



PAT

ยานำรู้

ปีที่ 69 ฉบับที่ 2 / 2569 เมษายน - มิถุนายน 2569

GPO

องค์การเภสัชกรรม

The Government Pharmaceutical Organization

พร้อมยกระดับองค์กร
สู่การเป็นศูนย์กลาง

นวัตกรรม

สุขภาพระดับสากล

พญ.มิ่งขวัญ สุพรรณพงศ์
ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม

เภสัชกรชุมชนกับสุขภาพใจ 3 มิติ:
ด้านหน้าคือวิกฤตซึมเศร้าด้วย "ยา-คำปรึกษา-สมุนไพร"

บทบาทสำคัญของยา Paxlovid
ในโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

การใช้ Data Analytics
และ AI ยกระดับความปลอดภัย
และความคุ้มค่าในการดูแลผู้ป่วย

วอร์ท็อกซ์ทีนและบทบาทในการปรับ
และกระตุ้นการทำงานของเซโรโทนิน

CPE Continuing
Pharmaceutical
Education2
Credits

สารจากนายก



เรียน พี่น้องเพื่อนร่วมวิชาชีพเภสัชกร และผู้อ่านวารสารยานำรู้ทุกท่าน
ในวาระที่วารสารยานำรู้ก้าวเข้าสู่ฉบับที่ 2 ของปี พ.ศ. 2569 ท่ามกลางบรรยากาศของความผันผวนในระดับสากล ผมเขียนสารฉบับนี้ด้วยความตระหนักและห่วงใยต่อสถานการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในภูมิภาคอ่าวอาหรับ หรือ "สงครามอ่าว" ครั้งล่าสุดนี้ ซึ่งแม้จะดูไกลตัวทางภูมิศาสตร์ แต่ผลกระทบที่ส่งต่อมาถึงพวกเราชาวไทย โดยเฉพาะในแวดวงสาธารณสุขและวิชาชีพเภสัชกรรมนั้น เป็นเรื่องที่ไม่อาจมองข้ามได้

วิกฤตการณ์ในครั้งนี้ได้ส่งแรงสะท้อนต่อความมั่นคงในทุกสถานประกอบการ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลที่ต้องรับภาระต้นทุนเวชภัณฑ์ที่สูงขึ้น ร้านยาที่ต้องเผชิญกับปัญหาสินค้าขาดแคลนและราคาที่ผันผวน หรือโรงงานอุตสาหกรรมผลิตยาที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากราคาวัตถุดิบและค่าขนส่งที่พุ่งสูงขึ้น เนื่องจากต้นทุนพลังงานและการหยุดชะงักของห่วงโซ่อุปทานโลก

นอกจากนี้ ภาวะเงินเฟ้อ ที่ติดตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ยังส่งผลกระทบต่อรายได้ที่แท้จริงและกำลังซื้อของประชาชน ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังเศรษฐกิจในภาพรวมของวิชาชีพ พวกเราทุกคนกำลังเผชิญกับความท้าทายในการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อให้ประชาชนยังคงสามารถเข้าถึงยาและบริการทางเภสัชกรรมที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม

อย่างไรก็ตาม ในทุกวิกฤตย่อมเป็นบทพิสูจน์ถึง "คุณค่า" ของวิชาชีพเภสัชกรรม ผมจึงขอส่งกำลังใจให้เภสัชกรทุกท่านในทุกบทบาทหน้าที่ :

เภสัชกรโรงพยาบาล : ขอให้มุ่งมั่นในการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

เภสัชกรชุมชน (ร้านยา) : ขอให้เป็นที่พึ่งเบื้องต้นของประชาชน ให้คำปรึกษาที่ถูกต้องท่ามกลางความกังวลใจเรื่องค่าครองชีพ

เภสัชกรอุตสาหกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค : ขอให้ร่วมกันผลักดันการผลิตภายในประเทศเพื่อสร้างความมั่นคงทางยาให้กับชาติ

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยฯ พร้อมทั้งจะอยู่เคียงข้างและสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร รวมถึงประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาทางออกและบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสมาชิกและวิชาชีพของเราอย่างสุดความสามารถ

สุดท้ายนี้ ผมขอขอบคุณในความเสียสละและแรงกายแรงใจของทุกท่าน ขอให้เรามีสติ ปัญญา และความสามัคคี เพื่อที่จะร่วมกันก้าวผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้ด้วยกัน เพราะ "ยา" ไม่ใช่แค่สินค้า แต่คือลมหายใจและความหวังของเพื่อนมนุษย์

ด้วยความปรารถนาดีและเคารพในวิชาชีพ

(ภก.ดร.สุวิทย์ อีร์กุลชน)

นายกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์



บทบรรณาธิการ



วัสต์วันปีใหม่ไทย ๆ รับเทศกาล สงกรานต์ 2569 นี้ กระผมขออวยพรให้ พี่น้องสมาชิกชาวเกสซ่า และ ผู้อ่านวารสาร “ยาน่ารู้” ทุกท่าน มีความสุข ความเจริญ และสำเร็จในสิ่งอันพึงปรารถนา สามารถผ่านช่วงของคลื่นความร้อนระอุ ด้วยความ เย็นกาย สบายใจ ด้วยดีทุก ๆ คน นะครับ

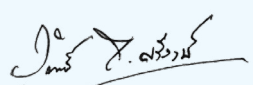
นับตั้งแต่ปีใหม่เป็นต้นมา กระผมตั้งข้อสังเกตว่าเศรษฐกิจบ้านเรา มีความหวังว่าจะไปได้ดี ทุกคนหวังว่า หลังการเลือกตั้ง การทำมาค้าขาย ความน่าเชื่อถือ ของนักลงทุนต่างชาติ จะกลับมาอีกครั้ง แต่หวังได้ไม่นาน สงครามตะวันออกกลางที่เกิดขึ้นก็ส่งผลกระทบไปทั่วโลก ประเทศไทยก็หนีไม่พ้นแรงกระเพื่อมนี้ได้ และดูท่าทีว่าทุกอย่างจะกลับมาเป็นปกติ คงต้องอาศัยเวลาอีกนานทีเดียว กระผมหวังเพียงว่า รัฐบาลจะมีมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจและช่วยเหลือประชาชนให้ทุกชนชั้นที่สุดจากวิกฤติในครั้งนี้ไปได้

สำหรับวารสาร “ยาน่ารู้” ฉบับที่ 2 ปี พ.ศ.2569 : เมษายน - มิถุนายน พ.ศ.2569 กระผมและทางทีมบรรณาธิการวารสาร “ยาน่ารู้” พยายามปรับปรุงเนื้อหาให้มีความทันสมัยและรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในแวดวงชาวยายเรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปกหน้าวารสาร “ยาน่ารู้” ฉบับนี้ และ หัวข้อ Executive’s Talk ท่านนายกเลขาธิการสมาคมฯ ภก.ดร.สุวิทย์ ธีรกุลชน และกระผม ได้รับเกียรติจาก ท่านผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม พญ.มิ่งขวัญ สุพรรณพงศ์ และทีมผู้บริหาร ให้ไปเยี่ยมชมถึงองค์การเภสัชกรรม และได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น พร้อมทั้ง รับฟังประสบการณ์ อันมีค่าอย่างยิ่ง กระผมได้นำบทสรุปที่น่าสนใจ มาถ่ายทอดลงใน วารสาร “ยาน่ารู้” ฉบับนี้ ซึ่งท่านสมาชิกชาวเกสซ่า และผู้อ่านวารสาร “ยาน่ารู้” ทุกท่าน สามารถติดตามทิศทางแนวโน้มอุตสาหกรรมยา และเกร็ดความรู้ดี ๆ ได้จากบทสัมภาษณ์ นี้ ด้วยครับ

นอกจาก บทสัมภาษณ์ผู้บริหาร (Executive’s Talk) ที่น่าสนใจแล้ว วารสาร “ยาน่ารู้” ฉบับที่ 2 ปี พ.ศ.2569 : เมษายน - มิถุนายน พ.ศ.2569 นี้ ยังมีงานสำคัญ ๆ ที่อยากเรียนเชิญ ท่านสมาชิกชาวเกสซ่า และผู้อ่านวารสาร “ยาน่ารู้” ทุกท่าน มาร่วมงานประชุมวิชาการเภสัชกรรมประจำปี 2569 และการประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2568 เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ในวันที่เสาร์ ที่ 30 พฤษภาคม 2569 ณ ห้องบอลรูม 1 ชั้น 5 โรงแรม S 31 สุขุมวิท กรุงเทพฯ ตั้งแต่ เวลา 8:00 – 16:30 น. อีกด้วย โดยมีประเด็นที่น่าสนใจมากมาย โดยวิทยากรชั้นนำของประเทศ ให้เกียรติมาให้ความรู้ ในงานประชุมนี้ รวมทั้ง ท่านสามารถเก็บหน่วยกิต CPE สะสม 5 หน่วยจากการเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ได้ด้วยครับ

ท้ายที่สุดนี้ กระผมพยายามอย่างยิ่ง ที่จะทำให้ วารสาร “ยาน่ารู้” เป็นสื่อกลางทางวิชาการและวิชาชีพ ระหว่างเภสัชกรรมสมาคมฯ และพี่น้องสมาชิกชาวเกสซ่า รวมทั้งผู้อ่านที่สนใจทุกท่าน กระผมหวังว่าท่านนายกเลขาธิการสมาคมฯ ภก.ดร.สุวิทย์ ธีรกุลชน และคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ชุดนี้ จะทำหน้าที่เป็นกระบอกเสียง และเป็นตัวแทนให้กับสมาชิกเภสัชกรทุกท่านนะครับ หากท่านมีความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ท่านสามารถที่จะส่งผ่านมาทางวารสารหรือสื่ออื่น ๆ ของทางสมาคมฯ ได้ครับ กระผมและคณะกรรมการอำนวยการทุกท่าน ยินดีรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพื่อจะได้นำมาปรับปรุงพัฒนา ให้สมาคมฯ และวิชาชีพเภสัชกรรม ของเราทุกคน พัฒนาก้าวหน้าไปอย่างดียิ่ง ๆ ขึ้น อีกต่อไป





เภสัชกร/รศ.ดร. ปุรินท์ ต ศรีวงศ์
บรรณาธิการ วารสาร “ยาน่ารู้”

• ที่ปรึกษา

ภก.ดร.สุวิทย์ ธีรกุลชน
นายกเลขาธิการสมาคมแห่งประเทศไทย
ในพระบรมราชูปถัมภ์

• ผู้จัดการวารสาร

ภญ.รุ่งนภา เมธมูทา

• รองผู้จัดการวารสาร

ภก.ศักดิ์ดา เขียวไพศาล

• บรรณาธิการ

ภก.รศ.ดร.ปุรินท์ ต ศรีวงศ์

• กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ภญ.นริศ คำแก่น
รศ.ดร.ภก.ธีระ ฤทธิรอด
รศ.ดร.ภก.กัมปนาท หวลบุตรตา
ดร.ภก.ธนศ เพื่องฟู
ภก.ศักดิ์ดา เขียวไพศาล
ภก.อนุรักษ บัวแก้ว

• เจ้าของ

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

• โฆษณา

ภญ.รุ่งนภา เมธมูทา 094-414-4691
ภก.ศักดิ์ดา เขียวไพศาล 084-677-1750

• ออกแบบรูปเล่ม จัดพิมพ์

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

บทความในวารสารเล่มนี้ เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนถือเป็นลิขสิทธิ์ของเภสัชกรรมสมาคมฯ
ห้ามนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

Contents

ปีที่ 69 ฉบับที่ 2 / 2569 เมษายน - มิถุนายน 2569

12

Executive's Talk
องค์การเภสัชกรรม



4 **สารจากนายก**

ภก.ดร.สุวิทย์ ชีรสกุลชน

6 **บทบรรณาธิการ**

ภก.รศ.ดร.บุรินทร์ ต. ศรีวงษ์

10 **ข่าวแวดวงเภสัชกรรม**

ภก.ศักดา เจริญไพศาล

12 **Executive's Talk
องค์การเภสัชกรรม**

ภก.รศ.ดร.บุรินทร์ ต. ศรีวงษ์

26 **FAPA :**

ไทยประกาศศักราชภาพ 3 งานประชุมด้าน
เภสัชศาสตร์โลก มุ่งเป้า Medical Hub แห่งเอเชีย
ภก.รศ.ดร. กัมปนาท หวลบุตตา

30 **Global Pharma Digest Stay Updated :
เปิดอ่าน**

ดร.ภก.ธเนศ เพ็ญฟู

34 **เภสัชวิวัฒน์ : การกำกับดูแลยา กลุ่ม GLP-1
ในประเทศไทย: การยกระดับเป็นยาควบคุมพิเศษ
และข้อพิจารณาตามกฎหมายการตลาด**

ภญ.รุ่งนภา เมธบุรพา



26 **ไทยประกาศศักราชภาพ 3 งานประชุมด้าน
เภสัชศาสตร์โลก มุ่งเป้า Medical Hub แห่งเอเชีย**

36 **สมุนไพรไทย :**

โกฐู กลุ่มสมุนไพรในตำรับยาไทยและข้อควรระวังใน
การใช้ร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ดร.ภญ.พิมพ์พมล ต้นสกุล, รศ.ดร.ภญ.นริศรา คำแก่น

40 **เรื่องเล่ายาที่น่ารู้ :**

บทบาทสำคัญของยา Paxlovid
ในโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

รศ.ดร.ภก.ธีระ ฤทธิรอด, อ.ภก.วาสนา นิกพอน,
อ.ภญ.ปานวาด เลิศพิริยะสกุลกิจ, อ.ภญ.วรัญญา ชวานนท์พิทักษ์
นศ.ภ สิริกัลยา สิริ, นศ.ภ สุกัญญา บริบูรณ์, นศ.ภ ณัฐพล พลวิชัย

47 **ThaiYPGrow :**

เภสัชกรชุมชนกับสุขภาพใจ 3 มิติ: ด้านหน้าผู้วิกฤต
ซึมเศร้าด้วย "ยา-คำปรึกษา-สมุนไพร"

ภก.ศักดา เจริญไพศาล ภญ.วรัญญา เอื้อวัฒน์-สกุล

53 **The Digital Pharmacist :**

การใช้ Data Analytics และ AI ยกระดับ
ความปลอดภัยและความคุ้มค่าในการดูแลผู้ป่วย

ดร.ภก.วิรุณ เวชศิริ

59 **CPE : วอร์ท็อกซ์ขึ้นและบทบาทในการปรับ
และกระตุ้นการทำงานของเซลล์**

รศ.ดร.ภก.ธีระ ฤทธิรอด, รศ.ดร.ภก.เมธิน ผดุงกิจ, ธีรภัทร จินตธรรม,
อ.ภก.วาสนา นิกพอน, ภก.ขวัญประชา เทียงธรรม,
ผศ.ดร.ภก.อนุสรณ์ ธรรมพิทักษ์

การประชุมวิชาการเภสัชกรรม ประจำปี 2569 และการประชุมใหญ่สามัญ ประจำปี 2568

ยกระดับความเป็นเลิศทางวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่ออนาคตระบบสุขภาพไทย
(Advancing Pharmaceutical Excellence for Thailand's Future Healthcare)

คุณพร้อมหรือยัง... ที่จะก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพเภสัชในอนาคต?

ขอเชิญเข้าร่วม การประชุมวิชาการเภสัชกรรม ประจำปี 2569

ภายใต้หัวข้อ Advancing Pharmaceutical Excellence for Thailand's Future Healthcare

เพื่อยกระดับวิชาชีพเภสัชสู่ออนาคตระบบสุขภาพไทย



จัดขึ้นใน

วันเสาร์ที่ 30 พฤษภาคม 2569

เวลา 08.00 - 16.30 น.

ณ โรงแรม S31 สุขุมวิท กรุงเทพฯ

พบกับเนื้อหาวิชาการเข้มข้นตลอดวัน



ปาฐกถาพิเศษจากผู้นำวิชาชีพ



อัปเดตกฎหมายและนโยบายด้านยา



เวทีเสวนาสำคัญ จากผู้เชี่ยวชาญทั้งไทยและต่างประเทศ

โอกาสพิเศษ!

สมัครสมาชิก เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย

ภายในวันที่ 30 เมษายนนี้

รับสิทธิ์เข้าร่วมประชุม **ฟรี!** มูลค่า 1,200 บาท

อย่าพลาด โอกาสสำคัญในการพัฒนาวิชาชีพของคุณ

สมัครเลยวันนี้

30 พฤษภาคม 2569 08.00 - 16.30 น.



📍 โรงแรม S31 สุขุมวิท กรุงเทพฯ

สมัครสมาชิก ภาส

<https://www.pat.or.th>

ค่าสมาชิกตลอดชีพ 2,000 บาท

สมัคร เข้าร่วมประชุม



สมาชิก - 1,000 บาท

ทั่วไป - 1,200 บาท

นักศึกษา - 500 บาท

"หลังจากสมัครเรียบร้อยแล้ว ท่านจะได้รับอีเมลยืนยันการลงทะเบียน"



TIPA

TIPA หรือ สมาคมเภสัชกรรมอุตสาหกรรม ประเทศไทย ได้มีการเลือกตั้งนายกสมาคมฯ วาระที่ 8 ในวันที่ 18 มีนาคม 2569 และผู้ที่ได้รับความไว้วางใจจากสมาชิกให้ดำรงตำแหน่งนายกสมาคมฯ ได้แก่ ญะพรพร จานงธนโชติ

1. ศิษย์เก่าดีเด่น คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2562) ได้รับคัดเลือกเป็นศิษย์เก่าดีเด่น "ด้านสร้างประโยชน์แก่สังคมและสถาบัน" ประจำปี 2562

2. การพัฒนา "ยาน้ำเชื่อมฟาร์วิทราเวียร์" ดำรับแรกของไทย เป็นหนึ่งในทีมผู้เชี่ยวชาญจากภาคอุตสาหกรรม (บริษัท เมดิกา อินโนวา จำกัด) ที่ร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาฯ และราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ พัฒนาสูตรตำรับยาน้ำเชื่อมสำหรับเด็กและผู้สูงอายุ และได้รับรางวัล Prime Minister Award: Innovation for Crisis ในงาน SITE 2021

3. บทบาทกรรมการสภาเภสัชกรรม ดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการสภาเภสัชกรรม (วาระที่ 10 ปี พ.ศ. 2565-2568) และมีบทบาทในคณะกรรมการและคณะทำงานต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการการศึกษาเภสัชศาสตร์

4. ผู้เชี่ยวชาญด้าน Stability Study (ความคงสภาพของยา) เป็นวิทยากรบรรยายในหัวข้อการศึกษาความคงสภาพของยา (Stability Study and Assessment) ให้กับเภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์ในงานประชุมวิชาการระดับชาติ เช่น งาน Pharmacy Research and Innovation Summit (PRIS)

นับว่าเป็นบุคลากรที่มีความสามารถ และผลงานที่เป็นที่ประจักษ์กับสังคม ภาส. ขอแสดงความยินดีอีกครั้งครับ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยที่ผ่านการรับรองจากสภาเภสัชกรรมล่าสุด

วันที่ 9 มกราคม พ.ศ.2569 สภาเภสัชกรรมอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๙(๓) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพ สภาเภสัชกรรม พุทธศักราช ๒๕๓๗ และตามความในหมวด ๓ ข้อ ๙ แห่งข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยการรับรอง ปรินญา ประกาศนียบัตรในวิชาชีพเภสัชศาสตร์ หรือ วุฒิปัตรในวิชาชีพเภสัชกรรมของสถาบันต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ ในการสมัครเป็นสมาชิก พ.ศ.๒๕๕๖ สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่เป็นเจ้าของหลักสูตรเภสัชศาสตร์ที่ผลิต บัณฑิตที่สภาเภสัชกรรมให้การรับรองเพื่อเป็นการรับรองปรินญาตามกระบวนการการรับรองปรินญาทางเภสัชศาสตร์ โดยมีสถาบันการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทยที่ได้รับการรับรองใหม่ ตามรายละเอียด ดังนี้

- ลำดับที่ 24. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ลำดับที่ 25. มหาวิทยาลัยปทุมธานี

ทำให้ปัจจุบัน มีคณะเภสัชศาสตร์ทั้งหมด 25 สถาบัน ได้แก่

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- วิทยาลัยนครราชสีมา

ภาคเหนือ

- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- มหาวิทยาลัยนเรศวร
- มหาวิทยาลัยพะเยา
- มหาวิทยาลัยพายัพ

ภาคกลาง

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- มหาวิทยาลัยรังสิต
- มหาวิทยาลัยสยาม
- มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
- มหาวิทยาลัยมหิดล
- มหาวิทยาลัยศิลปากร
- มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
- สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา
- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- มหาวิทยาลัยปทุมธานี

ภาคตะวันออก

- มหาวิทยาลัยบูรพา
- สถาบันพระบรมราชชนก (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี)

ภาคใต้

- มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

Executive's Talk

บทสัมภาษณ์โดย : ภก.รศ.ดร.บุรินทร์ ต. ศรีวงศ์

องค์การเภสัชกรรม



โรงงานผลิตยารังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี



องค์การเกสัชกรรม

เมื่อโลกเปลี่ยน องค์การต้องเปลี่ยน

ถอดรหัสวิธีคิดผู้นำที่เชื่อม

ระบบสุขภาพ

สู่ ความมั่นคงของประเทศ





แพทย์หญิงมิ่งขวัญ สุพรรณพงศ์
ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม

บทนำ :

โลกหลังวิกฤตโรคระบาดครั้งใหญ่ไม่ได้เปลี่ยนเพียงแค่ระบบการแพทย์ธรรมดา ๆ
แต่กำลังตั้งคำถามตัวโต ๆ กับคำว่า **“ความมั่นคงของประเทศ”**

เมื่อห่วงโซ่อุปทานยาโลกสั่นสะเทือน เทคโนโลยีหุ่นใจ และเศรษฐกิจผันผวน
หลายประเทศเริ่มกังวลว่า หากวันหนึ่งขาดแคลนยา
เราจะดูแลประชาชนอย่างไร บทบาทของ

“องค์การเภสัชกรรม” (อภ.)

