั้งหมดมาจากต่างประเทศ

SUNTORY

Introducing VISTRA Sesamin Night Time

Now available in Thailand



กญ.ศศิมา : เคยได้ยินแต่ประโยชน์ของน้ำมันงาในด้านอื่นๆ แต่พอเป็น Pure Sesamin Powder สารตัวนี้มีส่วนช่วยในการนอนหลับได้อย่างไรบ้างคะ

กญ.กัญพิจัม : จริง ๆ Sesamin มีผลงานวิจัยรองรับหลายด้านค่ะ สำหรับเรื่องสุขภาพการนอน Sesamin จะออกฤทธิ์โดยเป็น anti-oxidant ที่ช่วยกำจัด ROS (Reactive Oxygen Species) ซึ่งเป็นอนุมูลอิสระที่จะไปทำลาย เมลาโทนิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนช่วยให้หลับ เมื่อ ROS ลดลง เมลาโทนินก็อยู่ได้นานขึ้น โดยจากประสบการณ์คนที่รับประทาน เสริมคู่กับเมลาโทนิน เขาบอกว่ามีงงตอนเช้าน้อยลง และตื่นแล้วรู้สึกสดชื่นขึ้นไม่เพลียค่ะ ส่วนผู้ที่รับประทานเดี่ยว ๆ ก็แชร์ประสบการณ์ว่าตื่นตอนกลางคืนน้อยลง และตอนเช้าก็รู้สึกสดชื่นขึ้นค่ะ

กญ.ศศิมา : ผลตอบรับในผลิตภัณฑ์ตัวใหม่นี้ เป็นอย่างไรบ้างคะ

กญ.กัญพิจัม : ผลตอบรับดีค่ะ ลูกค้าหลายคนได้ลองแล้วพอใจ ซึ่งก็ตรงกับงานวิจัยของทาง Suntory Wellness ที่บอกว่า Suntory Sesamin Ex ช่วยเพิ่มคุณภาพการนอน และ appearance ได้ หลังรับประทาน ไป 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ค่ะ แล้วด้วยความที่ญี่ปุ่นมีผลิตภัณฑ์ตัวนี้จำหน่ายต่อเนื่องมายาวนานกว่า 30 ปี ทำให้เรามั่นใจในด้านความปลอดภัยมากขึ้นค่ะ

กญ.ศศิมา : อยากให้เล่าบรรยากาศและความประทับใจ จากงาน Launch event Vistra Sesamin Night Time เมื่อวานนี้ที่ SF Cinema CTW น้อยค่ะ

กญ.กัญพิจัม : จาก feedback ผู้ร่วมงานดีมากเลยค่ะ ทุกท่านประทับใจเพราะได้ทั้งความรู้และประสบการณ์การผ่อนคลาย เรามีการเชิญสื่อมวลชนสายสุขภาพ, สายไลฟ์สไตล์ ทั้งไทยและญี่ปุ่นมาร่วมงาน เพื่อรับฟังความรู้เรื่อง Sesamin จากการบรรยายของอาจารย์ธิดา วีรสมัย ผู้ชำนาญการด้านเวชศาสตร์ป้องกัน และท่านยังเป็น หัวหน้าศูนย์ V-Women's Wellness โรงพยาบาลพญาไท 1 และ CEO ของ The Fountain Wellness Clinic เกษรอมรินทร์อีกด้วยค่ะ อาจารย์มาให้ความรู้ในหัวข้อเรื่อง Unlock Sesamin's Secret for Restorative Sleep ทำให้ทราบถึงความสำคัญของการนอนแบบ Restorative Sleep ซึ่งเป็นการนอนที่ช่วยฟื้นฟูร่างกายของเราอย่างแท้จริง ความเครียด ความกังวล ที่ส่งผลต่อฮอร์โมน และ Oxidative Stress ภายในงานเรามีการวัดระดับความเครียด และมีการทำ Sound Bath ด้วยกันเป็นการ Healing ทั้ง Body and Mind ปรับคลื่นสมองทำให้รู้สึกผ่อนคลาย



SUNTORY
MEAL
REPLACEMENT

โปรตีนแน่น ไฟเบอร์มาเต็ม

ทดแทนมื้อเย็นแบบไม่ต้องคิดเยอะ

MATCHA



COFFEE LATTE



COCOA



พลังงาน
200
kcal / ซอง

ไม่เติมน้ำตาลทราย

ประกอบไปด้วยสารอาหาร

ที่เหมาะสมสำหรับการรับประทานต่อ 1 มื้อ



IMPORTED
FROM JAPAN

กณ.ศศิมา : NBD Healthcare มีสินค้าเรือธง (Flagship Product) หลายตัว และแต่ละตัวถือว่าเป็น Market Leader ที่ผู้บริโภคนไทยคุ้นเคยกันดีอยู่แล้ว อย่างเช่น แบรินด์ Vistra, Provamed, Truslen, Veldent แล้วอย่างในส่วนของ Suntory Meal Replacement (MRP) ละคะ มีผลิตภัณฑ์ตัวใดบ้าง

กณ.กัญพจน์ : ตอนนี้ก็มีอยู่ 3 รสด้วยกัน คือ กาแฟ, โกโก้ และมัทฉะ เป็นผลิตภัณฑ์สำหรับทดแทนมื้ออาหารเพื่อควบคุมหรือลดน้ำหนัก โดยรับประทานแทนมื้ออาหารวันละ 1-2 มื้อ ให้สารอาหารครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการใน 1 มื้อ มีโปรตีนถึง 22 กรัมต่อซอง มีใยอาหาร 10 กรัม และมี L-Carnitine แต่ให้พลังงานเพียง 200 kCal ต่อซองเท่านั้นคะ เราอยากให้คุณไทยหุนดี ซึ่งจะนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีตามมาโดยไม่ต้องอดให้เป็นการลดน้ำหนักที่ไม่ต้องทรมาน และยังอร่อยด้วย เพราะนอกจากคุณภาพที่เป็น Japan Quality แล้วรสชาติของ Suntory MRP ยังดีมากด้วยคะ การันตีด้วยรางวัล Superior Taste Award โดยรสโกโก้ ได้ 1 ดาว, และมัทฉะได้ 2 ดาวคะ เราใช้ Premium Matcha จากประเทศญี่ปุ่นด้วย ไม่เติมน้ำตาล ต้มแทนชาสมุนไพรได้เลยคะ



SUNTORY
SUNTORY WELLNESS



VISTRA SESAMIN NIGHT TIME



VISTRA SESAMIN NIGHT TIME





ภญ.ศศิมา : จะเห็นได้ว่า บริษัทฯ มีผลิตภัณฑ์หลายตัวที่ติดตลาดมายาวนานและได้รับการยอมรับทั้งในกลุ่ม Modern Trade และ ร้านขายยา และในรูปแบบ Omni Channel บริษัทฯ มีเคล็ดลับอย่างไรที่สามารถครองใจผู้บริโภคมาได้อย่างยาวนาน ในท่ามกลางกระแสการแข่งขันที่เข้มข้นในปัจจุบัน

ดร.สมศักดิ์ : ในการทำธุรกิจ เรื่องแรกเราต้องซื่อสัตย์ต่อผู้บริโภคในแง่ออนไลน์ เราขายผ่านร้านยา และ พาร์เทนเนอร์ที่มีส่วนสำคัญมากในการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับแบรนด์ ส่วนออนไลน์ เราขายตรงไปที่ผู้บริโภคเราจะไม่ใช้ราคาเป็นตัวตัดสิน เราต้องใช้คุณภาพเป็นจุดขายหลัก เราพยายามให้ทุก Channel โตไปพร้อม ๆ กัน โดยไม่มีปัญหาเรื่องราคา เราพยายามสื่อสารกับผู้บริโภคว่าต้องซื้อจากร้านยาอย่างเป็นทางการ เพื่อป้องกันสินค้าปลอมในส่วนของร้านขายยาที่ขายออนไลน์ด้วย เราออก Authorized Dealer ให้ สมัยนี้เราต้องใช้การขายแบบ Omni Channel เพื่อเชื่อมโยงทุกช่องทางเข้าด้วยกัน เราต้องปรับตัวตามผู้บริโภค จะใช้ช่องทางใดช่องทางหนึ่งก็คงไม่เพียงพอแล้ว แต่เนื่องจากเราเติบโตมาจากการวางจำหน่ายในร้านยา เราจึงไม่ได้เน้นการโฆษณาแบบ Hard Sale บนออนไลน์ เพราะเรายังยึดถือการปฏิบัติตามกฎระเบียบการโฆษณาของ ออย. ซึ่งส่วนมากเรานำเข้าวัตถุดิบจากต่างประเทศและเป็นของดีจริง ต้นทุนสูง แต่เรายังทำตามกฎการโฆษณาของ อ.ย. และไม่ต้องการโฆษณาเกินจริง

ภญ.กัญพัจน์ : จริง ๆ แล้ว เราพยายามจะเข้าถึงผู้บริโภคในทุกช่องทาง แต่เรายังคงยึดร้านยาไว้เป็นช่องทางหลักเพราะเราเติบโตมาจากช่องทางร้านยาเรามี PC หน้าร้าน คอยให้ข้อมูลในร้านยา คอยให้คำปรึกษากับลูกค้า ณ จุดขายภายในร้านยาชั้นนำทั่วประเทศไทย แม้ว่าเราจะมีกรขยายช่องทางการจัดจำหน่ายไปทางออนไลน์มากขึ้นก็ตาม

ภญ.ศศิมา : เกี่ยวกับสัดส่วนการขายสินค้า ในประเทศ ต่างประเทศ เป็นอย่างไร บริษัทฯ มีการส่งสินค้าออกไปจำหน่ายในต่างประเทศ หรือมีตัวแทนจำหน่าย ในประเทศใดบ้าง ในต่างประเทศสินค้าตัวใด ที่ได้รับความนิยมสูงสุดคะ

ดร.สมศักดิ์ : เราเน้นการขายสินค้าในประเทศไทยเป็นหลักในต่างประเทศยังมีไม่มาก น่าจะไม่ถึง 5% ช่องทางหลักในประเทศไทย คือ ร้านยา สินค้าที่ได้รับความนิยมสูงสุดในต่างประเทศ คือ เสริมอาหารแบรนด์ Vistra

ภญ.ศศิมา : เราพบปัญหาด้านการขึ้นทะเบียนในต่างประเทศบ้างหรือเปล่าคะ

ดร.สมศักดิ์ : มีเล็กน้อย ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการ Verify เอกสารมากกว่า จริง ๆ ถ้าเราขึ้นทะเบียนในไทยได้ก็สามารถขึ้นทะเบียนในประเทศเพื่อนบ้านได้หมดเพราะใช้มาตรฐานใกล้เคียงกัน เขา Follow เรา แต่ตอนนี้ที่ขึ้นทะเบียนยากสุดคือ ประเทศเวียดนาม ที่มีการปรับเปลี่ยนในเรื่องเอกสารประกอบการพิจารณาขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง

ภญ.ศศิมา : บริษัท ฯ ผลิตภัณฑ์แบรนด์ของตัวเองในโรงงานของบริษัทฯ เองทุกรายการใช้หรือไม่ มีบริการรับผลิตสินค้า (OEM) ด้วยหรือไม่ มาตรฐานโรงงานผลิตที่ได้รับ มีอะไรบ้าง

ดร.สมศักดิ์ : ตอนนี้เรามีรับทำ OEM ให้แบรนด์อื่นเพื่อขยาย Capacity ของโรงงาน ก็มีแบรนด์ดังอยู่หลายแบรนด์ มาตรฐานการผลิตของโรงงานเราก็เป็นมาตรฐานสากล GMP, HACCP, ISO 22000, FSSC22000 สำหรับผลิตภัณฑ์บางตัว อย่างเช่น Glucosamine บ้านเราถือเป็นยา อันนี้เราต้องจ้างโรงงานอื่นผลิตเพราะเราเป็นโรงงานผลิตเสริมอาหาร ไม่ใช่ยาแต่ที่ให้โรงงานอื่นผลิตให้แบบนี้ถือว่าเป็นสัดส่วนน้อยมาก



กฤษฎิมา : ปัจจุบัน บริษัทฯ เป็น Strategic Partner กับองค์กรใดบ้าง และในด้านใดบ้างคะ

กฤษฎิพัจน์ : เราได้รับความร่วมมือจากทางมหาวิทยาลัยมหิดล ที่มาทำการศึกษาวิจัยเรื่องโภชนาการให้กับ Suntory MRP (Suntory Meal Replacement Product) ก่อนนำผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาด เราอยากให้ผู้บริโภคมั่นใจว่าสิ่งที่เขาบริโภคได้ผลจริงและปลอดภัย เราจึงร่วมมือกับภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ เพื่อทำวิจัยที่ได้มาตรฐานและเชื่อถือได้ งานวิจัยนี้ได้รับการตีพิมพ์ใน Thai Journal of Public Health เมื่อต้นปีที่ผ่านมา โดยทำให้คนไทยที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนตามเกณฑ์เอเชีย ในระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์ น้ำหนักในกลุ่มทดลอง ลดลงเฉลี่ย 0.8 กิโลกรัม, BMI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัดส่วนร้อยละโปรตีนที่ได้รับเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อการรักษามวลกล้ามเนื้อ งานวิจัยนี้จะช่วยสร้างมาตรฐานใหม่ในการทำตลาดผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนช่วยในการควบคุมหรือลดน้ำหนัก ไม่ใช่แค่ขายไลฟ์สไตล์ แต่ขาย "หลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์" ควบคู่ไปด้วย

กฤษฎิมา : แม้ว่าตลาดอาหารเสริมมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง แต่ช่วงนี้หลายคนบอกว่ามีปัญหาเรื่องกำลังซื้อของผู้บริโภคทำให้ใช้จ่ายน้อยลง เกี่ยวกับเรื่องนี้ บริษัทฯ มีความเห็นอย่างไร และบริษัทฯ มีการปรับตัวอย่างไรบ้างคะ

ดร.สมศักดิ์ : ต้องยอมรับว่าผู้บริโภคจะเลือกใช้จ่ายในของที่จำเป็นกันมากขึ้น แต่ในแง่การจัดการตลาดเราก็ต้องมองว่า ในเมื่อ Cake มันไม่ขยายจะอย่างไรให้เรามีก้อน Cake โตขึ้น ก็ก็ต้องเพิ่ม Market Share แต่ที่ผ่านมาถ้ามาดูก่อน Cake ในไทยในกลุ่มอาหารเสริมยังคงมีการเติบโตตลอด แต่มันโตในส่วนของผู้เล่นขนาดเล็ก ขายสินค้าราคาไม่แพง แต่ Vistra เป็น Premium Food Supplement Brand ดังนั้น หากดูในเรื่องราคาและ size form เราอาจจะไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่เติบโตมากเหมือนแบรนด์ที่เพิ่งเข้ามาเน้นช่องทางออนไลน์ และขายราคาไม่แพง เราจึงต้องปรับตัว จึงต้องออกสินค้าให้ตรงกับความต้องการของตลาด อย่าง Sesamin เป็นตัวอย่างที่ชัดเจน เราอยู่ในตลาดกลุ่ม Health & Beauty ถึงกลุ่ม Health จะเติบโต แต่กลับพบว่ากลุ่ม Beauty ไม่ได้เติบโตเท่าที่ควร เพราะผู้บริโภครู้สึกว่าไม่ทันใจ อย่างคนกินคอลลาเจนกว่าจะเห็นผลมันใช้เวลา สู้เดินเข้าคลินิกมันสวยไวกว่า (หัวเราะ) ดังนั้น เรามองว่าโอกาสของ บริษัทฯ ยังมีอยู่มาก เราก็ต้องพัฒนาทั้ง Product และ Service ที่ตอบโจทย์ความต้องการ

ของลูกค้า เราต้อง Resilient ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ แต่เราก็ยังไม่ได้ทิ้งด้าน Beauty แต่จะให้เราปรับตัว โดยการออก Sub-brand ให้มีราคาถูกลง ลดคุณภาพลง อันนี้เราไม่ทำเด็ดขาด เรามองเรื่อง Safety และ Quality เป็นหัวใจหลักของสินค้า แม้ว่าระยะหลัง ๆ ผู้บริโภคไม่ได้มองแค่เรื่อง Health & Beauty แต่มองด้าน Lifestyle เพิ่มขึ้น อย่างเช่น เรื่อง Longevity เรื่องกระดูกและข้อเข่าที่มันมี Demand ในส่วนนี้ เราจึงต้องจัดให้มีสินค้าในกลุ่มนี้ เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าด้วย

กญ.ศศิมา : อนาคตของวงการเสริมอาหารของไทย มองว่าจะเป็นไปในทิศทางใด อะไรน่าจะ in อะไรน่าจะ out ปัจจุบัน แนวโน้มของสินค้าที่มาแรง และเป็นสินค้าที่มีแนวโน้มการเติบโตดี คือ สินค้ากลุ่มใด และ บริษัทฯ มีผลิตภัณฑ์ตัวไหนบ้างในกลุ่มนี้คะ

ดร.สมศักดิ์ : จริง ๆ มันก็ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงเท่าไร ตัวที่เคยฮิตแล้วหายไป ก็กลับมาฮิตเป็นกระแส อีกรอบ ตอนนี้ในต่างประเทศเขาฮิตไปถึงสารพวก NAD+, NMN แต่ในไทยยังไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้ Trend เรื่อง Beauty ตอนนี้คนที่เข้าคลินิกเสริมความงามเริ่มมีอายุน้อยลง เพราะเขาใส่ใจดูแลเรื่องความสวยงามมากขึ้น คนไม่รอ ดังนั้นจะเห็นว่าสินค้าในกลุ่ม Health, Wellness, Wellbeing ยังคงเป็นที่ต้องการของตลาดและมีแนวโน้มการเติบโตดี ส่วนอะไรน่าจะ in อะไรน่าจะ out อันนี้ต้องกลับมาดูที่ Consumer Centric ดูว่าผู้บริโภคต้องการหาอะไร ตอนนี้ pain point เรื่องการนอน มันมีค่อนข้างเยอะ อันนี้จึงน่าจะมา ส่วนตัวที่นิยมใช้กันตลอดทุกยุค ก็ยังคงนิยมอยู่ ไม่มี Out ก็อย่างเช่น กลุ่ม Fish Oil, Lecithin อีกกลุ่มที่กำลังมาแรงก็คือ เสริมอาหารกลุ่ม Bone, Brain, Eye Health, Longevity

กญ.กัญพจน์ : มันก็อาจจะเป็นกระแสเป็นเทรนด์แบบเป็นช่วง ๆ แต่ตัวที่ได้รับความนิยมตลอด ก็จะเป็นกลุ่มสำหรับคนที่ชอบใส่ใจตัวเอง จะเป็นกลุ่ม Health อย่างเช่น Fish Oil ส่วน Astaxanthin ก็จะมีอยู่ในกลุ่ม Health & Beauty เพราะเป็น Anti-aging ที่น่าเชื่อถือ มีงานวิจัยรองรับ จึงมีแนวโน้มเติบโตดี เราใช้วัตถุดิบแบรนด์ AstaReal จากญี่ปุ่น ซึ่งเป็นแบรนด์ที่มีในท้องตลาดมายาวนานและมีงานวิจัยรองรับ หรือในกลุ่ม Basic Care อย่าง Zinc ที่เรานำเข้าวัตถุดิบจากประเทศอเมริกา ก็จะเป็นตัวที่ขายได้ต่อเนื่อง ส่วนของ Beauty เราก็จะมี Acerola Cherry, Gluta Complex และ Collagen ค่ะ

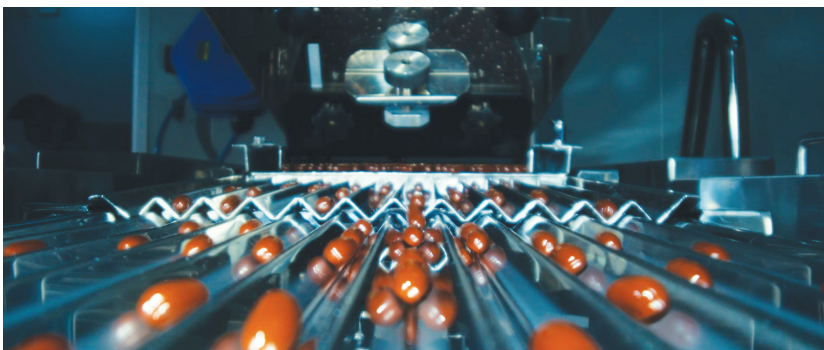
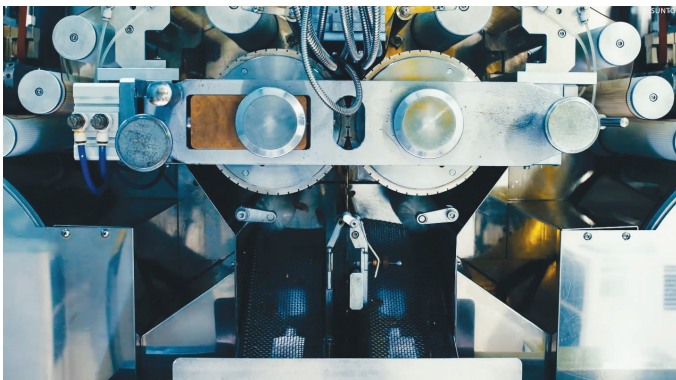


