วารสารของเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ข่าวสารเพื่อวงการเภสัชกรไทย

ISSN 0857-507X

ภสท ยาน่ารู้

ปีที่ 69 ฉบับที่ 4 / 2569 ตุลาคม - ธันวาคม 2569

๑๐๓ ปี บี.เอ็ล.ฮั้ว

ศตวรรษแห่ง ความซื่อสัตย์ มุ่งมั่นพัฒนา

BL HUA

บริษัท บี.เอ็ล.ฮั้ว จำกัด

คุณธีระพงศ์ ปังศรีวงศ์

คุณพงศ์วรุตม์ ปังศรีวงศ์

กลยุทธ์การตลาดผ่าน "มีม"
MEME MARKETING

FAPA CP กับการขับเคลื่อน
วิชาชีพเภสัชกรรมเอเชียในปี 2569

จาก AI ที่ "ช่วยคิด" สู่ AI ที่ "ลงมือทำ"
เภสัชกรไทยจะยืนอยู่ตรงไหน

Suzetrigine:
ทางเลือกใหม่ของยาระงับปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์
สำหรับอาการปวดเฉียบพลัน

ระบบการเฝ้าระวังและความสำคัญของอาการไม่พึงประสงค์
จากการใช้ยาในประเทศไทย

CPE Continuing Pharmaceutical Education 2 Credits



สารจากนายก

สารจากนายกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
วารสารยาน่ารู้ ฉบับประจำเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2569

ก้าวสู่ความภาคภูมิใจระดับสากล : ร่วมพลังขับเคลื่อนวิชาชีพเภสัชไทยสู่เวทีโลก

กราบเรียน สมาชิกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และเพื่อนพ้องพี่น้องเภสัชกรที่รักทุกท่าน

ในห้วงเวลาที่ผ่านมาจนถึงช่วงท้ายปี 2569 นี้ นับเป็นช่วงเวลาสำคัญที่พวกเราเหล่าเภสัชกรไทยได้ร่วมกันปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยความมุ่งมั่น ทุ่มเท และเสียสละ ผมขอใช้โอกาสนี้ส่งความระลึกถึงและความปรารถนาดี พร้อมทั้งขอส่งกำลังใจให้แก่เพื่อนสมาชิกเภสัชกรทุกท่าน ไม่ว่าจะปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน คลังยา โรงงานอุตสาหกรรม หน่วยงานภาครัฐ ภาคการศึกษา และภาคเอกชน ทุกท่านคือฟันเฟืองอันทรงคุณค่าที่ขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขของประเทศให้ก้าวเดินไปข้างหน้าอย่างมั่นคง

ในฐานะที่เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (ภสท.) มีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์รวมจิตใจและเป็นตัวแทนของวิชาชีพเภสัชกรไทย ทางสมาคมฯ มุ่งมั่นเสมอมาในการสนับสนุน ส่งเสริม และยกระดับบทบาทของพวกเราให้มีความเข้มแข็ง เป็นที่ยอมรับในระดับสากล และในปีนี้ ความมุ่งมั่นดังกล่าวก็สุกงอมและปรากฏเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อประเทศไทยได้รับเกียรติเป็นเจ้าภาพจัดงานประชุมระดับนานาชาติครั้งสำคัญอย่าง FAPA (Federation of Asian Pharmaceutical Associations) ซึ่งถือเป็นเวทีวิชาการและวิชาชีพเภสัชกรรมที่ยิ่งใหญ่ที่สุดแห่งภูมิภาค

การจัดงาน FAPA ณ กรุงเทพมหานคร ในปี 2569 นี้ ประสบความสำเร็จอย่างงดงาม มีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 1,500 คน จากกว่า 40 ประเทศทั่วโลก พร้อมกันนี้ เรายังได้รับเกียรติอันสูงสุดจากการมาร่วมงานของประธานสมาพันธ์เภสัชกรนานาชาติ (FIP - International Pharmaceutical Federation) ซึ่งการมารวมตัวกันของบุคลากรทางการแพทย์และเภสัชกรระดับโลกในครั้งนี้ ไม่เพียงแต่สะท้อนถึงศักยภาพของประเทศไทยในการเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพ แต่ยังเป็นเครื่องยืนยันว่า "วิชาชีพเภสัชกรไทย" มีมาตรฐาน ประสบการณ์ และองค์ความรู้ที่ก้าวล้ำทัดเทียมอารยประเทศ

ความสำเร็จในระดับโลกนี้จะไม่สามารถเกิดขึ้นได้เลย หากขาดพลังความร่วมมือและการสนับสนุนจากสมาชิก ภสท. ทุกท่าน ภาพความประทับใจในงาน FAPA คือเครื่องเตือนใจว่าพวกเราไม่ได้โดดเดี่ยว แต่เป็นส่วนหนึ่งของประชาคมเภสัชกรรมโลกที่มีเป้าหมายร่วมกันในการยกระดับคุณภาพชีวิตของมวลมนุษยชาติ

ผมขอให้ความสำเร็จในเวทีโลกครั้งนี้ เป็นแรงบันดาลใจและพลังใจให้พวกเราเภสัชกรไทยทุกคน ภาคภูมิใจในเกียรติและศักดิ์ศรีของวิชาชีพ พร้อมที่จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และร่วมมือกันสร้างสรรค์บทบาทของเภสัชกรให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนสืบไป

ด้วยความระลึกถึงและความปรารถนาดีอย่างยิ่ง

ภก.ดร. สุวิทย์ ธีรกุลชน
นายกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

- **ที่ปรึกษา**
  ภก.ดร.สุวิทย์ ธีรกุลชน
  นายกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย
  ในพระบรมราชูปถัมภ์

- **ผู้จัดการวารสาร**
  ภญ.รุ่งนภา เมธมุทา

- **รองผู้จัดการวารสาร**
  ภก.ศักดา เธียรไพศาล

- **บรรณาธิการ**
  ภก.รศ.ดร.บุรินทร์ ต ศรีวงษ์

- **กองบรรณาธิการ**
  รศ.ดร.ภญ.นริศา คำแก่น
  รศ.ดร.ภก.ธีระ ฤทธิรอด
  รศ.ดร.ภก.กัมปนาท หวลบุตตา
  ดร.ภก.ธเนศ เฟื่องฟู
  ภก.ศักดา เธียรไพศาล
  ภก.อนุรักษ์ 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**
  คุณธนมน เลาเออร์ โทร.081 990 7090

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

บทความในวารสารเล่มนี้ เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนถือเป็นลิขสิทธิ์ของเภสัชกรรมสมาคมฯ ห้ามนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต



บทบรรณาธิการ

ก่อนอื่น ผมขอส่งกำลังใจและความปรารถนาดีไปยังเภสัชกรทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงงานอุตสาหกรรม หน่วยงานภาครัฐ ภาคการศึกษา หรือภาคเอกชน ทุกท่านคือฟันเฟืองสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศให้มั่นคงและก้าวหน้า ความทุ่มเท เสียสละ และความมุ่งมั่นของทุกคนคือพลังที่ทำให้วิชาชีพเภสัชกรรมไทยยืนหยัดอย่างสง่างามบนเวทีโลก

ในห้วงเวลาสำคัญที่ประเทศไทยได้รับเกียรติเป็นเจ้าภาพจัดประชุม FAPA 2569 ณ กรุงเทพมหานคร เราได้เห็นพลังความร่วมมือของเภสัชกรไทยที่ก้าวสู่เวทีโลกอย่างภาคภูมิ ภาพการรวมตัวของผู้แทนกว่า 1,500 คนจาก 40 ประเทศ และการเข้าร่วมของประธาน FIP คือหลักฐานชัดเจนว่า **“วิชาชีพเภสัชกรไทย”** มีมาตรฐานและศักยภาพที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล

ความสำเร็จครั้งนี้ไม่เพียงเป็นเกียรติยศของสมาคมฯ และสมาชิกทุกท่าน แต่ยังเป็นแรงบันดาลใจให้เราตระหนักว่า บทบาทของเภสัชกรไทยมิได้จำกัดอยู่เพียงในโรงพยาบาลหรือคลังยา หากแต่เป็นส่วนหนึ่งของประชาคมโลกที่มีเป้าหมายร่วมกันในการยกระดับคุณภาพชีวิตของมนุษยชาติ

วารสาร ยาน่ารู้ ฉบับนี้ จึงขอนำเสนอเนื้อหาที่สะท้อนพลังและความก้าวหน้าของวิชาชีพเภสัชกรรม ทั้งบทความวิชาการ บทสัมภาษณ์ และเรื่องเล่าที่จะช่วยเติมเต็มความรู้และแรงบันดาลใจแก่ผู้อ่านทุกท่าน เราหวังว่าทุกบทความจะเป็นเสมือนเชื้อไฟเล็ก ๆ ที่ช่วยให้เภสัชกรไทยทุกคนมุ่งมั่นพัฒนาตนเองและร่วมกันสร้างสรรค์อนาคตที่มั่นคงและยั่งยืน

ด้วยความเคารพและปรารถนาดี

เภสัชกร รศ.ดร. บุรินทร์ ต ศรีวงษ์
บรรณาธิการ วารสาร “ยาน่ารู้”

Contents

ปีที่ 69 ฉบับที่ 4 / 2569 ตุลาคม - ธันวาคม 2569





4 **สารจากนายก**
ภก.ดร.สุวิทย์ ธีรกุลชน

6 **บทบรรณาธิการ**
ภก.รศ.ดร.บุรินทร์ ต ศรีวงษ์

10 **ข่าวแวดวงเภสัชกรรม**
ภก.รศ.ดร.กัมปนาท หวลบุตตา ภก.กฤษฎาดนุเดช วงศ์เวชวิวัฒน์

16 **ThaiYPGrow :** กลยุทธ์การตลาดผ่าน "มีม" (Meme Marketing)
ภก.ศักดา เธียรไพศาล ภญ.วรัชญา เอื้อวัฒนะสกุล

22 **Executive's Talk บริษัท บี.เอ็ล.ฮั้ว จำกัด**
ภก. ดร.สุวิทย์ ธีรกุลชน, ภญ.ภัทรี สินอนันต์พัฒน์, ภญ.นัชลิดา รัตนสนธิ

36 **FAPA CP** กับการขับเคลื่อนวิชาชีพเภสัชกรรมเอเชียในปี 2569 จากการรับรองความเชี่ยวชาญสู่พื้นที่เรียนรู้ งานวิจัย และเครือข่ายความร่วมมือระดับภูมิภาค
ผศ.ภญ.ดร.รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์ รศ.ภก.ดร.อนุชัย ธีระเรืองไชยศรี

42 **เภสัชวิวัฒน์ :** Telepharmacy & การจัดส่งยา เมื่อก้าวใหม่ของบริการ ชนกับกำแพง PDPA และความรับผิดทางกฎหมาย
ภญ.รุ่งนภา เมธมุทา

46 **The Digital Pharmacist :** จาก AI ที่ “ช่วยคิด” สู่ AI ที่ “ลงมือทำ” เภสัชกรไทยจะยืนอยู่ตรงไหน?
ดร.ภก.วิรุณ เวชศิริ

52 **Pharmacology Planet** Global Pharma Digest: Stay Updated
ดร.ภก.ธเนศ เฟื่องฟู

57 **สมุนไพรไทย :** น้ำมันไพล : จากภูมิปัญญาไทยสู่ผลิตภัณฑ์สมุนไพรบนพื้นฐานวิทยาศาสตร์
ผศ.ดร.วุฒิชัย วิสุทธิพรต

61 **เรื่องเล่ายาน่ารู้ :** Suzetrigine: ทางเลือกใหม่ของยาระงับปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ สำหรับอาการปวดเฉียบพลัน
ภญ.ศรัณยา ยังดี, ภก.ประวิทย์ บุตรวงษ์, ภญ.โชติภัค กุศลาไสยานนท์, ภก.พงศ์ลภัส กลิ่นพิบูลย์, ภก.ธีระ ฤทธิรอด

67 **CPE :** ระบบการเฝ้าระวังและความสำคัญของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในประเทศไทย Drug Safety Surveillance and the Importance of Adverse Drug Reactions in Thailand
ภญ.กวินทรา แสนจันทร์, ภก.ธีรภัทร จินตนธรรม, ภญ.จันทิรา รอดเดช, ภญ.นิภิทธา จุลนิธิ, ภก.รัชตะ อุลมาน, ภญ.วาสนา นักฟ้อน, ภก.ธีระ ฤทธิรอด

โดย : ภก.รศ.ดร.กัมปนาท หวลบุตตา อุปนายกเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ภก.กฤษฎาดนุเดช วงศ์เวชวิวัฒน์





จาก ไนแองการา สู่เวทีเภสัชกรรมโลก บันทึกการเดินทางไปร่วมประชุม FIP 2026 ณ นครมอนทรีออล

การเดินทางครั้งนี้เริ่มต้นด้วยความไม่แน่นอนเล็กน้อย เพราะวีซ่าแคนาดาของผมออกช้ากว่าที่คาดไว้ แผนเดิมที่จะเดินทางไปคัลการีและเที่ยวอุทยานแห่งชาติแบมฟ์จึงต้องยกเลิก ผมปรับแผนใหม่และเดินทางตรงไปยังเมืองโตรอนโตทางฝั่งตะวันออกของประเทศแคนาดา

แม้เส้นทางจะสั้นลง แต่ผมยังพอมีเวลาก่อนเริ่มงานประชุม จึงถือโอกาสเดินทางจากโตรอนโตไปชมน้ำตกไนแองการา สถานที่ซึ่งเคยเห็นผ่านภาพถ่ายมาหลายครั้ง แต่เมื่อได้ไปยืนอยู่ตรงหน้าจริง ๆ จึงพบว่าภาพถ่ายไม่สามารถถ่ายทอดทั้งเสียงของมวลน้ำ ละอองที่ลอยอยู่ในอากาศ และพลังของน้ำตกได้ครบถ้วน การยืนมองสายน้ำจำนวนมหาศาลไหลลงสู่เบื้องล่าง ทำให้การเดินทางซึ่งเริ่มต้นอย่างเร่งรีบจากปัญหาเรื่องวีซ่าค่อย ๆ กลับมาเป็นการเดินทางที่น่าจดจำอีกครั้ง

จากโตรอนโตและน้ำตกไนแองการา ผมเดินทางต่อไปยังมอนทรีออล จุดหมายหลักของการเดินทางครั้งนี้ เพื่อเข้าร่วมการประชุม FIP World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences 2026 งานประชุมที่ทำให้เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์เภสัชกรรม นักการศึกษา และผู้กำหนดนโยบายจากประเทศต่าง ๆ ได้มาพบและแลกเปลี่ยนกัน จากเสียงของน้ำตกไนแองการา ผมกำลังเดินทางเข้าสู่เสียงสนทนาอีกแบบหนึ่ง เสียงสนทนาเกี่ยวกับอนาคตของยา ระบบสุขภาพ และบทบาทของเภสัชกรบนเวทีระดับโลก



FIP คือใคร และเหตุใดเภสัชกรไทยจึงควรรู้จัก

FIP ย่อมาจาก Fédération Internationale Pharmaceutique หรือ International Pharmaceutical Federation เป็นองค์กรระดับโลกที่ทำงานครอบคลุมสามด้านสำคัญ ได้แก่ การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม การศึกษาเภสัชศาสตร์ และวิทยาศาสตร์เภสัชกรรม ปัจจุบัน FIP มีองค์กรสมาชิก 160 แห่ง และเป็นตัวแทนของเภสัชกร นักการศึกษา และนักวิทยาศาสตร์เภสัชกรรมมากกว่า 5.5 ล้านคนทั่วโลก อีกทั้งยังเป็นองค์กรที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการกับองค์การอนามัยโลกหรือ WHO

สำหรับประเทศไทย เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ หรือ ภสท เป็นหนึ่งในองค์กรสมาชิกของ FIP สมาชิกของ ภสท จึงไม่ได้เชื่อมโยงกันเฉพาะในระดับประเทศ แต่ยังเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมระดับนานาชาติด้วย

งาน FIP World Congress จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี โดยหมุนเวียนไปตามเมืองต่าง ๆ ทั่วโลก ความน่าสนใจของงานนี้อยู่ที่การนำคนจากหลายสาขาของวิชาชีพมาพบกัน ไม่ว่าจะเป็นเภสัชกรชุมชน เภสัชกรโรงพยาบาล นักวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย อาจารย์ นักศึกษา หน่วยงานกำกับดูแล และผู้ประกอบการด้านสุขภาพ

ดังนั้น FIP จึงไม่ใช่งานประชุมที่พูดเฉพาะเรื่องยาใหม่หรือผลการวิจัยทางห้องปฏิบัติการ แต่เป็นพื้นที่สำหรับแลกเปลี่ยนว่า วิชาชีพเภสัชกรรมกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอะไร และเภสัชกรจะมีบทบาทต่อระบบสุขภาพในอนาคตอย่างไร

เมื่อโลกเภสัชกรรมมาพบกันที่มอนทรีออล



การประชุมครั้งนี้เป็น**การประชุมวิชาการเภสัชกรรมและวิทยาศาสตร์เภสัชกรรมโลกครั้งที่ 84** จัดขึ้นระหว่างวันที่ 30 สิงหาคมถึง 2 กันยายน 2569 ณ Palais des congrès de Montréal โดยใช้แนวคิดหลักว่า “One Health, One Pharmacy—Bridging science, practice, and education” หรือการเชื่อมโยงวิทยาศาสตร์ การปฏิบัติงาน และการศึกษาเข้าด้วยกัน เพื่อให้เภสัชกรรมมีส่วนช่วยยกระดับสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม

เมื่อเดินเข้าไปในสถานที่ประชุม สิ่งที่สัมผัสได้ทันทีคือความหลากหลายของผู้เข้าร่วม ทั้งภาษา สำเนียง เครื่องแต่งกาย และภูมิหลังการทำงาน บางคนทำงานในร้านยาเล็ก ๆ บางคนมาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ บางคนทำงานด้านนโยบายระดับประเทศ ขณะที่อีกหลายคนเป็นนักวิจัยและอาจารย์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในห้องบรรยาย ช่วงพักเบรค บริเวณจัดแสดงโปสเตอร์ และทางเดินระหว่างห้องประชุมล้วนเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนความคิดที่สำคัญ บางครั้งคำถามสั้น ๆ จากคนที่เพิ่งรู้จักกันก็นำไปสู่การสนทนาเรื่องระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ และทำให้เราเห็นข้อจำกัดหรือโอกาสของงานที่เราทำอยู่ในมุมที่ไม่เคยนึกถึงมาก่อน

ก่อนการประชุมใหญ่ ผมเข้าร่วม FIP Digital Pharmacy Summit เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม ซึ่งเน้นผลกระทบของเทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ต่อวิชาชีพเภสัชกรรม การประชุมส่วนนี้ทำให้เห็นชัดว่า คำถามสำคัญในวันนี้ไม่ใช่เพียง “AI คืออะไร” หรือ “ควรใช้โปรแกรมใด” แต่เป็นคำถามว่า AI จะเปลี่ยนงานของเภสัชกรในวันทำงานปกติอย่างไร

AI อาจมาถึงร้านยาก่อนที่ผู้ป่วยจะเดินเข้าประตู

วิทยากรคนหนึ่งที่ผมประทับใจคือ Ravi Patel เภสัชกรและผู้ร่วมก่อตั้ง Blueberry Pharmacy เมืองพิตต์สเบิร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งบรรยายในหัวข้อ “AI and the pharmacist of tomorrow: Redefining patient access and outcome”

เขาอธิบายผลกระทบของ AI ต่อเภสัชกรไว้สามระดับ ได้แก่ ระดับการดำเนินงานหรือ operational ระดับการดูแลผู้ป่วยหรือ clinical และระดับการตัดสินใจเลือกใช้เทคโนโลยีในงานของตนเองหรือ personal

ตัวอย่างหนึ่งที่น่าสนใจมากคือ ก่อนที่ผู้ป่วยจะโทรศัพท์หรือเดินเข้ามาในร้านยา ผู้ป่วยอาจค้นหาข้อมูลจากระบบค้นหาหรือ AI ก่อนแล้ว ระบบเหล่านั้นอาจสร้างข้อความสรุปเวลาทำการ ที่ตั้ง หรือบริการของร้านขึ้นมาเอง แม้ข้อมูลดังกล่าวไม่ได้เขียนหรือรับรองโดยร้านยา หากข้อมูลไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยอาจมาถึงร้านพร้อมกับความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่า ร้านมีบริการบางอย่างอยู่แล้ว

เรื่องนี้ทำให้เห็นว่า “หน้าร้าน” ของร้านยาในปัจจุบันไม่ได้มีเฉพาะป้ายและเคาน์เตอร์ แต่รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับร้านที่ปรากฏอยู่บนโลกออนไลน์ด้วย ร้านยาจึงควรตรวจสอบข้อมูลของตนในแผนที่ ระบบค้นหา เว็บไซต์ และแพลตฟอร์มต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพราะข้อมูลเหล่านั้นมีผลต่อความคาดหวังและความไว้วางใจของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนมาถึงร้าน

ในมิติด้านคลินิก ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเริ่มใช้ AI เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ยา และผลไม่พึงประสงค์ แต่การเข้าถึงคำตอบได้รวดเร็วไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเสมอไป บทบาทของเภสัชกรจึงอาจเปลี่ยนจากผู้ให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว มาเป็นผู้ช่วยตรวจสอบความน่าเชื่อถือ อธิบายบริบท ประเมินความเสี่ยง และเชื่อมคำตอบทั่วไปเข้ากับผู้ป่วยแต่ละคน

สิ่งที่ผมนำกลับมาคิดต่อคือ เราไม่จำเป็นต้องเริ่มใช้ AI ด้วยโครงการขนาดใหญ่ Ravi Patel ยกตัวอย่างการเลือกใช้ AI กับงานที่มีขอบเขตจำกัด มีคำตอบที่ตรวจสอบได้ ไม่ใช้ข้อมูลผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น และยังต้องมีมนุษย์ทบทวนผลลัพธ์ทุกครั้ง ในทางกลับกัน หากระบบดึงข้อมูลมากเกินความจำเป็นหรือสร้างความเสี่ยงต่อความเป็นส่วนตัว เราก็ควรกล้าปฏิเสธเทคโนโลยีนั้น



หัวข้อใหญ่ของโลก ซึ่งอยู่ใกล้ร้านยากว่าที่คิด

เมื่อมองภาพรวมของ งานประชุม FIP 2026 จะเห็นว่าหัวข้อสำคัญหลายเรื่องเชื่อมโยงกับงานประจำวันของเภสัชกรไทยโดยตรง



เรื่องแรก คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs เวที plenary พูดถึงการดูแลที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตั้งแต่โภชนาการ ไมโครไบโอมและการอักเสบ การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตด้านมนุษยธรรม ไปจนถึงการให้วัคซีนตลอดช่วงชีวิต สาระสำคัญไม่ได้หยุดอยู่ที่การรักษาเมื่อเกิดโรคแล้ว แต่ชี้ให้เห็นบทบาทของเภสัชกรด้านการป้องกัน การค้นหาความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรก การสนับสนุนการดูแลตนเอง และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สำหรับร้านยา นี่คือการขยับจากการรอรับใบสั่งยาหรือรอให้ผู้ป่วยมาซื้อยา ไปสู่การเป็นจุดเข้าถึงบริการสุขภาพที่ช่วยป้องกันปัญหาได้ตั้งแต่ต้น

เรื่องที่สอง คือ ราคายาและความเป็นธรรมในการเข้าถึงยา เวทีนี้มี Frederico Guanais จาก OECD และ Stéphanie Plouffe จากหน่วยงานติดตามราคายาของแคนาดา ร่วมอภิปรายถึงการสร้างสมดุลระหว่างราคาที่ประชาชนจ่ายไหว การมีผลิตภัณฑ์พร้อมใช้ นวัตกรรม และความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ประเด็นนี้ใกล้ตัวร้านยาอย่างมาก เพราะทุกวันเภสัชกรต้องช่วยผู้ป่วยตัดสินใจภายใต้ข้อจำกัดด้านรายได้ ค่าใช้จ่าย และสิทธิการรักษา การดูแลที่ดีจึงไม่ใช่เพียงการแนะนำยาที่มีประสิทธิผล แต่ต้องคำนึงด้วยว่า ผู้ป่วยจะเข้าถึงและใช้ยาได้ต่อเนื่องหรือไม่

เรื่องที่สาม คือ ความยั่งยืนของกำลังคนเภสัชกรรมในโลกที่ประชากรมีอายุยืนขึ้น ศาสตราจารย์ Ian Bates และ Catherine Kane จาก WHO กล่าวถึงการขาดแคลนบุคลากร การวางแผนกำลังคน ภาระงาน สภาพการทำงาน และสุขภาวะของผู้ประกอบวิชาชีพ เราอาจคุ้นเคยกับการพูดถึงสังคมสูงอายุในมุมของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น แต่เวทีนี้ชวนให้มองอีกด้านว่า บุคลากรสุขภาพเองก็กำลังมีอายุเพิ่มขึ้นเช่นกัน หากไม่มีการออกแบบระบบงาน การกระจายบทบาท และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ต่อให้มีองค์ความรู้ใหม่มากเพียงใด ระบบบริการก็อาจไม่สามารถนำความรู้นั้นไปใช้ได้อย่างเต็มที่

อีกหัวข้อที่น่าสนใจคือ longevity หรือการมีชีวิตยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี ไม่ใช่เพียงการเพิ่มจำนวนปีของชีวิต แต่เป็นการเพิ่มช่วงเวลาที่คนยังคงมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เภสัชกรจะมีบทบาททั้งในการจัดการยา การประเมินหลักฐานของผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีใหม่ ตลอดจนการป้องกันไม่ให้กระแสเรื่องการชะลอวัยนำไปสู่การใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่เกินความจำเป็น



จากประเทศไทยสู่พื้นที่นำเสนอผลงาน

การเดินทางครั้งนี้ไม่ได้มีเพียงการเข้าฟังบรรยาย ผมยังได้นำเสนอผลงานโปสเตอร์สามเรื่อง ซึ่งสะท้อนสองด้านของร้านยาที่ผมสนใจมาโดยตลอด ได้แก่ **คุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความยั่งยืนของการประกอบกิจการ**

ผลงานเรื่องแรกเป็นผลงานที่มีหัวหน้าโครงการคือ เภสัชกรหญิง ศิวพร ปีเจริญทรัพย์ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการออกแบบระบบบริหารจัดการด้านยาในร้านยาใหม่ โดยประยุกต์ Generative AI และ design thinking เพื่อให้การดูแลยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเชื่อมโยงการส่งต่อได้ดีขึ้นในสังคมสูงอายุ อีกสองผลงานนำข้อมูลการดำเนินงานจริงของร้านยามาศึกษา ทั้งความผันผวนและฤดูกาลของกำไรขั้นต้นในแต่ละวัน ตลอดจนการพัฒนาตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่เชื่อมยอดขาย กำไรขั้นต้น และภาษีมูลค่าเพิ่มเข้าด้วยกัน

เมื่อมองเผิน ๆ งานกลุ่มแรกอาจดูเป็นเรื่องวิชาชีพ ส่วนอีกสองเรื่องดูเป็นเรื่องธุรกิจ แต่ในความเป็นจริงทั้งสองด้านแยกจากกันไม่ได้ ร้านยาที่ต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีระบบงานและฐานะทางการเงินที่ยั่งยืน ขณะเดียวกันความยั่งยืนทางธุรกิจก็ไม่ควรเกิดจากยอดขายเพียงอย่างเดียว แต่ควรเกิดจากบริการที่มีคุณค่าและความไว้วางใจของชุมชน

การยืนอยู่ข้างโปสเตอร์และตอบคำถามจากผู้เข้าร่วมต่างประเทศทำให้ผมเห็นคุณค่าของการนำข้อมูลจากงานประจำมาศึกษาอย่างเป็นระบบ หลายปัญหาที่เราคิดว่าเป็นเรื่องเฉพาะของร้านยาไทย เช่น ภาระงาน การส่งต่อผู้ป่วย การประเมินผลการดำเนินงาน และการนำ AI มาใช้ กลับเป็นโจทย์ที่ประเทศอื่นกำลังเผชิญเช่นเดียวกัน เพียงแต่แต่ละประเทศมีข้อกำหนด ทรัพยากร และระบบบริการที่แตกต่างกัน



ผมยังได้รับเชิญให้เข้าร่วม FIP Insight Board ในประเด็นบทบาทของเภสัชกรต่อการดูแลผู้ใหญ่ที่ต้องการโภชนาการเฉพาะทาง โดยเน้นเรื่องคุณภาพการดูแล ความไว้วางใจ และความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ประสบการณ์นี้ย้ำให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยไม่ได้จบลงเมื่อส่งมอบผลิตภัณฑ์ แต่รวมถึงการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ เชื่อมั่น และสามารถนำคำแนะนำไปใช้ได้จริง



มอนทรีออลหลังเลิกประชุม

อีกส่วนหนึ่งที่ทำให้การประชุมครั้งนี้น่าจดจำคือ มอนทรีออล เมืองที่ผสมผสานความเป็นยุโรปเข้ากับเมืองสมัยใหม่ในอเมริกาเหนือได้อย่างน่าสนใจ ภาษาฝรั่งเศสเป็นภาษาหลัก แต่ในพื้นที่ท่องเที่ยวและบริเวณจัดประชุมสามารถใช้ภาษาอังกฤษได้ค่อนข้างสะดวก

หลังเลิกประชุม ผมใช้เวลาในช่วงเย็นเดินชมเมือง เริ่มจากย่าน Old Montréal และถนน Rue Saint-Paul ซึ่งเต็มไปด้วยอาคารเก่า ร้านค้า ร้านอาหาร และผู้คนที่ออกมาเดินเล่น จากนั้นแวะชม Notre-Dame Basilica ก่อนเดินต่อไปยัง Old Port ริมแม่น้ำ บรรยากาศช่วงเย็นทำให้เมืองเก่าแห่งนี้ดูมีชีวิตโดยไม่รู้สึกเร่งรีบ