ในวันนี้จึงต้องก้าวข้ามการเป็นเพียงโรงงานผลิตยา
สู่การเป็นกลไกยุทธศาสตร์สำคัญที่ประเทศจะขาดไม่ได้
เรามีโอกาสได้นั่งคุยกับ

พญ.มิ่งขวัญ สุพรรณพงศ์
ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม

หญิงแกร่งผู้ผ่านประสบการณ์ทำงานสาธารณสุขไทยมาอย่างโชกโชน
ตลอดบทสนทนากว่าสองชั่วโมงเต็ม

สิ่งที่เราสัมผัสได้ไม่ใช่เพียงวิสัยทัศน์ที่เฉียบคมด้านการบริหารเท่านั้น
แต่คือกระแสเสียงของผู้นำที่เต็มไปด้วยพลัง จิตวิญญาณ และความอบอุ่น
ที่คิดถึงความสุขของคนในองค์กรอยู่เสมอ

จากนางงานจริง สู่คำถามที่ไม่มีในตำราเรียน เมื่อย้อนถามถึงจุดเริ่มต้นของวิชาชีพแพทย์

พญ.มิ่งขวัญ บอกเราว่า “จริง ๆ ตอนแรกไม่ได้อยากเรียนหมอ แต่คุณพ่อขอไว้ ตอนจะ entrance ซึ่งตอนนั้นเราเป็นเด็กปักษีได้ก็จะได้สิทธิ entrance ตรงกับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนตั้งแต่ยังไม่จบ ม.๖ ตัวเองอยากเรียนไปทางคณะวิศวะ คณะทรัพยากรธรรมชาติหรืออะไรทำนองนี้ตามประสาขาลุย แต่คุณพ่อก็ขอไว้ว่า ลูกพอจะเรียนไปทางแพทย์ได้ ช่วยเลือกให้พ่อสักอันดับหนึ่ง ตอนนั้นก็คิดหนักเหมือนกัน เพราะเอ็นท์ตรงมีสิทธิเลือกได้แค่ ๓ คณะเท่านั้น แต่คุณพ่อก็บอกว่าแพทย์เป็นวิชาชีพที่ดีนะ ทำงานไปก็เหมือนได้บุญทุกวันเลยนะ ก็เลยเลือกตามที่คุณพ่อขอค่ะ แรก ๆ ยังไม่อิน จนเริ่มขึ้นปีคลินิกก็เริ่มรักในวิชาชีพนี้ และก็ขอบพระคุณคุณพ่อที่ช่วยผลักดันเรามาทางนี้ เพราะพูดจากใจเลยนะค่ะว่าแม้ว่าการเรียนแพทย์จะลำบากตรากตรำยังไง แต่เราก็มีความสุขและรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตอย่างมีความหมายในทุก ๆ วัน

“หลังจบแพทยศาสตรบัณฑิตด้วยเกียรตินิยม คุณหมอมิ่งขวัญได้ไปใช้ทุนที่โรงพยาบาลสิเกา ในบ้านเกิดจังหวัดตรัง พญ.มิ่งขวัญ ย้อนอย่างอารมณ์ดีก่อนจะเล่าให้เราฟังถึงวันวานที่ต้องใช้ชีวิตในช่วงนั้นว่า

“ช่วงเป็นแพทย์ใช้ทุน เด็กจบใหม่รุ่นนั้นมักต้องไปเป็นทั้งแพทย์และ ผอ.รพ.ชุมชนไปด้วย เรื่องรักษาคนไข้เราไม่มีปัญหา แต่เรื่องบริหารนี่เรื่องใหญ่เลย ต้องเรียนว่าตอนนั้นแค่เซ็นเช็ค ยังเซ็นไม่เป็นเลย บริหารคน เงิน ของ ก็งู ๆ ปลา ๆ จากทำไม่เป็นเลย ก็ค่อย ๆ เรียนรู้ ... เป็นช่วงที่สนุกสนานเหมือนกันค่ะ ก็ใช้ชีวิตกันไป (หัวเราะ)”

ตลอด 3 ปีในพื้นที่ จากการลงมือทำทั้งการรักษาและการทำโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการสวมร้อยเปอร์เซ็นต์ การบูรณาการจิตเวชขึ้นไปถึงการขยายจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ประสพการณ์ภาคสนามเหล่านั้นได้บ่มเพาะ และจุดประกายคำถามสำคัญในใจว่า ‘งานบริหารและระบบสุขภาพที่เรากำลังทำอยู่นั้น มาถูกทางแล้วจริงไหม และ Know-how ที่แท้จริงคืออะไร เขาบริหารกันยังไง’ นั่นคือเหตุผลที่ทำให้ท่านตัดสินใจเรียนต่อด้านรัฐประศาสนศาสตร์ ที่คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ควบคู่ไปกับการกลับมาศึกษาด้านแพทย์เฉพาะทาง สาขาทจวิทยา ที่สถาบันโรคผิวหนัง เพื่อค้นหาคำตอบให้กระจ่าง

“การทำงานใน รพ.ชุมชน มาสามปีและต้องทำบริหารด้วย เราก็ทำไปแบบมั่ววัดอะค่ะ แต่ตัวเองเป็นคน que เชื่อว่า ความรู้เป็นเรื่องการสั่งสม ทุกอย่างบนโลกนี้ไม่ได้เกิดกับเราเป็นคนแรก เคยมีคนคิดค้นผ่านและมีประสบการณ์ ถ่ายทอดเป็นบทเรียนมาก่อนแล้ว ดังนั้น



ตอนที่มาเทรนที่สถาบันโรคผิวหนัง ก็เลยได้ไปเรียนปริญญาโทด้านบริหารรัฐกิจไปด้วย ดูเหมือนว่าว่างเนอะ แต่จริง ๆ แล้วที่สถาบันผิวหนังก็เรียนหนักมากนะค่ะ เพียงแต่เราก็สงสัยอยากรู้จริง ๆ ว่า สิ่งที่เราทำมาตอนใช้ทุนสามปีนั้น ทำถูกทำผิดมากน้อยแค่ไหน มีอะไรที่ทำให้ดีกว่านี้ได้อีก ก็เลยเลือกเรียนคู่ไปเลย แต่หลังจากนั้น พออาจารย์ทราบก็เหมือนจะมีกฎห้ามไปเรียนอย่างอื่นควบคู่กันอีกนะค่ะ เราก็ถือว่าเป็นคนทดสอบระบบคนแรกและน่าจะเป็นคนสุดท้ายของสถาบันฯ” แพทย์หญิงมิ่งขวัญกล่าวทิ้งท้ายหัวเราะ

วิกฤตในครอบครัว แรงผลักดันสู่ “30 บาทรักษาทุกโรค”

บทสนทนาก่อนลึกและจริงจังขึ้นเมื่อเรายกกันถึงเรื่องนโยบายสุขภาพ พญ.มิ่งขวัญ ได้แชร์จุดเปลี่ยนครั้งสำคัญในชีวิตที่เกิดขึ้นจากวิกฤตครอบครัวสมัยยังเป็นนักศึกษาแพทย์ เมื่อน้องชายคนเดียวล้มป่วยด้วยโรคเนื้องอกต่อมไธมสมอง และกำลังจะหมดสิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากอายุใกล้ครบ 20 ปี ในยุคนั้นค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดสูงมหาศาล จนคุณแม่เกือบต้องยอมขายสวนเพื่อหาเงินมารักษา แม้สุดท้ายจะได้อาจารย์แพทย์จากโรงพยาบาลรามธิบดียื่นมือมาช่วยเหลือ แต่เหตุการณ์นั้นทิ้งคำถามคาใจขึ้นใหญ่ไว้ให้กับท่าน

“เหตุการณ์นั้นทำให้เกิดคำถามติดใจว่า ขนาดเราเป็นคนชั้นกลาง.... พ่อแม่รับราชการมีสวัสดิการพร้อมให้เรายังต้องเผชิญความยากลำบากและ Struggle ขนาดนี้ แล้วถ้าเป็นคนอื่น ๆ ที่ไม่มีสิทธิแบบนี้เขาจะอยู่รอดได้อย่างไร... ทำไมประเทศเราถึงไม่มีหลักประกันสุขภาพที่ดีและประชาชนพึงพาได้จริงบ้าง?”

คำถามในวันนั้นกลายเป็นแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาล ซึ่งต่อมา กลายเป็นสะพานเชื่อมให้ท่านได้เข้าร่วมงานวิจัยเชิงปฏิบัติการกับ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ในโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข (Health Care Reform Project) ซึ่งเป็นโครงการวิจัยแบบ action research และกลายมาเป็นหนึ่งในรากฐานสำคัญของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” ที่ดูแลคนไทยหลายสิบล้านคนในปัจจุบัน



นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
บุกเบิกและผลักดันโครงการ
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

“จริง ๆ ตอนที่ท่านอาจารย์ปรีชา กุลวณิชย์ ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง ตอนนั้นชวนให้มาเรียนสถาบันโรคผิวหนัง ท่านก็ตั้งใจว่าจบแล้วจะให้เราไปอยู่ที่สถาบันโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ ที่จังหวัดตรัง ซึ่งท่านได้ผลักดันให้มีการจัดตั้งขึ้น แต่ก็มีเหตุว่าตรงพื้นที่ราชพัสดุที่จะสร้างโรงพยาบาลตอนนั้นก็มีคนบุกรุกไปใช้ประโยชน์อยู่ กว่าจะเจรจากันเรียบร้อยและเริ่มก่อสร้างหมอกก็เรียนผิวหนังจบแล้ว แต่ตรงสถาบันโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้จังหวัดตรังที่เราตั้งใจจะไปทำงานหลังเรียนจบก็ยังไม่เสร็จ ทำให้จบแล้วพี่สงวนซึ่งก็ได้อ่านอีลีสเราท่านก็ชวนว่า ให้มาทำ Health care reform ด้วยกันก่อน เราซึ่งมีประเด็นติดใจตั้งแต่สมัยน้องชายไม่สบาย ประกอบกับที่เราอยากจะได้ทำงานกับพี่สงวน ก็เลยตกลง เป็นการพลิกชีวิตไปอีกทางเหมือนกันค่ะ เพราะจำได้ว่าจบผิวหนังปั๊บ คืนวันนั้นก็บินไปบอสตันเลย เพราะพี่สงวนขอทุน WHO ส่งไปเรียนเรื่อง Health system in developing countries เพื่อที่จะได้ปูพื้นเราให้แข็งแรง จบคอร์สนี้ก็ได้กลับมาทำงาน HCR เต็มตัว มีแว๊ปไปทำงานเป็นหมอผิวหนังที่ รพ.พระนั่งเกล้า นนทบุรี สัปดาห์ละ 1-2 วัน ที่ HCR ซึ่งเป็น action research เกี่ยวกับการปรับปรุงแบบ Health services และ Health financing ในพื้นที่จริง เช่น อยุธยา ยโสธร แต่ความรับผิดชอบหลักของคุณหมอ밍ขวัญจะเป็นโครงการเฉพาะกิจมากกว่า

“หน้าที่หลัก ๆ ที่ HCR ตอนนั้นจะเป็นเรื่องวิชาการค่ะ ประมาณศึกษาเรื่องราวจากประเทศอื่น ๆ แล้วถอดบทเรียนมาประยุกต์ใช้กับไทยเรา แล้วก็รับผิดชอบศึกษาโครงการย่อยอีก ๓ เรื่องคือ เรื่องกองทุนสุขภาพชุมชน เรื่องบทบาทของโรงพยาบาลเอกชน กับเรื่องของผู้ป่วย HIV ค่ะ”

“สามเรื่องนี้ เหมือนเป็น sideline หรือ backup ของโครงการใหญ่ อย่างเรื่องกองทุนสุขภาพชุมชน ก็เป็นเรื่องที่พี่สงวนเตรียมไว้ในกรณีที่ไม่สามารถผลักดันนโยบายแบบระดับชาติได้ ก็จะทำเป็นพลังความเข้มแข็งของชุมชนแทน ซึ่งจริง ๆ ตอนนั้นก็มีหลายพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งเรื่องนี้อยู่ เช่น ที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ซึ่งก็จะมีชาวบ้านหลายหมู่บ้านที่รวมตัวกันตั้งกองทุนและดูแลกันเองด้านสุขภาพได้ดี และแม้ว่าสถานพยาบาลในโครงการ HCR หลักจะเป็นโรงพยาบาลรัฐ แต่พี่สงวนก็ให้ศึกษาเรื่องโรงพยาบาลเอกชนเตรียมเอาไว้ เพราะท่านก็บอกว่าภาพรวมสุดท้ายเราก็ต้องใช้ศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนมาช่วยเสริมให้สมบูรณ์ไปด้วย

ส่วนเรื่องการจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วย HIV ก็เป็นสิ่งที่พี่สงวนให้ทำ เพื่อเป็นแนวสำหรับการทำ vertical program สำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และอาจจะต้องมีการจัดการแบบรวมศูนย์มากกว่าเชิงพื้นที่อย่างเดียว ก็ได้ทำงานที่ HCR อยู่เกือบ ๗ ปีค่ะ งานที่รับผิดชอบก็เสร็จไป ๒ เรื่อง เรื่องที่ยังไม่ทันจะทำได้เรียบร้อยคือ HIV ที่เพิ่งจะได้ตั้งทีมและเริ่มคุยกับผู้เชี่ยวชาญต่างชาติที่จะมาร่วมด้วย ก็พอดีกับโครงการหลักของ HCR เสร็จไประดับหนึ่ง และทางพรรคเพื่อไทยก็เอาไปเป็นนโยบายหลักในการหาเสียง พอพรรคชนะการเลือกตั้งก็ประกาศดำเนินการนโยบายนี้ เป็นเรื่องของบัตรทองหรือ ๓๐ บาทรักษาทุกโรคทันที มีการเปลี่ยนจากโครงการวิจัยเฉพาะกิจกลายเป็นการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นองค์กรมหาชน”

หลังจากที่มีการจัดตั้ง สปสช.ขึ้น คุณหมอก็บอกว่าต้องตัดสินใจอีกครั้งในชีวิตเหมือนกันว่าจะไปทางไหนต่อ เนื่องจากได้รับการชักชวนให้ไปทำงานต่อในองค์กรใหม่นี้ ซึ่งก็มีผลดีในแง่ค่าตอบแทนที่สูงขึ้น สามารถถือว่าเป็นการออกจากราชการโดยได้รับเงินบำนาญได้เลย และได้ผลักดันนโยบายที่ยังค้างคาให้ต่อเนื่องต่อไป

“แต่ตอนนั้น ไม่ได้ลาออกจากราชการค่ะ ไม่ไปอยู่ สปสช. แต่กลับมาทำงานเป็นแพทย์ผิวหนังเต็มตัวที่พระนั่งเกล้าค่ะ เพราะการเป็นแพทย์ก็เป็นวิชาชีพที่เรารัก และก็สังเกตตัวเองว่าในช่วง ๗ ปีที่ผ่านมา วันไหนที่ตื่นมาแล้วไปตรวจคนไข้ รู้สึกว่าใจสบาย happy แต่วันไหนไป HCR ก็จะมีชีวิตหนักนิดนึง (หัวเราะ)”

คุณหมอกลับมาทำงานที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าต่ออีก ๕-๖ ปี จากนั้นก็ได้โอนย้ายไปเป็นผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์อีก ๑๐ ปี โดยระหว่างนี้ก็ยังมีช่วงที่ต้องควบเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง ที่เคยเป็นความตั้งใจแต่แรกอยู่ช่วงหนึ่งด้วย

นอกจากนั้น คุณหมอก็ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้อำนวยการศูนย์ฉีดวัคซีนกลางบางซื่อ ซึ่งนับว่าเป็นศูนย์ฉีดวัคซีนโควิดที่ใหญ่ลำดับต้น ๆ ของโลกเลยทีเดียว เพราะมีการให้บริการต่อเนื่องเกือบห้าร้อยวัน ฉีดวัคซีนไปเกือบสิบล้านโดส และเป็นส่วนสำคัญของการร่วมฝ่าวิกฤติของประเทศครั้งนั้นมาได้อย่างงดงาม



“การตั้งศูนย์ฉีดวัคซีนกลางบางซื่อต้องให้เครดิตกับท่านนายกฯ อนุทินค่ะ ตอนนั้นท่านดำรงตำแหน่งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ท่านเป็นต้นคิดให้ทำศูนย์ฯ นี้ขึ้น ทำให้เรามีที่ที่ให้บริการพี่น้องประชาชนได้จำนวนมาก ทันเวลาการทำงานตอนช่วงนี้เป็นช่วงที่เราได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนจริง ๆ ตอนนั้นตัวเองเป็น ผอ.สถาบันโรคผิวหนัง เรามีกำลังเจ้าหน้าที่แค่ ๓๐๐ คน ครั้งหนึ่งก็ต้องให้บริการที่สถาบันฯ ตามปกติ มีประมาณ ๑๐๐ กว่าคนที่จะมา run ศูนย์ขนาดใหญ่นี้ ถ้าไม่ได้ความร่วมมือจากทั้งภาครัฐและเอกชนที่ช่วยกันเต็มที่ก็จะไม่เกิดความสำเร็จของศูนย์ฯ ได้เลยคะ เป็นครั้งหนึ่งในชีวิตที่ตนเองแน่ใจว่า ประเทศไทยเราวิ่งไปข้างหน้าได้อีกไกล เพราะเมื่อถึงเวลา คนไทยเราก็รักกันและช่วยเหลือกันอย่างไม่เกี่ยงงอนใด ๆ แม้จะเป็นช่วงการทำงานที่หนักที่สุดในชีวิต เพราะไม่เคยทำงานแบบไม่มีวันหยุดเสาร์อาทิตย์ต่อเนื่องกันเป็นปี ๆ แบบนี้มาก่อน แต่ก็ภาคภูมิใจที่ได้สนองคุณประเทศชาติและถือว่าเป็นเกียรติยศของชีวิตที่เราได้มีโอกาสทำงานนี้ค่ะ หลังจากจบโควิด ปิดศูนย์บางซื่อแล้ว ก็ทำงานต่อเป็นผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนังอีกประมาณ ๑ ปีก็ลาออกจากราชการค่ะ”



เราบช่วงชีวิตของคุณหมอก่อนจะมาเป็นผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรมไว้เพียงเท่านี้ แต่จากประวัติของ พญ. มิ่งขวัญ เราก็อดถามไม่ได้ว่า ทำไมคุณหมอลงได้เลือกเรียนปริญญาหลายใบ ทั้งด้านรัฐศาสตร์จากจุฬาฯ บริหารธุรกิจ (MBA) จากธรรมศาสตร์ ตลอดจนคว้าทุน Chevening ไปเรียนต่อด้าน International Health Policy ที่ LSE ประเทศอังกฤษ ท่านเลยบอสงสัยนี้ด้วยรอยยิ้มกว้างว่า

“เมื่อก่อนเวลาใครถามว่าจะเรียนไปทำไมเยอะแยะ ก่อนนี้ก็จะตอบว่าเป็นคนชอบเรียนและคิดว่าทำให้เราไม่ต้องลองผิดลองถูกเองอยู่นาน แต่ก็ตกตัวเองมาก พอมาเป็นผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม ก็บอกตัวเองว่าฉันรู้แล้วว่าทำไมต้องเรียนเยอะแยะ ก็เอามาใช้ตรงนี้แหละ เหมือนว่าได้ใช้ทุกความรู้ทุกปริญญาที่เรียนกับองค์การเภสัชกรรม” (หัวเราะ)



ก้าวสู่ผู้นำองค์การเภสัชกรรม : ทำความเข้าใจอุตสาหกรรม และปรับวิสัยทัศน์



เมื่อก้าวเข้ามารับตำแหน่งแม่ทัพใหญ่ของรัฐวิสาหกิจยาที่ใหญ่ที่สุดในประเทศ พญ.มิ่งขวัญ ยอมรับอย่างตรงไปตรงมาว่า ภาพวิสัยทัศน์ในวันแรกที่ก้าวเข้ามาคือ มุมมองของ "คนนอก" แต่เมื่อได้เข้ามาสัมผัสเนื้อแท้ของคนในองค์กรและการทำงานจริงในอุตสาหกรรมยา ทำให้ต้องตกผลึกและปรับจนวิสัยทัศน์ใหม่ทั้งหมดจนได้มาเป็น

**องค์กรหลักเพื่อความมั่นคงทางยาของประเทศ
ที่ชาวไทยไว้วางใจและภาคภูมิใจ**

“ตอนแรกเรามองด้วยสายตาของคนนอก แต่พอเข้ามาทำความเข้าใจอุตสาหกรรมยาอย่างลึกซึ้ง เราพบว่า พันธกิจหลักหรือ Mission ของเราชัดเจนอยู่แล้ว นั่นคือการสร้างความมั่นคงทางยาให้กับประเทศ หมอจึงตั้งใจปรับวิสัยทัศน์ (Vision) ใหม่ โดยมุ่งเน้นไปที่ 3 เสาหลักสำคัญ คือ Security, Trust และ Pride



GPO

วิสัยทัศน์ (Vision)

Security

เรื่องแรกคือ **Security** ที่เป้าหมายหลักเราอยากให้ประเทศไทยสามารถมีความมั่นคงพึ่งพาตนเองด้านยาและเวชภัณฑ์ให้ได้เพื่อเป็นเสาหลักในการดูแลชีวิตคนไทยทั้งในสถานการณ์ปกติและภาวะวิกฤติ โดยการผสานการทำงานร่วมกันทั้งองค์กรฯ เอง และเพื่อนร่วมอุตสาหกรรมทั้งภาครัฐและเอกชน

Trust

ถัดมาคือ **Trust** ที่ อภ. เราต้องเป็นมืออาชีพ เป็นองค์กรที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส มีธรรมาภิบาล และผลิตยาที่มีคุณภาพมาตรฐานสากล เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และพี่น้องประชาชนมอบความไว้วางใจได้อย่างแท้จริง

Pride

และสุดท้ายคือ **Pride** เราอยากทำให้ทุกคนในองค์กรและคนไทยทุกคนรู้สึกภาคภูมิใจร่วมกันว่า ประเทศเรามีโรงงานผลิตยาของรัฐที่มีศักยภาพสูง มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระดับสากล เป็นส่วนหนึ่งของการเจริญรุ่งเรือง ของประเทศ คือเป็น growth engine ที่สำคัญยืนหยัดได้อย่างสง่างามในเวทีโลก

ยุทธศาสตร์ทั้งหมดที่เราขับเคลื่อนจึงต้องหมุนรอบ 3 คำนี้ค่ะ”

สร้าง “ค่านิยม” ให้เป็นแก่นแท้ของการทำงาน เพื่อขับเคลื่อนองค์กรขนาดใหญ่ให้ไปในทิศทางเดียวกัน
พญ.มิ่งขวัญ ได้ขอปรับค่านิยมองค์กรใหม่ให้กระชับ จำง่าย และปฏิบัติได้จริงภายใต้ชื่อย่อ

GPO

G - Growth Governance:

เติบโตอย่างมีธรรมาภิบาล ควบคู่กับการมี Growth Mindset มุ่งหวังโดยองค์กรเปิดพื้นที่โอกาสให้พนักงานได้ปฏิบัติงานแบบสร้างสรรค์ ยอมรับให้มีพื้นที่ให้กับความผิดพลาดได้ (Room for failure) ถ้าต้องทดลองกับสิ่งใหม่ ๆ ซึ่งจะทำให้พนักงานกล้าคิด กล้าทำ สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลง รองรับความท้าทายใหม่ ๆ ในอนาคตได้อย่างเท่าทัน

P - Professionalism

: เราต้องเก่ง และทำงานแบบมืออาชีพ มีประสิทธิภาพสูงสุด ตลอดจนสนับสนุนให้บุคลากร Reskill Upskill ตลอดเวลา

O - Ownership

: การสร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของ ซึ่งไม่ใช่แค่รู้สึกเป็นเจ้าขององค์กรในระดับภายใน แต่ตระหนักว่า “ประชาชนคือเจ้าของ อภ.” ดังนั้นทุกสิ่งที่จะต้องมุ่งประโยชน์สูงสุดของประชาชน