กก.ดร.สุวิทย์ : ในแง่ของ R&D ของ Suntory Wellness ทางเราก็สามารถ Access มาใช้ประโยชน์ได้ หรือมี Technology Transfer กันได้ใช่มั้ยครับ

กญ.กัญพจน์ : ใช่ค่ะ รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนความรู้ และ ingredient ที่มีงานวิจัยรองรับ ในอนาคตเราก็จะใช้ ingredient ที่มีงานวิจัยรองรับของเขามากขึ้น เรามีการแลกเปลี่ยนบุคลากร R&D ของเราไปศึกษาดูงานกับ R&D ของเขา ทิศทางต่อจากนี้ก็จะเน้น Quality และ Safety มากขึ้น เราจะเป็น Top Brand ที่คนไทยจะเลือกใช้เมื่อนึกถึงสินค้ากลุ่มเสริมอาหาร ยิ่งได้รับการผสมผสานระหว่างความเชี่ยวชาญด้านพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของ Suntory Wellness ก็ถือว่าเป็นการเสริมจุดแข็ง ทั้งทางด้านของนวัตกรรมและความน่าเชื่อถือให้กับแบรนด์ Vistra มากขึ้น

กญ.ศศิมา : เรานำเข้าวัตถุดิบเข้ามาจากญี่ปุ่น แบบนี้ต้นทุนก็น่าจะสูงนะค่ะ

กญ.กัญพจน์ : ใช่ค่ะ อย่างที่เรียนว่า Suntory จะไม่ Compromise เรื่อง Quality และ Safety ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญมากกว่าผลกำไร จริง ๆ มีหลาย Ingredient ที่เราสนใจแต่ถ้าไม่ผ่าน SSI หรือ Suntory Science Institute หรือยังมีข้อมูลด้านความปลอดภัยไม่เพียงพอ เราก็จะไม่ทำ



กญ.ศศิมา : แนวโน้มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ทำจากสมุนไพรไทย บริษัทฯ มีโครงการจะทำผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ หรือไม่ อย่างไร

กญ.กัญพจน์ : เรามีผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรจีน เป็นแผ่นแปะบรรเทาปวด ที่เป็นสินค้านำเข้าจากไต้หวัน ชื่อ Pharmica ในส่วนของสมุนไพรไทย ตอนนี้อคิดว่ายังไม่ได้ทำ เพราะต้องขึ้นทะเบียนโรงงานใหม่

กญ.ศศิมา : ปัญหา/อุปสรรค ของการทำธุรกิจสาย Health & Beauty ในประเทศไทย มีอะไรบ้าง และเราก้าวข้ามผ่านปัญหาเหล่านั้นมาได้อย่างไรคะ

กญ.กัญพจน์ : ส่วนหนึ่งคงเป็นเรื่อง Business Integrity เรื่อง Overclaim หลายแบรนด์ที่เห็นเคลมเกินกว่าที่มีงานวิจัยรองรับ ทำให้เกิดการ abuse ของผู้บริโภค ปัญหานี้ทำให้แบรนด์ดี ๆ ได้รับผลกระทบไปด้วย ซึ่งแบรนด์ Vistra จะเคร่งครัดในเรื่องนี้มาก เราสื่อสารอย่างตรงไปตรงมาภายใต้ข้อกำหนดของ อย. อย่างเคร่งครัด เราเน้นการสร้างแบรนด์ด้วยคุณภาพ มาตรฐาน ความปลอดภัยมากกว่า ทำให้ผู้บริโภคเชื่อมั่น และผู้บริโภคก็ทราบข้อมูลเหล่านี้ดีอยู่แล้ว เขาถึงเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ของเรา

ดร.สมศักดิ์ : แบรนด์ Vistra เรามีมาเกือบ 30 ปี ไม่เคยมีข่าวเสียหาย ผู้บริโภคให้ความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์ของเรา ส่วนเรื่อง standard ต่าง ๆ ที่เราได้รับ จริง ๆ เราทำ Over standard ด้วยซ้ำ ตั้งแต่ก่อนที่ Suntory Wellness จะเข้ามาด้วยซ้ำ เพราะผู้บริหารของบริษัทฯ มองว่า เราทำสิ่งนี้เพราะเราเชื่อว่า **คุณภาพคือหัวใจของธุรกิจของเรา**

กญ.ศศิมา : อยากให้พูดถึง รางวัล / ความประทับใจ ที่เคยได้รับมีอะไรบ้างคะ

กญ.กัญพจน์ : รางวัลที่เรามีความภาคภูมิใจอย่างมาก นั่นคือ รางวัล Brand of the year จาก World Branding Award ประเทศอังกฤษที่มอบให้แบรนด์ Vistra มา 2 ปีซ้อน ถือเป็นการยกระดับแบรนด์ไทยสู่แบรนด์ชั้นนำของโลก นอกจากนี้เรายังได้รับรางวัล HWB (Watsons Health, Wellness & Beauty) Awards จากWatsons สำหรับผลิตภัณฑ์ Astaxanthin 3 ปีซ้อน และเพิ่งได้รับรางวัล Best Selling Awards สำหรับ Zinc และ Fish Oil จาก EVEANDBOY อีกด้วยค่ะ ส่วนในด้านของรสชาติความอร่อยของผลิตภัณฑ์กาแฟ Truslen ของเรารันตีด้วยรางวัล Superior Taste Award มาต่อเนื่องหลายปี รวมทั้ง Suntory MRP ผลิตภัณฑ์ใหม่จาก Suntory Wellness ก็ได้รับรางวัล Superior Taste Award ทั้งรสโกโก้ และมัทฉะ

กญ.ศศิมา : นอกจากธุรกิจด้านอาหารเสริมและผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริษัทฯ มีความสนใจในธุรกิจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือไม่ เช่น ธุรกิจด้าน Wellness, Wellbeing หรือไม่ อย่างไรคะ

ดร.สมศักดิ์ : เรามองว่าเราต้องทำในสิ่งที่เราเชี่ยวชาญ หรือถนัดก่อน นั่นคือเรื่องของ Product ที่มี Innovation มีหลักฐานงานวิจัยรองรับ เราเชี่ยวชาญด้านการคัดเลือกวัตถุดิบมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้บริโภค แต่ในส่วนของ Vision เราจะมุ่งไปที่การ Inspire the brilliant of life นั่นคือ การส่งเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี เมื่อมีสุขภาพดี เขาจะสามารถเปิดศักยภาพของตนเอง และเข้าถึงความงดงามของชีวิตได้



VISTRA

ตอกย้ำความปังด้วย
รางวัลยอดขายอันดับ 1

VISTRA 2 ปีซ้อน

วิสตรา ตอกย้ำความภาคภูมิใจ 2 ปีซ้อน
ด้วยรางวัล BRAND OF THE YEAR 2023 - 2024, 2024 - 2025
สาขา VITAMINS & SUPPLEMENTS (THAILAND)
จากเวที **WORLD BRANDING AWARDS** ประเทศอังกฤษ

WORLD BRANDING AWARDS BRAND OF THE YEAR
VITAMINS & SUPPLEMENTS - THAILAND
2024 - 2025

วิสตรา
• ตอกย้ำความสำเร็จไม่หยุดยั้ง
• ชนะการแข่งขันระดับโลก 2 ปีซ้อน ในสาขาวิตามินและสารอาหาร
• ครอบคลุมผลิตภัณฑ์กว่า 50 ชนิด ในเครือวิสตรา
โทร. 3712/2567

VISTRA วิสตรา แอสตาแซนธิน

มีคุณภาพเชื่อถือได้
ทุกแคปซูล

ได้ CERTIFICATE OF AUTHENTICITY จาก AstaReal®
ว่ามีการใช้วัตถุดิบจากธรรมชาติ สารสกัดสาหร่ายสีแดง
จากประเทศญี่ปุ่น

AstaReal

ส่วนประกอบ VISTRA ด้วยโปรตีนพืชคุณภาพ
www.vistra.co.th

VISTRA ตอกย้ำทุกความเชื่อมั่น

การันตีรางวัลสุดยอดสินค้าขายดี 3 ปีซ้อน

WORLD HWB AWARDS 2024

รางวัลอันดับ 1
กลุ่มผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อสุขภาพและความงาม
ระดับผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับโลก

ภก.วิชา : เกี่ยวกับเรื่องของ CSR เรามีกิจกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสังคมอะไรบ้างครับ

ดร.สมศักดิ์ : จริง ๆ กิจกรรมเหล่านี้เราทำมาตลอด เราใส่ใจเรื่องชุมชนและสิ่งแวดล้อมมาก จะเห็นได้ว่าเราย้ายโรงงาน ซึ่งเดิมเคยอยู่ที่ซอยนวลจันทร์ที่นี้ไปอยู่ที่ลำลูกกา ด้วยเหตุผลของการเติบโตของชุมชนเมืองด้วย

ภญ.ศศิมา : ผ่าอะไรถึงท่านผู้อ่านวารสาร “ยานำรู้” ค่ะ

ภญ.กัญพจน์ : ผลิตภัณฑ์ของเราพัฒนาจาก clinical research และมี ingredient ที่มี data รองรับทั้งด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย รวมถึงคุณภาพการผลิตในระดับ Suntory Standard จึงมั่นใจได้ว่าเราไม่ได้แค่ ‘ขายของ’ แต่ส่งมอบคุณค่าให้ผู้บริโภคอย่างแท้จริง เพื่อสุขภาพที่ดีในทุก ๆ วัน อยากให้เภสัชกรหน้าร้านได้ใช้ศักยภาพและองค์ความรู้ที่มีในการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้บริโภค แนะนำผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพไปให้ถึงมือผู้บริโภค ซึ่งเป็นจุดแข็งของร้านยา ในปัจจุบันความรู้ด้าน Wellness และ Anti-aging เข้ามาในประเทศไทยค่อนข้างเยอะ แต่คนที่จะมีความรู้จริงในเรื่องนี้ยังมีไม่มาก เภสัชกรสามารถจะ Review Paper หรือค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ความรู้กับผู้บริโภค ถึงแม้ผู้บริโภคส่วนหนึ่งจะมีความรู้เบื้องต้นจากการสืบค้นข้อมูลมาบ้าง แต่เขาก็คงอยากได้ข้อมูลยืนยันจากเภสัชกรอยู่ดี เภสัชกรยังต้องมึบทบาทตรงนี้ พร้อมทั้งปรับตัวโดยใช้สื่อที่เข้าถึงผู้บริโภค เพื่อให้ความรู้ของเราเป็นประโยชน์ในวงกว้างขึ้น



Suntory เรามีความเชื่อว่า Nature is the spirit of the planet ธรรมชาติคือจิตวิญญาณ หรือคือหัวใจสำคัญของโลกใบนี้ เราจึงมุ่งมั่นที่จะจุดประกายความงดงามแห่งชีวิต ด้วยการรังสรรค์ประสบการณ์อันเปี่ยมคุณค่าแก่ผู้คน อย่างกลมกลืนไปกับธรรมชาติ ดึงสิ่งดี ๆ จากธรรมชาติ มาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อการดูแลใส่ใจตัวเอง ผ่านการค้นคว้า วิจัย พัฒนาโดยใช้นวัตกรรม เราจึงต้องทุ่มเทอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อสร้างสรรค์คุณค่าเฉพาะตัวที่โดดเด่นเป็นเอกลักษณ์ในทุกผลิตภัณฑ์ และยังแบ่งปันคุณค่าเหล่านี้ ให้ลูกค้าของเราทั่วโลกได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คุณภาพ คือหัวใจสำคัญของ Suntory ที่ไม่เพียงแค่เป้าหมาย แต่เป็น “คำมั่นสัญญา” ที่เราทำเพื่อให้ผู้บริโภคมั่นใจว่าจะได้รับสินค้าที่มีคุณภาพดีที่สุด จากการคัดสรรวัตถุดิบที่ดีที่สุด เราจึงจัดตั้ง Suntory Monozukuri Standard เพื่อการจัดการคุณภาพ และความปลอดภัยอย่างยั่งยืน เพราะรอยยิ้มของลูกค้า คือ ทุกสิ่งทุกอย่างสำหรับเราจะ

ผู้บริหาร บริษัท เอ็นบีดี เฮลท์แคร์ จำกัด และ บริษัท ซันโทรี เวลเนส จำกัด
และกองบรรณาธิการวารสารยานำรู้



1. กญ.ศศิมา อางสงคราม

3. กญ.กัญพจน์ สิกิริคุณกิตติ์

5. ภก.ดร.สุวิทย์ ธีรกุลชน

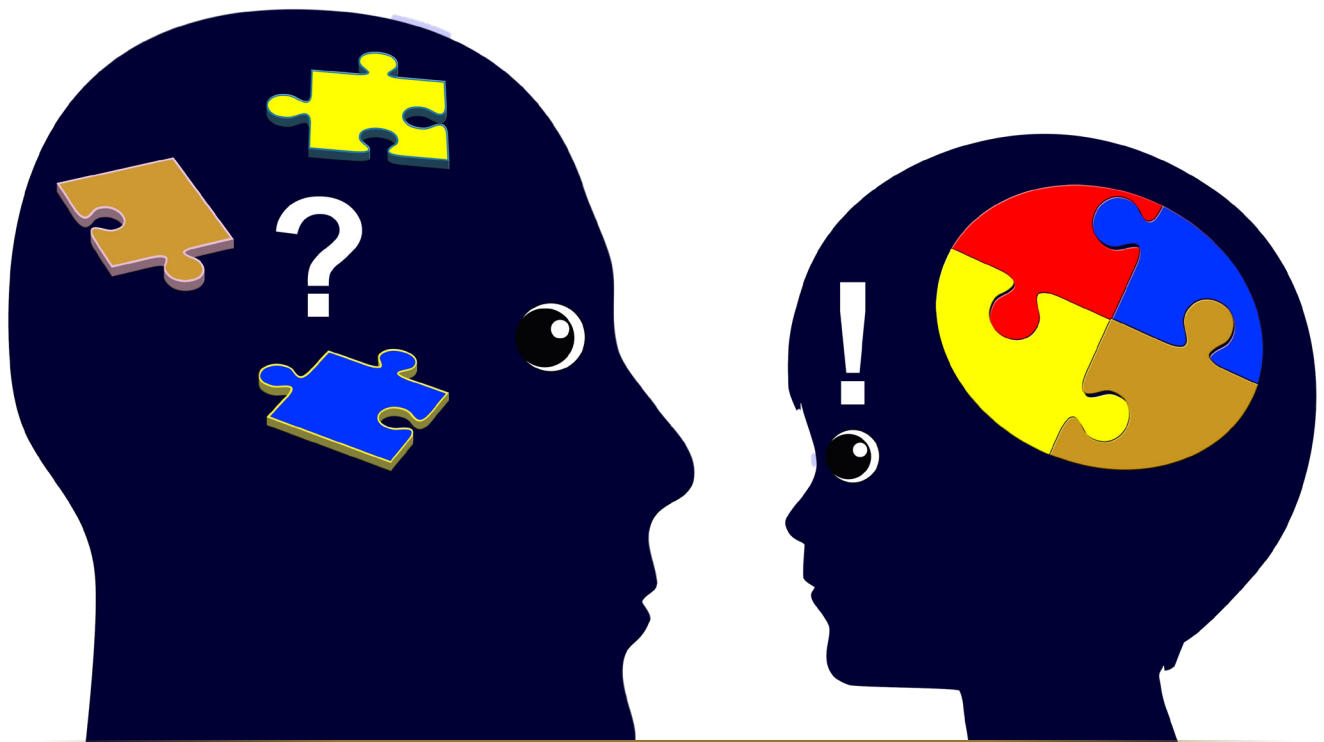
2. กญ.ดร.พิกุล เสียงประเสริฐ

4. ดร.สมศักดิ์ กวีไตรภพ

6. ภก.วิชา สุกุมาวาสี

บทสัมภาษณ์ในวันนี้ ยิ่งเป็นเครื่องตอกย้ำให้เราเห็นภาพที่ชัดเจนว่า การ Synergy นั้นทำให้ 1+1 ไม่ได้เท่ากับ 2 แต่กลับพบเท่าทวีคูณอย่างมหาศาล จะเห็นได้จากผลิตภัณฑ์ตัวแรกที่เกิดจากความร่วมมือระหว่าง บริษัทNBD Healthcare ของไทยและบริษัท Suntory Wellness ของญี่ปุ่น นั่นคือ **VISTRA Sesamin Night Time** ที่ประสบความสำเร็จอย่างงดงามด้วยพื้นฐานที่แข็งแกร่ง จากทั้ง 2 บริษัท ทั้งด้านการตลาด และนวัตกรรม ด้วยการสนับสนุนจาก Suntory Wellness ทำให้แบรนด์ Vistra สามารถเข้าถึงการวิจัยและพัฒนาขั้นสูง นวัตกรรมต่าง ๆ และมาตรฐานความปลอดภัยและคุณภาพระดับประเทศญี่ปุ่นที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล อีกทั้งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้ถูกออกแบบมาเพื่อตอบโจทย์ผู้บริโภคชาวไทยโดยเฉพาะ สามารถเริ่มขยายช่องทางการตลาดได้ทันที อีกทั้งยังเป็นการขยายฐานการตลาดสู่ต่างประเทศ เช่น สิงคโปร์ และได้หวัน รวมถึงประเทศอื่นๆ ในอนาคตอีกด้วย

นับจากนี้ ประเทศไทย และประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีความสัมพันธ์ทางการทูต มีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม และมีความผูกพันของคนใน 2 ประเทศมายาวนาน จะยิ่งแน่นแฟ้นยิ่งขึ้น ท่ามกลางความร่วมมือทางธุรกิจ ที่จะรังสรรค์ประโยชน์ สร้างงาน สร้างรายได้ สร้างรอยยิ้ม และสุขภาวะที่ดีให้กับคนไทยทุกคนสมดังเจตนารมณ์ของ Suntory Wellness ที่จะมุ่งเน้นการส่งมอบสุขภาพและความงดงามของชีวิตที่สมบูรณ์ให้กับทุกคนอย่างยั่งยืนสืบไป



การสื่อสารกับเภสัชกร Gen Z ให้มีประสิทธิภาพ

การเปลี่ยนแปลงของรุ่นในสถานที่ทำงานเป็นสิ่งที่ไม่มีวันหลีกเลี่ยงได้ เภสัชกรสูงอายุที่มีประสบการณ์ยาวนานต้องเผชิญหน้ากับการทำงานร่วมกับคนรุ่นใหม่ ซึ่งในที่นี้คือ Gen Z ที่เพิ่งเริ่มต้นทำงาน หรือที่เรียกว่า First Jobber ความแตกต่างของช่วงวัยนำไปสู่ความท้าทายในการทำงานได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารกับเภสัชกรรุ่นใหม่ ต้องปรับให้เข้ากันได้มากยิ่งขึ้น

เข้าใจลักษณะเด่นของ Gen Z

Gen Z เติบโตขึ้นพร้อมกับเทคโนโลยีและโลกดิจิทัล พวกเขามีความคุ้นเคยกับการใช้เทคโนโลยีสื่อสารที่ทันสมัย เช่น โซเชียลมีเดีย การประชุมออนไลน์ และแพลตฟอร์มออนไลน์ต่างๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้การสื่อสารกับพวกเขาต้องเน้นที่ใช้เทคโนโลยีเป็นหลัก เนื่องจากเป็นสิ่งที่เขาถนัดและไม่จำเป็นจะต้องใช้ความพยายามมากเท่ากับการสื่อสารแบบดั้งเดิม เช่น การประชุมที่ออฟฟิศ หรือการพบกันแบบ Face-to-Face

ในขณะเดียวกัน Gen Z มักจะค้นหาความหมายที่มีคุณค่าในงานของพวกเขา พวกเขาต้องการเห็นผลงานที่มีผลกระทบต่อภาพรวม และมีความใฝ่ฝันที่จะพัฒนาตนเอง ดังนั้นการสื่อสารจึงควรเน้นที่การสร้างแรงบันดาลใจและการให้คำแนะนำที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้พวกเขาได้มีแรงกระตุ้นในการทำงานต่อไป



