

อย.สหรัฯ ให้การรับรอง Finerenone

ยาใหม่ตัวแรกในรอบกว่า 30 ปีสำหรับคนไข้ T1D + CKD



ฟาร์มาไน์
PHARMATIME



เมดิคอลไน์
MEDICALTIME



THAI NURSINGtime



ก้าวสู่ปีที่

www.medi.co.th

25



Biovalys Receives Three Prestigious Awards at APEA 2026 Thailand

A Milestone of Leadership, Excellence,
and Integrity



BIOVALYS CO., LTD.



Master Entrepreneur Award

Recognizes the vision and leadership driving the organization forward.

Corporate Excellence Award

Recognizes strength in business development, processes, people, and continuous value creation.

Corporate Integrity & Governance Excellence Award

Recognizes a commitment to honesty, transparency, accountability, and sound governance.

Biovalys Co., Ltd. has been honored by Enterprise Asia with three prestigious accolades at the Asia Pacific Enterprise Awards (APEA) 2026 Thailand Chapter: the Master Entrepreneur Award, the Corporate Excellence Award, and the Corporate Integrity and Governance Excellence Award.

This achievement reflects Biovalys' commitment to excellence, leadership, and good governance, alongside its dedication to creating value for patients, healthcare professionals, customers, partners, and society.

Throughout its journey, Biovalys has remained committed to being a leading biopharmaceutical distributor, placing **Quality, Safety, and Ethics** at the core of its operations and sustainable growth.

These three awards are more than markers of success — they affirm Biovalys' business philosophy and inspire the organization to continue raising its standards, building long-term trust and value for all stakeholders.

Biovalys extends its gratitude to Enterprise Asia for this recognition, and to every customer, partner, and team member who has been part of this success.

"The products Biovalys brings to the market are vaccines that meet high standards of quality and safety. We operate our business with strong ethics and professional integrity. These principles are what we value and remain committed to upholding and continuously improving, in order to create lasting value for the healthcare sector, public health, and society."

Mr. Veerachai Tarnmanee Wongse
Managing Director, Biovalys Co., Ltd.



Contents

ปีที่ 25 ฉบับที่ 447 ประจำเดือน ก.ย. - ต.ค. 2569

4 บทบรรณาธิการ

5 Cover Story

- ♦ อย.สธ.ฯ ให้การรับรอง Finerenone ยาใหม่ตัวแรกในรอบกว่า 30 ปี สำหรับคนไข้ T1D + CKD

7 จีบตายาใหม่

- ♦ Centanafadine ยาตัวแรกของยากลับใหม่ NDSRI FDA ให้การรับรองสำหรับรักษาโรคสมาธิสั้นทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก

9 บทความพิเศษ (ลูกค้า)

- ♦ STEP UP trial : semaglutide 7.2 mg กับผลลดน้ำหนักเฉลี่ย 21% ในผู้ใหญ่ที่มีโรคอ้วน ข้อมูลประสิทธิภาพ คุณภาพของการลดน้ำหนัก และบริบทการอนุมัติในประเทศไทย

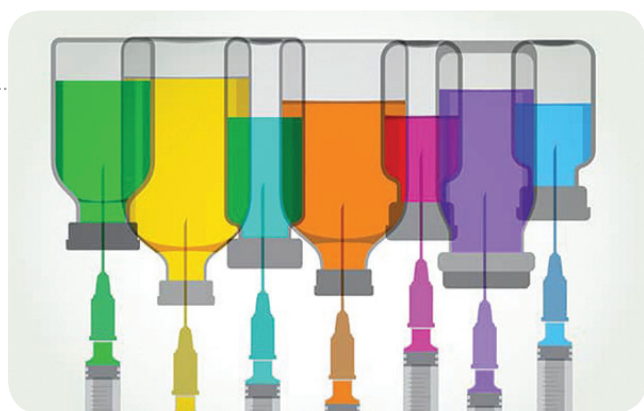
11 เจาะข่าวตลาดยา

14 บทความพิเศษ

การกลับมาของ COVID-19 พร้อมไวรัสแฝงในร่างกาย

17 รู้ทันโรค

20 ข้อมูลสุขภาพ



11

23 ส่งโรครอบโลก

27 Medical Technology

30 News in Brief

31 สารน่ารู้

33 สมุนไพรใกล้ตัว

34 ปฏิทินข่าว



27



30



33

EDITOR'S NOTE

ADVISORY BOARD

รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์
รศ.ดร.ภก.สุรินทร์ ภูมิมางกุล
ดร.ภญ.พร้อมจิต ศรีสัมพันธ์
ภญ.อุไร หนูหนักดี
พริวิทย์ พัชรินทร์ตะกุล
ภญ.ปรานี ภิญโญพัฒน์
รศ.ดร.ภญ.จุฑามณี สุทธิสีสังข์
ภก.ทวีศักดิ์ สีทองสุรณาน
ภก.สมเกียรติ มหพันธ์
ภก.นิพนธ์ ศิริชัยพรหม
ภญ.พินิดา ปัญญางาม
ภก.ศพา บัณฑิตานุกูล
พ.อ.ภก.สมโชค แดงบรรจง
ภก.ประวิทย์ ต้นติสสุวิทย์กุล
รศ.ดร.ภญ.เฉลิมศรี ภูมิมางกุล

EXECUTIVE EDITOR

รักษันณ์ จิตระทาน

ADVERTISING MANAGER

จารุวัล สุริโย

EDITORIAL DEPARTMENT

รักษันณ์ จิตระทาน

บริษัท เมดิ แอนด์ เวลเบส จำกัด

เลขที่ 158 ซ.บางขุนนนท์ 29 ถ.บางขุนนนท์
แขวงบางขุนนนท์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0 2424 3434 แฟกซ์ 0 2434 3434
E-mail : medijournal999@gmail.com

PRINTING

ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ. พรินต์
172 ถนนราษฎร์พัฒนา แขวงบางปะกอก เขตราษฎร์บูรณะ กรุงเทพฯ
10140
โทร. 063-932-1441

(ข้อความและเนื้อหาที่ปรากฏในวารสารเมดิคอลไทม์เป็นความคิดเห็นและทรรศนะเฉพาะตัวของผู้เขียนจึงอยู่เหนือความรับผิดชอบของผู้จัดทำ ผู้อ่านควรใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจรับทราบข้อมูลด้วยตนเอง)

อีกหนึ่งความสำเร็จทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย... เมื่อวันที่ 5 กันยายน 2569 เว็บไซต์ของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้เผยแพร่ประกาศรับรองความสำเร็จของประเทศไทยอย่างเป็นทางการและแสดงความชื่นชมประเทศไทยที่สามารถยุติการแพร่เชื้อหัดเยอรมันประจำถิ่น (rubella) ลงได้ โดยวัคซีนโรคหัดเยอรมันเป็นหนึ่งในวัคซีนพื้นฐานที่ฉีดให้กับเด็กไทยทุกคน ความสำเร็จของประเทศไทยครั้งนี้จึงสะท้อนถึงความต่อเนื่องของนโยบายสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขไทย ที่ทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อนมาอย่างต่อเนื่องหลายทศวรรษ และถือเป็นความสำเร็จของคนทำงานทุกระดับ ทั้งในส่วนกลาง จังหวัด อำเภอ โรงพยาบาล ห้องปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมไปถึงโรงเรียน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย ตลอดจนพ่อแม่ผู้ปกครองที่พาบุตรหลานมารับวัคซีนอย่างต่อเนื่อง จนทำให้โรคที่ครั้งหนึ่งเคยคุกคามชีวิตและอนาคตของเด็กไทย กลายเป็นโรคที่คนรุ่นใหม่แทบไม่รู้จัก...ปัจจุบันคนไทยจำนวนมากอาจไม่คุ้นเคยกับโรคหัดเยอรมัน เพราะพบผู้ป่วยน้อยลงอย่างมาก ความสำเร็จของการให้วัคซีน แต่ในอดีตโรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยเฉพาะต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก เพราะหากมีการติดเชื้อ โดยเฉพาะในระยะแรกของการตั้งครรภ์ อาจทำให้แท้ง ทารกในครรภ์เสียชีวิต หรือเกิดกลุ่มอาการหัดเยอรมันแต่กำเนิด (Congenital Rubella Syndrome: CRS) ซึ่งอาจทำให้เด็กมีความผิดปกติของหัวใจ การได้ยิน การมองเห็น และความพิการอื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว การกำจัดหัดเยอรมันจึงไม่ใช่เพียงการทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลง แต่คือการป้องกันไม่ให้เกิดต้องเกิดมาพร้อมความพิการจากโรคที่เรามีวัคซีนป้องกันได้ ประเทศไทยเริ่มแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตั้งแต่ปี 2520 และนำวัคซีนที่มีส่วนประกอบของหัดเยอรมันเข้าสู่แผนงานแห่งชาติในปี 2529 เริ่มจากให้ในเด็กหญิงวัยประถมศึกษา ก่อนขยายสู่เด็กทุกคนในปี 2536 จากนั้นได้พัฒนาการให้วัคซีนควบคู่กับระบบเฝ้าระวัง การสอบสวนโรค ระบบห้องปฏิบัติการ และการตอบโต้การระบาดมาอย่างต่อเนื่อง ความสำเร็จครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การลงทุนด้านวัคซีนและระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องสามารถเปลี่ยนอนาคตของเด็กและครอบครัวได้จริง...อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีความเสี่ยงจากผู้ติดเชื้อที่เดินทางมาจากต่างประเทศ จึงต้องรักษาระดับภูมิคุ้มกันของประชากรให้สูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะความครอบคลุมวัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน ปิดช่องว่างในพื้นที่และกลุ่มประชากรที่ยังได้รับวัคซีนไม่ครบ ตลอดจนรักษาความไวของระบบเฝ้าระวังข้อมูล ระบบห้องปฏิบัติการ และความพร้อมในการสอบสวนควบคุมโรค เพื่อรักษาสถานะการกำจัดหัดเยอรมันให้ยั่งยืน พร้อมทั้งต่อยอดความสำเร็จด้วยการเร่งรัดกำจัดโรคหัด (measles) ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญลำดับต่อไปของประเทศไทย

อย.สภ.ฯ ให้การรับรอง Finerenone ยาใหม่ตัวแรกในรอบกว่า 30 ปี สำหรับคนไข้ T1D + CKD

คนไข้โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease หรือ CKD) ที่มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes หรือ T1D) มีทางเลือกใหม่ของการรักษาที่สำคัญในรอบเวลากว่า 30 ปี เมื่อสำนักงานอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (Food and Drug Administration หรือ FDA) ให้การรับรอง finerenone (Kerendia, Bayer) สำหรับคนไข้ T1D + CKD ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพื่อลดความเสี่ยงของการมีค่าอัตราการกรองของไตที่แย่งลง และชะลอการดำเนินโรคไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage CKD)

เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2569 Bayer แจ้งว่า FDA ให้การรับรอง finerenone ซึ่งเป็นยาชนิดรับประทานเพียงวันละครั้ง ในกลุ่ม non-steroidal mineralocorticoid receptor antagonists (nsMRAs) ด้วยข้อบ่งใช้เพื่อลดสัดส่วนของอัลบูมินต่อครีเอตินินในปัสสาวะ (urinary albumin-to-creatinine ratio หรือ UACR) สำหรับคนไข้โรคไตเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นที่คาดหวังกันว่าการลด UACR จะช่วยลดความเสี่ยงของการมีค่าประมาณการอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate หรือ eGFR) ที่แย่งลง และช่วยชะลอการดำเนินโรคไปสู่ระยะสุดท้ายของโรคไตเรื้อรังหรือระยะไตวาย

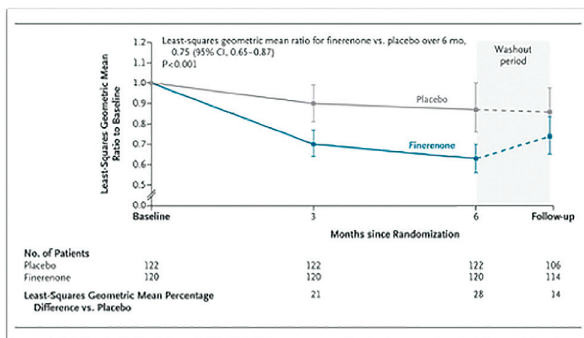


มีข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของ CKD ในคนไข้เบาหวานชนิดที่ 1 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในสหรัฐอเมริกา พบว่าแม้จะได้รับการรักษามาตรฐานเพื่อลดน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตแล้ว ซึ่งรวมถึงการใช้อินซูลินและยากลุ่ม ACE inhibitors (angiotensin-converting enzyme inhibitors)/ARBs (angiotensin-receptor blockers) แต่คนไข้เบาหวานชนิดที่ 1 ถึงราวๆ 30% ยังคงมีโรคไตเรื้อรังเกิดขึ้น ซึ่งทำให้คนไข้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและไตตามมา ดังนั้น CKD จึงเป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ของการเสียชีวิตในคนไข้เบาหวานชนิดที่ 1 ขณะที่ finerenone เป็น once-daily oral nsMRA ที่มีกลไกการออกฤทธิ์ด้วยการเข้าไปจับและยับยั้ง mineralocorticoid receptor overactivation อย่างจำเพาะเจาะจงที่หัวใจและไต

ข้อมูลหลักที่ FDA ใช้ประกอบการพิจารณาให้การรับรอง finerenone ในข้อบ่งใช้ใหม่นี้ก็คือ ผลลัพธ์ของการศึกษาที่มีชื่อว่า FINE-ONE ซึ่งเป็นการศึกษาทางคลินิกแบบ global, randomized, prospective, double-blind, placebo-controlled, multicenter, Phase III study ในคนไข้ T1D + CKD อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 242 คน ที่ถูกสุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งจำนวน 120 คน ได้รับ finerenone (ขนาด 10 หรือ 20 มิลลิกรัม ขึ้นอยู่กับค่า eGFR ของคนไข้เมื่อเริ่มต้นการศึกษา รับประทานเพียงวันละครั้ง) ขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งจำนวน 122 คนได้รับ matching placebo เสริมเข้ากับการรักษามาตรฐาน (standard of care) เพื่อรักษาอาการและโรคร่วมอื่นๆ ซึ่งรวมถึงอินซูลินและยาในกลุ่ม ACE inhibitors หรือยาในกลุ่ม ARBs

ใน FINE-ONE trial คนไข้ T1D + CKD มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 52 ปี ส่วนใหญ่ถึงราวๆ 65% เป็นผู้ชาย และเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มาโดยเฉลี่ย 32 ปี เมื่อเริ่มต้นการศึกษา คนไข้ T1D + CKD มีค่าเฉลี่ยของ UACR อยู่ที่ 549 (299–1,191) mg/g และมีค่าเฉลี่ยของ eGFR อยู่ที่ 59 mL/min/1.73 m² การศึกษานี้มีเป้าหมายหลักอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงของ UACR ที่ 6 เดือนจากค่าเมื่อเริ่มต้นการศึกษา โดย UACR เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการมี CKD progression

ผลการศึกษาของ FINE-ONE trial ที่ได้รับการนำเสนอในงานประชุม Kidney Week 2025 ของ American Society of Nephrology (ASN) ในเดือนพฤศจิกายน ปี 2568 และได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการแพทย์ *New England Journal of Medicine (NEJM)* ฉบับวันที่ 4 มีนาคม 2569 พบว่าการให้ finerenone เสริมเข้ากับ standard of care สามารถลด UACR ลงได้ถึง 28% เมื่อเทียบกับ matching placebo เสริมเข้ากับ standard of care โดยประสิทธิภาพของ finerenone ในการลด UACR เริ่มเห็นผลได้อย่างชัดเจนตั้งแต่ 3 เดือนแรกของการรักษา ด้วยค่า UACR ที่ลดลงถึง 22% เมื่อเทียบกับ matching placebo



ขณะเดียวกันพบว่ากลุ่มคนไข้ T1D + CKD ที่ได้รับ finerenone เสริมเข้ากับ standard of care มีการเปลี่ยนแปลงของค่า eGFR อยู่ที่ -5.6 mL/min/1.73 m² จากค่า eGFR เมื่อเริ่มต้นการศึกษา เทียบกับ -2.7 mL/min/1.73 m² ของกลุ่มคนไข้ T1D + CKD ที่ได้รับ matching placebo เสริมเข้ากับ standard of care

นอกจากนี้ ยังพบว่าถึงราวๆ 68% ของคนไข้ T1D + CKD ที่ได้รับ finerenone เสริมเข้ากับ standard of care ประสบความสำเร็จในการมีค่า UACR ลดลงได้ตั้งแต่ 30% ขึ้นไปจากค่า UACR เมื่อเริ่มต้นการศึกษา เทียบกับประมาณ 47% ของคนไข้ T1D + CKD ที่ได้รับ matching placebo เสริมเข้ากับ standard of care โดยการลดลงของค่า UACR ตั้งแต่ 30% ขึ้นไป เป็นเกณฑ์ที่ American Diabetes Association (ADA) กำหนดให้ใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงการชะลอของ CKD progression และพร้อมกันนั้นก็พบว่าประมาณ 9.2% ของคนไข้ในกลุ่มที่ได้รับ finerenone เสริมเข้ากับ standard of care บรรลุถึงการมีค่า eGFR ลดลงตั้งแต่ 30% ขึ้นไปจากค่า eGFR เมื่อเริ่มต้น

การศึกษา เทียบกับประมาณ 7.4% ของกลุ่มคนไข้ที่ได้รับ matching placebo เสริมเข้ากับ standard of care

ส่วนข้อมูลด้านความปลอดภัยใน FINE-ONE trial พบว่าในกลุ่มคนไข้ T1D + CKD ที่ได้รับ finerenone เสริมเข้ากับ standard of care มีอัตราของ treatment-emergent adverse events (TEAEs) อยู่ที่ 47.1% เทียบกับ 49.2% ของกลุ่มคนไข้ T1D + CKD ที่ได้รับ matching placebo เสริมเข้ากับ standard of care ขณะที่ในเรื่องอัตราของ treatment-emergent serious adverse events พบว่ากลุ่มคนไข้ T1D + CKD ที่ได้รับ finerenone มีอยู่ 11.8% เทียบกับ 11.5% ของกลุ่มคนไข้ที่ได้รับ matching placebo แต่สำหรับ hyperkalemia ซึ่งเป็นผลข้างเคียงหรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ถูกจับตาดูกันมากเป็นพิเศษ พบว่ามีรายงานของการเกิด hyperkalemia บ่อยมากกว่า (10.1%) ในกลุ่มคนไข้ที่ได้รับ finerenone เสริมเข้ากับ standard of care เทียบกับ 3.3% ของกลุ่มคนไข้ที่ได้รับ matching placebo เสริมเข้ากับ standard of care โดยมีอัตราการหยุดยาเนื่องจาก hyperkalemia อยู่ที่ 1.7% ในกลุ่มที่ได้รับ finerenone เทียบกับ 0% ของกลุ่มที่ได้รับ matching placebo

อนึ่ง ก่อนหน้านี้ finerenone ได้รับการรับรองจาก FDA เป็นครั้งแรกในเดือนกรกฎาคม ปี 2021 ด้วยข้อบ่งใช้สำหรับลดความเสี่ยงของการมี sustained eGFR decline, kidney failure, cardiovascular death, non-fatal myocardial infarction (MI) และ hospitalization for heart failure ในคนไข้ CKD ที่มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ต่อมาในเดือนกรกฎาคม ปี 2024 finerenone ก็ได้รับการรับรองจาก FDA อีกครั้งหนึ่ง ด้วยข้อบ่งใช้สำหรับรักษาคนไข้ heart failure อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มี left ventricular ejection fraction (LVEF) เท่ากับหรือมากกว่า 40%

แหล่งที่มาของข้อมูล: <https://www.bayer.com>, www.medscape.com, www.ajmc.com, www.drugs.com, www.nephjc.com, www.medpagetoday.com, *Diabetes Care*. 2024 Jun 10;47(8):1395-1399, *N Engl J Med*. 2026 Mar 5;394(10):947-957.