“

นอกจากคำนิยามแล้ว เราต้องเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารในองค์กรให้เป็นแบบ Flat & Fast ลดทอนความซับซ้อนของลำดับชั้นลง ขอแค่ทีมงานจับ Message หลักที่ผู้อำนวยการหรือองค์การฯ ต้องการสื่อสารให้ได้สัก 80% เท่านั้นประสิทธิภาพและ Teamwork ก็เกิดขึ้นได้จริงแล้วค่ะ”



ยุทธศาสตร์ “MOVE” สู่ความพร้อมในอนาคต (Future Ready)

ในยุคที่โลกเผชิญความไม่แน่นอน องค์กรต้องพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลง และก้าวสู่ความเป็น Future Ready พญ.มิ่งขวัญ จึงวางกรอบยุทธศาสตร์ที่เฉียบคมและจับต้องได้ผ่านคำว่า

“MOVE”

M

Medical Security:

เดินหน้าผลิตและจัดจำหน่ายยาเพื่อลดการนำเข้า ยกระดับความมั่นคงทางสาธารณสุข

O

Operational Efficiency:

เพิ่มประสิทธิภาพและพัฒนาระบบการผลิตและบริการให้รวดเร็ว แม่นยำ

V

Value Added Innovation & Investment:

มุ่งเน้นนวัตกรรมและการลงทุนขยายรูปแบบธุรกิจใหม่ๆ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

E

Enterprise Excellence:

สร้างองค์กรแห่งความสุข สุขภาพดี และมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อการเติบโตอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์เหล่านี้ถูกนำมาใช้แก้ปัญหาจริงบนความรับผิดชอบต่อสังคม ตัวอย่างเช่นในห้วงเวลาที่เราสัมภาษณ์ซึ่งอยู่ในสถานการณ์ของสงครามระหว่างสหรัฐอเมริกาและอิหร่านซึ่งส่งผลกระทบกับต้นทุนการผลิตขององค์การเภสัชกรรมเป็นอย่างมาก แต่องค์การเภสัชกรรมก็ได้ยืนหยัดเคียงข้างประชาชน คุณหมอกล่าวว่า “ต่อให้ต้นทุนวัตถุดิบหรือพลังงานจะปรับตัวสูงขึ้น หากประเมินแล้วความเสี่ยงไม่เกินรับไหว อภ. พร้อมจะแบกรับต้นทุนนั้นไว้เอง อาจจะกำไรน้อยหน่อยหรือแม้กระทั่งจะขาดทุนแต่ประชาชนอยู่ได้ เราก็จะเลือกเดินทางนี้ โดยเราตรึงราคาไว้ให้นานที่สุด แม้องค์การฯ จะมีส่วนแบ่งการตลาดไม่มาก แต่ก็ทำให้ประชาชนมั่นใจว่ามีองค์การฯ คอยดูแลด้านนี้อยู่ และเป็นการส่งสัญญาณไปยังอุตสาหกรรมโดยรวมว่า ให้มาช่วยพยายามไปด้วยกันก่อนที่จะผลกระทบ/ต้นทุนไปยังประชาชน ซึ่งเราจะเห็นว่าเครือข่ายอุตสาหกรรมยาของประเทศเราน่ารักมาก เพราะแทบจะทุกบริษัทก็พร้อมจะร่วมทุกข์ร่วมสุขไปด้วยกัน ทำให้สถานการณ์โดยรวม peaceful และไม่เกิดความตื่นตระหนกมากเกินไป นี่ก็เป็นตัวอย่างหนึ่งในพันธกิจเพื่อสร้าง Medical Security และสร้าง Trust ให้เกิดกับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม”

นอกจากนี้ อภ. ยังเร่ง Rebranding ตัวเองให้ดู "Younger" และทันสมัยขึ้น เช่น โมเดล ร้านยา อภ. บนสถานีรถไฟฟ้า BTS และการจับมือกับสถาบันการศึกษาเพื่อร่วมผลิตเภสัชกรเปิดหลักสูตร Non-degree ด้านการผลิตวัคซีน มุ่งสร้าง Smart Society สู่อสังคมนั้น ในขณะเดียวกันก็ผลักดัน อภ. สู่วาระระดับภูมิภาคผ่านงานประชุม FAPA (สหพันธ์เภสัชกรรมแห่งเอเชีย) ที่จะจัดขึ้นในเดือนพฤศจิกายน 2569 เพื่อสร้างเครือข่ายความมั่นคงทางยากับนานาชาติ เพราะโลกยุคใหม่ องค์กรไม่สามารถเติบโตอย่างโดดเดี่ยวได้อีกต่อไป

คาถาชีวิตผู้นำ:

Priority & Multiplier, Passion และ Magic number 27,010

ในช่วงท้ายของบทสนทนา เราชวนท่านคุยเรื่องส่วนตัวเกี่ยวกับปรัชญาและคาถาในการดำเนินชีวิต พญ.มิ่งขวัญ ถอดรหัสชีวิตออกมาเป็น 3 แกนหลักที่ใช้ในการทำงานและชีวิตส่วนตัว:

1. Priority & Multiplier Effect: “เราไม่สามารถทำทุกอย่างพร้อมกันได้บนโลกใบนี้ สำคัญคือต้องตัดสินใจ และเลือกจัดลำดับความสำคัญให้ดี (Priority) และถ้าเลือกได้ ก็ควรเลือกทางที่มี Multiplier Effect ได้จะดีที่สุด งานหนึ่งชิ้นผลลัพธ์ไม่ควรจะได้แค่ ๑ ต่อ ๑ และไม่ควรจบแค่งานนั้น แต่ควรจะได้ผลลัพธ์ที่ทวีคูณ สร้างแรงกระเพื่อมเชิงบวกต่อเนื่องให้ระบบ เหมือนโมเดลร้านยาบน BTS ที่ตอบโจทย์ทั้งการเข้าถึงการแพทย์ปฐมภูมิ ลดความแออัดในโรงพยาบาลรัฐ และเป็นการสื่อสารแบรนด์ อภ. ไปในตัว เป็นต้นค่ะ”

2. Passion: “ทุกกิจกรรมที่เราทำ ล้วนกินพลังงานชีวิต ดังนั้นถ้าไม่เลือกทำในสิ่งที่รัก ก็ต้องรับรักในสิ่งที่จำเป็นต้องทำ” เหมือนในอดีตที่ท่านเลือกปฏิเสธตำแหน่งในองค์กรใหม่ที่มีรายได้สูงกว่าข้าราชการหลายเท่า เพื่อกลับมาทำงานบริหารนโยบายโรงพยาบาลและตรวจคนไข้ตามเสียงเรียกของหัวใจ

3. Magic Number 27,010 คุณหมอลำว่านี่คือค่าเฉลี่ยอายุขัยของหญิงไทยเมื่อสิบกว่าปีก่อนที่อยู่ประมาณ ๗๔ ปีคุณกับ ๓๖๕ วัน ก็ได้ตัวเลขนี้มา

จากตัวเลข ๒๗,๐๑๐ คุณหมอลำว่าติดเล่นว่า คำนวณแล้ว ตอนนี้อายุของตัวเองน่าจะเหลืออยู่แค่ห้าพันถึงเจ็ดพันวันแล้ว แต่อันนี้จะช่วยเตือนสติเราว่า

ชีวิตมนุษย์เรานั้นสั้นนัก
เวลาและอายุ เปรียบเสมือนเงินในกระเป๋า
ที่พอขึ้นวันใหม่ เงินนั้นก็ลดหายไปโดยอัตโนมัติ
ตัวเลขนี้จึงคอยเตือนให้เราออกไปใช้ชีวิต
และทำในสิ่งที่มีความหมายจริง ๆ
ก่อนที่จะสายเกินไป

Long Journey:

เป้าหมายคือความสุขของชาว GPO

เมื่อถามถึงความคาดหวังสูงสุดในฐานะผู้อำนวยการ พญ.มิ่งขวัญ ไม่ได้มองแค่ตัวเลขผลกำไร แต่มองกลับมาที่ “คน” ตามยุทธศาสตร์ Enterprise Excellence ที่อยากเห็นทุกคนทำงานอย่างมีความสุข มีสุขภาวะที่ดี (Happy & Healthy) และองค์กรเติบโตอย่างยั่งยืน (Smart & Sustainable)



ผู้อำนวยการ

องค์การเภสัชกรรม และกองบรรณาธิการวารสารยาน่ารู้



1. ภก.รศ.ดร. บุรินทร์ ๓ ศรีวงษ์
2. พญ. มิ่งขวัญ สุพรรณพงศ์
3. ภก. พิชญภณ หนูนัทภักดิ์



อยากให้องค์การเภสัชกรรมเป็นที่ทำงานที่พอพนักงานถึงวันเกษียณแล้ว
รู้สึกเสียดาย ไม่อยากเกษียณเพราะมีความสุข คนเราจะมีสุขได้
ถ้าเขาารู้สึกว่าสิ่งที่ทำทุกวันมันมีความหมาย มีคุณค่าอะไรบางอย่าง
หวังว่าความหมายและคุณค่าเหล่านั้นจะสร้างแรงจูงใจให้เขาตื่นเช้า
แล้วอยากมาทำงาน อยาก UpSkill & Reskill ตัวเอง
ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อยากให้ทุกคนรู้สึกภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่ง
ขององค์กรของเราค่ะ



... ท่านกล่าวถึงท้ายด้วยรอยยิ้มและพวกเราที่รู้สึกอึ้งอัมไปด้วยกัน ...



ไทย

ประกาศศักดา

เจ้าภาพ 3 งานประชุม

ด้านเภสัชศาสตร์โลก มุ่งเป้า Medical Hub แห่งเอเชีย

นับเป็นก้าวประวัติศาสตร์ที่สำคัญของวงการสาธารณสุขไทย เมื่อสำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (TCEB) ร่วมกับเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (ภสท.) ได้จัดงานแถลงข่าวอย่างยิ่งใหญ่ภายใต้หัวข้อ “ความสำเร็จของประเทศไทยในการได้รับสิทธิ์เป็นเจ้าภาพการจัดงานประชุมนานาชาติด้านเภสัชศาสตร์” เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2569 ณ โรงแรมเดอะ สุโกศล กรุงเทพฯ ความสำเร็จในครั้งนี้ไม่เพียงแต่เป็นชัยชนะในเวทีระดับสากล แต่ยังเป็นการตอกย้ำศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรและองค์กรด้านเภสัชศาสตร์ไทยในการขับเคลื่อนการเชื่อมโยงองค์ความรู้ นวัตกรรม และความร่วมมือระดับนานาชาติ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจแก่บุคลากรรุ่นใหม่ และเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) อย่างยั่งยืน

เปิดศักราชใหม่กับ 3 งานประชุมนานาชาติระดับโลก

ประเทศไทยได้รับเกียรติให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมนานาชาติที่ครอบคลุมทุกมิติของวิชาชีพเภสัชศาสตร์ระหว่างปี 2569–2570 ดังนี้:

- **The 71st International Pharmaceutical Students' Federation (IPSF) World Congress 2026:** จัดขึ้นระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม – 11 สิงหาคม 2569 ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นเวทีแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมและวิชาการสำหรับผู้นำเภสัชกรรุ่นใหม่จากทั่วโลก (www.ipsfwc-2026.com)
- **The 31st Congress of the Federation of Asian Pharmaceutical Association 2026 (FAPA Congress 2026):** จัดขึ้นระหว่างวันที่ 3 – 7 พฤศจิกายน 2569 ณ อิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี เป็นการประชุมใหญ่ระดับภูมิภาคที่รวบรวมเภสัชกรและผู้เชี่ยวชาญจากทั่วเอเชีย (www.fapa2026.com)
- **Asian Association of Schools of Pharmacy Conference 2027 (AASP 2027):** จัดขึ้นระหว่างวันที่ 1 – 2 กรกฎาคม 2570 ณ ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติ จังหวัดเชียงใหม่ มุ่งเน้นการพัฒนามาตรฐานการศึกษาเภสัชศาสตร์ในระดับภูมิภาค (aaspnet.org)



เจาะลึก FAPA Congress 2026: นวัตกรรมนำหน้า ความร่วมมือไร้พรมแดน

งาน FAPA Congress 2026 จัดขึ้นภายใต้แนวคิด “Pharmacists in Action across Asia: Ensuring Safe Health Care through Innovation and Collaboration” โดยครั้งนี้ประเทศไทยได้รับเกียรติเป็นเจ้าภาพร่วมระหว่างสหพันธ์เภสัชกรรมสมาคมแห่งเอเชีย (FAPA) และเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยฯ (PAT) ซึ่งถือเป็นครั้งที่ 6 ของไทยที่เป็นเจ้าภาพ นับเป็นสถิติสูงสุดในบรรดาประเทศสมาชิก โดยในครั้งนี้นงานจัดขึ้นระหว่างวันที่ 3 – 7 พฤศจิกายน 2569 (วันประชุมหลัก 5-7 พฤศจิกายน 2569) ณ อิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี

ไฮไลท์สำคัญที่คุณไม่ควรพลาด:

- **เครือข่ายระดับโลก:** คาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมกว่า 2,000 คน จากกว่า 25 ประเทศ ประกอบด้วยเภสัชกรจากทุกสาขา ผู้นำองค์กรวิชาชีพ นักวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญจากอุตสาหกรรมยาและไบโอเทค
- **นวัตกรรมแห่งอนาคต:** การหารือประเด็นสำคัญ เช่น การใช้ AI และ Machine Learning ในงานเภสัชกรรม, บทบาทของเภสัชกรในงาน Telehealth และการขยายบริการดิจิทัลเฮลธ์
- **ภูมิปัญญาไทยสู่สากล:** การประยุกต์ใช้ สมุนไพรไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้วยนวัตกรรมและมาตรฐานสมัยใหม่
- **นิทรรศการอุตสาหกรรมยา:** บูธแสดงนวัตกรรมกว่า 30 บูธ พร้อมผลิตภัณฑ์และบริการเภสัชกรรมล่าสุดจากทั้งในและต่างประเทศ

ข้อมูลสำหรับเภสัชกร นักวิจัย นักวิชาการและผู้สนใจนำเสนอผลงานวิชาการผลการดำเนินงานในฐานะเภสัชกรในที่ประชุม

งานประชุม FAPA Congress มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการประชุมวิชาการโดยทั่วไป กล่าวคือ มิได้มุ่งเน้นเฉพาะการนำเสนอผลงานวิจัยเชิงวิชาการของอาจารย์หรือนักวิจัยเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมให้เภสัชกรจากทั่วโลกสามารถนำเสนอและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติงานวิชาชีพในบริบทจริงได้อย่างกว้างขวาง ครอบคลุมทุกสาขาและความเชี่ยวชาญทางเภสัชศาสตร์ ดังนั้นผลงานที่นำเสนอจึงไม่จำเป็นต้องเป็นงานวิจัยเต็มรูปแบบ หากแต่สามารถเป็นผลงานเชิงปฏิบัติ (practice-based work) นวัตกรรมการให้บริการ แนวทางพัฒนาระบบงาน หรือกรณีศึกษาที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทางเภสัชกรรมได้อย่างเป็นรูปธรรม



1. การส่งบทความย่อ (Abstract Submission)

โอกาสในการนำเสนอผลงานวิจัยต่อหน้าผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติ:

- **เปิดรับสมัครออนไลน์:** 26 กุมภาพันธ์ – 30 มิถุนายน 2569
- **ข้อกำหนด:** ภาษาอังกฤษเท่านั้น ความยาวไม่เกิน 250 คำ และจำกัดการส่งสูงสุด 2 บทความต่อหนึ่งบัญชีผู้ใช้งาน
- **หัวข้อวิจัย:** ครอบคลุม 7 สาขาหลัก เช่น เกษตรกรรมอุตสาหกรรม, เกษตรกรรมโรงพยาบาลและคลินิก, เกษตรกรรมชุมชน และการศึกษาเกษตรศาสตร์

2. อัตราค่าลงทะเบียนสำหรับชาวไทย (Local Participants)

เพื่อส่งเสริมให้เกษตรกรและผู้สนใจชาวไทยสามารถเข้าร่วมการประชุมได้อย่างทั่วถึง ผู้จัดงานได้กำหนดอัตราค่าลงทะเบียนพิเศษสำหรับผู้เข้าร่วมจากประเทศไทย อีกทั้งในช่วง **Early Bird** (26 กุมภาพันธ์ – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2569) จะมีอัตราค่าลงทะเบียนในราคาพิเศษที่ลดลงเพิ่มเติม

ประเภทผู้สมัคร	Early Bird (THB)	Regular (THB)
สมาชิก กสท.	4,900	5,900
เกษตรกรทั่วไป	5,900	6,900
นักศึกษาเกษตรศาสตร์	3,000	3,500
ผู้ติดตาม	2,700	3,200

หมายเหตุ: ค่าลงทะเบียนรวมสิทธิเข้าฟังวิชาการ, เยี่ยมชมบูธนิทรรศการ, อาหารกลางวัน, ของว่าง และงานเลี้ยง welcome reception และ Gala Dinner สดุดีการ

รายละเอียดเพิ่มเติมและลงทะเบียนได้ที่ : www.fapa2026.com





Global Pharma Digest

โดย : ดร.ภก.ธนศ เพ็ญพูน รองคณบดี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี



เปิดอ่าน

“ย่อโลกเภสัชกรรมทันสมัย” คอลัมน์นี้เป็นการนำบทความ งานวิจัย ข่าวสาร เชิงวิชาการด้านเภสัชศาสตร์ และการแพทย์ ที่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทและงานทางเภสัชกรรม ที่มีความทันสมัย จากแหล่งที่เชื่อถือได้ โดยนำเสนอในรูปแบบกระชับ เน้นสาระสำคัญของงานนั้น ๆ และหลากหลาย เพื่อให้ผู้อ่านไม่จำเจและได้ประโยชน์ ในมุมมองกว้างพร้อมกับทันต่อวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และเภสัชกรรม

Benefits of GLP-1 Agonists — ประโยชน์ของยา GLP-1 Agonists

จาก Olukorode J O, Orimoloye D A, Nwachukwu N O, et al. (October 21, 2024) Recent Advances and Therapeutic Benefits of Glucagon-Like Peptide-1 (GLP-1) Agonists in the Management of Type 2 Diabetes and Associated Metabolic Disorders. Cureus 16(10): e72080. DOI 10.7759/cureus.72080

GLP-1 (Glucagon-Like Peptide-1) เป็นฮอร์โมนที่สร้างจากลำไส้ มีหน้าที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน และยับยั้งการหลั่งกลูคากอน ช่วยควบคุมน้ำตาลในเลือด ซึ่งยาในกลุ่ม GLP-1 receptor agonists หรือยากระตุ้นตัวรับ GLP-1 นี้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเลียนแบบการทำงานของฮอร์โมนนี้ ปัจจุบันมีการใช้จริงมาระยะหนึ่งแล้ว โดยใช้รักษาเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นที่นิยมในการใช้ควบคุมน้ำหนักตัว และยังมีประโยชน์ต่อโรคอื่น ๆ ด้วย

1. การควบคุมระดับน้ำตาล

■ ยากลุ่ม GLP-1 agonists ช่วยลด HbA1c และน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ายาเบาหวานบางชนิด มีการศึกษาพบว่า ยาจะกระตุ้นการหลั่งอินซูลินเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงลดโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) อีกทั้งยังยับยั้งกลูคากอน ทำให้ระดับน้ำตาลไม่พุ่งสูงเกินไปอีกด้วย

2. ลดน้ำหนักและควบคุมโรคอ้วน

■ ยากลุ่มนี้ทำให้น้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่อง เพราะช่วยกดความอยากอาหาร ทำให้รู้สึกอิ่มนาน และทำให้ใช้พลังงานมากขึ้น มีงานวิจัยพบว่า ผู้ที่ใช้ยา semaglutide หรือ liraglutide สามารถลดน้ำหนักได้เฉลี่ย 10-15 กก. ในเวลา 1 ปี ซึ่งดีกว่าการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว ทำให้ยา GLP-1 agonists ถูกนำมาใช้รักษา “โรคอ้วน” แม้ไม่มีเบาหวาน

3. ประโยชน์ต่อหัวใจและหลอดเลือด

■ มีงานวิจัยพบว่า GLP-1 agonists ลดความเสี่ยงการเสียชีวิตและเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหลอดเลือดสมอง ลดความดันโลหิต ปรับระดับไขมันในเลือดให้ดีขึ้น (ลด LDL เพิ่ม HDL) ลดไขมันสะสมผิดปกติ (ectopic fat) ซึ่งเป็นสาเหตุของหลอดเลือดตีบแข็ง (atherosclerosis) ในบางการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ช่วยบรรเทาภาวะและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้

4. ประโยชน์ต่อไต

■ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนมากมีความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง (CKD) จากข้อมูลงานวิจัยพบว่า GLP-1 agonists ช่วยลดการอักเสบในไต ลดโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และช่วยชะลอการเสื่อมของไต หลักฐานจากการศึกษาทางคลินิกเช่น LEADER และ SUSTAIN-6 แสดงให้เห็นว่ายาลิราглуติดและเซมาглуติด ลดความเสี่ยงของไตเสื่อมระยะรุนแรงได้

5. ประโยชน์ในการปกป้องระบบประสาท

■ การศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่ายาที่มีคุณสมบัติ ปกป้องเซลล์ประสาท (neuroprotective) ให้ผลดีต่อการเรียนรู้และความจำ และยังพบว่ามียาประโยชน์ในโรคอัลไซเมอร์และพาร์กินสัน โดยลดการตายของเซลล์ประสาทและชะลอการเสื่อมของสมอง อีกทั้งยังมีการศึกษาถึงบทบาทในการลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) อีกด้วย

สรุป

ยา GLP-1 agonists ไม่ได้เพียงแค่ควบคุมน้ำตาล แต่ยังช่วย ลดน้ำหนัก ป้องกันโรคหัวใจ ชะลอการเสื่อมของไต และอาจปกป้องการเสื่อมของสมองได้ด้วย นับเป็นยาที่มีศักยภาพสูงในอนาคต อย่างไรก็ตาม ยากลุ่มนี้ยังมีราคาที่สูงและอาจมีผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย จึงควรใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์

PharmAgents: การสร้างระบบยาเสมือนด้วย LLM Agents

จาก Gao, B., Huang, Y., Liu, Y., Xie, W., Ma, W., Zhang, Y., & Lan, Y. (2025). PharmAgents: Building a Virtual Pharma with Large Language Model Agents. ArXiv, abs/2503.22164.