เชื่อมโยงประสบการณ์ และวิสัยทัศน์

เกสัชกรรุ่นพี่ที่มีประสบการณ์ที่หลากหลายและมีความชำนาญในด้านต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถนำมาแบ่งปันกับ Gen Z ได้ การเป็นพี่เลี้ยง (Mentor) จึงเป็นหนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพ หลายการศึกษาชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการเป็นพี่เลี้ยงในการเพิ่มทักษะและทัศนวิสัยการทำงานของพนักงานใหม่ การเป็นพี่เลี้ยงช่วยให้พนักงานใหม่สามารถปรับตัวเข้ากับที่ทำงานได้ดียิ่งขึ้น

การสนับสนุนจากผู้มีประสบการณ์ยังช่วยสร้างความมั่นใจและลดความกดดันที่อาจเกิดขึ้นจากงานใหม่ การให้ออกาสในการแสดงความคิดเห็นและสนับสนุนให้พวกเขาได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกสัช Gen Z มีความคุ้นเคยกับระบบการทำงานในปัจจุบันได้ดีมากยิ่งขึ้น

สร้างสภาพแวดล้อมที่เปิดรับการผสมผสานของความคิด

ความสำเร็จในการสื่อสารข้ามรุ่นยังขึ้นอยู่กับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เปิดกว้างและยอมรับความหลากหลายทางความคิด สถานที่ทำงานที่ดีควรยอมรับความแตกต่างและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่สร้างสรรค์ การฝึกฝนทักษะการรับฟังและการตั้งคำถามอย่างสร้างสรรค์จะช่วยเปิดโอกาสให้การสื่อสารเป็นไปอย่างราบรื่นและมีโอกาสสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ (Deal, Altman, & Rogelberg, 2010) เกสัชกร Gen Z ที่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีก็อาจแสดงความสามารถในที่ทำงานได้อย่างน่าทึ่ง

นอกจากนั้น การเคารพในค่านิยมของ Gen Z เองก็มีความสำคัญ คือความชัดเจนในเรื่องของเวลาการทำงาน เวลาทำงานก็คือจะเป็นเวลาที่ทำงานอย่างเต็มประสิทธิภาพ และนอกจากเวลาทำงานคือเวลาพักผ่อนหรือเวลาส่วนตัว การเคารพในเรื่องของเวลากับ Gen Z จะช่วยให้พวกเขาไว้วางใจองค์กร การจัดสรรเวลาให้เหมาะสมเข้ากับสไตล์การทำงาน จึงทำให้ Gen Z ไม่รู้สึกอึดอัดกับที่ทำงาน

unสรุป

การสื่อสารระหว่างเกสัชกรรุ่นพี่กับเกสัชกร Gen Z นั้นต้องการการผสมผสานระหว่างประสบการณ์และความทันสมัย โดยที่ทั้งสองฝ่ายควรทำความเข้าใจและเคารพในความแตกต่าง สร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง การเชื่อมโยงระหว่างการใช้เทคโนโลยีและการสนับสนุนจากผู้มีประสบการณ์จะช่วยให้ทั้งสองฝ่ายสามารถทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและสร้างความสำเร็จที่ยั่งยืน

Reference

1. Francis, T., & Hoefel, F. (2018). 'True Gen': Generation Z and its implications for companies. McKinsey & Company.
2. Oblinger, D. G., & Oblinger, J. L. (2005). Educating the Net Generation. EDUCAUSE.
3. Deal, J. J., Altman, D. G., & Rogelberg, S. G. (2010). Understanding generational differences in the workplace: Findings and conclusions. Journal of Managerial Psychology.



การตั้งราคาในร้านยา

อย่างไร?

ให้มีกำไรอย่างยั่งยืน

และเภสัชกรมีความสุข



ท่ามกลางกระแสการแข่งขันในธุรกิจร้านยา ทั้งจากเซ่นสโตรงขนาดใหญ่ ร้านค้าออนไลน์ และพฤติกรรมผู้บริโภคที่เปลี่ยนไป “การตั้งราคาขาย” กลายเป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความอยู่รอดของร้านยา โดยเฉพาะร้านที่ดำเนินการโดยเภสัชกรเจ้าของกิจการ

การตั้งราคาขายที่เหมาะสมไม่เพียงแต่ช่วยรักษากำไรของร้าน แต่ยังมีผลต่อความรู้สึกรักของลูกค้า ภาพลักษณ์ของร้าน และความเชื่อมั่นต่อวิชาชีพเภสัชกรรมอีกด้วย บทความนี้จึงขอสรุปแนวคิด วิธีการ และหลักการเบื้องต้นในการตั้งราคาขายในร้านยา เพื่อให้เพื่อนร่วมวิชาชีพได้นำไปปรับใช้ในบริบทของตนเอง

สรุป & แนวคิด การตั้งราคาขาย



ประเภทสินค้า	วิธีตั้งราคาที่แนะนำ	ตัวอย่างเปอร์เซ็นต์กำไร	หมายเหตุเพิ่มเติม
ยาสามัญทั่วไป	ต้นทุน + กำไรคงที่ + ตั้งราคาตามร้านโชห่วย	15% คงที่	เช่น พาราเซตามอล, ยาแก้ไอ, ยาท้องเสีย ราคาจึงต้องได้ เน้นปริมาณขาย
ยาที่มีสภาวะการแข่งขันสูง	ตั้งตามราคาลาด + ตรวจสอบราคาคู่แข่งอย่างสม่ำเสมอ	5% - 10%	เช่น ยากลุ่มโรค NCD : เบาหวาน, ความดัน, ไขมัน
ยาจัดตามคำแนะนำ	Value-based + ให้คำปรึกษา + จัดจ่ายโดยเภสัชกร	30% - 50% หรือมากกว่า	เช่น ยาเฉพาะทาง, ยาใช้ตามอาการ, จัดชุดยาเฉพาะบุคคล
ยาน้ำเข้า/ยานอกบัญชี	Value-based + ตั้งตามความหายากและความต้องการ	10% - 20%	เช่น ยาจากต่างประเทศ, ยาที่ไม่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติ
วิตามิน / อาหารเสริม	Market-based + โปรโมชัน + Value-based	20% - 50%	เช่น วิตามิน C, จิงค์, คอลลาเจน
เวชสำอาง	Market-based + จิตวิทยาราคา + โปรโมชัน	30% - 70%	เช่น ครีมบำรุงผิว, กันแดด, แชมพูรักษารังแค
ของใช้สุขภาพ / เครื่องมือแพทย์	Market-based + บวกกำไรคงที่	10% - 30%	เช่น หน้ำกากอนามัย, เครื่องวัดความดัน, เทอร์โมมิเตอร์
สินค้า Clearance	ลดราคาพิเศษ + โปรโมชันล้างสต็อก	กำไรน้อยหรือเท่าทุน	ระบายสินค้าที่ใกล้หมดอายุ, สินค้าขายซ้ำหรือจะเปลี่ยนรุ่น

ความสำคัญของ “ราคาขายยา”

ส่งผลต่อความอยู่รอดและภาพลักษณ์ของร้าน

ทุกวันนี้มีรูปแบบร้านยาที่ตั้งราคาขายแตกต่างกันไปตามทำเลและกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย การตั้งราคาที่ต่ำเกินไป แม้อาจกระตุ้นยอดขายได้ก็จริง แต่หากไม่ครอบคลุมต้นทุนก็จะไม่สามารถหล่อเลี้ยงกิจการให้อยู่รอดได้ ขณะเดียวกัน หากตั้งราคาสูงเกินไปก็อาจทำให้ลูกค้าเปลี่ยนใจไปซื้อร้านอื่น การรักษาสสมดุลระหว่าง **“กำไรต่อหน่วย”** และ **“ปริมาณการขาย”** คือหัวใจสำคัญ ของการบริหารร้านยา เรามาดูว่าการตั้งราคามีความสำคัญอย่างไร?

มีผลต่อภาพลักษณ์และความรู้สึกของลูกค้า

ลูกค้ามักใช้ราคาของยาพื้นฐานที่ซื้อใช้เองบ่อย เช่น พาราเซตามอล หรือยาแก้แพ้ เป็นตัวเปรียบเทียบในเบื้องต้นเพราะเป็นยาที่คุ้นเคย หากพบว่าร้านขายยาแพงกว่าร้านอื่นมาก อาจนำไปสู่ความรู้สึกไม่ไว้วางใจต่อร้านในภาพรวม แม้ว่าจะได้รับการบริการจากเภสัชกรที่มีคุณภาพก็ตาม

สะท้อนความเป็นมืออาชีพของร้าน

ร้านที่มีระบบการตั้งราคาที่โปร่งใส ชัดเจน และสม่ำเสมอ ช่วยสร้างความน่าเชื่อถือทั้งต่อผู้บริโภคและต่อคู่ค้า และยังสะท้อนถึงการบริหารจัดการอย่างมืออาชีพ ราคาขายควรต้องเท่ากันทุกครั้ง

หลักการตั้งราคาขายในร้านยา

การตั้งราคาขายควรพิจารณาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ไม่ควรยึดติดกับสูตรสำเร็จใดสูตรหนึ่ง เนื่องจากแต่ละร้านมีบริบทแตกต่างกัน เช่น ท่าเลที่ตั้งร้าน เป้าประสงค์ในการทำธุรกิจของเจ้าของกิจการ กลุ่มลูกค้า คู่แข่ง และวัตถุประสงค์ของกิจการแตกต่างกันไป เรามาดูว่าแนวทางการตั้งราคามีวิธีการอย่างไร?

1. วิเคราะห์ต้นทุน อย่างละเอียด	2. แบ่งหมวดสินค้า และกำหนด แนวทางกำไร ที่ต่างกัน	3. พิจารณาทำเล และกลุ่มเป้าหมาย	4. ใช้เครื่องมือช่วย ในการคิด ราคาขาย	5. ทดลองและปรับ ตามพฤติกรรม ลูกค้า
รวมทั้งราคาซื้อจากผู้จัดจำหน่าย ค่าขนส่ง ค่าบรรจุ ค่าเสียหาย และค่าใช้จ่ายแฝงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้รู้ต้นทุนที่แท้จริงก่อนตั้งราคา	เช่น ยาพื้นฐาน ตั้งราคาที่แข่งขันได้ ส่วนวิตามิน นำเข้า หรือเวชสำอางอาจตั้งราคาตาม “มูลค่าที่ลูกค้าเห็น”	ร้านใกล้โรงพยาบาล: ควรตั้งราคาที่เข้าถึงง่าย , ร้านในห้าง: อาจตั้งราคาสูงขึ้นได้ โดยแลกกับความสะดวก , ร้านในชุมชน: อาจเน้นความสัมพันธ์และความไว้วางใจมากกว่าราคา	เช่น โปรแกรม Excel หรือซอฟต์แวร์ POS เพื่อช่วยคำนวณราคาขาย โดยอัตโนมัติ ลดความผิดพลาด และทำให้มีระบบในการบริหารมากขึ้น	การตั้งราคาไม่ใช่สิ่งตายตัว ต้องอาศัยการทดลอง ปรับปรุงตามผลตอบรับจากลูกค้า และสถานการณ์ของคู่แข่งในพื้นที่



กลยุทธ์การตั้งราคาที่น่าสนใจ

Cost-plus pricing

ตั้งจากต้นทุนบวกเปอร์เซ็นต์กำไร เช่น 20–30%
เหมาะสำหรับสินค้าเฉพาะกลุ่มหรือที่ไม่มีการแข่งขันสูง

Market-based pricing

อ้างอิงราคาจากร้านใกล้เคียงหรือแพลตฟอร์มออนไลน์
เพื่อให้ราคาไม่แตกต่างจนเกินไปในกลุ่มสินค้ายอดนิยม

Value-based pricing

ตั้งราคาตามคุณค่าที่ลูกค้าได้รับ โดยเฉพาะในกลุ่มเวชสำอาง
อาหารเสริม หรือผลิตภัณฑ์ที่ให้คำปรึกษาเฉพาะทาง

Psychological pricing

เช่น ราคาที่ลงท้ายด้วยเลข 9 (99, 199) หรือการจัดโปรโมชั่น
ซื้อเป็นแพค ลดราคาชุด เพื่อกระตุ้นยอดขาย

โปรโมชั่นเฉพาะช่วงเวลา

เช่น ซื้อ 2 แถม 1, ส่วนลดสมาชิก, แจกของสมนาคุณช่วงฤดูฝน
หรือช่วงที่คนชอบป่วยเป็นโรคหวัด เพื่อเพิ่มยอดขาย
และสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า

พิจารณาจอกฎหมาย

ต้องไม่ลืมว่ายาบางกลุ่ม เช่น ยาควบคุมราคา ต้องตั้งราคาตามที่
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือกรมการค้าภายในกำหนด

สรุป:

“ตั้งราคา”

คือศาสตร์และศิลป์ ของเภสัชกรเจ้าของร้าน

การตั้งราคาขายในร้านยาไม่ใช่เพียง
แค่การกำหนดตัวเลขบนฉลากสินค้า หรือ
อยากจะตั้งราคาตามใจชอบ แต่เป็นเครื่องมือ
สำคัญในการสร้างความมั่นคงให้ร้านยา และ
ยังเป็นกลไกในการสร้างความน่าเชื่อถือ และ
ยืนหยัดอยู่ในวิชาชีพอย่างภาคภูมิ

ในวันที่คู่แข่งทุนใหญ่เติบโตอย่าง
รวดเร็ว สิ่งที่ร้านยาอิสระมี คือความใกล้ชิด
ความใส่ใจ และหัวใจของวิชาชีพ หาก
เราสามารถตั้งราคาขายอย่างเหมาะสม และ
สร้างประสบการณ์ที่ลูกค้ารู้สึกคุ้มค่า ร้านยา
ของเราจะไม่เพียง **“อยู่รอด”** แต่จะ **“อยู่ได้
อย่างมีความสุข”**



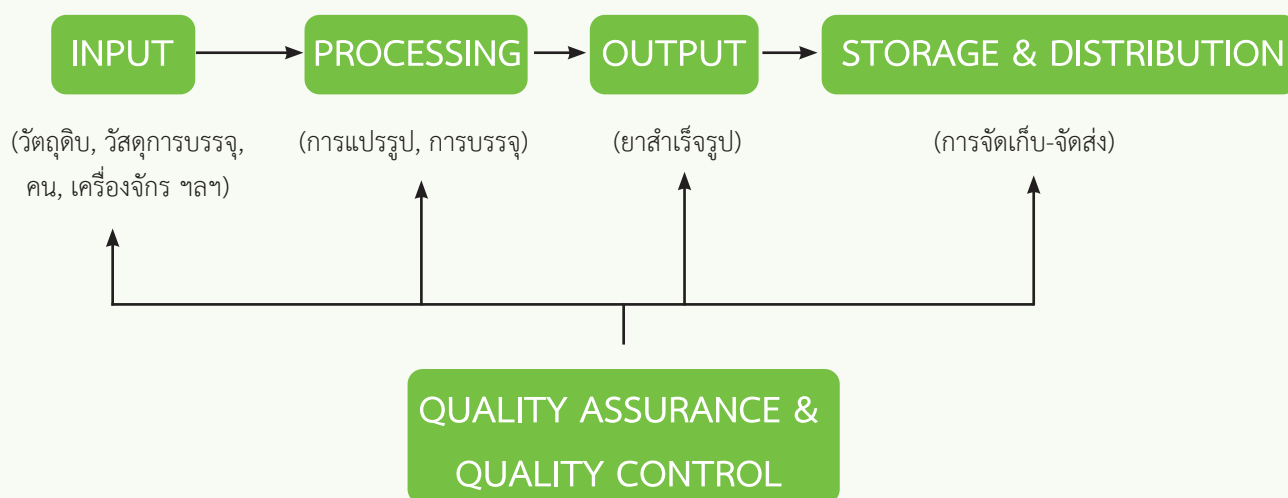


ความเสี่ยง ต่อความผิดพลาดทางยา (Risks of pharmaceutical errors)

โดย ศ.(พิเศษ) ภก. จอมจิน จันทรสกุล

“ยาที่มีคุณอนันต์และมีโทษมหันต์” เป็นวลีที่ได้มีการกล่าวถึงและทราบกับอยู่เสมอโดยเฉพาะนิสิตนักศึกษาที่เรียนทางด้านเภสัชศาสตร์ ความผิดพลาดที่เกี่ยวกับยาอาจเกิดขึ้นได้ในทุก ๆ ขั้นตอนของการได้มาหรือใช้ยา และผลกระทบที่เกิดจากความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงการทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตได้ จึงเรียกว่ามีโทษมหันต์เพื่อให้เห็นถึงความเสี่ยงของความผิดพลาดได้อย่างง่ายขึ้น จึงขอแยกเป็นสองขั้นตอนคือความผิดพลาดที่เกิดจากการได้มาและการใช้ยา

การได้มาซึ่งยาส่วนใหญ่จะไดมาจากการผลิต (Manufacture) ซึ่งอาจจะเป็นยาที่ผลิตโดยผู้ผลิตภายในประเทศ (Local manufacturers) และเป็นยาที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ (Imported products) ขั้นตอนการผลิตยามีความซับซ้อนพอสมควร แม้ผู้ผลิตซึ่งได้รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ผลิตยาที่ผ่านการตรวจสอบมาเป็นอย่างดี แต่โอกาสหรือความเสี่ยงต่อความผิดพลาดอาจเกิดขึ้นได้เสมอในแต่ละขั้นตอนของการผลิต



ผังแสดงถึงขั้นตอนการผลิตยาอย่างคร่าว ๆ

การผลิตยาเริ่มจากการที่ผู้ผลิตจัดให้มีการพัฒนาสูตรตำรับยาที่ต้องการจะผลิตขึ้นมาแล้วนำไปขอขึ้นทะเบียนตำรับยา จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือ อย. กระทรวงสาธารณสุข เมื่อได้รับอนุมัติเลขทะเบียนตำรับแล้วจึงจะดำเนินการผลิตเพื่อการจำหน่ายได้ การผลิตเริ่มจากการจัดหาจัดซื้อวัตถุดิบ วัสดุการบรรจุและนำไปสู่การแปรรูป การบรรจุเป็นยาสำเร็จรูป การจัดเก็บและการจัดส่ง ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะต้องมีการควบคุมและการประกันคุณภาพตลอดห่วงโซ่ของการผลิต

โดยที่ขั้นตอนต่าง ๆ เกี่ยวกับการผลิตมีความซับซ้อน โดยหลักสากลเพื่อป้องกันความผิดพลาดจึงได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีสำหรับการผลิตยาไว้ ที่เรียกว่า Good manufacturing practice หรือ GMP รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดเก็บ และการจัดส่งยา (Good storage and good distribution practice) หรือ GSDP โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศใช้เป็นกฎกระทรวงเพื่อให้มีผลบังคับใช้ทางกฎหมาย

แม้จะมีหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตยาที่กล่าวถึงแล้วนี้ ในทางปฏิบัติมีปัจจัยหลายอย่างที่สามารถเป็นต้นเหตุของความผิดพลาด ซึ่งผู้ผลิตจะต้องพึงระวังและคำนึงถึงไว้เสมอ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

1. ความแปรผันของปัจจัยการผลิต ซึ่งปัจจัยการผลิตและแหล่งของความแปรผัน (Source of variation) ที่สำคัญ ได้แก่

1.1. วัตถุดิบ (Starting materials) วัตถุดิบที่มาจากผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายที่ต่างกัน อาจมีคุณภาพที่ต่างกัน ผู้ผลิตยาสำเร็จรูปจึงต้องป้องกันมิให้เกิดความผิดพลาดที่จะส่งผลต่อยาที่ผลิตและผู้บริโภค โดยเริ่มตั้งแต่การจัดทำข้อกำหนด (Specifications) ของวัตถุดิบแต่ละตัวที่ต้องการนำมาใช้ให้ถูกต้องตรงตามที่ได้ยื่นขอขึ้นทะเบียนตำรับไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และทำการจัดหา จัดซื้อจากแหล่งที่ได้ผ่านการอนุมัติ (Approved source) มีการตรวจรับและการจัดจ่ายสำหรับผลิตตามหลักปฏิบัติที่ดี