Centanafadine ยาตัวแรกของยากลุ่มใหม่ NDSRI FDA ให้การรับรองสำหรับรักษาโรคสมาธิสั้นทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก

www.otsuka-us.com, www.drugs.com, www.medscape.com, www.medpagetoday.com: เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2569 Otsuka Pharmaceutical แจ้งว่า centanafadine (Simtriyo) ในรูป extended-release capsule รับประทานเพียงวันละครั้ง ได้รับการรับรองจากสำนักงานอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (Food and Drug Administration หรือ FDA) สำหรับใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้น (attention-deficit hyperactivity disorder หรือ ADHD) ในผู้ใหญ่ วัยรุ่น และเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปและมีน้ำหนักอย่างน้อย 20 กิโลกรัม

Centanafadine ถือเป็นยาตัวแรกและตัวเดียวเท่านั้นในกลุ่มยาใหม่ NDSRI (norepinephrine, dopamine, serotonin reuptake inhibitor) หรือ triple reuptake inhibitor ที่ได้รับการรับรองจาก FDA ด้วยข้อบ่งใช้สำหรับรักษาโรคสมาธิสั้นทั้งในผู้ใหญ่ วัยรุ่น และเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปและมีน้ำหนักอย่างน้อย 20 กิโลกรัม ขณะเดียวกัน centanafadine ยังจัดเป็นสารกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system or CNS stimulant) ภายใต้การควบคุมของ Drug Enforcement Administration หรือ DEA ของสหรัฐอเมริกา อีกด้วย

Centanafadine มีกลไกการออกฤทธิ์ด้วยการยับยั้งกระบวนการ reuptake สารสื่อประสาท (neurotransmitters) ทั้ง norepinephrine, dopamine และ serotonin ใน attention, behavioral & mood regulation pathways ต่างๆ ในสมองไปพร้อมๆ กัน จึงทำให้ synaptic availability ของสารสื่อประสาทเหล่านี้เพิ่มขึ้นใน regulation pathways ต่างๆ ส่งผลให้ ADHD symptoms ของคนไข้ดีขึ้น



ข้อมูลสำคัญที่ FDA ใช้ประกอบการพิจารณาให้การรับรอง centanafadine ในข้อบ่งใช้ดังกล่าวก็คือ ผลลัพธ์จาก 4 การศึกษาทางคลินิกในระยะที่ 3 (randomized, double-blind, placebo-controlled Phase III clinical trials) ที่ล้วนแสดงให้เห็นว่า centanafadine มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการช่วยให้คนไข้โรคสมาธิสั้นทั้งเด็กและผู้ใหญ่มีอาการต่างๆ ของโรคสมาธิสั้นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับ placebo

ผลลัพธ์ของ 2 การศึกษาทางคลินิกหลัก (NCT03605680 และ NCT03605836 ซึ่งเป็น Phase 3, randomized, double-blind, multicenter, placebo-controlled trials) ของ centanafadine ในคนไข้โรคสมาธิสั้น (moderate to severe ADHD; mean ADHD Investigator Symptom Rating Scale (AISRS) total score อยู่ที่ 38.7 แต้ม) ที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 18 ปี ไปจนถึง 55 ปี) จำนวนรวมกันทั้งสิ้น 290 คน เปรียบเทียบระหว่าง centanafadine (200 mg/d หรือ 400 mg/d) และ placebo พบว่าที่ day 42 ของการศึกษา กลุ่มคนไข้สมาธิสั้นที่ได้รับ centanafadine ในทั้ง 2 การศึกษา มี total score ของ AISRS ที่ลดลงได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มคนไข้สมาธิสั้นที่ได้รับ placebo

โดยใน study 1 มี AISRS total score ลดลง 25.5%, 24.6% และ 17.7% สำหรับกลุ่มคนไข้สมาธิสั้นที่ได้รับ centanafadine 200 mg/d, centanafadine 400 mg/d และ placebo ตามลำดับ ขณะที่ใน study 2 มี AISRS total score ลดลง 32.2% สำหรับกลุ่มคนไข้สมาธิสั้นที่ได้รับ centanafadine 200 mg/d และ centanafadine 400 mg/d เทียบกับ AISRS total score ที่ลดลง 21.4% ของกลุ่มคนไข้สมาธิสั้นที่ได้รับ placebo

ขณะที่ในอีก 2 การศึกษาทางคลินิกที่สำคัญของ centanafadine ในเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ NCT05428033 ซึ่งทำในเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี จำนวน 480 คน เปรียบเทียบระหว่าง centanafadine 41.1 mg, centanafadine 82.2 mg, centanafadine 164.4 mg และ placebo เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และ NCT05257265 ซึ่งทำในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี จำนวน 459 คน เปรียบเทียบระหว่าง

centanafadine 164.4 mg, 328.8 mg และ placebo เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาของ NCT05428033 จากการประเมินด้วย ADHD Rating Scale, version 5 (ADHD-RS-5) พบว่ากลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับ high-dose centanafadine มี ADHD-RS-5 symptoms total raw score ลดลงได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับ placebo กล่าวคือ -16.3 เทียบกับ -10.8 ตามลำดับ แต่ไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับ low-dose centanafadine และกลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับ placebo

ส่วนผลการศึกษาของ NCT05257265 พบว่ากลุ่มวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ได้รับ high-dose centanafadine มี ADHD-RS-5 symptoms total raw score ลดลงได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบ

กับกลุ่มวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ได้รับ placebo กล่าวคือ -18.50 เทียบกับ -14.15 ตามลำดับ แต่ไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ได้รับ low-dose centanafadine และกลุ่มวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ได้รับ placebo

สำหรับข้อมูลด้านความปลอดภัยจาก 4 การศึกษาทางคลินิกหลักของ centanafadine พบว่าโดยรวมแล้ว centanafadine ก่อนข้างมีความปลอดภัย โดย adverse reactions ที่มีรายงานพบได้บ่อยในเด็กอายุ 6-12 ปี ได้แก่ ผื่นและเบื่ออาหาร ขณะที่ adverse reactions ที่มีรายงานพบได้บ่อยในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ผื่น และปวดท้อง ส่วน adverse reactions ที่มีรายงานพบได้บ่อยในผู้ใหญ่ ได้แก่ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คลื่นไส้ ปากแห้ง และท้องร่วง



Centanafadine มีกลไก
การออกฤทธิ์ด้วยการยับยั้งกระบวนการ reuptake
สารสื่อประสาท (neurotransmitters)
ทั้ง norepinephrine, dopamine และ serotonin
ใน attention, behavioral & mood regulation
pathways ต่างๆ ในสมองไปพร้อมๆ กัน
จึงทำให้ synaptic availability ของสารสื่อประสาทเหล่านี้
เพิ่มขึ้นใน regulation pathways ต่างๆ
ส่งผลให้ ADHD symptoms
ของคนไข้ดีขึ้น



STEP UP trial: semaglutide 7.2 mg กับผลลดน้ำหนักเฉลี่ย 21% ในผู้ใหญ่ที่มีโรคอ้วน

ข้อมูลประสิทธิภาพ คุณภาพของการลดน้ำหนัก และบริบทการอนุมัติในประเทศไทย



โรคอ้วนเป็นโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงทาง cardiometabolic หลายประการ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวแบบองค์รวม ทั้งด้านการปรับพฤติกรรม การประเมินโรคร่วม เป้าหมายการรักษา ความทนต่อยา และความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

การศึกษา STEP UP รายงานว่า เซมากลูไทด์ 7.2 มก. สัปดาห์ละครั้ง ให้ผลลดน้ำหนักตัวเฉลี่ยประมาณ 21% จากค่าเริ่มต้น ที่สัปดาห์ที่ 72 ในผู้ใหญ่ที่มีโรคอ้วน โดยเป็นข้อมูลสำคัญของเซมากลูไทด์ขนาดสูงขึ้น เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ด้านการควบคุมน้ำหนักในการดูแลโรคอ้วนระยะยาว

รูปแบบการศึกษา STEP UP

STEP UP เป็นการศึกษาทางคลินิกระยะ 3b รูปแบบ randomised, placebo-controlled, double-blind ใน

ตารางที่ 1 ผลการศึกษา STEP UP ที่สัปดาห์ที่ 72

กลุ่มการรักษา	การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักเฉลี่ยจากค่าเริ่มต้น ที่สัปดาห์ที่ 72 (SE)	การเปรียบเทียบการรักษา: เซมากลูไทด์ 7.2 มก. และคู่เทียบ (95% CI)
เซมากลูไทด์ 7.2 มก. (n=1005)	-20.7% (0.3)	ETD vs 2.4 mg: -3.2% (95% CI -4.8 to -1.6; p<0.0001)
เซมากลูไทด์ 2.4 มก. (n=201)	-17.5% (0.7)	ETD vs placebo: -18.2% (-19.9 to -16.6; p<0.0001)
ยาหลอก (n=201)	-2.4% (0.8)	

ข้อมูลจาก STEP UP แสดงให้เห็นว่า เซมากลูไทด์มีผลลัพธ์การควบคุมน้ำหนักขึ้นกับขนาดยา โดยที่เซมากลูไทด์ขนาด 7.2 มก. ให้ผลลดน้ำหนักเฉลี่ยมากกว่าเซมากลูไทด์ 2.4 มก. และยาหลอกในการศึกษานี้

ผู้ใหญ่ที่มีโรคอ้วน (ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กก./ตร.ม. ขึ้นไป) ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,407 ราย ใน 11 ประเทศ เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาเซมากลูไทด์ 7.2 มก. รูปแบบยาฉีดได้ผิวหนัง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เปรียบเทียบกับยาเซมากลูไทด์ 2.4 มก. และยาหลอก แบ่งกลุ่มโดยการสุ่มแบบ 5:1:1 ร่วมกับการปรับพฤติกรรมด้านอาหาร และกิจกรรมทางกาย ผลลัพธ์หลัก คือ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวจากค่าเริ่มต้นจนถึงสัปดาห์ที่ 72 และสัดส่วนของผู้ที่น้ำหนักลดลงตั้งแต่ 5% ขึ้นไป ผลลัพธ์รอง ได้แก่ ร้อยละการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก การเปลี่ยนแปลงของเส้นรอบเอว และสัดส่วนของผู้ที่สามารถลดน้ำหนักได้ตั้งแต่ 10%, 15%, 20% และ 25% ขึ้นไป รวมถึงข้อมูลด้านความปลอดภัยและความทนต่อยา

คุณภาพของการลดน้ำหนัก

นอกจากปริมาณน้ำหนักที่ลดลงแล้ว ข้อมูล subgroup analysis จากการศึกษา STEP UP เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกายด้วยวิธี MRI ที่นำเสนอในงานประชุม the European Association for the Study of Diabetes (EASD) 2025 รายงานว่า 84% ของน้ำหนักที่ลดลงจากเซมากลูไทด์ 2.4 มก. และ 7.2 มก. เกิดจากการลดลงของมวลไขมัน พร้อมข้อมูลที่สนับสนุนการคงไว้ของการทำงานของกล้ามเนื้อ และการปรับปรุงสุขภาพของกล้ามเนื้อ

ข้อมูลนี้ช่วยเพิ่มบริบทว่า การดูแลโรคอ้วนระยะยาวไม่ได้พิจารณาเฉพาะปริมาณน้ำหนักที่ลดลงเท่านั้น แต่ยังควรพิจารณา “คุณภาพของการลดน้ำหนัก” เช่น การลดลงของมวลไขมัน และผลลัพธ์ทางบวกที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อ

กลุ่มผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาเร็วจากการศึกษา STEP UP

ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาเร็ว หรือ Early Responders (มีน้ำหนักตัวลดลงอย่างน้อย 15% ภายในสัปดาห์ที่ 24 ด้วยการรักษาด้วยเซมากลูไทด์ 7.2 มก.) จากการศึกษา post hoc analysis ของการศึกษา STEP UP ซึ่งนำเสนอใน the European Congress on Obesity (ECO) 2026 รายงานว่า early responders มีน้ำหนักลดลงเฉลี่ยประมาณ 28% (27.7%) หรือ 29.1 กก. ที่สัปดาห์ที่ 72

บริบทการอนุมัติในประเทศไทย

ในประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.ไทย) อนุมัติการใช้เซมากลูไทด์ขนาด 7.2 มก. เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2569 สอดคล้องกับการอนุมัติใน US FDA และ EMA ให้ใช้ร่วมกับการคุมอาหารและออกกำลังกาย เพื่อควบคุมน้ำหนักในผู้ใหญ่และเด็กอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป และข้อบ่งใช้อื่นๆ ในผู้ใหญ่ ได้แก่ ลดความเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือดในผู้ที่มีโรคอ้วนหรือมีภาวะน้ำหนักเกินที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และลดไขมันพอกตับ โดยปรับขนาดยาเป็น 7.2 มก. หลังจากได้รับยาขนาด 2.4 มก. มาแล้วอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ทั้งนี้ การใช้ยาในเวชปฏิบัติควรเป็นไปตามข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ ขนาดยา ข้อมูลในเอกสารกำกับยาในประเทศไทย โรคร่วม ความทนต่อยา และการประเมินความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

บทสรุป

- การศึกษา STEP UP รายงานว่า เซมากลูไทด์ 7.2 มก. ลดน้ำหนักตัวเฉลี่ยประมาณ 21% จาก baseline ที่สัปดาห์ที่ 72 ในผู้ใหญ่ที่มีโรคอ้วน
- 84% ของน้ำหนักที่ลดลงมาจากการลดลงของมวลไขมัน จาก subgroup analysis เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกายในผู้เข้าร่วมการศึกษา STEP UP ที่ได้รับการตรวจด้วย MRI

- Early responders ที่ลดน้ำหนักได้ $\geq 15\%$ หลัง 24 สัปดาห์ มีน้ำหนักลดลงเฉลี่ยประมาณ 28% ที่สัปดาห์ที่ 72 ใน post hoc analysis ของการศึกษา STEP UP

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.ไทย) อนุมัติการใช้เซมากลูไทด์ขนาด 7.2 มก. เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2569 พร้อมกับเอกสารกำกับยาที่อัปเดตมีข้อมูลการศึกษา STEP UP

- ทางเวชปฏิบัติผลลัพธ์ของผู้ป่วยแต่ละรายอาจแตกต่างกัน และการรักษาควรพิจารณา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และข้อมูลในเอกสารกำกับยาในประเทศไทย

Disclaimer

บทความนี้จัดทำขึ้นโดยความร่วมมือกับ บริษัท โนวา นอร์ดิสค์ ฟาร์มา (ประเทศไทย) จำกัด เพื่อวัตถุประสงค์ด้านการให้ความรู้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (TH26SEM000195)

หมายเหตุ

น้ำหนักตัวเฉลี่ยลดลง 20.7% หรือประมาณ 21% ในกลุ่มที่ได้รับยาเซมากลูไทด์ 7.2 มก. ในระยะเวลา 72 สัปดาห์ เมื่อคำนวณผลจากช่วงเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับยาเท่านั้น (trial product estimand) ซึ่งสะท้อนถึงผลลัพธ์ในกรณีที่คุณเข้าร่วมการศึกษาได้รับยาตามแผนการรักษา ขณะที่วิธีการประเมินตามเจตนาในการรักษา (treatment policy estimand) ซึ่งจะแสดงผลการรักษาโดยไม่คำนึงถึงความต่อเนื่องในการได้รับยา เมื่อประเมินด้วยวิธีนี้ ผู้ที่ได้รับยาเซมากลูไทด์ 7.2 มก. สามารถลดน้ำหนักตัวได้ 18.7% เทียบกับ 15.6% จากยาเซมากลูไทด์ 2.4 มก. และ 3.9% จากยาหลอก

เอกสารอ้างอิง

- Wharton S, et al. Once-weekly semaglutide 7.2 mg in adults with obesity (STEP UP): a randomised, controlled, phase 3b trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025;13(11):949-63.
- Hjelmæsæth J, et al. Effect of semaglutide on body composition and proximal muscle strength: the STEP UP trial. Paper presented at: 61st Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabetes (EASD); September 15-19, 2025; Vienna, Austria. Oral Presentation 147. Session OP 25.
- Dicker D, et al. Early responders to semaglutide 7.2 mg: a post hoc analysis of the STEP UP trial in adults with obesity. Presented at: 33rd European Congress on Obesity (ECO 2026); May 12-15, 2026; Istanbul, Türkiye. Poster PO04.002.
- FDA Approves Fourth Product Under National Priority Voucher Program, Higher Dose Semaglutide. U.S. FDA. FDA News release [Internet]. March 19, 2026. [Accessed July 24, 2026] <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-fourth-product-under-national-priority-voucher-program-higher-dose-semaglutide>
- Novo Nordisk receives European Commission approval of ready-to-use pen for higher dose 7.2 mg [Internet]. July 15, 2026 [Accessed July 24, 2026] <https://www.globenewswire.com/news-release/2026/07/15/3327953/0/en/novo-nordisk-receives-european-commission-approval-of-wegovy-pill-as-first-oral-glp-1-for-weight-management-in-the-eu-single-ready-to-use-pen-for-higher-dose-7-2-mg-also-approved.html>
- Wegovy [Summary of Product Characteristics]. Bangkok, Thailand: Novo Nordisk Pharma (Thailand); 2026.