การคิดค้นยาโมเลกุลเล็กชนิดใหม่ (small molecule drugs) เป็นความท้าทายสำคัญในอุตสาหกรรมยา เนื่องจากกระบวนการพัฒนายามีความซับซ้อน ใช้ทรัพยากรสูงและกินเวลานาน ยังต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขาร่วมกัน เช่น ชีววิทยา เคมี เกษตวิทยา และวิทยาการข้อมูล แม้ว่าการคัดกรองแบบ high-throughput และการสร้างแบบจำลองเชิงคอมพิวเตอร์จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ แต่ยังคงมีอัตราความล้มเหลวสูงและต้นทุนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงเกิดความจำเป็นในการหาวิธีใหม่ที่จะช่วยลดเวลา ค่าใช้จ่าย และความเสี่ยง

งานวิจัยนี้เสนอ PharmAgents ซึ่งเป็น “ระบบยาเสมือน” (Virtual Pharma) ที่ขับเคลื่อนด้วย Large Language Models (LLMs) และ multi-agent system โดยเลียนแบบกระบวนการค้นพบยาในโลกจริงตั้งแต่การระบุเป้าหมาย (target discovery) ไปจนถึงการประเมินก่อนคลินิก (preclinical evaluation) โดยจุดเด่นของระบบคือการผสมผสาน LLMs ที่มีความรู้กว้าง มีความสามารถด้านการให้เหตุผลและการสร้างสรรค์ และเข้ากับโมเดล Machine Learning เฉพาะทาง เพื่อให้ได้การทำนายที่แม่นยำและสามารถอธิบายได้

PharmAgents แบ่งการทำงานออกเป็น 4 โมดูลหลักที่มีการผสมการทำงานกัน ได้แก่ :

1. Target Discovery

ใช้ LLMs และฐานข้อมูลโปรตีน เพื่อระบุโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับโรคและหาตำแหน่งที่ยาจะจับได้

2. Lead Identification

วิเคราะห์ข้อมูลโครงสร้างโปรตีนและบริบทของโรค เพื่อออกแบบโมเลกุลเริ่มต้นที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพหรือทางเภสัชวิทยา (lead compounds) โดยผ่าน 3 วิธีคือ การออกแบบตามโครงสร้าง, virtual screening, และการสร้างโมเลกุลใหม่โดย LLM

3. Lead Optimization

ปรับปรุงโครงสร้างของโมเลกุลเริ่มต้น ให้นำไปสู่ยาที่มีคุณสมบัติเหมาะสมขึ้น ทั้งด้านความสามารถในการจับคุณสมบัติความเป็นยา (drug-likeness) และลดความเป็นพิษ

4. Preclinical Evaluation (PCC)

ประเมินการเมแทบอลิซึม ความเป็นพิษ ความเป็นไปได้ในการสังเคราะห์ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับความเหมาะสมสำหรับการตรวจสอบการทดลองเพิ่มเติม

ผลลัพธ์จากการทดลอง

- ระบบสามารถค้นหาเป้าหมายโปรตีนที่สอดคล้องกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญได้ถึง 16 จาก 18 รายการในโรคที่สุ่มทดสอบ
- โมดูลออกแบบและปรับปรุงโมเลกุลเพิ่มอัตราความสำเร็จของกระบวนการพัฒนายาจาก 15.72% → 37.94%
- การประเมินก่อนคลินิก สามารถคาดการณ์ความเป็นพิษได้แม่นยำ ลดความเสี่ยงการประเมินที่ต่ำเกินไปเหลือเพียง 12%
- ระบบมีความสามารถในการเรียนรู้และปรับปรุงตัวเองจากประสบการณ์ ทำให้อัตราความสำเร็จเพิ่มขึ้นจาก 30% → 36% เมื่อใช้ข้อมูลจากประวัติการทดลอง

ความสำคัญและอนาคต

PharmAgents แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ LLM-powered multi-agent system ในการพลิกโฉมการค้นพบยาให้เป็นไปอย่างอัตโนมัติ อธิบายได้ และปรับขยายได้ง่าย อาจต่อยอดไปสู่การจัดการวงจรชีวิตยาทั้งหมด ตั้งแต่การค้นพบ การผลิต ไปจนถึงการประเมินเชิงคลินิกและการออกสู่ตลาด ซึ่งอาจลดเวลาและต้นทุนในการพัฒนายาใหม่ได้อย่างมาก

คลื่นความร้อน การชราภาพ และสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในมนุษย์

จาก Kenney WL, Craighead DH, Alexander LM. Heat waves, aging, and human cardiovascular health. *Med Sci Sports Exerc.* 2014 Oct;46(10):1891-9. doi: 10.1249/MSS.0000000000000325. PMID: 24598696; PMCID: PMC4155032.

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทำให้อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความถี่ ระยะเวลา และความรุนแรงของคลื่นความร้อน (Heat waves) เพิ่มมากขึ้น ซึ่งคลื่นความร้อนเป็นภาวะที่สร้าง “ความเครียดทางสรีรวิทยา” ต่อร่างกายอย่างมาก โดยเฉพาะต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

กลไกการปรับตัวของร่างกายต่อความร้อน

เมื่ออุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น ร่างกายต้องเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปที่ผิวหนัง และการหลั่งเหงื่อ เพื่อระบายความร้อน กระบวนการนี้ต้องอาศัยการเพิ่ม ปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดออกต่อนาที (Cardiac output) และเกิด การปรับทิศทาง การไหลเวียนเลือดจากอวัยวะภายในมาสู่ผิวหนัง อย่างไรก็ตามภาวะนี้สร้างภาระต่อหัวใจห้องล่างซ้าย เนื่องจากต้องทำงานหนักขึ้นในขณะที่ปริมาตรเลือดกลับเข้าสู่หัวใจ (venous return) ลดลง

ผลกระทบในผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุ แม้ไม่มีโรคหัวใจโดยตรง แต่มักจะมีความสามารถในการตอบสนองต่อความร้อนลดลง ได้แก่

- Stroke volume และ cardiac output ปรับเพิ่มขึ้นได้ไม่เต็มที่
- การไหลเวียนเลือดไปที่ผิวหนังลดลง
- การขับเหงื่อของต่อมเหงื่อลดลง ทำให้ระบายความร้อนได้ไม่เพียงพอ
- การตอบสนองของ β -adrenergic receptor ของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง → หัวใจไม่สามารถเพิ่มแรงบีบตัวได้มากพอ
- การสูญเสียพลาสมา (plasma volume) จากการขับเหงื่อยาวนาน → เพิ่มความหนืดของเลือดเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลลัพธ์คือหัวใจต้องทำงานหนักขึ้นภายใต้เงื่อนไขที่ไม่เอื้ออำนวย และอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากคลื่นความร้อน

หลักฐานทางระบาดวิทยา

- คลื่นความร้อนที่ ชิคาโก ในปี ค.ศ.1995 มีผู้เสียชีวิตกว่า 700 ราย โดยกว่า 90% เป็นผู้สูงอายุ และเกือบทั้งหมดเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด มากกว่าภาวะลมแดดโดยตรง
- คลื่นความร้อนที่ ฝรั่งเศส ปี ค.ศ.2003 มีอุณหภูมิสูงกว่าค่าเฉลี่ยในฤดูร้อนถึง 11°C ติดต่อกัน 9 วัน ทำให้มีผู้เสียชีวิตราว 15,000 คน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว

ปัจจัยเสี่ยงที่ซ้ำเติมในผู้สูงอายุ

- โรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันสูง
- ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ beta-blocker หรือ aspirin ซึ่งลดประสิทธิภาพในการปรับอุณหภูมิร่างกาย
- สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น อยู่ในเมืองใหญ่ (urban heat island), ไม่มีเครื่องปรับอากาศ, อยู่ลำพัง หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

สรุป

คลื่นความร้อนทำให้เพิ่มภาระการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะทางสรีรวิทยาลดลง ส่งผลให้เสียชีวิตจากระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าภาวะลมแดดโดยตรง ปัญหานี้จะทวีความรุนแรงขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลกและการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุด้วย



เกศวิวัฒน์ ยาเปลี่ยนสถานะ โลกเปลี่ยนไป

โดย : ภญ. รุ่งนภา เมธุนา ผู้จัดการแผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาล บางปะกอก-ธัญลิต 2, ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

การกำกับดูแลยา กลุ่ม GLP-1 ในประเทศไทย: การยกระดับเป็นยาควบคุมพิเศษ และข้อพิจารณาตามกฎหมายการตลาด



บทนำ

ยา กลุ่ม GLP-1 receptor agonists เป็นนวัตกรรมทางเภสัชกรรมที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในบริบทของการควบคุมน้ำหนัก¹ อย่างไรก็ตาม การใช้ยานอกข้อบ่งใช้และการเข้าถึงยาที่ไม่เหมาะสม ได้ก่อให้เกิดความกังวลด้านความปลอดภัยและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ยา กลุ่มนี้เป็น “ยาควบคุมพิเศษ” โดยมีการเผยแพร่ผ่าน ราชกิจจานุเบกษา เมื่อปี พ.ศ. 2569⁴ ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญในการยกระดับการกำกับดูแลยาให้เหมาะสมกับความเสี่ยง

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยา กลุ่ม GLP-1

GLP-1 (Glucagon-like peptide-1) เป็นฮอร์โมนในระบบ incretin ที่มีบทบาทในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยกระตุ้นการหลั่งอินซูลินแบบขึ้นกับระดับน้ำตาล ยับยั้งการหลั่งกลูคาγον และชะลอการลำเลียงอาหารในกระเพาะอาหาร¹

ยา กลุ่ม GLP-1 receptor agonists เช่น Semaglutide และ Liraglutide ถูกพัฒนาเพื่อเลียนแบบการออกฤทธิ์ดังกล่าว และได้รับการยอมรับในแนวทางการรักษาระดับสากลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงการควบคุมน้ำหนักในข้อบ่งใช้ที่เหมาะสม¹

เหตุผลในการยกระดับเป็น “ยาควบคุมพิเศษ”

การกำหนดสถานะทางกฎหมายของยา กลุ่มนี้มีพื้นฐานจากปัจจัยสำคัญ ได้แก่

1. การใช้ยานอกข้อบ่งใช้ โดยเฉพาะเพื่อการลดน้ำหนัก¹
2. ความเสี่ยงจากอาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาการทางระบบทางเดินอาหาร¹
3. การกระจายยาในช่องทางที่ไม่เหมาะสม เช่น การจำหน่ายผ่านสื่อออนไลน์³
4. การสื่อสารทางการตลาดที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน³

สาระสำคัญของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ภายใต้ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และประกาศที่เกี่ยวข้อง ยาควบคุมพิเศษต้องอยู่ภายใต้ข้อกำหนดที่เข้มงวด ดังนี้²

1. การสั่งจ่าย

- ต้องอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์
- การจ่ายยาต้องมีใบสั่งแพทย์

2. การจำหน่ายและจ่ายยา

- ดำเนินการโดยสถานพยาบาลหรือร้านขายยาที่มีเภสัชกรควบคุม
- ต้องมีระบบบันทึกและตรวจสอบได้



3. การนำเข้าและการกระจายยา

- ต้องได้รับอนุญาตจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- อยู่ภายใต้ระบบกำกับติดตามตามกฎหมาย

ข้อจำกัดด้านการโฆษณาและการตลาด

การสื่อสารเกี่ยวกับยาควบคุมพิเศษต้องเป็นไปตาม พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 โดยเฉพาะมาตรา 88 ซึ่งกำหนดลักษณะต้องห้ามของการโฆษณา โดยมีความสำคัญดังนี้

1. ห้ามโฆษณาต่อประชาชนทั่วไป

ตามมาตรา 88 (6) ห้ามโฆษณายาควบคุมพิเศษและยาอันตรายต่อประชาชนทั่วไป เนื่องจากเป็นยาที่ต้องใช้ภายใต้การดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพ²

2. บทกำหนดโทษ

การฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท ตามมาตรา 124²

3. การสื่อสารในวงวิชาชีพ

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาอาจกระทำได้ในบริบททางวิชาการหรือในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ โดยต้องไม่เข้าข่ายเป็นการโฆษณาต่อประชาชนทั่วไป³

4. การควบคุมสื่อออนไลน์

การเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อดิจิทัลหรือบุคคลสาธารณะต้องระมัดระวังไม่ให้เข้าข่ายการโฆษณาตามกฎหมาย³



ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข

การยกระดับมาตรการกำกับดูแลมีผลต่อหลายภาคส่วน ได้แก่

- บุคลากรทางการแพทย์: ต้องใช้ยาอย่างระมัดระวังและให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน
- ผู้ประกอบการ: ต้องปรับปรุงแบบการสื่อสารและการตลาดให้สอดคล้องกับกฎหมาย
- ประชาชน: ได้รับการคุ้มครองจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม และเข้าถึงยาภายใต้การดูแลที่ปลอดภัย

บทสรุป

การกำหนดยาในกลุ่ม GLP-1 เป็นยาควบคุมพิเศษเป็นมาตรการสำคัญในการคุ้มครองผู้บริโภค และส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายใต้บริบทที่ยามีการใช้ยาอย่างแพร่หลายและมีความเสี่ยงจากการใช้ผิดวัตถุประสงค์ การกำกับดูแลด้านการโฆษณาและการเข้าถึงยาอย่างเข้มงวดจึงเป็นกลไกสำคัญของระบบสาธารณสุข^{1,3}

หมายเหตุ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ทั่วไป ไม่สามารถใช้แทนคำแนะนำทางการแพทย์ได้ การใช้ยาควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์หรือเภสัชกร

เอกสารอ้างอิง (Vancouver Style)

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2024. Diabetes Care.
2. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติม.
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แนวทางการโฆษณาและการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ.
4. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาควบคุมพิเศษ ฉบับที่ 58. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 143 ตอนพิเศษ 71 ง; 2569: หน้า 1.

สมุนไพรไทย

โดย : ดร.ภญ.พิมพ์พิบล ตันสกุล คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.ภญ.นริศ คำแก่น คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี



โกฐ : กลุ่มสมุนไพรในตำรับยาไทย และข้อควรระวังในการใช้ร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

บทนำ

คำว่า “**โกฐ**” เป็นคำเรียกเครื่องยาในกลุ่มหนึ่งในตำรับยาไทยและจีน ซึ่งได้จากรากหรือเหง้าของพืชหลายชนิด แม้จะเรียกรวมว่าโกฐ แต่ไม่ได้หมายถึงพืชชนิดเดียวกันทางพฤกษศาสตร์ ในตำรายาเก่า ๆ พบว่าเขียนเป็น โกฏ โกฏ โกฏฐ์ โกต หรือ โกษฐ์ ก็มี แต่พึงระวังไม่ใช่คำว่า “**โกศ**” เนื่องจากมีความหมายอื่น การทำความเข้าใจชนิดของโกฐ สรรพคุณ และข้อควรระวัง จึงมีความสำคัญต่อการใชยาสมุนไพรในเชิงคลินิก

1. โกฐคืออะไร และมีกี่ชนิด

โกฐเป็นชื่อกลุ่มเครื่องยา ไม่ใช่สกุลพืชเดียวกัน แต่ละชนิดได้จากพืชต่างชนิดและมีสารสำคัญต่างกัน ในตำรายามีการจัดกลุ่มของโกฐ ในรูปพิภคยา เป็น โกฐทั้งห้า โกฐทั้งเจ็ด โกฐทั้งเก้า รวมถึงมีโกฐพิเศษอีกสามชนิด

โกฐทั้งห้า	ได้แก่	โกฐเชียง โกฐสอ โกฐหัวบัว โกฐเขมา โกฐจุฬาลัมพา
โกฐทั้งเจ็ด	ได้แก่	โกฐทั้งห้าและเพิ่มอีกสองชนิด ได้แก่ โกฐก้านพร้าว และ โกฐกระดูก
โกฐทั้งเก้า	ได้แก่	โกฐทั้งเจ็ดและเพิ่มอีกสองชนิด ได้แก่ โกฐพุงปลา และ โกฐขมิ้นมั่งสี
โกฐพิเศษ มีสามชนิด	ได้แก่	โกฐกะลั่ง โกฐกักรา และ โกฐน้ำเต้า



ตารางที่ 1 ชื่อวิทยาศาสตร์และวงศ์ของโกฐ (ใช้ Accepted name ตามฐานข้อมูล WFO¹⁾)

ชนิด	ส่วนที่ใช้	ชื่อวิทยาศาสตร์	วงศ์
โกฐเชียง	ราก	<i>Angelica sinensis</i> (Oliv.) Diels	Apiaceae
โกฐสอ	รากแห้ง	<i>Angelica dahurica</i> (Hoffm.) Benth. & Hook.f. ex Franch. & Sav.	Apiaceae
โกฐหัวบัว	เหง้าและรากแห้ง	<i>Conioselinum anthriscoides</i> (H.Boissieu) Pimenov & Kljuykov <i>Ligusticum chuanxiong</i> S.H.Qiu, Y.Q.Zeng, K.Y.Pan, Y.C.Tang & J.M.Xu <i>Oreocome striata</i> (DC.) Pimenov & Kljuykov	Apiaceae



ชนิด	ส่วนที่ใช้	ชื่อวิทยาศาสตร์	วงศ์
โกฐเขมา (อ่านว่า ชะ-เหมา)	เหง้าและ รากแห้ง	<i>Atractylodes carlinoides</i> (Hand.-Mazz.) Kitam. <i>Atractylodes koreana</i> (Nakai) Kitam. <i>Atractylodes lancea</i> (Thunb.) DC. <i>Atractylodes macrocephala</i> Koidz.	Asteraceae
โกฐจุฬาลัมพา	เรื้อนยอดแห้งที่ กำลังมีดอก	<i>Artemisia annua</i> L. <i>Artemisia vulgaris</i> L.	Asteraceae
โกฐก้านพร้าว	รากแห้ง	<i>Neopicrorhiza scrophulariiflora</i> (Pennell) .Y.Hong <i>Picrorhiza kurroa</i> Royle ex Benth.	Plantaginaceae
โกฐกระดูก	เหง้าแห้ง	<i>Dolomiaea costus</i> (Falc.) Kasana & A.K.Pandey	Asteraceae
โกฐพุงปลา	ปูด (gall)*	<i>Terminalia chebula</i> Retz.	Combretaceae
โกฐชฎามังสี	รากแห้ง	<i>Nardostachys jatamansi</i> DC.	Valerianaceae
โกฐกะกัลิง	เมล็ดแก่แห้ง	<i>Strychnos nux-vomica</i> L.	Loganiaceae
โกฐกั๊กกรา	ปูด (gall)*	<i>Pistacia chinensis</i> subsp. <i>integerrima</i> (J.L.Stewart) Rech.f..	Anacardiaceae
โกฐน้ำเต้า	เหง้าและ รากแห้ง	<i>Rheum officinale</i> Baillon., <i>Rheum palmatum</i> L.	Polygonaceae

* สิ่งทีขึ้นปูดขึ้นมาจากกิ่งและใบของไม้ต้นหลายชนิดในสกุล *Terminalia* วงศ์ Combretaceae หรือสกุล *Pistacia* วงศ์ Anacardiaceae

ในปัจจุบันสมุนไพรโกฐ 7 ชนิดได้มีข้อกำหนดมาตรฐานยาสมุนไพรไทยแล้ว ได้แก่ โกฐเชียง โกฐสอ โกฐจุฬาลัมพา โกฐก้านพร้าว โกฐกระดูก โกฐพุงปลา โกฐชฎามังสี²

2. สรรพคุณและข้อควรระวัง

ในบัญชีหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566³ มีตำรับยาที่ใช้โกฐเป็นองค์ประกอบหลายตำรับทั้งแบบเป็นพิกัด (เช่น โกฐทั้ง 5 โกฐทั้ง 7 หรือ โกฐทั้ง 9 เป็นต้น) หรือมีโกฐบางชนิด อยู่ในตำรับ ตำรับที่มีโกฐทั้ง 9 เป็นองค์ประกอบ ได้แก่ ยาหอมอินทจักร์ ยาหอมนวโกฐ ยาหอมทิพโอสถ และ ยาหอมเทพจิตร โดยมีร้อยละของโกฐรวมในตำรับเท่ากับ 18.37, 16.98, 12.68 และ 9.84 ตามลำดับ ยาทั้ง 3 ตำรับเป็นยาที่ใช้แก้กองลมละเอียด เช่น อาการหน้ามืด วิงเวียน คลื่นไส้ ใจสั่น เป็นต้น

ตำรับยาที่มีโกฐทั้ง 5 เป็นองค์ประกอบ ได้แก่ ยามันทธาตุ ยาวิสมัทยาใหญ่ และยาบำรุงโลหิต โดยมีร้อยละของโกฐรวมในตำรับเท่ากับ 16.13, 9.26, และ 6.67 ตามลำดับ³

สรรพคุณของโกฎบางชนิดมีความเกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งจำเป็นต้องระวังในการใช้ร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ได้แก่

โกฎเชียง (ตังกุย) มีสรรพคุณ บำรุงเลือด ปรับการไหลเวียน และแก้ปวดประจำเดือน มีสารออกฤทธิ์ในกลุ่ม Coumarins ซึ่งมีฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือด หากใช้ร่วมกับยา Warfarin จะไปเสริมฤทธิ์กันจนทำให้ค่าการแข็งตัวของเลือด (ค่า INR) สูงขึ้น เสี่ยงต่อการมีเลือดออกในอวัยวะสำคัญหรือในทางเดินอาหาร^{4,5}

โกฎสอ มีฤทธิ์ยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดในหนูทดลอง การได้รับสารสกัดโกฎสอ ร่วมกับยาแอสไพริน ช่วยเพิ่มฤทธิ์ยับยั้งเกล็ดเลือดมากกว่าการให้แอสไพรินเพียงอย่างเดียว และไม่ทำให้เกิดรอยโรคในกระเพาะอาหาร⁶

โกฎหัวบัว แม้ว่า โกฎหัวบัวจะเป็นสมุนไพรที่มีความหลากหลายในเรื่องชื่อวิทยาศาสตร์ (ดังแสดงในตารางที่ 1) แต่ข้อมูลงานวิจัยของสมุนไพรนี้ พบว่ามีสรรพคุณในการขับลม แก้ปวดศีรษะ และช่วยการไหลเวียนเลือด⁷ มีฤทธิ์ยับยั้งการรวมตัวของเกล็ดเลือด (Anti-platelet aggregation)⁸ หากใช้ร่วมกับยากลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด จะเสริมฤทธิ์กัน จนทำให้ค่าการแข็งตัวของเลือด (ค่า INR) สูงเกินไป ทำให้เลือดแข็งตัวช้าลงกว่าปกติ จะเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดรอยจำเลือดตามตัว หรือเลือดออกภายในได้

โกฎน้ำเต้า มีฤทธิ์เป็นยาระบาย หากใช้ในปริมาณมากอาจทำให้ท้องเสีย ซึ่งส่งผลต่อการดูดซึมยา และระดับวิตามินเคในลำไส้ ทำให้การควบคุมระดับยาแอสไพรินทำได้ยากและไม่เสถียร นอกจากนี้พบรายงานว่าสาร Chrysophanol-8-O-glucoside มีฤทธิ์ยับยั้ง platelet aggregation ได้ดีกว่า anthraquinone อื่นที่พบในพืชนี้⁹

3. คำแนะนำสำหรับผู้ใช้อยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ผู้ที่ใช้อยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) เช่น วาร์ฟาริน หรือยาต้านเกล็ดเลือด เช่น แอสไพริน และใช้สมุนไพรควบคู่ไปด้วย ให้สังเกตว่ามีอาการต่อไปนี้หรือไม่ เช่น แปร่งฟันแล้วมีเลือดออกตามไรฟันมากผิดปกติ มีรอยเขียวช้ำตามตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ ปัสสาวะมีสีแดง หรืออุจจาระมีสีดำเข้ม (เหมือนสีกาแฟ) เลือดกำเดาไหลบ่อย หรือหยุดยาก หากพบแนะนำให้หยุดใช้สมุนไพร แล้วปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร

รวมถึงหากกำลังพิจารณาเริ่มใช้ยาสมุนไพร ก็ควรศึกษาข้อมูลองค์ประกอบในยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร เลี่ยงการซื้อยาสมุนไพรมากินเอง โดยเฉพาะกลุ่มยาบำรุงโลหิตหรือยาขับลมที่มีส่วนผสมของตระกูลโกฎ หรือ “ยาหอม” ซึ่งมักมีส่วนผสมของโกฎหลายชนิด และ ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนเสมอ

เอกสารอ้างอิง

- 1 WFO. World Flora Online, <<https://www.worldfloraonline.org/>> (2025).
- 2 Department of Medical Sciences, M. o. P. H. Thai Herbal Pharmacopoeia, <<https://bdn-thp.dmsc.moph.go.th/home>> (2025).
- 3 ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 <<https://ratchakittha.soc.go.th/documents/140D130S0000000004500.pdf>> (2566).
- 4 Lu, J. & Wang, C. Ferulic acid from *Angelica sinensis* (Oliv.) Diels ameliorates lipid metabolism in alcoholic liver disease via AMPK/ACC and PI3K/AKT pathways. J Ethnopharmacol 338, 119118, doi:10.1016/j.jep.2024.119118 (2025).
- 5 Li, X. Z. et al. Research Progress of Coumarins in the Genus *Angelica*. Chem Biodivers, e00751, doi:10.1002/cbdv.202500751 (2025).
- 6 Srisom, P., Rattanapinyopituk, K., Sotanaphun, U. & Luechapudiporn, R. Antiplatelet effects of *Angelica dahurica* root extract without gastric lesion formation in rats. The Thai Journal of Pharmaceutical Sciences 49, 11, doi:https://doi.org/10.56808/3027-7922.3178 (2025).
- 7 Hui, J., Wang, Y., Xu, F. & Zhao, J. Potential preventive effects of selected traditional Chinese medicine as adjuvant therapy on hypertensive heart disease progression by replenishing qi and activating blood circulation: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. Front Pharmacol 16, 1506234, doi:10.3389/fphar.2025.1506234 (2025).
- 8 Wang, Y. et al. *Ligusticum chuanxiong*: a chemical, pharmacological and clinical review. Front Pharmacol 16, 1523176, doi:10.3389/fphar.2025.1523176 (2025).
- 9 Seo, E. J., Ngoc, T. M., Lee, S. M., Kim, Y. S. & Jung, Y. S. Chrysophanol-8-O-glucoside, an anthraquinone derivative in rhubarb, has antiplatelet and anticoagulant activities. J Pharmacol Sci 118, 245–254, doi:10.1254/jphs.11123fp (2012).