ความแปรผันของวัตถุดิบบางครั้งแม้จะมาจากแหล่งผลิตหรือผู้จำหน่ายเดียวกันก็อาจมีความแปรผันเกิดขึ้นได้ เช่น ความแตกต่างในคุณภาพของวัตถุดิบที่เป็นรุ่นที่ผลิต (Batch no.) ที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้ผู้ผลิตยาสำเร็จรูปจึงต้องทำการตรวจสอบวัตถุดิบทุกรุ่นที่รับเข้ามา

นอกจากความแปรผันที่ทำให้เกิดความผิดพลาดแล้ว ความผิดพลาดที่เกิดจากวัตถุดิบยังอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุที่ทำให้ผู้บริโภคได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงได้ เช่น การปิดฉลากบนภาชนะบรรจุวัตถุดิบผิดพลาด การจ่ายวัตถุดิบเพื่อนำไปผลิตชนิดอื่น การปนเปื้อนต่อวัตถุดิบโดยเฉพาะการปนเปื้อนข้ามผลิตภัณฑ์ (Cross-contamination) เป็นต้น

1.2. อุปกรณ์สำหรับการผลิต (Equipment) ความแปรผันที่มาจากอุปกรณ์การผลิตก็อาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุเช่นกัน เช่น การใช้อุปกรณ์ที่มีขนาดแตกต่างกันสำหรับปริมาณการผลิตต่อรุ่นการผลิตที่เท่ากัน ระบบการทำงานของอุปกรณ์แตกต่างกัน ความแตกต่างในสภาพของอุปกรณ์รวมทั้งการบำรุงรักษา การใช้อุปกรณ์การผลิตจึงจำเป็นต้องทำการตรวจรับรอง (Qualification) และการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำหรือการสอบเทียบ (Calibration)

1.3. วิธีการผลิตหรือกระบวนการผลิต (Methods) ความแตกต่างหรือความแปรผันในวิธีการผลิตจะส่งผลกระทบต่อความแตกต่างในคุณภาพของยาที่ผลิตออกมาได้มาก ดังที่กล่าวในตอนต้นแล้วว่า ผู้ผลิตจะต้องพัฒนาสูตรตำรับพร้อมทั้งกำหนดกรรมวิธีในการผลิต ซึ่งกรรมวิธีในการผลิตจะต้องตรวจสอบหรือพิสูจน์ความถูกต้อง (Validation) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าสามารถใช้ในการผลิตยาทุกรุ่นออกมามีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับเกณฑ์ที่กำหนด ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ช้ยาเนื่องจากคุณภาพที่คลาดเคลื่อน

1.4. บุคลากร (Personal) บุคลากรมีความสำคัญมากต่อการป้องกันความผิดพลาดทางยา ทั้งในขั้นตอนการผลิตและการจ่ายยา และมีความผันแปรหลายอย่างจากเรื่องของบุคลากรที่อาจส่งผลกระทบต่อความผิดพลาด สำหรับการผลิตความผันแปรอาจเกิดจากกรณีต่าง ๆ เช่น บุคลากรขาดความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะผู้ที่ป็นหัวหน้างาน (Key personal) บุคลากรมีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ การดูแลเรื่องสุขอนามัย การฝึกอบรมหรือการให้ความรู้แก่บุคลากร ตลอดจนถึงการจัดโครงสร้างขององค์กรที่เหมาะสม

2. ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการผลิตยา (Risks) การบริหารจัดการความเสี่ยงที่อาจเป็นต้นเหตุให้เกิดความผิดพลาดทางยาจากการผลิตมีได้มากเช่นเดียวกัน ที่สำคัญ ได้แก่

2.1. การปนเปื้อนข้าม (Cross-contamination) หรือการปนเปื้อนข้ามผลิตภัณฑ์ ความรุนแรงของความผิดพลาดต่อผู้ช้ยา อาจมีตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตยาได้กำหนดแนวทางในการป้องกันไว้ ความเข้มงวดหรือความแตกต่างในการปฏิบัติตามของผู้ผลิตจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการป้องกันการปนเปื้อนข้ามได้ต่างกัน ผู้ผลิตจึงควรควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันความผิดพลาดทางยาเกี่ยวกับปัจจัยนี้

2.2. ความสับสนปนกัน (Mix-ups) ความผิดพลาดจากความสับสน เกิดจากการกระทำของคนหรือบุคลากรที่มักจะไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางในการปฏิบัติที่ดีซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการผลิตและการจ่ายยา ในการป้องกันความผิดพลาดจากความเสี่ยงในเรื่องนี้ ในทุกขั้นตอนของการผลิต ผู้ผลิตจะต้องจัดให้มีการประเมินความเสี่ยงว่าจะเกิดขึ้นได้อย่างไรหรือจากสาเหตุใด และหาวิธีการป้องกันมิให้เกิดความผิดพลาดขึ้น

2.3. ความไม่สม่ำเสมอจากการผลิต (Inconsistently produced) ผลลัพธ์ที่ผู้ช้ยาได้รับจากความผิดพลาดนี้ คือ ผู้ช้ยาอาจได้รับยาที่มีตัวยาย่อย่มากหรือน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดหรือขนาดที่รับประทาน ความแปรผันที่ทำให้เกิดความไม่สม่ำเสมอในส่วนประสมของตัวยาอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การใช้อุปกรณ์สำหรับการผลิตที่แตกต่างกัน กรรมวิธีในการผลิต การควบคุมการผลิต การใช้วัตถุดิบที่แตกต่างกัน เป็นต้น สำหรับการป้องกันหรือการสร้างความมั่นใจ ผู้ผลิตจะต้องทำการตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการการผลิต (Process validation) ตามวิธีการที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด

3. สิ่งอันตราย (Dangers) ในการผลิตยาอาจมีสิ่งอันตรายเกิดขึ้นกับยาที่ทำการผลิตได้เสมอ หากผู้ผลิตไม่จัดให้มีการป้องกันไว้อย่างดีพอ สิ่งอันตรายเหล่านี้ ได้แก่

- 3.1. ความไม่ถูกต้องทางยา (Pharmaceutical inaccuracy)** ความไม่ถูกต้องทางยาอาจเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ เช่น การพัฒนาสูตรตำรับไม่ดีพอ ขนาดหรือปริมาณของตัวยาไม่ตรงตามที่กำหนด ความผิดพลาดในการใช้วัตถุดิบ ความไม่คงตัวของยา การใช้ภาชนะบรรจุที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น
- 3.2. ความไม่บริสุทธิ์ทางเคมี (Chemical impurity)** ส่วนใหญ่จะเกิดจากวัตถุดิบที่นำมาใช้ในการผลิต เช่น เกรดหรือระดับความบริสุทธิ์ของวัตถุดิบที่นำมาใช้ไม่บริสุทธิ์พอ โดยจะต้องใช้เกรดที่เหมาะสมกับการใช้ผลิตยา (Pharmaceutical grade) วัตถุดิบมีการปนเปื้อนสารเคมีตัวอื่น วัตถุดิบที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในระหว่างการเก็บ เป็นต้น
- 3.3. การปนเปื้อนจุลินทรีย์ (Microbial contamination)** ยาบางชนิดจำเป็นต้องทำให้ปราศจากเชื้อจุลินทรีย์ โดยเฉพาะยาที่ให้โดยการฉีดเข้าร่างกาย (Injectable products) หรือยาที่ใช้กับส่วนของร่างกายที่ง่ายต่อการติดเชื้อจุลินทรีย์ เช่น ยาหยอดตา หรือยาที่ใช้กับบาดแผล
- 3.4. การปนเปื้อนข้าม (Cross-contamination)** หรือการปนเปื้อนข้ามผลิตภัณฑ์ เป็นการที่ยาชนิดหนึ่ง ซึ่งเราต้องการผลิตถูกปนเปื้อนด้วยตัวยาอย่างอื่น ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ถ้าไม่มีการป้องกันที่ดี และอาจส่งผลกระทบต่อผู้ใช้ยาได้มาก สาเหตุของ การปนเปื้อนแบบนี้อาจเกิดจาก ปัจจัยการผลิตแทบทุกชนิดรวมทั้งระบบสนับสนุนการผลิต ยาที่ปนเปื้อนและมีอันตรายสูง ได้แก่ พวกวินิลีน โซลิดอน ยาที่มีความแรงสูง (Potent drug) ยาที่ทำให้เกิดอาการแพ้ เป็นต้น

จากปัจจัยหลัก ๆ ที่อาจเป็นต้นเหตุของความผิดพลาดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว หากผู้ผลิตไม่ได้มีการจัดการป้องกันอย่างเพียงพอ ก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ใช้ยาหรือผู้ป่วยได้ ซึ่งแนวทางในการป้องกันก็คือการยึดปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่ดีในการผลิตยาอย่างเคร่งครัด มีการตรวจประเมินและดำเนินการแก้ไขหากพบข้อบกพร่อง

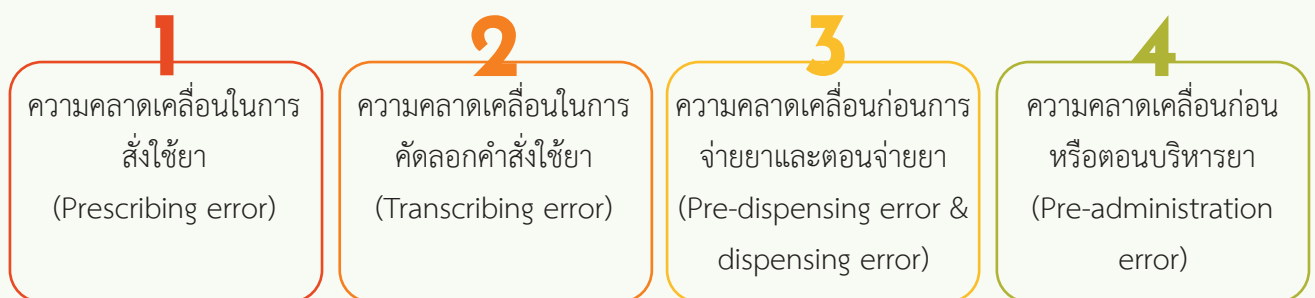
ในห่วงโซ่ของยาอาจแบ่งได้เป็น 2 ขั้นตอนหลัก ๆ คือ ขั้นตอนของการได้มาซึ่งยา ซึ่งก็คือการผลิตยา และขั้นตอนการใช้หรือจ่ายยา ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาลหรือร้านขายยา ความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาดในการใช้หรือจ่ายยา มีโอกาสเกิดขึ้นได้มากและส่งผลกระทบอย่างรุนแรงได้เช่นเดียวกับการผลิตยา



จากบทนำในโครงการวิจัยของเภสัชกรณัฐวุฒิ หลวงเทพ เรื่องการพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ณ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 องค์การคุณภาพด้านการดูแลสุขภาพของสหรัฐอเมริกาได้เผยแพร่รายงานเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยสูญเสียชีวิตเป็นจำนวนมากถึง 44,000-98,000 คนต่อปี โดยความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้มีผู้ป่วยเสียชีวิตถึง 7,000 คนต่อปี การจ่ายยาในโรงพยาบาลในประเทศไทยก็พบความคลาดเคลื่อนเช่นเดียวกัน เช่นกัน การจ่ายยาผิดรูปแบบ จ่ายยาผิดชนิด จ่ายยาผิดความแรงและพิมพ์ฉลากผิด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ทั้งด้านจิตใจและอาการป่วย และพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นเหตุการณ์ที่อาจเป็นสาเหตุหรือส่งผลให้ผู้รับบริการใช้ยาไม่ถูกต้องหรืออาจเป็นอันตราย แม้ว่ายาจะอยู่ภายใต้การควบคุมของบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ป่วยหรือผู้บริโภคนยา ความคลาดเคลื่อนอาจเกิดขึ้นโดยเนื้อหาหรือกระบวนการทางวิชาชีพ รวมถึงการสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่งใช้ยา การติดฉลากยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ข้อมูล การติดตามและการใช้ยา

ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาตามพันธกิจของวิชาชีพแพทย์ วิชาชีพเภสัชกรรมและวิชาชีพพยาบาล สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่



การป้องกันและการจัดการความคลาดเคลื่อนไม่ว่าในโรงพยาบาลหรือในร้านขายยา จึงมีความสำคัญมากต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะเภสัชกรซึ่งเป็นผู้มีบทบาทโดยตรงในการจ่ายยาให้ผู้ป่วย การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศของเภสัชกร ณัฐวุฒิ หลวงเทพ จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และยังสามารถช่วยลดระยะเวลาในการทำรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ดูแลระบบ การศึกษานี้จะเน้นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ถ้าจะเน้นถึงการป้องกันความเสี่ยงต่อความผิดพลาดทางยาในภาพรวม ซึ่งเริ่มตั้งแต่การได้มาซึ่งยาหรือการผลิต ดังกล่าวถึงแล้วในตอนต้น สำหรับในโรงพยาบาลหรือร้านขายยาก็มีวิธีการที่ดีในการปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงของความผิดพลาด คือหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจ่ายยาในโรงพยาบาล (Good dispensing practice) และหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีสำหรับการขายยา (Good pharmacy practice)

สำหรับในโรงพยาบาลมีหลักการหรือระบบการจัดการที่ออกมาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันความผิดพลาดทางยาจากหลายหน่วยงานเช่นกัน เช่น ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) เรื่อง “หลักการ用药ที่ถูกต้องและปลอดภัย” พ.ศ. 2561 ของศูนย์ศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ เรื่อง “ระบบการจัดการด้านยาในโรงพยาบาลคุณภาพ” พ.ศ. 2560 และของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล เรื่อง “มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล พ.ศ. 2561” เป็นต้น และมีคู่มือและมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งเกณฑ์หรือมาตรฐานต่าง ๆ เหล่านี้ถ้ามีการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดก็จะช่วยป้องกันความผิดพลาดทางยาสำหรับการจ่ายหรือใช้ในโรงพยาบาลได้มาก

ส่วนการจ่ายยาในร้านขายยานั้น ตามกฎหมายจะต้องจ่ายโดยเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามที่แจ้งไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ความผิดพลาดทางยาในร้านขายยาอาจเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกัน เพื่อป้องกันความผิดพลาดจึงได้มีการกำหนดเกณฑ์หรือมาตรฐานในการปฏิบัติงานสำหรับร้านขายยาออกมาเช่นกัน เช่น ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์และวิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยฯ พ.ศ. 2557 ประกาศสำนักคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการผ่านการตรวจประเมินตามวิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน พ.ศ. 2559 นอกจากนี้สภาเภสัชกรรม ด้วยความร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้จัดทำเกณฑ์สำหรับการตรวจรับรองร้านยาคุณภาพ โดยสภาเภสัชกรรมได้ออกเป็นข้อบังคับปี พ.ศ. 2562 มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในร้านยาคุณภาพ

ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ

- 1 ด้านสถานที่อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ
- 2 ด้านการบริหารจัดการ เรื่องคุณภาพ
- 3 ด้านการบริหารเภสัชกรรมที่ดี
- 4 ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ และ จริยธรรมจรรยาบรรณทางวิชาชีพ
- 5 ด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน และสังคม



ร้านขายยาที่ผ่านการรับรองร้านยาคุณภาพจากสภาเภสัชกรรม จึงสามารถสร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อความผิดพลาดทางยาได้มากยิ่งขึ้น สำหรับเกณฑ์การปฏิบัติสำหรับร้านขายยาที่เป็นสากลก็คือ Good pharmacy practice (GPP) หรือหลักวิธีปฏิบัติที่ดีสำหรับเภสัชกรชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางในการปฏิบัติ (Guideline) ที่พัฒนาขึ้นด้วยความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก (World health organizations, WHO) และสมาพันธ์เภสัชกรรมระหว่างประเทศ (International pharmacy federation, FIP)

ซึ่งแนวทางในการปฏิบัตินี้จะถูกปรับปรุงเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมสำหรับการปฏิบัติ โดยเน้นที่ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Patient-centered care) องค์ประกอบที่สำคัญของ GPP คือเรื่องของจรรยาบรรณ (Ethical considerations) การสื่อสาร (Communication) การดูแลผู้ป่วย (Patient-centered care) การจ่ายยา (Medication dispensing) การติดตามผลการให้ยา (Monitoring medication effects) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Promoting rational use of medicine) การยึดติดกับมาตรฐาน (Adherence to standards) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Health promotion and disease prevention) การให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ (Collaboration with other health professional) และการรักษาสมรรถนะของการประกอบวิชาชีพ (Maintaining professional competency)

ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบจะบอกถึงว่าเภสัชกรควรจะทำหรือเป็นอย่างไร เภสัชกรผู้เป็นเจ้าของร้านขายยาหรือเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยาจึงควรหรือต้องปฏิบัติตาม GPP อย่างเคร่งครัด

จากที่กล่าวถึงมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าความเสี่ยงต่อความผิดพลาดทางยาอาจเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งจากการผลิต การขายและการจ่ายยา และเมื่อเกิดขึ้นแล้วอาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้ยาถึงขั้นรุนแรงได้ การป้องกันความผิดพลาดจึงเป็นเรื่องจำเป็นและเป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง การป้องกันความผิดพลาดควรยึดปฏิบัติตามหลักเกณฑ์หรือแนวทางในการปฏิบัติที่ตัวอย่างเคร่งครัดจึงจะช่วยให้สามารถลดหรือป้องกันความผิดพลาดทางยาได้



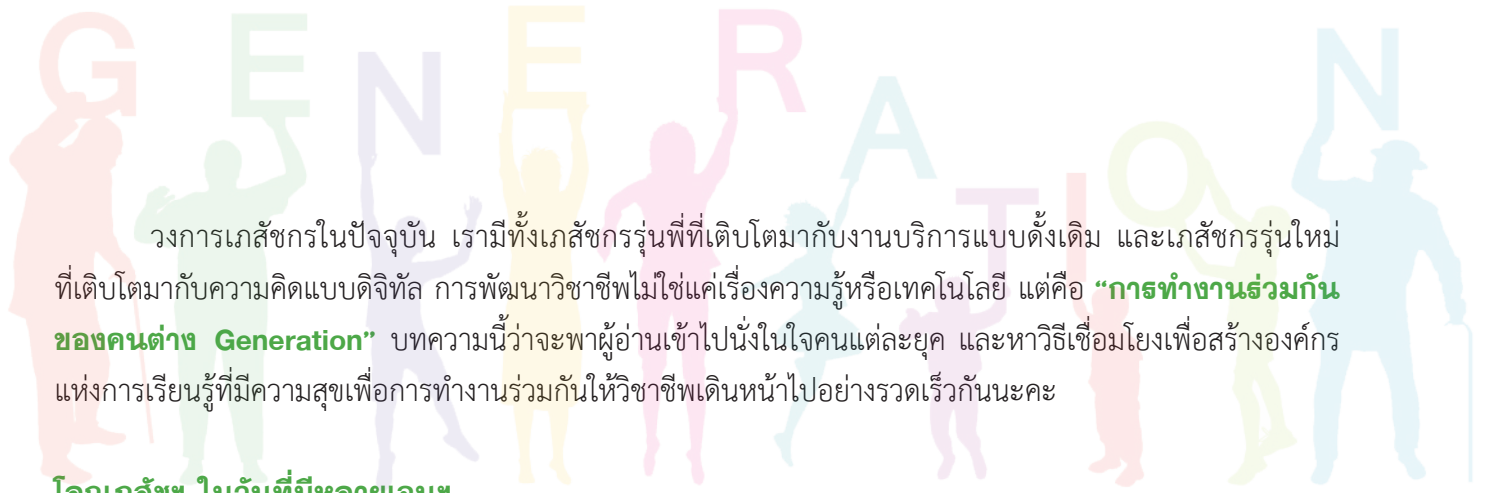
เอกสารอ้างอิง

1. จอมจิน จันทรสกุล, เอกสารประกอบคำสอน เรื่อง “หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตยา”
2. คณัฐวุฒิ หลวงเทพ, โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อวางแผนการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ณ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
3. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโรงพยาบาล พ.ศ. 2561
4. World Health Organization (WHO), Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: Standards for quality of pharmacy service, 2011



ที่แตกต่าง ทำให้เราคิดไม่เหมือนกัน เราจะพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรร่วมกันอย่างไร