วัคซีนบาดทะยัก-คอตีบแบบไม่แช่เย็นผ่านทดลองระยะ 1



วัคซีนบาดทะยักและคอตีบสูตรใหม่ที่ไม่จำเป็นต้องเก็บในตู้เย็น ผ่านการทดลองระยะที่ 1 ให้ผลน่าพอใจ โดยยังคงประสิทธิภาพได้ แม้เผชิญอุณหภูมิรุนแรง อาจช่วยขยายการเข้าถึงวัคซีนในพื้นที่ห่างไกลและลดการปล่อยคาร์บอนจากระบบห่วงโซ่ความเย็น

วัคซีนบาดทะยักและคอตีบสูตรใหม่ SPVX02 ซึ่งพัฒนาโดย Stablepharma บริษัทเทคโนโลยีชีวภาพของอังกฤษ แสดงให้เห็นว่าสามารถคงความเสถียรได้นานอย่างน้อย 2 ปี ที่อุณหภูมิสูงถึง 30 องศาเซลเซียส และยังคงประสิทธิภาพเต็มที่หลังผ่านการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิอย่างรุนแรงซ้ำไปมาระหว่าง -20 ถึง 40 องศาเซลเซียส

ผลการศึกษาซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร *eClinicalMedicine* มาจากการทดลองระยะที่ 1 ที่ NIHR Clinical Research Facility เมือง

เซาแทมป์ตัน และได้รับการสนับสนุนจาก NIHR Biomedical Research Centre โดยมีอาสาสมัครสุขภาพดีเข้าร่วม 60 คน

ภายในวันที่ 28 ผู้เข้าร่วมทุกคนที่ได้รับ SPVX02 มีระดับแอนติบอดีที่อยู่ในระดับป้องกันโรคและใกล้เคียงกับวัคซีนที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ในปัจจุบัน โดยทีมวิจัยไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกี่ยวข้องกับวัคซีน

ศาสตราจารย์ซอล เฟาสต์ หัวหน้าทีมวิจัย กล่าวว่า การรักษาวัคซีนให้อยู่ในอุณหภูมิเย็นตั้งแต่โรงงานผลิตจนถึงผู้ป่วยถือเป็นหนึ่งในความท้าทายสำคัญของโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทั่วโลก และผลการศึกษาชี้ว่า วัคซีนอาจยังคงปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้โดยไม่ต้องแช่เย็น

บริษัท Stablepharma แถลงว่า เทคโนโลยี StablevaX ที่ใช้ในการผลิตวัคซีนสูตรใหม่นี้ อาจมีความสำคัญต่อการพัฒนาวัคซีนที่มีความคงตัวต่ออุณหภูมิ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านระบบการรักษาความเย็น หรือมีอุปสรรคต่อการเข้าถึงวัคซีนอย่างเท่าเทียม

ปัจจุบันมีการเริ่มการทดลองระยะที่ 2b แล้ว เพื่อประเมิน SPVX02 ในประชากรกลุ่มใหญ่ขึ้น หากการศึกษาขนาดใหญ่ขึ้นยืนยันผลดังกล่าว เทคโนโลยีนี้อาจช่วยเปลี่ยนวิธีการจัดเก็บและขนส่งวัคซีนทั่วโลก

ข้อมูล: <https://pharmatimes.com/news/fridge-free-vaccine-shows-global-potential/>

ACARIZAX ทางเลือกใหม่รักษาภูมิแพ้ไรฝุ่น

สถาบัน Scottish Medicines Consortium (SMC) ของสกอตแลนด์รับรอง ACARIZAX ซึ่งเป็นยาประเภทภูมิคุ้มกันบำบัดสำหรับผู้ใหญ่ที่มีโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ไรฝุ่นระดับปานกลางถึงรุนแรง และยังควบคุมอาการไม่ได้แม้ใช้ยาบรรเทาอาการ

ACARIZAX (12 SQ-HDM SLIT) ที่ผ่านการรับรอง ใช้ได้เฉพาะกลุ่มผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ไรฝุ่นระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งยังมีการแพ้ได้รับยาบรรเทาอาการแล้ว หลังผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยอายุ 18-65 ปี ที่ได้รับการยืนยันว่ามีภาวะไวต่อสารก่อภูมิแพ้จากไรฝุ่น ทั้งจากประวัติทางคลินิก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยถือเป็นภูมิคุ้มกันบำบัดด้วยสารก่อภูมิแพ้ชนิดแรกสำหรับโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ไรฝุ่นในสกอตแลนด์

ACARIZAX เป็นยาเม็ดใต้ลิ้นที่ต้องรับประทานวันละครั้ง โดยมุ่งจัดการที่สาเหตุพื้นฐานของโรคภูมิแพ้ ไม่ใช่เพียงบรรเทาอาการ การรักษาจะช่วยกระตุ้นให้ระบบภูมิคุ้มกันสร้างความทนต่อสารก่อภูมิแพ้ และอาจเป็นทางเลือกสำหรับการรักษาระยะยาวในผู้ที่มีอาการต่อเนื่อง

โรคภูมิแพ้ไรฝุ่นอาจทำให้เกิดอาการน้ำมูกไหลหรือคัดจมูก จาม หายใจมีเสียงหวีด และหายใจลำบาก ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม เช่น การทำความสะอาดอย่างละเอียดและการใช้เครื่องนอนเฉพาะทาง ปัจจุบันในสกอตแลนด์มีผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 1,960 คนต่อปี

การตัดสินใจของ SMC อ้างอิงการยื่นขอข้อมูลและการทบทวนผลการศึกษาระยะที่ 3 โดยเป็นการรักษาด้วย 12 SQ-HDM SLIT เป็นเวลา 1 ปีร่วมกับการรักษามาตรฐาน ช่วยให้ตัวชี้วัดที่รวมระดับความรุนแรงของอาการและการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาหลอก ขณะที่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมีอัตราการหยุดการรักษาในระดับต่ำ

ผู้เชี่ยวชาญต่างมองว่า การรับรองครั้งนี้เป็นทางเลือกใหม่สำหรับผู้ป่วยที่ยังควบคุมอาการไม่ได้ด้วยการรักษาตามมาตรฐาน และอาจเป็นทางเลือกในการจัดการสาเหตุของโรคภูมิแพ้ในระยะยาว

ข้อมูล: <https://www.bsaci.org/acarizax12-sq-hdm-slit-becomes-first-in-class-treatment-approved-by-nice-for-the-treatment-of-allergic-rhinitis-disease-caused-by-house-dust-mite-allergy/>

FDA อนุมัติสารช่วยสร้างภาพสมองผู้ป่วยอัลไซเมอร์



FDA อนุมัติ Tauklarity สารกัมมันตรังสีสำหรับใช้ร่วมกับการตรวจ PET เพื่อช่วยประเมินการสะสมของโปรตีนเทา (tau) ในสมองของผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและอยู่ระหว่างการประเมินโรคอัลไซเมอร์

บริษัท Lantheus Holdings เปิดเผยว่า สารกัมมันตรังสี Tauklarity ใช้ในการตรวจภาพสมองเพื่อช่วยประเมินผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ โดยจะถูกฉีดเข้าสู่ร่างกายก่อนการตรวจ positron emission tomography (PET) เพื่อช่วยให้มองเห็นการสะสมผิดปกติของโปรตีนเทา ซึ่งเชื่อมโยงกับโรคอัลไซเมอร์ในภาพสมองของผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและกำลังอยู่ระหว่างการประเมินโรค การอนุมัติอ้างอิงจากการศึกษา 2 ฉบับ ซึ่งผู้ประเมินอิสระได้ตรวจภาพ PET จากผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่า 500 คน และจำแนกผลการตรวจว่าเป็นบวกหรือลบต่อพยาธิสภาพของโปรตีนเทา

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ในสหรัฐฯ มากกว่า 7 ล้านคน และจำนวนผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคนี้อาจเพิ่มขึ้นเกิน 13 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2050 ส่วนตลาดสารสำหรับสร้างภาพโปรตีนเทา ในสมองปัจจุบันมี Tauvid ของบริษัท Eli Lilly เป็นผลิตภัณฑ์หลัก หลังได้รับอนุมัติในปี ค.ศ. 2020

โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคสมองที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของภาวะสมองเสื่อม ทำให้ความจำ ความคิด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันค่อยๆ เสื่อมลง โดยเกี่ยวข้องกับการสะสมผิดปกติของโปรตีนเบตา-อะไมลอยด์และ Tau ในสมอง โดยเบตา-อะไมลอยด์สามารถเริ่มสะสมหลายปีก่อนเกิดอาการ ขณะที่ปริมาณและการกระจายตัวของ tau มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการแย่งลงของความจำและการคิด

อย่างไรก็ตาม การใช้การตรวจภาพ tau ในทางคลินิกยังมีจำกัด เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีการรักษาโรคอัลไซเมอร์ที่ได้รับอนุมัติโดยมุ่งเป้าไปที่ tau โดยตรง

ข้อมูล: <https://srnnews.com/us-fda-approves-lantheus-brain-imaging-agent-for-alzheimers-assessment/>

ผู้ป่วยโรคหัดในสหรัฐฯ พุ่งสูงสุดในรอบ 35 ปี



ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC) รายงานว่า สหรัฐฯ พบผู้ป่วยโรคหัดยืนยันแล้ว 2,566 คนตั้งแต่นั้นปีนี้เป็นจำนวนผู้ป่วยโรคหัดที่สูงที่สุดในรอบกว่า 35 ปี

ข้อมูลเมื่อเดือนสิงหาคมที่ผ่านมา ยังไม่มีผู้เสียชีวิตแต่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 169 คนโดยจำนวนผู้ป่วยสะสมสูงกว่าทุกปีนับตั้งแต่การกลับมาระบาดของครั้งใหญ่ระหว่างปี ค.ศ. 1989 ถึง 1991 ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 55,000 คน และมีผู้เสียชีวิต 123 คน

CDC ระบุว่า ผู้ป่วยหัดในปีนี้มีมากถึง 93% เป็นผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน หรือไม่ทราบสถานะการได้รับวัคซีน ส่วนที่เหลือเป็นผู้ที่ได้รับวัคซีนมาแล้ว 1 หรือ 2 เข็มก่อนติดเชื้อ พบผู้ติดเชื้อในปีแล้ว 45 รัฐ รวมถึงนครนิวยอร์ก และกรุงวอชิงตัน ดี.ซี. หากรวมช่วงระยะเวลา 6 เดือนนับตั้งแต่เริ่มการระบาดในเดือนตุลาคม 2025 ในรัฐเซาท์แคโรไลนามีผู้ป่วยเกือบ 1,000 คน ถือเป็นการระบาดในพื้นที่เดียวครั้งใหญ่ที่สุดของสหรัฐฯ นับตั้งแต่ประเทศประกาศให้โรคหัดหมดไปจากสหรัฐฯ ในปี 2000

จำนวนผู้ป่วยหัดที่เพิ่มขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา เกิดขึ้นพร้อมกับอัตราการได้รับวัคซีน MMR ในเด็กที่ลดลงอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่เริ่มเกิดการระบาดของโควิด-19 ทั้งนี้ วัคซีน MMR ใช้ป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน และข้อมูลของ CDC ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นกับผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน หรือมีสถานะการฉีดวัคซีนไม่ชัดเจน

ข้อมูล: <https://www.detroitnews.com/story/life/wellness/2026/08/14/cdc-reports-2566-measles-cases-in-us-so-far-this-year/91302883007/>

ซีอีโอ Novo มองตลาดยาลดน้ำหนักไม่ใช่เกมกินรวบ

ซีอีโอบริษัท Novo Nordisk มองว่าตลาดยารักษาโรคอ้วนจะไม่กลายเป็นการแข่งขันแบบครอบครองตลาดเพียงรายเดียว เพราะผู้ป่วยต้องการทางเลือกที่ต่างกัน โดยเฉพาะเมื่อยากกลุ่ม GLP-1 ชนิดรับประทานและยาฉีดใหม่ทยอยเข้าสู่ตลาด

นายไมค์ ดุสส์ตาร์ ซีอีโอของ Novo Nordisk กล่าวว่า นักลงทุนอาจประเมินความต้องการยารักษาโรคอ้วนที่มีความแตกต่างกันต่ำเกินไป และเชื่อว่าตลาดจะไม่กลายเป็นการแข่งขันแบบผู้ชนะกินรวบระหว่าง Novo กับคู่แข่งอย่าง Eli Lilly เนื่องจากจะมีทางเลือกใหม่ๆ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะยากกลุ่ม GLP-1 ชนิดรับประทาน

Novo เป็นบริษัทแรกที่นำ Wegovy ซึ่งเป็นยาฉีด GLP-1 สำหรับลดน้ำหนักที่มีประสิทธิภาพสูงเข้าสู่ตลาดสหรัฐอเมริกา แต่ปัจจุบันกำลังพยายามทวงส่วนแบ่งตลาดกลับคืนจากยา Zepbound ของบริษัท Eli Lilly ในตลาดโรคอ้วนที่นักวิเคราะห์คาดว่าจะมีมูลค่ามากกว่า 100,000 ล้านดอลลาร์ต่อปี ภายในปี ค.ศ. 2030

ซีอีโอ Novo มองว่า ปัจจุบันผู้ป่วยเพิ่งเริ่มทำความเข้าใจว่ายา GLP-1 แต่ละชนิดเหมาะกับตนเองอย่างไร และคาดว่าตลาดจะแบ่งเป็นกลุ่มย่อยมากขึ้นเมื่อมียาใหม่ได้รับอนุมัติ โดยปัจจุบันผู้ใหญ่น

สหรัฐฯ มากกว่า 100 ล้านคน ถูกจัดว่าเป็นโรคอ้วน เขาเปรียบเทียบอนาคตของตลาดกับเครื่องบินที่มิได้มีเพียง 2 แบรินต์ให้เลือก โดยมองว่าผู้ป่วยจะมีทางเลือกจากยาหลายชนิดที่มีคุณสมบัติแตกต่างกัน

สำหรับ CagriSema ยารักษาโรคอ้วนรุ่นใหม่ที่อยู่ระหว่างการทดลองของ Novo โดยคาดว่าจะออกสู่ตลาดในปีหน้า แม้ว่าผลการทดลองเบื้องต้นจะชี้ว่าช่วยให้อาสาสมัครที่เข้ารับการทดลองมีน้ำหนักลดลงเฉลี่ยเพียง 23%

ข้อมูล: <https://pharma.economictimes.indiatimes.com/news/pharma-industry/novo-ceo-says-obesity-market-wont-be-winner-take-all-battle-with-lilly/133209181>

AstraZeneca จับมือ CSPC พลิตยาชีววัตถุในจีน

บริษัท AstraZeneca และ CSPC Pharmaceutical ขยายความร่วมมือด้วยการจัดตั้งบริษัทร่วมทุนผลิตยาชีววัตถุในจีน โดยผสานระบบการผลิตที่ขับเคลื่อนด้วย AI ของ CSPC เข้ากับมาตรฐานคุณภาพระดับโลกและความเชี่ยวชาญด้านห่วงโซ่อุปทานของ AstraZeneca เพื่อผลิตสารตั้งต้นของยาชีววัตถุสำหรับตลาดโลก

AstraZeneca และ CSPC Pharmaceutical ลงนามข้อตกลงจัดตั้งบริษัทร่วมทุนด้านการผลิตยาชีววัตถุแห่งใหม่ในเมืองสือเจียจวง ประเทศจีน ซึ่งเป็นที่ตั้งสำนักงานใหญ่ของ CSPC โดย CSPC จะถือหุ้น 51% และ AstraZeneca 49%

ตามข้อมูลจาก CSPC บริษัทจะนำระบบ Good Manufacturing Practice (GMP) ที่ขับเคลื่อนด้วย AI รวมถึงความสามารถด้านการก่อสร้างและดำเนินงานโรงงานผลิตยามาผสานกับประสบการณ์ของ AstraZeneca ในด้านมาตรฐานคุณภาพระดับโลกและการบริหารจัดการห่วงโซ่อุปทานในระยะแรกบริษัทร่วมทุนจะมุ่งผลิตสารตั้งต้นของยาชีววัตถุที่ทั้ง 2 บริษัทเห็นชอบร่วมกันสำหรับตลาดโลก และทั้ง 2 ฝ่ายจะสำรวจความเป็นไปได้ในการเพิ่มผลิตภัณฑ์อื่นๆ เข้าสู่การผลิตต่อไป

ทั้ง 2 บริษัทไม่ได้เปิดเผยมูลค่าการลงทุนที่แน่นอนในครั้งนี้ แต่เงินลงทุนดังกล่าวมีแนวโน้มจะนับรวมอยู่ในแผนการลงทุนในจีนมูลค่า 15,000 ล้านดอลลาร์ ของ AstraZeneca ภายในปี ค.ศ. 2030 ซึ่งบริษัทประกาศไว้เมื่อต้นปีนี้ ความร่วมมือครั้งล่าสุดเป็นส่วนหนึ่งของการขยายฐานการผลิตของ AstraZeneca ในจีน โดยเมื่อเดือน