เรื่องเล่าขานำรู้

โดย : รศ.ดร.ภก.ธีระ ฤทธิรอด, อ.ภก.วราภรณ์ นันทพูน, อ.ภก.ปานวาด เลิศพิริยะสกุณกิจ, อ.ภก.วรัณวดี เวชานนท์พิทักษ์ คณะเภสัชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา
 น.ศ.ภ สิริกัลยา สัก, น.ศ.ภ สุภัทรา บัญญัติ, น.ศ.ภ ณัฐพล พลวัชรย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



บทบาทสำคัญของยา Paxlovid ในโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (**COVID-19**) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีผลกระทบอย่างกว้างขวาง การพัฒนายาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนข้อมูลของยา **Paxlovid** ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสชนิดรับประทานที่ประกอบด้วยยา Nirmatrelvir และ Ritonavir โดยครอบคลุมด้านกลไกการออกฤทธิ์ เกสัชจลนศาสตร์ ประสิทธิภาพทางคลินิก ปฏิกริยาระหว่างยา และความปลอดภัย จากหลักฐานที่มีอยู่พบว่า **Paxlovid** สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรครุนแรงและการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การใช้ยาดังกล่าวควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีข้อควรระวังสำคัญเกี่ยวกับปฏิกริยาระหว่างยาและข้อควรระวังด้านความปลอดภัย

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (**COVID-19**) เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ซึ่งเริ่มมีการระบาดครั้งแรกในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนและได้แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว จนองค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นภาวะการระบาดใหญ่ ไวรัสดังกล่าวมีความสามารถในการกลายพันธุ์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดสายพันธุ์ที่มีความแตกต่างทั้งในด้านความสามารถในการแพร่เชื้อ ความรุนแรงของโรค และการหลบหลีกภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เจ็บคอ หรือมีน้ำมูกในช่วง 1-5 วันแรก หลังจากนั้นอาการอาจพัฒนาไปเป็นอาการรุนแรงขึ้น เช่น หอบเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หรือปอดอักเสบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มิโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน หรือโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งมีความเสี่ยงสูง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต



การพัฒนาต้านไวรัสจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดอัตราการป่วยรุนแรง โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของการติดเชื้อ **Paxlovid** เป็นหนึ่งในยาที่ได้รับการพัฒนาและนำมาใช้ในเวชปฏิบัติ โดยมีข้อได้เปรียบในด้านการรับประทานและประสิทธิภาพในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส

อุบัติการณ์และผลกระทบของโรค

การระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงในหลายมิติ ทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ณ สิ้นปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากกว่า 600 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตสะสมมากกว่า 6 ล้านราย ระบบบริการสุขภาพต้องเผชิญกับภาวะเกินขีดความสามารถทั้งในด้านทรัพยากรบุคคลและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ขณะที่ภาคเศรษฐกิจได้รับผลกระทบจากมาตรการควบคุมโรค เช่น การล็อกดาวน์และการจำกัดการเดินทาง นอกจากนี้ ยังพบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในประชากรทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เพื่อลดอัตราการป่วยหนักและการเสียชีวิต การพัฒนาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรครุนแรง

เภสัชจลศาสตร์

Paxlovid เป็นยาต้านไวรัสโควิด-19 ที่ประกอบด้วยสารออกฤทธิ์ 2 ชนิด คือ นีร์มาทรีลเวียร์ (Nirmatrelvir) และริโทนาเวียร์ (Ritonavir) โดยภายหลังการรับประทาน Nirmatrelvir มีความเข้มข้นสูงสุดในพลาสมา (Tmax) ประมาณ 3 ชั่วโมง ขณะที่ Ritonavir อยู่ที่ประมาณ 3.98 ชั่วโมง ซึ่งการดูดซึมที่ช้ากว่าเล็กน้อย Ritonavir นี้ช่วยให้ Nirmatrelvir คงอยู่ในร่างกายได้นานขึ้น สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของยาและลดความถี่ในการรับประทาน การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง จะเพิ่มอัตราและปริมาณการดูดซึมของ Nirmatrelvir ได้ถึงประมาณ 61% เมื่อเทียบกับการรับประทานขณะท้องว่าง

ในด้านการกระจายตัว Nirmatrelvir มีการจับกับโปรตีนในพลาสมาประมาณ 69% และมีปริมาตรการกระจายตัวค่อนข้างสูง แสดงถึงความสามารถในการกระจายเข้าสู่เนื้อเยื่อได้ดี ในขณะที่ Ritonavir มีการจับกับโปรตีนในพลาสมาสูงมากถึง 98–99% ส่งผลให้มีสัดส่วนของยาอิสระในเลือดต่ำ แต่มีระยะเวลาออกฤทธิ์ยาวนานขึ้น

กระบวนการเมแทบอลิซึมของ Nirmatrelvir เกิดขึ้นหลักผ่านเอนไซม์ CYP3A4 ในตับ อย่างไรก็ตาม Ritonavir ทำหน้าที่ยับยั้งเอนไซม์ดังกล่าวส่งผลให้การสลายตัวของ Nirmatrelvir ลดลง และระดับยาในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น ในการขับออกของ Nirmatrelvir คือทางไต ในขณะที่ Ritonavir ถูกขับออกหลักๆ ผ่านการเผาผลาญในตับและขับออกทางอุจจาระ เมตาบอไลต์ของ Ritonavir พบในปริมาณน้อยในอุจจาระและปัสสาวะ

PAXLOVID
(ยาต้านไวรัสโควิด-19)

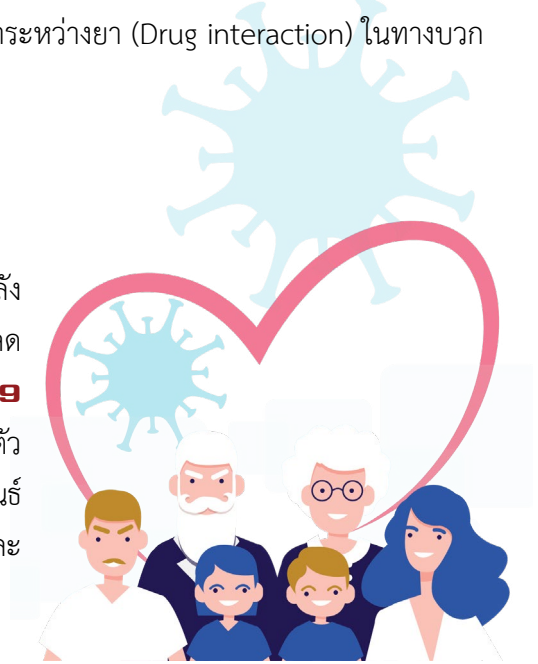


กลไกการออกฤทธิ์ของยา Paxlovid

Nirmatrelvir เป็นสารยับยั้งเอนไซม์ main protease (Mpro) ของไวรัส ซึ่งเป็นเอนไซม์สำคัญที่ทำหน้าที่ตัด viral polyprotein ให้กลายเป็นโปรตีนย่อยที่จำเป็นต่อกระบวนการจำลองตัวของไวรัส การยับยั้งเอนไซม์ดังกล่าวส่งผลให้ไวรัสไม่สามารถสร้างโปรตีนหน้าที่เฉพาะได้ ส่งผลให้ไวรัสหยุดการเพิ่มจำนวนในร่างกาย ทำให้ไวรัสไม่สามารถแพร่กระจายได้ ในขณะที่ Ritonavir ไม่มีฤทธิ์ต้านไวรัส SARS-CoV-2 โดยตรง แต่มีบทบาทสำคัญในเชิงเภสัชจลนศาสตร์ โดยทำหน้าที่ยับยั้งเอนไซม์ cytochrome P450 3A4 ซึ่งเป็นเอนไซม์หลักในการเมแทบอลิซึมของ Nirmatrelvir การยับยั้งเอนไซม์นี้ช่วยลดการสลายตัวของ Nirmatrelvir ทำให้ระดับยาในกระแสเลือดสูงขึ้นและคงอยู่ได้นานขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการยับยั้งไวรัสเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ Ritonavir ยังสามารถยับยั้งโปรตีนขนส่งยา เช่น P-glycoprotein (P-gp) ซึ่งช่วยลดการขับยาออกจากเซลล์ ส่งผลให้ความเข้มข้นของ Nirmatrelvir ภายในร่างกายเพิ่มขึ้นอีกทางหนึ่ง การรักษา **COVID-19 Paxlovid** จึงเป็นการใช้ประโยชน์จากปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) ในทางบวก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของ Nirmatrelvir ในการรักษา **COVID-19**

ประสิทธิผลทางคลินิก

หลักฐานจากการศึกษาทางคลินิกหลายการศึกษาทั้งแบบย้อนหลัง และแบบ cohort แสดงให้เห็นว่า **Paxlovid** มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงของการป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตในผู้ป่วย **COVID-19** โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว นอกจากนี้ การเริ่มให้ยาในระยะเริ่มต้นภายใน 5 วันหลังเริ่มมีอาการยังสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่า เช่น การลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและการลดปริมาณไวรัสในร่างกาย



ปฏิกิริยาระหว่างยา

Paxlovid เป็นยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาสูง เนื่องจากถูกเมแทบอลิซึมด้วยเอนไซม์ CYP3A ดังนั้น Paxlovid จึงไม่ควรใช้ร่วมกับยาที่ต้องอาศัยเอนไซม์ CYP3A ในการกำจัดออกจากร่างกาย เพราะการยับยั้งเอนไซม์ CYP3A อาจทำให้ระดับความเข้มข้นของยาดังกล่าวในกระแสเลือดสูงกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญ ในทางตรงกันข้าม ยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นเอนไซม์ CYP3A4 สามารถลดระดับของยาในเลือด ส่งผลให้ประสิทธิภาพของ **Paxlovid** ลดลง และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการรักษาล้มเหลวหรือการเกิดเชื้อดื้อยา

นอกจากนี้ ยา **Paxlovid** มี Ritonavir ซึ่งเป็นตัวยับยั้งเอนไซม์ CYP450 โดยเฉพาะ CYP3A4 รองลงมาคือ CYP2D6 ส่งผลให้ยาหลายชนิดที่ถูกเมแทบอลิซึมผ่านเอนไซม์นี้มีระดับความเข้มข้นในเลือดเพิ่มสูงขึ้น และยังมีผลยับยั้ง P-glycoprotein ทำให้ยาบางชนิดมีระดับในเลือดสูงขึ้น เสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์

ข้อบ่งใช้และขนาดที่ใช้ของยา Paxlovid

รักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (**COVID-19**) ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง (CKD stage 3 ขึ้นไป) โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกพรุน โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน ตับแข็ง (Child-Pugh class B ขึ้นไป) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ติดเชื้อ HIV ที่มี CD4 cell count น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. โรคเม็ดเลือดแดงรูปเคียว เป็นต้น หรือมีโรคร่วมสำคัญหรือผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง แต่มีปอดอักเสบเล็กน้อยถึงปานกลางที่ยังไม่ต้องให้ออกซิเจน แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

ขนาดยาที่แนะนำคือ Nirmatrelvir (150 มิลลิกรัม จำนวน 2 เม็ด) และ Ritonavir (100 มิลลิกรัม จำนวน 1 เม็ด) โดยให้รับประทานพร้อมกัน วันละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 วัน สามารถรับประทานพร้อมอาหารหรือไม่ก็ได้ และควรให้ยาอย่างรวดเร็วที่สุด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิต ควรเริ่มให้ยาภายใน 5 วัน นับจากวันเริ่มมีอาการและไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 5 วัน

การปรับขนาดยาต้องพิจารณาตามภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย ผู้ที่มีภาวะไตบกพร่องเล็กน้อยหรือค่า eGFR ≥ 60 ถึง < 90 มิลลิลิตรต่อนาที ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยา ผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่องปานกลางหรือค่า eGFR ≥ 30 ถึง < 60 มิลลิลิตรต่อนาที แนะนำให้ลดขนาด Nirmatrelvir เหลือ 150 มิลลิกรัมต่อครั้ง ร่วมกับ Ritonavir 100 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง และในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่องรุนแรงหรือค่า eGFR < 30 มิลลิลิตรต่อนาที หรือภาวะไตวาย ไม่แนะนำให้ใช้ยาเนื่องจากขาดข้อมูลด้านความปลอดภัยและขนาดของยาที่เหมาะสม

การใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับที่มีภาวะตับบกพร่องเล็กน้อย (Child-Pugh ระดับ A) หรือปานกลาง (Child-Pugh ระดับ B) นั้นไม่จำเป็นต้องมีการปรับขนาดยา แต่ควรหลีกเลี่ยงใช้ยาในรายที่อยู่ในระดับ (Child-Pugh ระดับ C) หรือรุนแรง

ความปลอดภัยและความเป็นพิษของยา

เนื่องจาก Ritonavir เป็นตัวยับยั้งเอนไซม์ CYP3A4 ที่มีฤทธิ์แรง **Paxlovid** จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาชนิดอื่นจำนวนมาก ยาบางชนิดอาจมีระดับในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจนเกิดความเป็นพิษ ขณะที่ยาบางชนิดอาจลดระดับของ **Paxlovid** ส่งผลให้ประสิทธิภาพลดลง ดังนั้น การประเมินรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งก่อนเริ่มการรักษา

ในด้านความปลอดภัย **Paxlovid** อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียง เช่น ความผิดปกติของการทำงานของตับ และอาการแพ้รุนแรง เช่น ภาวะ Anaphylaxis และกลุ่มอาการ Stevens-Johnson syndrome แม้จะพบไม่บ่อย แต่จำเป็นต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นผู้ป่วยควรแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรเกี่ยวกับยา วิตามิน และสมุนไพรทั้งหมดที่กำลังใช้อยู่ เพื่อหลีกเลี่ยงปฏิกิริยาระหว่างยา และปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับตับ หรือมีประวัติแพ้ยา เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม

การใช้ Paxlovid ในเวชปฏิบัติ

Paxlovid เป็นยาด้านไวรัสชนิดรับประทานที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรงหรือการเสียชีวิตในผู้ป่วย **COVID-19** ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน **Paxlovid** ยังมีได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย และจัดเป็นยานอกบัญชี ส่งผลให้ต้นทุนของการรักษาสูง ในทางเวชปฏิบัติ การพิจารณาใช้ **Paxlovid** ควรกระทำในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงแต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวที่ควบคุมได้ไม่ดี รวมถึงในบางกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยงชัดเจนแต่มีภาวะปอดอักเสบระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่ยังไม่ต้องใช้ออกซิเจน ทั้งนี้ การพิจารณาให้ยาควรคำนึงถึงปัจจัยหลายประการร่วมกัน ได้แก่ ประวัติการได้รับวัคซีนโรคประจำตัวของผู้ป่วย ข้อห้ามใช้ยา ปฏิกริยาระหว่างยา ปริมาณยาสำรองที่มีอยู่ การบริหารเตียง และความสะดวกของการให้ยา

ดังนั้น การใช้ **Paxlovid** ในเวชปฏิบัติควรอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา โดยพิจารณาจากความเหมาะสมทั้งทางคลินิกและบริบทเชิงระบบสุขภาพ เพื่อให้การใช้ยาเกิดประสิทธิผลสูงสุดภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและต้นทุนยา

สรุป

ยา **Paxlovid** เป็นยาด้านไวรัสชนิดรับประทาน ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ 2 ชนิด คือ Nirmatrelvir และ Ritonavir ใช้ในการรักษาผู้ป่วย **COVID-19** ที่มีอาการไม่รุนแรงแต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรงหรือบางรายที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีปอดอักเสบเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยควรเริ่มให้ยาภายใน 5 วันหลังเริ่มมีอาการ Ritonavir ในสูตรยานี้มีบทบาทยับยั้งการเมแทบอลิซึมของ Nirmatrelvir ผ่านเอนไซม์ CYP3A ส่งผลให้เกิดปฏิกริยาระหว่างยากับยาหลายชนิด จึงจำเป็นต้องตรวจสอบข้อห้ามใช้ก่อนเริ่มการรักษา ปัจจุบัน **Paxlovid** ยังไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติของไทย และมีราคาสูงการใช้ยาจึงควรอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์ โดยพิจารณาความเหมาะสม ทั้งด้านคลินิกและปัจจัยด้านระบบสุขภาพ

สแกนเข้าถึงเอกสารอ้างอิง



บทบาทสำคัญของยา PAXLOVID
ในโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา



บทบาท เภสัชกรชุมชน กับสุขภาพใจ 3 มิติ: ด้านหน้ากัฏกฤตซิมเศร้ด้วย

“ยา-คำปรึกษา-สมุนไพร”

"ร้านขายยาในชุมชน" สถานที่ที่ประชาชนเข้าถึงได้บ่อยกว่าคลินิกหรือโรงพยาบาล มีศักยภาพสูงในการก้าวขึ้นมาเป็น "ด่านหน้า" ที่สำคัญ ในการคัดกรองความเสี่ยง ให้การปฐมพยาบาลทางจิตใจ และสนับสนุนการใช้ยาอย่างปลอดภัย บทความนี้จะนำเสนอบทบาทเชิงรุกของเภสัชกรชุมชนผ่าน 3 มิติหลัก โดยอ้างอิงจากหลักฐานวิชาการล่าสุด เพื่อยืนยันว่าร้านยาสามารถเป็นจุดยุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพของคนไทยได้อย่างแท้จริง



มิติที่ 1: การคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้าในร้านยา (Screening)

หนึ่งในอุปสรรคสำคัญของการรักษาโรคซึมเศร้าคือ "ผู้ป่วยไม่รู้ตัว" หรือ "ไม่กล้าไปพบแพทย์" การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) โดย Miller และคณะ (2020) พบว่าเภสัชกรชุมชนสามารถทำหน้าที่คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน ซึ่งผลการศึกษาชี้ว่าเภสัชกรสามารถระบุตัวผู้ที่มีความเสี่ยงและส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาได้จริง¹ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Gide และคณะ ยังสนับสนุนว่าการมีโปรแกรมฝึกอบรมที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและทักษะของเภสัชกรในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ได้ดียิ่งขึ้น²

เครื่องมือคัดกรองสำหรับบริบทไทย: แบบประเมิน 2Q และ 9Q

สำหรับบริบทของประเทศไทย เภสัชกรชุมชนสามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้น ซึ่งมีความกระชับและเข้าใจง่าย เหมาะกับการใช้งานหน้าเคาน์เตอร์ร้านยา ได้แก่ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)³



1. **การค้นหาเบื้องต้นด้วย "2Q":** เภสัชกรสามารถเริ่มบทสนทนาด้วยคำถามง่าย ๆ 2 ข้อ เพื่อประเมินความเสี่ยงในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา:

1. ท่านมีความรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่?
2. ท่านมีความรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่? หากคำตอบคือ "ไม่มี" ทั้งสองข้อ ถือว่าปกติ แต่หากตอบว่า "มี" ในข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่ามีความเสี่ยง ให้ดำเนินการประเมินต่อยด้วยแบบ 9Q ทันที³

2. **การประเมินความรุนแรงด้วย "9Q" (Thai PHQ-9):** แบบประเมินนี้จะช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการ โดยถามถึงความถี่ของอาการต่างๆ เช่น ปัญหาการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า การเบื่ออาหาร หรือสมาธิสั้น รวมถึงคำถามสำคัญข้อที่ 9 เรื่อง ความคิดอยากทำร้ายตนเอง³

- **คะแนนรวม 7-12:** ซึมเศร้าระดับน้อย (Mild) → เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การออกกำลังกาย หรือการจัดการความเครียด
- **คะแนนรวม 13-18:** ซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate) → แนะนำให้ดูแลอาการด้วยยา (หากจำเป็น) หรือเทคนิคผ่อนคลาย และควรติดตามอาการ
- **คะแนนรวม ≥ 19 :** ซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe) → **ต้องส่งต่อพบแพทย์ทันที**

การมีเครื่องมือที่เป็นรูปธรรมเช่นนี้ ไม่เพียงช่วยให้เภสัชกรทำงานง่ายขึ้น แต่ยังช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ

มิตที่ 2: ลดอคติ-สร้างพื้นที่ปลอดภัยด้วย Mental Health First Aid (MHFA)

เมื่อคัดกรองพบความเสี่ยง สิ่งที่เภสัชกรต้องทำคือการให้การดูแลเบื้องต้น ทักษะที่จำเป็นที่สุดคือการปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิต (Mental Health First Aid: MHFA) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือผู้ที่กำลังประสบปัญหาสุขภาพจิตหรืออยู่ในภาวะวิกฤต ก่อนที่จะได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ข้อมูลภูมิาน (Meta-analysis) โดย Morgan และคณะ (2018) ยืนยันว่า การฝึกอบรม MHFA สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ลดตราบาป (Stigma) และเพิ่มพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างมีนัยสำคัญ⁴ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมล่าสุดโดย Advincula และคณะ (2025) ที่พบว่าในกลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาล และชุมชน การอบรม MHFA ช่วยให้เภสัชกรมีความมั่นใจในการ **"เปิดบทสนทนา"** กับผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น และลดระยะห่างทางสังคม (Social Distance) ที่เกิดจากอคติลงได้⁵

นอกจากนี้ โครงการ PharMIbridge ซึ่งเป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCT) โดย Ng และคณะ (2023) ได้พิสูจน์ให้เห็นว่า การฝึกอบรมเภสัชกรชุมชนให้ทำงานร่วมกับ ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงจากโรคจิตเวช (Lived experience educators) ช่วยให้เภสัชกรมีความมั่นใจในการให้บริการและมีทัศนคติที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนร้านยาให้เป็น **"พื้นที่ปลอดภัย"** ที่ผู้ป่วยกล้าเดินเข้ามาขอคำปรึกษาโดยไม่ต้องกลัวว่าจะถูกตัดสิน⁶



บทที่ 3: การใช้ยาและสมุนไพรทางเลือกอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based CAM)

ผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวนมากมักแสวงหาทางเลือกอื่นควบคู่ไปกับการรักษาหลัก เช่น การใช้สมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Complementary and Alternative Medicine: CAM) การทบทวนวรรณกรรมโดย Thin และคณะ (2022) พบว่าเภสัชกรชุมชนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษาเรื่อง CAM แต่ยังพบปัญหาเรื่องการขาดแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ⁷ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Naja และคณะ (2025) ที่ชี้ว่าเภสัชกรควรเป็น "ผู้จัดการความปลอดภัย" ในการใช้ CAM โดยเฉพาะการตรวจสอบอันตรกิริยา (Drug Interaction) ระหว่างสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน⁸

สมุนไพรไทยกับการดูแลสุขภาพใจ

ในบริบทของประเทศไทย มีสมุนไพรพื้นบ้านหลายชนิดที่มีศักยภาพในการช่วยผ่อนคลายความเครียดและช่วยให้ผ่อนคลาย ซึ่งเภสัชกรสามารถแนะนำเป็นทางเลือกเสริมได้ โดยอ้างอิงจากบทความวิชาการเรื่องบทบาทพืชสมุนไพรต่อภาวะเครียด⁹ ดังนี้:

1. บัวบก (Centella asiatica):	2. ขี้เหล็ก (Senna siamea):	3. มะตูม (Aegle marmelos):	4. พริกไทย (Piper nigrum):
			
นอกจากสรรพคุณแก้ไข้ในที่เรารู้จักกันดี บัวบกยังมีฤทธิ์เป็นยาบำรุงประสาทและสมอง ช่วยลดความกระวนกระวาย การดื่มน้ำใบบัวบกคั้นสดสามารถช่วยให้จิตใจสงบ และผ่อนคลายขึ้น เหมาะสำหรับผู้ที่มีความเครียดสะสม	ใบอ่อนและดอกของขี้เหล็กมีสารสำคัญกลุ่ม Barakol ซึ่งมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ช่วยให้นอนหลับและคลายกังวล ตามภูมิปัญญาไทยนิยมนำมาแกงเพื่อรับประทานเป็นอาหารช่วยให้นอนหลับสบาย หรือใช้ในรูปแบบยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับเบื้องต้น	ผลมะตูมสุกมีรสหวานหอมเย็น สรรพคุณทางยาช่วยบำรุงธาตุและเป็นยาอายุวัฒนะ แต่ในมิติสุขภาพใจ กลิ่นหอมระเหยของน้ำมะตูมมีส่วนช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย บำรุงกำลัง และช่วยให้สดชื่น ลดอาการอ่อนเพลียทางใจได้	แม้จะเป็นเครื่องเทศรสเผ็ดร้อน แต่พริกไทยมีสรรพคุณบำรุงธาตุและช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ซึ่งในทางการแพทย์แผนไทย การไหลเวียนลมและเลือดที่ดีจะส่งผลให้จิตใจแจ่มใส ลดอาการซึมเศร้าหดหู่ที่เกิดจากธาตุไฟหย่อนได้

ข้อควรระวัง : เภสัชกรต้องให้คำแนะนำเสมอว่าสมุนไพรเหล่านี้เป็นเพียงตัวช่วยบรรเทาอาการเบื้องต้นไม่สามารถทดแทนยาต้านเศร้า (Antidepressants) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว และต้องระวังการใช้ร่วมกับยานอนหลับหรือยาทางจิตเวชอื่น ๆ

บทสรุป

หลักฐานทางวิชาการในรอบทศวรรษที่ผ่านมาบ่งชี้ตรงกันว่า เภสัชกรชุมชนมีความพร้อมและศักยภาพที่จะก้าวเข้ามาเป็นกลไกสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของคนในชุมชน ผ่านการบูรณาการ 3 มิติเข้าด้วยกัน คือ หนึ่ง การคัดกรองที่แม่นยำด้วยเครื่องมือมาตรฐานอย่าง 2Q/9Q สอง การดูแลจิตใจด้วยทักษะ MHFA และ สาม การให้คำปรึกษาเรื่องยาและสมุนไพรอย่างปลอดภัย

เมื่อร้านยาไม่ใช่เพียงแค่ที่ "ขายยา" แต่เป็น "พื้นที่ปลอดภัย" ที่พร้อมรับฟังและดูแลทั้งกายและใจ เราจึงจะสามารถกู้วิกฤตสุขภาพจิตและยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Miller P, Newby D, Walkom E, Schneider J, Li SC. Depression screening in adults by pharmacists in the community: a systematic review. Int J Pharm Pract. 2020;28(5):428-40.
2. Gide DN, El-Den S, O'Donnell LK, Ou K, Diamandis S, Gisev N, et al. Evaluation of a training program to support depression screening for older adults in community pharmacies. Curr Pharm Teach Learn. 2025;17:102340.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; [เข้าถึงเมื่อ 25 ม.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th>
4. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. PLoS One. 2018;13(5):e0197102.
5. Advincula TJ, Abubakar M, Carandang RR. Effects of mental health first aid training in hospital and community pharmacists: A systematic review. J Am Pharm Assoc (2003). 2025;65(1):102344.
6. Ng R, El-Den S, Collins JC, Hu J, McMillan SS, Wheeler AJ, et al. Evaluation of a training program to support the implementation of a community pharmacist-led support service for people living with severe and persistent mental illness. J Am Pharm Assoc (2003). 2023;63(3):807-16.
7. Thin SM, Thet D, Li JY, Nakpun T, Nitadpakorn S, Phanudulkitti C, et al. A systematic review of community pharmacist practices in complementary medicine. Pharm Pract (Granada). 2022;20(3):2697.
8. Naja F, Ahmad M, Shatila H, Abu Shihab KHN, Naalbandian S, Saqan R, et al. Role of community pharmacists in the safe and effective use of complementary and alternative medicine in the Middle East: A scoping review. PLoS One. 2025;20(9):e0332932.
9. พนธพันธ์ พลเยี่ยม, วิภาวี หูคำมี. บทบาทเภสัชกรต่อภาวะเครียดและระบบภูมิคุ้มกัน. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(5).



การใช้ Data Analytics และ AI

ยกระดับความปลอดภัย และความคุ้มค่าในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อไม่นานมานี้ ผมได้ยินเรื่องเล่าชวนสะดุ้งจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งครับ มีผู้ป่วยท่านหนึ่งเดินเข้ามาพบแพทย์ แต่ก่อนที่เขาจะก้าวเท้าเข้าห้องตรวจ เขาหยิบสมาร์ตโฟนขึ้นมา กดบันทึกเสียง แล้วเดินเข้าไปพูดคุยกับคุณหมอตามปกติราว ๆ 5-10 นาที เมื่อตรวจเสร็จ เขาเดินออกมา กดหยุดบันทึกเสียง แล้วโยนไฟล์เสียงนั้นเข้าไปในปัญญาประดิษฐ์ (AI) พร้อมกับพิมพ์คำถามว่า "จากบทสนทนาเมื่อสักครู่ คุณหมอได้ทำตามแนวทางการรักษามาตรฐาน (Clinical Practice Guideline) หรือไม่? และมีคำถามสำคัญอะไรที่คุณหมอสั่งถามผมหรือเปล่า?"

คุณอ่านไม่ผิดครับ นี่ไม่ใช่ฉากในภาพยนตร์ไซไฟ แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงแล้วในวันนี้ เรื่องนี้ทำให้ผมตระหนักว่า ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้อยู่แค่ในห้องแล็บหรือบริษัทเทคโนโลยีอีกต่อไป แต่มันได้ลงมามีอยู่ในมือของผู้ป่วยของเราเรียบร้อยแล้ว คำถามที่น่าสนใจก็คือ... ในขณะที่ผู้ป่วยติดอาวุธด้วยเทคโนโลยีขนาดนี้ แล้ว "เรา" ในฐานะเภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์ล่ะครับ เราพร้อมรับมือและใช้ประโยชน์จากมันแล้วหรือยัง?

ผมเองได้มีโอกาสเป็นวิทยากรร่วมในงานประชุมวิชาการ ซึ่งจัดโดยโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ซึ่งได้จัดการประชุมวิชาการด้านเทคโนโลยีดิจิทัล

คนไข้ใช้ AI ตรวจสอบเราแล้ว... เราพร้อมหรือยัง?

จากห้องตรวจ:
ผมไปแอบบันทึกเสียงและให้ AI ตรวจสอบว่าคุณหมอทำตาม Clinical Practice Guideline หรือไม่!

AI Literacy:
ไม่เต็มขั้นหรอก แต่รู้ว่า AI คืออะไรและมีข้อจำกัดอย่างไร

AI Fluency:
ประยุกต์ใช้ในงานจริง สิ่งการเป็นและแก้ปัญหาเมื่อ AI ทำพลาดได้

และนวัตกรรมทางการแพทย์ ประจำปี 2569 เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2569 เนื้อหาโดยรวมมีความน่าสนใจมาก ผมจึงอยากนำเนื้อหา แนวคิด และกระบวนการนวัตกรรมด้านสุขภาพสำหรับงานเภสัชกรรม (Concepts, and process of health innovation for Pharmacy service) ที่ได้รับแลกเปลี่ยนกับวิทยากรผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ ทั้งรองศาสตราจารย์ ภก.ปรีชา มณฑาทิฏฐ์ ดร.ภก.พงศธร เพียบเพียร จากโรงพยาบาลรามาริบัติ และตัวผมเอง ดร.ภก.วิรุณ เวชศิริ มาย่อยและสรุปให้เพื่อน ๆ เภสัชกรได้อ่านกันครับ

จากสัญชาตญาณ สู่เทคนิควิเคราะห์ข้อมูล (Data Analytics)

ก่อนที่จะเราจะก้าวไปถึงเรื่อง AI ที่แสนฉลาด เราต้องกลับมามองที่รากฐานสำคัญเสียก่อน นั่นก็คือ **"ข้อมูล" (Data)** ครับ ลองนึกภาพว่าโรงพยาบาลของเราเป็นเรือลำใหญ่ การบริหารจัดการงานเภสัชกรรมด้วยความรู้สึกรหรือประสบการณ์ในอดีต ก็เหมือนการเดินเรือด้วยการมองดูดาว ซึ่งอาจจะรอดพ้นพายุมาได้ แต่ก็คาดเดาอะไรไม่ได้มากนัก ในขณะที่การใช้การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analytics) คือการติดตั้งระบบเรดาร์และ GPS นำทางที่แม่นยำครับ

แต่ในความเป็นจริง ข้อมูลในโรงพยาบาลมักกระจุกกระจายอยู่คนละโปรแกรม ห้องตรวจใช้ระบบหนึ่ง ห้องยาใช้อีกระบบ การเงินก็ใช้อีกระบบ ดังนั้น ก่อนจะวิเคราะห์อะไรได้ เราต้องสร้างสะพานเชื่อมข้อมูลเหล่านี้เข้าด้วยกัน ทำความสะอาด และจัดเก็บให้เป็นระเบียบ (Data Warehouse) เสียก่อน เพื่อไม่ให้ข้อมูลคลาดเคลื่อน เมื่อข้อมูลพร้อมแล้ว เราสามารถแบ่งระดับของการวิเคราะห์ออกได้เป็น 4 ระดับ (Levels) ตามความยากและประโยชน์ที่จะได้รับครับ:

1. Descriptive Analytics

(เกิดอะไรขึ้น?): เป็นการดูข้อมูลภาพรวมในปัจจุบัน การนำข้อมูลจากการดำเนินงานที่ตรวจจับได้จากระบบมาจัดทำเป็นแดชบอร์ด (Dashboard) จะช่วยให้เราทราบสถานะการดำเนินงานแบบเรียลไทม์ [User's Request]. ตัวอย่างงานที่เรา detect ได้ เช่น

Waiting Time หรือเวลารอรับบริการของผู้ป่วยในแต่ละจุด และ **KPI Rational Drug Use** (แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล) เช่น การเผื่อสำรอง แนวโน้มการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะที่อาจนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยา. เมื่อเราเห็นสถานะเหล่านี้ หากเรามีการปรับปรุงแก้ไข (intervention) เพื่อแก้ปัญหาใด ๆ ข้อมูลบนแดชบอร์ดก็จะช่วยให้สามารถติดตามผล intervention ได้แบบ real time [User's Request].

2. Diagnostic Analytics

(ทำไมถึงเกิดสิ่งนั้น?): เมื่อเรารู้ว่ามีอะไรผิดปกติ เราต้องหาเหตุผลให้เจอครับ ตัวอย่างเช่น งานบริการบางอย่าง การทำมากอาจไม่ได้แปลว่าผลตอบแทนจะมากตาม เนื่องจาก



มีต้นทุนการจัดการแฝงอยู่ เช่น การเบิกจ่ายจากผู้จ่ายเงิน (payer) อาจไม่ได้เต็มจำนวน ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะที่ทำมากแต่ขาดทุนมากได้ เมื่อพบปัญหา และถ้าเราไม่สามารถลดการบริการลงได้ การวิเคราะห์เชิงวินิจัยจะช่วยหาจุดอ่อน เช่น อาจต้องทำการลดค่าใช้จ่ายอื่นเพื่อให้ผลตอบแทนกลับมาคุ้มค่ามากขึ้น

3. Predictive Analytics (จะเกิดอะไรขึ้นต่อไป?):

การเรียนรู้ของเครื่อง (Machine Learning) มาใช้พยากรณ์ ช่วยให้เราสามารถทำนายผลลัพธ์ทางคลินิกได้ เช่น สามารถพยากรณ์การเสียชีวิต อัตราการมารับบริการซ้ำของโรงพยาบาลได้ และอาจช่วยให้เราสามารถเลือกใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าได้

4. Prescriptive Analytics (แล้วเราควรทำอย่างไร?):

เช่นถ้าเรามีเป้าหมาย อยากเพิ่มความปลอดภัยของผู้รับบริการ ลดการใช้คน การพิจารณาใช้เทคโนโลยีหุ่นยนต์ (robotics) อาจเป็น solution ที่น่าสนใจ แต่การกำหนดคุณสมบัติเฉพาะ (spec) หรือขอบเขตของงาน (TOR) จำเป็นต้องเอาข้อมูลมาวิเคราะห์ ใช้ข้อมูลจากอดีต เพื่อให้มั่นใจว่าของซื้อมาแล้วคุ้ม และการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารอีกอย่างคือเรื่อง budget impact ว่าเมื่อเราลงทุนไปแล้ว ผลประกอบการของเราจะกระทบอย่างไร business model ควรต้องเป็นอะไร ระหว่างเช่าและซื้อ ดังนั้นจะใช้การวิเคราะห์หลายมิติมากขึ้น

เห็นไหมครับว่า การทำ Data Analytics ไม่ได้หมายความว่าเราต้องเป็นโปรแกรมเมอร์ หรือเขียนโค้ดเป็นเสมอไป แต่สิ่งสำคัญที่สุดคือ "เรา" ในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ผู้ปฏิบัติงานจริง (Domain Expert) ต้องรู้ว่า **"เราจะตั้งคำถามอะไรกับข้อมูล"** เพื่อดึงศักยภาพของมันออกมาสร้างคุณค่า และยกระดับการดูแลผู้ป่วยของเราให้ดียิ่งขึ้นครับ

AI ไม่ใช่ไซเฟอร์ แต่คือ "ผู้ช่วยนักบิน" (Co-pilot) ของเรา

เมื่อเรามีข้อมูลที่แข็งแกร่งแล้ว ก็ถึงเวลาของปัญญาประดิษฐ์สร้างสรรค์ (Generative AI) อย่าง ChatGPT หรือ Google Gemini ที่กำลังเปลี่ยนโลกการทำงานของเราครับ

ลองเปรียบเทียบแบบนี้ครับ AI พวกนี้เหมือนกับ "เด็กฝึกงานระดับห่วยกะทิ" ที่อ่านตำราแพทย์และเภสัชกรรมมาแล้วทั้งห้องสมุดโลก แต่ปัญหาคือ... เด็กฝึกงานคนนี้ "ไม่เคยมาเดินในโรงพยาบาลของเราเลย" เขาไม่รับรู้บริบท ไม่รู้วิธีการทำงานของเรา ดังนั้น ถ้าเราสั่งงานเขาห้วน ๆ เขาก็จะตอบแบบกว้าง ๆ หรือแย่กว่านั้นคือเกิดอาการ "หลอน" (Hallucination) หรือการแต่งเรื่องขึ้นมาเองด้วยความมั่นใจครับ

กุญแจสำคัญที่จะดึงพลังของ AI ออกมาได้คือทักษะที่เรียกว่า "วิศวกรรมคำสั่ง" (Prompt Engineering) เวลาเราจะสั่งงาน AI เราต้องกำหนดโครงสร้างให้ชัดเจนเสมอครับ คือ **1. สวมบทบาท (Role) 2. สั่งงานให้ชัด (Task) และ 3. กำหนดรูปแบบผลลัพธ์ (Format)**

ตัวอย่างเช่น การเขียนบันทึกทางการแพทย์หรือเภสัชกรรมแบบ SOAP Note ปกติเภสัชกรอาจต้องใช้เวลาวิเคราะห์เคสซับซ้อนนานถึง 1.5 - 2 ชั่วโมง แต่ถ้าเราป้อนข้อมูลคนไข้ (ที่ปกปิดข้อมูลระบุตัวตนแล้ว) เข้าไปใน AI แล้วสั่งให้จัดโครงสร้างตามกรอบ SOAP Note ปรากฏว่า AI สามารถร่างแบบฟอร์มที่สมบูรณ์ออกมาได้ภายในเวลาไม่ถึง 2 นาที! แน่ใจครับว่า AI ไม่ได้มาตัดสินใจแทนเรา แต่เขามาช่วยประมวลผลข้อมูลมหาศาล เพื่อให้เรามีเวลาไปโฟกัสกับการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Judgment) ได้มากขึ้น เราใช้เขาในฐานะ "ผู้ช่วยนักบิน" (Co-pilot) ไม่ใช่ให้เขามาขับเครื่องบินแทนเรา (Auto-pilot) ครับ

สู่ยุคของ AI ที่ทำงานแทนเรา (Agentic AI) และความปลอดภัยของข้อมูล

เมื่อเราก้าวเข้าสู่ปี 2026 ภาพของ AI จะไม่ได้หยุดอยู่แค่การเป็น "เครื่องคิดเลข" ที่รอรับคำสั่งแล้วตอบคำถาม (Non-agentic AI) อีกต่อไป แต่มันจะกลายเป็น "ผู้ช่วยส่วนตัวที่คิดเป็นขั้นตอน" (Agentic AI)

เราสามารถสร้างระบบ (เช่น Google Gems หรือ Custom GPTs) ที่เช็ตโครงสร้างคำสั่งไว้ล่วงหน้าได้เลย ยกตัวอย่างเช่น หากเกิดปัญหาความล่าช้าในการได้รับยามือแรกในวอร์ด เพียงแค่เราโยนข้อมูลปัญหาลงไป AI ที่ถูกเช็ตไว้จะทำการวิเคราะห์สาเหตุ (Root Cause Analysis) และสร้างเป็นแผนผังก้างปลา (Fishbone Diagram) พร้อมเสนอแนวทางแก้ไข



ให้เราทันที โดยที่เราไม่ต้องพิมพ์คำสั่งใหม่ซ้ำ ๆ อีกเลยครับ หรือแม้กระทั่งการทำสไลด์นำเสนอ หากเราใช้เครื่องมืออย่าง NotebookLM เราสามารถโยนเอกสาร หรือแม้แต่ไฟล์เสียงการประชุมเข้าไป เพื่อให้ AI สรุปเป็นแผนผังความคิด (Mind Map) และสร้างสไลด์ออกมาได้ในพริบตา

แต่เดี๋ยวก่อนครับ! ในแสงสว่างย่อมมีเงา สิ่งที่เราต้องระวังที่สุดในฐานะบุคลากรทางการแพทย์คือ "ความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย" (PDPA)

แพลตฟอร์ม AI ฟรีที่ทุกคนเข้าถึงได้ (Public AI) มักจะนำข้อมูลที่เราพิมพ์ไปฝึกฝนโมเดลต่อ (Train) กฎเหล็กก็คือ ห้ามใส่ชื่อ นามสกุล หรือรหัส HN ของคนไข้ลงใน AI สาธารณะเด็ดขาด เราต้องทำการลบข้อมูลระบุตัวตน (De-identification) ทุกครั้ง หรือในระดับองค์กร โรงพยาบาลควรพิจารณาการใช้ระบบปิด (Enterprise Version) หรือการสร้างฐานข้อมูลเฉพาะของโรงพยาบาลที่เรียกว่า RAG (Retrieval-Augmented Generation) ซึ่งจะช่วยให้ AI ดึงคำตอบจากคู่มือและยาที่มีในโรงพยาบาลเราเท่านั้น ลดความหลอน และรักษาความลับได้ 100% ครับ

เริ่มต้นวันนี้ สู่การเปลี่ยนแปลงในวันหน้า

หลังเวทีการบรรยาย ผมได้มีโอกาสพูดคุยกับเพื่อนร่วมวิชาชีพหลายท่าน ทุกคนตื่นตื่นแต่ก็แอบกังวลว่าจะเริ่มต้นอย่างไรในระดับองค์กร คำแนะนำที่ผมชอบมากคือ "เราไม่จำเป็นต้องซื้อฮาร์ดสปอร์ตเฟอร์รารีตั้งแต่วันแรก ลองเริ่มจากรถโตโยต้าก่อนก็ได้" หมายความว่า เราควรเริ่มต้นจากโครงการเล็ก ๆ (Quick Wins) เริ่มจากระบบการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น (Descriptive Analytics) นำ AI มาช่วยลดภาระงานเอกสาร งานสรุปการประชุม และเมื่อองค์กรของเรามีความรู้เท่าทัน AI (AI Literacy) อย่างทั่วถึง เราจึงค่อยขยายระบบให้ใหญ่ขึ้น (Scale out) ครับ

บทสรุป: พิมพ์เขียว AI ระดับองค์กรที่พร้อมใช้งานจริง



ถึงตรงนี้ ผมอยากชวนให้พวกเราทุกคนลองตั้งคำถามกับตัวเองดูครับว่า...