วลิตติ์ ท่านผู้อ่านทุกท่านคะ วารสารยานาัฐฉบับนี้จะชวนทุกท่านมามีส่วนร่วมในการช่วยกันคิดและช่วยกันพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมกันนะคะ แต่เราจะช่วยกันพัฒนาไปอย่างไรให้สามารถไปได้ไกลกว่าเดิม โดยที่ไม่ทะเลาะกันไปก่อนตรงกลางทาง นี่คือโจทย์ใหญ่ที่สำคัญของทุกวงการ ในวันที่โลกเปลี่ยนเร็วและความหลากหลายมากขึ้น ขณะที่วิชาชีพเภสัชกรรมก็ไม่อาจหยุดนิ่งอยู่กับที่ได้ และหนึ่งในความท้าทายที่สำคัญที่สุดของการพัฒนาวิชาชีพในปัจจุบัน คือ **“ความแตกต่างระหว่าง Generation”** ซึ่งไม่ใช่แค่เรื่องอายุ แต่คือวิถีคิด พฤติกรรม และค่านิยมที่ต่างกันอย่างลึกซึ้ง ถ้ามองว่าการคิดไม่เหมือนกันนั้นผิดไหม ผู้เขียนก็ขอตอบตรงนี้เลยว่า ไม่มีใครผิดอย่างแน่นอน แต่จะยอมรับความคิดของกันและกันได้แค่ไหน นี่ต่างหากคือโจทย์ที่เราต้องก้าวข้ามไป เพราะการที่คน ๆ หนึ่งมีความคิดและพูดถึงดังกว่าคนอื่น ก็ไม่ได้หมายความว่าคน ๆ นั้นจะคิดถูกในสายตาผู้ฟังคนอื่น ๆ ทุกคนเสมอไป ถ้าจะโทษใครสักคน ก็ขอให้โทษไปที่คำว่า **“ความแตกต่างของ Generation”** ซึ่งสมัยก่อน เราเคยใช้คำว่า **“ช่องว่างระหว่างวัย”** นั่นเอง ถ้าอย่างนั้นเรามาทำความเข้าใจความคิดและพฤติกรรมคนแต่ละ Gen กันดีกว่าว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น

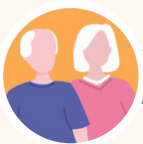


วงการเกษียณในปัจจุบัน เรามีทั้งเกษียณรุ่นพี่ที่เติบโตมากับงานบริการแบบดั้งเดิม และเกษียณรุ่นใหม่ ที่เติบโตมากับความคิดแบบดิจิทัล การพัฒนาวิชาชีพไม่ใช่แค่เรื่องความรู้หรือเทคโนโลยี แต่คือ **“การทำงานร่วมกันของคนต่าง Generation”** บทความนี้จะพาผู้อ่านเข้าไปนั่งในใจคนแต่ละยุค และหาวิธีเชื่อมโยงเพื่อสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีความสุขเพื่อการทำงานร่วมกันให้วิชาชีพเดินหน้าไปอย่างรวดเร็วกันนะค่ะ

โลกเกษียณ ในวันนี้มีหลายเจนฯ

ในอดีตการทำงานในสายวิชาชีพเกษียณกรรม อาจมีการส่งต่อแบบรุ่นสู่รุ่นอย่างเป็นธรรมชาติ แต่วันนี้ร้านยา โรงพยาบาล หรือแม้แต่สมาคมวิชาชีพต่าง ๆ ล้วนมีคนจากหลากหลาย Generation ที่มาทำงานร่วมกัน ตั้งแต่คนยุค Baby Boomer ที่ผ่านยุคของโรคระบาด สงครามโลกและเศรษฐกิจถดถอย คน Gen X ที่โตมาต้องมีความอดทนที่ดียิ่งสำหรับชีวิตและงาน คน Gen Y ที่อยากสร้างการเปลี่ยนแปลงให้กับสังคม ไปจนถึง คน Gen Z ที่โตมาพร้อมกับไวไฟและการออนไลน์ การใช้ชีวิตอยู่ใน TikTok หรือถามข้อมูลทุกอย่างจาก ChatGPT มากกว่าคุยกับคนในบ้าน เมื่อแต่ละคนเกิดมาคนละยุค และมีการเติบโตมากับบริบทที่ต่างกัน แต่กลับมีเป้าหมายเดียวกันคือ การจะร่วมมือกันพัฒนา **“วิชาชีพเกษียณกรรม”** จะทำได้อย่างไร? งั้นเราต้องเข้าใจกันก่อน

ทำความเข้าใจคนแต่ละ GENERATION ในวงการเกษียณ กันก่อน



Baby Boomer (เกิดก่อนปี 1965)

เป็นกลุ่มคนที่เติบโตในยุคหลังสงครามโลก มีความยึดมั่นในความซื่อสัตย์และเกียรติแห่งวิชาชีพ มีความมุ่งมั่นทุ่มเทในการทำงาน แนวคิดหลัก คือ “เกษียณต้องเสียสละเพื่อคนไข้” พวกเขาคือรากฐานของวิชาชีพเกษียณกรรมในประเทศไทยอย่างแท้จริง

พฤติกรรมเด่น

ทำงานหนัก อดทน ยอมเสียสละ ยอมตายเพื่อองค์กร

สิ่งที่สำคัญ

การเคารพลำดับชั้น ความอาวุโส และจริยธรรมวิชาชีพ

มุมมอง

มองว่าวิชาชีพเกษียณกรรม คือ หน้าตาที่ใช้ประชาชน



Gen X (1965 – 1980)

กลุ่มนี้เติบโตมากับความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนผ่านจากยุคอะนาล็อกเป็นเทคโนโลยี ยุคแรก เป็นคนที่มีความยืดหยุ่นสูง ชอบคิดวิเคราะห์ และปรับตัวได้ดี

พฤติกรรมเด่น

เน้นความสมดุลทั้งด้านการงานและการใช้ชีวิต ไม่ยึดติดระบบเก่ามากเกินไป

สิ่งที่สำคัญ

ความมั่นคง กับ ชีวิตอิสระ ต้องสมดุลกัน

มุมมอง

มองว่าวิชาชีพ คือ ทั้งอาชีพและพื้นที่สร้างคุณภาพชีวิต

ทำความเข้าใจคนแต่ละ GENERATION

ในวงการเกสัชฯ กันก่อน



Gen Y (1981 – 1996)

กลุ่มนี้เรียกว่า "ชาว Millennials" เติบโตมาพร้อมกับอินเทอร์เน็ต มีความเชื่อว่า “งานต้องมีความหมาย” และต้องสามารถเติบโตได้

พฤติกรรมเด่น

แสวงหาความท้าทาย และการยอมรับ

สิ่งให้ความสำคัญ

เมื่อมีโอกาสพัฒนาจะมีการ Feedback ทันที และ ต้องการความยืดหยุ่นในการทำงาน

มุมมอง

มองว่าวิชาชีพ คือ พื้นที่สร้างคุณค่าให้กับสังคม และตนเอง



Gen Z (เกิดหลังปี 1997)

เป็นกลุ่มคนรุ่นที่เติบโตมากับไวไฟ เทคโนโลยี วิดีโอสั้น และข้อมูลแบบเรียลไทม์ เรียนรู้ไว มีแนวคิดแบบกล้าเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมเด่น

คิดนอกกรอบ ทำหลายอย่างพร้อมกันได้ดี

สิ่งให้ความสำคัญ

ความเร็วในการตอบสนองความต้องการต่าง ๆ การมีชีวิติอิสระ และMentorship ที่เข้าใจ

มุมมอง

มองว่าเกสัชกรไม่จำเป็นต้องอยู่ในกรอบเดิม สามารถเป็นนักวิจัย นักสื่อสารสุขภาพ หรือ Creator ได้

เจาะพฤติกรรม-ความคิด-ค่านิยมของเกสัชกรแต่ละ Generation

Generation	Baby Boomer (เกิดก่อน1965)	Gen X (1965–1980)	Gen Y / Millennials (1981–1996)	Gen Z (1997 เป็นต้นไป)
ปีเกิดโดยประมาณ	ผ่านยุคยากลำบาก มั่นคงชยัน	สมดุลชีวิตกับงาน ปรับตัวเก่ง	ทำงานเพื่อความ หมาย	โตมากับเทคโนโลยี และข้อมูล
แนวคิด-พฤติกรรม	ยึดหลักการ เน้นคุณธรรม จงรักภักดีต่อองค์กร	ยืดหยุ่น เน้นประสิทธิภาพ	แสวงหาการพัฒนา ชอบ feedback	ชอบเรียนรู้จากวิดีโอ ชอบทดลอง
จุดแข็ง	ประสบการณ์สูง มองภาพรวม	เชื่อมโยงคนรุ่นเก่า รุ่นใหม่ได้ดี	เก่งดิจิทัล ทำงานเร็ว	ริเริ่มสิ่งใหม่ใช้โซเชียล เป็น
ความท้าทาย	ปรับตัวช้าเรื่องเทคโนโลยี	ระวังเรื่อง burnout	เปื่อง่ายไม่ทนต่อ ระบบล้าสมัย	อาจขาดทักษะการ สื่อสารกับคนหลากหลาย

Insight : ในร้านยา หรือองค์กรวิชาชีพ รุ่น Baby Boomer อาจยังเป็นกรรมการ สมาคม หรือหัวหน้าหน่วย ขณะที่รุ่น Gen Z เป็นเกสัชกรรุ่นใหม่ - แต่ทุกคนมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การพัฒนาวิชาชีพ

GENERATION

ความต้องการที่ต่างของแต่ละ Generations – ทั้งในฐานะ “ผู้ให้บริการ” และ “ลูกค้า”

ความแตกต่างระหว่าง Generation ไม่ได้มีแค่ในทีมเกสซอร์เท่านั้น แต่ยังสะท้อนออกไปยัง “ลูกค้า” ที่แต่ละคนมีพฤติกรรมซื้อและความต้องการบริการที่ต่างกันด้วย ซึ่งมีความแตกต่างกันดังนี้

ลูกค้า Baby Boomer และ Gen X	ลูกค้า Gen Y และ Z
- มองร้านยาเป็นแหล่งพึ่งพาแบบครอบครัว - ความต้องการที่มีต่อเกสซอร์ : ต้องการ “เกสซอร์ที่มีเวลาให้” เพื่อปรึกษาปัญหาสุขภาพ ผลการตรวจร่างกาย และการใช้ยาอาหารเสริม สมุนไพร เพื่อรักษาโรคของตนอย่างละเอียด - ให้ความสำคัญกับยี่ห้อ และคุณภาพมากกว่าราคา	- เสิร์ชข้อมูลก่อนมาพบเกสซอร์ และมีเป้าหมายใจมาแล้ว - คาดหวังบริการรวดเร็ว มีรีวิว มีโซเชียลให้ติดตาม - ชอบสินค้าที่มีความพิเศษ เช่น แบรินด์ที่มีแนวคิดด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพองค์รวม หรือ personalization แต่ในขณะเดียวกัน - ขณะที่เกสซอร์รุ่นใหม่อยากทำแคมเปญสุขภาพบน TikTok แต่รุ่นพี่ก็อาจมองว่าเสียเวลา และผิดกฎ - เกสซอร์รุ่นเก่าอาจกลัวความผิดพลาดจากการใช้ระบบดิจิทัล แต่เกสซอร์รุ่นใหม่อาจอยากให้มีระบบจัดยาอัตโนมัติ

ความต่างเล็ก ๆ เหล่านี้หากไม่พูดคุยกัน ก็จะกลายเป็นประเด็นความขัดแย้งขึ้นมาได้ในที่สุด แม้ว่าจะเป็นความแตกต่างเพียงเล็กน้อย แต่ก็อาจกลายเป็นประเด็นลูกลตามมาได้ในอนาคต

แนวโน้มรสนิยม ความต้องการซื้อ/บริการ และมุมมองต่อวิชาชีพของแต่ละ Generation

Generation	Boomer	Gen X	Gen Y	Gen Z
มุมมองต่อวิชาชีพ	ต้องรับใช้ประชาชน รักษาเกียรติวิชาชีพ	วิชาชีพคือเครื่องมือดูแลชีวิตคนและเลี้ยงชีพ	อยากเป็นเกสซอร์ที่ “มีความหมาย” และทันสมัย	วิชาชีพคือ “พื้นที่สร้างความเปลี่ยนแปลง”
สิ่งที่ “ต้องการ” จากการทำงาน	ความมั่นคง การได้รับค่าตอบแทน	การมีอิสระในงาน และสมดุลการใช้ชีวิต (work-life balance)	ต้องการการยอมรับ และโอกาสเติบโต	ต้องการคนให้คำปรึกษา (Mentorship) และความยืดหยุ่น (Flexibility)
รสนิยมการใช้สินค้า/บริการ	เลือกสินค้าแบบดั้งเดิม ยี่ห้อที่คุ้นเคย	เน้นสินค้ามีคุณภาพ คมคาย	สนใจสุขภาพ-ความงาม ยาใหม่ เวชสำอาง	ชอบแบรนด์ที่มีจุดยืน เช่น sustainable, cruelty-free

แนวโน้ม: ลูกค้า Gen Y และ Z ต้องการบริการที่รวดเร็ว โปร่งใส ใช้ดิจิทัล—เกสซอร์ต้องปรับวิธีคิดและบริการให้สามารถเข้ากับเทรนด์พฤติกรรมของผู้บริโภคในยุคสมัยปัจจุบัน

เชื่อมความต่างของน้อง-พี่ สร้างพื้นที่ร่วมอย่างเข้าใจ

01

สร้างพื้นที่
ปลอดภัยใน
การพูดคุย
(Psychological
Safety)

- เปิดโอกาสให้ทุกคนพูดได้ โดยไม่มีการด่วนสรุปหรือลดทอนคุณค่า
- ถามมากกว่าบอก ฟังมากกว่าวิจารณ์

02

เคารพใน
“คุณค่าของคน
แต่ละรุ่น”

- รุ่นพี่ Boomer: มีภูมิปัญญาและประสบการณ์
 - รุ่นน้อง Y/Z: มีไอเดียใหม่ รู้จักเครื่องมือดิจิทัล
- หากผสมผสานสองพลังนี้ จะได้ทั้ง “ความถูกต้อง” และ “ความทันสมัย”
ในการนำมาพัฒนาวิชาชีพ

03

ตั้งทีม
ข้ามรุ่น
(Cross-Gen
Team)

- ให้รุ่นพี่เป็นที่ปรึกษา (Mentor) ในการวางจริยธรรมการทำงาน
- ให้รุ่นน้องรุ่นใหม่เป็น Facilitator ในการใช้เทคโนโลยี / การจัดการระบบใหม่

04

ใช้การสื่อสาร
แบบที่เหมาะสม
แต่ละรุ่น

- รุ่นพี่ Boomer: พูดคุยตรงๆ ด้วยความเคารพ
- รุ่นพี่-น้อง X/Y: ผสมผสานทั้งพูดคุย สไลด์ ข้อมูล และตัวอย่างจริง
- รุ่นน้อง Z: ใช้ภาพ อินโฟกราฟิก วิดีโอสั้น

วิชาชีพที่เติบโต คือวิชาชีพที่เรียนรู้ร่วมกัน

การพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรม ไม่ได้วัดที่ว่า “ใครเก่งกว่า” แต่คือ “เราสร้างสิ่งใหม่ด้วยกันได้มากแค่ไหน”
สิ่งที่องค์กรวิชาชีพ หรือหน่วยงานในระบบสุขภาพต้องมี คือ:

- วัฒนธรรมแห่งความเข้าใจและการฟังกัน
- การยอมรับว่าความแตกต่างคือทรัพยากร
- กลไกเชิงโครงสร้าง เช่น ระบบ Mentor-Mentee, เวทีเสนอไอเดียข้ามรุ่น, การเรียนรู้ร่วมกันในรูปแบบที่หลากหลาย

ดิฉันเชื่อว่าคนทุกเจนเนอเรชั่น ก็มีความคิดคล้าย ๆ กัน คือ
หากเราสร้างสภาวะทำงานร่วมกันแบบเคารพกันขึ้นมาได้ เราจะไม่ใช่แค่ “อักษาวิชาชีพ”
ไว้ได้เท่านั้น แต่เราจะ “ทำให้วิชาชีพเดินก้าวหน้า” ได้อย่างมีชีวิต ชีวา เต็มไปด้วยความสุข
ทุกคนมีความภูมิใจและรู้สึกปลอดภัยในการทำงานภายใต้วิชาชีพนี้
ดังนั้นการพัฒนาจึงไม่ใช่แค่ “การสอน” แต่นี่คือ “การเรียนรู้ร่วมกัน” นั่นเอง



หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกร

พงศธร มีสวัสดิ์สม ภบ., Ph.D.

ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

CPE

3 Credits

PATHOPHYSIOLOGY AND PHARMACOLOGIC TREATMENT for Central Neuropathic Pain for Pharmacists



บทคัดย่อ



ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทของระบบประสาทส่วนกลาง (central neuropathic pain) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดจากพยาธิสภาพของสมองหรือไขสันหลัง ที่ทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และมักตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่ดี การดูแลรักษาภาวะนี้จึงมีความซับซ้อนและต้องอาศัยองค์ความรู้เฉพาะทาง บทความฉบับนี้รวบรวมข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคในระดับเซลล์และโมเลกุล ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงของ ion channels, ตัวรับสารสื่อประสาท และกระบวนการอักเสบของระบบประสาท พร้อมทั้งนำเสนอการจำแนกกลุ่มอาการตาม ICD-11 ตลอดจนหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนการใช้ยาต่าง ๆ ที่ใช้บ่อยในการรักษา เช่น tricyclic antidepressants, serotonin norepinephrine reuptake inhibitors, gabapentinoids, tramadol และยาอื่น ๆ บทความนี้ยังสรุปข้อควรระวังในการใช้ยาในผู้ป่วย central neuropathic pain โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ การเฝ้าระวังการทำงานของไต และอันตรกิริยาระหว่างยา ซึ่งเป็นพื้นฐานการพิจารณาทางคลินิก การติดตามการใช้ยา และการสื่อสารกับผู้ป่วยเบื้องต้นให้แก่เภสัชกร

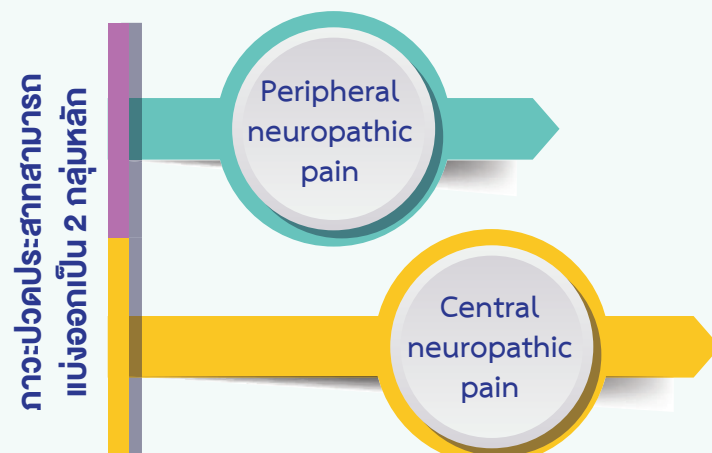
คำสำคัญ : ปวดเรื้อรัง, ปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทของระบบประสาทส่วนกลาง, การรักษาด้วยยา, ยาด้านเศร้า, กาบาเพนตินอยด์
chronic pain, central neuropathic pain, pharmacologic management, antidepressants, gabapentinoids

บทนำ



ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) เป็นหนึ่งในรูปแบบของความเจ็บปวดที่สร้างภาระทางสุขภาพในระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลกและสมาคมระหว่างประเทศเพื่อการศึกษาความปวด (International Association for the Study of Pain, IASP) ได้ให้นิยามไว้ว่า “Neuropathic pain is pain caused by a lesion or disease of the somatosensory nervous system”¹ กล่าวคือ เป็นอาการปวดที่มีสาเหตุชัดเจนจากความเสียหายหรือพยาธิสภาพของระบบประสาทรับความรู้สึก ซึ่งแตกต่างจากอาการปวดทั่วไปที่อาจเกิดจากการอักเสบหรือความเสียหายของเนื้อเยื่ออื่น เช่น กล้ามเนื้อหรือข้อ **ภาวะปวดประสาทสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก** ตามตำแหน่งของระบบประสาทรับความรู้สึกที่มีโรคหรือได้รับความเสียหาย¹ ได้แก่

- **Peripheral neuropathic pain** เกิดจากความเสียหายของเส้นประสาทนอกระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เส้นประสาทแขนขา ตัวอย่างที่พบบ่อย เช่น เบาหวาน (diabetic neuropathy) ผลจากยาเคมีบำบัด (chemotherapy-induced neuropathy) เช่น vinca alkaloids, platinum compounds การติดเชื้อไวรัส (postherpetic neuralgia) และ การบาดเจ็บของเส้นประสาท (traumatic nerve injury)
- **Central neuropathic pain** เกิดจากพยาธิสภาพในระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ สมองและไขสันหลัง โดยมีสาเหตุสำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) การบาดเจ็บของไขสันหลัง (spinal cord injury) และ โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) Peripheral neuropathic pain จะเป็นกลุ่มที่มีงานวิจัยและแนวทางการรักษาที่แพร่หลายกว่า แต่ central neuropathic pain กลับมีความซับซ้อนในการวินิจฉัยและรักษา ทั้งยังมีผลกระทบที่รุนแรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการตอบสนองต่อยามักต่ำ และอาการปวดมักยืดเยื้อ