มีนาคม บริษัทประกาศแผนสร้างฐานการผลิตเชิงพาณิชย์สำหรับ cell therapy ในเซี่ยงไฮ้ เพื่อจัดการรักษาด้วย CAR-T ที่ใช้เซลล์ของผู้ป่วยเองให้แก่จีนและตลาดอื่นๆ ในเอเชีย

ในช่วงครึ่งแรกของปี 2026 AstraZeneca มีรายได้จากจีน 3,500 ล้านดอลลาร์สหรัฐ แม้ตัวเลขดังกล่าวลดลง 5% เมื่อคำนวณตามอัตราแลกเปลี่ยนคงที่ แต่บริษัทยังคงเป็นบริษัทยาต่างชาติที่มียอดขายสูงสุดในจีน

ข้อมูล: <https://www.fiercepharma.com/pharma/astrazeneca-cspc-form-joint-venture-biologics-manufacturing>

การกลับมาของ COVID-19 พร้อมไวรัสแฝงในร่างกาย



แม้โลกจะผ่านพ้นช่วงวิกฤตของการระบาดใหญ่ไปแล้ว แต่ไวรัส SARS-CoV-2 ยังคงไม่หายไปจากโลก ขณะเดียวกัน นักวิทยาศาสตร์กำลังค้นหาคำตอบว่า เหตุใดผู้ป่วยบางรายจึงมีอาการต่อเนื่องหลังการติดเชื้อ และเหตุใดการติดเชื้อรุนแรง อาจเกี่ยวข้องกับการกลับมาเพิ่มจำนวนของไวรัสบางชนิดที่อยู่ในร่างกายมานาน นี่จึงนำไปสู่การหาวิธีรับมือกับ coronavirus ในอนาคตอย่างจริงจังขึ้นในปัจจุบัน

หลังจากการระบาดใหญ่ผ่านพ้นช่วงวิกฤต ความสนใจของสังคมเปลี่ยนไปอย่างมาก ผู้คนกลับไปทำงาน เดินทาง และใช้ชีวิตโดยไม่ต้องกังวลกับมาตรการที่เคยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันในช่วงการระบาด แต่ในทางการแพทย์ COVID-19 ยังเป็นโรคติดเชื้อที่ต้องเฝ้าระวัง และคำถามสำคัญยิ่งกว่าจำนวนผู้ติดเชื้อในแต่ละระลอกคือ เหตุใดคนบางกลุ่มจึงป่วยรุนแรง ขณะที่บางคนมีอาการเพียงเล็กน้อย และเหตุใดผู้ป่วยบางรายจึงยังมีปัญหาสุขภาพต่อเนื่องหลังจากการติดเชื้อเฉียบพลันสิ้นสุดลง

องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ผลกระทบระยะยาวของการติดเชื้อโควิด-19 หรือ Long COVID ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน ทั้งสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และกลไกที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการต่อเนื่องยังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างสมบูรณ์ อาการที่พบได้ เช่น เหนื่อยล้า หายใจไม่สะดวก อาการปวด และปัญหาด้านการนอนหรือการทำงานของสมอง

การศึกษา COVID-19 ในปัจจุบันจึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการศึกษาตัวไวรัส SARS-CoV-2 แต่กำลังขยายไปสู่ความสัมพันธ์ระหว่างไวรัส ระบบภูมิคุ้มกัน และไวรัสชนิดอื่นๆ ที่อาจอยู่ในร่างกายของมนุษย์มาก่อนแล้ว หนึ่งในคำถามที่กำลังได้รับความสนใจคือ เมื่อร่างกายเผชิญกับ COVID-19 ที่รุนแรง ไวรัสอื่นๆ ซึ่งเคยอยู่ในสภาวะสงบจะกลับมาออกฤทธิ์อีกหรือไม่

การกลับมาของไวรัสแฝงในร่างกาย

มนุษย์ไม่ได้มีเพียงไวรัส SARS-CoV-2 อยู่ในร่างกาย หลายคนเคยติดเชื้อไวรัสชนิดต่างๆ มาก่อนโดยอาจไม่รู้ตัว และไวรัสบางชนิดสามารถคงอยู่ในร่างกายเป็นเวลานาน ตัวอย่างที่รู้จักกันดีคือ Epstein-Barr virus หรือ EBV, cytomegalovirus หรือ CMV และไวรัสในกลุ่ม herpesviruses บางชนิด การมีไวรัสเหล่านี้ในร่างกายไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นกำลังมีโรคจากไวรัสเหล่านี้อยู่เสมอ ระบบภูมิคุ้มกันสามารถควบคุมไวรัสให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่ออาการได้

แต่เมื่อร่างกายเกิดความเครียดจากการติดเชื้อรุนแรง สภาพแวดล้อมทางภูมิคุ้มกันอาจเปลี่ยนแปลง และไวรัสบางชนิดอาจกลับมาเพิ่มจำนวนได้ งานวิจัยจากโครงการ Immunophenotyping Assessment in a COVID-19 Cohort หรือ IMPACC ของสหรัฐอเมริกาพยายามศึกษาปรากฏการณ์นี้ในระดับที่ละเอียดกว่างานก่อนหน้านี้ โดยติดตามผู้ป่วย COVID-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1,154 ราย และเก็บข้อมูลต่อเนื่องนาน 12 เดือน นักวิจัยใช้ข้อมูลหลายรูปแบบ รวมถึงการวิเคราะห์ RNA จากตัวอย่างทางเดินหายใจและเลือด เพื่อค้นหาหลักฐานของไวรัสที่กำลังเพิ่มจำนวน ไม่ได้อาศัยเพียงการตรวจพบแอนติบอดีต่อไวรัสเท่านั้น

ผลการศึกษาพบสัญญาณของการกลับมาเพิ่มจำนวนของไวรัสหลายกลุ่ม โดยเฉพาะไวรัสในตระกูล Herpesviridae, Enteroviridae และ Anelloviridae ในช่วง 0-40 วันหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และรูปแบบดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของ COVID-19 และผลลัพธ์ทางคลินิกบางประการ แต่การศึกษานี้ไม่ได้พิสูจน์ว่าไวรัสเหล่านี้เป็นต้นเหตุโดยตรงของความรุนแรงของ COVID-19 หรือเป็นสาเหตุของ Long COVID และไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วย COVID-19 ทุกคนจะมีไวรัสเหล่านี้กลับมาเพิ่มจำนวน

เบาะแสใหม่ของ Anelloviridae

จุดน่าสนใจของการศึกษานี้คือ Anelloviridae ซึ่งเป็นตระกูลไวรัสที่พบได้ทั่วไปในมนุษย์ โดยที่ Anelloviruses โดยเฉพาะกลุ่ม torque teno virus สามารถตรวจพบได้ในคนจำนวนมาก และหลักฐานในปัจจุบันยังไม่สามารถระบุได้ อย่างชัดเจนว่าไวรัสเหล่านี้เป็นสาเหตุของโรคในมนุษย์ชนิดใดชนิดหนึ่งโดยตรง

งานวิจัยในปี ค.ศ. 2025 ที่ศึกษาผู้ป่วยไข้เฉียบพลันและคนสุขภาพดีก็พบว่า anelloviruses พบได้บ่อย และยังไม่มีการสรุปว่ามีความเกี่ยวข้องเชิงสาเหตุกับโรคเฉพาะชนิดใด

สิ่งที่ทำให้ Anelloviridae น่าสนใจในบริบทของ COVID-19 จึงไม่ใช่เพราะนักวิทยาศาสตร์ค้นพบว่าเป็น “ไวรัสก่อโรคตัวใหม่” แต่เพราะระดับและรูปแบบของไวรัสกลุ่มนี้อาจสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิคุ้มกันของเจ้าบ้าน ในการศึกษา IMPACC การกลับมาเพิ่มจำนวนของ Anelloviridae ในช่วงหลังของการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์บางประการของ PASC หรือ Long COVID โดยเฉพาะด้านสมรรถภาพทางกายและความเหนื่อยล้า นี่จึงเป็นเบาะแสที่น่าสนใจ แต่ยังไม่ใช้หลักฐานว่า Anelloviridae “ทำให้เกิด” Long COVID

ตัวกระตุ้นให้ไวรัสกลับมา

อีกข้อค้นพบหนึ่งจากงานวิจัยคือ การเปลี่ยนแปลงของ EBV และ CMV ดูเหมือนจะสัมพันธ์กับภาวะการอักเสบมากกว่า การอธิบายง่ายๆ ว่าเกิดจากภูมิคุ้มกันถูกกด จุดนี้มีความสำคัญ เพราะแนวคิดแบบเดิมอาจทำให้เข้าใจว่า การกลับมาเพิ่มจำนวนของไวรัสที่เคยสงบนิ่งจะเกิดขึ้นเมื่อระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลงเป็นหลัก แต่ COVID-19 ที่รุนแรงอาจสร้างสภาพแวดล้อมทางภูมิคุ้มกันที่ซับซ้อนกว่านั้น

การติดเชื้อ SARS-CoV-2 กระตุ้นการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันและการอักเสบหลายระดับ เมื่อองค์ประกอบต่างๆ ของระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลง ไวรัสที่อยู่ร่วมกับร่างกายมาเป็นเวลานานอาจตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นด้วย จึงเกิดคำถามสำคัญว่า ไวรัสกลับมาเพิ่มจำนวนเพราะร่างกายกำลังอักเสบ หรือการกลับมาเพิ่มจำนวนของไวรัส ช่วยทำให้การอักเสบรุนแรงขึ้น หรืออาจเป็นทั้ง 2 ทางร่วมกัน งานวิจัยในปัจจุบันยังไม่สามารถตอบคำถามนี้ได้อย่างเด็ดขาด

Long COVID ยังคงเป็นปริศนา

การค้นพบเรื่องไวรัสที่กลับมาเพิ่มจำนวนยังสอดคล้องกับภาพใหญ่ของ Long COVID ที่กำลังปรากฏขึ้นจากงานวิจัยจำนวนมาก ปัจจุบันไม่มีหลักฐานที่เพียงพอที่จะบอกว่า Long COVID เกิดจากกลไกเดียวในผู้ป่วยทุกคน สมมติฐานที่ได้รับการศึกษา ได้แก่ การคงอยู่ขององค์ประกอบ หรือสารพันธุกรรมของไวรัสในเนื้อเยื่อบางแห่ง การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกัน การอักเสบ ความผิดปกติของระบบประสาทและหลอดเลือด รวมถึงการกลับมาเพิ่มจำนวนของไวรัสที่ติดเชื้ออยู่เดิม

WHO ระบุว่าสาเหตุที่แท้จริงของ Long COVID และสาเหตุที่ผู้ป่วยบางรายได้รับผลกระทบมากกว่าคนอื่น ยังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างสมบูรณ์ การค้นพบใหม่เกี่ยวกับ viral reactivation จึงนำไปสู่การศึกษาแนวทางที่ชัดเจนต่อไป หาก Long COVID เป็นกลุ่มอาการที่มีหลายกลไก การรักษาในอนาคตอาจต้องแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามกลไกทางชีววิทยาที่แตกต่างกัน แทนที่จะมองผู้ป่วย Long COVID ทุกคนว่าเป็นโรคชนิดเดียวกัน

แนวคิดนี้อาจมีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาการรักษา เพราะยาที่มีเป้าหมายต่อไวรัสอาจเหมาะกับผู้ป่วยกลุ่มหนึ่ง ขณะที่ผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งอาจมีปัญหาลักษณะระบบภูมิคุ้มกันหรือระบบประสาทและหลอดเลือด แต่ทั้งหมดนี้ยังอยู่ในขอบเขตของการวิจัย ไม่ควรนำไปสู่การรักษาตัวเองหรือการใช้ยาต้านไวรัสโดยไม่มีข้อบ่งชี้จากแพทย์

COVID-19 มีความเสี่ยงลดลงแต่ไม่ได้เป็นศูนย์

การที่ COVID-19 ไม่ได้ครองพื้นที่ข่าวเหมือนในปี 2020–2021 ไม่ได้หมายความว่าความเสี่ยงหายไป สำหรับคนจำนวนมาก การติดเชื้ออาจมีอาการไม่รุนแรง แต่สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรครุนแรง ความเสี่ยงยังคงมีความหมายทางคลินิก

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) ระบุว่ากรณีติดเชื้อ COVID-19 ในปี 2025–2026 ใช้แนวทาง individual-based decision-making หรือ shared clinical decision-making โดยเน้นประโยชน์ของวัคซีนเป็นพิเศษในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรครุนแรง และผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

นอกจากวัคซีนแล้ว การรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะต้นก็ยังมีบทบาท CDC ระบุว่ามียาที่สามารถลดความเสี่ยงของการนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิตในผู้ที่มีโอกาสป่วยรุนแรง และการรักษาจำเป็นต้องเริ่มภายในช่วงเวลาที่เหมาะสมหลังเริ่มมีอาการ

จากการรักษาสู่การป้องกันก่อนป่วย

พัฒนาการล่าสุดอีกด้านหนึ่งคือ การมีเครื่องมือสำหรับป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสผู้ติดเชื้อ โดยเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2026 FDA ของสหรัฐฯ อนุมัติ Xocova หรือ ensitrelvir สำหรับ post-exposure prophylaxis หรือการป้องกัน COVID-19 หลังสัมผัสผู้ติดเชื้อ สำหรับผู้ใหญ่และวัยรุ่นอายุ 12 ปีขึ้นไป

รายละเอียดนี้มีความสำคัญ เพราะ Xocova ในข้อบ่งใช้ดังกล่าวไม่ใช่ “ยารักษา Long COVID” และไม่ใช้การรักษา COVID-19

ที่เกิดขึ้นแล้ว แต่เป็นมาตรการป้องกันหลังสัมผัสเชื้อ ฉลากยาของ FDA ระบุข้อบ่งใช้ดังกล่าวโดยตรง และยังมีข้อควรระวังรวมถึงเรื่องความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์และปฏิกิริยาระหว่างยาบางชนิด

พัฒนาการนี้สะท้อนแนวโน้มที่สำคัญของการแพทย์ยุคใหม่นั้นคือ การรับมือไวรัสไม่ได้มีเพียงการรักษาหลังเกิดโรค แต่กำลังขยายไปสู่การป้องกันในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง แต่เครื่องมือใหม่ทุกชนิดต้องถูกนำไปใช้ตามข้อบ่งใช้และคำแนะนำทางการแพทย์ไม่ควรนำข้อมูลจากข่าวหรือบทความวิจัยมาใช้แทนคำแนะนำของแพทย์หรือฉลากยาที่ได้รับอนุมัติ

งานวิจัยหาจุดอ่อนของ coronavirus

การวิจัยเรื่อง Long COVID พยายามตอบคำถามว่า เกิดอะไรขึ้นหลังไวรัสเข้าสู่ร่างกาย และไวรัสต้องพึ่งพาอะไรจึงสามารถอยู่รอดและเพิ่มจำนวนได้ เพราะถือเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการเตรียมรับมือ coronavirus ในอนาคต

งานวิจัยจากนักวิทยาศาสตร์ที่ University of North Carolina at Chapel Hill และผู้ร่วมวิจัย ซึ่งตีพิมพ์ใน *mBio* เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2026 มุ่งศึกษาส่วนหนึ่งของโปรตีน nsp14 ที่เรียกว่า ExoN หรือ exoribonuclease domain ซึ่งทำหน้าที่สำคัญในการ proofreading สารพันธุกรรมของ coronavirus ระหว่างการจำลองตัวเอง

ไวรัสที่มี RNA ในจีโนมจำนวนมากมีอัตราการกลายพันธุ์สูง แต่ coronavirus มีกลไกตรวจสอบและแก้ไขความผิดพลาดระหว่างการจำลอง RNA ทำให้สามารถรักษากีโนมที่มีขนาดค่อนข้างใหญ่และซับซ้อนได้ นักวิจัยจึงต้องการรู้ว่า ถ้าทำให้กลไก proofreading นี้สูญเสียการทำงาน SARS-CoV-2 จะเกิดอะไรขึ้น พวกเขาพบว่า ไวรัสนี้ยังสามารถอยู่รอดได้ในบางเงื่อนไข แต่ประสิทธิภาพของมันเป็นด้อยอย่างมาก โดยเมื่อทดสอบในเซลล์เยื่อบุทางเดินหายใจของมนุษย์ปฐมนุญและแบบจำลองหนู ไวรัสที่มีความบกพร่องของ ExoN ก็มีความสามารถในการเพิ่มจำนวนและก่อโรคลดลง

แต่สิ่งที่น่าสนใจยิ่งกว่าคือ เมื่อระบบ interferon ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของภูมิคุ้มกันแต่กำเนิดถูกทำให้ขาดหายไปบางส่วน ความสามารถในการเพิ่มจำนวนของไวรัสที่อ่อนแอลงสามารถฟื้นกลับมาได้บางส่วน ผลดังกล่าวช่วยให้เห็นว่า ความสามารถในการอยู่รอดของไวรัสไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวไวรัสเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับการแข่งขันระหว่างกลไกของไวรัสกับการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของเจ้าบ้านด้วย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษากลไกของไวรัสและแบบจำลองทางชีววิทยา ยังไม่ได้แสดงว่ามียาที่สามารถยับยั้ง nsp14-ExoN แล้วนำมาใช้รักษาผู้ป่วย COVID-19 ได้ แต่เบื้องต้นพวกเขาทำแผนที่ว่าไวรัสต้องพึ่งพาส่วนใดเพื่ออยู่รอดเท่านั้น และการมีแผนที่เช่นนี้ก่อนเกิดการระบาดครั้งใหม่ย่อมมีคุณค่ามากกว่าการเริ่มต้นจากศูนย์เมื่อเกิดวิกฤตแล้ว