"ในวันพรุ่งนี้ มีงานอะไรที่กำลังท้าทาย กระทบเวลาชีวิต และทำให้เราเหนื่อยล้า จนเราอยากจะโยนให้

'เด็กฝึกงาน AI' ลองช่วยทำเป็นตัวอย่างแรก?"

อย่าลืมนะครับว่า เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้ถูกสร้างมาเพื่อ "แทนที่" เกสัชกร

แต่เกสัชกรที่สามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเหล่านี้ต่างหากล่ะครับ

ที่จะก้าวขึ้นมาเป็นผู้นำในการดูแลผู้ป่วยในยุคต่อไป มาร่วมกันสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ ๆ

เพื่อวิชาชีพเภสัชกรรมของเรากันนะครับ สวัสดีครับ.



หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม



2 Credits

วอร์ท็อกซีทีนและบทบาทในการปรับและกระตุ้นการทำงานของเซโรโทนิน

รศ.ดร.ภก.ธีระ ฤทธิรอด¹, รศ.ดร.ภก.เมธิน ผดุงกิจ¹, อ.ภก.วาสนา นักพ็อน¹, ธีรภัทร จินตนธรรม²,

ภก.ขวัญประชา เทียงธรรม³, ผศ.ดร.ภก.อนุสรณ์ ธรรมพิทักษ์⁴

¹ คณะเภสัชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา ² คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ โรงพยาบาลวังม่วง สัทรธรรม ⁴ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Vortioxetine and Its Role as a Serotonin Modulator and Stimulator

Theera Rittirod¹, Methin Phadungkit¹, Wasana Nakfon¹, Teerapat Jintanatham²,

Kwanpracha Teinngtham³, Anusorn Thampithak⁴

¹ Faculty of Pharmacy, Nakhonratchasima College

² Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University ³ Wangmuangsattum Hospital,

⁴ Faculty of Pharmaceutical Sciences, Burapha University

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นภาวะทางสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาทร่วมด้วย เช่น โรคพาร์กินสัน ซึ่งมักส่งผลกระทบต่อทั้งอารมณ์และพุทธิปัญญา (cognitive functions) บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลทางเภสัชวิทยาและบทบาททางคลินิกของ วอร์ท็อกซีทีน (Vortioxetine: VXT) ซึ่งเป็นยาต้านเศร้าเจเนอเรชันใหม่ที่มีกลไกการออกฤทธิ์แบบมัลติโมดัล multimodal mechanism) ยานี้มีลักษณะเด่นในการยับยั้งการเก็บกลับของซีโรโทนินควบคู่ไปกับการปรับการทำงานของตัวรับซีโรโทนิน (5-HT receptors) หลายชนิด ส่งผลให้เกิดการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทสำคัญหลายระบบในสมอง

ผลจากการศึกษาเชิงประจักษ์พบว่า วอร์ท็อกซีทีนไม่เพียงแต่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการทางอารมณ์ แต่ยังมีคุณสมบัติโดดเด่นในการฟื้นฟูพุทธิปัญญา เช่น ความเร็วในการประมวลผลและการเรียนรู้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของยาต้านเศร้าแบบดั้งเดิม ในด้านความปลอดภัย ยานี้มีค่าครึ่งชีวิตที่ยาวนาน (ประมาณ 66 ชั่วโมง) ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการถอนยา นอกจากนี้ยังมีอุบัติการณ์ของการเกิดความผิดปกติทางเพศและผลต่อน้ำหนักตัวที่ต่ำและที่สำคัญคือไม่ส่งผลกระทบต่อทักษะการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน วอร์ท็อกซีทีนจึงถือเป็นทางเลือกในการรักษาที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความซับซ้อนหรือต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง

คำสำคัญ: วอร์ท็อกซีทีน, โรคซึมเศร้า, กลไกมัลติโมดัล, พุทธิปัญญา, โรคพาร์กินสัน

Abstract

Major depressive disorder (MDD) is a critical mental health condition that severely impairs quality of life, particularly when comorbid with neurological disorders such as parkinson's disease (PD), where it often deteriorates both emotional well-being and cognitive functions. This article aims to review the pharmacological profile and clinical role of Vortioxetine (VXT), a novel antidepressant characterized by its multimodal mechanism of action. Unlike traditional agents, VXT combines serotonin transporter (SERT) inhibition with the direct modulation of several 5-HT receptor subtypes, leading to the balanced regulation of multiple neurotransmitter systems in the brain.

Evidence suggests that VXT is effective not only in alleviating depressive symptoms but also in enhancing cognitive functions, specifically processing speed, learning, and memory—areas often inadequately addressed by conventional antidepressants. Regarding its safety profile, the drug's long half-life (approximately 66 hours) contributes to a significantly lower risk of discontinuation syndrome. Furthermore, it is associated with a lower incidence of treatment-emergent sexual dysfunction and weight gain, and crucially, does not adversely affect motor symptoms in patients with PD. Consequently, VXT represents a promising and well-tolerated therapeutic option for MDD, particularly for patients with complex comorbidities or those requiring cognitive recovery

Keywords: Vortioxetine, Major Depressive Disorder, Multimodal mechanism, Cognitive function, Parkinson's disease

บทนำ

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นภาวะทางสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้คนทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาทร่วมด้วย เช่น โรคพาร์กินสัน (parkinson's disease: PD) ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าได้บ่อยถึง 20-35% หรืออาจสูงกว่านั้นในบางกรณี^{1,2} ภาวะซึมเศร้าไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานใจ แต่ยังส่งผลเสียต่อการทำงานของร่างกาย (motor functions) การทำงานของพุทธิปัญญา (cognitive functions) และความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันอีกด้วย^{1,3}

ในปัจจุบัน Vortioxetine (VXT) ได้กลายเป็นยาต้านเศร้าเจเนอเรชันใหม่ที่ได้รับ ความสนใจอย่างมาก นับตั้งแต่ได้รับการอนุมัติจากองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (FDA) และสหภาพยุโรป (EMA) ในปี 2013 ความโดดเด่นของยานี้อยู่ที่ กลไกการออกฤทธิ์แบบมัลติโมดัล (multimodal mechanism of action) ซึ่งแตกต่างจาก ยาต้านเศร้ากลุ่มเดิม ๆ โดย VXT ไม่เพียงแต่ยับยั้งการเก็บกลับของซีโรโทนิน (serotonin transporter inhibition) แต่ยังเข้าไปจับกับตัวรับซีโรโทนิน (5-HT receptors) หลายชนิดในลักษณะที่แตกต่างกัน ทั้งการเป็นตัวกระตุ้น (agonist) และตัวต้าน (antagonist)^{1,2}

ผลลัพธ์จากกลไกอื่นเป็นเอกลักษณ์นี้ช่วยปรับสมดุลสารสื่อประสาทสำคัญหลายชนิดในสมอง ทั้งซีโรโทนิน, นอร์อะดรีนาลีน, โดพามีน, อะเซทิลโคลีน และฮิสตามีน, ซึ่งส่งผลดีไม่เพียงเฉพาะต่ออารมณ์ แต่ยังรวมถึง การฟื้นฟูการทำงานของพุทธิปัญญา (cognitive function) เช่น ความเร็วในการประมวลผล การเรียนรู้ และความจำ ซึ่งมักเป็นจุดอ่อนของการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแบบดั้งเดิม^{1,2}

บทความฉบับนี้จะเจาะลึกถึงยา VXT โดยเน้นไปที่ข้อมูลล่าสุดจากการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่า VXT เป็นทางเลือกที่มีความปลอดภัยสูง ไม่ส่งผล กระทบด้านลบต่อการเคลื่อนไหว (motor symptoms) และสามารถช่วยบรรเทาอาการร่วมอื่น ๆ เช่น ภาวะเฉื่อยชา (apathy) และความผิดปกติของการนอนหลับได้อย่างมีนัยสำคัญ^{1,2}

ข้อบ่งใช้และขนาดที่ใช้ของยา VXT

โรคซึมเศร้าแบบเมเจอร์ (major depressive disorder; unipolar) (ใช้เป็นยาทางเลือก)

การให้ยา: รับประทานทางปาก (oral)

- ขนาดเริ่มต้น: 5–10 มก. วันละครั้ง
- การปรับขนาดยา: สามารถเพิ่มขนาดยาครั้งละ 5–10 มก. โดยเว้นระยะอย่างน้อยทุก 1 สัปดาห์ ขึ้นกับการตอบสนองต่อการรักษาและความสามารถในการทนต่อยา
- ขนาดยาที่แนะนำ: 20 มก. วันละครั้ง
- ขนาดยาสูงสุด: 20 มก./วัน
- ผู้ป่วยที่เป็น CYP2D6 poor metabolizer: ขนาดยาสูงสุดไม่ควรเกิน 10 มก./วัน⁴

เภสัชจลนศาสตร์ VXT

ยา VXT มีคุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์ที่โดดเด่นและค่อนข้างคงที่ ซึ่งช่วยให้การบริหารยาทำได้ง่าย และมีความปลอดภัยสูง โดยมีรายละเอียดในด้านต่าง ๆ ดังนี้:

- การดูดซึม (absorption)

VXT สามารถดูดซึมผ่านระบบทางเดินอาหารได้ดี โดยมีค่าการดูดซึมสู่กระแสเลือด (bioavailability) ประมาณ 75% ยานี้จะเข้าสู่ระดับสูงสุดในพลาสมา (Cmax) ภายใน 7 ถึง 11 ชั่วโมงหลังการรับประทาน ที่สำคัญคือ อาหารไม่มีผลต่อการดูดซึมยา (no food effect) ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ทั้งในขณะท้องว่างหรือหลังอาหาร นอกจากนี้ ระดับยาในร่างกายยังเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนตามขนาดของยา (linear and dose proportional) ในช่วงขนาดยา 5 ถึง 20 มก. ต่อวัน

- การกระจายตัว (distribution)

ยานี้มีการกระจายตัวในเนื้อเยื่อต่าง ๆ อย่างมาก โดยมีค่าปริมาตรการกระจายตัวเฉลี่ย (V_z/F) สูงถึงประมาณ 2,600 ลิตร ยา VXT มีคุณสมบัติในการจับกับโปรตีนในพลาสมาสูงมากถึง 99% อย่างไรก็ตาม การจับกับโปรตีนนี้ไม่ได้รับผลกระทบจากความผิดปกติของตับหรือไต

- การเปลี่ยนแปลงยาในร่างกาย (metabolism)

ถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับเป็นหลักผ่านกระบวนการ oxidation โดยเอนไซม์ไซโตโครม P450 หลายชนิด ได้แก่ CYP2D6 (ซึ่งเป็นเอนไซม์หลัก) ตามด้วย CYP3A4/5, CYP2A6, CYP2C9 และ CYP2C19 สารเมทาโบลิต์หลักที่เกิดขึ้นคือ Lu AA34443 ซึ่งไม่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา (pharmacologically inactive) ส่วนสารเมทาโบลิต์ที่มีฤทธิ์บ้างอย่าง Lu AA39835 นั้นมีปริมาณน้อยมากและไม่สามารถผ่าน blood-brain barrier ได้ ดังนั้นฤทธิ์ในการรักษาจึงมาจากตัวยาหลัก (parent compound) เป็นสำคัญ

- การกำจัดยา (elimination)

ยานี้มีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 66 ชั่วโมง (โดยมีช่วงอยู่ระหว่าง 59 ถึง 69 ชั่วโมง) คุณสมบัตินี้ทำให้ระดับยาในกระแสเลือดเข้าสู่ steady state ภายในเวลาประมาณ 2 สัปดาห์หลังเริ่มบริหารยาแบบวันละครั้ง ยาจะถูกขับออกทางปัสสาวะประมาณ 59% และทางอุจจาระประมาณ 26% ในรูปของสารเมทาโบลิต์ โดยพบตัวยาเดิมในอุจจาระเพียงเล็กน้อยและไม่พบในปัสสาวะ

- เกณฑ์จลนศาสตร์ในประชากรกลุ่มพิเศษ

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ ขนาดร่างกาย รวมถึงประสิทธิภาพของตับและไต ไม่มีผลต่อระดับยา VXT ในร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก จึงไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยาในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีความบกพร่องของตับและไต ยกเว้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพันธุกรรมแบบ CYP2D6 poor metabolizers (กลุ่มที่เอนไซม์ CYP2D6 ทำงานน้อยกว่าปกติ) ซึ่งจะมีการขับยาช้าลงจนระดับยาอาจเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ดังนั้นในกลุ่มนี้จึงแนะนำขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 10 มก. ต่อวัน⁵

เภสัชพลศาสตร์ของยา VXT

ยา VXT จัดเป็นยาด้านเศร้ากลุ่มใหม่ที่มีกลไกการออกฤทธิ์แบบ multimodal antidepressant ซึ่งมีความแตกต่างจากยาด้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs หรือ SNRIs แบบดั้งเดิม

- 1. กลไกการออกฤทธิ์ระดับตัวรับ (receptor-level mechanisms)** VXT ออกฤทธิ์ผ่านเป้าหมายทางเภสัชวิทยา 2 รูปแบบหลัก คือ การยับยั้งตัวขนส่งซีโรโทนิน (serotonin transporter: SERT) และการจับกับตัวรับซีโรโทนิน (5-HT receptors) หลายชนิดในลักษณะที่แตกต่างกัน^{1,5}
 - เป็นตัวต้าน (antagonist): ที่ตัวรับ 5-HT₃, 5-HT₇ และ 5-HT_{1D}
 - เป็นตัวกระตุ้นบางส่วน (partial agonist): ที่ตัวรับ 5-HT_{1B}
 - เป็นตัวกระตุ้นสมบูรณ์ (full agonist): ที่ตัวรับ 5-HT_{1A}^{1,5,6}
- 2. การปรับสมดุลสารสื่อประสาท (neurotransmitter modulation)** จากคุณสมบัติ multimodal ข้างต้น ทำให้ VXT สามารถเพิ่มระดับสารสื่อประสาทสำคัญในสมองได้หลายชนิด ไม่ใช่เพียงแคซีโรโทนินเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อระบบสารสื่อประสาทอื่น ๆ ในบริเวณสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และพุทธิปัญญา^{1,5,6}
 - นอร์อะดรีนาลีน (norepinephrine) มีบทบาทสำคัญต่อการทำงานของสมองหลายด้าน ได้แก่ การเรียนรู้ การควบคุมการเคลื่อนไหว ระบบรางวัล อารมณ์ และการทำงานระดับบริหาร (executive functions)

- โดพามีน (dopamine) มีบทบาทสำคัญต่อการทำงานของสมองหลายด้าน ได้แก่ การเรียนรู้ การควบคุม การเคลื่อนไหว ระบบรางวัล อารมณ์ และการทำงานระดับบริหาร (executive functions)⁷
- อะเซทิลโคลีน (acetylcholine) มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการเรียนรู้และความจำ โดยทั่วไปเชื่อกันว่า ในระบบประสาทส่วนกลาง อะเซทิลโคลีนช่วยส่งเสริมการนำกระแสประสาทของสมองและเร่งการส่งผ่านข้อมูล⁸
- ฮิสตามีน (histamine) มีบทบาทในการรักษาสมดุลของร่างกาย (homeostasis) ส่งเสริมความตื่นตัว ควบคุมพฤติกรรมกรกิน และควบคุมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ^{1,2,5,6,7}
- อาจช่วยปรับการทำงานของระบบ glutamate และ GABA ซึ่งช่วยจัดระเบียบเครือข่ายประสาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และสติปัญญา^{5,6}

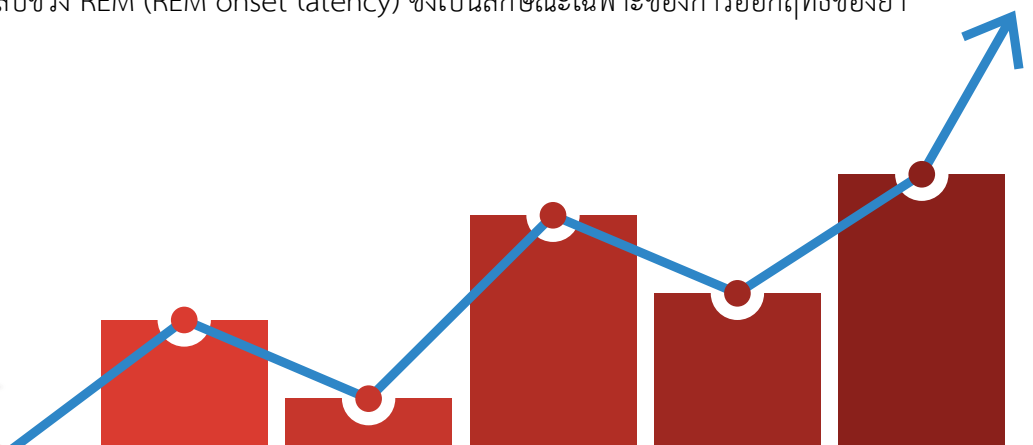
3. การจับกับตัวขนส่งซีโรโทนิน (serotonin transporter occupancy) จากการศึกษาด้วยภาพถ่ายทางรังสี (PET scan) พบว่าในขนาดยาที่ใช้รักษา (5 ถึง 20 มก.) VXT จะเข้าจับกับ SERT ในระดับที่แตกต่างกันตามขนาดยา โดยขนาดยา 5 มก. จะมีการจับประมาณ 50%, 10 มก. ประมาณ 65% และมากกว่า 80% เมื่อใช้ขนาดยา 20 มก.^{5,6} ความน่าสนใจคือ VXT สามารถให้ผลในการรักษาได้แม้จะมีระดับการจับ SERT เพียง 50% ซึ่งต่างจากยา SSRIs/SNRIs ทั่วไปที่มักต้องมีการจับสูงถึง 80% จึงจะเห็นผลทางคลินิก สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าฤทธิ์ในการจับกับตัวรับ (5-HT receptors) มีบทบาทสำคัญในการเสริมประสิทธิภาพการรักษา⁵

4. ผลต่อเครือข่ายประสาทและสมรรถภาพทางสมอง (cognitive and network effects)

- การทำงานของสมอง: ยาสามารถช่วยปรับเปลี่ยนการทำงานที่ผิดปกติของ default mode network (DMN) ในสมองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้กลับมาเป็นปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการดีขึ้นของสมาธิและการตัดสินใจ⁵
- พหุปัญญา (cognition): มีหลักฐานยืนยันว่ายายังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในด้านความเร็วในการประมวลผล (processing speed) การเรียนรู้ และความจำ โดยเป็นผลโดยตรงจากตัวยาเอง ไม่ใช่เพียงผลพลอยได้จากการที่อาการเศร้าดีขึ้น^{1,2}

5. ความปลอดภัยด้านเภสัชศาสตร์ (safety profile)

- ระบบหัวใจ: VXT ไม่มีผลต่อการนำไฟฟ้าของหัวใจ (cardiac repolarization) และไม่มีผลต่อช่วง QT แม้จะใช้ขนาดยาสูงกว่าปกติ (supratherapeutic dose)^{1,5}
- ทักษะการเคลื่อนไหว: ไม่พบผลกระทบด้านลบต่อทักษะการขับเคลื่อน สมรรถภาพทางจิตประสาท (psychomotor skills) หรือการทำงานของร่างกายในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน^{1,2,5}
- การนอนหลับ: ยาอาจทำให้เกิดการยับยั้งการหลับช่วง REM sleep (REM suppression) และเพิ่มระยะเวลาการเริ่มหลับช่วง REM (REM onset latency) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของการออกฤทธิ์ของยา⁵



ตารางเปรียบเทียบ VXT กับยาต้านเศร้ากลุ่มมาตรฐาน (SSRIs/SNRIs)

คุณสมบัติ	ยา VXT	ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs/SNRIs
กลไกการออกฤทธิ์	multimodal: ยับยั้ง SERT ร่วมกับการปรับการทำงานของตัวรับ 5-HT หลายชนิด (5-HT _{1A} , 1B, 1D, 3, 7) ^{1,3,5}	เน้นยับยั้งการเก็บกลับของสารสื่อประสาท (SERT/NET) เป็นหลัก ^{3,5}
ผลต่อพุทธิปัญญา (Cognition)	มีประสิทธิภาพโดดเด่น: ช่วยเพิ่มความเร็วในการประมวลผลและการเรียนรู้โดยตรง (วัดผ่าน DSST) ^{1,9}	ให้ผลน้อยกว่า หรืออาจส่งผลลบต่อพุทธิปัญญาในบางราย ⁹
ความผิดปกติทางเพศ (TESD)	ความเสี่ยงต่ำ: ในขนาดยาปกติ (<15 มก.) พบอุบัติการณ์ใกล้เคียงกับยาหลอก ^{1,9}	ความเสี่ยงสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ: เช่น Venlafaxine (12.4%) หรือ Paroxetine ⁹
ผลต่อน้ำหนักตัว	ไม่ส่งผลต่อน้ำหนัก: ไม่พบการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญในการศึกษาระยะสั้นและยาว ^{1,5,9}	ยาบางตัวในกลุ่ม SSRIs สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวได้ ⁶
ระดับการจับ SERT ที่เห็นผล	50%: เริ่มเห็นผลการรักษาได้แม้มีการจับเพียงครึ่งเดียว ^{5,9}	80% ขึ้นไป: มักต้องมีการจับสูงถึงระดับนี้จึงจะเห็นผลทางคลินิก ^{5,9}
กลุ่มอาการถอนยา	ต่ำมาก (~3%): เนื่องจากตัวยามีค่าครึ่งชีวิตที่ยาวนาน (66 ชั่วโมง) ^{4,9}	สูงกว่า: โดยเฉพาะยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น เช่น Paroxetine (35-66%) หรือ Venlafaxine ^{4,9}
อาการไม่พึงประสงค์หลัก	คลื่นไส้: พบได้บ่อยในช่วง 2 สัปดาห์แรก และมักหายไปเอง ^{1,2,9}	คลื่นไส้, ปากแห้ง, ท้องผูก หรือความดันโลหิตสูง (ในกลุ่ม SNRIs) ⁶

SSRIs: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors; SNRIs: Serotonin Noradrenaline Reuptake Inhibitors; SERT: Serotonin Transporter; NET: Norepinephrine Transporter; 5-HT: 5-hydroxytryptamine; DSST: Digit Symbol Substitution Test; TESD: Treatment-Emergent Sexual Dysfunction