จากการรวบรวมข้อมูลเชิงระบาดวิทยาระดับนานาชาติ² พบว่าความชุกของ central neuropathic pain ตามโรคที่เป็นสาเหตุมีดังนี้ central post-stroke pain (CPSP) ซึ่งมีความชุกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมประมาณร้อยละ 11 และสูงถึง 50 ในกลุ่มที่มีรอยโรคใน medulla, thalamus หรือ operculo-insular cortex ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury), มีความชุกของ neuropathic pain สูงถึงร้อยละ 53 โดยส่วนมากเป็นลักษณะของ CNP ในกลุ่มผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 26 มีอาการปวดแบบ neuropathic ที่ปลายแขนขา และในกลุ่มที่เป็น neuromyelitis optica อาการปวดแบบศูนย์กลางอาจพบได้ถึงร้อยละ 80 ส่วนในประเทศไทยมีรายงานข้อมูลจากคลินิกของโรงพยาบาลศิริราช พบผู้ป่วย central neuropathic pain ประมาณร้อยละ 27 ของผู้ป่วย neuropathic pain ทั้งหมด (503 คน) และพบผู้ป่วยที่มีทั้ง peripheral และ central neuropathic pain ได้ร้อยละ 10³ คาดว่าอุบัติการณ์ของ central neuropathic pain มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเมื่อจำนวนผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวนมากที่มีอาการปวดประสาทศูนย์กลาง มักเริ่มต้นจากการช้อยยาบรรเทาปวดด้วยตนเอง โดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง เกสัชกรจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นด่านแรกของการคัดกรอง วิเคราะห์ลักษณะอาการ และแนะนำแนวทางการรักษาที่มีหลักฐานรองรับ ไม่ว่าจะอยู่ในร้านยา ชุมชน หรือโรงพยาบาลทุกระดับ

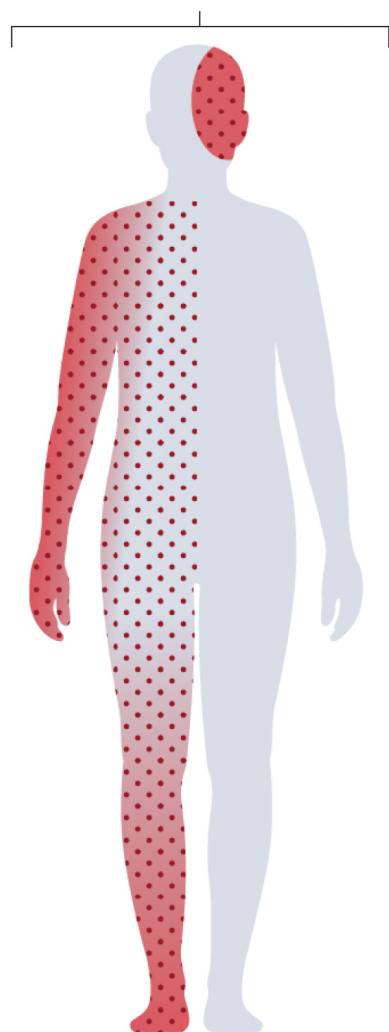
เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้เภสัชกรทุกกลุ่มมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะปวดประสาทศูนย์กลาง โดยครอบคลุมตั้งแต่การจำแนกประเภท สาเหตุ กลไกการเกิด แนวทางการใช้ยา และประเด็นเชิงปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยที่แม่นยำและการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดภาระของโรคและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระบบสุขภาพไทย

ลักษณะอาการปวด

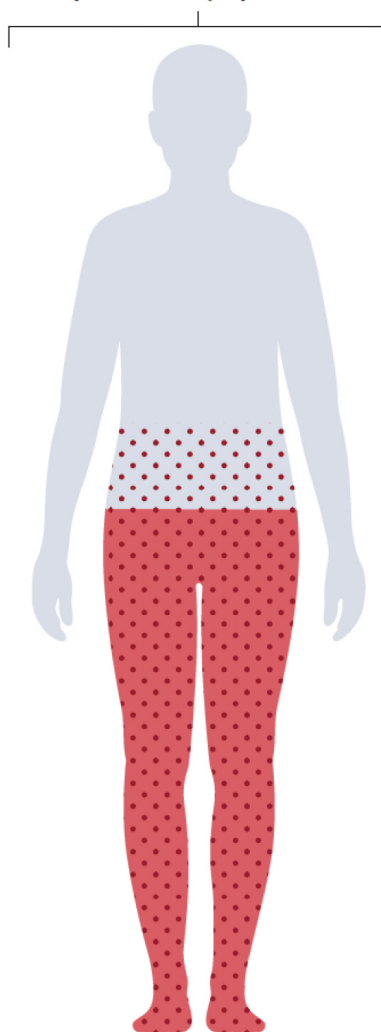


Central neuropathic pain มีลักษณะความปวดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous) และความปวดที่คงอยู่ต่อเนื่อง (ongoing pain) หรือความปวดที่เกิดเป็นช่วง ๆ (intermittent pain) และอาจมีอาการปวดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นร่วมด้วย (evoked pain) เช่น ปวดจากสิ่งกระตุ้นที่ไม่ควรก่อให้เกิดความปวด (allodynia) หรือการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เจ็บปวดมากกว่าปกติ (hyperalgesia) ซึ่งเกิดขึ้นกับสิ่งกระตุ้นประเภทความร้อน (thermal stimuli) หรือแรงกล (mechanical stimuli) บริเวณที่ปวดมักเกิดขึ้นกับบริเวณที่มีการรับรู้สัมผัสผิดปกติ โดยเฉพาะการรับรู้อุณหภูมิ โดยลักษณะทางคลินิกที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย คือ แนวโน้มของระดับความรุนแรงของอาการปวดที่เพิ่มขึ้นจากบริเวณใกล้ลำตัว (proximal) ไปยัง บริเวณที่อยู่ห่างออกไป (distal) โดยที่ความปวดรุนแรงมากขึ้นในบริเวณปลายแขนขา ซึ่งการกระจายของการรับรู้สัมผัสผิดปกติ และอาการปวดที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างกันไปตามโรคที่เป็นสาเหตุของ central neuropathic pain (รูปที่ 1)

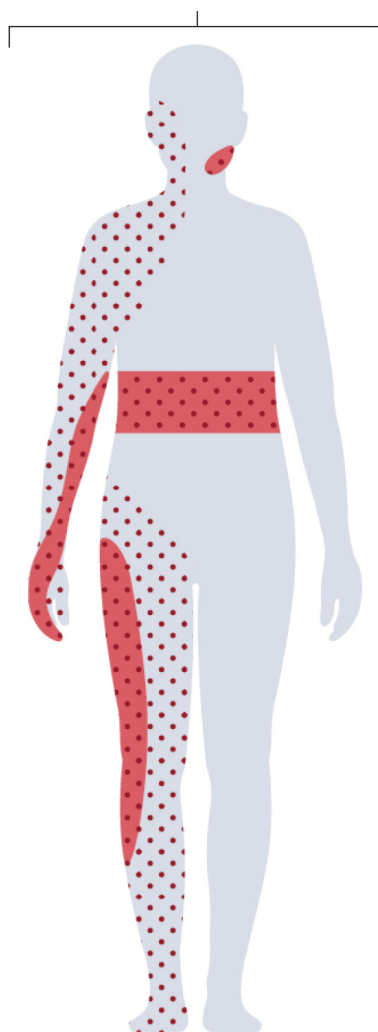
Central neuropathic pain
associated with stroke and
brain stem involvement



Central neuropathic pain
associated with thoracic
spinal cord injury



Central neuropathic pain
associated with multiple
sclerosis



 Sensory abnormalities
 Painful area

รูปที่ 1 | ลักษณะอาการของ central neuropathic pain ที่มีการรับรู้สีกผิดปกติ ร่วมกับอาการปวด ที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ stroke, spinal cord injury และ multiple sclerosis²

การจำแนกประเภทของภาวะปวดประสาทศูนย์กลางตาม ICD-11



องค์การอนามัยโลก (WHO) และสมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติ (IASP) ได้ร่วมกันจัดทำระบบจำแนกประเภท ภาวะปวดประสาทศูนย์กลาง ไว้ใน ICD-11 โดยกำหนดให้โรคนี้อยู่ในหมวด “Chronic Central Neuropathic Pain” ซึ่งจัดเป็นหนึ่งใน subtype ของ Chronic Neuropathic Pain (ตารางที่1) กลุ่มย่อยของภาวะปวดประสาทศูนย์กลางใน ICD-11¹ ได้แก่ :

Central poststroke pain (CPSP)

เป็นภาวะปวดที่เกิดขึ้นหลังจากมีโรคหลอดเลือดสมอง โดยมักเริ่มภายในไม่กี่สัปดาห์ถึงหลายเดือนหลัง stroke
ลักษณะปวด : ปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนไฟช็อต พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณ thalamus, medulla หรือ operculo-insular cortex บ่อยครั้งพบภาวะ allodynia (ปวดจากสัมผัสเบา) และ hyperalgesia (ไวต่อสิ่งกระตุ้นเจ็บปวด)

Spinal cord Injury (SCI)-related pain

เป็นภาวะปวดที่เกิดขึ้นหลังไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ ซึ่งอาจมีลักษณะเฉพาะ เช่น ปวดเฉียบพลันทันทีหลังการบาดเจ็บ (early-onset pain) ปวดที่เกิดบริเวณเดียวกับจุดบาดเจ็บ (at-level pain) หรือบริเวณที่อยู่ต่ำกว่าจุดบาดเจ็บ (below-level pain) ผู้ป่วยมักอธิบายว่าเป็นความรู้สึกแสบร้อนหรือโดนบีบรัดที่ลึกอยู่ภายใน

Pain associated with multiple sclerosis (MS)

เป็นภาวะปวดที่พบในผู้ป่วยโรค MS ซึ่งมีรอยโรคกระจายตามสมองและไขสันหลัง อาการเด่นได้แก่ Lhermitte’s sign — ความรู้สึกคล้ายกระแสไฟฟ้าไหลลงมาตามแนวกระดูกสันหลังเมื่อก้มคอ, trigeminal neuralgia — ปวดหน้าด้านเดียวอย่างรุนแรงและฉับพลัน และ segmental pain — ปวดเป็นแนวรอบลำตัว บางครั้งคล้ายสายรัดแน่น

Other specified chronic central neuropathic pain

ใช้สำหรับกรณีที่ทราบสาเหตุชัดเจนแต่ไม่อยู่ในสามกลุ่มหลัก เช่น : ปวดจาก brain tumour ที่กดทับ somatosensory cortex ปวดจาก traumatic brain injury ปวดจากโรค neuromyelitis optica ที่ทำให้ไขสันหลังอักเสบและเกิดความผิดปกติของการรับความรู้สึก

Chronic central neuropathic pain, unspecified

เป็นหมวดที่ใช้เมื่อยังไม่สามารถระบุโรคหรือโรคเฉพาะได้ แต่ผู้ป่วยมีอาการปวดและมีแนวโน้มว่าเกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง

ความสำคัญสำหรับเภสัชกร การจำแนก subtype อย่างแม่นยำช่วยให้เลือกแนวทางการรักษาได้ตรงเป้าหมาย ตัวอย่างเช่น trigeminal neuralgia มักตอบสนองต่อยาในกลุ่ม sodium channel blockers (เช่น carbamazepine) ขณะที่ CPSP อาจตอบสนองต่อ tricyclic antidepressants หรือ gabapentinoids ได้ดีกว่า

ชื่อโรค	คำอธิบาย
Chronic central neuropathic pain	ปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบประสาทส่วนกลางที่มีต่อเนื่องเกิน 3 เดือน
Central poststroke pain (CPSP)	ปวดที่เกิดภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะปวดแสบ ปวดร้อน มักพบร่วมกับภาวะ hyperalgesia หรือ allodynia
Spinal Cord Injury (SCI)-Related Pain	ปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของไขสันหลัง อาจมีอาการทั้งที่ระดับของการบาดเจ็บและต่ำกว่า
Pain associated with multiple sclerosis (MS)	ปวดที่สัมพันธ์กับโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง เช่น trigeminal neuralgia, Lhermitte's sign หรือ segmental pain
Other specified chronic central neuropathic pain	รวมกลุ่มที่มีพยาธิสภาพชัดเจนใน CNS เช่น brain tumour, traumatic brain injury
Chronic central neuropathic pain, unspecified	ใช้เมื่อยังไม่สามารถระบุสาเหตุเฉพาะได้ชัดเจน

พยาธิสรีรวิทยา



เมื่อสมองหรือไขสันหลังได้รับภยันตราย จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างซับซ้อน เกิดขึ้นทั้งกับตัวเซลล์ประสาทและเซลล์ค้ำจุนของระบบประสาท (glia cells)⁴

การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง

เซลล์ประสาทจะมีการแสดงออกของ ion channel ที่นำ หรือขยายสัญญาณความปวด เพิ่มขึ้น เช่น

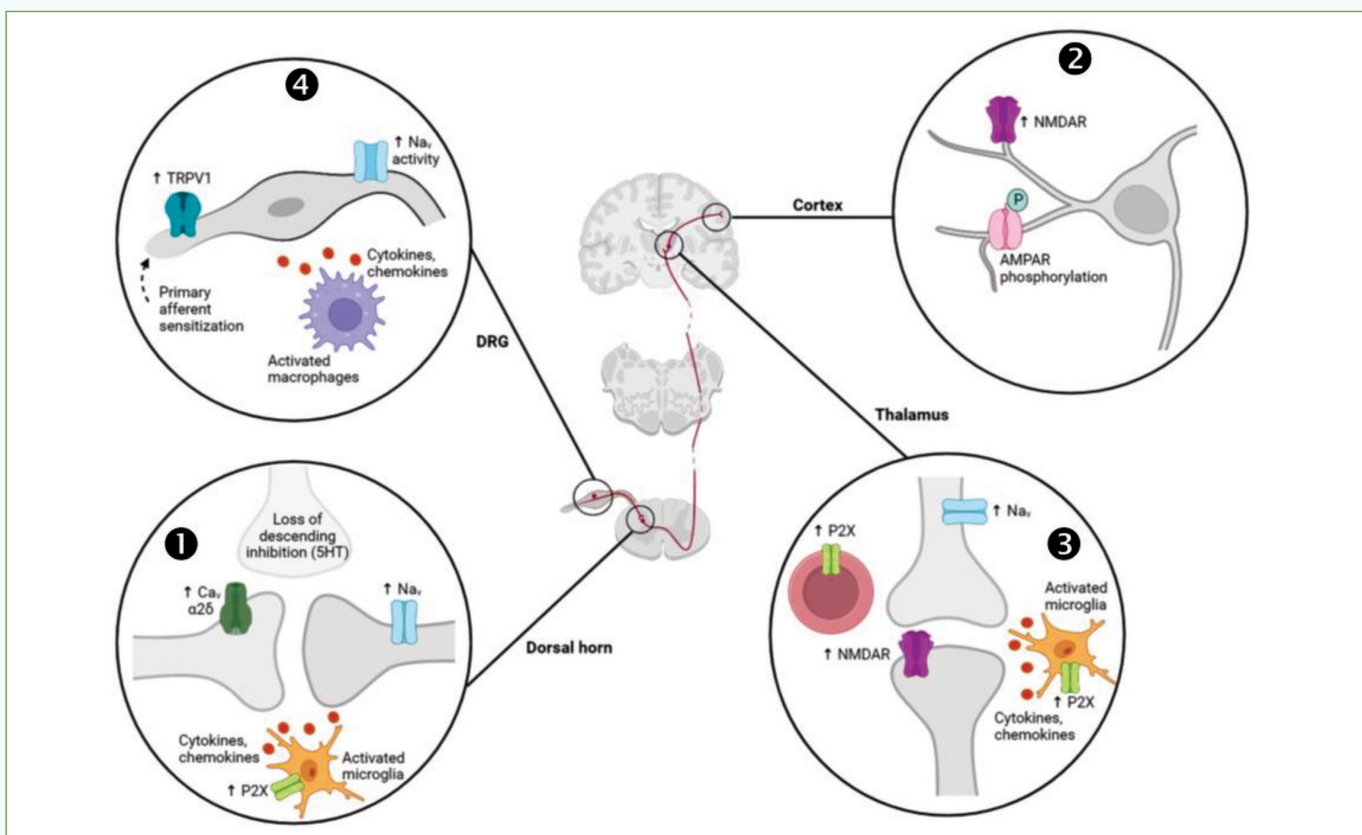
- **Voltage-gated sodium channels** หรือ Na_v เช่น $Na_v1.3$ และ $Na_v1.5$ ในไขสันหลัง และ thalamus แสดงออกเพิ่มขึ้น (รูปที่ 2 หมายเลข ❶ และ ❸) ทำให้เซลล์ประสาทไวต่อการกระตุ้นมากขึ้น ซึ่งยาชา lidocaine ที่เป็น sodium channel blocker สามารถลดอาการปวดในผู้ป่วยบางรายได้
- **Voltage-gated calcium channel** หรือ Ca_v แสดงออกเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะชนิดที่มี $\alpha_2\delta-1$ subunit ในโมเลกุล (รูปที่ 2 หมายเลข ❶) ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิด allodynia จากการสัมผัส และ ลดลงได้เมื่อให้ gabapentinoids (รูปที่ 2 หมายเลข ❶) ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิด allodynia จากการสัมผัส และ ลดลงได้เมื่อให้ gabapentinoids
- **Receptor glutamate** (NMDA และ AMPA) แสดงออกเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในสมองหลัง stroke (รูปที่ 2 หมายเลข ❷ และ ❸) ส่งผลต่อการไวต่อสิ่งกระตุ้น
- **Cannabinoid** (CB_1/CB_2 receptor) มีการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย MS และ SCI แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างซับซ้อน และยังคงต้องศึกษาอีกมาก
- **การสูญเสียการยับยั้งจากระบบ serotonin และ GABA** อาจเป็นอีกหนึ่งกลไกที่ทำให้สมดุลระหว่าง excitatory และ inhibitory neurotransmission ผิดปกติ (รูปที่ 2 หมายเลข ❶)

เซลล์สำคัญของระบบประสาท

Glia cells เป็นเซลล์สำคัญในระบบประสาท มีหลายชนิดย่อย ในปัจจุบันนี้พบว่า glia cells เช่น microglia และ astrocytes สามารถตอบสนองต่อการบาดเจ็บของระบบประสาทโดยเมื่อกระตุ้น purinergic 2X (P2X) receptor ที่เซลล์เหล่านี้ จะทำให้มีการหลั่ง cytokines เช่น interleukin- 1β , tumor necrosis factor- α , interferon- γ , chemokines และ nitric oxide (รูปที่ 2 หมายเลข ① และ ③) สารเหล่านี้เหนี่ยวนำให้เกิดการอักเสบของระบบประสาท (neuroinflammation) ซึ่งมีผลย้อนกลับไปกระตุ้นเซลล์ประสาทให้ขยายสัญญาณความปวดอีกทอดหนึ่ง

การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

แม้ central neuropathic pain จะเป็นภาวะที่มีความผิดปกติหลักที่ระบบประสาทส่วนกลาง แต่ข้อมูลในสัตว์ทดลองพบว่า สามารถเหนี่ยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน primary afferent neurons ซึ่งถือเป็นระบบประสาทส่วนนอกได้ โดยเฉพาะ ที่ปมประสาทรับความรู้สึก (dorsal root ganglion; DRG) มีการแสดงออกเพิ่มขึ้นของ Na_v และ transient receptor potential (TRP) ชนิด TRPV1 (รูปที่ 2 หมายเลข ④) ทำให้เกิดภาวะ hyperexcitability และเกิดการส่งสัญญาณเจ็บปวดแม้ไม่มีสิ่งกระตุ้น ข้อมูลในมนุษย์แสดงให้เห็นว่าการทำ nerve block สามารถบรรเทาความปวดจาก central post-stroke pain ได้ชั่วคราว ดังนั้น ในปัจจุบันจึงเชื่อว่า central neuropathic pain อาจไม่ใช่ความปวดที่มีต้นกำเนิดจากระบบประสาทส่วนกลางอย่างเดียวแต่เป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทรอบนอกอย่างซับซ้อน