อีกวันหนึ่งผมขึ้นไปยัง Mont Royal ซึ่งเป็นพื้นที่สีเขียวสำคัญของเมือง จากจุดชมวิวสามารถมองเห็นอาคารและแนวเมืองมอนทรีออลได้กว้าง การได้เปลี่ยนจากการนั่งฟังบรรยายตลอดวันมาเดินอยู่ท่ามกลางต้นไม้ช่วยให้สมองได้พักและค่อย ๆ เรียบเรียงสิ่งที่ได้เรียนรู้

Saint Joseph's Oratory เป็นอีกสถานที่หนึ่งที่ควรแวะชม ตัวอาคารตั้งอยู่บนพื้นที่สูงและมีขนาดใหญ่ ส่วน Olympic Park ทำให้เห็นอีกด้านหนึ่งของมอนทรีออลในฐานะเมืองที่เคยเป็นเจ้าภาพมหกรรมกีฬาระดับโลก สถานที่เหล่านี้มีบุคลิกแตกต่างกัน แต่สามารถเดินทางด้วยระบบขนส่งสาธารณะได้ไม่ยาก

สำหรับผู้ที่คิดจะมาร่วมประชุมในอนาคต มอนทรีออลเป็นเมืองที่เหมาะกับการแบ่งเวลาเช้าถึงเย็นให้กับงานประชุม แล้วใช้เวลาหลังเลิกประชุมเดินชมเมือง สิ่งที่ควรเตรียมเป็นพิเศษคือรองเท้าที่เดินสบาย เพราะทั้งภายในสถานที่ประชุมและในย่านเมืองเก่ามีระยะทางให้เดินไม่น้อย

แล้วพบกันที่กัวลาลัมเปอร์ในปี 2027

เมื่อเดินทางกลับ ผมรู้สึกว่าสิ่งที่ได้รับจาก FIP ไม่ได้มีเพียงความรู้จากการบรรยาย แต่รวมถึงโอกาสในการมองวิชาชีพของเราผ่านประสบการณ์ของประเทศอื่น ได้เห็นว่าปัญหาหลายเรื่องเป็นปัญหาร่วมกัน และได้กลับมาถามตัวเองว่า มีเรื่องใดบ้างที่เราสามารถเริ่มเปลี่ยนแปลงได้จากหน่วยงาน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย หรือร้านยาของเราเอง

การประชุม FIP World Congress ครั้งที่ 85 ในปี 2027 จะจัดขึ้นที่กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย ภายใต้หัวข้อ **“Bridging worlds: Global knowledge, local realities and better care”** โดยมุ่งเชื่อมโยงองค์ความรู้ระดับโลกกับความเป็นจริงของแต่ละพื้นที่ ทั้งในเรื่องโรคไม่ติดต่อ โรคติดเชื้อ สังคมสูงอายุ และความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สำหรับเภสัชกรไทย กัวลาลัมเปอร์เป็นจุดหมายที่เดินทางสะดวกกว่าหลายเมืองที่เคยเป็นเจ้าภาพ FIP จึงน่าจะเป็นโอกาสที่ดีสำหรับผู้ที่ยังไม่เคยเข้าร่วมงานประชุมระดับนานาชาติ รวมทั้งผู้ที่ต้องการนำเสนอผลงานจากประเทศไทย

ผลงานที่จะนำไปแลกเปลี่ยนไม่จำเป็นต้องเริ่มจากโครงการขนาดใหญ่เสมอไป งานพัฒนาคุณภาพบริการ นวัตกรรมในร้านยา การดูแลผู้ป่วยในชุมชน การใช้ข้อมูลเพื่อบริหารจัดการ หรือบทเรียนจากการแก้ปัญหาในงานประจำ หากดำเนินการและเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ก็สามารถต่อยอดเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณค่าต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพในประเทศอื่นได้

หากท่านผู้อ่านสนใจเข้าร่วม FIP 2027 ไม่ว่าจะในฐานะผู้เข้าฟัง ผู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือผู้นำเสนอผลงาน สามารถรอติดตามรายละเอียดเกี่ยวกับกำหนดการ การรับบทคัดย่อ และการลงทะเบียนได้จากเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

บางทีการเดินทางครั้งต่อไปของคุณอาจไม่ได้จบเพียงการได้ความรู้ใหม่กลับมา แต่อาจทำให้คุณเห็นงานที่ทำอยู่ทุกวันด้วยสายตาใหม่ และได้พบว่า เรื่องเล็ก ๆ ที่เริ่มต้นจากร้านยา โรงพยาบาล หรือห้องเรียนของเรา สามารถเป็นส่วนหนึ่งของการสนทนาเรื่องอนาคตของวิชาชีพเภสัชกรรมในระดับโลกได้เช่นกัน



โดย : ภก.ศักดา เธียรไพศาล และ ภก. วรัชญา เอื้อวัฒนะสกุล




กลยุทธ์การตลาดผ่าน "มีม"

MEME MARKETING

สำหรับธุรกิจร้านยาและค้าปลีก: การทลายกำแพงระหว่างวัยเพื่อพิชิตใจผู้บริโภคยุคใหม่



บริบทที่เปลี่ยนไปของการสื่อสารการตลาด

ในยุคดิจิทัลที่พฤติกรรมผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ผู้บริหารและเจ้าของธุรกิจร้านยาหรือธุรกิจค้าปลีกในกลุ่มเจเนอเรชันเอกซ์ (Gen X) มักเผชิญกับความท้าทายในการสื่อสารกับผู้บริโภคกลุ่มคนรุ่นใหม่ โดยเฉพาะเจเนอเรชันซี (Gen Z) ป้ายโฆษณาสรรพคุณยาหรือสินค้าแบบวิชาการที่มีรูปแบบเป็นทางการ อาจไม่สามารถดึงดูดสายตาผู้บริโภคกลุ่มนี้ได้อีกต่อไป ในทางกลับกัน ภาพ **"มีม" (Meme)** ที่แฝงความตลกร้ายหรือความเข้าใจในอินไซต์ (Insight) ของผู้บริโภคกลับได้รับความสนใจมากกว่า การนำแนวคิด Meme Marketing มาประยุกต์ใช้ จึงเปรียบเสมือนเครื่องมือทางกลยุทธ์ที่ช่วยลดความตึงเครียดของภาพลักษณ์ธุรกิจแบบเดิม ทั้งยังสามารถเปลี่ยนลูกค้าให้กลายเป็นผู้ช่วยประชาสัมพันธ์แบรนด์ และขับเคลื่อนยอดขายได้อย่างเป็นธรรมชาติ

การขยายความและทำความเข้าใจ "มีม" (Meme) ในมิติทางวิชาการและวัฒนธรรม

สำหรับผู้บริหารในยุค Gen X คำว่า "มีม" อาจดูเหมือนเป็นเพียงเรื่องตลกไร้สาระของเด็กวัยรุ่น แต่ในเชิงวิชาการแล้ว **"มีม"** ถือเป็นเครื่องมือทรงพลังทางวัฒนธรรมและการสื่อสาร โดยรากศัพท์ของคำว่า **"Meme"** ถูกคิดค้นขึ้นโดย Richard Dawkins ในปี ค.ศ. 1976 ผ่านหนังสือ The Selfish Gene เพื่ออธิบายถึงกลไกการถ่ายทอดทางวัฒนธรรม แนวคิด หรือพฤติกรรม ที่สามารถแพร่กระจายและทำซ้ำได้เฉกเช่นเดียวกับการถ่ายทอดพันธุกรรม (Gene)

ในบริบทของโลกอินเทอร์เน็ตปัจจุบัน มีม (Meme) คือสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม แนวคิด หรือมุกตลกที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็วบนโลกออนไลน์ มีมมักถูกนำเสนอในรูปแบบของรูปภาพ วิดีโอ หรือข้อความสั้น ๆ ที่ถูกนำมาใส่คำบรรยายเพื่อล้อเลียนสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน โดยมีลักษณะเด่น 3 ประการที่เป็นหัวใจสำคัญในการทำการตลาด ได้แก่:

- **โดนใจและเข้าถึงง่าย (Relatable):** มีมทำหน้าที่สื่อสารความรู้สึกร่วมของผู้คนในสังคม ทำให้ผู้ที่พบเห็นสามารถสะท้อนตัวตนและรู้สึกทันทีว่า **"นี่มันตัวฉันชัด ๆ"**
- **ดัดแปลงและผลิตซ้ำได้ไม่รู้จบ (Remixable):** รูปภาพต้นฉบับเพียงรูปเดียว เช่น ภาพแมวร้องไห้หรือภาพเด็กยิ้มเจ้าเล่ห์ สามารถถูกนำไปเปลี่ยนคำบรรยายเพื่อล้อเลียนเรื่องอื่น ๆ ได้ตามบริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป
- **แพร่กระจายไว (Viral):** มีมมีกลไกในการกระตุ้นอารมณ์ขันจนทำให้ผู้คนเกิดความต้องการแชร์ต่อหรือแท็กเพื่อน ทำให้ข้อความของแบรนด์ถูกกระจายตัวไปในวงกว้างอย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องพึ่งพางบโฆษณาจำนวนมาก

มีมไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในกลุ่มวัยรุ่น แต่คือรูปแบบการสื่อสารทางวัฒนธรรมที่ปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของแต่ละช่วงวัย ตัวอย่างมีมที่ได้รับความนิยมและมีการส่งต่อ (Viral) อย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้สูงอายุ มีดังนี้:

- **ภาพดอกไม้ "สวัสดีตามวัน" (Daily Greeting Memes):** ภาพดอกไม้สีสันสดใส หรือภาพถ้วยกาแฟยามเช้า ที่จับคู่กับสีประจำวันและคำอวยพรสั้น ๆ (เช่น สวัสดีวันจันทร์ ขอให้เบิกบานใจ) ถือเป็นสุดยอด "มีม" ระดับตำนานของไทยที่ถูกผลิตซ้ำและส่งต่อผ่านแอปพลิเคชัน LINE ทุกเช้า ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือทางสังคมในการรักษาสายสัมพันธ์และแสดงความห่วงใย
- **ภาพคำคมปรัชญาชีวิตและคติธรรม (Inspirational & Dharma Memes):** ภาพทิวทัศน์ธรรมชาติ พระอาทิตย์ขึ้น หรือรูปพระสงฆ์ ที่วางทับด้วยข้อความเตือนสติ การปล่อยวาง หรือคำสอนทางศาสนา เป็นการแพร่กระจายแนวคิดที่ตอบสนองต่อวุฒิภาวะ การทบทวนชีวิต และความต้องการความสงบทางจิตใจของผู้สูงวัย

กรณีศึกษาและตัวอย่างการประยุกต์ใช้มีม (Meme) ในธุรกิจร้านยาและร้านค้าปลีก

การนำมีมมาใช้ในธุรกิจที่ต้องการความน่าเชื่อถืออย่าง "ร้านยา" หรือ "ร้านค้าปลีก" ไม่ได้หมายความถึงการลดทอนความเป็นมืออาชีพ แต่คือการ "ย่อย" ข้อมูลทางวิชาการให้เข้าถึงง่ายและเป็นมิตรมากขึ้น ตัวอย่างการนำไปปฏิบัติจริงมีดังนี้:

- **กรณีศึกษาที่ 1:** การนำเสนอผลิตภัณฑ์กลุ่มแก้ปวดและคลายกล้ามเนื้อ (ออฟฟิศซินโดรม)
  - **รูปแบบมีม:** ภาพสุนัขนั่งจิบกาแฟท่ามกลางห้องที่กำลังถูกไฟไหม้ (Meme: This is fine) พร้อมใส่แคปชันว่า **"ฉันที่บอกตัวเองว่าแค่นอนตกหมอน... แต่ความจริงคือเป็นออฟฟิศซินโดรมเรื้อรัง (แวะมาซื้อยาคลายกล้ามเนื้อด่วน)"**



  - **การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์:** สำหรับผู้บริหาร Gen X ภาพนี้สะท้อนถึงกลไกการป้องกันตัวเองของผู้บริโภค (Denial) ที่มักมองข้ามปัญหาสุขภาพ การใช้มีมนี้เป็นการทักท้วงผู้บริโภคอย่างนุ่มนวลและติดตลก ทำให้ลูกค้าตระหนักถึงอาการเจ็บป่วยและตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์คลายกล้ามเนื้อหรือแผ่นแปะบรรเทาปวดได้ง่ายขึ้น



- **กรณีศึกษาที่ 2:** การนำเสนอผลิตภัณฑ์กลุ่มเวชสำอางและรักษาสิว
  - **รูปแบบมีม:** ภาพคนกำลังทำหน้ามองบน (Eye-rolling) พร้อมใส่แคปชันว่า **"เมื่อเพื่อนบอกว่าเดี๋ยวสิวก็หายเอง... ตัดภาพมาที่การเหมาเจลแต้มสิวในร้านยา"**
  - **การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์:** มีมนี้จำลองสถานการณ์จริงที่มักเกิดขึ้นในกลุ่มเพื่อนวัยรุ่น การติดตั้งป้ายโฆษณาที่มีข้อความลักษณะนี้บริเวณชั้นวางสินค้า (Shelf Talker) จะช่วยดึงดูดความสนใจและกระตุ้นพฤติกรรมการซื้อแบบฉับพลัน (Impulse Buying)



- **กรณีศึกษาที่ 3:** การประยุกต์ใช้ในธุรกิจร้านค้าปลีก (Retailer)
  - **รูปแบบมีม:** การนำภาพบุคคลที่กำลังลังเลระหว่างสองทางเลือก (Meme: Drake Hotline Bling) ช่องแรกแสดงภาพการปฏิเสธ **"การซื้อสินค้าราคาเต็มตอนต้นเดือน"** ช่องที่สองแสดงภาพการยอมรับ **"การเหมาซื้อสินค้าโปรโมชัน 1 แถม 1 ตอนสิ้นเดือน"**
  - **การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์:** ร้านค้าปลีกสามารถใช้มีมรูปแบบนี้เพื่อโปรโมตแคมเปญลดราคา ซึ่งสื่อสารได้รวดเร็วและกระตุ้นการมีส่วนร่วม (Engagement) บนโซเชียลมีเดียได้ดีกว่าการโพสต์ภาพแบนเนอร์โปรโมชันแบบธรรมดา

แต่อย่างไรก็ตาม ควรระมัดระวังเรื่องเกี่ยวกับข้อกฎหมายบางอย่าง
ที่อาจจะส่งผลให้มีความผิดตามกฎหมาย เช่น กฎหมายการโฆษณา,
การเห็นรูปของแบรนด์ผลิตภัณฑ์ที่จัดเจนเกินไป,
หรือการใช้คำพูดที่อาจส่งผลให้กลายเป็นความผิดทางกฎหมายได้

กรอบการทำงานเชิงกลยุทธ์ (Strategic Framework) สำหรับผู้บริหารในการทำ Meme Marketing

เพื่อให้ผู้บริหารระดับ Gen X สามารถนำกลยุทธ์ Meme Marketing ไปมอบหมายให้ทีมงานสายการตลาดปฏิบัติตามได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถยึดหลักการ 3 ประการดังนี้:

1. เปลี่ยนความเจ็บปวดเป็นความตลก (Pain Point to Punchline)

- ธุรกิจต้องเริ่มต้นจากการระบุปัญหา (Pain Point) ของลูกค้าให้ชัดเจน
- ลองหยิบเอาอาการยอดฮิตของวัยรุ่นและวัยทำงานอย่าง ออฟฟิศซินโดรม อาการนอนไม่หลับ หรือการอ่านหนังสือสอบโต้รุ่ง มาทำเป็นมีมแซวลูกค้าอย่างเป็นกันเอง
- ตัวอย่างเช่น การทำป้ายหน้าเชลฟ์รูปคนขอบตาดำคล้ำคู่กับผลิตภัณฑ์วิตามินบีรวม
- หรือการใช้ภาพมีมสัตว์หน้าตาสิ้นหวังพร้อมแคปชัน "ปวดหลังระดับ 10 แต่ชีวิตต้องสู้ด้วยแผ่นแปะแก้ปวด"

2. การเกาะกระแสไวรัลแบบเรียลไทม์ (Real-Time Trend jacking)

- โซเชียลมีเดียมีพลวัตที่รวดเร็ว แบรนด์ต้องเรียนรู้ที่จะจับกระแสประโยคฮิตหรือคลิปไวรัลจาก TikTok หรือ Reels มาปรับใช้เป็นป้าย Shelf Talker หรือโพสต์โปรโมตลงเพจของร้านยา
- การใช้สแลงที่ Gen Z คุ้นเคยจะช่วยลดช่องว่างระหว่างเภสัชกรกับลูกค้า
- กลยุทธ์นี้ทำให้ผู้บริโภควัยรุ่นรู้สึกว่าเภสัชกรและแบรนด์เป็นผู้ที่เข้าถึงง่ายและเข้าใจอินไซต์ของพวกเขาอย่างแท้จริง

3. กระตุ้นยอดขายผ่านการบอกต่อเชิงความรู้สึก (Relatable Word-of-Mouth)

- พฤติกรรมของผู้บริโภคยุคใหม่ในกลุ่ม Gen Z มักชอบแชร์คอนเทนต์ที่ทำให้รู้สึกว่า "นี่มันชีวิตฉันชัดๆ!"
- ป้ายโฆษณาหน้าร้านที่ตลกและสร้างสรรค์จะถูกลูกค้าถ่ายรูปลง Instagram Story หรือ X (Twitter) ซึ่งถือเป็นการตลาดแบบปากต่อปากที่ทรงพลัง
- ผลลัพธ์คือการช่วยกระตุ้นยอดขายสินค้ากลุ่ม Lifestyle (เช่น อาหารเสริม สกินแคร์ น้ำตาเทียม) ได้โดยที่ร้านยาแทบไม่ต้องอัดงบโฆษณาเพิ่ม
- เพียงแค่เริ่มเปลี่ยนมุมมองในการนำเสนอ ร้านยาก็จะกลายเป็นพื้นที่สนุกและสามารถดึงดูดลูกค้าเจนใหม่ได้ทันที

บทสรุป

Meme Marketing ไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องของการทำคอนเทนต์ตลกขบขัน แต่เป็นการทำความเข้าใจหลักพฤติกรรมศาสตร์และจิตวิทยาผู้บริโภคยุคใหม่ สำหรับผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์ในยุค Gen X การเปิดรับและประยุกต์ใช้มีมในการนำเสนอสินค้าและบริการ ถือเป็นการตอกย้ำทักษะการปรับตัว (Adaptability) นำไปสู่การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ข้ามเจเนอเรชัน เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร และสร้างผลกำไรทางธุรกิจได้อย่างยั่งยืนในยุคดิจิทัล

สแกนเข้าถึงเอกสารอ้างอิง

MEME MARKETING

Executive's Talk

บทสัมภาษณ์โดย :
ภก. ดร.สุวิทย์ ธีรกุลชน, ภญ.ภัทรี สินอนันต์พัฒน์, ภญ.นัชลิดา รัตนสนธิ
บริษัท บี.เอ็ล.ฮั้ว จำกัด

มากกว่า ๑๐๓ ปี แห่งความไว้วางใจ

เมื่อคุณค่าถูกส่งต่อจากรุ่น...สู่รุ่น



“การทำให้องค์กรเติบโต อาจเป็นความสำเร็จที่หลายคนใฝ่ฝัน
แต่การทำให้องค์กรเติบโตอย่างมั่นคงต่อเนื่องยาวนาน
กว่าหนึ่งศตวรรษ คือความสำเร็จที่เกิดขึ้นได้
กับองค์กรเพียงไม่กี่แห่ง”



สำหรับ **บริษัท บี.เอ็ล.ฮั้ว จำกัด (B.L.Hua)**

การเดินทางตลอดระยะเวลากว่า **๑๐๐ ปี**

ไม่ได้เป็นเพียงประวัติศาสตร์ขององค์กรธุรกิจในอุตสาหกรรมยา

หากยังเป็นประวัติศาสตร์ส่วนหนึ่งของการพัฒนาวงการเภสัชกรรมไทย ที่ถักทอเรื่องราวของผู้คน

ความมุ่งมั่น และอุดมการณ์จากคนรุ่นหนึ่งส่งต่อสู่อีกรุ่นหนึ่งอย่างต่อเนื่อง

ย้อนกลับไปในปี พ.ศ.2566 **วารสาร ยาน่ารู้**

ได้มีโอกาสบันทึกเรื่องราวครบรอบ 100 ปีของ B.L.Hua ผ่านความทรงจำของ

คุณธีระพงศ์ ปังศรีวงศ์

กรรมการผู้จัดการ

และทายาทรุ่นที่สามของครอบครัวปังศรีวงศ์

สามปีต่อมา ในปี พ.ศ.2569 บทสนทนากับบุคคลคนเดิมได้เปลี่ยนมิติจากการเล่าย้อนอดีต

สู่การมองอนาคต หากในแววตาและน้ำเสียงของผู้นำองค์กร

ยังคงสะท้อนความเชื่อเดิมที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลงว่า **"คุณค่าที่แท้จริงขององค์กร ไม่ได้อยู่ที่อายุของบริษัท**

แต่อยู่ที่หลักการที่องค์กรเลือกยึดถือในทุกยุคทุกสมัย"

บทสนทนาทั้งสองช่วงเวลาจึงเปรียบเสมือนภาพยนตร์สองตอนที่เชื่อมต่อกัน

ตอนแรกบอกเล่าเรื่องของ **"ราก"** ส่วนตอนหลังเล่าเรื่องของ **"การเติบโต"**

และเมื่อมองภาพทั้งสองเข้าด้วยกัน จึงเกิดเป็นคำถามที่น่าสนใจยิ่งกว่าเดิม

อะไรคือเหตุผลที่ทำให้องค์กรแห่งหนึ่งสามารถยืนหยัดผ่านสงครามโลก

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ วิกฤตการณ์ระดับประเทศ การแข่งขันของอุตสาหกรรมยา

และการเปลี่ยนผ่านของเทคโนโลยี จนก้าวเข้าสู่ศตวรรษที่สองได้อย่างมั่นคง

วารสาร ยาน่ารู้ ได้รับเกียรติจาก

คุณธีระพงศ์ ปังศรีวงศ์ ผู้นำรุ่นที่ 3 แห่ง B.L.Hua

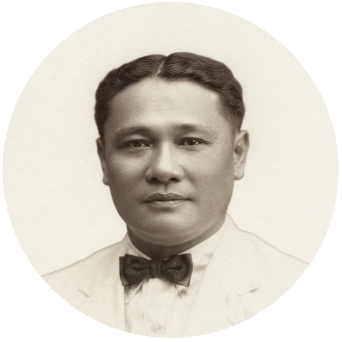
ร่วมถ่ายทอดเรื่องราวขององค์กร ตั้งแต่รากฐานแห่งความซื่อสัตย์ และการมุ่งมั่นพัฒนา

ไปจนถึงการเตรียมพร้อมรับมือกับความเปลี่ยนแปลง

การส่งต่อสู่คนรุ่นที่ 4 และภารกิจในการร่วมสร้างอนาคตของวิชาชีพเภสัชกรรม

เพราะในวันที่โลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว คำถามสำคัญอาจไม่ใช่เพียงว่า

องค์กรจะเปลี่ยนไปอย่างไร หากคือ องค์กรจะรักษาอะไรไว้ ขณะก้าวไปข้างหน้า



ผู้ก่อตั้ง B.L.Hua

จุดเริ่มต้นของตำนาน

เด็กชายผู้ไม่มีต้นทุนชีวิต... แต่ไม่เคยหมดศรัทธา ในคุณค่าของความพยายาม

หากย้อนเวลากลับไปเมื่อกว่าหนึ่งศตวรรษก่อน คงไม่มีใครคาดคิดว่าเด็กชายชาวจีนคนหนึ่ง ซึ่งต้องสูญเสียทั้งบิดาและมารดาตั้งแต่วัยเยาว์ จะกลายเป็นผู้วางรากฐานขององค์กรที่มีบทบาทสำคัญต่อวงการเภสัชกรรมไทยมาจนถึงปัจจุบัน

ชีวิตของ **คุณโกศล ปังศรีวงศ์** มิได้เริ่มต้นด้วยความพร้อม หากเริ่มต้นด้วย "การสูญเสีย" บิดาจากไปตั้งแต่เขายังเล็ก และเมื่ออายุเพียงหกขวบ มารดาก็เสียชีวิตตามไป ทิ้งให้เด็กชายคนหนึ่งต้องเติบโตขึ้นท่ามกลางความไม่แน่นอนของชีวิต อาศัยการดูแลจากญาติพี่น้องทั้งฝ่ายบิดาและมารดา แม้จะได้รับความรักจากครอบครัว แต่เขาเรียนรู้ตั้งแต่อายุยังน้อยว่า ไม่มีใครสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้นอกจากตัวเราเอง

ด้วยความกล้าหาญเกินวัย เด็กชายคนนั้นตัดสินใจออกเดินทางเพียงลำพังสู่รัฐยะโฮร์บาห์รู ประเทศมาเลเซีย เพื่อแสวงหาโอกาสใหม่ในชีวิตที่นั่น เขาได้ทำงานในบ้านของดาโต๊ะผู้มีฐานะ และด้วยความขยัน ซื่อสัตย์ และอ่อนน้อม ทำให้เจ้าของบ้านรักและเมตตา จนถึงขั้นต้องการรับเขาเป็นบุตรบุญธรรม

สำหรับคนจำนวนมาก นั่นอาจเป็นจุดสิ้นสุดของการแสวงหาเป็นโอกาสที่จะเลือกชีวิตที่มั่นคงและสะดวกสบาย แต่สำหรับคุณโกศล ความฝันของเขายังไปได้ไกลกว่านั้น..