อาการไม่พึงประสงค์ของยา VXT

ยา VXT ได้รับการยอมรับว่ามีความปลอดภัยและทนต่อยาได้ดี ในผู้ป่วยหลายกลุ่ม รวมถึงผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคทางกายร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม เช่นเดียวกับยาชนิดอื่น ยานี้อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ โดยส่วนใหญ่มีอาการในระดับน้อยถึงปานกลาง และมักเกิดขึ้นในช่วงเริ่มแรกของการรักษา^{2,9}

1 อาการที่พบบ่อยที่สุด

- ระบบทางเดินอาหาร: อาการคลื่นไส้ เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด (ประมาณ 20.9-31.2%) รองลงมาคือ การอาเจียน (2.9-6.5%)^{1,2} อาการเหล่านี้มักเป็นเพียงชั่วคราว โดยมักเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษาและจะค่อย ๆ หายไปเอง^{2,9}
- ความถี่ของอาการคลื่นไส้มักจะสัมพันธ์กับขนาดของยา และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย^{6,9}
- อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ ได้แก่ อาการวิงเวียนศีรษะ, ปากแห้ง, ท้องผูก หรือปวดศีรษะ⁶

2. ผลต่อสมรรถภาพทางเพศ

- VXT มีความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติทางเพศต่ำกว่ายาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs หรือ SNRIs อื่นๆ
- ในขนาดยาที่ต่ำกว่า 15 มก./วัน พบความเสี่ยงไม่ต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความเสี่ยงอาจเพิ่มขึ้นเมื่อใช้ขนาดยาสูงถึง 20 มก./วัน
- มีหลักฐานว่าการเปลี่ยนมาใช้ VXT อาจช่วยทำให้อาการผิดปกติทางเพศที่เกิดจากยาตัวเดิมดีขึ้นได้⁹

3. ความปลอดภัยต่อระบบหัวใจและน้ำหนักร่างกาย

- น้ำหนักตัว: ยานี้ไม่ส่งผลต่อน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก^{1,6} และปลอดภัยสำหรับการใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน⁹
- ระบบหัวใจ: ไม่พบผลกระทบต่ออัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต หรือการนำไฟฟ้าของหัวใจ (ไม่มีผลต่อช่วง QT interval) แม้จะใช้ขนาดยาสูงกว่าปกติ^{1,5,9}

4. อาการถอนยา

- เนื่องจากยา VXT มีค่าครึ่งชีวิตที่ยาวนาน ความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการถอนยาจึงต่ำมาก (พบเพียงประมาณ 3% ของผู้ป่วย) เมื่อเทียบกับยา paroxetine หรือ venlafaxine⁹

5. ความเสี่ยงและข้อควรระวังพิเศษ

- กลุ่มอาการซีโรโทนิน (serotonin syndrome): เช่นเดียวกับยาในกลุ่มซีโรโทนินอื่นๆ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะนี้หากใช้ร่วมกับยาตัวอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อระบบเดียวกัน^{5,6}
- ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ: พบได้น้อย แต่ควรระวังในผู้สูงอายุหรือผู้ที่ใชยาขับปัสสาวะร่วมด้วย
- ความเสี่ยงในการเลือดออก (abnormal bleeding): มีความเสี่ยงต่ำกว่ากลุ่ม SSRIs/SNRIs แต่ควรระมัดระวังเมื่อใช้ร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น warfarin หรือ aspirin^{6,9}

6. ความปลอดภัยในกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสัน

- จากการศึกษาพบว่า VXT ไม่ทำให้ motor symptoms แย่ลง และสามารถใช้ร่วมกับยาด้านพาร์กินสันส่วนใหญ่ได้อย่างปลอดภัย^{2,3}

ข้อควรระวังของยา VXT

แม้ว่า VXT จะมีความปลอดภัยและทนต่อยาได้ดี แต่ผู้ใช้ยาและบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงข้อควรระวังสำคัญต่อไปนี้:

1. ความเสี่ยงด้านพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidality)

- ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ซึ่งความเสี่ยงนี้อาจคงอยู่จนกว่าอาการจะดีขึ้น⁴
- ควรเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในช่วง 2-3 เดือนแรกของการรักษา หรือในช่วงที่มีการปรับขนาดยา⁴
- ครอบครัวหรือผู้ดูแลควรระวังการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น อาการกระสับกระส่าย, นอนไม่หลับ, หุนหันพลันแล่นหรือความก้าวร้าว^{4,6}



โรคซึมเศร้า

2. กลุ่มอาการซีโรโทนิน (serotonin syndrome)

- เป็นภาวะที่อันตรายถึงชีวิต ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เมื่อใช้ VXT ร่วมกับยาอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อระบบซีโรโทนิน เช่น SSRIs, SNRIs, ยากลุ่ม Triptans, Lithium, Tramadol หรือสารสกัด St. John's Wort^{4,6}
- ข้อห้ามสำคัญ: ห้ามใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม MAOIs (เช่น linezolid หรือ methylene blue) และควรเว้นระยะห่างอย่างน้อย 14 วันหลังจากหยุด MAOIs ก่อนเริ่มใช้ VXT และควรเว้นอย่างน้อย 21 วันหลังจากหยุด VXT ก่อนเริ่มใช้ MAOIs⁶

3. ความเสี่ยงในการเลือดออกผิดปกติ (abnormal bleeding)

- การยับยั้งการเก็บกลับซีโรโทนินอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของเกล็ดเลือด ทำให้เกิดเลือดออกง่ายผิดปกติ
- ควรระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของเลือด เช่น aspirin, ยาในกลุ่ม NSAIDs, และ warfarin^{4,6}

4. การกระตุ้นภาวะคลุ้มคลั่ง (mania/hypomania)

- ควรคัดกรองประวัติโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) ก่อนเริ่มยา เพราะการใช้ยาด้านเศร้าเพียงอย่างเดียวอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ mania หรือ hypomania ได้^{4,6}
- ไม่แนะนำให้ใช้ VXT เป็นยาเดี่ยวในผู้ป่วยที่มีภาวะ bipolar⁴

5. ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia)

- อาจเกิดจากกลุ่มอาการหลังฮอร์โมนต้านการขับปัสสาวะไม่เหมาะสม (SIADH) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะขาดน้ำ หรือผู้ที่ใช้ยาขับปัสสาวะร่วมด้วย^{4,6}

6. อาการชัก (seizures)

- ควรใช้ยาด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติอาการชักหรือมีภาวะที่โน้มนำให้เกิดอาการชักได้ง่าย⁴

7. ข้อควรระวังอื่น ๆ

- การมองเห็น: ยาอาจทำให้รูม่านตาขยาย ซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจกระตุ้นให้เกิดต้อหินมุมปิด (narrow-angle glaucoma)
- สมรรถภาพทางกาย: ยาอาจทำให้เกิดอาการกดระบบประสาทส่วนกลาง (CNS depression) จึงควรระวังในการขับรถหรือใช้งานเครื่องจักร⁴
- กลุ่มอาการหลังหยุดยา (discontinuation syndrome): แม้ VXT จะมีค่าครึ่งชีวิตยาวซึ่งช่วยลดความเสี่ยงนี้ลงเหลือประมาณ 3% แต่การหยุดยาอย่างกะทันหันอาจยังทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ หรือหงุดหงิดได้^{4,9}
- กลุ่มเฉพาะ: ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะ (bariatric surgery) อาจมีการดูดซึมยาที่ลดลงจนส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษา. ส่วนในสตรีมีครรภ์และให้นมบุตร ควรใช้เมื่อจำเป็นจริง ๆ เนื่องจากมีข้อมูลจำกัดและยาบางส่วนสามารถส่งผ่านน้ำนมได้⁴



ข้อห้ามใช้ของยา VXT

ยา VXT มีข้อห้ามใช้ที่สำคัญซึ่งหากฝ่าฝืนอาจก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต โดยมีรายละเอียดดังนี้:

1. การแพ้ยา (hypersensitivity)

ห้ามใช้ในผู้ที่มีอาการแพ้ต่อยา VXT หรือส่วนประกอบใด ๆ ในตำรับยาตัวอย่างอาการแพ้ที่รุนแรง เช่น อาการบวมได้ชั้นผิวหนัง (angioedema)⁴

2. การใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)

ห้ามใช้ VXT ร่วมกับยาในกลุ่ม MAOIs ที่ใช้รักษาโรคทางจิตเวชโดยเด็ดขาด เนื่องจากจะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดกลุ่มอาการซีโรโทนิน (serotonin syndrome) ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต^{4,6}

เกณฑ์ระยะเวลาที่ต้องเว้นว่าง (washout period):

- หากจะเริ่มยา VXT ต้องหยุดใช้ยา MAOIs มาแล้วอย่างน้อย 14 วัน
- หากจะเปลี่ยนจาก VXT ไปใช้ยา MAOIs ต้องหยุดยา Vortioxetine มาแล้วอย่างน้อย 21 วัน^{4,6}

3. การใช้ร่วมกับยา linezolid และ methylene blue

ห้ามเริ่มใช้ยา VXT ในผู้ป่วยที่กำลังได้รับยา methylene blue ทางหลอดเลือดดำ⁴

แม้ข้อมูลในฉลากยาจากผู้ผลิตจะระบุว่าห้ามใช้ร่วมกันกับ linezolid แต่แหล่งข้อมูลระบุว่าหลักฐานใหม่ชี้ให้เห็นว่าความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการซีโรโทนินค่อนข้างต่ำ (ประมาณ 0.06% ถึง 3%) อย่างไรก็ตาม หากจำเป็นต้องใช้ร่วมกันต้องมีการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด⁴

4. ข้อควรระวังเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาที่มีผลต่อระบบเลือดและตับ

แม้ไม่ใช่ข้อห้ามใช้โดยเด็ดขาด แต่แหล่งข้อมูลระบุว่าควรหลีกเลี่ยงหรือปรับลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่งหากต้องใช้ร่วมกับยาด้านเอนไซม์ CYP2D6 ที่รุนแรง เช่น bupropion⁵

ควรระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่ใช้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด เช่น warfarin หรือ aspirin เนื่องจาก VXT อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเลือดออกผิดปกติได้^{4,5,9}

สรุป

VXT โดดเด่นในฐานะยาด้านเศร้าใจเนอเรชันใหม่ที่มีกลไกการออกฤทธิ์แบบ multimodal mechanism ซึ่งแตกต่างจากยาด้านเศร้าใจกลุ่มมาตรฐานอย่าง SSRIs หรือ SNRIs โดยความโดดเด่นประการแรกคือการที่ยาไม่เพียงแต่ยับยั้ง SERT เท่านั้น แต่ยังสามารถปรับการทำงานของ 5-HT receptors ได้หลายชนิด ทั้งในลักษณะที่เป็น Agonist และ Antagonist ส่งผลให้เกิดการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทสำคัญในสมองหลายระบบ ทั้งซีโรโทนิน นอร์อะดรีนาลีน โดพามีน อะเซทิลโคลีน และฮิสตามีน ซึ่งทำงานร่วมกันในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม

จุดเด่นสำคัญที่ทำให้วอร์ท็อกซีทินเหนือกว่ายาด้านเศร้าใจแบบดั้งเดิมคือ ประสิทธิภาพในการฟื้นฟูปัญหา (cognitive functions) โดยเฉพาะความเร็วในการประมวลผล การเรียนรู้ และความจำ ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากตัวยาเอง นอกจากนี้ ยายังมีความปลอดภัยสูงต่อระบบร่างกาย โดยไม่ส่งผลกระทบต่อทักษะการเคลื่อนไหว (motor symptoms) จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาทร่วมด้วย เช่น โรคพาร์กินสัน ในด้านผลข้างเคียง

VXT มีอุบัติการณ์การเกิดผลข้างเคียงทางเพศและผลต่อน้ำหนักตัวที่ต่ำมาก อีกทั้งยังมีค่าครึ่งชีวิตที่ยาวนานประมาณ 66 ชั่วโมง ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดกลุ่มอาการถอนยา (discontinuation syndrome) ให้เหลือเพียงประมาณ ร้อยละ 3 เท่านั้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติหรือผลกระทบทางคลินิก

การบริหารยาควรเริ่มต้นที่ขนาด 5–10 มก. วันละครั้ง และสามารถปรับเพิ่มได้จนถึงขนาดแนะนำที่ 20 มก. ต่อวัน อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น CYP2D6 poor metabolizers โดยควรจำกัดขนาดยาสูงสุดไว้ไม่เกิน 10 มก. ต่อวัน เนื่องจากระดับยาในร่างกายอาจเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2 เท่าจากกลไกการกำจัดยาที่ลดลง สำหรับอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดคืออาการคลื่นไส้ ซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษาและจะค่อย ๆ หายไปเอง

การเฝ้าระวังความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ควรติดตามอย่างใกล้ชิด ในช่วง 2-3 เดือนแรกของการเริ่มยาหรือช่วงปรับขนาดยา รวมถึงต้องมีการคัดกรองประวัติโรค bipolar disorder ก่อนเริ่มรักษาเพื่อป้องกันการกระตุ้นภาวะ Mania ข้อห้ามที่สำคัญที่สุดคือ ห้ามใช้ร่วมกับยากกลุ่ม MAOIs เนื่องจากเสี่ยงต่อ Serotonin syndrome ที่อันตรายถึงชีวิต โดยต้องมีการเว้นระยะห่าง (washout period) อย่างน้อย 14 วัน หลังหยุด MAOIs ก่อนเริ่ม VXT หรือเว้น 21 วันหลังหยุด VXT ก่อนเปลี่ยนไปใช้ MAOIs นอกจากนี้ ควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ และผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดเนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเลือดออกผิดปกติได้

เอกสารอ้างอิง

1. Barbato G, Marano P, Passarella B, Pilotto A, Riboldazzi G, Spagnolo F, et al. Vortioxetine for the treatment of depressive episodes associated with Parkinson's disease: a case series of six patients. *Journal of Psychopathology*. 2020;26:248-55. doi: 10.36148/2284-0249-350
2. Santos García D, Alonso Losada MG, Cimas Hernando I, Cabo López I, Yáñez Baña R, Alonso Redondo R, et al. Vortioxetine Improves Depressive Symptoms and Cognition in Parkinson's Disease Patients with Major Depression: An Open-Label Prospective Study. *Brain Sci*. 2022 Oct 29;12(11):1466. doi: 10.3390/brainsci12111466
3. Yoshimura R, Ikenouchi A, Okamoto N, Konishi Y. Vortioxetine Improved Depressive State In Parkinson's Disease. *Cureus*. 2021 Jun 18;13(6):e15750. doi: 10.7759/cureus.15750
4. Lexicomp Online, Lexidrug. Vortioxetine. Hudson (OH): Wolters Kluwer Clinical Drug Information, Inc.; 2025 [cite 2025 Dec 27]. Available from: <https://online.lexi.com>
5. Chen G, Højer AM, Areberg J, Nomikos G. Vortioxetine: Clinical Pharmacokinetics and Drug Interactions. *Clin Pharmacokinet*. 2018;57(6):673-686. doi:10.1007/s40262-017-0612-7
6. D'Agostino A, English CD, Rey JA. Vortioxetine (brintellix): a new serotonergic antidepressant. *P T*. 2015;40(1):36-40.
7. Sheffler ZM, Reddy V, Pillarisetty LS. Physiology, neurotransmitters. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. [Updated 2023 May 1]. Available from: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539894/>]
8. Huang Q, Liao C, Ge F, Ao J, Liu T. Acetylcholine bidirectionally regulates learning and memory. *J Neurorestoratol*. 2022;10:100002. doi: 10.1016/j.jnrt.2022.100002.
9. Krupa AJ, Wojtasik-Bakalarz K, Siwek M. Vortioxetine – pharmacological properties and use in mood disorders. The current state of knowledge. *Psychiatr Pol*. 2023;57(6):1109-1126. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/151570





วอร์ท็อกซีทีนและบทบาทในการปรับและกระตุ้นการทำงานของเซโรโทนิน Vortioxetine and Its Role as a Serotonin Modulator and Stimulator

*** ถ้าท่านตอบคำถามถูกต้องอย่างน้อย 13 ข้อ ท่านจะได้รับ CPE 2 หน่วยกิต
 เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดแล้วทำเครื่องหมายในกระดาษคำตอบ ส่งกลับมายังเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย
 ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2569 ***

1. กลไกการออกฤทธิ์ของ VXT แตกต่างจากยาในกลุ่ม SSRIs อย่างไร

- A. ออกฤทธิ์เฉพาะการยับยั้ง NET
- B. ออกฤทธิ์เฉพาะการยับยั้ง SERT
- C. มีกลไกแบบ multimodal ปรับตัวรับ 5-HT หลายชนิดร่วมกับการยับยั้ง SERT
- D. ยับยั้ง MAO-A และ MAO-B
- E. เพิ่มการหลั่งโดพามีนโดยตรงที่ substantia nigra

2. ตัวรับใดที่ VXT กำหนดว่าเป็นตัวกระตุ้น (Full agonist)

- A. 5-HT3
- B. 5-HT1A
- C. 5-HT1D
- D. 5-HT7
- E. 5-HT2A

3. ค่าครึ่งชีวิตของ VXT อยู่ประมาณเท่าใด

- A. 6 ชั่วโมง
- B. 24 ชั่วโมง
- C. 36 ชั่วโมง
- D. 66 ชั่วโมง
- E. 120 ชั่วโมง

4. การจับกับ SERT ของ VXT ขนาดยา 5 มก. ประมาณที่เปอร์เซ็นต์

- A. 10%
- B. 25%
- C. 50%
- D. 75%
- E. 90%

5. VXT แตกต่างจากยาในกลุ่ม SSRIs/SNRIs เนื่องจากสามารถเพิ่มพหุริปัญญาใดได้อย่างชัดเจน

- A. Social cognition
- B. Processing speed และการเรียนรู้
- C. Motor learning
- D. Spatial navigation
- E. Visual acuity

6. อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดของ VXT คือข้อใด

- A. นอนไม่หลับ
- B. ความดันโลหิตสูง
- C. คลื่นไส้
- D. น้ำหนักขึ้น
- E. ใจสั่น

7. ปัจจัยเสี่ยงใดต้องจำกัดขนาดยาสูงสุดของ VXT ไม่เกิน 10 มก./วัน

- A. ผู้สูงอายุ > 75 ปี
- B. ผู้ที่เป็น CYP2D6 poor metabolizers
- C. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน
- D. ผู้ที่มีโรคหัวใจล้มเหลว
- E. ผู้ที่มี BMI < 18.5

8. ข้อใดเป็นข้อห้ามใช้ของ VXT

- A. ใช้ร่วมกับ aspirin
- B. ใช้ร่วมกับ Linezolid และ Methylene blue
- C. ใช้ร่วมกับ MAOIs
- D. ใช้ในผู้สูงอายุ
- E. ใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน

9. ระยะเวลาที่ต้องเว้นระยะห่างก่อนเริ่มใช้ VXT หลังหยุดยา MAOIs อย่างน้อยเท่าไร

- A. 3 วัน
- B. 7 วัน
- C. 10 วัน
- D. 14 วัน
- E. 21 วัน

10. ทำไม VXT จึงมีความเสี่ยงต่ออาการถอนยาต่ำ

- A. มี bioavailability ต่ำ
- B. ไม่จับกับโปรตีนในพลาสมา
- C. ค่าครึ่งชีวิตยาว
- D. มี active metabolite จำนวนน้อย
- E. ถูกขับออกทางปัสสาวะเท่านั้น

11. ข้อใดต่อไปนี้เป็นตัวรับที่ VXT ทำหน้าที่เป็น antagonist

- A. 5-HT1A
- B. 5-HT1B
- C. 5-HT3
- D. 5-HT2C
- E. 5-HT6

12. VXT มีผลต่อระบบหัวใจอย่างไร

- A. เพิ่ม QT interval อย่างชัดเจน
- B. ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ง่าย
- C. ลดอัตราการเต้นของหัวใจ
- D. ไม่มีผลต่อการนำไฟฟ้าหัวใจรวมถึง QT interval
- E. เพิ่ม preload และ afterload

13. VXT เหมาะเป็นตัวเลือกที่ดีในผู้ป่วยพาร์กินสันเพราะเหตุผลใด

- A. ลด tremor ได้โดยตรง
- B. ไม่ทำให้ motor symptoms แย่ลง
- C. เพิ่มการสร้าง dopamine ใน substantia nigra
- D. ช่วยให้ levodopa ออกฤทธิ์ดีขึ้น
- E. ป้องกันการเกิด dyskinesia

14. ผลต่อพหุริปัญหาที่เกิดจาก VXT มีลักษณะอย่างไร

- A. เกิดขึ้นเฉพาะเมื่ออาการซึมเศร้าดีขึ้นเท่านั้น
- B. เป็นผลโดยตรงของยานอกเหนือจากการลดอาการซึมเศร้า
- C. ส่งผลทางลบต่อการเรียนรู้
- D. ทำให้เกิดภาวะสับสนในผู้สูงอายุ
- E. ช่วยเฉพาะความจำระยะยาว

15. ข้อใดเป็นความเสี่ยงที่ต้องระมัดระวังเมื่อใช้ VXT ร่วมกับ NSAIDs

- A. เกิด serotonin syndrome
- B. เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า
- C. เกิด hyponatremia มากขึ้น
- D. เกิดความเสี่ยงต่อ GI bleeding เพิ่มขึ้น
- E. เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันเสมอ

**2 Credits****Reply**

ฉบับประจำเดือนเมษายน - มิถุนายน 2569

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.....

(ทำตามรอยนี้)

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ × ทับข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

	A	B	C	D	E
1.	A	B	C	D	E
2.	A	B	C	D	E
3.	A	B	C	D	E
4.	A	B	C	D	E
5.	A	B	C	D	E
6.	A	B	C	D	E
7.	A	B	C	D	E

	A	B	C	D	E
8.	A	B	C	D	E
9.	A	B	C	D	E
10.	A	B	C	D	E
11.	A	B	C	D	E
12.	A	B	C	D	E
13.	A	B	C	D	E
14.	A	B	C	D	E
15.	A	B	C	D	E

เรื่อง.....เลขที่สมาชิก ภสท.....

(ทำตามรอยนี้)

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

40 สุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110

ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CPE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)

*** ท่านจะได้รับ CPE 2 หน่วยกิต **หมดเขตรับคำตอบ 31 สิงหาคม 2569** นับจากตราประทับไปรษณีย์เป็นสำคัญ

CPE จะปรากฏบนเว็บไซต์การศึกษาต่อเนื่อง หลังหมดเขตรับคำตอบ 1 เดือน ***

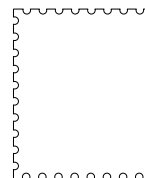




2 Credits *Reply*

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝาก

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



กรุณาส่ง



เลขาธิการกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

40 สุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนง

เขตคลองเตย กรุงเทพฯ

10110

Reply 2 Credits