นักวิทยาศาสตร์ต้องรู้ว่าไวรัสชนิดหนึ่งใช้กลไกใดในการเพิ่มจำนวน ต้องรู้ว่าส่วนใดของไวรัสจำเป็นต่อการอยู่รอด ต้องรู้ว่าส่วนใดสามารถกลายพันธุ์ได้ และส่วนใดมีข้อจำกัดทางชีววิทยาที่ไวรัสไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ความรู้เหล่านี้สามารถนำไปใช้สร้างฐานสำหรับการออกแบบยาต้านไวรัส การเฝ้าระวังสายพันธุ์ และมาตรการรับมือการระบาดในอนาคต

งานวิจัยเรื่อง viral reactivation ยังชี้ให้เห็นด้วยว่า COVID-19 ไม่ได้มีเพียงเรื่องราวของ SARS-CoV-2 กับเซลล์ของมนุษย์ แต่เป็นเรื่องราวของระบบนิเวศของไวรัสและภูมิคุ้มกันภายในร่างกาย การติดเชื้อ 1 ครั้ง อาจเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางภูมิคุ้มกัน และการเปลี่ยนแปลงนั้นอาจส่งผลต่อไวรัสชนิดอื่นที่มีอยู่ก่อนแล้ว ขณะเดียวกัน การตอบสนองของร่างกายต่อ SARS-CoV-2 อาจแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละคน ซึ่งอาจช่วยอธิบายว่าทำไมผลลัพธ์หลังติดเชื้อจึงแตกต่างกันตั้งแต่การหายเป็นปกติไปจนถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

ข้อมูล:

<https://www.msn.com/en-us/health/general/severe-covid-19-may-reactivate-dormant-viruses-study-finds/ar-AA29S7bg?ocid=BingNewsSerp>

<https://sph.unc.edu/sph-news/what-covid-19-can-still-teach-us-about-preparing-for-the-next-epidemic/>

<https://www.npr.org/2026/08/14/nx-s1-5927115/summer-vaccine-covid-19-surge>

<https://abcnews.com/Health/severe-covid-19-linked-re-activation-dormant-viruses-study/story?id=135514734>

เนื้องอกในสมอง (Brain Tumor)

รู้ทันอาการปวดหัว แบบไหนเสี่ยงเป็นเนื้องอก

นพ. สิทธิ เพชรรัชตะชาติ



สมอง อวัยวะสำคัญที่ควบคุมทุกการทำงานของระบบภายในร่างกาย การเกิดเนื้องอกในสมอง แม้จะเป็นเรื่องที่ฟังดูน่ากลัว แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นอันตรายถึงชีวิตเสมอไป เนื้องอกในสมองมีหลายชนิด ทั้งที่เป็นเนื้อร้ายและไม่ใชเนื้อร้าย หากสังเกตว่าตัวเองหรือคนในครอบครัวมีอาการที่อาจเป็นความเสี่ยงที่จะมีเนื้องอกในสมอง ควรเข้าปรึกษาแพทย์เพื่อวินิจฉัยและให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม



เนื้องอกในสมองคืออะไร?

เนื้องอกในสมอง (Brain tumor) คือ ภาวะที่ก้อนเนื้อในสมอง เจริญเติบโตผิดปกติ จนทำให้เนื้อเยื่อที่โตไปเบียดเนื้อสมองและเส้นประสาท ส่งผลให้ระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายผิดปกติ เช่น ปวดหัวแบบไม่มีสาเหตุ ตาพร่ามัว กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น

โดยส่วนใหญ่เนื้องอกในสมองมักจะถูกเหมารวมว่าเป็นมะเร็งสมอง แต่ความเป็นจริงแล้วไม่ใช่เสมอไป เพราะเนื้องอกในสมองสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

เนื้องอกในสมองที่เกิดจากเซลล์ที่ไม่ใชเนื้อร้าย

เนื้องอกภายในสมองที่เกิดจากเซลล์ในระบบประสาทแบ่งตัวผิดปกติที่ไม่ใชเนื้อร้าย (Benign tumor) เป็นเนื้องอกที่เติบโตช้า ไม่ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อส่วนอื่น และมักจะไม่กลับมาเป็นซ้ำหลังการรักษา แต่การเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อส่วนนี้หากปล่อยไว้อาจกดทับเนื้อสมองโดยรอบและก่อให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายได้ ซึ่งเนื้องอกประเภทนี้สามารถเกิดได้หลายตำแหน่งในสมอง ได้แก่ เยื่อหุ้มสมอง เส้นประสาทสมอง หรือต่อมใต้สมอง เป็นต้น

เนื้องอกในสมองที่เกิดจากเซลล์มะเร็ง

เนื้องอกภายในสมองที่เกิดจากเซลล์มะเร็งหรือเนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignant tumor) เป็นเนื้องอกที่เติบโตเร็ว ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อสมองส่วนอื่น และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้อีกหลังการรักษา โดยมะเร็งสมองอาจเริ่มต้นในสมองเอง (Primary brain tumor) หรือแพร่กระจายมาจากมะเร็งที่อวัยวะอื่น (Metastatic brain tumor) ได้เช่นกัน

ซึ่งเนื้องอกภายในสมองที่เกิดจากเซลล์มะเร็งหากตรวจพบช้าจะรักษาหายได้ยาก และมีความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

ระดับความรุนแรงของเนื้องอกในสมอง

นอกจากประเภทของเนื้องอกในสมองแล้ว ยังสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้อีกด้วย โดยพิจารณาจากลักษณะการเจริญเติบโตของเซลล์เนื้องอก และโอกาสที่จะกลับมาเป็นซ้ำหลังการรักษา (WHO Classification of CNS Tumors) ซึ่งแต่ละระดับมีความแตกต่างกันดังนี้

ระดับที่ 1 : เป็นเนื้องอกชนิดที่ไม่ร้ายแรง โดยเซลล์เนื้องอกมีการเจริญเติบโตช้า ไม่แพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อสมองส่วนอื่น สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัด และมีโอกาสน้อยที่จะกลับมาเป็นซ้ำ

ระดับที่ 2 : เป็นเนื้องอกชนิดกึ่งระหว่างไม่ร้ายแรงและร้ายแรง มีการเจริญเติบโตช้ากว่าระดับ 3 และ 4 แต่ก็มีโอกาสแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อสมองส่วนอื่นได้ การรักษามักทำได้แต่ไม่หายขาด และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้

ระดับที่ 3 : เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง เซลล์เนื้องอกมีการเจริญเติบโตเร็วและแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อสมองส่วนอื่นได้ การรักษามุ่งเน้นไปที่การควบคุมการเจริญเติบโตของเนื้องอกและบรรเทาอาการช่วยยืดอายุของผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกในสมองได้อีกหลายปี

ระดับที่ 4 : เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงมาก เซลล์เนื้องอกมีการเจริญเติบโตและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ทำให้การรักษาหายากและมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี



เนื้องอกในสมองเกิดจากอะไร?

ในตอนนี้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดว่าเนื้องอกในสมองเกิดจากอะไร แต่ทางการแพทย์พบว่ามีหลายปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเนื้องอกได้ ดังนี้

อายุ : มะเร็งสมองพบได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ แต่พบในผู้สูงอายุมากกว่า โดยเฉพาะอายุ 50 ปีขึ้นไป

พันธุกรรม : ความผิดปกติทางพันธุกรรมส่งผลต่อการเกิดเนื้องอก

การได้รับรังสี : การได้รับรังสีบริเวณศีรษะโดยตรง อาจเพิ่มความเสี่ยงในอนาคต

ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง : ผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ เช่น ผู้ป่วย HIV/AIDS หรือผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน อาจมีความเสี่ยงสูงขึ้น

การสัมผัสสารเคมี : การสัมผัสสารเคมีบางชนิด เช่น สารเคมีที่ใช้ในอุตสาหกรรม อาจเพิ่มความเสี่ยง (ยังไม่ยืนยันและต้องการการศึกษาเพิ่มเติม)

ประวัติครอบครัว : หากมีบุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งสมอง อาจเพิ่มความเสี่ยงเล็กน้อย

อาการที่มักพบในกลุ่มผู้เสี่ยงเป็นโรคเนื้องอกในสมอง

กลุ่มผู้เสี่ยงเป็นโรคเนื้องอกในสมอง ความผิดปกติที่พบได้บ่อย มีดังนี้

- มีอาการปวดหัวเรื้อรังรักษาไม่หาย ไม่ทราบสาเหตุ และปวดหัวติดต่อกันยาวนานหลายเดือน โดยไม่มีช่วงที่หายปวดสนิท
- ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัว
- แขนขาอ่อนแรง ทรงตัวได้ไม่ดี เดินลำบาก พูดไม่ชัด หรือกลืนลำบาก
- บุคลิกเปลี่ยน อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย พูดไม่เป็นคำหรือพูดฟังเข้าใจยาก
- มีอาการซึม ไม่สดใสโดยไม่ทราบสาเหตุ
- มีอาการชักเกร็ง หรือเป็นเหน็บชาครึ่งซีกร่างกายหรือใบหน้าเป็นๆหายๆ

กลุ่มอาการดังกล่าวข้างต้นเป็นเพียงอาการที่พบได้บ่อยในผู้ที่ป่วยโรคเนื้องอก ทั้งนี้ เพื่อให้มั่นใจและได้รับการรักษาได้อย่างทันท่วงที ควรเข้ารับการวินิจฉัยโรคโดยประสาทแพทย์ เพื่อทำการซักประวัติ ตรวจ

ร่างกายโดยละเอียด และพิจารณาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหรือตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เพื่อหาสาเหตุของอาการอย่างละเอียด ในกรณีที่พบว่ามีก้อนเนื้อในสมอง อาจจำเป็นต้องมีการผ่าตัดเพื่อนำชิ้นเนื้อไปวิเคราะห์เพื่อการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำมากยิ่งขึ้น



แนวทางการรักษาของโรคเนื้องอกในสมอง

แนวทางการรักษาของโรคเนื้องอกในสมองมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการ ประเภทของเนื้องอก และระดับความรุนแรงของโรค ในขณะนั้น โดยส่วนใหญ่แล้วแนวทางการรักษาของโรคเนื้องอกมี 3 วิธีหลักๆ ดังนี้

1. ผ่าตัด

การผ่าตัดเหมาะสำหรับการรักษาเนื้องอกสมองที่อยู่ในจุดที่สามารถผ่าตัดได้ง่าย และไม่เสี่ยงจะเกิดอันตรายกับเนื้อสมองส่วนสำคัญและเส้นประสาท โดยการผ่าตัดเนื้องอกในสมองจะมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- การผ่าตัดเพื่อนำเนื้องอกออกทั้งหมด
- การผ่าตัดเพื่อกำจัดเนื้องอกให้ได้มากที่สุด (แต่อาจจะไม่ทั้งหมด)
- การผ่าตัดเพื่อนำเนื้องอกบางส่วนมาตรวจสอบ

2. ฉายแสง

การฉายแสงเป็นวิธีการรักษาเนื้องอกที่ใช้เทคโนโลยีเครื่องฉายรังสีเข้ามาช่วยกำจัดเซลล์เนื้องอกที่เจริญเติบโตผิดปกติ โดยวิธีการนี้จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดความเสียหายของเซลล์สมองบริเวณรอบเนื้องอกจากการกดเบียด รวมไปถึงยังสามารถกำหนดความเข้มข้นของพลังงานเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและแม่นยำมากยิ่งขึ้น

3. ใช้น้ำตาลเนื้องอก

ยาต้านหรือเคมีบำบัด เป็นอีกหนึ่งวิธีการรักษาเนื้องอกกรณีที่หลังผ่าตัดหรือฉายแสงแล้วไม่สามารถกำจัดเนื้องอกภายในสมองได้หมด โดยแพทย์มักจะพิจารณาให้ใช้น้ำตาลเนื้องอกร่วมกับการผ่าตัดหรือฉายแสง เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด



ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้จากโรคเนื้องอกในสมอง

นอกจากอาการทั่วไปที่พบได้ในผู้ที่มีเนื้องอกในสมองแล้ว ยังมีอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนี้

- ประสาทการรับรู้เสื่อมถอย พูดไม่ชัด ได้รับกลิ่นน้อยลง หูไม่ค่อยได้ยิน และตามองไม่ค่อยเห็น
- แขนขาอ่อนแรงจนเกิดอาการอัมพาตครึ่งซีก
- ผู้ป่วยอาจมีภาวะสมองเสื่อม สูญเสียความทรงจำ และเริ่มจำเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันไม่ได้
- มีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายและการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กระเพาะปัสสาวะหรือปอดอักเสบร่วมด้วย

คำถามที่พบบ่อยเกี่ยวกับเนื้องอกในสมอง

1. อาการใดบ้างที่ต้องพบแพทย์โดยด่วน?

หากพบว่ามีอาการปวดหัวรุนแรงจนทนไม่ไหวหรือปวดเรื้อรังเป็นระยะเวลานานไม่หาย แขนขาอ่อนแรง ชักเกร็ง พูดไม่ชัด ปากเริ่มเบี้ยว แนะนำให้เข้าพบแพทย์โดยด่วนเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยที่แม่นยำ และได้รับการรักษาโรคที่ถูกต้องต่อไป

2. เนื้องอกในสมองรักษาหายไหม?

การรักษาเนื้องอกในสมองจะหายขาดหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ประเภทของเนื้องอก ความรุนแรงของอาการในขณะนั้น ตำแหน่ง ขนาด และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย โดยทั่วไปนั้นหากเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงและอยู่ในตำแหน่งที่สามารถผ่าตัดออกได้

หมดนั้นมีโอกาสหายขาดสูง และมักจะไม่กลับมาเป็นซ้ำ แต่หากเป็นเนื้องอกชนิดรุนแรงหรือมะเร็ง แม้ว่าจะผ่าตัดนำเนื้องอกออกแล้วก็ตามอาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถช่วยยืดอายุผู้ป่วยให้มีอายุยืนยาวต่อไปได้

References

- Brain tumours. (2023, June 12). NHS. <https://www.nhs.uk/conditions/brain-tumours/>
- Brain Tumors and Brain Cancer. (n.d.). Johns Hopkins Medicine. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/brain-tumor>
- Brain tumour symptoms. (2023, January 19). Cancer Research UK. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/brain-tumours/symptoms>

ขอขอบคุณแหล่งที่มาของข้อมูล : <https://praram9.com/th/articles/brain-tumor>

AI เปลี่ยนระบบสุขภาพในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกได้แค่ไหน



ภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกกำลังเข้าสู่จุดเปลี่ยนครั้งสำคัญของระบบสุขภาพ เมื่อ AI เริ่มเข้าไปตั้งแต่การวิเคราะห์ภาพทางการแพทย์ การช่วยตัดสินใจของแพทย์ การจัดทำเวชระเบียน ไปจนถึงการบริหารผู้ป่วยและทรัพยากร แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาคือ การมี AI ที่เก่งขึ้นไม่ได้หมายความว่า โรงพยาบาลจะพร้อมใช้ AI ในวงกว้าง เพราะหัวใจของการเปลี่ยนแปลงกลับอยู่ที่ข้อมูลที่เชื่อมต่อกันได้ มาตรฐานการรักษา ระบบกำกับดูแล บุคลากร และวิธีจ่ายเงินที่วัดจากผลการรักษาของผู้ป่วยมากกว่าจำนวนบริการที่โรงพยาบาลทำ

เมื่อพูดถึงอนาคตของการแพทย์ในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก ภาพที่มักปรากฏขึ้นคือ โรงพยาบาลอัจฉริยะ แพทย์ใช้ AI วิเคราะห์ข้อมูล ผู้ป่วยมีเวชระเบียนดิจิทัล และระบบสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงก่อนที่โรคจะรุนแรง แต่ในความเป็นจริง การเปลี่ยนแปลงอาจไม่ได้เริ่มต้นจากเครื่องมือที่ฉลาดที่สุด แต่อยู่ที่ระบบการจัดการข้อมูลของผู้ป่วย รวมไปถึงระบบจ่ายเงิน และความพร้อมของโรงพยาบาล เพราะ AI สามารถวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนมหาศาลได้ แต่ไม่สามารถทำให้ข้อมูลที่ผิดพลาด ขาดหาย หรืออยู่คนละระบบ กลายเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพได้ด้วยตัวมันเอง

การแข่งขันด้าน AI healthcare ในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก อาจไม่ได้วัดกันว่า ประเทศใดมีโมเดล AI ที่เก่งที่สุด แต่จะวัดกันด้วยว่า ประเทศใดสร้างระบบสุขภาพที่สามารถทำให้ AI ทำงานได้อย่างปลอดภัยและเกิดประโยชน์จริง องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศไว้ว่า ความก้าวหน้าของ digital health และ AI จำเป็นต้องตั้งอยู่บนรากฐานเดียวกัน ได้แก่ ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ระบบที่สามารถทำงานร่วมกันได้ และการกำกับดูแลที่เข้มแข็ง

ระบบสุขภาพตามไม่ทันความต้องการของผู้ป่วย

รายงาน *Asia-Pacific Front Line of Healthcare 2026* ของ Bain & Company บริษัทที่ปรึกษาด้านการจัดการระดับโลก ซึ่งเผยแพร่เมื่อเดือนมิถุนายน ค.ศ.2026 สะท้อนแรงกดดันที่กำลังเกิดขึ้นในภูมิภาค ผลการสำรวจผู้บริโภค 6,300 คน ใน 9 ตลาดของภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก รวมทั้งแพทย์ 600 คนในออสเตรเลียกับฟิลิปปินส์พบว่า ความต้องการของผู้บริโภคเพิ่มขึ้น ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์กำลังเผชิญกับภาระงานและความเหนื่อยล้า

ผู้บริโภค 84% ต้องการความสะดวกจากระบบสุขภาพมากขึ้น เมื่อเทียบกับ 2 ปีก่อน และ 71% ต้องการให้แพทย์ตอบสนองผ่านช่องทางต่างๆ เช่น โทรศัพท์ WhatsApp หรืออีเมลได้รวดเร็วขึ้น ขณะเดียวกัน 60% ระบุว่า ตนเองนัดตรวจสุขภาพหรือคัดกรองโรคเป็นประจำในปี 2025 เพิ่มขึ้นจาก 47% ในปี 2023 นอกจากนี้ แพทย์ประมาณ 1 ใน 5 กำลังพิจารณาย้ายที่ทำงาน และเหตุผลสำคัญไม่ได้อยู่ที่ค่าตอบแทนเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับภาระงาน การขาดการยอมรับ และภาวะหมดไฟในการทำงาน