เขาเลือกเดินทางต่อมายังประเทศไทย เพื่อเริ่มต้นชีวิตใหม่อีกครั้ง ด้วยความเชื่อว่าการศึกษาคือกุญแจสำคัญที่จะเปลี่ยนชีวิตของคนคนหนึ่งได้

ระหว่างเรียนที่โรงเรียนกรุงเทพคริสเตียน เขาทำงานไปด้วยเรียนหนังสือไปด้วย ใช้ทุกโอกาสที่มีเพื่อสร้างอนาคตของตนเองไม่มีทางลัด ไม่มีต้นทุนจากครอบครัว มีเพียงความมุ่งมั่นและความอดทนเป็นแรงผลักดัน

ช่วงเวลานั้นเอง ได้หล่อหลอมวิธีคิดที่กลายเป็นรากฐานของชีวิตและธุรกิจในเวลาต่อมา

> **“ความซื่อสัตย์คือทรัพย์สินที่มีค่าที่สุดของคนทำธุรกิจ”**



แม้เวลาจะผ่านมากว่าร้อยปี แต่แนวคิดนี้ยังคงถูกกล่าวถึงเสมอ เมื่อครอบครัวปังศรีวงศ์พูดถึงผู้ก่อตั้ง ก่อนที่จะเป็นบริษัท บี.เอ็ล.ฮั้ว คุณโกศลเคยร่วมลงทุนทำธุรกิจกับหุ้นส่วนหลายคน เมื่อถึงเวลาที่แต่ละคนต้องการเดินตามเส้นทางของตนเอง ต่างฝ่ายต่างแยกย้ายไปสร้างกิจการของตนโดยไม่มีความขัดแย้ง บางรายก่อตั้งร้านขายยาที่ต่อมากลายเป็นที่รู้จักในวงการยาไทย

ส่วนคุณโกศล เลือกเริ่มต้นใหม่อีกครั้ง
***นั่นคือจุดกำเนิดของ* บริษัท บี.เอ็ล.ฮั้ว จำกัด**

รากฐานที่แข็งแรง เริ่มต้นจากคุณค่าที่ไม่เปลี่ยนแปลง
เมื่อธุรกิจเริ่มต้นจาก “ความซื่อสัตย์”

"รากฐานขององค์กรที่แข็งแรง
ไม่ได้เริ่มจากเงินทุน แต่เริ่มจากความน่าเชื่อถือที่ผู้คนมอบให้"



กว่า 100 ปีของการดำเนินธุรกิจในอุตสาหกรรมยา B.L.Hua ได้ผ่านการเปลี่ยนแปลงมาแล้วหลายยุคสมัย หากเมื่อถามถึงสิ่งที่ทำให้องค์กรสามารถยืนหยัดและก้าวต่อมาได้อย่างต่อเนื่อง **คุณธีระพงศ์ ปังศรีวงศ์ ผู้นำรุ่นที่ 3 ขององค์กร** มิได้เริ่มต้นด้วยตัวเลขทางธุรกิจ หากกล่าวถึงสิ่งที่เป็นรากฐานสำคัญขององค์กรมาโดยตลอด

นั่นคือ **ความซื่อสัตย์สุจริต** และ **ความมุ่งมั่นพัฒนา** สองคุณค่าที่ดูเรียบง่าย หากแต่ต้องอาศัยการพิสูจน์ผ่านกาลเวลา

> “ความซื่อสัตย์ซื่อตรง
> เป็นมาตั้งแต่คุณปู่
> เป็นตำนานมาเลย
> อีกอันหนึ่งก็คือ
> มุ่งมั่นพัฒนา
> เพราะถ้าไม่มุ่งมั่น
> พัฒนา
> ก็ยังอยู่ที่เดิม”

ในมุมมองของคุณธีระพงศ์ การพัฒนาองค์กรไม่อาจเกิดขึ้นได้ หากคนในองค์กรไม่เริ่มต้นจากการพัฒนาตนเองเสียก่อน เพราะองค์กรจะก้าวไปข้างหน้าได้ ก็ต่อเมื่อผู้คนภายในองค์กรพร้อมจะเรียนรู้ ปรับตัว และเติบโตไปพร้อมกัน

แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับประวัติศาสตร์ของครอบครัวที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาและการพัฒนาความรู้มาโดยตลอด โดยเฉพาะคนรุ่นก่อนที่มิได้มองวิชาชีพเภสัชกรรมเพียงในฐานะอาชีพ หากมองเห็นถึงบทบาทของวิชาชีพต่อระบบสาธารณสุขและสังคมในวงกว้าง

หนึ่งในเรื่องราวที่สะท้อนแนวคิดดังกล่าวได้อย่างชัดเจน คือการที่ ภก.ดร.เกษม ปังศรีวงศ์ บิดาของคุณธีระพงศ์เคยตัดสินใจออกจากธุรกิจครอบครัวชั่วระยะเวลาหนึ่ง เพื่อไปทำหน้าที่สอนหนังสือและช่วยพัฒนาการศึกษาด้านเภสัชศาสตร์ ในช่วงเวลาที่บุคลากรผู้สอนยังมีจำนวนจำกัด การตัดสินใจเช่นนั้นสะท้อนให้เห็นว่าการอุทิศตนให้กับวิชาชีพมิได้จำกัดอยู่เพียงการสนับสนุนด้วยทรัพย์สินหรือคำพูด หากคือการลงมือทำด้วยตนเอง

“เป็นการอุทิศให้กับวิชาชีพอย่างจริงจัง ไม่ได้เฉพาะด้วยวาจาหรือด้วยเงินทอง”

เมื่อการรักษาความสำเร็จ ไม่เพียงพอต่อการอยู่รอด

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา **B.L.Hua** ได้ผ่านการเปลี่ยนแปลงของอุตสาหกรรมยาและระบบธุรกิจมาแล้วหลายยุค ตั้งแต่การเป็นตัวแทนจำหน่าย การนำเข้า การขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ การทำตลาด ไปจนถึงการทำงานร่วมกับบริษัทเภสัชภัณฑ์ระดับนานาชาติ ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้เห็นชัดว่า ไม่มีความสำเร็จใดที่สามารถดำรงอยู่ได้ตลอดไป หากองค์กรหยุดนิ่ง

คุณธีระพงศ์เปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของโลกธุรกิจกับเรื่องราวของ Slide Rule เครื่องมือคำนวณที่ครั้งหนึ่งเคยมีบทบาทสำคัญในแวดวงวิศวกรรม ก่อนจะถูกแทนที่ด้วยเครื่องคิดเลขในเวลาไม่นาน สิ่งที่เคยเป็นเทคโนโลยีแห่งอนาคต อาจกลายเป็นสิ่งล้าสมัยได้ในเวลาเพียงชั่วขณะ บทเรียนจากเรื่องนี้ไม่ได้อยู่ที่เครื่องมือชิ้นใดชิ้นหนึ่ง หากอยู่ที่ความจริงของโลกธุรกิจว่าการเปลี่ยนแปลงอาจเกิดขึ้นเร็วกว่าที่องค์กรคาดคิดเสมอ

ดังนั้น สิ่งสำคัญจึงไม่ใช่การคาดการณ์อนาคตให้ถูกต้องทุกครั้ง หากคือการเตรียมองค์กรให้พร้อมเมื่อโอกาสหรือความเปลี่ยนแปลงมาถึง

> **“ต้องพร้อมด้วยคน พร้อมด้วยความมุ่งมั่น ตั้งใจ ความคิด และต้องมีต้นทุนเตรียมไว้บ้าง เพราะเราไม่มีทางรู้ว่าโอกาสหรือความท้าทายในอนาคตจะมาในรูปแบบใด”**

นี่คือเหตุผลที่ **B.L.Hua** ให้ความสำคัญกับการรักษาความสามารถในการปรับตัว และการเปิดพื้นที่ให้ธุรกิจสามารถขยายไปสู่โอกาสใหม่ได้อยู่เสมอ







เมื่อถึงเวลารับไม้ต่อ ผู้นำที่เชื่อว่า "การรักษาคุณค่า" สำคัญไม่แพ้ "การสร้างการเติบโต"

การสืบทอดธุรกิจครอบครัวอาจเป็นหนึ่งในความท้าทายที่สุดขององค์กรที่ดำเนินกิจการมายาวนานไม่ใช่เพราะผู้สืบทอดต้องเริ่มต้นจากศูนย์ แต่เพราะทุกย่างก้าวล้วนเต็มไปด้วยความคาดหวัง จะรักษาชื่อเสียงที่สร้างมาหลายชั่วอายุคนได้อย่างไร จะทำให้องค์กรเติบโตโดยไม่สูญเสียตัวตนได้อย่างไร และจะพาองค์กรก้าวไปสู่อนาคต โดยยังคงเคารพรากฐานที่คนรุ่นก่อนสร้างไว้ได้อย่างไร

คำถามเหล่านี้ ไม่ได้มีคำตอบสำเร็จรูป

แต่สำหรับ คุณธีระพงศ์ ปังศรีวงศ์ คำตอบกลับเริ่มต้นจากเรื่องง่ายที่สุด

> **ต้องเรียนรู้ก่อนว่า ทำไมคนรุ่นก่อนจึงตัดสินใจเช่นนั้น**

ตลอดการสนทนา คุณธีระพงศ์แทบไม่เคยกล่าวถึงคำว่า "ผมเปลี่ยน" หากกลับใช้คำว่า **"เราเรียนรู้"** อยู่เสมอ นั่นทำให้เห็นว่า สำหรับผู้นำรุ่นที่สาม การสืบทอดไม่ได้หมายถึงการเดินตามทุกอย่าง หรือการเปลี่ยนทุกอย่าง แต่คือการเข้าใจว่า อะไรคือคุณค่าที่ต้องรักษา และอะไรคือสิ่งที่ควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับยุคสมัย **"โลกไม่เคยหยุดนิ่ง"** ประโยคนี้อาจฟังดูเรียบง่าย แต่สะท้อนอยู่ในทุกการตัดสินใจขององค์กร จากยุคที่การค้าขายอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนสู่ยุคที่ข้อมูล ข่าวสาร และเทคโนโลยีเดินทางเร็วกว่าที่เคย

B.L.Hua จึงเลือกที่จะไม่ยึดติดกับความสำเร็จในอดีต หากเปิดรับความเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง แต่การเปลี่ยนแปลงสำหรับองค์กรแห่งนี้ ไม่ได้หมายถึงการวิ่งตามทุกกระแส หากคือการเลือกเปลี่ยนในสิ่งที่ทำให้องค์กรแข็งแรงขึ้น

คุณธีระพงศ์สรุปหลักคิดในการบริหารองค์กรไว้เป็น 4 ประการ ซึ่งแม้จะเรียบง่าย แต่กลับสะท้อนปรัชญาการทำงานที่สั่งสมจากประสบการณ์หลายทศวรรษ

ประการแรก คือ การมองเห็นโอกาส

ทุกวิกฤตล้วนมีโอกาสซ่อนอยู่เสมอ หากเรามองเห็นก่อนผู้อื่น

ประการที่สอง คือ การปรับตัว

เมื่อสภาพแวดล้อมเปลี่ยน วิธีการทำงานก็ต้องเปลี่ยนตาม แต่การปรับตัวต้องอยู่บนพื้นฐานของเหตุผล ไม่ใช่เพียงการทำตามกระแส

ประการที่สาม คือ การลงมือทำอย่างจริงจัง

แนวคิดที่ดีจะไม่มีความหมาย หากไม่ถูกแปลงเป็นการปฏิบัติ สำหรับคุณธีระพงศ์ ความสำเร็จไม่เคยเกิดจากความคิดเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการทำงานหนักอย่างต่อเนื่อง และการลงมือทำจนเห็นผล

ประการสุดท้าย คือ การยอมรับความผิดพลาด

องค์กรที่เติบโต ไม่ใช่องค์กรที่ไม่เคยผิด แต่คือองค์กรที่กล้ายอมรับความจริง เรียนรู้จากความผิดพลาด และปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ

หลักคิดทั้งสี่ข้อนี้ ไม่ได้ถูกเขียนขึ้นเพื่อเป็นคำขวัญติดผนัง แต่กลายเป็นวิธีคิดที่ใช้ประกอบการตัดสินใจในทุกระดับขององค์กร

Honesty เราต้องซื่อสัตย์กับผู้บริโภค พนักงานของเรา และทุก Stakeholder

Ethics จรรยาบรรณ คุณธรรมและทำดี

Adaptability การปรับตัว ที่สำคัญ ต้อง Hard Working

จากรุ่นที่ 3
สู่รุ่นที่ 4 การส่งต่อที่มากกว่าการรับช่วงธุรกิจ

การส่งต่อธุรกิจครอบครัวจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง มิได้หมายถึงการส่งมอบตำแหน่งหรือทรัพย์สิน หากคือการส่งต่อความเข้าใจในรากฐานขององค์กร พร้อมกับการเปิดพื้นที่ให้คนรุ่นใหม่เข้ามาตั้งคำถาม เรียนรู้ และสร้างอนาคตในแบบของตนเอง

ปัจจุบันคนรุ่นที่ 4 ได้เริ่มเข้ามามีบทบาทในการเรียนรู้และร่วมพัฒนาธุรกิจ โดยหนึ่งในผู้ที่เข้ามารับบทบาทสำคัญคือ **คุณพงศ์วรุตม์ ปังศรีวงศ์ หรือ “คุณไผ่”**

ในฐานะคนรุ่นใหม่ เขามองว่าการเข้ามาสานต่อธุรกิจไม่ได้หมายความว่าจะต้องรู้ทุกสิ่งตั้งแต่วันแรก หากสิ่งสำคัญคือความพร้อมที่จะเรียนรู้

ผมเป็นคนที่ชอบ
เข้าไปดูสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ
ต้องการเข้าใจว่าเรื่องนี้เป็นอย่างไร
แล้วก็เข้าไปเรียนรู้
รายละเอียด

แนวคิดดังกล่าวสะท้อนลักษณะของผู้นำรุ่นใหม่ที่ไม่ได้มองเพียงภาพกว้าง แต่พร้อมลงไปทำความเข้าใจรายละเอียดของธุรกิจอย่างลึกซึ้ง ขณะเดียวกันก็ต้องสามารถมองภาพใหญ่และกำหนดทิศทางในระยะยาวได้

ต้องมี Vision ในภาพใหญ่
ต้องหาคนที่ถูกต้อง และ
ใช้คนที่ถูกต้อง

สำหรับทิศทางในอนาคต หนึ่งในกลยุทธ์สำคัญคือการสร้างความร่วมมือกับพันธมิตรระดับโลก เพื่อขยายโอกาสทางธุรกิจและเพิ่มการเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนในภูมิภาค

จากตลาดในประเทศ สู่การขยายโอกาสในภูมิภาคอินโดจีน **เส้นทางของ B.L.Hua จึงไม่ได้หยุดอยู่เพียงการรักษาสิ่งที่มีอยู่ หากยังมองหาโอกาสใหม่เพื่อขยายศักยภาพขององค์กรอย่างต่อเนื่อง**



รักษาสิ่งที่มี เติมสิ่งใหม่ และพร้อมคว้าโอกาส

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของอุตสาหกรรมยา การเติบโตของธุรกิจไม่ได้เกิดจากการมองหาสิ่งใหม่เพียงอย่างเดียว หากต้องสามารถรักษาสิ่งที่มีอยู่เดิมให้เติบโตได้อย่างยั่งยืนด้วย หนึ่งในแนวคิดที่สะท้อนทิศทางขององค์กรได้อย่างชัดเจนคือ **“รักษาของเก่าให้ดี แล้วก็เติมของใหม่”**

ผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่จำเป็นต้องได้รับการดูแลให้สามารถดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน องค์กรต้องมองหาโอกาสใหม่ผ่านการพัฒนาธุรกิจ การร่วมมือกับพันธมิตร และการนำผลิตภัณฑ์ใหม่เข้ามาเสริมศักยภาพ

การเติบโตจึงไม่ได้เกิดจากการละทิ้งอดีต หากเกิดจากการรู้จักรักษาสิ่งที่มีคุณค่า พร้อมกับเปิดรับสิ่งใหม่อย่างมีวิสัยทัศน์


“
เพราะในวันที่โลกเปลี่ยน
อย่างรวดเร็ว คำถามสำคัญ
อาจไม่ใช่เพียง องค์กรจะเปลี่ยน
อย่างไร หากคือ
องค์กรจะรักษาอะไรไว้
ขณะก้าวไปข้างหน้า
คุณพงศ์วรุตม์ ปิ่งศรีวงศ์

เทคโนโลยีอาจเปลี่ยนวิธีทำงาน แต่ “คน” ยังคงเป็นหัวใจ

ในยุคที่เทคโนโลยีเข้ามาเปลี่ยนแปลงทุกอุตสาหกรรม B.L.Hua ให้ความสำคัญกับการนำเทคโนโลยีมาใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

องค์กรมีการพัฒนาระบบซอฟต์แวร์ภายในขึ้นมาเอง เนื่องจากระบบสำเร็จรูปอาจไม่สามารถตอบโจทย์รูปแบบการดำเนินงานเฉพาะขององค์กรได้ทั้งหมด ทั้งระบบโรงงาน การจัดการสินค้าคงคลัง ระบบบัญชี การเงิน และกระบวนการปฏิบัติงานต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม แม้เทคโนโลยีจะมีบทบาทมากขึ้น แต่สิ่งที่ยังคงเป็น**หัวใจสำคัญขององค์กรคือ “คน”** ผู้บริหารที่ร่วมงานกับ B.L.Hua มาเป็นเวลายาวนานสะท้อนว่า สิ่งที่ได้รับจากองค์กรไม่ได้มีเพียงรายได้หรือความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน หากยังรวมถึงโอกาสในการเรียนรู้ศาสตร์ใหม่ ๆ และการพัฒนาตนเองในหลายมิติ

การทำงานที่นี่จึงไม่ได้หมายถึงการทำหน้าที่ตามตำแหน่ง หากเป็นการเรียนรู้ที่จะเข้าใจธุรกิจในมิติที่กว้างขึ้น ทั้งด้านการบริหาร การดำเนินงาน และการทำงานร่วมกับผู้คน



อีกสิ่งหนึ่งที่ถูกกล่าวถึงอย่างชัดเจนคือ ความรู้สึกถึงความเมตตาและความอบอุ่นในการทำงาน **“ที่นี่.... อบอุ่นเหมือนบ้าน”** ประโยคนี้อาจเป็นคำอธิบายที่เรียบง่ายที่สุด หากสะท้อนความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กรได้อย่างลึกซึ้ง ประโยคสั้น ๆ นี้ อาจฟังดูธรรมดา แต่ในความเป็นจริง การสร้างองค์กรที่ผู้คนรู้สึกเป็นเจ้าของไม่ใช่เรื่องง่าย

> **เราอยากให้ที่นี่....**
> **เป็นที่ที่คนทำงานอย่างมีความสุข**

คน...คือมรดกที่มีค่าที่สุดขององค์กร คน...คือหัวใจของการเติบโต

เมื่อการสร้างองค์กร ไม่ได้เริ่มจากการสร้างกำไร แต่เริ่มจากการสร้างคน







หากมีใครถามว่า อะไรคือสินทรัพย์ที่มีค่าที่สุดขององค์กรที่ดำเนินธุรกิจมายาวนานกว่าหนึ่งศตวรรษ หลายคนอาจนึกถึงชื่อเสียง ความน่าเชื่อถือ เทคโนโลยี หรือเครือข่ายพันธมิตรระดับโลก แต่สำหรับคุณธีระพงศ์ ปังศรีวงศ์ คำตอบกลับเรียบง่ายกว่านั้น **"คน"** ไม่ใช่เพียงคนเก่ง แต่คือ **คนดี คนที่พร้อมเรียนรู้ และคนที่เติบโตไปพร้อมกับองค์กร**

วัฒนธรรมแห่งการให้โอกาส "โอกาส" คือจุดเริ่มต้นของการสร้างคน



ผู้บริหารซึ่งร่วมงานกับคุณธีระพงศ์มาเป็นเวลาหลายสิบปี สะท้อนภาพวัฒนธรรมองค์กรไว้อย่างน่าสนใจว่า หัวใจสำคัญของการทำงานที่นี่คือ **"การให้โอกาส"** ไม่ใช่เพียงโอกาสในการทำงาน แต่คือโอกาสในการเติบโตและก้าวข้ามขีดจำกัดของตนเอง ความผิดพลาดจึงไม่ใช่จุดสิ้นสุด หากเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ ขณะที่ความล้มเหลวไม่ได้หมายถึงการถูกตัดสิน แต่คือบทเรียนที่เปิดทางให้คนคนหนึ่งได้กลับมายืนขึ้นและก้าวต่อไปได้ไกลกว่าเดิม วัฒนธรรมเช่นนี้ทำให้บุคลากรจำนวนไม่น้อยสามารถเติบโตจากจุดเริ่มต้นไปสู่บทบาทที่มีความรับผิดชอบมากขึ้น

ในมุมมองของคุณธีระพงศ์ การพิจารณาคนไม่ควรจำกัดอยู่เพียงประวัติการศึกษา ตำแหน่ง หรือข้อมูลบนกระดาษ **"อย่าดูกระดาษอย่างเดียว ต้องดูม้า ลองขึ้นไปขี่ดู"** ถ้อยคำเปรียบเปรยดังกล่าวสะท้อนแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับศักยภาพที่แท้จริงของคน มากกว่าการตัดสินจากคุณสมบัติบนเอกสาร เพราะบางครั้ง คนที่มีศักยภาพมากที่สุดอาจไม่ใช่คนที่มีประวัติสวยงามที่สุด หากคือคนที่เมื่อได้รับโอกาสแล้ว สามารถแสดงให้เห็นถึงความสามารถและความมุ่งมั่นของตนเอง เพราะการสร้างทีมที่แข็งแกร่ง ไม่ได้เกิดจากการคัดเลือกคนที่เก่งที่สุดเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการมองเห็น **"คุณค่าที่ซ่อนอยู่ในตัวคน"** และเปิดโอกาสให้เขาได้แสดงศักยภาพอย่างเต็มที่

การเติบโตที่ยั่งยืน ต้องเติบโตไปพร้อมกับวิชาชีพ

นอกเหนือจากการดำเนินธุรกิจ อีกหนึ่งภารกิจที่ B.L.Hua ให้ความสำคัญมาโดยตลอด คือการสนับสนุนและพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรม ผ่าน **มูลนิธิอาจารย์เกษม ปังศรีวงศ์** มีการสนับสนุนทุนและโครงการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการศึกษา การวิจัย การพัฒนาหลักสูตร การศึกษาต่อระยะสั้น ตลอดจนกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพของเภสัชกรและนักศึกษาเภสัชศาสตร์ การสนับสนุนดังกล่าวไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการศึกษาในระบบ หากครอบคลุมถึงโครงการที่ช่วยให้เภสัชกรสามารถพัฒนาศักยภาพในหลากหลายมิติ **"อะไรที่ทำให้เภสัชเติบโต ทั้งในด้านสังคมและสติปัญญา เราช่วยกันหมด"** แนวคิดนี้สะท้อนเจตนารมณ์ที่ต้องการให้เภสัชกรมีบทบาทต่อสังคมอย่างรอบด้าน ไม่จำกัดอยู่เพียงบทบาทในระบบยา แต่สามารถมีส่วนร่วมในงานวิจัย นวัตกรรม การพัฒนาสมุนไพร การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ และการแก้ไขปัญหาสังคม เภสัชกรจึงมิได้เป็นเพียงผู้เชี่ยวชาญด้านยา หากเป็นหนึ่งในกำลังสำคัญของระบบสุขภาพที่สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้เข้ากับผู้คนและสังคมได้อย่างกว้างขวาง

ส่งต่อความหมายของวิชาชีพจากรุ่นสู่รุ่น

สำหรับคุณธีระพงศ์ การสนับสนุนวิชาชีพเภสัชกรรมไม่ใช่เรื่องใหม่ หากเป็นเจตนารมณ์ที่สืบทอดมาตั้งแต่คนรุ่นก่อน คนรุ่นก่อนในครอบครัวมิได้จำกัดบทบาทของเภสัชกรไว้เพียงการทำงานในขอบเขตแคบ ๆ หากต้องการเห็นวิชาชีพเภสัชกรรมมีบทบาทต่อระบบสาธารณสุขและสังคมในวงกว้าง แนวคิดดังกล่าวยังคงได้รับการสืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน ผ่านการสนับสนุนโครงการต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ เพราะการพัฒนาวิชาชีพที่แท้จริง มิได้เกิดจากคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หากเกิดจากการเปิดพื้นที่ให้คนรุ่นใหม่ได้เรียนรู้ ทดลอง และสร้างสิ่งใหม่ร่วมกัน

ศิลปะแห่งการส่งต่อ

เมื่อความสำเร็จที่แท้จริง...คือการทำให้องค์กรเดินต่อได้ แม้วันที่เราไม่อยู่

มีคำกล่าวในแวดวงการบริหารว่า

> **"การสร้างธุรกิจให้ประสบความสำเร็จเป็นเรื่องยาก แต่การทำให้ธุรกิจอยู่รอดข้ามรุ่นยากยิ่งกว่า"**

องค์กรจำนวนไม่น้อยเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วงชีวิตของผู้ก่อตั้ง แต่กลับหยุดชะงักเมื่อถึงเวลาส่งต่อ ไม่ใช่เพราะธุรกิจไม่ดี แต่เพราะไม่มีใครเตรียม **"คน"** ไว้สำหรับวันข้างหน้า สำหรับคุณธีระพงศ์ ปังศรีวงศ์ การส่งต่อจึงไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวันเกษียณ แต่เป็นกระบวนการที่ต้องเริ่มตั้งแต่วันนี้ คุณธีระพงศ์แทบไม่เคยมององค์กรผ่านมุมของ **"รุ่น"** แต่กลับมองผ่านคำว่า **"ความต่อเนื่อง"** เพราะไม่ว่าจะเป็นรุ่นที่หนึ่ง รุ่นที่สอง หรือรุ่นที่สาม สิ่งที่ทุกคนกำลังทำ ไม่ใช่การสร้างชื่อเสียงให้ตนเอง แต่กำลังต่อเติมสิ่งที่คนรุ่นก่อนสร้างไว้ และส่งมอบสิ่งที่ดีกว่าให้คนรุ่นต่อไป

เมื่อกล่าวถึงอนาคตของ B.L.Hua คุณธีระพงศ์ไม่ได้ใช้คำว่า **"ผู้สืบทอด"** แต่พูดถึง **"การเตรียมความพร้อม"** เพราะในมุมมองของท่าน ไม่มีใครเกิดมาเป็นผู้นำได้ทันที ผู้นำเกิดจากการเรียนรู้ เกิดจากการลงมือทำ เกิดจากการตัดสินใจ และที่สำคัญที่สุด เกิดจากการเรียนรู้จากความผิดพลาด นั่นจึงเป็นเหตุผลที่องค์กรเปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่ ได้เข้ามารับผิดชอบงานจริง ไม่ใช่เพื่อพิสูจน์ว่าเก่งเพียงใด แต่เพื่อเรียนรู้ว่าความรับผิดชอบที่แท้จริงมีความหมายอย่างไร

ธุรกิจอาจเปลี่ยนแปลง แต่คุณค่าต้องเดินทางต่อ

จากรุ่นที่ 1 สู่รุ่นที่ 2 รุ่นที่ 3 และกำลังก้าวต่อไปสู่รุ่นที่ 4 เรื่องราวของ B.L.Hua สะท้อนให้เห็นว่าการส่งต่อองค์กรไม่ใช่เพียงการส่งต่อธุรกิจ

หากคือ.....**การส่งต่อ...วิธีคิด** วิธีคิดที่เริ่มต้นจาก...คุณโกศล ได้รับการต่อยอดโดย...ภก.ดร.เกษม และกำลังได้รับการส่งต่อผ่าน...คุณธีระพงศ์ ส่งต่อ**ความซื่อสัตย์** ส่งต่อ**ความมุ่งมั่นในการพัฒนา** ส่งต่อ**การให้โอกาส** ส่งต่อ**ความรู้** และส่งต่อ**ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพและสังคม**

กว่า 100 ปีของ B.L.Hua จึงมิได้ยืนยาวเพราะองค์กรหยุดนิ่ง หากยืนยาวเพราะรู้จักเปลี่ยนแปลงโดยไม่ละทิ้งรากฐาน โลกธุรกิจอาจเปลี่ยนแปลง เทคโนโลยีอาจเข้ามาแทนที่สิ่งเดิม ผลิตภัณฑ์อาจมีวงจรชีวิตของตนเอง และโอกาสใหม่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเกินกว่าจะคาดการณ์ แต่สิ่งหนึ่งที่ยังคงเป็นเข็มทิศขององค์กร คือการรู้ว่าอะไรควรเปลี่ยนและอะไรควรรักษาไว้

ในท้ายที่สุด **การเติบโตที่ยั่งยืนอาจไม่ได้วัดจากขนาดขององค์กรเพียงอย่างเดียว หากวัดจากความสามารถในการสร้างคน สร้างโอกาส และสร้างประโยชน์ให้กับวิชาชีพและสังคม** และสำหรับ B.L.Hua การเดินทางกว่าศตวรรษอาจไม่ใช่บทสรุป หากเป็นเพียงบทหนึ่งของเรื่องราวที่ยังคงดำเนินต่อไป



"เพราะองค์กรที่ยั่งยืน ไม่ใช่องค์กรที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลง หากคือองค์กรที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยไม่ลืมว่าตนเองเติบโตขึ้นมาจากอะไร"

ผู้บริหาร บริษัท บี.เอ็ล.ฮั้ว จำกัด และกองบรรณาธิการวารสารยาน่ารู้



เมื่อบทสัมภาษณ์ใกล้สิ้นสุด ผู้เขียนอดคิดไม่ได้ว่า...

หากวันหนึ่ง...คุณโกศล ปังศรีวงศ์ ได้มีโอกาสเดินกลับมายังสำนักงานใหญ่ของ B.L.Hua ในวันนี้ ท่านคงเห็นอาคารที่ทันสมัยกว่าเดิม เห็นเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า เห็นผลิตภัณฑ์ที่หลากหลายขึ้น เห็นผู้คนจากหลายวิชาชีพกำลังทำงานร่วมกัน

แต่ผู้เขียนเชื่อว่า สิ่งที่น่าจะทำให้ท่านยิ้มได้มากที่สุด ไม่ใช่ขนาดขององค์กร หากคือการได้เห็นว่า**...คุณค่าที่ท่านยึดถือมาตลอดชีวิต ยังคงได้รับการส่งต่อ จากรุ่น...สู่รุ่น อย่างมั่นคง** และยังคงมีผู้คนอีกมากมาย ที่กำลังช่วยกันรักษาคุณค่าเหล่านั้นให้เดินทางต่อไป

เพราะสุดท้ายแล้ว... องค์กรที่ยิ่งใหญ่ อาจไม่ใช่องค์กรที่มีอายุยืนที่สุด แต่คือองค์กรที่สามารถทำให้ผู้คนเชื่อมั่น ได้อย่างยาวนานที่สุด

และนั่น...คือ ความหมายที่แท้จริงของการเดินทางกว่า

100 ปี ของ บริษัท บี.เอ็ล.ฮั้ว จำกัด

Anniversary Celebration B.L.HUA & Co.,Ltd. Established 1923 100th

โดย : ผศ.ภญ.ดร.รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์ และ รศ.ภก.ดร.อนุชัย ธีระเรืองไชยศรี



FAPA CP
กับการขับเคลื่อนวิชาชีพเภสัชกรรมเอเชียในปี 2569
จากการรับรองความเชี่ยวชาญ สู่พื้นที่เรียนรู้ งานวิจัย และเครือข่ายความร่วมมือระดับภูมิภาค

บทนำ : ก้าวข้ามกรอบเดิม สู่พื้นที่แห่งโอกาสของเภสัชกรเอเชีย

เมื่อเอ่ยถึงคำว่า **“การรับรองความเชี่ยวชาญ”** หรือ **“วุฒิบัตรวิชาชีพ”** ภาพจำในใจของใครหลายคนมักนึกถึงการเรียนหลักสูตรวิชาชีพที่เข้มข้น ระยะเวลาการอบรมที่ยาวนาน หรือกรอบกฎเกณฑ์ที่เป็นทางการ ซึ่งมีเพียงคนกลุ่มเล็ก ๆ เท่านั้นที่มีโอกาสได้รับการรับรอง แต่ความจริงแล้ว ในยุคที่ระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การรับรองความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่กระบวนการอบรมและการสอบเท่านั้น

FAPA College of Pharmacy (FAPA CP) ภายใต้ **สหพันธ์สมาคมเภสัชกรรมแห่งเอเชีย (FAPA)** ก้าวข้ามบทบาทเดิมสู่การเป็นมากกว่าองค์กรรับรองคุณวุฒิวิชาชีพ วันนี้ FAPA CP ปรับบทบาทสู่การเป็น **“พื้นที่กลางของภูมิภาค (Regional Platform)”** ที่เชื่อมโยงการเรียนรู้ การฝึกอบรม งานวิจัยเชิงระบบ และเครือข่ายวิชาชีพของเภสัชกรทั่วทั้งเอเชียเข้าไว้ด้วยกันอย่างไร้พรมแดน ไม่ว่าคุณจะเป็นเภสัชกรจบใหม่ เภสัชกรชุมชนในร้านยา เภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรนักวิจัย เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านการกำกับดูแลยา หรือ เภสัชกรสาขาความเชี่ยวชาญใหม่ ๆ FAPA CP จะเป็นพื้นที่ที่ทุกคนสามารถก้าวเข้ามามีส่วนร่วมได้ทันทีตามความพร้อมและความสนใจ โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพียงหนึ่งเดียว คือ การขับเคลื่อนศักยภาพของเภสัชกรให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ระบบสาธารณสุข และความยั่งยืนของวิชาชีพ

2569 : ปีแห่งการเติบโต และพลังแห่งความร่วมมือที่ไร้พรมแดน

ตลอดปี 2569 FAPA CP มีผลงานที่เป็นรูปธรรมและขยายตัวอย่างมีนัยสำคัญในทุกมิติ ซึ่งสะท้อนผ่านกิจกรรมและจำนวนผู้มีส่วนร่วม ดังนี้:

มิติการขับเคลื่อน	สาระสำคัญและความก้าวหน้าในปี 2569
การรับรองความเชี่ยวชาญ	มีผู้ได้รับแต่งตั้งเป็น Fellow ใหม่ 80 คน จาก 3 ประเทศ และมีสมาชิกรวมสะสม 241 คนทั่วเอเชีย
หลักสูตรและการเรียนรู้	หลักสูตร microcredential FDA Smart Regulator and AI Innovator มีเภสัชกรและบุคลากร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เข้าอบรม 50 คน และ อยู่ระหว่างการพัฒนาหลักสูตร Medication Therapy Management (MTM) สำหรับเภสัชกรร้านยา หลักสูตร Pharmacovigilance (PV) สำหรับเภสัชกรที่ทำหน้าที่กำกับดูแล CPPV (Contact Person for PV) และ QPPV (Qualified Person for PV)

มิติการขับเคลื่อน	สาระสำคัญและความก้าวหน้าในปี 2569
งานวิจัยระดับภูมิภาค	ศึกษาแนวโน้มการใช้ยาต้านจุลชีพ โมเดล Value-Based Payment การพัฒนาศักยภาพด้านการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา (Pharmacovigilance capacity building) และ การพัฒนาตัวชี้วัดการเข้าถึงยาเพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมยา
เวทีวิชาการเปิดกว้าง	เวทีออนไลน์ AMO Asia Forum ทุกเดือน พร้อมขยายสู่หัวข้อ Pharmacovigilance และการเข้าถึงและราคายา (Pricing and Patient Access to Medicine)
รางวัลและทุน	มอบรางวัลอันทรงเกียรติ FAPA CP Dr. Kasem Pangsrivongse แก่เภสัชกรที่สร้างคุณประโยชน์ด้านการพัฒนาความเชี่ยวชาญและความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และทุนเข้าร่วมประชุม FAPA Congress 2026 8 ทุน
เครือข่ายความร่วมมือ	จับมือพันธมิตรนานาชาติ ได้แก่ ISPOR Thailand Chapter, CPHI South East Asia และ Watsons Philippines

การรับรองความเชี่ยวชาญจาก “งานจริง” : นัยสำคัญของ Fellow ในปี 2569

ก้าวสำคัญที่สะท้อนถึงความสำคัญและได้รับการยอมรับในภูมิภาค คือ ในปี 2569 มีเภสัชกรยื่นขอรับการประเมินและรับรองคุณวุฒิ **Fellow of FAPA College of Pharmacy (FACP)** จำนวน 96 คน และผ่านการรับรองจำนวน 80 คน แบ่งเป็น: **ประเทศไทย 22 คน ประเทศอินโดนีเซีย 29 คนประเทศฟิลิปปินส์ 29 คน**

นอกจากนี้ ยังมีการมอบตำแหน่ง FACP กิตติมศักดิ์อีก 6 ท่าน ซึ่งส่งผลให้ทำเนียบสมาชิก Fellow ของ FAPA CP ในปัจจุบันมีจำนวนสมาชิกถึง **241 คนทั่วภูมิภาคเอเชีย**

สิ่งที่น่าสนใจยิ่งกว่าตัวเลขเชิงปริมาณ คือ **“กระบวนการรับรองคุณวุฒิจากการประเมินเส้นทางประสบการณ์ (Experience-based Pathway)”** การประเมินและรับรองคุณวุฒิไม่ได้วัดเพียงความรู้ แต่ผสมผสานการสอบข้อเขียนและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อพิจารณาความรู้ ทักษะ การแก้ปัญหา และผลงานเชิงประจักษ์ที่ผู้สมัครได้สร้างขึ้นจากการปฏิบัติงานจริงในบริบทของตน

สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นทิศทางใหม่ของวิชาชีพเภสัชกรรมในเอเชียอย่างชัดเจนว่า **“ความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ (Professional Career Track)”** กำลังได้รับการยอมรับและยกย่องให้เติบโตควบคู่ไปกับสายงานบริหาร เภสัชกรผู้มีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาระบบยาสามารถเติบโต มีความมั่นคง และได้รับการยอมรับในระดับภูมิภาคจากเนื้อแท้ของความเชี่ยวชาญ

หลักสูตรยุคใหม่ : Microcredential ขั้นบันไดสู่การรับรองคุณวุฒิวิชาชีพ

การศึกษาต่อเนื่องในอดีตมักเผชิญความท้าทายว่า เรียนจบแล้วได้เพียงใบประกาศฯ แต่ไม่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ความก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรมได้ FAPA CP จึงได้บุกเบิกการจัดการเรียนรู้รูปแบบใหม่ที่เรียกว่า หลักสูตร **Microcredential** ซึ่งผสานทั้งการอบรมความรู้ ฝึกปฏิบัติ และประยุกต์ใช้ในการทำงานจริง ผู้ผ่านการอบรมสามารถเก็บสะสมหน่วยสมรรถนะจนครบตามเงื่อนไขที่กำหนด เพื่อขอการรับรองเป็น Fellow of FAPA CP (FACP) ต่อไป

เสริมทักษะ AI ให้บุคลากร อย. : หลักสูตร FDA Smart Regulator and AI Innovator

ความร่วมมือระหว่าง FAPA CP และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ประเทศไทย ในการเปิดหลักสูตร FDA Smart Regulator and AI Innovator โมดูลแรก **FDA-AI-01: AI Literacy, Prompt Engineering and Agentic Foundations** ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน ถึง 23 สิงหาคม 2569 มีผู้เข้าอบรม 50 คน เน้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพงานกำกับดูแลด้านยา ผู้สำเร็จการศึกษาได้รับ Microcredential Badge รับรองสมรรถนะ 100 ชั่วโมง ความพิเศษ คือ ผู้เรียนสามารถสะสมหน่วยสมรรถนะนี้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อสะสมครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จะสามารถนำไปเทียบเป็นส่วนหนึ่งของการขอรับรองความเชี่ยวชาญระดับสากลอย่าง FACP ได้โดยตรง

ยกระดับการบริบาลเภสัชกรรมในร้านยา : หลักสูตร MTM

FAPA CP ได้ร่วมมือกับวิทยาลัยเภสัชกรรมชุมชนแห่งประเทศไทย และบริษัท Viatris พัฒนาหลักสูตร **Medication Therapy Management (MTM) สำหรับเภสัชกรร้านยา** เพื่อเสริมเขี้ยวเล็บด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเภสัชกรชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ในการดูแลคนในชุมชนได้โดยตรง

AMO Asia Forum : เวทีสนทนาที่เปิดกว้างสำหรับเภสัชกรทุกคน

สำหรับผู้ที่อาจรู้สึกว่าการรับรองคุณวุฒิวิชาชีพยังเป็นเรื่องไกลตัว FAPA CP ได้สร้างพื้นที่เริ่มต้นที่เข้าถึงง่ายที่สุดผ่านเวทีออนไลน์ประจำเดือนที่มีชื่อว่า **AMO (Advancing Medication Optimization) Asia Forum**

เวทีนี้ใช้เวลาสบาย ๆ เพียง 1 ชั่วโมงในรูปแบบออนไลน์ ภายใต้แนวคิดหลักคือ *“From MTM to Medication Optimization: Exploring an Asian Approach”* เพื่อค้นหาแนวทางการใช้ยาที่เหมาะสมกับบริบทของคนเอเชีย ผู้เข้าร่วมจะได้เรียนรู้จากกรณีศึกษา แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ด้านการใช้ยาในโรคต่าง ๆ และเชื่อมต่อกับเพื่อน ร่วมวิชาชีพจากประเทศสมาชิก **โดยขับเคลื่อนด้วยแนวคิด SEED**



S – Share : แบ่งปันประสบการณ์และกรณีศึกษาจริงจากการทำงาน

E – Exchange : แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ข้ามมุมมองระหว่างประเทศ

E – Explore : ค้นหาโจทย์วิจัยและโอกาสความร่วมมือใหม่ ๆ

D – Develop : พัฒนาสมรรถนะตนเองไปพร้อมกับเพื่อนร่วมวิชาชีพ

เวทีนี้ไม่มีคำว่า **“ต้องพร้อมก่อนถึงจะมาร่วมได้”** ทุกคนสามารถเริ่มต้นจากการเป็นผู้ฟัง ตั้งคำถาม หรือแลกเปลี่ยนเคสจริง ยิ่งไปกว่านั้น จากเสียงตอบรับของสมาชิก FAPA CP เตรียมขยายเวทีเสวนาสู่ประเด็นเฉพาะทางเพิ่มเติม เช่น **การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา (Pharmacovigilance) และ การเข้าถึงและราคายา (Pricing and Patient Access to Medicine)** FAPA CP ยังเปิดรับข้อเสนอสำหรับหัวข้ออื่นที่ตอบโจทย์บริบทของประเทศสมาชิก หรือผู้สนใจสามารถอาสาเป็นผู้นำการสนทนาได้ เพื่อให้เวทีวิชาการเติบโตจากความต้องการและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานจริง

งานวิจัย รางวัล และความร่วมมือที่สร้างผลกระทบต่อสังคม

การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายในระดับภูมิภาคช่วยให้แต่ละประเทศเรียนรู้จากข้อมูลและวิธีปฏิบัติที่แตกต่างกันและสามารถนำกลับไปพัฒนาระบบในประเทศของตน

ในปี 2569 FAPA CP ได้ทำงานวิจัยเชิงนโยบายและระบบสุขภาพที่สำคัญ



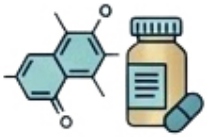
การวิเคราะห์แนวโน้มการใช้ยาต้านจุลชีพ เพื่อเฝ้าระวังปัญหาเชื้อดื้อยา



การจ่ายเงินตามคุณค่าบริการ (Value-Based Payment) ศึกษารูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนการบริการโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางสุขภาพ



ระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาข้ามพรมแดน เรียนรู้วิธีปฏิบัติที่ดีระหว่างประเทศเพื่อนำมาพัฒนาศักยภาพในประเทศของตน



การพัฒนาตัวชี้วัดการเข้าถึงยา ในมิติการส่งเสริมการผลิตยาและการพัฒนานวัตกรรม



FAPA CP ร่วมกับเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย และมูลนิธิอาจารย์เกษม ปังศรีวงศ์ ได้มอบรางวัลอันทรงเกียรติ FAPA CP Dr. Kasem Pangsrivongse ประจำปี 2569 ให้แก่ 3 ผู้นำวิชาชีพผู้สร้างคุณูปการอย่างยิ่งยวด ได้แก่

ภญ.สุพัตรา บุญเสริม
เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ประเทศไทย)

Ms. Leonila M. Ocampo
เภสัชกรและนักวิชาการชั้นนำ (ประเทศฟิลิปปินส์)

Dr. Lucia Rizka Andalucia
อธิบดีกรมควบคุมยาและเครื่องมือแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ประเทศอินโดนีเซีย)

พร้อมทั้งมอบทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงานวิจัยในงานประชุม FAPA Congress 2026 อีกจำนวน 8 ทุน เพื่อส่งเสริมให้นักวิจัยรุ่นใหม่ได้มีเวทีแสดงผลงานในระดับนานาชาติ



บูรณาการพันธมิตรทุกภาคส่วน การขับเคลื่อนวิชาชีพจะสำเร็จไม่ได้หากขาดภาคีเครือข่าย ในปีนี้ FAPA CP ได้จับมือกับ

ISPOR Thailand Chapter
เพื่อสนับสนุนการเข้าร่วมงาน ISPOR Asia Pacific Summit 2026 ผลักดันมิติด้านการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

CPHI South East Asia 2026
ในฐานะพันธมิตรวิชาการ เชื่อมโยงภาคอุตสาหกรรมการผลิตยา นวัตกรรม และวิชาชีพเข้าด้วยกัน

Watsons Health Convention
(ฟิลิปปินส์) เพื่อร่วมวางแนวทางพัฒนาทักษะเภสัชกรในร้านยาเครือข่าย มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและผ่านการบริบาลทางเภสัชกรรม

มาตรฐานร่วมที่ยืดหยุ่น : ยุทธศาสตร์การเติบโตแบบไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

จากการสำรวจความพร้อมของประเทศสมาชิกในเอเชีย พบว่าแต่ละประเทศมีโครงสร้างระบบสุขภาพและระดับการพัฒนาวิชาชีพที่แตกต่างกันอย่างมาก ยุทธศาสตร์ของ FAPA CP จึงไม่ใช่การนำสูตรสำเร็จแบบใดแบบหนึ่งไปบังคับใช้ แต่คือการสร้าง **“มาตรฐานร่วมที่มีความยืดหยุ่น (Flexible Regional Standards)”**

FAPA CP พร้อมทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ถ่ายทอดระบบและองค์ความรู้ให้แก่ประเทศที่กำลังเริ่มต้นสร้างกรอบความเชี่ยวชาญ เภสัชกรในภูมิภาคสามารถเลือกก้าวเข้ามาตามความพร้อมของบริบทตนเอง เพื่อให้เกิดการเติบโตอย่างยั่งยืนไปพร้อมกัน

ก้าวสู่การเติบโตไปด้วยกัน : "3 ก้าวเริ่มต้น" ของเภสัชกรไทย

หากท่านถามว่า **“ในฐานะเภสัชกรคนหนึ่ง เราจะเริ่มต้นกับ FAPA CP ได้อย่างไร?”** คำตอบคือ ทุกท่านสามารถเริ่มต้นได้ง่าย ๆ เพียง 3 ก้าว:



1. ร่วมเรียนรู้

เริ่มจากการลงทะเบียนฟังสัมมนาออนไลน์ AMO Asia Forum หรือสมัครเข้าอบรมหลักสูตร microcredential เพื่อเติมเต็มทักษะใหม่ ๆ และสะสมหน่วยสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง



2. ร่วมสร้างเครือข่าย

ร่วมเสนอประเด็น อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อาสาเป็นผู้นำวงสนทนา หรือเข้าร่วมกลุ่มวิจัยกับเพื่อนเภสัชกรในเอเชีย



3. ก้าวสู่การรับรองคุณวุฒิวิชาชีพ

เมื่อท่านสั่งสมประสบการณ์และผลงานจากการปฏิบัติงานจริงจนมั่นใจ สามารถยื่นขอรับการประเมินเพื่อก้าวสู่การเป็น Fellow of FAPA CP (FACP) เพื่อเป็นหมุดหมายแห่งความภาคภูมิใจในความเชี่ยวชาญสายวิชาชีพ



พบกันที่ FAPA Congress 2026

The 31st FAPA Congress 2026





ซึ่งจัดขึ้นระหว่าง
วันที่ 3–7 พฤศจิกายน 2569



ณ อาคาร IMPACT Forum อิมแพ็ค เมืองทองธานี

พิธีมอบประกาศนียบัตรแก่ผู้ได้รับคุณวุฒิ FACP ประจำปี 2569
ในวันที่ 6 พฤศจิกายน 2569 เวลา 13.30 น. ณ ห้อง Grand Diamond Ballroom

ซึ่งจะเป็นเวทีเฉลิมฉลองความสำเร็จและสร้างเครือข่ายแห่งมิตรภาพในระดับสากล

ขอเชิญชวนเภสัชกรไทยทุกท่านมาร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนครั้งประวัติศาสตร์นี้ ไม่ว่าท่านจะเริ่มต้นจากการเข้าร่วมฟังสัมมนาสักหนึ่งครั้ง หรือการเตรียมผลงานเพื่อขอรับรองเพื่อก้าวไปสู่การเป็นผู้เชี่ยวชาญระดับสากล ทุกก้าวของท่านล้วนเป็นพลังสำคัญที่ทำให้วิชาชีพเภสัชกรรมเอเชียเติบโตอย่างมั่นคงและสง่างาม

> **“ความก้าวหน้าทางวิชาชีพไม่อาจเกิดขึ้นได้อย่างโดดเดี่ยว**
> **แต่เกิดจากการที่เราเรียนรู้ แบ่งปัน และเติบโตไปด้วยกัน”**

โดย : ภญ. รุ่งนภา เมธมุทา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

เภสัชวิวัฒน์: Telepharmacy & การจัดส่งยา

“เมื่อก้าวใหม่ของบริการชนกับกำแพง PDPA และความรับผิดทางกฎหมาย”



The Evolution & Legal Prerequisites (วิวัฒนาการและเงื่อนไขทางกฎหมาย)

จากบริการชั่วคราว สู่มาตรฐานบริการเภสัชกรรมทางไกล

บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) และการจัดส่งยาถึงบ้าน (Home Delivery) ได้เปลี่ยนจากการแก้ปัญหาชั่วคราว สู่การเป็นมาตรฐานบริการใหม่ของทั้งร้านยาและโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม การให้บริการนี้ไม่ใช่เพียงการพูดคุยผ่านแชตหรือโทรศัพท์ แต่ต้องอยู่ภายใต้กรอบกฎหมายเฉพาะที่สภาเภสัชกรรมกำหนด

เงื่อนไขสำคัญที่เภสัชกรและสถานที่ต้องมี (ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 62/2565)

- **คุณสมบัติเภสัชกร:** ต้องเป็นเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านยาหรือสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต และ **ต้องผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตร Telepharmacy ที่สภาเภสัชกรรมรับรอง พร้อมทั้งได้รับการขึ้นทะเบียนกับสภาเภสัชกรรมเรียบร้อยแล้ว** (ตามข้อ 4 และข้อ 5)
- **คุณสมบัติของระบบ/แอปพลิเคชัน** (ตามข้อ 6) **:** ต้องรองรับการยืนยันตัวตนผู้ป่วย (Patient Authentication), มีระบบบันทึกประวัติบริการและประวัติยาในรูปแบบดิจิทัล (Digital Record), แสดงชื่อ-สกุล เลขที่ใบอนุญาตของเภสัชกรอย่างชัดเจน, รองรับภาพ/เสียง/ข้อความ และมีระบบความปลอดภัยข้อมูล
- **ข้อกำหนดทาง PDPA** (พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 มาตรา 26) **:** ข้อมูลสุขภาพ ประวัติการแพ้ยา และรายการยา ถือเป็น **"ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว" (Sensitive Personal Data)** ซึ่งห้ามเก็บ รวบรวม หรือส่งต่อโดยไม่ได้รับความยินยอมโดยชัดแจ้ง (Explicit Consent)

Case Studies & Risk Analysis (กรณีศึกษาและความเสี่ยงหน้างาน)

กรณีศึกษาที่ 1: การถ่ายรูปใบสั่งยาลงกลุ่ม LINE ร้าน (มุมมองร้านยา)

- **สถานการณ์:** เภสัชกรถ่ายรูปใบสั่งยาที่มีชื่อ-นามสกุล และโรคของผู้ป่วย ส่งเข้าไปในกลุ่ม LINE รวมของร้านที่มีพนักงานหลายคนเพื่อเช็กสต็อก
- **ความเสี่ยงทางกฎหมาย:** เข้าข่ายละเมิด PDPA เนื่องจากเป็นการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพอ่อนไหวแก่บุคคลอื่นโดยผู้ป่วยไม่ได้ยินยอม
- **ทางออกที่ถูกต้อง:** ต้องทำการปกปิดตัวตน (Anonymization) โดยปิดชื่อ-นามสกุล และเลขเวชระเบียนก่อนส่งรูปเสมอ หรือใช้ระบบบริหารจัดการคลังยาที่แยกส่วนข้อมูลส่วนบุคคล

กรณีศึกษาที่ 2: ยาเสื่อมสภาพจากการขนส่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (มุมมองโรงพยาบาล)

- **สถานการณ์:** รพ. จัดส่งยาที่ต้องคุมอุณหภูมิ (เช่น อินซูลิน) ทางระบบขนส่งทั่วไปโดยไม่มีอุปกรณ์เก็บความเย็น ยาเสื่อมสภาพจากความร้อน ทำให้ผู้ป่วยใช้แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนวิกฤต
- **ความเสี่ยงทางกฎหมาย:** ผิดประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 62/2565 ข้อ 8 ที่กำหนดให้เภสัชกรต้องเลือกวิธีการขนส่งที่รักษาคุณภาพและความคงตัวของยาตลอดการขนส่ง เภสัชกรผู้เซ็นปล่อยยาและสถานพยาบาลอาจต้องร่วมรับผิดในทางแพ่งฐานประมาทเลินเล่อ

Practical Framework & Checklist (เครื่องมือปฏิบัติงานจริง)

Do's & Don'ts เช็กลิสต์ความปลอดภัยหน้างาน

สิ่งที่ต้องทำ (Do)	สิ่งที่ห้ามทำ (Don't)
• ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียน Telepharmacy กับสภาเภสัชฯ ก่อนเริ่มทำ	• **ห้าม** ใช้ AI หรือพนักงานอื่นให้คำปรึกษาและจ่ายยาแทนเภสัชกร
• ขอ Consent ผู้ป่วยก่อนเก็บ/ส่งต่อข้อมูลที่อยู่และประวัติยา	• **ห้าม** แปะชื่อยา สรรพคุณ หรือชื่อแผนกประจานไว้หน้ากล่องพัสดุ
• ห่อหุ้มกล่องมิดชิด (Anonymized Packaging) และเลือกขนส่งที่เหมาะสม	• **ห้าม** จัดส่งยาควบคุมพิเศษ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาททางไปรษณีย์

Draft Template: ข้อความ Consent สั้น 3 บรรทัด (สำหรับระบบแชต/กระดาษ)



"ข้าพเจ้ายินยอมให้ [ชื่อสถานพยาบาล/ร้านยา] รวบรวมและใช้ข้อมูลชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และรายการยา เพื่อประโยชน์ในการจัดทำประวัติการใช้ยา ให้คำปรึกษาทางไกล และจัดส่งยาถึงบ้านตามมาตรฐาน PDPA ทั้งนี้ ท่านสามารถยกเลิกความยินยอมได้ตามที่กฎหมายกำหนด"



Service Level Agreement (SLA) & Summary (การบริหารความเสี่ยงและบทสรุป)

4 ข้อต้องเช็กก่อนทำข้อตกลง (SLA/DPA) กับบริษัทขนส่ง/ไรเดอร์ (อ้างอิงประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 62/2565 ข้อ 8)

1. **ข้อตกลงคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (DPA):** กำหนดเงื่อนไขให้บริษัทขนส่ง/ไรเดอร์ใช้ข้อมูลชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยเพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดส่งเท่านั้น ห้ามนำไปบันทึกซ้ำหรือใช้เพื่อประโยชน์อื่นตามหลัก PDPA
2. **การควบคุมคุณภาพและการรักษาความคงตัวของยา (Quality Control):** มีเงื่อนไขการขนส่งที่เหมาะสมกับประเภทของยา ป้องกันการเสื่อมสภาพจากความร้อน/แสงแดด ป้องกันการแตกหักเสียหาย และมีมาตรการรับประกันหากยาสูญหาย
3. **ระบบติดตามสถานะการขนส่ง (Tracking System):** มีระบบดิจิทัลที่ทั้งเภสัชกรและผู้ป่วยสามารถตรวจสอบสถานะการจัดส่งและตำแหน่งพัสดุได้ตลอดเวลา
4. **การยืนยันการส่งมอบที่คุ้มครองความเป็นส่วนตัว (Proof of Delivery):** กำหนดให้ไรเดอร์/พนักงานถ่ายรูปยืนยันการส่งมอบเฉพาะ "ตัวกล่องพัสดุ" ณ จุดรับส่ง โดยห้ามถ่ายติดใบหน้าของผู้รับบริการ เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

บทสรุปสำหรับเภสัชกรด่านหน้า

Telepharmacy ไม่ใช่เพียงการส่งยาไปให้ถึงมือผู้ป่วย แต่คือ **"วิวัฒนาการในการขยายขอบเขตการดูแล"** เภสัชกรยุคใหม่จึงต้องพัฒนาตนเองผ่านการอบรม และขึ้นทะเบียนตามที่กฎหมายกำหนด พร้อมทั้งบริหารจัดการความเสี่ยงทางกฎหมาย ทั้งด้านมาตรฐานการจ่ายยา PDPA และระบบขนส่ง เพื่อสร้างความปลอดภัยสูงสุดให้แก่ผู้ป่วย และคุ้มครองสิทธิในการประกอบวิชาชีพของตนเองอย่างยั่งยืน

สแกนเข้าถึงเอกสารอ้างอิง

TELEPHARMACY & การจัดส่งยา



The Digital Pharmacist
โดย : ดร.ภก.วิรุณ เวชศิริ อุปนายกฝ่ายวิชาการ นวัตกรรม
และดิจิทัลทรานส์ฟอร์เมชัน สมาคมเภสัชกรรมการตลาด (ประเทศไทย) กรรมการบริหารเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
สมาชิกก่อตั้งวิทยาลัยการบริหารเภสัชกิจแห่งประเทศไทย สภาเภสัชกรรม กรรมการผู้จัดการ บริษัท Pharm Connection (Thailand) Co., Ltd.



จาก AI ที่ “ช่วยคิด” สู่ AI ที่ “ลงมือทำ” เภสัชกรไทยจะยืนอยู่ตรงไหน?

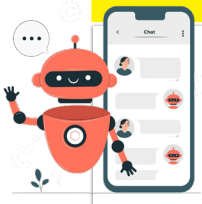
ต้นปี 2569 รัฐยูทาห์ในสหรัฐอเมริกาทำเรื่องที่คนในวงการยาทั่วโลกต้องหันไปมองครับ รัฐอนุญาตให้ AI ของสตาร์ทอัพชื่อ Doctronic ต่ออายุใบสั่งยาโรคเรื้อรังให้ผู้ป่วยได้ ภายใต้สนามทดสอบทางกฎหมาย (Regulatory Sandbox) ครอบคลุมยาลดความดัน ยาเบาหวาน ยาต้านซึมเศร้า และยาอื่นอีกกว่าร้อยรายการ ในช่วงแรกยังมีแพทย์ตรวจทานทุกราย ก่อนจะค่อย ๆ ปล่อยให้ใบสั่งยาจาก AI ส่งตรงถึงเภสัชกร

ข่าวนี้มีทั้งคนตื่นเต้นและคนกังวลครับ แต่ประโยคที่ผมจำได้แม่นที่สุดมาจากเภสัชกรอเมริกันคนหนึ่งที่ให้ความเห็นกับวารสาร Drug Topics ทำนองว่า ระบบนี้ช่วยวัดความดันผู้ป่วยที่มาขอรีฟิลยาลดความดันไม่ได้ แต่เภสัชกรวัดให้ได้

อ่านจบผมก็คิดต่อทันทีว่า ถ้ายกเรื่องนี้มาวางที่ร้านยาบ้านเรา จะเกิดอะไรขึ้น? คำตอบคือ... แทบไม่เกิดอะไรเลยครับ เพราะร้านยาไทยในขณะนี้แทบไม่มีใบสั่งแพทย์ให้ AI ไปต่ออายุ ผู้ป่วยเดินเข้ามา เล่าอาการ เภสัชกรซักประวัติ ประเมิน แล้วตัดสินใจจ่ายยาเองได้เลยสำหรับอาการเจ็บป่วยทั่วไป ส่วนยาที่ซับซ้อนก็มักจะต้องไปพึ่งระบบของโรงพยาบาล

นี่คือเหตุผลที่ผมอยากเขียนฉบับนี้ครับ ฉบับก่อนโน้นผมทิ้งท้ายไว้ว่าปี 2026 AI จะขยับจาก “ผู้ช่วยคิด” ไปเป็น “ผู้ช่วยทำ” และฉบับที่แล้วผมเขียนเล่าไว้ว่า ขอให้เลือก AI ใช้ให้ถูกงาน ฉบับนี้ผมอยากชวนคุยต่อว่า ถ้า AI มาแสดงบทบาทเป็นผู้ช่วยทำ(งาน)หน้าตาเป็นอย่างไร ต่างประเทศใช้กันถึงไหนแล้ว และที่สำคัญที่สุด เมื่อระบบยาของเราไม่เหมือนเขา เภสัชกรไทยควรหยิบอะไรมาใช้ และอะไรควรรอไว้ก่อน

ผู้ช่วยที่ “ตอบ” กับผู้ช่วยที่ “ทำ” ต่างกันตรงไหน



ChatGPT

Gemini

แชตบอต (Chatbot) อย่าง ChatGPT หรือ Gemini ที่เราคุ้นกัน ทำงานแบบถามคำตอบคำ เราถามเรื่องปฏิกิริยาระหว่างยา มันก็อธิบายให้ แต่จะเอาคำตอบไปทำอะไรต่อ เป็นหน้าที่ของเราเอง

AI แบบเอเจนต์ (Agentic AI) ไม่ได้รอคำถามครับ มันรับ “เป้าหมาย” แล้ววางแผนเอง สมมติเราสั่งว่า “ช่วยรวบรวมรายการยาเดิมของผู้ป่วยรายนี้จากใบส่งตัว ประวัติในระบบ และถุงยาที่ญาติถือมา เทียบกับคำสั่งแพทย์วันนี้ แล้วทำรายการจุดที่ไม่ตรงกันให้เภสัชกรตรวจ” เอเจนต์จะเปิดข้อมูลทีละแหล่ง เรียกฐานข้อมูลยา เปรียบเทียบแล้วส่งงานต่อ โดยเราไม่ต้องพิมพ์สั่งทีละขั้น

ถ้าเปรียบให้เภสัชกรเห็นภาพ แชตบอตคือ**ตำราเภสัชวิทยาเล่มหนาที่พูดได้** ส่วนเอเจนต์คือ**ผู้ช่วยคนใหม่ที่เพิ่งเข้ามาทำงาน** หยิบเอกสาร เปิดโปรแกรม กรอกแบบฟอร์มได้เอง เขาทำงานได้มากกว่าตำรา และพลาดได้มากกว่าตำราด้วย ตำราพิมพ์ผิดหนึ่งบรรทัด เรายังอ่านแล้วสะดุดได้ แต่ผู้ช่วยที่ทำผิดตั้งแต่ขั้นแรก ความผิดจะไหลต่อไปจนถึงขั้นสุดท้ายโดยไม่มีใครเห็น