จากกลไกที่กล่าวมา การเพิ่มขึ้นของ Na_V , Ca_V , NMDA/AMPA receptor และ neuroinflammation ผลรวมคือ ทำให้เกิด “central sensitization” หรือการเพิ่มความไวของวิถีประสาทความปวดให้ถูกกระตุ้นได้ง่ายขึ้น ทำงานได้เองอย่างผิดปกติ และขยายสัญญาณความรู้สึกรวมทั้งความปวด ส่วนการสูญเสียการยับยั้งจากระบบ serotonin และ GABA และการเปลี่ยนแปลงของ cannabinoid receptor ซึ่งปกติมีหน้าที่ยับยั้งความปวดทำให้เกิดภาวะ “disinhibition” หรือการสูญเสียการยับยั้งความปวดตามปกติไป ในภาพรวมจึงทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ของ central neuropathic pain ทั้ง spontaneous ongoing pain และ evoked pain^{2,4}

หลักการรักษา



การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มี neuropathic pain ไม่ว่าจะเป็น peripheral หรือ central neuropathic pain มักมุ่งเน้นไปที่การรักษาตามอาการ (symptomatic treatment) คือ บรรเทาอาการปวด มากกว่าการรักษาที่มุ่งกำจัดสาเหตุของโรคโดยตรง เนื่องจากในหลายกรณีไม่สามารถทำให้พยาธิสภาพของระบบประสาทที่เสียหายแล้วคืนกลับได้อย่างสมบูรณ์

Central neuropathic pain เป็นภาวะที่รักษาค่อนข้างยาก และต้องการการดูแลแบบสหสาขา (multimodal approach) ข้อมูลงานวิจัยที่ติดตามผู้ป่วย central neuropathic pain ไป 12 เดือนพบว่า มีเพียงร้อยละ 9.6 เท่านั้นที่มีอาการปวดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (โดยนิยามผลลัพธ์หลัก คือ คะแนนความปวดลดลงร้อยละ 30 และคะแนน Pain Interference Scale ลดลงอย่างน้อย 1 คะแนน) ผลการรักษานี้ก็น่าจะน้อยกว่าในผู้ป่วย peripheral neuropathic pain ที่ร้อยละ 25.3 มีอาการดีขึ้นหลังรักษาไป 12 เดือน⁵

ดังนั้น การพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน ทั้งในเรื่องกลยุทธ์การดูแลตนเอง (self-management) เช่น การจัดการกิจวัตรประจำวัน การใช้ยาอย่างปลอดภัย และการรับมือกับความปวด รวมถึงการตั้งความคาดหวังในการรักษา (treatment expectations) ให้สมเหตุสมผล²

สำหรับการรักษาโดยใช้ยา เนื่องจากมีการศึกษาแบบควบคุมในกลุ่มผู้ป่วย central neuropathic pain ค่อนข้างจำกัด และมักมีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย งานวิจัยส่วนใหญ่จึงยังไม่สามารถสรุปแนวทางเฉพาะเจาะจงได้อย่างมั่นใจ ดังนั้น คำแนะนำด้านการรักษาในปัจจุบันจึงมักอ้างอิงจากหลักฐานที่ได้จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะปวดประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathic pain) หรือกลุ่มอาการปวดเรื้อรังทั่วไป ที่มีลักษณะอาการบางอย่างใกล้เคียงกัน

การรักษาโดยใช้ยา



ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการรักษา central neuropathic pain ที่ชัดเจน คำแนะนำส่วนใหญ่จึงใช้แนวทางของการรักษา peripheral neuropathic pain มาปรับใช้ [ตารางที่ 2](#) แสดงสรุปคำแนะนำและข้อมูลของยาที่ใช้บ่อยในการรักษา central neuropathic pain จากคำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท โดยสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2563⁶

ตารางที่ 2

สรุปข้อมูลของยาที่ใช้บ่อยในการรักษา central neuropathic pain^{6,7}

น้ำหนัก คำแนะนำ	อันดับ การใช้ยา	ขนาดยา	ข้อดี	อาการไม่พึงประสงค์ ที่สำคัญ	ข้อควรระวัง	
Tricyclic antidepressants (TCAs)						
Amitriptyline/ Nortriptyline	++	อันดับ แรก	10-75 มก./วัน วันละ 1 ครั้ง	อาจได้ประโยชน์ เพิ่ม ในผู้ป่วยผู้ที่ มีอาการร่วม คือ ซึมเศร้า นอนไม่ หลับ	ง่วงนอน หัวใจเต้น เร็ว ฤทธิ์ต้าน โคลิเนอร์จิก น้ำหนักตัวเพิ่ม ทำให้ชักง่ายขึ้น	ระวังการใช้ในผู้สูงอายุ สมองเสื่อม โรคหัวใจ และ ผู้ป่วยที่ต้องระวังอาการจาก ฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก เช่น ต่อมลูกหมากโต ต้อหินมุมปิด หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยลมชัก
Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)						
Venlafaxine	+/-	อันดับ สอง	150-225 มก./วัน วันละ 1-2 ครั้ง	อาจได้ประโยชน์ เพิ่ม ในผู้ป่วย ผู้ที่มีอาการร่วม	คลื่นไส้ ใจสั่น ความดันโลหิตเพิ่ม ท้องผูก	ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ไม่ควรใช้ร่วมกับ tramadol เพราะเพิ่มความเสี่ยงการเกิด serotonin syndrome
Duloxetine	+/-	อันดับ แรก	60-120 มก./ วัน วันละครั้ง	คือซึมเศร้า วิตกกังวล		
Gabapentinoids						
Gabapentin	+	อันดับ แรก	1200-3600 มก./วัน แบ่งให้ วันละ 3 ครั้ง	อาจได้ประโยชน์ เพิ่ม ในผู้ป่วยผู้ที่ มีอาการร่วม คือ	ง่วงนอน วิงเวียน บวม น้ำหนักตัวเพิ่ม	ลดขนาดยาลงในผู้ป่วยที่ไต ทำงานบกพร่องเพราะยาถูก ขับออกทางไตในรูปเดิมเป็น ส่วนใหญ่
Pregabalin	+	อันดับ แรก	150-600 มก./ วัน แบ่งให้วัน ละ 2 ครั้ง	วิตกกังวล นอนไม่หลับ หรือ ลมชัก		
Mirogabalin [#]		อันดับ แรก [#]	10-30 มก./วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง			
Weak Opioid						
Tramadol	+/-	อันดับ สอง	50-400 มก./ วัน โดยแบ่งให้ ทุก 4-6 ชั่วโมง	ให้ฤทธิ์แก้ปวดเร็ว กว่ายาอื่น	คลื่นไส้ วิงเวียน ท้องผูก ทำให้ ชักง่ายขึ้น	หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยลมชัก ไม่ควรใช้ร่วมกับ SNRIs และ SSRIs เพราะเพิ่มความเสี่ยงการเกิด serotonin syndrome

หมายเหตุ ข้อมูลส่วนใหญ่ของตารางมาจากคำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท โดย สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2563

[#]Mirogabalin ที่ยังไม่ได้จัดอยู่ในคำแนะนำเวชปฏิบัติคำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท โดย สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2563⁶ แต่จัดเป็นยาอันดับแรกจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณล่าสุด⁷

++ ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง หรือ “ควรทำ”, + ความมั่นใจของคำแนะนำทำอยู่ในระดับปานกลาง หรือ “น่าทำ”, +/- ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำ หรือ “อาจทำหรือไม่ทำ”

Tricyclic antidepressants (TCAs)

TCAs เป็นกลุ่มยาต้านซึมเศร้าที่ได้รับการศึกษามากที่สุดใน central neuropathic pain และมีการใช้ทางคลินิกอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยที่มีภาวะปวดประสาท จากคำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท โดยสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2563⁶ และการวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-analyses) ล่าสุด⁷ ยังคงจัดให้ TCAs เป็นทางเลือกอันดับแรก (first-line therapy) สำหรับการรักษาภาวะปวดประสาทโดยรวม

TCAs ที่นิยมใช้ในประเทศไทยในการรักษา neuropathic pain คือ amitriptyline และ nortriptyline กลไกการออกฤทธิ์ของ TCAs ได้แก่ การยับยั้งการเก็บกลับของ norepinephrine และ serotonin เป็นการเสริมการทำงานของระบบประสาทที่ยับยั้งความปวด และบรรเทาภาวะ disinhibition นอกจากนี้ยังสามารถยับยั้งตัวรับประสาทหลายชนิดได้แก่ α_1 -adrenergic, serotonergic, histaminic และ muscarinic receptors ทำให้ยามีอาการไม่พึงประสงค์ค่อนข้างมาก เช่น ง่วง ความดันเลือดต่ำขณะเปลี่ยนท่าทาง และฤทธิ์ด้านโคลิเนอร์จิก เช่น หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง ท้องผูก เป็นต้น โดย amitriptyline มีอาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้มากกว่า nortriptyline

ขนาดยา amitriptyline และ nortriptyline ที่ใช้ลดปวดที่แนะนำในคนไทยคือ ไม่เกิน 75 มก./วัน ซึ่งเป็นขนาดที่ต่ำกว่าขนาดที่ใช้เพื่อการรักษาภาวะซึมเศร้า (75-150 มก.)⁶

การใช้ยากลุ่มนี้ควรระมัดระวังในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคหัวใจ ต่อมลูกหมากโต ต้อหินมุมปิด เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ไวต่ออาการไม่พึงประสงค์ของยา รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอาการชักร่วมด้วยเพราะ TCAs อาจลด threshold ของอาการชัก

Serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)

ยากลุ่ม SNRIs ได้แก่ duloxetine venlafaxine การยับยั้งการเก็บกลับของ norepinephrine และ serotonin ด้วย affinity สูงและ บรรเทาภาวะ disinhibition ได้คล้าย TCAs แต่มีผล receptor อื่น ๆ น้อยมาก โดย duloxetine ยับยั้งการเก็บกลับของ serotonin และ norepinephrine ได้ดีพอ ๆ กัน ทำให้ได้ฤทธิ์แก้ปวดตั้งแต่ขนาดยาต่ำสุดที่ใช้ (30 มก./วัน) ในขณะที่ venlafaxine ออกฤทธิ์ต่อ serotonin เด่นกว่าในขนาดต่ำ และออกฤทธิ์ต่อ norepinephrine เมื่อใช้ในขนาดสูง ดังนั้นจึงต้องใช้ในขนาดอย่างน้อย 150 มก./วัน จึงจะให้ฤทธิ์แก้ปวด⁸

ในการศึกษาแบบ randomized controlled trial (RCT) ที่มีกลุ่มเปรียบเทียบยาหลอก โดยรวมผู้ป่วยที่มี central neuropathic pain จาก CPSP หรือ SCI พบว่า duloxetine ขนาด 60–120 มิลลิกรัมต่อวัน นาน 8 สัปดาห์ ไม่สามารถลดความปวดเฉลี่ยได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่สามารถลดอาการปวดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้น เช่น dynamic allodynia และ cold allodynia ได้⁹ ส่วนการศึกษาแบบ RCT ในผู้ป่วย MS จำนวน 2 ฉบับที่พบว่า duloxetine ขนาด 30–60 มิลลิกรัมต่อวัน นาน 6 สัปดาห์ มีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาหลอกในการลดคะแนนความปวดเฉลี่ย^{10,11} ดังนั้นจากข้อมูลปัจจุบันจึง อาจกล่าวได้ว่า duloxetine เป็น SNRI เพียงชนิดเดียวที่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอสำหรับการใช้ใน central neuropathic pain โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี MS

เนื่องจากยากลุ่มนี้มีผลเพิ่มระดับ norepinephrine และ serotonin ได้ จึงอาจมีอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ ใจสั่น ความดันโลหิตเพิ่ม ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารเช้า เพื่อลดการคลื่นไส้อาเจียน ควรหลีกเลี่ยงการใช้ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ได้

Gabapentinoids

Gabapentinoids เป็นยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการรักษาภาวะปวดประสาทเกือบทุกชนิด ยาในกลุ่มนี้มีในประเทศไทย ได้แก่ gabapentin, pregabalin และที่ได้รับการขึ้นทะเบียนล่าสุด คือ mirogabalin

แม้ gabapentinoids ถูกออกแบบมาให้มีโครงสร้างคล้ายกับสารสื่อประสาท GABA แต่หลักฐานในปัจจุบันกลับไม่พบฤทธิ์ของยาเหล่านี้ต่อ GABA receptor กลไกหลักของ gabapentinoids คือ การจับกับ $\alpha_2\delta$ subunit ของ voltage-gated calcium channels ยับยั้งการทำงานของช่องแคลเซียมลดลง และยับยั้งการปล่อยสารสื่อประสาทที่กระตุ้นกระตุ้นความปวด เช่น glutamate จึงช่วยลดการเกิด central sensitization และให้ฤทธิ์แก้ปวด

ในด้านเภสัชจลนศาสตร์ gabapentin pregabalin และ mirogabalin มีความแตกต่างกัน โดย gabapentin ดูดซึมในลำไส้เล็ก และการดูดซึมมีขีดจำกัด มีค่าชีวประสิทธิผล (bioavailability) 27–80% โดยการดูดซึมจะเริ่มลดลงหากให้ขนาดยาต่อครั้งสูงเกินไป ในปัจจุบันจึงแนะนำให้ไม่เกิน 1,200 มก./ครั้ง ส่วน pregabalin และ mirogabalin มีเภสัชจลนศาสตร์แบบเส้นตรง (linear kinetics) โดยมี bioavailability มากกว่า 90% ในทุกขนาดยา ยาในกลุ่ม gabapentinoids ถูกเปลี่ยนแปลงในร่างกายน้อยมาก และขับออกทางไตเกือบทั้งหมด จำเป็นต้องมีการปรับขนาดยาในผู้ป่วยไตเสื่อม ยาในกลุ่มนี้ half-life ค่อนข้างสั้นประมาณ 2-7 ชั่วโมง

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ง่วงซึม เวียนศีรษะ ความสามารถด้านการคิดลดลง และบวมที่อวัยวะส่วนปลายโดยเฉพาะเท้า ยาในกลุ่มนี้มีข้อดีคือ ไม่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก และอาจใช้ได้ดีในผู้ป่วยโรคลมชัก ซึ่งแตกต่างจาก TCAs

Gabapentin ในการรักษา CPSP มีเพียงการศึกษาเชิงสังเกตแบบ open-label ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยที่มี thalamic stroke จำนวน 84 ราย ร้อยละ 59.5 มีอาการปวดลดลงหลังได้รับ gabapentin 600 มก./วัน เป็นเวลา 1 เดือน¹² ส่วนใน SCI มีการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective) พบว่าคะแนนความปวดลดลงเกือบร้อยละ 50 หลังใช้ต่อเนื่อง 12 เดือน¹³ ส่วนการศึกษาแบบ RCT นั้นให้ผลขัดแย้งกัน มีทั้งที่พบว่า gabapentin (≤ 3600 มก./วัน) ลดคะแนน VAS ได้ประมาณร้อยละ 50¹⁴ และไม่พบความแตกต่างจากยาหลอก¹⁵

Pregabalin มีหลักฐานหนักแน่นกว่า โดยได้รับการศึกษาแบบ RCT จำนวน 3 การศึกษา¹⁶⁻¹⁸ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่มีภาวะ central neuropathic pain จาก SCI โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 4-17 สัปดาห์ พบว่า pregabalin 150- 600 มก./วัน มีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาหลอกในการลดความปวดจาก SCI ดังนั้น pregabalin ส่วนการศึกษาในระยะยาวแบบ open-label ในผู้ป่วย 103 รายที่มี central neuropathic pain จากสาเหตุต่าง ๆ คือ CPSP 60 ราย, SCI 38 ราย หรือ MS 5 ราย พบว่า pregabalin ขนาด 150–600 มก./วัน ช่วยลดความปวดได้ในหลายมิติ ทั้งลดคะแนนความปวด เพิ่มคุณภาพชีวิต และผลยังคงอยู่ตลอดระยะเวลา 53 สัปดาห์ พบเหตุไม่พึงประสงค์ที่สัมพันธ์กับการรักษาได้ร้อยละ 87 ที่พบบ่อยมากกว่าร้อยละ 5 ได้แก่ ง่วงนอน (ร้อยละ 50) น้ำหนักตัวเพิ่ม (ร้อยละ 28) บวม (ร้อยละ 18) เวียนศีรษะ (ร้อยละ 22) รู้สึกผิดปกติ (ร้อยละ 7)¹⁹



Mirogabalin มีหลักฐานใน central neuropathic pain จาก SCI โดยการศึกษาแบบ RCT ในกลุ่มประชากรเอเชีย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน พบว่า mirogabalin ขนาด 20-30 มก./วัน มีประสิทธิภาพในการลดคะแนนความปวดได้แตกต่างจากยาหลอก²⁰ การศึกษาดังกล่าวยังถูกขยายต่อไปเป็นการศึกษาระยะยาวแบบ open-label ในผู้ป่วย 210 ราย 21 แบ่งตามสาเหตุคือ CPSP 94 ราย, SCI 106 ราย และ จาก Parkinson's disease 10 ราย ผลการศึกษาล้ำคลึงกับ pregabalin คือ หลังจากใช้ mirogabalin ขนาด 20-30 มก./วัน ไป 52 สัปดาห์พบว่าสามารถช่วยลดความปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิต พบเหตุไม่พึงประสงค์ที่สัมพันธ์กับการรักษาได้ 85% ที่พบบ่อย เช่น ง่วงนอน (ร้อยละ 17) บวม (ร้อยละ 12) คอหอยส่วนจมูกอักเสบ (ร้อยละ 11) เวียนศีรษะ (ร้อยละ 8) น้ำหนักตัวเพิ่ม (ร้อยละ 7) ส่วนเหตุไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงพบร้อยละ 6 และอัตราการหยุดยาเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์พบร้อยละ 11

โดยสรุปยาในกลุ่ม gabapentinoids ที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนในการรักษา central neuropathic pain ดีพอสมควรคือ pregabalin และ mirogabalin ยาทั้งสองมีข้อมูลมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วย central neuropathic pain จาก SCI และ CPSP และมีความปลอดภัยพอสมควรจากการใช้ในระยะเวลา ปัจจุบันยาทั้งสองยังได้รับการรับรองข้อบ่งใช้ดังกล่าวจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

เนื่องจากยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์แก้ปวดผ่านการยับยั้งการทำงานของ $\alpha_2\delta$ subunit ของ voltage-gated calcium channels เป็นหลักคล้ายคลึงกัน จึงมีขนาดยาต่อวันสมมูลที่ให้ฤทธิ์แก้ปวด (equianalgesic daily dose) คือ mirogabalin 30 มก.สมมูลกับ pregabalin 600 มก. และ gabapentin มากกว่า 1,200 มก.²²

ยาอื่นๆ

- **Tramadol** เป็นยาในกลุ่ม mu opioid agonist ที่มีฤทธิ์อ่อน และยับยั้งการเก็บกลับของ serotonin และ norepinephrine เมื่อเข้าสู่ร่างกาย ส่วนหนึ่งจะถูกเปลี่ยนเป็น O-desmethy tramadol โดย CYP2D6 ซึ่งเป็น active metabolite สามารถกระตุ้น mu opioid receptor แรงกว่า tramadol 4-10 เท่า ทั้ง tramadol และ O-desmethy tramadol ส่วนใหญ่ถูกขับออกทางไต โดยทั่วไป tramadol จัดอยู่ในกลุ่มยาทางเลือกอันดับสอง สำหรับการรักษา neuropathic pain⁶ การศึกษาแบบ RCT ของ tramadol ใน central neuropathic pain มีในกลุ่มผู้ป่วย SCI โดยพบว่า tramadol 100-400 มก./วัน ช่วยลดระดับความปวดเฉลี่ยในแต่ละวันได้เล็กน้อยแต่มีนัยสำคัญทางสถิติ²³ อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก แต่อาจใช้ระงับปวดในระหว่างที่ปรับขนาดยาอื่นเพราะออกฤทธิ์แก้ปวดเร็วกว่า หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยลมชักเพราะอาจลด threshold ของอาการชัก และ หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับ SNRIs หรือ selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เพราะเพิ่มความเสี่ยงการเกิด serotonin syndrome
- **Cannabinoids** แม้จะมีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงให้เห็นว่า Δ^9 - tetrahydrocannabinol (Δ^9 THC) และ cannabidiol (CBD) อัตราส่วน 1:1 (หรือเรียกว่า nabiximol) แบบ oromucosal spray มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการเกร็ง และอาการปวดจาก MS แต่ไม่แนะนำให้ใช้เป็นการรักษาเบื้องต้น^{6,7} เพราะยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่า nabiximol มีประสิทธิภาพมากกว่ายามาตรฐานอื่นๆในการรักษา neuropathic pain และอาจมีความเสี่ยงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อจิตและประสาทมากกว่า²⁴ Δ^9 -THC และ CBD ยังมีผลยับยั้ง cytochrome P450 (CYP450) ได้หลาย isozymes เช่น CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 ซึ่งอาจมีผลต่อยาแก้ปวดและยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยอาจใช้ร่วมเช่น warfarin²⁵