ประมาณ 1 ใน 3 ของแพทย์ระบุว่า องค์กรของตนยังไม่พร้อมสำหรับการนำ AI ไปใช้ในวงกว้าง โดยมีปัญหาทั้งเรื่องกลยุทธ์ การฝึกอบรม และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ จึงเกิดความย้อนแย้งขึ้น เพราะขณะที่ผู้ป่วยต้องการระบบสุขภาพที่เร็วและเชื่อมโยงมากขึ้น แพทย์ต้องการเครื่องมือที่ช่วยลดภาระงาน แต่โรงพยาบาลจำนวนมากยังขาดโครงสร้างพื้นฐานที่จะทำให้เทคโนโลยีเหล่านั้นทำงานร่วมกันได้

AI ยึดติดกับข้อมูลไม่ใช่อัลกอริทึม

หนึ่งในปัญหาพื้นฐานที่สุดของโรงพยาบาลคือ ข้อมูลสุขภาพไม่ได้อยู่ในรูปแบบเดียวกันเสมอไป ข้อมูลผู้ป่วยอาจกระจายอยู่ในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ห้องปฏิบัติการ ระบบภาพทางการแพทย์ ระบบยา ระบบประกัน และฐานข้อมูลอื่นๆ หากระบบเหล่านี้ไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้อย่างมีมาตรฐาน AI ก็อาจมองเห็นเพียงบางส่วนของผู้ป่วย ฉะนั้น โมเดลอาจมีความสามารถในการคำนวณสูง แต่มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะเข้าใจบริบททั้งหมด

นี่คือเหตุผลที่มาตรฐานความสามารถในการทำงานร่วมกันของข้อมูล (interoperability) เช่น HL7 และ FHIR มีความสำคัญ เพราะช่วยกำหนดวิธีที่ระบบต่างๆ สามารถแลกเปลี่ยนและตีความข้อมูลสุขภาพได้ สำนักงาน WHO ประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ให้ความสำคัญกับ interoperability และ

ธรรมาภิบาลข้อมูล (data governance) โดยตรง และมองว่า 2 เรื่องนี้เป็นส่วนสำคัญของการสร้างระบบดิจิทัลที่สามารถนำ AI ไปใช้ได้อย่างปลอดภัยและเท่าเทียม

ในอินโดนีเซีย แนวคิดดังกล่าวกำลังถูกผลักดันผ่านแพลตฟอร์ม SATUSEHAT ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า เป็นระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงโรงพยาบาล สถานพยาบาล หน่วยงานกำกับ ผู้ชำระเงิน และผู้ให้บริการดิจิทัล เข้าด้วยกัน ข้อมูลจาก SATUSEHAT ระบุปัญหาเดิมว่า อินโดนีเซียมีแอปพลิเคชันด้านสุขภาพของภาครัฐมากกว่า 400 ระบบที่ยังไม่ได้เชื่อมโยงกันทั้งหมด และมีปัญหาจาก metadata ที่ไม่สม่ำเสมอและการขาดมาตรฐาน interoperability เดียวกัน

ปัจจุบัน SATUSEHAT ใช้มาตรฐาน HL7 FHIR และ REST API เป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้าง interoperability และมีการปรับปรุงมาตรฐานและคู่มือเป็นระยะ โดยมีการอัปเดตระบบเวอร์ชัน 7.23 ในเดือนเมษายน 2026 นี่เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าการสร้างระบบ AI healthcare ไม่ได้เริ่มต้นจากการติดตั้ง chatbot หรือซื้อโมเดลภาษาขนาดใหญ่ แต่เริ่มจาก “digital plumbing” หรือระบบประปาข้อมูลของระบบสุขภาพ ถ้าท่อยังไม่เชื่อมต่อกัน ต่อให้เครื่องยนต์ AI มีประสิทธิภาพสูงเพียงใดก็ไม่สามารถดึงข้อมูลที่จำเป็นมาใช้ได้ครบถ้วน

สิงคโปร์จริงจังกับการกำกับดูแลระบบ AI

สิงคโปร์เป็นหนึ่งในประเทศเอเชียที่เดินหน้าเรื่อง AI healthcare อย่างเป็นระบบ และความเคลื่อนไหวล่าสุดสะท้อนว่า เมื่อ AI เข้าใกล้การใช้งานจริงมากขึ้น จากจุดเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้แก่ประชาชนในการใช้ระบบ AI พัฒนาไปสู่การใช้ AI อย่างปลอดภัย และรับผิดชอบ กระทรวงสาธารณสุขสิงคโปร์ได้ปรับปรุง Artificial Intelligence in Healthcare Guidelines หรือ AIHGle เป็นเวอร์ชัน 2.0 และเผยแพร่แนวทางฉบับปรับปรุงในเดือนเมษายน 2026

แนวทางดังกล่าวสะท้อนหลักคิดสำคัญว่า AI ใน healthcare ไม่สามารถใช้มาตรฐานเดียวกับ AI สำหรับงานทั่วไปได้ เพราะความผิดพลาดอาจส่งผลกระทบต่อวินิจฉัย การรักษา และความปลอดภัยของผู้ป่วย สิงคโปร์ยังมีตัวอย่างการใช้ AI ในโรงพยาบาลที่เป็นรูปธรรม เช่น Singapore General Hospital ซึ่งมีระบบ PEACH หรือ Perioperative AI Chatbot สำหรับช่วยประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยสามารถช่วยคัดกรองผู้ป่วยก่อนผ่าตัด สร้างแผนการดูแลและค้นข้อมูลจากแนวทางการรักษาจำนวนมาก มีการใช้งานกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประมาณ 25,000 คนแล้ว และประเมินว่าสามารถประหยัดเวลาของแพทย์ได้ประมาณ 660 ชั่วโมงต่อปี

แต่ตัวเลขดังกล่าวควรเข้าใจว่าเป็นผลจากระบบเฉพาะกรณี และบริบทของโรงพยาบาลนั้นไม่ใช่หลักฐานว่า AI ทุกชนิดจะ

ประหยัดเวลาแพทย์ได้ในระดับเดียวกัน นี่เป็นหลักการสำคัญของการประเมิน AI healthcare ในระดับ workflow จริงๆ ไม่ใช่ดูเพียงความแม่นยำของโมเดลในห้องทดลอง

จุดอ่อนของโครงสร้างระบบสุขภาพของอินเดีย

อินเดียเป็นอีกประเทศที่น่าจับตามอง เพราะมีทั้งประชากรขนาดใหญ่ ปัญหาการเข้าถึงบริการ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลสำรวจของ Bain & Company พบว่า อินเดียมีลักษณะเฉพาะในหลายด้าน ผู้บริโภคอินเดียใช้ GenAI เพื่อทำความเข้าใจเรื่องการวินิจฉัยและทางเลือกการรักษาในสัดส่วนสูง และมีความต้องการระบบที่ช่วยประสานการรักษา แต่ในเวลาเดียวกันยังมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ระยะเวลารอคอย และความไม่ต่อเนื่องของการดูแล

สิ่งนี้ทำให้อินเดียมีโอกาสใช้ AI เพื่อช่วยลดภาระบางอย่าง เช่น การสรุปข้อมูล การประสานการรักษา และการช่วยค้นข้อมูลทางคลินิก แต่ความต้องการที่สูงไม่ได้แปลว่าการนำ AI ไปใช้ประสบความสำเร็จโดยอัตโนมัติ เพราะ AI ต้องอาศัยข้อมูลที่มีคุณภาพ ระบบมาตรฐาน และกฎเกณฑ์ที่ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อ AI เข้าไปเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทางการแพทย์ ความท้าทายของอินเดียจึงอาจไม่ใช่การขาดแคลน AI แต่คือการทำให้ AI สามารถทำงานได้อย่างปลอดภัยในระบบสุขภาพที่มีความหลากหลายสูงทั้งในด้านผู้ให้บริการ ข้อมูล และการเข้าถึงบริการ

AI ในจีนเติบโตพร้อมกับการเปลี่ยนวิธีจ่ายค่ารักษา

ส่วนจีนก็เป็นหนึ่งในตลาดที่มีการพัฒนา digital health และ AI อย่างรวดเร็ว แต่สิ่งที่น่าสนใจคือ การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพไม่ได้เกิดจาก AI เพียงอย่างเดียว อีกด้านหนึ่งคือ การปฏิรูประบบการจ่ายเงินให้โรงพยาบาล ระบบ diagnosis-related group หรือ DRG พยายามเปลี่ยนแรงจูงใจจากการจ่ายตามบริการแต่ละรายการไปสู่การจ่ายตามกลุ่มโรคหรือกรณีผู้ป่วย ซึ่งทำให้โรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการควบคุมต้นทุนและปรับกระบวนการรักษา

งานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน BMC Health Services Research ปี 2026 วิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลรัฐ จากเมืองนาร์รองของจีนในช่วงปี 2016–2022 และพบว่า DRG payment reform มีความสัมพันธ์กับการลดค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 19.1% รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ขณะเดียวกันระยะเวลานอนโรงพยาบาลและการใช้ยาปฏิชีวนะก็ลดลง

นักวิจัยไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในอัตราการกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 31 วัน หรืออัตราการเสียชีวิต และผู้วิจัยเองระบุว่า ผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการยังมีข้อจำกัด และจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมในด้านการเปลี่ยนวิธีจ่ายเงินที่นำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมของระบบสุขภาพได้ และจำเป็นต้องติดตามว่าการประหยัดต้นทุนนั้นเกิดขึ้นพร้อมกับคุณภาพการรักษาหรือไม่

เพราะถ้าระบบสุขภาพต้องการใช้ AI เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ แต่ยั้งวัดความสำเร็จด้วยจำนวนการตรวจ จำนวนหัตถการ หรือจำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการเพียงอย่างเดียว ก็อาจไม่สามารถตอบได้ว่า AI ช่วยให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีขึ้นจริงหรือไม่

จ่ายตามบริการเปลี่ยนเป็นจ่ายตามผลการรักษา

นี่คือเหตุผลที่แนวคิด value-based care หรือ VBC กำลังได้รับความสนใจในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก หลักคิดของ VBC คือการให้ความสำคัญกับคุณค่าที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ผลลัพธ์ทางสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความปลอดภัย และประสิทธิภาพ มากกว่าจำนวนบริการที่โรงพยาบาลให้

รายงานล่าสุดของ Bain & Company พบว่า 56% ของแพทย์ที่สำรวจสนใจโมเดล VBC มากขึ้นเมื่อเทียบกับ 2 ปีก่อน โดยแพทย์ให้เหตุผลว่า VBC อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ปรับปรุงความพึงพอใจของผู้ป่วย และยกระดับคุณภาพ การดูแล แต่มีไม่ถึง 1 ใน 3 ที่ระบุว่าองค์กรของตนมีการใช้โมเดลการจ่ายตามหลักการ VBC

พวกเขายังระบุถึงสิ่งที่ต้องมีเพื่อให้ VBC ทำงานได้ ได้แก่ แนวทางการรักษาที่มีหลักฐานรองรับ ระบบข้อมูลที่เชื่อถือได้ และภาระการรายงานที่ลดลง VBC กับ AI กำลังติดปัญหาเดียวกัน นั่นคือ ข้อมูล ถ้าโรงพยาบาลไม่สามารถติดตามได้ว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาอะไร มีผลออกมาอย่างไร ใช้ทรัพยากรเท่าไร และผลแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยกลุ่มใด ก็ยากที่จะทั้งจ่ายเงินตามผลลัพธ์และฝึกหรือประเมิน AI ให้ทำงานได้อย่างมีความหมาย

ส่วนการเปลี่ยนจากระบบที่เน้นการรักษาเมื่อป่วยไปสู่การพยายามรักษาประชากรให้อยู่ในภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สิงคโปร์เป็นตัวอย่างที่ดีจากนโยบาย Healthier SG ซึ่งพยายามเปลี่ยนระบบไปสู่การดูแลสุขภาพเชิงป้องกันของประชากร โดยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น (primary care) และการป้องกันโรคตั้งแต่ระยะต้น แต่การจ่ายเงินในลักษณะที่รับผิดชอบต่อประชากรหรือผลลัพธ์ในระยะยาวก็มีความท้าทาย โดยเฉพาะสำหรับผู้ให้บริการขนาดเล็กที่มีทรัพยากรจำกัด

ปัญหานี้ชี้ให้เห็นว่า value-based care ไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของสูตรการจ่ายเงิน แต่ยังจำเป็นต้องมีข้อมูลที่ต่อเนื่อง การวัดผลที่เป็นมาตรฐาน ระบบส่งต่อที่ทำงานได้จริง และความสามารถในการบริหารความเสี่ยง ถ้าไม่มีสิ่งเหล่านี้ การย้ายความเสี่ยงทางการเงินจากผู้จ่ายไปยังคลินิกหรือโรงพยาบาลอาจสร้างแรงกดดันใหม่แทนที่จะสร้างคุณค่าที่ดีขึ้น

กับดักของโครงการนำร่องที่ไม่เคยไปถึงระบบจริง

หนึ่งในปัญหาที่พบใน healthcare AI ทั่วโลกคือ โรงพยาบาลสามารถทดลอง AI ได้ง่ายกว่าการนำ AI ไปใช้ในระดับองค์กร โครงการนำร่องอาจทำงานได้ดีในแผนกหนึ่ง มีทีมวิจัยดูแล มีข้อมูลที่เตรียมไว้ และมีบุคลากรที่เข้าใจระบบ แต่เมื่อขยายไปหลายแผนก ปัญหาใหม่

จะเกิดขึ้นทันที ระบบเดิมเชื่อมต่อไม่ได้ ข้อมูลมีรูปแบบต่างกัน ไม่มีใครรับผิดชอบเมื่อ AI ผิดพลาด แพทย์ไม่ได้รับการฝึกอบรม ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าข้อมูลถูกนำไปใช้อย่างไร และไม่มีวิธีวัดว่า AI ทำให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้นจริงหรือไม่

บริษัท Bain & Company ระบุว่า มีเพียงประมาณ 30% ของโครงการนำร่อง หรือกระบวนการพิสูจน์แนวคิด (proof-of-concept) ที่สามารถไปถึงการใช้งานจริง และชี้ว่าช่องว่างสำคัญอยู่ที่ข้อมูล ธรรมชาติของระบบและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ไม่ใช่เพียงเทคโนโลยีเท่านั้น ผู้รับผิดชอบต้องสามารถสืบค้นแหล่งที่มา ของข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและมีวิธีตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถหยุดระบบได้ทันทีเมื่อเกิดปัญหาระบบล้มเหลว

บทสรุป

AI จะเปลี่ยนระบบสาธารณสุขในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกได้อย่างเหมาะสมเพียงใดขึ้นอยู่กับความก้าวหน้าของระบบเชื่อมต่อข้อมูล มีความสามารถในการทำงานร่วมกันของข้อมูล (interoperability) อย่างแข็งแกร่ง มีการกำกับดูแลระบบอย่างมีประสิทธิภาพ มีธรรมชาติของข้อมูลหรือชุดแนวทาง กฎเกณฑ์ และนโยบายในการจัดการข้อมูลขององค์กร มีการตรวจสอบได้จริง ส่วนการออกแบบ workflow ร่วมกับแพทย์ AI ก็เป็นอีกเครื่องมือสำคัญในการลดภาระงาน เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลและช่วยให้ระบบสุขภาพรองรับความต้องการของประชากรที่เพิ่มขึ้นได้ ควบคู่ไปกับการใช้ value-based care หรือ VBC ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ดังนั้น การแข่งขันด้าน AI healthcare ของภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกในระยะต่อไปอาจไม่ได้ตัดสินกันที่ว่า ใครมีอัลกอริทึมที่ฉลาดที่สุด แต่อาจตัดสินกันที่ว่า ใครสามารถสร้างระบบที่เชื่อมต่อข้อมูลได้อย่างปลอดภัย แพทย์ยังเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจ ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครอง และทุกดอลลาร์หรือทุกบาทที่ใช้ไปสามารถเชื่อมโยงกลับไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วยได้ AI จึงไม่ใช่เพียงเทคโนโลยีใหม่ในโรงพยาบาล แต่อาจกลายเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบระบบสุขภาพรูปแบบใหม่ของภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกต่อไป

ข้อมูล:

<https://healthcareasiamagazine.com/healthcare/expert-opinion/why-are-asia-pacific-hospitals-slow-adopt-outcome-based-care>

<https://www.msn.com/en-xl/news/other/can-healthcare-ai-scale-across-asia/ar-AA29x0kj?ocid=BingNewsSerp>

<https://www.healthcareitnews.com/news/asia/ai-hospitals-real-challenge-isnt-algorithm-its-data>

วิจัยชี้ ‘ยาลดความดัน’ อาจช่วยชะลอ ‘โรคสมองที่พบได้ยาก’ ในเด็ก

เฮก, 17 ส.ค. (ซินหัว) การศึกษาวิจัยที่นำโดยศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยอัมสเตอร์ดัม (Amsterdam UMC) ในเนเธอร์แลนด์เปิดเผยว่า ยาลดความดันโลหิตที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาจช่วยชะลอการลุกลามของโรคทางสมองในเด็กที่พบได้ยากซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต



การศึกษาดังกล่าวซึ่งตีพิมพ์ในวารสารเดอะ แลนเซต นิวโรโลจี (The Lancet Neurology) ฉบับล่าสุด ได้ตรวจสอบผลกระทบที่ยากัวนาเบนซ์ (guanabenz) มีต่อโรคเนื้อสมองสีขาวเสื่อมสลาย (Vanishing White Matter – VWM) ซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรมเกี่ยวกับความเสื่อมของระบบประสาทที่พบได้ยาก และมักส่งผลกระทบต่อเด็กอายุระหว่าง 1-6 ปีเป็นหลัก