ทำไมการใช้ AI Agent ถึงเพิ่งมาพูดกันจริงจังปีนี้ครับ? ผมเห็นอยู่สามเหตุผลครับ ข้อแรก โมเดลรุ่นใหม่อ่านเอกสารยาว ๆ ได้ทีละมาก ๆ เหมือนอ่านแฟ้มผู้ป่วยทั้งแฟ้มรวดเดียว ข้อสอง มีมาตรฐานกลางอย่าง MCP (Model Context Protocol) ที่ทำให้ AI ต่อเข้ากับระบบอื่นได้ง่ายขึ้นมาก และข้อสาม ราคาถูกลงจนองค์กรขนาดกลางจับต้องได้ เฉพาะเดือนกันยายนที่ผ่านมา ทั้ง OpenAI และ Anthropic ออกโมเดลรุ่นใหม่มาหลายตัว ผมขอไม่ไล่ชื่อรุ่นนะครับ เพราะกว่าวารสารฉบับนี้จะถึงมือเพื่อน ๆ ชื่อเหล่านั้นอาจตกรุ่นไปแล้ว สิ่งที่ไม่ตกรุ่นคือทิศทาง AI กำลังถูกออกแบบมาให้ “ทำงาน” มากกว่า “คุย”





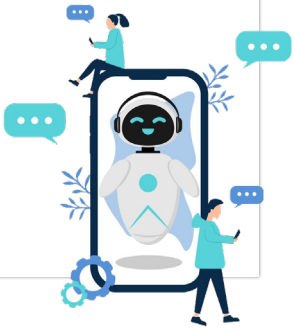
ต่างประเทศไปถึงไหน และทุกคนพูดตรงกันเรื่องเดียว

ที่น่าสนใจคือ องค์กรวิชาชีพหลายประเทศพูดไปในทางเดียวกันเกือบคำต่อคำ GPhC สภาวิชาชีพเภสัชกรรมของสหราชอาณาจักร ออกแถลงการณ์เรื่อง AI ฉบับแรกเมื่อเดือนเมษายน 2569 ว่าเภสัชกรยังต้อง**รับผิดชอบการตัดสินใจของตนเป็นการส่วนตัว** แม้จะใช้ AI ช่วย และ AI ต้องไม่มาแทนดุลยพินิจทางวิชาชีพ FIP ก็ออกแถลงการณ์เชิงนโยบายไว้ตั้งแต่กันยายน 2568 ว่า AI มีไว้เสริม ไม่ได้มีไว้แทนความเชี่ยวชาญของเภสัชกร

ในงาน ASHP Pharmacy Futures 2026 มีหัวข้อหนึ่งพูดถึงการทำงานกับเอเจนต์ในฐานะ “คู่หู” ของทีมเภสัชกรรม วิทยากรให้หลักที่เภสัชกรฟังแล้วเข้าใจทันที คือ **start low, titrate up** เริ่มที่งานง่าย ๆ ก่อน แล้วค่อยปรับขึ้นทีละน้อย แบบเดียวกับการให้ยาครับ

แต่คำแนะนำที่ผมชอบที่สุดมาจาก Nancy Lyons ผู้บริหารฝ่ายเภสัชกรรมของเครือร้านยา Health Mart ในสหรัฐฯ ที่ขึ้นพูดเมื่อปลายเดือนกันยายนนี้เอง เธอบอกว่าให้ปฏิบัติกับเครื่องมือ AI **เหมือนผู้ช่วยเภสัชกรที่เพิ่งรับเข้ามาใหม่** ต้องสอน ต้องมีกติกาชัดว่าเรื่องไหนต้องส่งต่อให้เภสัชกร เพราะคนที่เอาใบอนุญาตไปเสี่ยงคือเรา

เธอยังเล่าเรื่องจริงที่ฟังแล้วขำปนเสียวครับ มีร้านยาแห่งหนึ่งใช้ AI รับโทรศัพท์ (ตอนนี้เทคโนโลยีเปลี่ยนเสียงเป็นข้อความ-ข้อความเป็นเสียง ทำงานได้เนียนมากโดยเฉพาะภาษาอังกฤษ) พอลูกค้าบอกว่า “จะจ่ายเงินเลยตอนนี้” ระบบกลับไปต่อไม่เป็น ส่งผลให้คิวโทรกลับค้างยาว เงินเข้าร้านก็ช้าไปหมด AI ที่ดูฉลาดในเดโม อาจสะดุดกับสถานการณ์ที่ธรรมดาที่สุดของหน้าร้านก็ได้ครับ



แล้วร้านยาไทยล่ะ จะหยิบอะไรมาใช้

ก่อนอื่นต้องตัดสิ่งที่ไม่เข้ากับบ้านเราออกไปก่อน เอเจนต์ต่ออายุใบสั่งยา เอเจนต์ขออนุมัติล่วงหน้ากับบริษัทประกัน (Prior Authorization) หรือเอเจนต์จัดการงานกับ PBM ซึ่งเป็นงานก้อนใหญ่ของร้านยาอเมริกัน แทบไม่มีที่ให้ใช้ในไทย ถ้าเราอ่านข่าวต่างประเทศแล้วตื่นเต้นตาม อาจลงทุนผิดที่ได้ง่าย ๆ ครับ

ร้านยาไทยมีจุดแข็งกับจุดเปราะอยู่ในเรื่องเดียวกัน คือเภสัชกรตัดสินใจแนะนำและเลือกยาเองตั้งแต่ต้นจนจบ โดยเฉพาะกลุ่มยาอันตราย แล้วด้วยเหตุที่ยังไม่มีใบสั่งแพทย์ส่งต่อมาให้ร้านยาจึงยังไม่มีแพทย์ร่วมรับผิดชอบในการให้บริการที่ร้านยานี้ ดังนั้นหากเอเจนต์แนะนำยาผิดแล้วเภสัชกรจ่ายตาม ความรับผิดก็ตกที่เภสัชกรกับผู้รับอนุญาตเต็ม ๆ เลยนะครับ

ลองนึกภาพตามแบบนี้ครับ ณ เวลาหนึ่งทุ่มครึ่ง ผู้ชายวัยสี่สิบกว่าเดินเข้าร้านยาที่ร่วมโครงการบัตรทอง บอกว่าเจ็บคอ ขอ “ยาแก้อักเสบ” ระหว่างที่เภสัชกรซักอาการ เอเจนต์บนแท็บเล็ตดึงประวัติขึ้นมาว่าเขากินวาร์ฟารินอยู่ แล้วเปิดแบบประเมินตามแนวทาง ผลยังไม่เข้าเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะ เภสัชกรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เลือกยาบรรเทาอาการที่ไม่ตีกับวาร์ฟาริน เสร็จแล้วเอเจนต์ร่างบันทึกสำหรับเบิก สปสช. และตั้งข้อความ LINE ไว้ถามอาการในวันที่สาม สังเกตไหมครับว่า ในภาพนี้เอเจนต์ไม่ได้เลือกยาเลยสักตัว มันทำงานอยู่รอบ ๆ การตัดสินใจ ทั้งก่อนและหลัง ส่วนตรงกลางยังเป็นของเภสัชกร

งานแบบนี้มีโครงรองรับอยู่แล้วด้วย บริการดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของ สปสช. ขยายเป็น 32 กลุ่มอาการตั้งแต่กันยายน 2567 มีแนวทางและการบันทึกเป็นระบบ ส่วนเรื่องเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขมีผลบังคับใช้เมื่อ 22 มิถุนายน 2569 และ อย. รับรองแพลตฟอร์มแล้ว 9 แพลตฟอร์ม

นี่เป็นช่องทางที่เอเจนต์จะเข้ามาช่วยคัดกรองก่อนผู้ป่วยถึงมือเภสัชกรได้ แต่กฎหมายเขียนชัดว่าผู้ให้บริการต้องเป็นเภสัชกร เอเจนต์จึงเป็นได้แค่ผู้ช่วยก่อนและหลังการให้คำปรึกษา

อีกเรื่องที่ต้องระวังคือกฎเปลี่ยนเร็วครับ ยกตัวอย่างใกล้ตัวคือปากกาลดน้ำหนักที่ถูกยกระดับเป็นยาควบคุมพิเศษตั้งแต่ 15 กันยายน 2569 ถ้าร้านไหนใช้เอเจนต์ตอบแชตลูกค้าแล้วไม่ได้อัปเดตกฎ มันอาจตอบแบบเดือนก่อนด้วยความมั่นใจเต็มร้อย และคนที่ต้องรับผลก็คือเภสัชกรประจำร้านครับ



โรงพยาบาล: ฐานข้อมูลมีแล้ว รอคนออกแบบงาน

ฝั่งโรงพยาบาลมีของจริงให้ต่อยอดครับ ระบบ AI Drug Interaction ของกระทรวงสาธารณสุขเชื่อมข้อมูลยาข้ามโรงพยาบาล ถึงเดือนสิงหาคม 2568 มีโรงพยาบาลใช้งาน 140 แห่ง ฐานข้อมูลครอบคลุมยาเกือบเก้าหมื่นรายการ และพบคู่ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกันกว่าสองพันคู่ ส่วนที่รามาธิบดี หุ่นยนต์และระบบจัดยาอัตโนมัติช่วยลดเวลารอรับยาจากเกินหนึ่งชั่วโมงเหลือราวยี่สิบนาที

ทั้งสองเรื่องยังไม่ใช่เอเจนต์เต็มตัว แต่พิสูจน์แล้วว่าการใช้สูตร “ให้เครื่องทำ ใช้คนตรวจ” ใช้ได้ในบ้านเรา ขั้นต่อไปที่ผมมองเห็น คือห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่มีใบสั่งยาวันละหลายพันใบ เราสามารถให้เอเจนต์คัดใบสั่งยาที่เสี่ยงขึ้นมาก่อน ไม่ว่าจะเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (High-alert Drugs) คู่ยาที่ระบบเตือน หรือผู้ป่วยที่การทำงานของไตลดลง พร้อมร่างข้อเสนอปรับขนาดยาให้เภสัชกรยืนยันได้ครับ

ความเสี่ยงของภาพนี้ไม่ได้อยู่ที่ AI อย่างเดียวครับ อยู่ที่มือของเราด้วย ถ้าทุกเช้าเราเห็นข้อความตรวจสอบจาก AI ที่ถูกต้องติดกันร้อยครั้ง ครั้งที่ร้อยเอ็ดเราอาจกด “ยืนยัน” โดยไม่ได้อ่าน อาการนี้เรียกว่าความลำเอียงจากระบบอัตโนมัติ (Automation Bias) ระบบที่ดีจึงต้องออกแบบให้คนตรวจจริง ไม่ใช่แค่ผ่านตาเท่านั้น และอย่าลืมว่า AI ภาษาไทยยังไม่แม่นเท่าที่เราอยากให้เป็น งานวิจัยของทีมไทยที่ตีพิมพ์ใน JMIR AI ปี 2568 ทดสอบแชตบอตยอดนิยมสามตัวด้วยคำถามเรื่องยาที่คนไทยโพสต์ถามจริงในโซเชียล พบว่าตอบได้ครบ แต่ความถูกต้องยังจำกัด และมีคำตอบที่เสี่ยงสูงเป็นระยะ โดยเฉพาะเรื่องยาในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ซึ่งพลาดทุกระบบครับ

บทบาทใหม่: จากคนที่ทำทุกขั้น สู่คนที่กำกับทั้งระบบ

แล้วเราควรเริ่มตรงไหน? จากหลักฐานที่มีตอนนี้ ผมแบ่งงานออกเป็นสามกลุ่มครับ

1. **งานทำได้เลย** เพราะเสี่ยงต่ำและต้องมีคนตรวจ เช่น แจ้งยาใกล้หมดอายุ ร่างข้อความติดตามอาการ ร่างบันทึกเบิกจ่าย ร่างรายการยาเดิมให้เภสัชกรตรวจ หรือร่างคำตอบเรื่องยาพร้อมแหล่งอ้างอิง
2. **งานรอทดสอบกับบริบทไทยก่อน** เช่น การคัดกรองอาการพร้อมสัญญาณอันตราย (Red Flags) และการเสนอปรับขนาดยาตามการทำงานของไต
3. **งานที่ควรเป็นของคน** คือการตัดสินใจจ่ายยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ การประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และการปฏิเสธไม่ขาย ซึ่งหลายครั้งคือการดูแลที่ดีที่สุดที่เราให้ได้

อีกเรื่องที่ควรรู้ ณ ต้นเดือนตุลาคม 2569 ที่ผมเขียนบทความนี้ ไทยยังไม่มีกฎหมาย AI ที่บังคับใช้ ร่างกฎหมายว่าด้วยปัญญาประดิษฐ์ที่ ETDA ผลักดันยังไม่ผ่าน ครม. และผมยังไม่พบแนวปฏิบัติเรื่อง AI สำหรับเภสัชกรโดยตรง ผมไม่ได้มองว่าเป็นช่องโหว่อย่างเดียวนะครับ ผมมองว่าเป็นโอกาสที่วิชาชีพจะวางมาตรฐานของตัวเองก่อนก่อนที่จะมีคนอื่นมาเขียนให้

กลับไปที่เครื่องวัดความดันเครื่องนั้น

ในช่วงแรกผมเขียนเล่าว่า “AI วัดความดันให้ไม่ได้ แต่เภสัชกรวัดได้” มันไม่ได้บอกแค่ข้อจำกัดของ AI ครับ มันยังได้บอกว่าคุณค่าของเราอยู่ตรงไหน ซึ่งก็คือการได้เห็นคนไข้อยู่ตรงหน้า ได้ถามคำถามที่ไม่มีในแบบฟอร์ม และได้ตัดสินใจโดยรู้ตัวว่าเราต้องรับผิดชอบ

ถึงตรงนี้ ผมอยากชวนให้เราลองตั้งคำถามกับตัวเองครับว่า...

“ถ้าพรุ่งนี้มีผู้ช่วยคนใหม่ที่ไม่รู้จักเหนื่อยมาทำงานในร้านยาหรือห้องยาของเรา เราจะเขียนคู่มือให้เขาว่าอย่างไร งานไหนทำเองได้ งานไหนต้องเรียกเรา และเรื่องไหนห้ามแตะเด็ดขาด?”

ถ้าเราตอบได้ชัด เราก็พร้อมเป็นผู้กำกับ AI แล้วครับ
แต่ถ้ายังตอบไม่ได้ อาจไม่ใช่ AI ที่ยังไม่พร้อม
อาจเป็นระบบงานของเราเองที่ยังไม่เคยถูกเขียนออกมาให้ชัดเลยสักครั้ง
แล้วพบกันฉบับหน้าครับ สวัสดีครับ

สแกนเข้าถึงเอกสารอ้างอิง

จาก AI ที่ “ช่วยคิด” สู่ AI ที่ “ลงมือทำ”

โดย : ดร.ภก.ธเนศ เฟื่องฟู



Global Pharma Digest : Stay Updated

ข้อแนะนำการใช้ยา Donanemab อย่างเหมาะสม (Donanemab: Appropriate use recommendations)

จาก Rabinovici, G. D., Selkoe, D. J., Schindler, S. E., Aisen, P., Apostolova, L. G., Atri, A., Greenberg, S. M., Hendrix, S.B., Petersen, R. C., Weiner, M., Salloway, S., & Cummings, J. (2025). Donanemab: Appropriate use recommendations. The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease. 12(5), 100150. https://doi.org/10.1016/j.tjpad.2025.100150

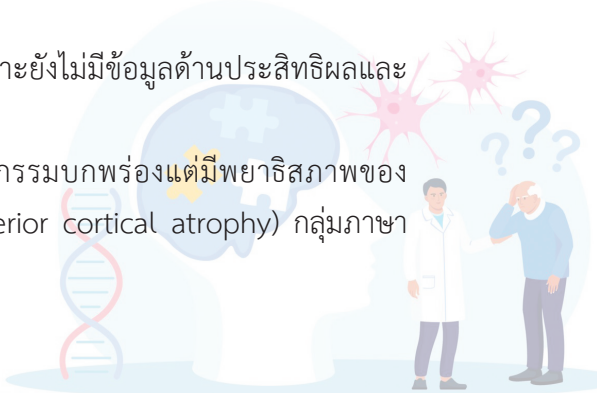
Donanemab (ชื่อการค้า Kisunla®) เป็น monoclonal antibody (IgG1) ที่ออกฤทธิ์จับกับ amyloid-β (Aβ) ชนิดที่ถูกดัดแปลง (pyroglutamate-modified Aβ) ซึ่งพบในคราบอะไมลอยด์ (amyloid plaques) ของสมองผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ และเหนี่ยวนำให้เกิดการกำจัดคราบ Aβ โดย macrophage ยานี้ได้รับการอนุมัติในสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ. 2024 สำหรับรักษาผู้ป่วย โรคอัลไซเมอร์ระยะเริ่มมีอาการ งานวิจัยนี้จัดทำ **"ข้อแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม (Appropriate Use Recommendations; AUR)"** เพื่อช่วยให้แพทย์นำ donanemab ไปใช้จริงอย่างปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยอ้างอิงข้อมูลจากการทดลองทางคลินิกและความเห็นผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้ป่วยที่เหมาะสมในการรักษาด้วย Donanemab

1.1 ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยที่เหมาะสมควรอยู่ในระยะเริ่มต้นของโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ Mild Cognitive Impairment (MCI) หรือภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น (mild dementia)

- โดยทั่วไปมีคะแนน MMSE (Mini Mental State Exam) ประมาณ 20–30 คะแนน
- ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้
- ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะปานกลางถึงรุนแรง เพราะยังไม่มีข้อมูลด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย
- ผู้ป่วยอาจไม่มีกลุ่มอาการด้านความจำเสื่อม-พุทธิปัญญา-พฤติกรรมบกพร่องแต่มีพยาธิสภาพของอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุ เช่น กลุ่มที่มีปัญหาด้านการมองเห็น (posterior cortical atrophy) กลุ่มภาษาบกพร่องแบบ logopenic-variant



1.2 การยืนยันพยาธิสภาพอะไมลอยด์

ต้องมีหลักฐานยืนยันว่ามีการสะสมของ amyloid-β ในสมอง โดยใช้วิธี

- Amyloid PET scan (อ่านผลแบบ positive/negative) หรือ
- ตรวจน้ำไขสันหลัง (CSF biomarkers) เช่น อัตราส่วน Aβ42/Aβ40 หรือ p-tau/Aβ42 ขณะนี้ยังไม่แนะ นำให้ใช้ผลตรวจเลือดเพียงอย่างเดียว ในการตัดสินใจรักษาเนื่องจากยังไม่ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการ

1.3 Tau PET

การตรวจ tau PET ไม่จำเป็นสำหรับการเริ่มรักษาในเวชปฏิบัติจริง แต่หากมีข้อมูล อาจช่วยประเมินโอกาสได้ผลของยาได้ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มี tau ต่ำหรือปานกลาง จะตอบสนองต่อยาได้ดีกว่า

2. ข้อควรพิจารณาด้านความปลอดภัยก่อนเริ่มยา

2.1 การตรวจ MRI

ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจ MRI สมองก่อนเริ่มยา (ไม่เกิน 12 เดือน) เพื่อคัดกรองความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน โดยห้ามใช้ CT แทน MRI และไม่ควรให้ยาในผู้ป่วยที่พบ cerebral microbleeds มากกว่า 4 จุด cortical superficial siderosis ภาวะหลอดเลือดสมองผิดปกติเด่นชัด และ white matter disease รุนแรง

2.2 การตรวจยีน APOE

แนะนำให้ตรวจ APOE genotype ก่อนเริ่มยา เนื่องจากผู้ที่มียีน APOE ε4 โดยเฉพาะชนิด homozygous จะมีความเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา (ARIA) สูงกว่าอย่างชัดเจน ซึ่งจะต้องอธิบายความเสี่ยง ประโยชน์ และผลกระทบต่อครอบครัวให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนตัดสินใจ

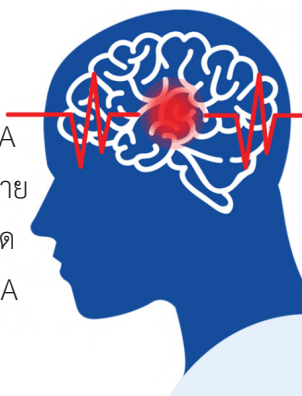
3. การให้ยา Donanemab

- ให้ยาแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เดือนละครั้ง
- ขนาดยาที่ใช้คือ 700 มก. จำนวน 3 ครั้งแรก จากนั้นเพิ่มเป็น 1,400 มก. ทุก 4 สัปดาห์
- ใช้เวลาหยดยาประมาณ 30 นาที
- มีการเฝ้าระวังอาการแพ้หรืออาการผิดปกติหลังให้ยา โดยเฉพาะใน 4 ครั้งแรก มีข้อมูลใหม่เสนอว่าการไต่ระดับขนาดยาช้าลง อาจช่วยลดความเสี่ยงของภาวะ ARIA ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

4. ภาวะแทรกซ้อนสำคัญ: ARIA

Amyloid-Related Imaging Abnormalities (ARIA) เป็นผลข้างเคียงที่สำคัญ โดยแบ่งเป็น

- ARIA-E: สมองบวมน้ำ
- ARIA-H: เลือดออกขนาดเล็กหรือรอยเลือดออกในสมอง ประมาณ 25% ของผู้ที่เกิด ARIA จะมีอาการ เช่น ปวดศีรษะ สับสน เวียนศีรษะ การเดินหรือการมองเห็นผิดปกติ ในบางรายอาจรุนแรงถึงชัก หรือเสียชีวิต (พบได้น้อย) การติดตาม ต้องตรวจ MRI ซ้ำตามกำหนดก่อนให้ยาครั้งที่ 2, 3, 4 และ 7 และตรวจทันทีหากสงสัยว่าเกิด ARIA หากพบ ARIA ต้องชะลอหรือหยุดยา จนกว่าจะประเมินความปลอดภัยอีกครั้ง



5. การหยุดการรักษา

แพทย์อาจพิจารณาหยุดยาเมื่อตรวจ Amyloid PET แล้วแสดงผลว่าไม่มีคราบอะไมลอยด์หลงเหลืออยู่ โดยมักประเมินหลังเริ่มรักษาไป 12–18 เดือน

สรุป Donanemab เป็นยาใหม่ในกลุ่ม monoclonal antibody ที่ช่วย ชะลอการดำเนินโรคอัลไซเมอร์ในระยะเริ่มต้น แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังสูง การคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม การตรวจยืนยันพยาธิสภาพ การติดตาม MRI อย่างใกล้ชิด และการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว เป็นหัวใจสำคัญของการใช้ยานี้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยก่อนหน้านี้มียาในกลุ่มนี้หลายตัวที่ไม่ประสบผลสำเร็จที่น่าพอใจ เป็นความหวังว่าในระยะต่อไป หากข้อมูลที่เพิ่มขึ้นสามารถยืนยันประสิทธิผลของยานี้ได้ ก็จะสามารถชะลอการดำเนินไปของโรคนี้ และช่วยผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวได้อีกเป็นจำนวนมาก

ยุคใหม่ของการรักษา Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy ด้วย Mavacamten



จาก Woodland, M., & Al-Horani, R. A. (2023). New Era: Mavacamten for Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy. Cardiovascular & hematological agents in medicinal chemistry, 21(2), 78–83. https://doi.org/10.2174/1871525721666221019095218

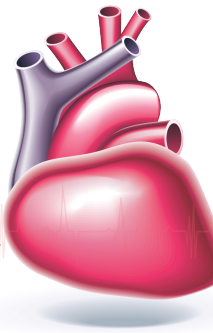


Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy (OHCM) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจหนาผิดปกติที่มีการอุดกั้นทางออกของหัวใจห้องล่างซ้าย เกิดจากความหนาของผนังกั้นหัวใจแบบไม่สมมาตร โรคนี้มีความสัมพันธ์กับการกลายพันธุ์ของยีนที่เข้ารหัสโปรตีนในซาร์โคเมียร์ เช่น actin, β-myosin heavy chain, titin และ troponin ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ การนำไฟฟ้า และแรงหดตัวของหัวใจ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และการเสียชีวิตเฉียบพลัน ในอดีตที่ผ่านมา การรักษา OHCM เน้นการควบคุมอาการด้วยยาและทำหัตถการ จนกระทั่งมีการพัฒนา mavacamten ซึ่งเป็นยาตัวแรกที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อกลไกของโรค โดยได้รับการอนุมัติจากองค์การอาหารและยาสหรัฐอเมริกา (FDA) ในปี ค.ศ. 2022 สำหรับผู้ป่วย OHCM ที่มีอาการ (NYHA class II–III) ยานี้เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการรักษาเชิงเภสัชวิทยา

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy

OHCM เป็นโรคทางพันธุกรรมแบบ autosomal dominant แต่สามารถเกิดจากการกลายพันธุ์ใหม่ได้ มักไม่แสดงอาการในวัยเด็ก และอาจตรวจพบครั้งแรกจากเหตุการณ์รุนแรง เช่น การเสียชีวิตเฉียบพลันในวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะในนักกีฬา การหนาตัวของผนังกั้นหัวใจห้องล่างซ้ายทำให้เกิดการอุดกั้นการไหลเวียนเลือดออกจากหัวใจ ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักและเกิดความผิดปกติด้านพลังงานของกล้ามเนื้อหัวใจ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก ใจสั่น เป็นลม เวียนศีรษะ และบวมจากภาวะหัวใจล้มเหลว โรคมีลักษณะดำเนินไปเรื่อย ๆ และเพิ่มความเสี่ยงต่อ atrial fibrillation, stroke และ sudden cardiac death

2. Mavacamten: กลไกการออกฤทธิ์และคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา



Mavacamten (MYK-461) เป็นยาชนิดรับประทาน ออกฤทธิ์เป็น allosteric inhibitor ของ cardiac myosin ATPase โดยลดจำนวน actin–myosin cross-bridges ที่ก่อให้เกิดแรงหดตัว ส่งผลให้แรงบีบตัวของหัวใจลดลงอย่างเหมาะสม และปรับสมดุลการใช้พลังงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ยาช่วยเปลี่ยน myosin ไปสู่สภาวะ super-relaxed state ซึ่งเป็นภาวะประหยัดพลังงาน ผลทางคลินิกที่สำคัญคือ การลดการอุดกั้นของ left ventricular outflow tract (LVOT) การลดแรงดันการเติมเลือดของหัวใจ และการเพิ่มสมรรถภาพในการออกกำลังกาย

3. หลักฐานทางคลินิก

การอนุมัติ mavacamten อ้างอิงจากการศึกษา EXPLORER-HCM และการติดตามระยะยาว EXPLORER-LTE ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาเป็นเวลา 30 สัปดาห์ มีการปเลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านความสามารถในการออกกำลังกาย ระดับ NYHA functional class การลด LVOT gradient คุณภาพชีวิตโดยรวมซึ่งผลในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยยังคงอยู่เมื่อให้ยาต่อเนื่องระยะยาว (เฉลี่ยมากกว่า 1 ปี)

4. เภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพันธุศาสตร์

Mavacamten มีการดูดซึมดีมาก (bioavailability >85%) มี half-life ยาว (ประมาณ 6–9 วันในผู้ที่เป็น normal metabolizer) และจับกับโปรตีนในพลาสมาสูง (97–98%) การเปลี่ยนแปลงหลักเกิดผ่านเอนไซม์ CYP2C19 และ CYP3A4 ประเด็นสำคัญทางคลินิกคือ ความแตกต่างทางพันธุกรรมของ CYP2C19 โดยผู้ที่เป็น poor metabolizer จะมีระดับยาและ half-life สูงกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญ จึงจำเป็นต้องระวังการเกิดพิษจากยาและติดตามการทำงานของหัวใจอย่างใกล้ชิด

5. อาการไม่พึงประสงค์และข้อควรระวัง

Mavacamten มี Boxed Warning เนื่องจากอาจทำให้ LVEF ลดลงและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจาก systolic dysfunction จำเป็นต้องตรวจ echocardiography ก่อนเริ่มยาและระหว่างการรักษาไม่ควรเริ่มยาในผู้ป่วยที่มี LVEF <55% และต้องหยุดยาหาก LVEF ลดต่ำกว่า 50% อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ได้แก่ เวียนศีรษะ และเป็นลม ยานี้อาจก่อให้เกิดพิษต่อทารกในครรภ์ จึงต้องยืนยันว่าไม่มีการตั้งครรภ์ และใช้การคุมกำเนิดที่เหมาะสม

6. ข้อห้ามใช้และปฏิกิริยาระหว่างยา

ห้ามใช้ mavacamten ร่วมกับยาที่เป็น CYP3A4 หรือ CYP2C19 inhibitors/inducers ที่แรงหรือปานกลางถึงแรง เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว ยานี้ถูกควบคุมการใช้ภายใต้โปรแกรม CAMZYOS REMS เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

สรุป

Mavacamten เป็นยากลุ่มใหม่ที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อกลไกระดับโมเลกุลของ OHCM โดยตรงถือเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของการรักษา จากการบรรเทาอาการไปสู่การแก้ไขกลไกของโรค ยานี้มีศักยภาพสูงในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง ภายใต้การติดตามการทำงานของหัวใจและการจัดการปฏิกิริยาระหว่างยาอย่างใกล้ชิด เหมาะสำหรับการนำไปใช้ในบริบทการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางด้านหัวใจ



สมุนไพรไทย
โดย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย วิสุทธิพรต กลุ่มวิชาเคมีเภสัชและยาจากธรรมชาติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ

น้ำมันไพล :

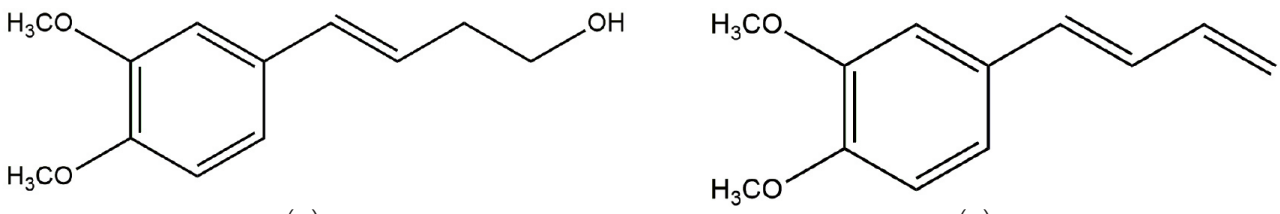
จากภูมิปัญญาไทยสู่ผลิตภัณฑ์สมุนไพรบนพื้นฐานวิทยาศาสตร์