- ยากันชักอื่น ๆ ที่มีการศึกษาได้แก่ lamotrigine, levetiracetam, valproate, topiramate, lacosamide และ phenytoin แต่อย่างไรก็ตามเป็นการศึกษาขนาดเล็ก ในปัจจุบันจึงยังมีหลักฐานไม่เพียงพอหรือไม่แนะนำยาเหล่านี้ในการรักษา neuropathic pain⁷

ประเด็นทางเภสัชกรรมของการใช้ยาในการรักษา central neuropathic pain >>

- **ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการ** เช่น ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักคุ้นเคยกับอาการหลังเกิดสมองขาดเลือดเช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด หรือชา แต่อาจไม่ทราบว่าอาการปวดเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ หรือ อาจไม่ได้แจ้งแพทย์ เภสัชกร อาจให้คำแนะนำว่าอาการปวดอาจเป็นผลโดยตรงจากสมองขาดเลือด แนะนำให้แจ้งแพทย์ผู้รักษาเพื่อรับการรักษาต่อไป
- **คัดกรองผู้ป่วยเพื่อส่งต่อ** เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยอาจใช้ยาด้วยตนเองเพื่อรักษาอาการปวดที่เกิดขึ้น เช่น paracetamol, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) หรือ muscle relaxants ซึ่งส่วนใหญ่มักได้ผลไม่ดี เพราะ central neuropathic pain มีพยาธิสรีรวิทยาแตกต่างจากความปวดจากการอักเสบ และการใช้ยาเหล่านี้เป็นระยะเวลานานโดยเฉพาะ NSAIDs อาจเกิดผลเสีย ในกรณีที่ประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีโรคที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของ central neuropathic pain ดังที่กล่าวไปแล้ว ควรส่งต่อผู้ป่วยให้รับการประเมินความปวดและวินิจฉัยแยกโรคเสียก่อนเพื่อให้ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง
- **แนะนำผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการรักษาที่หลากหลาย** เนื่องจาก central neuropathic pain เป็นโรคที่รักษาค่อนข้างยาก มักต้องใช้การรักษาหลายแบบ ทั้งการใช้ยา และไม่ใช่ยา โดยเป้าหมายการรักษา คือ ลดความปวดลง ลดผลกระทบของความปวด และ เพิ่มคุณภาพชีวิต
- **ให้คำแนะนำในการรับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ** เพราะการรักษาความปวดเรื้อรัง ต้องใช้เวลา โดยต้องค่อย ๆ ปรับขนาดยาช้า ๆ หลังจากได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมแล้วต้องรอนาน้อย 4-6 สัปดาห์กว่าจะประเมินผลการรักษา
- **ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์** TCAs และ gabapentinoids มักทำให้ง่วง อาจแนะนำให้ผู้ป่วยกินยาแล้ว มีเวลานอนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เพื่อลดอาการง่วงในตอนกลางวัน ส่วน SNRIs อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ และนอนไม่หลับ แนะนำให้รับประทานหลังอาหารเข้า อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นในช่วงแรกหลังเริ่มใช้ยาหรือหลังปรับขนาดยา และจะค่อย ๆ ดีขึ้นภายใน 1-2 สัปดาห์ หากมีอาการไม่พึงประสงค์ใดที่รุนแรงจนรบกวนการใช้ชีวิต ให้แจ้งแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนการรักษาต่อไป
- **เฝ้าระวังอาการง่วงซึม** ผู้ป่วย central neuropathic pain ส่วนใหญ่มักมีโรคของระบบประสาทส่วนกลางอยู่แล้ว จึงไวต่อการเกิดอาการง่วงซึม มึนงง ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ของยาที่ใช้ในการรักษา central neuropathic pain ทั้ง TCAs และ gabapentinoids ดังนั้นในการใช้ยาเหล่านี้จึงต้องเริ่มด้วยขนาดต่ำ ๆ และปรับขนาดยาช้า ๆ พร้อมกับเฝ้าระวังการใช้ยาอื่นที่อาจมีฤทธิ์ง่วงส่งเสริมกัน เช่น quetiapine และ benzodiazepines และด้วยอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

- ติดตามการทำงานของไตอย่างสม่ำเสมอและปรับขนาดยาหากการทำงานของไตบกพร่อง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความปวดเรื้อรังและและมีโรคอื่นร่วมด้วย จึงมีโอกาสสูงที่จะเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วย CPSP ที่ส่วนหนึ่งอาจมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และ ทำให้โรคไตเรื้อรังรุดหน้า เช่น อายุ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หากมีการทำงานของไตลดลงต้องปรับขนาดยา gabapentinoids และ tramadol อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะ tramadol ที่หากไม่ปรับขนาดยา อาจมี และ O-desmethyiltramadol สะสมจนเสี่ยงต่อการกดการหายใจได้
- เฝ้าระวังอันตรกิริยาระหว่างยา เนื่องจาก central neuropathic pain ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เมื่อเกิดเรื้อรังเป็นเวลานาน อาจเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรควิตกกังวล หรือซึมเศร้า จึงทำให้มีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยกลุ่มจะได้รับยาด้านซึมเศร้าร่วมกับยาที่ใช้ในการรักษา central neuropathic pain ร่วมกันหลายตัว ทั้ง SSRIs, SNRI, TCAs และ tramadol การให้ความสำคัญกับอันตรกิริยาเหล่านี้ระหว่างประสานรายการยา (medical reconciliation) จะช่วยป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ serotonin เช่นคลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น มือสั่น หรือ serotonin syndrome ได้ นอกจากนี้ central neuropathic pain อาจมีความปวดรุนแรง บางครั้งอาจมีการใช้ gabapentinoids ครึ่งละมากกว่า 1 ตัว โดยเฉพาะการให้ในเวลาเดียวกันอาจทำให้เกิดอาการง่วงซึมส่งเสริมกันได้

สรุป



การเลือกใช้ในการรักษา central neuropathic pain ควรพิจารณาจากกลไกการเกิดโรค ลักษณะอาการเฉพาะของผู้ป่วย และข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยาหลัก ได้แก่ TCAs (amitriptyline, nortriptyline), SNRIs (duloxetine) และ gabapentinoids (pregabalin, mirogabalin) ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยจากไขสันหลังบาดเจ็บและโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนยาอื่น เช่น tramadol, cannabinoids และยากันชักบางชนิด ยังมีข้อมูลจำกัด และควรพิจารณาใช้อย่างระมัดระวัง การดูแลผู้ป่วยจึงต้องอาศัยการประเมินแบบองค์รวม ร่วมกับการให้คำแนะนำและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด





1. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* 2019;160:53-9.
2. Rosner J, de Andrade DC, Davis KD, et al. Central neuropathic pain. *Nature reviews Disease primers* 2023;9:73.
3. Chaudakshetrin P. A survey of patients with neuropathic pain at Siriraj Pain Clinic. *J Med Assoc Thai* 2006;89:354-61.
4. Gurba KN, Chaudhry R, Haroutounian S. Central Neuropathic Pain Syndromes: Current and Emerging Pharmacological Strategies. *CNS drugs* 2022;36:483-516.
5. Staudt MD, Clark AJ, Gordon AS, et al. Long-Term Outcomes in the Management of Central Neuropathic Pain Syndromes: A Prospective Observational Cohort Study. *Can J Neurol Sci* 2018;45:545-52.
6. Thai Association for the Study of Pain. *Clinical Guidance for Neuropathic Pain* 2020. Bangkok: Thana Press, Ltd.; 2020.
7. Soliman N, Moisset X, Ferraro MC, et al. Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. *Lancet neurology* 2025;24:413-28.
8. Aiyer R, Barkin RL, Bhatia A. Treatment of Neuropathic Pain with Venlafaxine: A Systematic Review. *Pain Med* 2017;18:1999-2012.
9. Vranken JH, Hollmann MW, van der Vegt MH, et al. Duloxetine in patients with central neuropathic pain caused by spinal cord injury or stroke: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain* 2011;152:267-73.
10. Vollmer TL, Robinson MJ, Risser RC, Malcolm SK. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine for the treatment of pain in patients with multiple sclerosis. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain* 2014;14:732-44.
11. Brown TR, Slee A. A randomized placebo-controlled trial of duloxetine for central pain in multiple sclerosis. *Int J MS Care* 2015;17:83-9.
12. Hesami O, Gharagozli K, Beladimoghadam N, Assarzagdegan F, Mansouri B, Sistanizad M. The Efficacy of Gabapentin in Patients with Central Post-stroke Pain. *Iran J Pharm Res* 2015;14:95-101.
13. To TP, Lim TC, Hill ST, et al. Gabapentin for neuropathic pain following spinal cord injury. *Spinal cord* 2002;40:282-5.
14. Levendoglu F, Oğün CO, Ozerbil O, Oğün TC, Ugurlu H. Gabapentin is a first line drug for the treatment of neuropathic pain in spinal cord injury. *Spine* 2004;29:743-51.
15. Tai Q, Kirshblum S, Chen B, Millis S, Johnston M, DeLisa JA. Gabapentin in the treatment of neuropathic pain after spinal cord injury: a prospective, randomized, double-blind, crossover trial. *J Spinal Cord Med* 2002;25:100-5.
16. Siddall PJ, Cousins MJ, Otte A, Griesing T, Chambers R, Murphy TK. Pregabalin in central neuropathic pain associated with spinal cord injury: a placebo-controlled trial. *Neurology* 2006;67:1792-800.
17. Vranken JH, Dijkgraaf MG, Kruis MR, van der Vegt MH, Hollmann MW, Heesen M. Pregabalin in patients with central neuropathic pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of a flexible-dose regimen. *Pain* 2008;136:150-7.
18. Cardenas DD, Nieshoff EC, Suda K, et al. A randomized trial of pregabalin in patients with neuropathic pain due to spinal cord injury. *Neurology* 2013;80:533-9.
19. Onouchi K, Koga H, Yokoyama K, Yoshiyama T. An open-label, long-term study examining the safety and tolerability of pregabalin in Japanese patients with central neuropathic pain. *Journal of pain research* 2014;7:439-47.
20. Ushida T, Katayama Y, Hiasa Y, et al. Mirogabalin for Central Neuropathic Pain After Spinal Cord Injury: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Phase 3 Study in Asia. *Neurology* 2023;100:e1193-e206.
21. Ushida T, Katayama Y, Hiasa Y, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Mirogabalin for Central Neuropathic Pain: A Multinational, Phase 3, 52-Week, Open-Label Study in Asia. *Pain and therapy* 2023;12:963-78.
22. Kim JY, Abdi S, Huh B, Kim KH. Mirogabalin: could it be the next generation gabapentin or pregabalin? *Korean J Pain* 2021;34:4-18.
23. Norrbrink C, Lundeberg T. Tramadol in neuropathic pain after spinal cord injury: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *The Clinical journal of pain* 2009;25:177-84.
24. Fisher E, Moore RA, Fogarty AE, et al. Cannabinoids, cannabis, and cannabis-based medicine for pain management: a systematic review of randomised controlled trials. *Pain* 2021;162:S45-s66.
25. Nachnani R, Knehans A, Neighbors JD, et al. Systematic review of drug-drug interactions of delta-9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol, and Cannabis. *Frontiers in pharmacology* 2024;15:1282831.



Pathophysiology and Pharmacologic Treatment for Central Neuropathic Pain for Pharmacists

*** ถ้าท่านตอบคำถามถูกต้องอย่างน้อย 8 ข้อ ท่านจะได้รับ CPE 3 หน่วยกิต
เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดแล้วทำเครื่องหมายในกระดาษคำตอบ ส่งกลับมายังเภสัชกรรมสมาคมฯ
ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2568 ***

- ข้อใดต่อไปนี้เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของภาวะ central neuropathic pain
 - โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple Sclerosis)
 - การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury)
 - เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus)
 - โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- กลไกทางพยาธิสรีรวิทยาข้อใดทำให้เกิดภาวะ central sensitization ใน central neuropathic pain
 - การยับยั้ง serotonin reuptake
 - การกระตุ้น muscarinic receptor
 - การเพิ่มการแสดงออกของ NMDA receptor
 - การลดการทำงานของ CaV
- กลไกทางพยาธิสรีรวิทยาข้อใดทำให้เกิดภาวะ disinhibition ใน central neuropathic pain
 - Serotonin ทำงานลดลง
 - Glutamate ทำงานลดลง
 - GABA ทำงานเพิ่มขึ้น
 - Prostaglandin ทำงานเพิ่มขึ้น
- ผลข้างเคียงใดพบได้บ่อยจากการใช้ pregabalin
 - ภาวะหัวใจเต้นช้า
 - ความดันโลหิตต่ำ
 - ง่วงนอนและบวม
 - เหงื่อออกมากและสั่น
- ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับ mirogabalin
 - มีฤทธิ์ต่อ GABA_A receptor โดยตรง
 - มีการดูดซึมแบบอิมิตัวคล้ายกับ gabapentin
 - มีการจับจำเพาะต่อ $\alpha_2\delta$ -1 แรงกว่า pregabalin
 - ถูกทำลายโดย CYP450 เป็นส่วนใหญ่
- ข้อใดต่อไปนี้เป็นข้อห้ามใช้ร่วมกับ tramadol เนื่องจากเสี่ยงต่อ serotonin syndrome
 - Carbamazepine
 - Duloxetine
 - Ibuprofen
 - Gabapentin
- ยาในกลุ่มใดที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิกชัดเจนและควรระวังในผู้ป่วยสูงอายุ
 - Gabapentinoids
 - SNRIs
 - TCA
 - SSRIs
- ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับหลักฐานทางวิชาการของยาที่ใช้ในการรักษา central neuropathic pain
 - ยาเกือบทุกตัวมีข้อมูลประสิทธิภาพใน spinal cord injury
 - Nabiximol มีประสิทธิภาพในการรักษา central post stroke pain
 - Gabapentin มีหลักฐานสนับสนุนจำนวนมากว่ามีประสิทธิภาพในการรักษา central neuropathic pain จาก spinal cord injury
 - Vanlafaxine มีหลักฐานสนับสนุนน้อยกว่า duloxetine
- เหตุใดจึงควรเฝ้าระวังและปรับขนาดยา gabapentinoids ในผู้ป่วยบางราย
 - ยาถูกเปลี่ยนเป็น active metabolite ที่ตับ
 - ยาสะสมในระบบประสาทส่วนกลาง
 - ยาถูกขับออกทางไตโดยไม่ถูกเปลี่ยนแปลง
 - ยามี half-life ยาวมาก
- Amitriptyline และ pregabalin มีอาการไม่พึงประสงค์ใดที่ส่งเสริมกัน
 - คลื่นไส้ อาเจียน
 - ง่วงซึม
 - ใจสั่น
 - ฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก

**3 Credits***Reply*

ฉบับประจำเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2568

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

	A	B	C	D
6.	A	B	C	D
7.	A	B	C	D
8.	A	B	C	D
9.	A	B	C	D
10.	A	B	C	D

เรื่อง.....เลขที่สมาชิก ภสท.....

(พับตามรอยนี้)

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
 40 สุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110

ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CPE

.....

.....

.....

.....

.....

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)

*** ท่านจะได้รับ CPE 3 หน่วยกิต **หมดเขตรับคำตอบ 31 ตุลาคม 2568** นับจากตราประทับไปรษณีย์เป็นสำคัญ
 CPE จะปรากฏบนเว็บไซต์การศึกษาต่อเนื่อง หลังหมดเขตรับคำตอบ 1 เดือน ***





3 Credits *Reply*

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝาก

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

ติดแสตมป์
5 บาท

กรุณาส่ง



เลขาธิการกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

40 สุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนง

เขตคลองเตย กรุงเทพฯ

10110

Reply 3 Credits



Executive talk



สวัสดีครับท่านผู้อ่านวารสาร “ยานำรู้” ที่ท่านคงคุ้นเคยกับวารสารนี้มานานแล้ว วารสารฉบับนี้จัดว่าอยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 (ประจำเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2568) ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่จะมีส่วนช่วยเผยแพร่ความรู้ในเรื่องของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นเรื่องของผลิตภัณฑ์ยา ผลิตภัณฑ์อาหาร รวมไปถึงผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ทั้งนี้ย่อมทำให้ผู้อ่านได้รับความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนทำให้สุขภาพของท่านสมบูรณ์แข็งแรง เมื่อท่านได้บริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและปลอดภัย นอกจากนั้นแล้ววารสาร “ยานำรู้” ยังมีความรู้ทางวิชาการหลากหลายที่น่าสนใจออกมาแต่ละฉบับ เพื่อให้ท่านได้รับความรู้ใหม่ ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่ได้รับประโยชน์มากที่สุดคือ “เภสัชกร” ซึ่งเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขจะต้องได้รับความรู้ใหม่ ๆ เพิ่มเติมอีกด้วย

วารสาร “ยานำรู้” ฉบับนี้จะนำผู้อ่านไปรู้จักกับสถานประกอบการที่มีการผลิตและการนำเข้าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีชื่อเสียงมานานเกือบ 30 ปี นั่นคือ “NBD Healthcare Co, Ltd.” ดำเนินธุรกิจด้านผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อยู่ในกลุ่ม Suntory Wellness ประเทศญี่ปุ่น จะเรียกได้ว่าเป็นบริษัทชั้นนำของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารก็ว่าได้ บริษัทนี้ภายใต้การบริหารงานของ “คุณสมศักดิ์ กวีไตรภพ” ท่านผู้ไม่ได้ศึกษาทางด้านเภสัชศาสตร์แต่ประการใด ท่านจบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชีวิตของท่านเข้าสู่วงการผลิตภัณฑ์ยา โดยเริ่มเป็นพนักงานผู้แทนยาที่บริษัท ดิพแฮลล์ สมัยที่อาคารอยู่แถวถนนเจริญกรุง ประจำฝ่ายขายแผนกยา Eli Lilly จนเจริญรุ่งเรืองขึ้น จนในที่สุดได้มาเป็นผู้บริหารของ “NBD Healthcare Co. Ltd” ในปัจจุบัน

ผมคงไม่สาธยายถึงเรื่องของผลิตภัณฑ์ของบริษัทฯ เพราะท่านผู้อ่านวารสาร “ยานำรู้” สามารถอ่านได้จากบทสัมภาษณ์ของ “เภสัชกรหญิงศศิมา อาจสงคราม” บรรณาธิการ ท่านผู้อ่านจะทราบเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดี

สำหรับวารสาร “ยานำรู้” ฉบับไตรมาสที่ 3 นี้ จะเป็นวารสารที่ดำเนินงานโดยกองบรรณาธิการชุดที่จะหมดวาระการดำเนินงาน เนื่องจากเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้มีการเลือกตั้งคณะกรรมการอำนวยการ วาระปี 2568-2571 มีผลการบริหารงานตั้งแต่วันที่ 14 มิถุนายน 2568 เป็นต้นไปเป็นระยะเวลา 3 ปี ซึ่งจะต้องมีคณะกรรมการชุดใหม่เข้ามาดำเนินงานจัดการผลิตวารสาร “ยานำรู้” ฉบับต่อไป เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดของเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

สุดท้ายนี้ ผมต้องขอขอบคุณ “คุณสมศักดิ์ กวีไตรภพ (กรรมการผู้จัดการ) เภสัชกรหญิงกัญพัจน์ สิทธิคุณกิตต์ (Head of Marketing) และคุณคณินณัฐ ตั้งสำเริงวงศ์ (ผู้จัดการผลิตภัณฑ์) ที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาให้สัมภาษณ์และให้การต้อนรับคณะกรรมการอย่างดี ทั้งนี้ขอให้กิจการของ NBD Healthcare Co, Ltd จงมีความเจริญรุ่งเรืองในธุรกิจตามวัตถุประสงค์ด้วยดีตลอดกาล

(เภสัชกร วิชา สุขุมวาสิ)

อุปนายกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปี 2565-2568

ที่ปรึกษาวารสาร “ยานำรู้”