ข้อมูลจากศูนย์การแพทย์ฯ ระบุว่า โรคเนื้อสมองสีขาวเสื่อมสลายส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียทักษะด้านการเคลื่อนไหวและสติปัญญาอย่างต่อเนื่อง และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่ได้รับการอนุมัติอย่างเป็นทางการเพื่อใช้ยับยั้งหรือชะลอการลุกลามของโรคนี้

คณะนักวิจัยได้ติดตามเด็กที่ป่วยเป็นโรคนี้ซึ่งได้รับยากัวนาเบนซ์ และเปรียบเทียบพัฒนาการของโรคตลอดระยะเวลา 3 ปี กับเด็ก 66 ราย ที่มีระดับความรุนแรงของโรคใกล้เคียงกันจากฐานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างประเทศซึ่งไม่ได้รับยาตัวดังกล่าว ผลการวิจัยพบว่า เด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยากัวนาเบนซ์มีความจำเป็นต้องพึ่งพารถเข็นวีลแชร์น้อยกว่าและช้ากว่าเด็กในกลุ่มเปรียบเทียบ

มาริโอ ฟาน เดอร์ คนาป (Marjo van der Knaap) ผู้วิจัยหลักของรายงานวิจัยนี้และอดีตศาสตราจารย์ด้านกุมารประสาทวิทยาประจำศูนย์การแพทย์ฯ กล่าวว่า ผลการศึกษาแสดงให้เห็นเป็นครั้งแรกว่าเราสามารถควบคุมหรือชะลอโรคทางสมองที่อันตรายโรคนี้ในเด็กได้

รายงานระบุว่า ไม่มีเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยากัวนาเบนซ์เสียชีวิตระหว่างช่วงเวลาที่ทำการศึกษา เมื่อเทียบกับเด็กในกลุ่มเปรียบเทียบที่เสียชีวิต 5 ราย จากทั้งหมด 66 ราย ส่วนผลข้างเคียงของยา เช่น อาการประสาทหลอน อาการง่วงซึม ท้องผูก และความดันโลหิตต่ำ หลักๆ แล้วมักเกิดขึ้นในช่วงไม่กี่เดือนแรกของการรักษา โดยหลังจากผ่านไป 4-6 เดือน เด็กๆ โดยทั่วไปสามารถทนต่อยาได้ดี และไม่มีผู้ป่วยรายใดต้องยุติการรักษาเนื่องจากผลข้างเคียง

ฟาน เดอร์ คนาป กล่าวว่า เนื่องจากทีมงานกำลังทำการรักษา กับเด็กเล็ก การที่ผลข้างเคียงสามารถสังเกตเห็นได้ ให้การรักษาได้ และเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง

คณะนักวิจัยเน้นย้ำว่า ยากัวนาเบนซ์ไม่ใช่ยาสำหรับรักษาโรคเนื้อสมองสีขาวเสื่อมสลายให้หายขาด และประสิทธิภาพเชิงบวกของยาก็ดูเหมือนจะหมดไปหลังจากหยุดการรักษา นักวิจัยยังเตือนด้วยว่าการศึกษานี้ไม่ได้มีกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยานี้คู่ขนานกันไป

ปัจจุบันคณะนักวิจัยกำลังอยู่ระหว่างการศึกษาดูตามผล เพื่อเฝ้าสังเกตอาการของเด็กๆ ในระยะยาวขึ้น และตรวจสอบผลกระทบของการใช้ยากัวนาเบนซ์ในขนาดยาที่มากขึ้น

ทั้งนี้ โรคเนื้อสมองสีขาวเสื่อมสลายเป็นโรคที่พบได้ยากอย่างยิ่ง โดยคาดการณ์ว่าเด็กแรกเกิดทั่วโลกป่วยด้วยโรคนี้เพียง 1 ใน 100,000 ราย ขณะที่ในเนเธอร์แลนด์มีผู้ป่วยที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะนี้ราว 1.3 รายต่อประชากร 1 ล้านราย

ขอขอบคุณแหล่งที่มาของข้อมูล : https://www.xinhuanet.com/china/590862_20260817

นักวิจัยออสเตรเลียเพาะเลี้ยง ‘ลำไส้จิ๋ว’ หวังหาทางรักษาโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง



เมลเบิร์น, 18 ส.ค. (ซินหัว) — แดลงการณัฎจากมหาวิทยาลัยโมนาชของออสเตรเลียระบุว่า นักวิจัยในออสเตรเลียได้เพาะเลี้ยงแบบจำลองระบบย่อยอาหารของผู้ป่วยเด็ก หรือ “ลำไส้จิ๋ว” (Mini guts) ในรูปแบบเซลล์มีชีวิตขึ้นมาสำเร็จ เพื่อใช้ศึกษาหาแนวทางรักษาโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (IBD) โดยคณะนักวิจัยได้นำเนื้อเยื่อและแบคทีเรียจากลำไส้มาสร้างเป็นแบบจำลองออร์แกนอยด์ 3 มิติขนาดเล็ก ทำให้สามารถทดสอบกระบวนการและตำแหน่งที่แบคทีเรียเฉพาะชนิดในระบบย่อยอาหารของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อจนก่อให้เกิดการอักเสบ

ผลการศึกษาที่เผยแพร่ในวารสารไซเอนติฟิก รีพอร์ตส์ (Scientific Reports) ถือเป็นงานวิจัยชิ้นแรกที่พัฒนาแบบจำลองออร์แกนอยด์ซึ่งรวมทั้งเยื่อบุลำไส้และแบคทีเรียไว้ด้วยกัน ทั้งยังเป็นการบุกเบิก

เทคโนโลยีการฉีดแบคทีเรียเข้าไปในออร์แกนอยด์ของลำไส้ เพื่อศึกษาผลกระทบของแบคทีเรียต่อการอักเสบ

ศ. เฮเลน อาบัด หัวหน้าทีมวิจัยจากสถาบันการค้นพบทางชีวการแพทย์โมนาช ระบุว่า ไมโครไบโอมหรือกลุ่มจุลินทรีย์ในลำไส้ของแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะตัว ดังนั้น แนวทางการรักษาโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังที่ได้ผลกับผู้ป่วยรายหนึ่งจึงอาจไม่ได้ผลกับผู้ป่วยอีกราย เทคโนโลยี “ลำไส้จิ๋ว” เหล่านี้จึงสามารถช่วยขับเคลื่อนการรักษาให้ก้าวข้ามแนวทาง “แบบครอบจักรวาล” ขณะเดียวกัน การสร้างแบบจำลองมีชีวิตของเยื่อบุลำไส้จากผู้ป่วยจะช่วยให้ นักวิจัยสังเกตได้ว่าเกราะป้องกันสำคัญนี้ปกป้องร่างกายจากสิ่งที่เป็นอันตรายในลำไส้ได้อย่างไร รวมถึงดูว่าเยื่อบุลำไส้พื้นผิวหรือเกิดความเสียหายได้อย่างไรเมื่อสัมผัสกับแบคทีเรียชนิดต่างๆ

ดร. อีวา ซาน ผู้เขียนงานวิจัยจากสถาบันวิจัยการแพทย์ฮัดสัน ระบุว่า การจัดตั้งคลังชีวภาพ (Biobank) ที่รวบรวมแบบจำลองออร์แกนอยด์และแบคทีเรียซึ่งจับคู่ตรงกับผู้ป่วยแต่ละราย จะเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการทดสอบและปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายในห้องปฏิบัติการก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยจริง

ขอขอบคุณแหล่งที่มาของข้อมูล : https://www.xinhuaithai.com/inter/591325_20260818

มีทั้งกล้ามเนื้อและความแข็งแรง เหตุใดนักเพาะกายหลายคนเสียชีวิตแต่อายุน้อย



Getty Images

งานวิจัยชิ้นหนึ่งพบว่า นักเพาะกายมืออาชีพมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมากกว่านักเพาะกายสมัครเล่นถึง 5 เท่า สเตฟานี โรดริเกส

Role, บีบีซีแผนกภาษาบราซิล

Published 1 สิงหาคม 2026

เมื่อช่วงต้นเดือนที่ผ่านมา ไมล์ซอน อารากูโจ โฟสต์รูปถ่ายของเขาที่ยิมที่เขาฝึกทำอยู่บ่อยๆ รูปนั้นเผยให้เห็นรูปร่างที่ทำให้เขากลายเป็นนักเพาะกายมืออาชีพและอินฟลูเอนเซอร์ด้านฟิตเนสที่มีผู้ติดตามหลายหมื่นคน

เขาสวมเสื้อกล้ามสีแดง ไชว์กล้ามเนื้อที่บึกบึนราวกับเป็นท่อนแขนของซูเปอร์ฮีโร่

ไม่กี่ชั่วโมงต่อมา ชาวบราซิลวัย 35 ปีคนนี้ก็เสียชีวิตหลังเกิดอาการป่วยกะทันหันที่บ้านของเขาในรัฐบาเยีย ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของบราซิล

สาเหตุการเสียชีวิตของอารากูโจยังไม่ได้รับการยืนยัน แต่เขาเป็นหนึ่งในนักเพาะกายหลายคน que เสียชีวิตอย่างกะทันหัน

เมื่อช่วงปลายเดือน พ.ค. ที่ผ่านมานี้ กาเบรียล แกนเลย์ นักเพาะกายวัยหนุ่มที่โด่งดังคนหนึ่งของบราซิล เสียชีวิตด้วยวัย 22 ปีจากภาวะหัวใจหยุดเต้น ขณะที่เมื่อปีที่แล้ว นักเพาะกายชาวบราซิล 2 ราย ที่อยู่ในวัย 30 และ 40 ปี เสียชีวิตจากภาวะที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ โดยหนึ่งในนั้นเสียชีวิตระหว่างการแข่งขัน

นอกจากนี้ ยังมีรายงานการเสียชีวิตในลักษณะคล้ายคลึงกันนี้เกิดขึ้นทั่วโลก เช่น กรณีของดัลลัส แมคคาร์เวอร์ นักเพาะกายชาวอเมริกัน ซึ่งเสียชีวิตเมื่อปี 2017 ด้วยวัย 26 ปี กรณีของโจ ลินด์เนอร์ ฟิตเนสอินฟลูเอนเซอร์และนักเพาะกายชาวเยอรมัน ที่เสียชีวิตเมื่อปี 2023 ขณะมีอายุได้ 30 ปี

จากกรณีต่างๆ เหล่านี้ เหตุใดกลุ่มนักเพาะกายซึ่งดูเหมือนจะเป็นคนที่ร่างกายแข็งแรงและฟิตอยู่เสมอ จึงเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ขณะที่พวกเขายังมีอายุน้อยมาก



ดัลลัส แมคคาร์เวอร์ นักเพาะกายชาวอเมริกัน ระหว่างการแข่งขันรายการอาร์โนลด์คลาสสิกในเมืองโคลัมบัส รัฐโอไฮโอ เมื่อเดือน มี.ค. 2017 ต่อมาเขาเสียชีวิตหลังจากแข่งขันในปีเดียวกัน

ความเสี่ยงของการแข่งขันเพาะกายถูกเสนอไว้ในงานวิจัยปี 2025 นักวิจัยได้ติดตามนักเพาะกายสมัครเล่นและนักเพาะกายมืออาชีพราว 20,000 ราย ที่เข้าร่วมการแข่งขันต่างๆ ซึ่งจัดโดยองค์กรกำกับดูแลกีฬาชนิดนี้ในช่วงระหว่างปี 2005 - 2020

งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารด้านหัวใจที่ชื่อว่า *ยูโรเปียน ฮาร์ต เจอร์นัล* พบว่านักกีฬาเพาะกายอาชีพมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมากกว่านักเพาะกายสมัครเล่นที่เข้าร่วมการแข่งขันมากกว่า 5 เท่า โดยภาวะนี้คือการที่หัวใจหยุดเต้นลงอย่างกะทันหัน

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเป็นโรคที่พบได้น้อยในกลุ่มคนหนุ่มสาวอายุน้อย กลุ่มคนที่มีสุขภาพแข็งแรง แต่ภาวะนี้มักมีความเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นโรคประจำตัวอยู่เดิม

การศึกษานี้พบผู้เสียชีวิตจำนวน 121 ราย โดย 46 รายในจำนวนนี้จัดเป็นการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน

อายุเฉลี่ยของผู้เสียชีวิตอยู่ที่ 45 ปี แต่ในกลุ่มนักกีฬาที่ยังคงแข่งขันอยู่นั้น อายุเฉลี่ยอยู่ที่เพียง 34.7 ปีเท่านั้น

ดร. มาร์โก เวคคิโอตา จากมหาวิทยาลัยปาตัวในอิตาลี ผู้เขียนหลักของงานวิจัยชิ้นนี้ กล่าวว่า มีปัจจัยหลายประการที่อาจมีส่วนต่อการเสียชีวิตของนักเพาะกาย ไม่ว่าจะเป็น “การใช้สารเพิ่มประสิทธิภาพของนักกีฬาอย่างแพร่หลาย” การลดน้ำหนักตัวลงอย่างรวดเร็วเพื่อการแข่งขัน และ “การฝึกความแข็งแรงอย่างสุดโต่ง”

นอกจากนี้ ยังมีงานศึกษาของนักวิจัยชาวเดนมาร์กอีกฉบับหนึ่งที่ตีพิมพ์ในวารสาร *เซอร์คูเลชัน (Circulation)* ในปี 2025 งานศึกษาชิ้นนี้ได้ติดตามผู้ชาย 1,189 ราย ที่ใช้สารอะนาบอลิก สเตียรอยด์ (anabolic steroids) และเปรียบเทียบกับผู้ชายจากประชากรทั่วไปเกือบ 60,000 ราย ในช่วงตลอดระยะเวลา 11 ปี

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ใช้สเตียรอยด์มีแนวโน้มจะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (cardiomyopathy) มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้เกือบ 9 เท่า โดยโรคนี้เป็นโรคที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอลง นอกจากนี้ ผู้ที่ใช้สเตียรอยด์ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายสูงกว่าปกติถึง 3 เท่า ในขณะที่ความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นสูงกว่าปกติมากกว่า 3 เท่า

นอกจากอะนาบอลิก สเตียรอยด์จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ในผู้ชาย เช่น จำนวนอสุจิลดลงและภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศแล้ว สเตียรอยด์ชนิดนี้ยังทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น แรงการสะสมของคราบไขมันในหลอดเลือดแดง และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างภายในหัวใจด้วยเช่นกัน

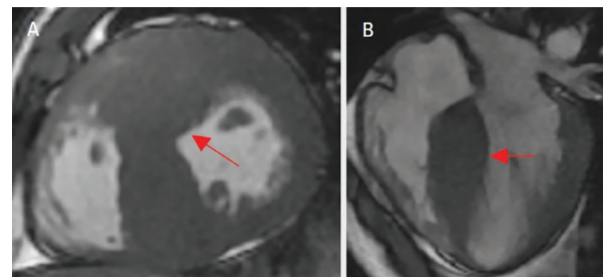
ในการศึกษาที่ตีพิมพ์ในวารสารยูโรเปียน ฮาร์ต เจอร์นัล (*European Heart Journal*) นักวิจัยได้ตรวจสอบผลการชันสูตรศพของนักเพาะกายที่เสียชีวิตเหล่านั้น

โดยหลายกรณีพบว่านักเพาะกายที่เสียชีวิตมีภาวะหัวใจโต และกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัว (left ventricular hypertrophy) ซึ่งเป็นภาวะที่ผนังของห้องสูบฉีดเลือดหลักของหัวใจหนาขึ้น โดยภาวะนี้สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmias) และหัวใจล้มเหลว (heart failure) ได้

ทั้งนี้ บางกรณีผลการตรวจวิเคราะห์ทางพิษวิทยาซึ่งรายงานตรวจสอบที่เปิดเผยต่อสาธารณะ พบว่ามีการใช้ยากลุ่มอะนาบอลิกในทางที่ผิด ซึ่งโดยปกติแล้วไม่ได้มีการตรวจคัดกรองในการชันสูตรศพหลังเสียชีวิต

นอกจากนี้ จากการชันสูตรศพนักเพาะกายที่เสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อยมักพบว่าผู้เสียชีวิตมีภาวะหัวใจโต

ในกรณีหนึ่งที่มีการรายงานข่าวอย่างแพร่หลาย นั่นคือ กรณีของดัลลัส แมคคาร์เวอร์ นักเพาะกายชาวอเมริกันชื่อดังในวงการกีฬาค้นหนึ่งเสียชีวิตเมื่อปี 2017 ด้วยอายุ 26 ปี ผลการตรวจชันสูตรพบว่าหัวใจของเขามีน้ำหนัก 833 กรัม ซึ่งถือว่าหนักกว่าน้ำหนักหัวใจของผู้ชายวัยผู้ใหญ่ถึง 2 เท่า



Bispo & Zago, 2024, Arquivos Brasileiros de Cardiologia (CC BY) ภาพสแกนเอ็มอาร์ไอสามารถแยกความแตกต่างระหว่างหัวใจของนักกีฬาที่มีสุขภาพดี (ด้านขวา) กับผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจหนาผิดปกติ (ด้านซ้าย) ได้ โดยลูกศรสีแดงชี้ไปที่บริเวณผนังของหัวใจห้องล่างซ้ายที่หนาตัวขึ้น

จากการตรวจสอบผลการชันสูตรศพนักเพาะกายชาวอเมริกันในปี 2022 พบว่า โดยเฉลี่ยแล้วหัวใจของนักเพาะกายที่เสียชีวิตมีน้ำหนักมากกว่าปกติเกือบ 74% และมีผนังหัวใจห้องล่างซ้ายที่หนากว่าที่คาดไว้ถึง 125%

การศึกษาก่อนหน้านี้ที่แยกกัน ทีมนักวิจัยได้ตรวจสอบรายงานทางนิติเวชของนักเพาะกายที่เสียชีวิตในอิตาลีและสเปนที่มีความเชื่อมโยงกับการใช้อะนาบอลิก สเตียรอยด์ ในหลายกรณีพบว่านักกีฬาที่อยู่ในช่วงอายุ 20 ปี มีภาวะหัวใจโต กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวอย่างรุนแรง และมีโรคหลอดเลือดหัวใจระยะลุกลาม