ไพล (*Zingiber montanum* (J.Koenig) Link ex A.Dietr.) เป็นสมุนไพรที่บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและเภสัชกรรมคุ้นเคยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะการนำเหง้าไพลมาใช้เป็นยาภายนอกสำหรับบรรเทาอาการปวด บวม เคล็ดขัดยอก และอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก หนึ่งในผลิตภัณฑ์ที่สะท้อนภูมิปัญญาดังกล่าวได้อย่างชัดเจนคือ **“น้ำมันไพล”** หรือผลิตภัณฑ์น้ำมันที่มีสารสำคัญจากเหง้าไพลเป็นองค์ประกอบ ซึ่งนอกจากมีการศึกษาวิจัยที่ยืนยันถึงประสิทธิผลในเชิงคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการบรรเทาอาการปวดอักเสบของกล้ามเนื้อแล้ว น้ำมันไพลยังถูกกำหนดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญตำรับยาใช้ภายนอกในบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้านสมุนไพร (คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ, 2566) ความน่าสนใจของน้ำมันไพลในปัจจุบันไม่ได้อยู่เพียงที่การเป็นผลิตภัณฑ์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ยังรวมถึงการที่องค์ความรู้ด้านเภสัชวิทยา เคมีของสารธรรมชาติ และการศึกษาทางคลินิก เริ่มช่วยอธิบายว่าเหตุใดไพลจึงถูกใช้มาอย่างยาวนานในการบรรเทาอาการปวดและการอักเสบ

โดยพื้นฐานแล้ว ไพลเป็นพืชล้มลุกในวงศ์ Zingiberaceae เช่นเดียวกับขิงและขมิ้น ส่วนที่ใช้เป็นยาคือ เหง้า (rhizome) ซึ่งมีน้ำมันหอมระเหยและสารกลุ่มฟีนิลบิวทานอยด์ (phenylbutanoids) เป็นองค์ประกอบสำคัญ องค์ประกอบทางเคมีของน้ำมันหอมระเหยจากไพลอาจแตกต่างกันตามพันธุ์ แหล่งปลูก อายุของเหง้า วิธีการเตรียมวัตถุดิบ และวิธีการสกัด งานวิจัยที่วิเคราะห์น้ำมันหอมระเหยจากเหง้าไพลพบสารสำคัญหลายกลุ่ม โดยองค์ประกอบที่พบในปริมาณสูง ได้แก่ สารกลุ่ม terpenoids, curcuminoids และ phenylbutanoids (Han, Kim, Piao, Jung, & Seo, 2021; W. Wisuitiprot et al., 2025) องค์ประกอบทางเคมีที่หลากหลายและมีคุณสมบัติต้านการอักเสบที่เหมือนกัน ส่งผลให้น้ำมันไพลไม่ได้หมายถึงสารเคมีเพียงชนิดเดียว แต่เป็นระบบของสารธรรมชาติหลายชนิดที่อาจออกฤทธิ์ร่วมกัน ดังนั้น คุณภาพของน้ำมันไพลจึงขึ้นอยู่กับทั้งชนิดและปริมาณของสารสำคัญ ตลอดจนกระบวนการผลิตและการเก็บรักษา สารประกอบกลุ่ม phenylbutanoids จัดเป็นสารประกอบหลักที่ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์จากไพลมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ โดยเฉพาะ (E)-4-(3’,4’-dimethoxyphenyl)-but-3-en-1-ol (compound D) และ ((E)-1-(3',4'-dimethoxyphenyl)butadiene) (DMPBD) (Han, Kim, Jeong, Lee, & Seo, 2005; Jeenapongsa, Yoovathaworn, Sriwatanakul, Pongprayoon, & Sriwatanakul, 2003) ซึ่งเป็นสารที่ได้รับความสนใจอย่างมาก เนื่องจากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าสามารถลดการอักเสบเฉพาะที่ได้ สารประกอบ phenylbutanoids ทั้ง 2 ชนิดมีกลไกการออกฤทธิ์

ต้านการอักเสบผ่านการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ cyclooxygenase ซึ่งเป็นกลไกที่คล้ายคลึงกับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs: NSAIDs) (Koontongkaew, Meesuk, Aupaphong, Ayudhaya, & Poachanukoon, 2013) ถึงแม้ว่าไพลจะมีองค์ประกอบสำคัญคือสารประกอบกลุ่ม phenylbutanoids ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ แต่สารประกอบกลุ่มนี้ไม่ใช่เพียงองค์ประกอบเดียวที่ส่งผลให้ไพลมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ไพลยังมีองค์ประกอบทางเคมีอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบเช่นเดียวกัน ได้แก่ monoterpenes (Chooluck, Singh, Sathirakul, & Derendorf, 2012) และ curcuminoids ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการส่งเสริมการออกฤทธิ์ (synergistic effect) ในการต้านการอักเสบ และฤทธิ์ทางชีวภาพอื่น ๆ (Boonyanugomol, Kraisriwattana, Rukseree, Boonsam, & Narachai, 2017)



(ก) (ข)

รูปที่ 1 แสดงโครงสร้างทางเคมีของ Compound D (ก) และ DMPBD (ข)

น้ำมันไพล



ในมุมมองของผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับไพลเพื่อบรรเทาการอักเสบของกล้ามเนื้อและข้อ น้ำมันไพลจัดเป็นวัตถุดิบที่นำมาใช้เป็นองค์ประกอบหลักของผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ปัจจุบันการ เตรียมน้ำมันไพลเพื่อใช้เป็นวัตถุดิบมี 2 วิธี ได้แก่ การกลั่นและการทอด น้ำมันไพลที่ได้จากวิธีการกลั่นจัดเป็นน้ำมันหอมระเหย (essential oil) ชนิดหนึ่ง โดยมีลักษณะค่อนข้างใส ไม่มีสีและมีกลิ่นหอม ในขณะที่น้ำมันไพลที่ได้จากกระบวนการทอดเหง้าไพลร่วมกับน้ำมันพืช จะได้น้ำมันไพลที่มีสีเหลืองใส และมีกลิ่นตามน้ำมันพืชที่ใช้เตรียมน้ำมันไพล น้ำมันที่ได้จากการเตรียมทั้ง 2 กระบวนการถูกนำไปใช้เป็นองค์ประกอบสำคัญของผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการปวดและการอักเสบโดยน้ำมันทั้งสองชนิดที่เป็นส่วนประกอบในผลิตภัณฑ์รูปแบบต่าง ๆ ล้วนได้รับการยืนยันถึงประสิทธิผลทางคลินิกในการบรรเทาอาการปวดและการอักเสบของกล้ามเนื้อ (Chongmelaxme et al., 2017; Manimmanakorn et al., 2016; Wisuitiprot et al., 2019) ถึงแม้ว่าน้ำมันไพลที่เตรียมได้จากกระบวนการทั้ง 2 รูปแบบจะมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดและการอักเสบที่เหมือนกัน แต่การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมพบว่าน้ำมันไพลทั้ง 2 ชนิดมีองค์ประกอบทางเคมีที่แตกต่างกัน จากการวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมีพบว่า น้ำมันไพลที่ได้จากกระบวนการกลั่นมีองค์ประกอบทางเคมีที่สำคัญ ได้แก่ monoterpenes และ DMPBD ในขณะที่น้ำมันไพลที่ได้จากกระบวนการทอดร่วมกับน้ำมันพืชมีองค์ประกอบทางเคมีที่สำคัญ ได้แก่ monoterpenes, compound D, DMPBD และ curcuminoids (Singharach, Thongpraditchote, Anantachoke, & Temsiririrkkul, 2020; V. Wisuitiprot et al., 2025) ซึ่งความแตกต่างขององค์ประกอบทางเคมีดังกล่าวจึงส่งผลให้น้ำมันไพลทั้งสองชนิดมีลักษณะทางกายภาพที่แตกต่างกันอีกด้วย

การพัฒนาน้ำมันไพลจากภูมิปัญญาไทยไปสู่ผลิตภัณฑ์สมุนไพร



จากข้อมูลองค์ประกอบทางเคมีของน้ำมันไพลทั้ง 2 ชนิด จะเห็นได้ว่าน้ำมันไพลที่เตรียมด้วยกระบวนการทอดร่วมกับน้ำมันพืช มีองค์ประกอบทางเคมีที่เกี่ยวข้องกับการต้านการอักเสบหลายชนิด โดยเฉพาะ compound D ซึ่งตรวจพบเฉพาะในน้ำมันไพลที่ได้จากการทอด น้ำมันไพลที่ได้จากการทอดจึงเป็นวัตถุดิบที่น่าสนใจสำหรับการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการปวดและการอักเสบของกล้ามเนื้อ อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญของน้ำมันไพลที่เตรียมโดยการทอดคือ ลักษณะทางกายภาพ โดยน้ำมันไพลทอดมักพบปัญหาด้านสีของผลิตภัณฑ์ ซึ่งอาจทำให้เกิดการเปรอะเปื้อนเสื้อผ้า นอกจากนี้ น้ำมันไพลที่ได้จากการทอดมักมีกลิ่นหืนเนื่องจากปฏิกิริยาออกซิเดชัน ดังนั้น การพัฒนาผลิตภัณฑ์โดยนำน้ำมันไพลที่ได้จากการทอดมาเป็นองค์ประกอบจึงจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ผลิตภัณฑ์นอกจากมีประสิทธิผลที่ดีแล้ว ยังมีความเหมาะสมต่อการใช้งานและได้รับการยอมรับจากผู้บริโภคอีกด้วย นอกเหนือจากลักษณะทางกายภาพและองค์ประกอบทางเคมีที่ต้องคำนึงถึงแล้ว ปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาน้ำมันไพลจากองค์ความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยไปสู่ผลิตภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ยังต้องคำนึงถึงแหล่งที่มาของวัตถุดิบ กระบวนการเตรียมที่ได้มาตรฐาน และการควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์

หากสามารถพัฒนาน้ำมันไพลให้มีมาตรฐานเป็นไปตามที่กำหนดไว้ได้ ทิศทางที่น่าสนใจของน้ำมันไพลในอนาคตจึงไม่ใช่เพียงการเพิ่มปริมาณการผลิต แต่คือการเปลี่ยนจาก traditional herbal preparation ไปสู่ standardized herbal product ซึ่งจะทำให้น้ำมันไพลเป็นตัวอย่างที่ดีของการเปลี่ยนผ่านจากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยสู่ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านองค์ประกอบทางเคมี ฤทธิ์ต้านการอักเสบ และการบรรเทาอาการปวดในเชิงคลินิก



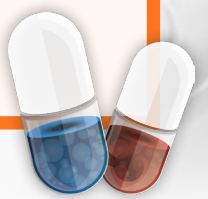
สแกนเข้าถึงเอกสารอ้างอิง

น้ำมันไพล: จากภูมิปัญญาไทยสู่ผลิตภัณฑ์สมุนไพรบนพื้นฐานวิทยาศาสตร์

โดย : ศรัณยา ยังดี[1], ประวิทย์ บุตรวงษ์[1], โชติภัค กุศลาไสยานนท์[1], พงศ์ลภัส กลิ่นพิบูลย์[2], ธีระ ฤทธิรอด[1]
คณะเภสัชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา[1], กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์[2]



Suzetrigine: ทางเลือกใหม่ของยาระงับปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ สำหรับอาการปวดเฉียบพลัน



บทคัดย่อ

อาการปวดเฉียบพลันระดับปานกลางถึงรุนแรงเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ ขณะที่ยาระงับปวดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดด้านอาการไม่พึงประสงค์หลายประการ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนข้อมูลของ Suzetrigine (JOURNAVX; เดิมคือ VX-548) ยาระงับปวดชนิดรับประทานที่ไม่ใช่โอปิออยด์ ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งช่องโซเดียมที่ควบคุมด้วยศักย์ไฟฟ้าชนิด $Na_V1.8$ โดยครอบคลุมกลไกการออกฤทธิ์ เภสัชจลนศาสตร์ ประสิทธิผล ความปลอดภัย และการใช้ทางคลินิก การศึกษาระยะที่ 2 และ 3 พบว่า Suzetrigine ลดอาการปวดเฉียบพลันได้ดีกว่ายาหลอก อย่างไรก็ตามการศึกษาระยะที่ 3 ไม่ได้แสดงว่ามีประสิทธิผลในการลดอาการปวดเหนือกว่า Hydrocodone Bitartrate/Acetaminophen (HB/APAP) ตามตัวชี้วัดรองที่กำหนดไว้ และไม่ได้ออกแบบเพื่อทดสอบการไม่ด้อยกว่า (noninferiority) หรือการเทียบเท่า (equivalence) จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า Suzetrigine มีประสิทธิผลเทียบเท่าหรือไม่ด้อยกว่า HB/APAP นอกจากนี้ควรคำนึงถึงอันตรกิริยาระหว่างยาที่เกี่ยวข้องกับ CYP3A และยังไม่มีการศึกษาการใช้ เพื่อรักษาอาการปวดเฉียบพลันนานเกิน 14 วัน ด้านความปลอดภัย อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากกว่ายาหลอก ได้แก่ อาการผื่นคัน กล้ามเนื้อหดเกร็ง ระดับ Creatine phosphokinase ในเลือดเพิ่มขึ้น Suzetrigine จึงเป็นอีกทางเลือกสำหรับรักษาอาการปวดเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามยังจำเป็นต้องมีข้อมูลเพิ่มเติมด้านประสิทธิผลเปรียบเทียบผลต่อการลดการใช้โอปิออยด์ และความปลอดภัยจากการใช้จริงในระยะยาว ทั้งนี้ Suzetrigine ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนและยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย แต่ Suzetrigine ได้รับการอนุมัติจากองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (U.S. Food and Drug Administration; FDA) ในข้อบ่งใช้สำหรับรักษาอาการปวดเฉียบพลันระดับปานกลางถึงรุนแรงรวมถึงอาการปวดหลังผ่าตัด (moderate to severe acute pain, including postoperative pain) ในผู้ใหญ่[8]



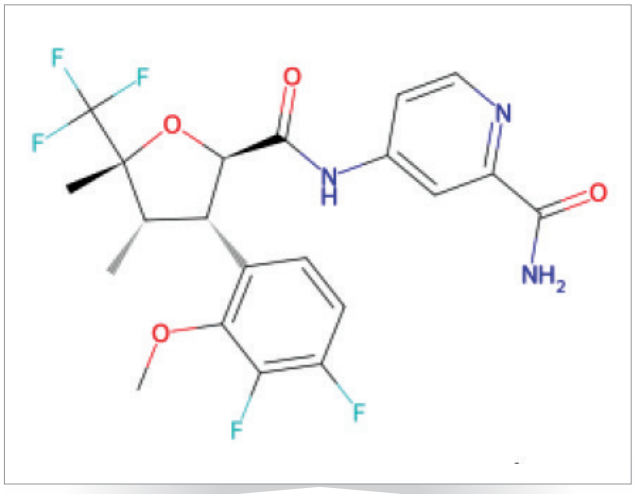
บทนำ

อาการปวดเฉียบพลันเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะภายหลังการผ่าตัด และผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังได้รับการระงับปวดไม่เพียงพอ[1] การทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 31–58 มีอาการปวดหลังผ่าตัดระดับปานกลางถึงรุนแรงในช่วง 1–14 วัน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล[2] การควบคุมความปวดที่ไม่เพียงพอสัมพันธ์กับการฟื้นตัวล่าช้า คุณภาพชีวิตลดลง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดได้[3]

Paracetamol และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs; NSAIDs) เป็นยาระงับปวดที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตาม Paracetamol มีข้อจำกัดด้านขนาดยาสูงสุดต่อวันและความเสี่ยงเกิดพิษต่อตับเมื่อใช้เกินขนาดที่แนะนำ[4] ขณะที่ NSAIDs อาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหาร ไต การทำงานของเกล็ดเลือด และระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยบางกลุ่ม[1,5] ส่วนโอปิออยด์ซึ่งใช้รักษาความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง อาจทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ง่วงซึม และกดการหายใจ รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการพึ่งพิงยาและการติดยา[6] ข้อจำกัดดังกล่าวทำให้มีความสนใจในการพัฒนายาระงับปวดที่ออกฤทธิ์ผ่านเป้าหมายอื่น โดย $Na_V1.8$ เป็นช่องโซเดียมที่ควบคุมด้วยศักย์ไฟฟ้า (voltage-gated sodium channel) ในเซลล์ประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย และมีบทบาทสำคัญต่อการส่งสัญญาณความปวด จึงเป็นเป้าหมายที่น่าสนใจสำหรับการพัฒนายาระงับปวดชนิดใหม่[7]

คุณสมบัติทางเคมี

Suzetrigine เป็นยาปิดกั้นช่องโซเดียม (sodium channel blocker) โดยมีสูตรโมเลกุล $C_{21}H_{20}F_5N_3O_4$ และน้ำหนักโมเลกุล 473.39 g/mol มีลักษณะเป็นของแข็งสีขาวถึงขาวนวลและละลายน้ำได้น้อยมาก[8,9]



รูปที่ 1 โครงสร้างทางเคมีของ Suzetrigine (ที่มา: PubChem[9])

กลไกการออกฤทธิ์

Suzetrigine ออกฤทธิ์ยับยั้งช่องโซเดียมที่ควบคุมด้วยศักย์ไฟฟ้าชนิด $Na_V1.8$ อย่างจำเพาะ ซึ่งเป็นช่องโซเดียมที่พบในเซลล์ประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย และมีบทบาทในการส่งสัญญาณความปวด[7] Suzetrigine จับกับบริเวณรับรู้ศักย์ไฟฟ้าที่ 2 (voltage-sensing domain 2; VSD2) ของ $Na_V1.8$ และทำให้ช่องดังกล่าวคงอยู่ในภาวะปิด ส่งผลให้การกระตุ้นเซลล์ประสาทและการส่งสัญญาณความปวดลดลง[7] โดยมีความจำเพาะต่อ $Na_V1.8$ มากกว่าช่องโซเดียมชนิดอื่นอย่างน้อย 31,000 เท่า[7] ส่วน M6-SUZ ซึ่งเป็นเมแทบอไลต์ที่ออกฤทธิ์ มีความแรงในการยับยั้ง $Na_V1.8$ ในหลอดทดลอง (in vitro) น้อยกว่า Suzetrigine ประมาณ 3.7 เท่า[8]

เภสัชจลนศาสตร์

Suzetrigine มีค่ามัธยฐานของเวลาที่ระดับยาในเลือดสูงสุด (median T_{max}) ประมาณ 3 ชั่วโมง (ช่วง 1.50–5.03 ชั่วโมง) ปริมาตรการกระจายยาปรากฏ (apparent volume of distribution) เฉลี่ย 495 ลิตร การจับกับโปรตีนในพลาสมา (plasma protein binding)

ประมาณร้อยละ 99 และค่าครึ่งชีวิต (effective half-life) เฉลี่ย 23.6 ชั่วโมง เมื่อให้ยาซ้ำตามขนาดที่แนะนำ พบว่าที่ภาวะคงที่ (steady state) มีค่าพื้นที่ใต้กราฟความเข้มข้นของยากับเวลาในช่วง 24 ชั่วโมง (AUC_{0-24h}) เฉลี่ย 11.5 µg·h/mL และความเข้มข้นสูงสุดในเลือด (C_{max}) เฉลี่ย 0.62 µg/mL โดยใช้เวลาประมาณ 3 วันจึงเข้าสู่ร้อยละ 90 ของระดับที่ภาวะคงที่ และมีอัตราส่วนการสะสมเฉลี่ย (mean accumulation ratio) เท่ากับ 3.4 ทั้งนี้ Suzetrigine ถูกเปลี่ยนแปลงโดยเอนไซม์ CYP3A เป็นหลัก หลังให้ยาที่ติดฉลากกัมมันตรังสี ตรวจพบกัมมันตภาพรังสี (radioactivity) ในอุจจาระร้อยละ 49.9 และในปัสสาวะร้อยละ 44.0 ส่วนการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือไขมันปานกลางทำให้ median T_{max} ของ suzetrigine ช้าลงจาก 3 ชั่วโมงเป็น 5 ชั่วโมง แต่ไม่มีผลต่อ C_{max} และ AUC ของ Suzetrigine และ M6-SUZ[8]

ผลทางคลินิก

การศึกษาระยะที่ 2 ของ Jones และคณะ (2566) ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดตกแต่งผนังหน้าท้อง (abdominoplasty) จำนวน 303 ราย และการผ่าตัดแก้ไขนิ้วหัวแม่เท้าผิดรูป (bunionectomy) จำนวน 274 ราย พบว่า VX-548 ขนาด เริ่มต้น 100 มิลลิกรัม ตามด้วย 50 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมง ให้ค่าผลรวมถ่วงน้ำหนักของผลต่างระดับความปวดในช่วง 48 ชั่วโมง (time-weighted sum of the pain intensity difference from 0 to 48 h; SPID48) ดีกว่ายาหลอก ขณะที่ขนาดยาที่ต่ำกว่าให้ผลใกล้เคียงกับยาหลอก[10] ต่อมา การศึกษาระยะที่ 3 ของ Bertoch และคณะ (2568) จำนวน 2 การศึกษา ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด abdominoplasty จำนวน 1,118 ราย และหลัง bunionectomy จำนวน 1,073 ราย พบว่า Suzetrigine ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดผลลัพธ์หลัก (primary endpoint) ด้าน SPID48 เมื่อเทียบกับยาหลอก อย่างไรก็ตามทั้งสองการศึกษาไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดผลลัพธ์รองข้อแรก (first key secondary endpoint) ซึ่งกำหนดให้ทดสอบความเหนือกว่ายา HB/APAP โดยในการศึกษาหลัง การผ่าตัด bunionectomy กลุ่ม HB/APAP มีค่า SPID48 ดีกว่ากลุ่ม Suzetrigine อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาไม่ได้ออกแบบเพื่อทดสอบการไม่ด้อยกว่า (noninferiority) หรือการเทียบเท่า (equivalence) จึงไม่สามารถสรุปได้ว่ามีประสิทธิผลเทียบเท่าหรือไม่ด้อยกว่า HB/APAP[11] การศึกษาระยะที่ 3 ของ McCoun และคณะ (2568) เป็นการศึกษาแบบเปิดและมีกลุ่มศึกษาเดียว (open-label, single-arm) ในผู้ป่วยจำนวน 256 ราย ให้ข้อมูลการใช้ Suzetrigine ในอาการปวดเฉียบพลันระดับปานกลางถึงรุนแรงจากสาเหตุที่หลากหลาย นานสูงสุด 14 วัน[8,12] เนื่องจากไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถประเมินประสิทธิผลเทียบกับยาระงับปวดชนิดอื่นได้โดยตรง[12]

ขนาดยา และอันตรกิริยาระหว่างยา

ขนาดยาเริ่มต้นที่แนะนำของ Suzetrigine คือ 100 มิลลิกรัม รับประทานขณะท้องว่าง อย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อนอาหารหรือ 2 ชั่วโมงหลังอาหาร จากนั้นให้รับประทาน 50 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง โดยเริ่มเมื่อครบ 12 ชั่วโมงหลังยาขนาดแรก ทั้งนี้ขนาดยาต่อมาสามารถรับประทานพร้อมหรือไม่พร้อมอาหารก็ได้ ซึ่งควรใช้ยาในระยะเวลาสั้นที่สุดเท่าที่สอดคล้องกับเป้าหมายการรักษา และยังไม่มีการศึกษาการใช้ Suzetrigine เพื่อรักษาอาการปวดเฉียบพลันนานเกิน 14 วัน[8]

Suzetrigine และ M6-SUZ เป็นสารตั้งต้นของเอนไซม์ CYP3A (CYP3A substrate) โดย Suzetrigine มีข้อห้ามใช้ร่วมกับยาที่ยับยั้งเอนไซม์ CYP3A ระดับแรง (strong CYP3A inhibitor) ส่วนการใช้ร่วมกับยาที่ยับยั้งเอนไซม์ CYP3A ระดับปานกลาง (moderate CYP3A inhibitor) จำเป็นต้องปรับแผนการให้ยา และควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับยาที่เหนี่ยวนำเอนไซม์ CYP3A ระดับแรงหรือระดับปานกลาง (strong or moderate CYP3A inducer) รวมถึงหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีเกรปฟรุตระหว่างการรักษา นอกจากนี้ Suzetrigine มีฤทธิ์เหนี่ยวนำ CYP3A จึงอาจลดระดับของยาที่เป็นสารตั้งต้นซึ่งไวต่อการเปลี่ยนแปลงโดย CYP3A (sensitive CYP3A substrate) ได้[8]

สำหรับผู้ที่รับประทานยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนที่มีโปรเจสตินอื่นนอกเหนือจาก levonorgestrel หรือ norethindrone ควรใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่ใช้ฮอร์โมนร่วมด้วย หรือเลือกวิธีคุมกำเนิดอื่นระหว่างการรักษาและต่อเนื่องเป็นเวลา 28 วันหลังหยุดยา ผู้ป่วยที่มีภาวะตับบกพร่องระดับปานกลางจำเป็นต้องปรับแผนการให้ยา ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะตับบกพร่องรุนแรง (Child-Pugh class C) ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยา ส่วนผู้ที่มีอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (estimated glomerular filtration rate; eGFR) ตั้งแต่ 15 mL/min/1.73 m^2 ขึ้นไปไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยา แต่ควรหลีกเลี่ยงการใช้เมื่อ eGFR ต่ำกว่า 15 mL/min/1.73 m^2 เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการศึกษา[8]



อาการไม่พึงประสงค์

ข้อมูลความปลอดภัยของ Suzetrigine มาจาก 2 การศึกษาระยะที่ 3 แบบปิดบังสองทางที่มีกลุ่มควบคุมของ Bertoch และคณะ ซึ่งมีผู้ป่วยที่ได้รับ Suzetrigine จำนวน 874 ราย ร่วมกับการศึกษาแบบเปิดกลุ่มศึกษาเดียวของ McCoun และคณะ ซึ่งมีผู้ป่วยอีก 256 ราย อาการไม่พึงประสงค์ที่พบในสัดส่วนตั้งแต่ร้อยละ 1 ขึ้นไปและมีอุบัติการณ์สูงกว่ากลุ่มยาหลอก ได้แก่ อาการคัน (ร้อยละ 2.1 เทียบกับร้อยละ 1.6 ในกลุ่มยาหลอก) กล้ามเนื้อหดเกร็ง (ร้อยละ 1.3 เทียบกับร้อยละ 0.5) ระดับเอนไซม์ creatine phosphokinase (CPK) ในเลือดสูงขึ้น (ร้อยละ 1.1 เทียบกับร้อยละ 0.5) และผื่น (ร้อยละ 1.1 เทียบกับร้อยละ 0.5) โดยส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง[8,11] อาการคลื่นไส้หรืออาเจียนหลังผ่าตัด abdominoplasty พบร้อยละ 20, 33 และ 25 ในกลุ่ม Suzetrigine, HB/APAP และยาหลอก ตามลำดับ ส่วนในกลุ่ม bunionectomy พบร้อยละ 9, 16 และ 12 ตามลำดับ[8,11] ข้อมูลดังกล่าวเป็นอุบัติการณ์ที่พบในแต่ละกลุ่ม จึงไม่เพียงพอที่จะสรุปว่า Suzetrigine มีความปลอดภัยเหนือกว่า HB/APAP

สรุป

Suzetrigine เป็นยาระงับปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งช่องโซเดียมชนิด $Na_V1.8$ โดยหลักฐานทางคลินิกสนับสนุนประสิทธิผลในการลดอาการปวดเฉียบพลันระดับปานกลางถึงรุนแรงเมื่อเทียบกับยาหลอก อย่างไรก็ตาม การศึกษาระยะที่ 3 ไม่แสดง superiority เหนือ HB/APAP และไม่ได้ออกแบบเพื่อทดสอบ noninferiority หรือ equivalence จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า Suzetrigine มีประสิทธิผลเทียบเท่าหรือไม่ด้อยกว่า HB/APAP11 นอกจากนี้ ข้อมูลผลต่อการลดการใช้โอปิออยด์ยังมีจำกัด และหลักฐานส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระยะสั้น ขณะที่ข้อมูลด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้จริงในระยะยาวยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

สแกนเข้าถึงเอกสารอ้างอิง

SUZETRIGINE: ทางเลือกใหม่ของยาระงับปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์สำหรับอาการปวดเฉียบพลัน

หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

CPE
2 Credits

ระบบการเฝ้าระวังและความสำคัญของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในประเทศไทย

กวินทรา แสนจันทร์[1], ธีรภัทร จินตนธรรม[2], จันทิรา รอดเดช[1] , นิภิทธา จุลนิธิ[1], รัชตะ อุลมาน[3] , วาสนา นักฟ้อน[4], ธีระ ฤทธิรอด[4]
[1]ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
[2]คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, [3]ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์,
[4]คณะเภสัชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

Drug Safety Surveillance and the Importance of Adverse Drug Reactions in Thailand

Kawintha Saenchan[1], Teerapat Jintanatham[2], Jantira Roddech[1], Nipitha Jullanithi[1], Ratchata Unlamarn[3], Theera Rittirod[4], Wasana Nakfon[4]
[1]Department of Pharmacy, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
[2]Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University
[3]Department of Pharmacy, Buriram Hospital, [4]Faculty of Pharmacy, Nakhon Ratchasima College

บทคัดย่อ

บทความนี้นำเสนอพัฒนาการและสถานการณ์ปัจจุบันของระบบงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา (Pharmacovigilance; PV) ในประเทศไทย ซึ่งครอบคลุมกระบวนการตรวจจับ ประเมิน ทำความเข้าใจ และป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยมีเป้าหมายหลักในการคุ้มครองผู้บริโภคและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาของไทยมีพัฒนาการที่ต่อเนื่องยาวนานกว่า 4 ทศวรรษ โดยมีจุดเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2526 เมื่อประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิกลำดับที่ 26 ของโครงการเฝ้าระวังยานานาชาติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) นับแต่นั้นเป็นต้นมาระบบได้รับการพัฒนาต่อเนื่องจนนำมาสู่การจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Health Product Vigilance Center; HPVC) ในปี พ.ศ.2551 ซึ่งปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ประเมินสมรรถนะของศูนย์ฯ ให้อยู่ในระดับมาตรฐานสากลที่ Maturity Level 3 ข้อมูลจากฐานข้อมูลกลาง Thai Vigibase ซึ่งเป็นฐานข้อมูลกลางของประเทศไทยที่ใช้รวบรวมรายงานเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สะท้อนให้เห็นถึงขีดความสามารถของระบบได้อย่างชัดเจน โดยมีรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 จนถึงสิ้นปี พ.ศ.2568 รวมกว่า 1,106,646 ฉบับ เฉพาะในปี พ.ศ.2568 มีรายงานที่นำมาวิเคราะห์ได้ถึง 40,025 ฉบับ โดยส่วนใหญ่เป็นอาการไม่พึงประสงค์ชนิดไม่ร้ายแรง (ร้อยละ 67.99) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และกลุ่มยาที่ถูกรายงานสูงสุด คือ กลุ่มยาต้านการติดเชื้อ (ร้อยละ 35.01) ในด้านการพัฒนาระบบ ปัจจุบันได้นำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาใช้อย่างเต็มรูปแบบ ทั้งระบบรายงานออนไลน์และ Data Mining Algorithm เพื่อตรวจจับสัญญาณอันตรายเชิงรุกและนำไปสู่การจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามปัญหาการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง รวมถึงวัฒนธรรมที่กังวลต่อการถูกตำหนิเมื่อเกิดความผิดพลาด ยังคงเป็นความท้าทายที่ต้องเร่งแก้ไข บทความจึงเน้นย้ำถึงความสำคัญของการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อขับเคลื่อนความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: งานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา, อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, การตรวจจับสัญญาณอันตราย, การจัดการความเสี่ยง, วัฒนธรรมความปลอดภัย, ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ, ไทยวิจิเบส

Abstract

This article presents the development and current status of Thailand's Pharmacovigilance system, encompassing the processes of detecting, assessing, understanding, and preventing adverse drug reactions, with the primary objectives of consumer protection and the promotion of rational drug use. Thailand's drug safety surveillance system has evolved continuously over more than 4 decades. Its origins trace back to 1983, when Thailand became the 26th member of the World Health Organization's (WHO) International Drug Monitoring Programme. The system has since advanced significantly, culminating in the establishment of the Health Product Vigilance Center (HPVC) in 2008. The Center has subsequently been evaluated by WHO and recognized as meeting international standards at Maturity Level 3. The capacity of the system is clearly reflected in data drawn from the Thai Vigibase central database, which contains a cumulative total of more than 1,106,646 safety reports from 1984 through the end of 2025. In 2025 alone, 40,025 reports were available for analysis. The majority of these cases involved non-serious adverse reactions (67.99%), with a higher prevalence observed among female patients. Anti-infective agents accounted for the largest proportion of reported drug groups, representing 35.01% of all reports. In terms of system advancement, digital technologies have been fully integrated into current operations, including online reporting systems and data mining algorithms designed to enable proactive signal detection and more effective risk management. Nevertheless, underreporting remains a persistent challenge, compounded by a prevailing culture of blame that discourages healthcare professionals from reporting errors. This article therefore underscores the critical importance of fostering a safety culture with the ultimate aim of sustaining the highest standard of patient safety.

Keywords: Pharmacovigilance, Adverse Drug Reactions, Signal Detection, Risk Management, Safety Culture, Health Product Vigilance Center, Thai Vigibase

บทนำและวิวัฒนาการของการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในประเทศไทย

การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา(Pharmacovigilance) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก(World Health Organization; WHO) หมายถึง “ศาสตร์และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตรวจหา การประเมิน การทำความเข้าใจ และการป้องกันผลไม่พึงประสงค์ หรือปัญหาอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับยาและวัคซีน” โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัย[1,2,3]

ระบบงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาของประเทศไทยมีรากฐานที่ยาวนานกว่า 4 ทศวรรษ โดยมีจุดเริ่มต้นในช่วงปี พ.ศ.2523 ถึง 2526 เมื่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มทำโครงการนำร่องเพื่อศึกษารูปแบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นระบบการรายงานแบบสมัครใจ และนำไปสู่การจัดตั้ง "ศูนย์ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction Monitoring Center; ADRMC)" อย่างเป็นทางการในปี พ.ศ.25262 จากนั้นในปี พ.ศ.2527 ประเทศไทยได้ก้าวสู่เวทีนานาชาติด้วยการเข้าเป็นสมาชิกลำดับที่ 26 ของ WHO Program for International Drug Monitoring เพื่อประสานความร่วมมือด้านความปลอดภัยของยาในระดับโลก[2,3]

เครือข่ายการเฝ้าระวังได้ขยายตัวอย่างมีนัยสำคัญในช่วงปี พ.ศ.2535 ถึง 2540 ด้วยการจัดตั้งศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์ระดับเขตในส่วนภูมิภาค ครอบคลุมโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนกว่า 1,000 แห่งทั่วประเทศ และในปี พ.ศ.2540 ได้มีการขยายขอบเขตการดำเนินงานให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกประเภทในความรับผิดชอบของ อย. ไม่ว่าจะเป็นยาเสพติด อาหาร เครื่องสำอาง และเครื่องมือแพทย์[2] ต่อมาในปี พ.ศ.2551 ได้มีการปรับเปลี่ยนชื่อศูนย์ฯ จาก ADRMC มาเป็น "ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Health Product Vigilance Center: HPVC)" เพื่อให้สอดรับกับภารกิจที่กว้างขึ้น ซึ่งไม่เพียงครอบคลุมการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แต่ยังรวมถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในรูปแบบอื่น เช่น ความคลาดเคลื่อนทางยา และการใช้ยาไม่ตรงตามข้อบ่งใช้[2] ตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 เป็นต้นมา ระบบงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาของไทยได้ก้าวเข้าสู่ยุคดิจิทัล โดยเริ่มจากการนำระบบรายงานออนไลน์มาใช้เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการรับรายงาน และในช่วงปี พ.ศ.2562 ถึง 2565 ได้มีการพัฒนาระบบติดตามเฉพาะด้านเพิ่มเติม เช่น ระบบรับรายงานปัญหาจากผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ และระบบติดตามความปลอดภัยเชิงรุกสำหรับวัคซีน COVID-19 ผ่านแอปพลิเคชัน จนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยมีฐานข้อมูลกลางที่เรียกว่า Thai Vigibase ซึ่งรวบรวมรายงานสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 จนถึงสิ้นปี พ.ศ.2568 ได้มากกว่า 1,106,646 ฉบับ[2,9]

นิยาม การจำแนกประเภท และระดับความร้ายแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

สำหรับการทำความเข้าใจระบบงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา จำเป็นต้องเข้าใจความแตกต่างระหว่างคำศัพท์พื้นฐานที่เกี่ยวข้องก่อนดังนี้

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยาม Pharmacovigilance (PV) ว่า "เป็นศาสตร์และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตรวจจับหรือหา การประเมิน ความเข้าใจ และการป้องกัน อาการไม่พึงประสงค์หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา" ในขณะที่ Good Pharmacovigilance Practice (GCP) ของสหภาพยุโรป ให้ความหมายว่า "กระบวนการและศาสตร์ว่าด้วยการติดตามความปลอดภัยของยา และการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยง และเพิ่มประโยชน์ของยา" โดยขอบเขตของงานนี้ประกอบด้วย การรวบรวม จัดการข้อมูลความปลอดภัยของยา การตรวจจับสัญญาณอันเป็นความเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงความปลอดภัยของยา การประเมินข้อมูลและตัดสินใจจัดการความเสี่ยงที่ค้นพบเชิงรุก เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจสัมพันธ์กับการใช้ยา โดยให้รวมถึงการดำเนินการทางกฎหมาย การสื่อสารข้อมูลความเสี่ยงให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนการตรวจสอบกระบวนงานที่สำคัญและผลลัพธ์ของการดำเนินการดังกล่าว

ปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มีการกำหนดบัญญัติศัพท์ภาษาไทยสำหรับคำว่า Pharmacovigilance (PV) อย่างเป็นทางการ HPVC และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในฐานะหน่วยงานหลักของประเทศที่รับผิดชอบงานดังกล่าวนี้ ได้ใช้คำว่า “งานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาหรือ งานเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยา” แทนคำว่า Pharmacovigilance

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) และ International Council for Harmonisation (ICH) ได้กำหนดนิยามของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event/Experience; AE) ไว้ในแนวทาง ICH E2D เรื่อง Post-Approval Safety Data Management ว่า หมายถึง อาการหรือเหตุการณ์ทางการแพทย์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังหรือระหว่างการใช้ผลิตภัณฑ์ยา โดยไม่จำเป็นต้องมีหลักฐานแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างเหตุการณ์ดังกล่าวกับผลิตภัณฑ์ยาที่ใช้ และองค์การอนามัยโลก และ ICH E2A ให้นิยาม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction; ADR) ว่า "เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจและเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ โดยเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในขนาดปกติ เพื่อป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษาโรค หรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของร่างกาย" ทั้งนี้ ไม่รวมปฏิกิริยาที่เกิดจากการใช้ยาในทางที่ผิดและผิดวิธี อาจเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา (type A ADR /drug reaction) หรืออาจเกิดจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ ปฏิกิริยาที่ไม่สามารถอธิบายกลไกการเกิดได้ (type B reaction ADR) รวมถึงการเกิดอันตรกิริยาต่อกันของยา แต่ในการวิจัยทางคลินิกก่อนอนุมัติทะเบียน ICH E2A ได้ให้ความหมายที่ครอบคลุมถึง ปฏิกิริยาที่เป็นอันตราย และเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ ที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับการใช้ยาในระดับที่อาจจะใช่ (possible) ขึ้นไป ไม่ว่าเกิดในขนาดใดก็ตาม ให้จัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยา

อาการข้างเคียง (Side Effect; S/E) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจเมื่อใช้ยาในขนาดปกติที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของยา กล่าวคือ อาการข้างเคียง คือ ADR ประเภท type A เกี่ยวข้องกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

ในขณะที่ ADR คือ AE ที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างยาที่ใช้กับเหตุการณ์ที่เกิดในระดับอาจจะใช่ ขึ้นไป อย่างไรก็ตาม หากเป็นการรายงานที่ได้รับผ่านระบบ spontaneous report ซึ่งผู้รายงานสงสัยว่ายาที่ใช้เป็นสาเหตุของ AE ที่เกิดขึ้น ก็จะถือว่าเหตุการณ์ดังกล่าวเป็น ADR แม้ผลการประเมินความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ อาจจะอยู่ในระดับไม่น่าใช่/สงสัย (unlikely/doubtful) หรือไม่สามารถจัดระดับได้ (unclassified) หรือข้อมูลที่มีอยู่ไม่พอที่จะประเมิน (un-assessable) ก็ตาม ให้รายงานเป็น ADR พร้อมระบุผลการประเมินดังกล่าวข้างต้นได้ ในกรณีที่สามารถระบุสาเหตุการเกิดได้ชัดเจนว่าไม่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของยา ก็ให้รายงานเป็นสาเหตุอื่น พร้อมระบุสาเหตุการเกิด

อาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่คาดหมายมาก่อน (unexpected ADR) หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่มีลักษณะความรุนแรงหรือผลลัพธ์ ที่ไม่สอดคล้องกับฉลาก/เอกสารกำกับยาในประเทศ หรือของผู้รับอนุญาตหรือไม่สามารถคาดเดาได้จากคุณลักษณะของยา เช่น การเกิดภาวะผื่นผิวหนังรุนแรงกลุ่ม Stevens-Johnson syndrome (SJS) ภายหลังใช้ยา dimenhydrinate ในกรณีที่ไม่แน่ใจ ให้ถือว่าเป็น unexpected ADR ทั้งนี้

รวมถึงกรณีเสียชีวิตจาก expected ADR ให้ถือว่าการเสียชีวิตเป็น unexpected ADR เว้นเสียแต่ว่าได้ระบุไว้ในฉลาก/เอกสารกำกับยาว่า ADR ดังกล่าวอาจเป็นเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้[4]

การจำแนกประเภทตามกลไกการเกิด

ทางการแพทย์จำแนก ADR ออกเป็น 2 ประเภทหลักตามกลไกการเกิด5 ประเภทแรกคือ Type A (Augmented) ซึ่งเป็นอาการที่คาดเดาได้จากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา มีความสัมพันธ์โดยตรงกับขนาดของยาที่ใช้ และเป็นกลุ่มที่พบบ่อยที่สุด[3,5] จุดสำคัญของ ADR ประเภทนี้คือสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงได้[5] ประเภทที่สองคือ Type B (Bizarre) ซึ่งเป็นอาการที่คาดเดาไม่ได้จากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา ไม่สัมพันธ์กับขนาดยาที่ใช้ และมักเกิดจากปฏิกิริยาภูมิแพ้หรือปฏิกิริยาจำเพาะของแต่ละคน[3,5]

การประเมินระดับความร้ายแรง

การประเมินความร้ายแรงของ ADR ถือเป็นเกณฑ์สำคัญในการกำหนดระยะเวลาการรายงานข้อมูลเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังระดับชาติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ[3,6] ระดับแรกคือ อาการไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรง ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วย ได้แก่ การเสียชีวิต การเป็นอันตรายถึงชีวิต การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือทำให้ระยะเวลาการรักษายาวนานขึ้น การเกิดความพิการถาวรหรือไร้สมรรถภาพ รวมถึงการส่งผลให้เกิดความผิดปกติในครรภ์หรือพิการแต่กำเนิด[3,6] และยังครอบคลุมเหตุการณ์สำคัญทางการแพทย์อื่น ๆ ตามการพิจารณาของบุคลากรทางการแพทย์[6] ส่วนระดับที่สองคือ อาการไม่พึงประสงค์ชนิดไม่ร้ายแรง ซึ่งหมายถึงอาการที่ไม่เข้าเกณฑ์ความร้ายแรงตามที่กล่าวข้างต้น[3]

ความถี่ในการพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

เพื่อให้เห็นภาพรวมของความเสี่ยงในระดับประชากร สภาองค์กรระหว่างประเทศว่าด้วยวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Council for International Organizations of Medical Sciences; CIOMS) ได้กำหนดกรอบการจำแนกความถี่ในการพบ ADR ไว้ 5 ระดับ ได้แก่ พบบ่อยมาก (มากกว่าร้อยละ 10) พบบ่อย (ร้อยละ 1–10) พบไม่บ่อย (ร้อยละ 0.1–1) พบได้น้อย (ร้อยละ 0.01–0.1) และพบได้น้อยมาก (น้อยกว่าร้อยละ 0.01) ข้อมูลความถี่เหล่านี้มักถูกนำไประบุไว้ในฉลากหรือเอกสารกำกับยา เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้ใช้ยาและบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป[7]

กลไกและระบบการเฝ้าระวังในปัจจุบัน

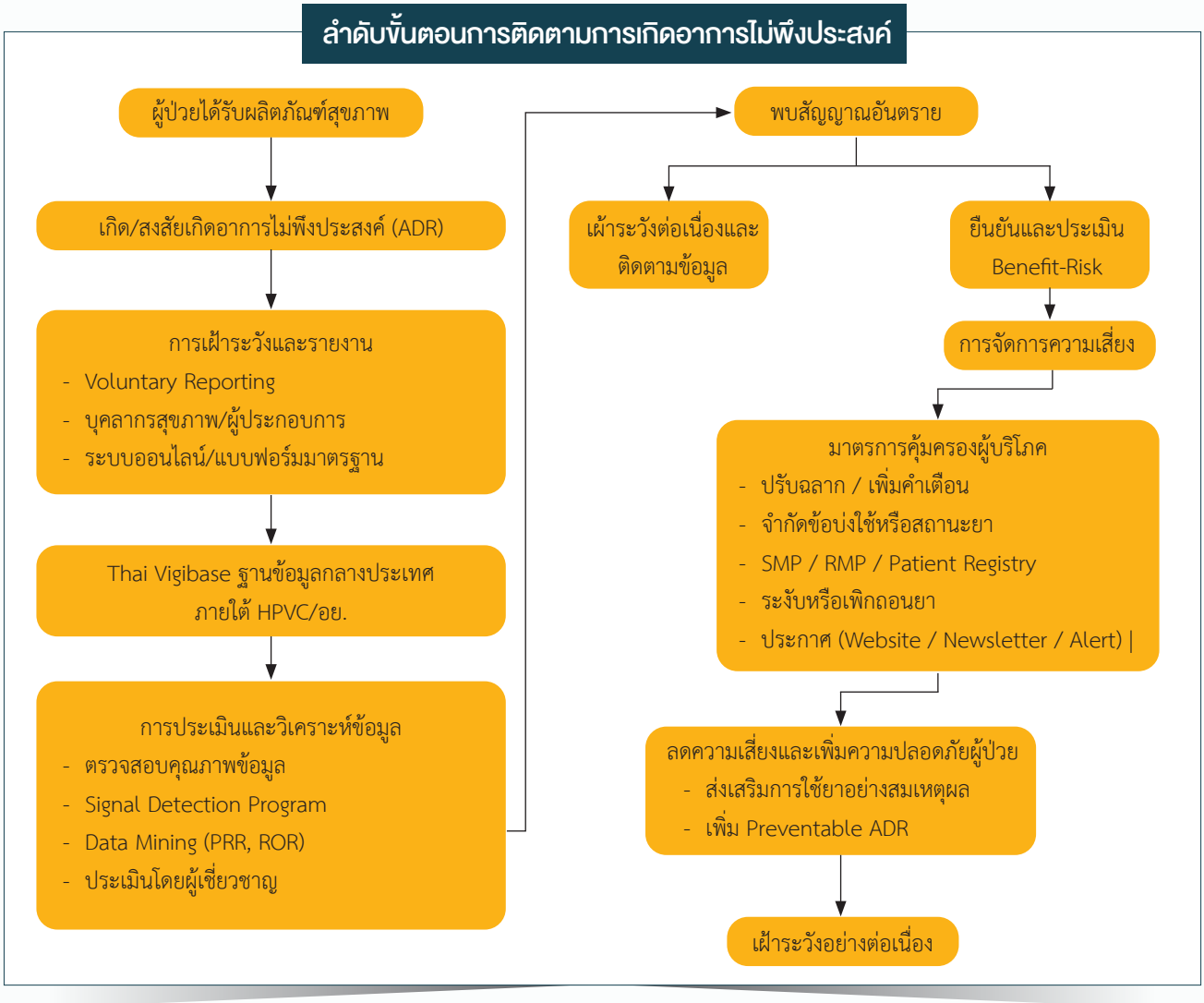
ระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในประเทศไทยปัจจุบันได้รับการพัฒนาจนมีความทันสมัยและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล โดยอยู่ภายใต้การดูแลของศูนย์ HPVC สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งทำหน้าที่บริหารจัดการฐานข้อมูลกลางของประเทศที่เรียกว่า Thai Vigibase[2] กลไกหลักของระบบคือการรายงานแบบสมัครใจ ซึ่งเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ประกอบการส่งรายงานอาการไม่พึงประสงค์ผ่านแบบฟอร์มมาตรฐาน[2,6] แม้วิธีนี้จะมีข้อดีในด้านของความประหยัดและความครอบคลุมผลิตภัณฑ์ทุกประเภท แต่ยังพบการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริงอยู่[2,5]

สำหรับยาที่เพิ่งออกสู่ตลาด ประเทศไทยได้นำระบบติดตามความปลอดภัยของยาใหม่มาใช้เพื่อให้การกำกับดูแลมีความเข้มงวดมากขึ้น โดยยาในกลุ่มนี้หลังได้รับการอนุญาตขึ้นทะเบียนแล้ว จะถูกกำหนดให้เป็น ยาควบคุมพิเศษที่ใช้เฉพาะในสถานพยาบาล และอาจเริ่มต้นจากโครงการติดตามความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ยา (Safety Monitoring Program; SMP) หรือแผนบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management Plan; RMP) จากนั้นเมื่อได้รับข้อมูลจากการใช้จริงหลังออกสู่ตลาด จะมีการประเมินสำหรับนำมาปรับประเภทและเงื่อนไขการจำหน่าย รวมทั้งแก้ไขฉลากและเอกสารกำกับยาให้เหมาะสม โดยยาที่อยู่ภายใต้ SMP จะถูกปรับเข้าสู่ระบบ RMP ในเวลาต่อมา ก่อนที่จะเข้าสู่การต่ออายุทะเบียนยาเป็นระยะ ทั้งนี้เพื่อรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงและประโยชน์อย่างใกล้ชิดก่อนอนุมัติให้ใช้ในวงกว้าง[2,3] นอกจากนี้ ยังมีกลไกเฝ้าระวังเฉพาะจุดสำหรับยากลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ การเฝ้าระวังแบบกำหนดกลุ่มเป้าหมายในคลินิกเฉพาะโรค และระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย (patient registry) ซึ่งหมายถึงระบบที่จัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงสังเกต เพื่อรวบรวมข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลอื่นที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับประเมินผลลัพธ์ในกลุ่มประชากรที่ถูกกำหนดด้วยโรค ภาวะสุขภาพ หรือการสัมผัสปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง และตอบวัตถุประสงค์ทางวิทยาศาสตร์ คลินิก หรือนโยบายที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ยังมีกลไกเฝ้าระวังเฉพาะจุดสำหรับยากลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ การเฝ้า

ระวังแบบกำหนดกลุ่มเป้าหมายในคลินิกเฉพาะโรค และระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยสำหรับยาเช่น กลุ่ม Erythropoiesis Stimulating Agents และยารักษาวัณโรคดื้อยา[2]

ในด้านการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ ระบบการเฝ้าระวังได้เปลี่ยนผ่านสู่การรายงานออนไลน์ที่ช่วยให้การส่งข้อมูลทำได้ทันทีผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต[2] ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อเฝ้าระวังเชิงรุกสำหรับวัคซีน COVID-19 และระบบ Web-based Application สำหรับติดตามผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลการใช้จริงที่ครอบคลุมประชากรจำนวนมาก ความเข้มแข็งของระบบนี้ได้รับการยืนยันจากการที่องค์การอนามัยโลกประเมินให้ระบบงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาของไทยอยู่ในระดับ Maturity Level 3 ซึ่งสะท้อนถึงสมรรถนะในระดับมาตรฐานสากล[2]

คุณภาพของข้อมูลถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบทั้งหมด บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องปฏิบัติตามกรอบระยะเวลาการรายงานอย่างเคร่งครัด[6,8] โดยกรณีเสียชีวิตจากวัคซีนหรือยาใหม่ต้องรายงานทันทีภายใน 24 ชั่วโมง ในขณะที่อาการร้ายแรงที่ไม่ได้ระบุในฉลากต้องรายงานภายใน 15 วัน[3,6] การเปลี่ยนผ่านกระบวนการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจากรูปแบบกระดาษสู่ระบบดิจิทัลนั้น ไม่เพียงลดความซ้ำซ้อนและระยะเวลาในการบันทึกข้อมูล แต่ยังช่วยยกระดับคุณภาพของรายงานเพื่อนำไปวิเคราะห์หาสัญญาณอันตรายและวางมาตรการป้องกัน อันเป็นรากฐานสำคัญของการขับเคลื่อนความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน[8]



สถานการณ์อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในประเทศไทย: ข้อมูลเชิงสถิติจากฐานข้อมูลระดับชาติ

ระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในประเทศไทยมีความเข้มแข็งและครอบคลุมในระดับมาตรฐานสากล โดยมีศูนย์ HPVC เป็นกลไกหลักในการรวบรวมข้อมูลผ่านระบบการรายงานโดยสมัครใจ ข้อมูลสถิติล่าสุดจากฐานข้อมูลระดับชาติ Thai Vigibase บันทึกยอดรายงานความปลอดภัยสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จนถึงสิ้นปี พ.ศ. 2568 รวมทั้งสิ้นกว่า 1,106,646 ฉบับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังตลอดระยะเวลาเกือบ 4 ทศวรรษ[2,9]

▶ ภาพรวมรายงานและระดับความร้ายแรง

เฉพาะในปี พ.ศ. 2568 ศูนย์ HPVC ได้รับรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 40,025 ฉบับ ครอบคลุมอาการไม่พึงประสงค์รวมทั้งสิ้น 43,902 อาการ เมื่อจำแนกตามระดับความร้ายแรง พบว่ารายงานส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่ร้ายแรง จำนวน 27,211 ฉบับ (ร้อยละ 67.99) ในขณะที่รายงานชนิดร้ายแรงมีจำนวน 9,552 ฉบับ (ร้อยละ 23.87) สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 62.57 หายเป็นปกติโดยไม่เหลือรอย อย่างไรก็ตาม มีรายงานที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 331 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 0.68 ของรายงานทั้งหมดในปีนั้น[9]

▶ ข้อมูลเชิงประชากรและปัจจัยเสี่ยง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประชากร พบว่าอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างชัดเจน โดยมีรายงานในเพศหญิง 21,572 ฉบับ (ร้อยละ 53.90) เทียบกับเพศชาย 14,406 ฉบับ (ร้อยละ 35.99) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 19–60 ปี) มีสัดส่วนรายงานสูงสุดที่ร้อยละ 43.70 รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ (61 ปีขึ้นไป) ที่ร้อยละ 28.809 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่ชี้ว่าผู้ป่วยเพศหญิงและกลุ่มอายุ 61–70 ปีเป็นกลุ่มประชากรหลักที่พบอาการไม่พึงประสงค์[5,10]

▶ กลุ่มผลิตภัณฑ์และรายการยาที่พบบ่อย

เมื่อจำแนกตามกลุ่มผลิตภัณฑ์ตามระบบการรักษา (ATC code) พบว่ากลุ่มยาฆ่าเชื้อเป็นกลุ่มที่ถูกรายงานมากที่สุดอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนถึง 15,375 รายการ (ร้อยละ 35.01) รองลงมาคือกลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจำนวน 6,749 รายการ (ร้อยละ 15.37) และกลุ่มยาต้านมะเร็งและยาที่มีฤทธิ์ปรับระบบของภูมิคุ้มกันจำนวน 5,278 รายการ (ร้อยละ 12.02) สำหรับรายการยาที่มีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์สูงสุด 5 อันดับแรกในปี พ.ศ. 2568 ได้แก่ Ceftriaxone จำนวน 2,507 ฉบับ Ibuprofen จำนวน 1,971 ฉบับ Enalapril จำนวน 1,646 ฉบับ Amlodipine จำนวน 1,328 ฉบับ และ Amoxicillin+Clavulanic acid จำนวน 1,228 ฉบับ[9]

▶ ระบบอวัยวะที่ได้รับผลกระทบ

ในด้านระบบอวัยวะที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ข้อมูลสถิติระบุว่าระบบผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังเป็นระบบที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด โดยมีรายงานถึง 25,397 รายการ (ร้อยละ 31.26) รองลงมาคือระบบภูมิคุ้มกัน (ร้อยละ 18.98) และระบบทั่วไปของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับจุดบริหารยา[9] ในระดับสถานพยาบาล อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการบวมจากการใช้ยา Amlodipine และอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการใช้ยา Tramadol[5]

ข้อมูลสถิติเหล่านี้มีคุณค่าอย่างยิ่งในการช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังเป็นรากฐานสำคัญในการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยภายใต้แนวคิด "เกิด ADR กรอกให้ครบ ส่งให้ไว ได้คุณภาพ" เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์สัญญาณอันตรายและกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงในระดับนโยบายต่อไป[5,8]

▶ระดับผลการประเมิน

อธิบายจำนวนผู้ป่วยจำนวนตามระดับผลการประเมิน possible, probable และ certain ซึ่งกรณี certain ที่อาจเกิดจากการแพ้ยาซ้ำแบบที่ตั้งใจ (rechallenge) หรือเกิดจากระบบป้องกันแพ้ยาที่ยังไม่รัดกุมเพียงพอ และจะสามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือฐานข้อมูลจาก HPVC คืนกลับให้หน่วยงานที่ทำรายงานหรือสถานพยาบาลนำไปใช้เพื่อป้องป้องกันแพ้ยาได้ หรือมีฐานข้อมูลจากแหล่งใดที่สามารถนำมาใช้ได้ เช่น HDC, หมอพร้อม PHR

การตรวจจับสัญญาณอันตรายและการจัดการความเสี่ยงด้านยา

เป้าหมายหลักของการดำเนินงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาคือการแปลงข้อมูลจากรายงานอาการไม่พึงประสงค์ให้กลายเป็นองค์ความรู้ที่นำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วย กระบวนการนี้ประกอบด้วยสองขั้นตอน ได้แก่ การตรวจจับสัญญาณอันตราย และการนำสัญญาณนั้นไปสู่การจัดการความเสี่ยงที่เป็นรูปธรรม[2,3]

▶การตรวจจับสัญญาณอันตราย

ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา คำว่า "สัญญาณ" หมายถึง ข้อมูลที่รายงานถึงความสัมพันธ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับยา ซึ่งเดิมอาจยังไม่เป็นที่รู้จักหรือมีข้อมูลไม่เพียงพอ[3] ศูนย์ HPVC ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางระดับชาติในการตรวจจับและประเมินสัญญาณเหล่านี้ โดยอาศัยทั้งฐานข้อมูล Thai Vigibase และการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเครือข่ายนานาชาติ โดยเฉพาะองค์การอนามัยโลก[2]

กระบวนการตรวจจับสัญญาณในปัจจุบันได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยมาใช้อย่างเต็มรูปแบบ โดยมี Signal Detection Program ซึ่งเป็นเครื่องมืออัตโนมัติที่ใช้คัดกรองคู่ยาที่สงสัยกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากฐานข้อมูล[2] ควบคู่กับการใช้เทคนิคทางสถิติที่เรียกว่า Data Mining Algorithm (DMA) เช่น Proportional Reporting Ratio (PRR) และ Reporting Odds Ratio (ROR) เพื่อวิเคราะห์หาความผิดปกติของสัดส่วนการรายงานยาที่สนใจเมื่อเทียบกับยาอื่นในฐานข้อมูล[3] เมื่อตรวจพบสัญญาณเบื้องต้น คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญจะทำการประเมินเชิงคลินิกเพื่อสรุปว่าเป็นสัญญาณที่ผ่านการประเมินซึ่งต้องนำไปกำหนดมาตรการจัดการต่อ หรือเป็นสัญญาณที่ถูกปฏิเสธเนื่องจากหลักฐานไม่เพียงพอ[2]

ประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สัมพันธ์กับยาในระดับสากล โดยรายงานจากไทยเป็นส่วนหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกนำไปประกอบการสร้างสัญญาณสำคัญ[2]

▶การจัดการความเสี่ยงและมาตรการคุ้มครองผู้บริโภค

เมื่อสัญญาณอันตรายได้รับการยืนยัน ผลลัพธ์จะนำไปสู่การกำหนดมาตรการทางกฎหมายและนโยบายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค[2] โดยมาตรการดังกล่าวมีหลายระดับตามความรุนแรงของปัญหา

มาตรการขั้นสูงสุดคือการเพิกถอนหรือระงับการผลิตและจำหน่าย ซึ่งใช้ในกรณีที่พิสูจน์ได้ว่ายามีความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์ ตัวอย่างที่ชัดเจน ได้แก่ การเพิกถอนทะเบียนยา Phenylbutazone สำหรับมนุษย์ และการระงับการผลิตยาชุดสมุนไพรขี้เหล็กชนิดเม็ด เนื่องจากพบรายงานภาวะตับอักเสบรุนแรง[2] ในกรณีที่ยายังมีประโยชน์แต่จำเป็นต้องใช้อย่างระมัดระวัง จะมีการปรับสถานะและจำกัดการใช้ยา เช่น การจำกัดข้อบ่งใช้ของยา Cisapride ให้รักษาเฉพาะโรคกรดไหลย้อน และการถอนยา Dipyrone ออกจากสูตรยาผสมพร้อมจัดให้เป็นยาควบคุมพิเศษที่ใช้ได้เฉพาะในโรงพยาบาล เนื่องจากความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต[2] นอกจากนี้ยังมีการปรับปรุงคำเตือนและเอกสารกำกับยา เพื่อเพิ่มข้อมูลความปลอดภัยใหม่ให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การเพิ่มคำเตือนเกี่ยวกับอาการแน่นหน้าอกในวัคซีน COVID-19 ของ AstraZeneca และ

การปรับปรุงข้อความคำเตือนในยากลุ่ม Macrolides และยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม[2] ควบคู่กับมาตรการเชิงบังคับ การสื่อสารความเสี่ยงถือเป็นองค์ประกอบที่ขาดไม่ได้ของกระบวนการจัดการความเสี่ยง โดยศูนย์ HPVC จะเผยแพร่ข้อมูลผ่าน WHO Alert System รวมถึงการประกาศทางเว็บไซต์และจดหมายข่าวความปลอดภัยด้านยา เพื่อแจ้งเตือนบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับอนุญาตผลิตหรือนำเข้ายาให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที[2,3] เป้าหมายสูงสุดของกระบวนการทั้งหมดนี้คือการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ยั่งยืน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและลดอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ในระยะยาว[2,5,8]

เครื่องมือการประเมิน ADR

naranjo' algorithm เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยในการประเมินสาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์จากยาทุกชนิดอย่างเป็นมาตรฐาน นอกจากนี้ยังถูกออกแบบมาเพื่อใช้ในการทดลองแบบควบคุมและงานวิจัยเพื่อขึ้นทะเบียนยาใหม่ มากกว่าที่จะใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกทั่วไป อย่างไรก็ตาม มาตรานี้ใช้งานง่ายและใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยในบริบทของประเทศไทยนั้น naranjo' algorithm เป็นเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้เพื่อประเมินการเกิด ADR

แบบประเมินความน่าจะเป็นของ ADR ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ซึ่งผู้ตอบสามารถเลือกได้เพียง 3 ข้อ คือ ใช่ ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ โดยแต่ละคำตอบจะมีค่าคะแนนแตกต่างกัน (-1, 0, +1 หรือ +2) ตัวอย่างคำถาม 10 ข้อแบบย่อมีดังต่อไปนี้:

- เคยมีรายงานที่สรุปแน่ชัดเกี่ยวกับปฏิกิริยานี้มาก่อนหรือไม่
- อาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาหรือไม่
- อาการไม่พึงประสงค์ดีขึ้นหรือไม่เมื่อหยุดใช้ยาหรือเมื่อให้ยาต้านฤทธิ์เฉพาะเจาะจง
- อาการไม่พึงประสงค์นั้นกลับมาปรากฏอีกหรือไม่หลังจากให้ยาซ้ำอีกครั้ง
- มีสาเหตุอื่นที่อาจทำให้เกิดปฏิกิริยานี้หรือไม่
- อาการไม่พึงประสงค์นั้นกลับมาปรากฏอีกหรือไม่หลังจากได้รับยาหลอก
- ตรวจพบยาในเลือดหรือของเหลวอื่นๆ ในปริมาณที่เป็นพิษหรือไม่
- อาการแย่ลงเมื่อเพิ่มขนาดยาหรือไม่ หรืออาการดีขึ้นเมื่อลดขนาดยาลง
- ผู้ป่วยเคยมีปฏิกิริยาแพ้ยาชนิดนี้หรือยาที่เกี่ยวข้องในลักษณะเดียวกันมาก่อนหรือไม่
- มีหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นใดที่ยืนยันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวหรือไม่

แบบฟอร์ม naranjo' algorithm และคำแนะนำวิธีการกรอกแบบฟอร์มมีดังต่อไปนี้ คะแนนรวมมีตั้งแต่ -4 ถึง +13 โดยถือว่าปฏิกิริยาเกิดขึ้นแน่นอนหากคะแนน 9 หรือสูงกว่า เกิดขึ้นได้หากคะแนน 5 ถึง 8 เป็นไปได้หากคะแนน 1 ถึง 4 และอาจเป็นไปได้หากคะแนน 0 หรือต่ำกว่า[11]

วิธีการรายงาน pharmacist vigilance

1. วิธีการเฝ้าระวังแบบ Spontaneous reporting

เป็นวิธีการหลักของระบบการเฝ้าระวังทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย เป็นวิธีการที่บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ประกอบการส่งรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่กำหนดไปยังศูนย์เฝ้าระวัง ๆ ทั้งในรูปแบบ online อีเมล และไปรษณีย์ spontaneous reporting เป็นวิธีที่ใช้ในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ทุกชนิด จุดเด่นของวิธีนี้คือ ดำเนินการได้ง่าย ค่าใช้จ่ายน้อย สามารถช่วยตรวจพบอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้นไม่บ่อย หรือพบ

ได้น้อยมาก ซึ่งอาจตรวจพบได้ยากจากการศึกษาวิจัยก่อนยาออกสู่ตลาด เพราะโดยหลักการแล้วเป็นวิธีการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมผลิตภัณฑ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกชนิด แต่ในทางปฏิบัติกลับพบปัญหาจำนวนรายงาน ADRs ในระดับที่ต่ำกว่าความเป็นจริง

2. วิธีการเฝ้าระวังแบบ Intensified (stimulated) reporting

เป็นวิธีการเฝ้าระวังแบบ spontaneous reporting แต่มีการดำเนินการกิจกรรมบางอย่างเพิ่มเติม เพื่อกระตุ้นหรืออำนวยความสะดวกในการรายงานผลิตภัณฑ์ใหม่ที่เริ่มจำหน่ายในตลาด ตัวอย่างวิธีการนี้ที่รู้จักกันโดยทั่วไป คือ Early Post-Marketing Phase Vigilance (EPPV) ของประเทศญี่ปุ่นสำหรับประเทศไทยคือการเฝ้าระวังความปลอดภัยของยาที่ได้รับอนุมัติทะเบียนตำรับยาใหม่ตามหลักเกณฑ์การติดตามความปลอดภัยผลิตภัณฑ์ยาตามลักษณะความเสี่ยง (risk-based approach safety monitoring program) ให้ผู้ประกอบการต้องติดตามความปลอดภัยของยาตามระยะเวลาที่กำหนดและการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาดังกล่าวเป็นหนึ่งในเงื่อนไขของหลักเกณฑ์ กล่าวคือ ยาที่มีความเสี่ยงสูงจะ ต้องได้รับการติดตามความปลอดภัยที่เข้มงวดกว่า เพื่อให้สามารถคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างเหมาะสม ในกรณีที่มีข้อมูลความปลอดภัยไม่เพียงพอหรือมีประเด็นด้านความปลอดภัยยาดังกล่าวอาจติดตามความปลอดภัยต่อเนื่องจนกว่าจะมีข้อมูลเพียงพอที่จะได้รับการอนุมัติปลด safety monitoring program และการเฝ้าระวังก็จะถูกปรับเปลี่ยนเป็น spontaneous reporting

3. วิธีการเฝ้าระวังแบบ Targeted spontaneous reporting

เป็นวิธีการเฝ้าระวังแบบ spontaneous reporting ที่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย (ยาหรือผู้ป่วย) และ/หรือความเสี่ยงที่สนใจ มีชุดคำถามที่ครอบคลุมทุกประเด็นของความเสี่ยง เก็บข้อมูลเฉพาะความเสี่ยงที่สนใจ ข้อดีคือ สามารถประเมินความเสี่ยงในเชิงปริมาณด้วยการคำนวณอุบัติการณ์หรืออัตรารายงานได้เพราะทราบจำนวนผู้ป่วย วิธีการนี้มีการประยุกต์ใช้เฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยาที่ใช้ในงานสาธารณสุข (public health program) ผ่านคลินิกเฉพาะโรคเช่น คลินิกผู้ป่วยวัณโรคคลินิกโรคเอดส์ คลินิกวาร์ฟาริน

4. วิธีการเฝ้าระวังแบบ Cohort event monitoring

เป็นการเฝ้าระวังเชิงรุกเป็นการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยาทางยาด้วยการสังเกตการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สงสัยว่าสัมพันธ์กับการใช้ยาหนึ่งรายการหรือมากกว่า แบบติดตามไปข้างหน้าภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทุกรายในกลุ่มจะถูกสัมภาษณ์ทั้งก่อนและหลังการรักษาเพื่อเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกชนิดตามแบบสอบถามที่กำหนด ประเทศไทยได้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ใช้ยาที่สนใจ วิธีนี้ในประเทศรู้จักกันภายใต้ชื่อ “การติดตามอย่างใกล้ชิด Intensive Monitoring Program (IMP)” ตัวอย่างเช่น โครงการเฝ้าระวังการใช้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (HIN1) แบบใกล้ชิดในบุคลากรทางการแพทย์ใน 4 จังหวัด ที่คัดเลือก โครงการเฝ้าระวัง ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพัฒนาจากสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2542

5. วิธีการเฝ้าระวังแบบการลงทะเบียนผู้ป่วย (Registry)

ในประเทศไทย มีการลงทะเบียนผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาในปี พ.ศ. 2551 ตามโครงการ “A Prospective, Immunogenicity Surveillance Registry of ESA with Subcutaneous Exposure in Thailand” เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรงชนิด pure red cell aplasia (PRCA) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใช้ยา erythropoiesis stimulating agents (ESAs) หรือการเพิ่มขึ้นของภาวะ antibody-mediated pure red cell aplasia (PRCA) จากการใช้ยา epoetin (EPO) นอกจากนี้ มีการใช้วิธีนี้ในการติดตามและบริหารจัดการเชิงรุก ด้านความปลอดภัยในการใช้ยารักษาวัณโรคดื้อยา (active drug safety monitoring and management (aDSM) for DR-TB)[2]

คุณภาพการรายงานและวัฒนธรรมความปลอดภัย

ประสิทธิภาพของระบบงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาไม่ได้ขึ้นอยู่กับความทันสมัยของกลไกการเฝ้าระวังเพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องอาศัยคุณภาพของการรายงานและวัฒนธรรมความปลอดภัยทั้งในระดับองค์กรและระดับประเทศ ข้อมูลที่ถูกส่งเข้าสู่ฐานข้อมูลระดับชาติอย่าง Thai Vigibase จะมีคุณค่าทางการแพทย์ได้ก็ต่อเมื่อมีความครบถ้วน ถูกต้อง และถูกส่งรายงานอย่างรวดเร็วพอที่จะนำไปวิเคราะห์หาสัญญาณอันตรายได้ทันเหตุการณ์[2,8]

ความท้าทายที่ระบบเฝ้าระวังทั่วโลกต้องเผชิญร่วมกัน รวมถึงประเทศไทย คือปัญหาการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ประเภท Type A ที่คาดเดาได้จากกลไกทางเภสัชวิทยาและมีความรุนแรงน้อย ซึ่งมักถูกมองข้ามหรือไม่ได้รับการบันทึกในระบบสารสนเทศหลัก[2,5] รากเหง้าสำคัญของปัญหานี้มาจาก "วัฒนธรรมการจับผิด" ที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนเกิดความกังวลว่าการรายงานอาการไม่พึงประสงค์อาจถูกตีความเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาหรือความบกพร่องในกระบวนการรักษา[5]

ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยจึงเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาระบบ โดยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติจากการจับผิดมาเป็นการเรียนรู้เพื่อป้องกัน[5] ในแง่ของคุณภาพรายงาน พิจารณาจากความครบถ้วนของข้อมูลในแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งครอบคลุมรายละเอียดผลิตภัณฑ์ยาที่สงสัย ข้อมูลผู้ป่วย การวินิจฉัยอาการ และระดับความน่าจะเป็นของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ[6]

ความรวดเร็วในการรายงานเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพของระบบ ประเทศไทยได้กำหนดกรอบระยะเวลาการรายงานที่เคร่งครัดตามระดับความร้ายแรง โดยกรณีเสียชีวิตจากการใช้ยาใหม่หรือวัคซีนต้องรายงานเบื้องต้นทันทีภายใน 24 ชั่วโมง ในขณะที่กรณีอาการร้ายแรงที่ไม่เคยระบุในฉลากยาต้องรายงานภายใน 15 วัน[3,6] การนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นระบบ AE Online Reporting หรือแบบฟอร์มรายงานออนไลน์ในโรงพยาบาลอย่าง One Link Google Form และ Health Object System ล้วนมีบทบาทสำคัญในการลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน ช่วยให้บุคลากรบันทึกข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มทั้งปริมาณและคุณภาพของรายงานในระดับประเทศ[2,8]

บทสรุปและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาระบบในอนาคต

ระบบงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาของประเทศไทยมีพัฒนาการที่ต่อเนื่องยาวนานกว่าสี่ทศวรรษ จนได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกให้อยู่ในระดับ Maturity Level 3 ความสำเร็จดังกล่าวสะท้อนออกมาผ่านหลายมิติ ทั้งความเข้มแข็งของระบบการรายงานโดยสมัครใจ ฐานข้อมูลกลาง Thai Vigibase ที่รวบรวมรายงานความปลอดภัยได้เกือบหนึ่งล้านฉบับ และการเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัลด้วยระบบรายงานออนไลน์ที่ช่วยให้การตรวจจับสัญญาณอันตรายและการจัดการความเสี่ยงเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม ระบบยังคงเผชิญกับความท้าทายที่ต้องเร่งแก้ไข โดยเฉพาะปัญหาการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะในกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ประเภท Type A ที่คาดเดาได้และมีความรุนแรงน้อย ซึ่งมักถูกมองข้ามในทางปฏิบัติ รวมถึงอุปสรรคเชิงทัศนคติจากวัฒนธรรมการจับผิดที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์กังวลว่าการรายงานอาการไม่พึงประสงค์อาจถูกเชื่อมโยงกับความคลาดเคลื่อนทางยาหรือความบกพร่องในกระบวนการรักษา

เพื่อยกระดับระบบให้ก้าวหน้าต่อไป ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาในอนาคตครอบคลุมสามด้านหลัก ด้านแรกคือการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างยั่งยืน โดยมุ่งเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรจากการจับผิดมาเป็นการเรียนรู้เพื่อป้องกัน คือกลไกสำคัญในการปกป้องผู้ป่วยในระดับนโยบาย ด้านที่สองคือการบูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศขั้นสูง ด้วยการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเข้ากับฐานข้อมูลระดับชาติโดยตรง เพื่อลดภาระงานซ้ำซ้อน

และเพิ่มความสะดวกในการบันทึกข้อมูล พร้อมกับพัฒนาความสามารถของเครื่องมือวิเคราะห์อัตโนมัติให้สามารถตรวจจับสัญญาณอันตรายเชิงรุกได้แม่นยำยิ่งขึ้น และด้านที่สามคือการพัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยง เพื่อให้เมื่อตรวจพบสัญญาณอันตรายใหม่หรือมีการออกมาตรการทางกฎหมาย ไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงฉลากหรือการเพิกถอนยา ข้อมูลเหล่านั้นสามารถสื่อสารไปยังบุคลากรหน้างานและผู้บริโภคได้อย่างทั่วถึงและทันเหตุการณ์

การเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีประโยชน์อย่างยิ่งในการรายงานข้อมูลเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย โดยการรายงานอย่างเป็นระบบช่วยให้สามารถประเมินและตรวจจับสัญญาณความเสี่ยงหรืออันตรายใหม่ รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้น้อย ซึ่งข้อมูลความปลอดภัยเหล่านี้มักมีอยู่อย่างจำกัดในช่วงก่อนที่ยาจะออกวางจำหน่ายในท้องตลาด

ข้อมูลการรายงานที่เกิดขึ้นจริงในสถานพยาบาลจะช่วยลดความรุนแรงและป้องกันอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ซ้ำในผู้ป่วย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการลดอัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และค่าใช้จ่ายทางการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น โดยข้อมูลรายงานความปลอดภัยเหล่านี้ยังเป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การวิเคราะห์เพื่อกำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัยและสมเหตุสมผลที่สุดในระบบสาธารณสุข

โดยสรุป การพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาของไทยในอนาคตไม่ใช่เพียงการยกระดับกลไกเชิงเทคนิคเพียงเท่านั้น แต่คือการสร้างพื้นที่ความปลอดภัยที่ผสานเทคโนโลยี คุณภาพข้อมูล และวัฒนธรรมองค์กรเข้าด้วยกัน เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือความปลอดภัยของผู้บริโภคและการยกระดับคุณภาพสาธารณสุขของประเทศอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Pharmacovigilance. 2025. สืบค้นเมื่อ 14/06/2026. จาก https://www.who.int/teams/regulation-prequalification/pharmacovigilance
2. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สรุปรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประจำปี 2565 (Spontaneous Reports of Adverse Drug Reactions 2022).
3. สุภารัตน์ วัฒนสมบัติ. การติดตามความปลอดภัยของยา (Pharmacovigilance) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: วิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม; 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ค. 2569]. จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=393
4. วิมล สุวรรณเกษาวงษ์. Pharmacovigilance: ศัพท์ที่ควรรู้ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: วิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม; 2559 [สืบค้นเมื่อ 29 ส.ค. 2569]. จาก: http://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=136
5. จันทิรา รอดเดช, นิภิทธา จุลนิธิ, ผันสุ ชุมวรฐายี, นนทพล ปิยวัฒนเมธา. สถิติวิเคราะห์ของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาชนิดเอ ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2568; 40(5): 642-50.
6. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; [ม.ป.ป.].
7. CIOMS Working Group III. Guidelines foe Preparing Core Clinical-Safety Information on Drug. Geneva: CIOMs; 1995.
8. กาญจน์ณภัทร ชัยวัฒนพิพัฒน์, พรรษา เอี่ยมระหงษ์, อาภัสนี ช่วยประคอง. เกิด ADR กรอกให้ครบ ส่งให้ไว ได้คุณภาพ. ใน: เอกสารประกอบงานมหกรรมคุณภาพ (Quality Conference) ครั้งที่ 31 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 30 สิงหาคม 2567; กรุงเทพฯ. 2567.
9. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สรุปรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประจำปี 2568 (Spontaneous Reports of Adverse Drug Reactions 2025).
10. นิภิทธา จุลนิธิ, จันทิรา รอดเดช, ผันสุ ชุมวรฐายี, บัณฑิต ชุมวรฐายี. อุบัติการณ์ของภาวะภูมิไวเกินจากการใช้ยากลุ่มโมโนโคลนอลแอนติบอดี ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2568; 40(6): 776-85
11. Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2012-. Adverse Drug Reaction Probability Scale (Naranjo) in Drug Induced Liver Injury. [Updated 2019 May 4]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK548069/

CPE
2 Credits

ระบบการเฝ้าระวังและความสำคัญของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในประเทศไทย
Drug Safety Surveillance and the Importance of Adverse Drug Reactions in Thailand

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

1. ตามบทความ ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (HPVC) ของประเทศไทยได้รับการประเมินสมรรถนะจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้อยู่ในระดับมาตรฐานสากลใด และประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิกลำดับที่เท่าใดของโครงการเฝ้าระวังยานานาชาติของ WHO?

ก. Maturity Level 4 และสมาชิกลำดับที่ 35
ข. Maturity Level 3 และสมาชิกลำดับที่ 35
ค. Maturity Level 4 และสมาชิกลำดับที่ 26
ง. Maturity Level 3 และสมาชิกลำดับที่ 26

2. ในการจำแนกคำศัพท์พื้นฐานทางเภสัชระบาดวิทยา ข้อใดอธิบายความแตกต่างหลักระหว่างเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction: ADR) ได้ถูกต้องที่สุด?

ก. AE ไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับการใช้ยา ส่วน ADR ต้องมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในระดับอาจจะใช่ขึ้นไป
ข. เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการวิจัยทางคลินิกเท่านั้น ส่วน ADR เป็นเหตุการณ์ที่พบหลังยาออกสู่ตลาด
ค. AE เกิดขึ้นเฉพาะจากการใช้ยาผิดวิธี ส่วน ADR เกิดขึ้นจากการใช้ยาในขนาดปกติสำหรับการรักษาเท่านั้น
ง. AE คืออาการข้างเคียงที่คาดเดาได้ตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ส่วน ADR คือปฏิกิริยาภูมิแพ้ที่ไม่สามารถคาดเดาได้

3. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาประเภท Type B (Bizarre reaction) มีลักษณะสำคัญตามข้อใด?

ก. สัมพันธ์โดยตรงกับขนาดยาและสามารถป้องกันได้ง่าย
ข. เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาหลักที่เพิ่มขึ้นของตัวยา
ค. ไม่สัมพันธ์กับขนาดยาและคาดเดาไม่ได้จากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา
ง. พบบ่อยที่สุดในเวชปฏิบัติและแปรผันตามขนาดการใช้ยา

4. การติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยา Erythropoiesis Stimulating Agents (ESAs) ที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Pure Red Cell Aplasia (PRCA) ในประเทศไทย จัดเป็นการเฝ้าระวังความปลอดภัยรูปแบบใด?

ก. Registry (การลงทะเบียนผู้ป่วย)
ข. Early Post-Marketing Phase Vigilance (EPPV)
ค. Cohort event monitoring (การติดตามกลุ่มประชากร)
ง. Targeted spontaneous reporting (การรายงานเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย)

5. หากเภสัชกรประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาด้วย Naranjo Algorithm แล้วได้คะแนนรวมเท่ากับ 7 คะแนน ผลการประเมินระดับความน่าจะเป็นจัดอยู่ในกลุ่มใด?

ก. เป็นไปได้ (Possible)
ข. อาจเป็นไปได้ / ไม่น่าใช่ (Doubtful)
ค. เกิดขึ้นได้ (Probable)
ง. เกิดขึ้นแน่นอน (Definite)

6. ตามกำหนดระยะเวลาการรายงานความปลอดภัยระดับชาติ หากพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงที่ส่งผลให้ผู้ป่วย 'เสียชีวิต' จากการใช้ยาใหม่หรือวัคซีน บุคลากรทางการแพทย์ต้องส่งรายงานเบื้องต้นภายในระยะเวลาใด?

ก. ทันทีภายใน 24 ชั่วโมง
ข. ภายใน 30 วัน
ค. ภายใน 7 วัน
ง. ภายใน 15 วัน

7. จากข้อมูลสถิติในฐานข้อมูล Thai Vigibase ปี พ.ศ. 2565 กลุ่ม ผลิตภัณฑ์ยาตามระบบการรักษา (ATC code) ใดที่มีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสูงที่สุด?

ก. กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculo-skeletal system)
ข. กลุ่มยาต้านการติดเชื้อ (Anti-infectives)
ค. กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system)
ง. กลุ่มยาระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system)

8. เครื่องมือ Data Mining Algorithm (DMA) ที่ศูนย์ HPVC นำมาใช้ในระบบ Signal Detection Program เพื่อวิเคราะห์หาความผิดปกติของสัดส่วนการรายงานคู่ยาและอาการไม่พึงประสงค์ คือเครื่องมือทางสถิติในข้อใด?

ก. Odds Ratio (OR) และ Standardized Mortality Ratio (SMR)
ข. Number Needed to Harm (NNH) และ Absolute Risk Difference (ARD)
ค. Hazard Ratio (HR) และ Relative Risk (RR)
ง. Proportional Reporting Ratio (PRR) และ Reporting Odds Ratio (ROR)

9. ตัวอย่างมาตรการจัดการความเสี่ยงด้านยาในระดับ 'เพิกถอนทะเบียนยาสำหรับมนุษย์' เนื่องจากพิสูจน์แล้วว่ายามีความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์ ตามที่ระบุในบทความคือข้อใด?

ก. การเพิ่มคำเตือนในเอกสารกำกับยา Amlodipine
ข. การจำกัดข้อบ่งใช้ของยา Cisapride
ค. การเพิกถอนทะเบียนยา Phenylbutazone
ง. การถอนยา Dipyrone ออกจากสูตรยาผสม

10. ปัจจัยเชิงวัฒนธรรมองค์กรข้อใดที่บทความระบุว่าเป็นอุปสรรคสำคัญซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาการรายงาน ADR ต่ำกว่าความเป็นจริง (Underreporting)?

ก. ข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังระดับจังหวัด
ข. การขาดแคลนระบบสารสนเทศในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล
ค. การซ้ำซ้อนของแบบฟอร์มรายงานระดับเขตและระดับชาติ
ง. วัฒนธรรมการจับผิดที่ทำให้กังวลว่าจะถูกเชื่อมโยงกับความคลาดเคลื่อนทางยา

11.ตามเนื้อหาในบทความ เหตุการณ์ในข้อใดจัดว่าเป็น "อาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่คาดหมายมาก่อน" (Unexpected ADR)?

ก. การเกิดผื่นผิวหนังรุนแรงชนิด SJS จากการใช้ยา Dimenhydrinate

ข. การเกิดอาการบวมบริเวณข้อเท้าจากการใช้ยา Amlodipine

ค. การเกิดอาการไอแห้งสม่ำเสมอจากการใช้ยา Enalapril

ง. การเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนจากการใช้ยา Tramadol

12.การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาผ่านคลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกผู้ป่วยวัณโรค หรือคลินิกผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน จัดเป็นวิธีการเฝ้าระวังรูปแบบใด?

ก. Targeted spontaneous reporting

ข. Intensified reporting

ค. Cohort event monitoring

ง. Spontaneous reporting

13.จากข้อมูลสถิติในฐานข้อมูล Thai Vigibase ปี พ.ศ. 2565 ระบบอวัยวะใดของร่างกายที่มีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสูงที่สุด?

ก. ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

ข. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ค. ระบบประสาทส่วนกลาง

ง. ระบบผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง

14.ตามบทความ ยารายการใดถูกถอนออกจากสูตรยาผสมและปรับสถานะเป็นยาควบคุมพิเศษที่ใช้เฉพาะในโรงพยาบาลเพื่อจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัย?

ก. Amlodipine ข. Cisapride ค. Phenylbutazone ง. Dipyrone

15.หากบุคลากรทางการแพทย์พบอาการไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงที่ไม่เคยระบุไว้ในฉลากยา จะต้องส่งรายงานเบื้องต้นเข้าสู่ระบบภายในระยะเวลาใด?

ก. ภายใน 30 วัน ข. ภายใน 15 วัน ค. ภายใน 24 ชั่วโมง ง. ภายใน 7 วัน

CPE
2 Credits

Reply

ฉบับประจำเดือนตุลาคม - ธันวาคม 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.....

(พับตามรอยนี้)

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ ✕ ทับข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

	ก	ข	ค	ง
1.	ก	ข	ค	ง
2.	ก	ข	ค	ง
3.	ก	ข	ค	ง
4.	ก	ข	ค	ง
5.	ก	ข	ค	ง
6.	ก	ข	ค	ง
7	ก	ข	ค	ง

	ก	ข	ค	ง
8.	ก	ข	ค	ง
9.	ก	ข	ค	ง
10.	ก	ข	ค	ง
11.	ก	ข	ค	ง
12.	ก	ข	ค	ง
13.	ก	ข	ค	ง
14	ก	ข	ค	ง
15	ก	ข	ค	ง

เรื่อง.....เลขที่สมาชิก ภสท.....

(พับตามรอยนี้)

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
40 สุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110

ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CPE .....

.....

.....

.....

.....

.....

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)

*** ท่านจะได้รับ CPE 2 หน่วยกิต **หมดเขตรับคำตอบ 31 ธันวาคม 2569** นับจากตราประทับไปรษณีย์เป็นสำคัญ
CPE จะปรากฏบนเว็บไซต์การศึกษาต่อเนื่อง หลังหมดเขตรับคำตอบ 1 เดือน ***

CPE

2 Credits *Reply*

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝาก

.....

.....

.....

กรุณาส่ง

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

40 สุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนง

เขตคลองเตย กรุงเทพฯ

10110

2 Credits *Reply*

CPE