นักเพาะกายวัย 24 ปีรายหนึ่งมีภาวะหลอดเลือดหัวใจหลักอุดตันมากกว่า 75% ทั้งที่ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคหัวใจมาก่อน

เคลย์ตัน มาเซโด แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่อและเวชศาสตร์การกีฬา กล่าวว่า “หัวใจก็เป็นกล้ามเนื้อชนิดหนึ่งเช่นเดียวกับกล้ามเนื้อส่วนอื่นๆ ของร่างกาย”

“ผมมักจะพูดเสมอว่า แค้ได้เห็นกล้ามเนื้อต้นแขน (biceps) ของคนไข้ ผมก็พอจะคาดเดาขนาดของหัวใจพวกเขาได้แล้ว เพราะหัวใจจะเจริญเติบโตควบคู่ไปกับกล้ามเนื้อส่วนอื่นๆ ของร่างกาย”

การออกกำลังกายแบบเวทเทรนนิ่งโดยไม่ใช้สเตียรอยด์สามารถทำให้หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้นได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัวที่ไม่เป็นอันตรายและเป็นผลดีต่อสุขภาพ

แต่การใช้สเตียรอยด์ควบคู่ไปกับการฝึกเวทเทรนนิ่งอย่างเข้มข้น นอกจากจะขยายให้ขนาดหัวใจโตขึ้นแล้ว ยังอาจทำให้หัวใจเริ่มสูญเสียความสามารถในการหดตัวอย่างมีประสิทธิภาพด้วย ลูอิส เอดูอาร์โด ฟอนเตเลส ริตต์ ประธานสมาคมโรคหัวใจแห่งบราซิลประจำรัฐบาเยีย กล่าว

“นี้อาจพัฒนาไปสู่การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและท้ายที่สุดอาจไปสู่จุดที่มันหวนกลับคืนมาไม่ได้” เขากล่าว

อย่างไรก็ตาม บางกรณีภาวะผนังหัวใจหนาตัวอาจมีสาเหตุทางพันธุกรรมได้ด้วยเช่นกัน ซึ่ง ริตต์กล่าวว่า “มันเป็นพื้นที่สีเทาอยู่ในกรณีนี้”

“มันอาจเป็นโรคหัวใจที่เป็นผลมาจากพันธุกรรมก็ได้ อาจเกี่ยวข้องกับการใช้อะนาบอลิก สเตียรอยด์ก็ได้ อาจเกี่ยวข้องกับการฝึกซ้อมก็ได้ หรืออาจเป็นผลจากปัจจัยทั้ง 3 อย่างร่วมกัน” ประธานสมาคมโรคหัวใจแห่งบราซิลประจำรัฐบาเยีย กล่าว

‘ไม่มีวิธีใช้อะนาบอลิก สเตียรอยด์ที่ปลอดภัย’



Rodrigo Góes

โรดริโก โกเอส นักโภชนาการ คว่ำอันดับ 2 ในการแข่งขันเพาะกายแบบธรรมชาติในรัฐฟลอริดา ด้วยวัย 26 ปี

โรดริโก โกเอส อดีตนักเพาะกาย กล่าวกับบีบีซีแผนกภาษาบราซิลว่า เขาแข่งขันเพาะกายแบบธรรมชาติจนกระทั่งอายุ 30 ปี ก่อนตัดสินใจเริ่มใช้สเตียรอยด์ “แบบเป็นรอบๆ” (cycles) ภายใต้การดูแลทางการแพทย์

การใช้สเตียรอยด์แบบเป็นรอบหมายถึง การใช้เป็นช่วงระยะเวลา ซึ่งโดยทั่วไปจะเป็นเวลาหลายสัปดาห์ที่ผู้ใช้จะรับประทานหรือฉีดอะนาบอลิก สเตียรอยด์ ก่อนหยุดใช้เพื่อเปิดโอกาสให้ร่างกายฟื้นตัว

“ผลที่เกิดกับร่างกายมันน่าทึ่งมาก” โกเอส กล่าว

“คุณจะตัวโตขึ้นเร็วกว่าตามธรรมชาติมาก คุณจะพอมบางลง และกล้ามเนื้อของคุณจะฟื้นตัวได้ไวมาก นั่นเป็นเหตุผลว่าทำไมมันถึงน่าใช้มาก”



Rodrigo Góes

ปัจจุบันโรดริโก โกเอส

รณรงค์ต่อต้านการใช้สเตียรอยด์ในทางที่ผิด

อย่างไรก็ตาม แม้เขาจะใช้สเตียรอยด์ในปริมาณที่ใช้อย่างระมัดระวัง ภายใต้การดูแลทางการแพทย์ แต่โกเอสก็ยังเผชิญกับผลข้างเคียง ไม่ว่าจะเป็นผมร่วง ความเครียด อาการนอนไม่หลับ และอาการเหงื่อออกตอนกลางคืนอย่างรุนแรง

แต่เขายอมรับว่า ผลกระทบที่หนักที่สุดคือ ผลกระทบทางจิตใจ

“ผมไม่เคยรู้สึกสบายใจเลยกับกิจกรรมการฉีดยาพวกนั้น ในแง่หนึ่งผมรู้สึกเหมือนตัวเองเป็นคนติดยาเสพติด มันอาจจะพูดออกมาได้ยาก แต่ผมรู้สึกเหมือนกำลังทำอะไรบางอย่างที่ผิดอยู่”

ปัจจุบันโกเอสได้กลายมาเป็นผู้รณรงค์ต่อต้านการใช้สเตียรอยด์ในทางที่ผิด

“มันไม่มีวิธีใช้อะนาบอลิก สเตียรอยด์ ที่ปลอดภัย สิ่งที่บรรดาหมอทำได้คือ เพียงแต่การจัดการกับความเสียหาย ยังไงเสียมันก็มีผลกระทบ”

“ผมสามารถมองไปที่ไบเซปส์ (กล้ามเนื้อต้นแขนด้านหน้า) แล้วรู้ได้เลย”

หนึ่งในความท้าทายในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สเตียรอยด์ก็คือ หลายประเทศไม่ได้มีการติดตามการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารสเตียรอยด์อย่างเป็นระบบ

ในบราซิลเองก็ไม่มี การเก็บบันทึกสถิติอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับการเสียชีวิตที่เชื่อมโยงกับการใช้อะนาบอลิก สเตียรอยด์ ขณะที่อีกหลายประเทศก็ไม่ได้มีการบันทึกการใช้สเตียรอยด์ว่าเป็นปัจจัยที่มีส่วนต่อการเสียชีวิตไว้เป็นประจำเช่นกัน

ในทางกลับกัน การเสียชีวิตมักจะถูกจำแนกตามสาเหตุโดยตรงของการเสียชีวิต เช่น สาเหตุจากหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง หรือสโตรก โรคกล้ามเนื้อหัวใจ มากกว่าจะระบุสาเหตุการเสียชีวิตนั้นมาจากสารกระตุ้นสมรรถภาพ

แพทย์นิติเวชระบุว่า การใช้สเตียรอยด์มักไม่ถูกตรวจพบ เนื่องจากอะนาบอลิก สเตียรอยด์ มีลักษณะคล้ายคลึงกับฮอร์โมนที่ร่างกายผลิตขึ้นตามธรรมชาติอย่างมาก ทำให้ยากต่อการตรวจระบุถึงการใส่สารหลังจากเสียชีวิต

จากปัจจัยเหล่านี้รวมกันทำให้ยากที่จะทราบได้อย่างแน่ชัดว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตที่อาจเชื่อมโยงกับการใช้ยาหรือสารเพิ่มประสิทธิภาพมากน้อยเท่าใด

“ผมทำเรื่องนี้อยู่ทุกวัน” มาเชโดกล่าว “ผมสามารถมองไปที่ไบเซปส์ (กล้ามเนื้อต้นแขนด้านหน้า) แล้วรู้ได้เลย แต่โชคไม่ดีตรงที่เวลาที่ผมไปที่กล้ามเนื้อไบเซปส์พวกนั้น ผมมักเข้าใจว่าหัวใจของคนๆ นั้น มีความผิดปกติแล้ว หรือเริ่มจะผิดปกติ และบ่อยครั้งกว่าที่จะไม่เป็นเช่นนั้น ผลเสียที่ตามมามันก็จะเกิดขึ้นภายหลัง”

รายงานเพิ่มเติมโดย หลุยส์ บาร์รูโซ

ขอขอบคุณแหล่งที่มาของข้อมูล : <https://www.bbc.com/thai/articles/c1e16weq168o>

พบสมองในส่วนความจำหดตัวในผู้ป่วยซึมเศร้า



นักวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีปริมาณของบริเวณ CA23DG ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของฮิปโปแคมปัสที่เกี่ยวข้องกับความจำลดลง โดยอาจเชื่อมโยงกับความเครียดที่เพิ่มขึ้นของภาวะสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ แต่ยังไม่สามารถระบุได้ว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงนี้

ภาวะซึมเศร้ามีความรวมถึงโรคอัลไซเมอร์มานานแล้ว แต่กลไกทางชีววิทยาที่เชื่อมโยงภาวะทั้ง 2 ยังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจน การศึกษาที่ตีพิมพ์ในวารสาร *Translational Psychiatry* พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีปริมาณลดลงในบริเวณหนึ่งของฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ซึ่งเป็นโครงสร้างสมองสำคัญต่อกระบวนการด้านความจำ

ทีมนักวิจัยจาก University of Southern California ใช้ข้อมูลจากการตรวจ MRI และ PET ของผู้ใหญ่ที่ไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดมากกว่า 2,000 คน อายุระหว่าง 50 ถึง 90 ปี และประมาณ 1 ใน 3 มีภาวะซึมเศร้า ปรากฏว่าในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีปริมาณ

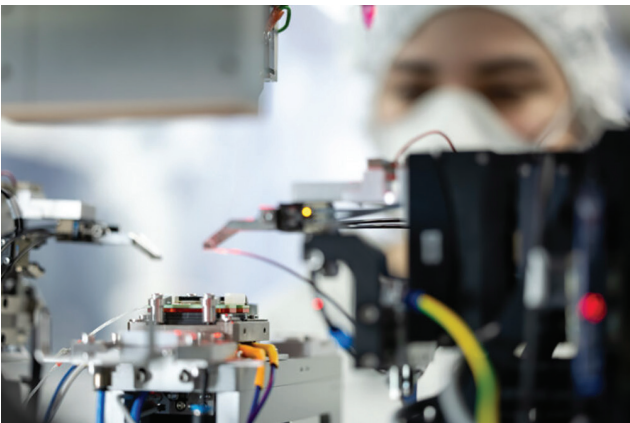
สมองในส่วนที่เรียกว่า CA23DG น้อยกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า โดย CA23DG เป็นบริเวณที่ประกอบด้วยส่วนย่อยของฮิปโปแคมปัส ได้แก่ CA2, CA3 และ dentate gyrus ซึ่งแต่ละส่วนมีบทบาทเกี่ยวข้องกับความจำ การเรียนรู้ และการนำทางในพื้นที่

หลังจากนักวิจัยปรับปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย และระดับกิจกรรมทางกายแล้ว ความแตกต่างของปริมาณ CA23DG ยังคงพบอย่างชัดเจน และเมื่อเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของโรคอัลไซเมอร์เข้าไปในการวิเคราะห์ ได้แก่ ระดับโปรตีนอะไมลอยด์และ tau ในสมอง รวมถึงการมี APOE E4 ซึ่งเป็นตัวแปรทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงอัลไซเมอร์ ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปริมาณ CA23DG ที่ลดลงก็ยังคงอยู่

ในการวิเคราะห์เบื้องต้นไม่พบว่าบริเวณ CA1 และ subiculum ซึ่งเป็นส่วนอื่นของฮิปโปแคมปัสมีปริมาณลดลง ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการใช้ยาด้านซึมเศร้าพบว่าผู้ที่ใช้ยามีปริมาณลดลงทั้งใน CA23DG และ CA1 แต่การศึกษานี้แสดงเพียงความสัมพันธ์ และไม่ได้พิสูจน์ว่าภาวะซึมเศร้าหรือยาด้านซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้ CA23DG หดตัว นักวิจัยจึงระบุว่า จำเป็นต้องมีการศึกษาระยะยาวที่ติดตามผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา และไม่ควรใช้ผลการศึกษานี้เป็นเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงหรือหยุดยาที่แพทย์สั่ง

ข้อมูล: <https://knowridge.com/2026/08/depression-changes-a-key-memory-brain-area-in-older-people/>

Xanadu ใช้คอมพิวเตอร์ควอนตัมวิจัยการรักษามะเร็ง



Xanadu บริษัทคอมพิวเตอร์ควอนตัมของแคนาดา ร่วมมือกับ University of Alberta พัฒนาอัลกอริทึมควอนตัม เพื่อออกแบบสารไวแสงรุ่นใหม่ หวังเพิ่มประสิทธิภาพการรักษามะเร็งด้วยแสงหรือ photodynamic therapy

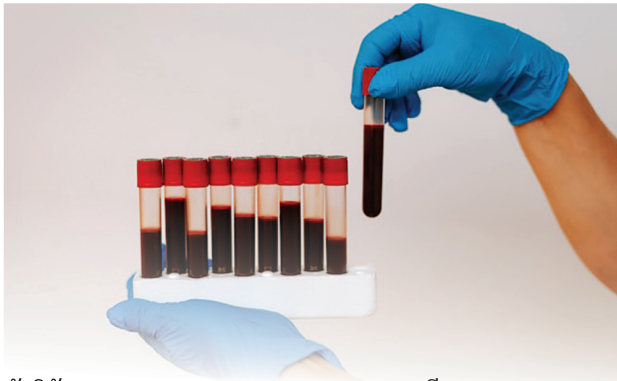
โครงการพัฒนาอัลกอริทึมควอนตัมรูปแบบใหม่สำหรับการวิจัยด้านการรักษามะเร็งนี้ มีเป้าหมายพัฒนากรอบการประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ควอนตัมเพื่อออกแบบสารไวแสง (photosensitizers) รุ่นใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยวิธีใช้คอมพิวเตอร์ควอนตัมจำลองปฏิสัมพันธ์ระหว่างแสงกับสาร

ทีมอัลกอริทึมของบริษัท Xanadu และ ดร.เอ็กซ์ บราวน์ ศาสตราจารย์ด้านเคมี พบว่าวิธีการคำนวณแบบมาตรฐานมีข้อจำกัดในการจำลองการทำงานของสารไวแสงเมื่อถูกกระตุ้นด้วยแสงคอมพิวเตอร์ควอนตัม จึงถูกนำมาเป็นเครื่องมือใหม่สำหรับการทำความเข้าใจและออกแบบสารที่ใช้ในการรักษามะเร็งด้วยแสง ทั้งนี้ การสปินทางเคมีอันเป็นส่วนหนึ่งของปรากฏการณ์ทางควอนตัม อาจเป็นหนึ่งในโอกาสที่เข้าถึงได้ง่ายที่สุดสำหรับการค้นพบยาเนื่องจากในทางทฤษฎีอาจต้องใช้การประมวลผลที่เรียกว่า Qubit ต่ำกว่าในงานบางประเภท

สารไวแสงเป็นโมเลกุลที่ทำปฏิกิริยากับแสง และสามารถนำมาใช้ใน photodynamic therapy (PDT) หรือการรักษามะเร็งด้วยแสง ซึ่งเป็นแนวทางการรักษาที่ไม่รุกรานร่างกาย และใช้แสงเพื่อทำลายเซลล์เนื้องอกอย่างจำเพาะ โดยมุ่งหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของการรักษามะเร็งแบบดั้งเดิม

ข้อมูล: <https://betakit.com/xanadu-and-university-of-alberta-partner-on-quantum-powered-cancer-research/>

ตรวจเลือดรูปแบบใหม่ติดตามมะเร็งแบบเรียลไทม์



นักวิจัยจาก Karolinska Institutet ของสวีเดน เสนอแนวทางตรวจมะเร็งจากเลือดที่วิเคราะห์สัญญาณทางชีวภาพหลายรูปแบบพร้อมกัน ซึ่งอาจช่วยติดตามการเปลี่ยนแปลงของเนื้องอกและการตอบสนองต่อการรักษาได้บ่อยขึ้นโดยไม่ต้องเจาะชิ้นเนื้อซ้ำหลายครั้ง

Karolinska Institutet เผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสาร *Genome Medicine* โดยกล่าวถึงการวิเคราะห์มะเร็งจากเลือดรุ่นใหม่ที่น่าเชื่อถือทางชีวภาพหลายประเภทวิเคราะห์พร้อมกัน โดยต่อยอดจากเทคโนโลยี liquid biopsy หรือการตรวจชิ้นเนื้อจากของเหลวในร่างกาย ซึ่งค้นหาสารหรือชิ้นส่วนที่เนื้องอกปล่อยเข้าสู่กระแสเลือด ต่างจากการตรวจชิ้นเนื้อแบบดั้งเดิมที่ต้องนำเนื้อเยื่อออกจากร่างกาย liquid biopsy

สามารถเริ่มต้นจากการเจาะเลือดทั่วไป และสามารถเก็บตัวอย่างซ้ำได้โดยสร้างภาระให้ผู้ป่วยน้อยกว่า

แนวทางที่ทีมวิจัยของ Karolinska ศึกษาเรียกว่า multifeature sequencing-based liquid biopsy (MSLB) ที่มีเป้าหมายวิเคราะห์สัญญาณหลายชนิดจากตัวอย่างเลือดเดียวกัน เนื่องจากเนื้องอกมีความหลากหลายและไม่มีสัญญาณทางชีวภาพเพียงชนิดเดียวที่สามารถสะท้อนภาพทั้งหมดของมะเร็งได้

นักวิจัยไม่ได้พิจารณาเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของ DNA แต่ศึกษาความยาวของชิ้นส่วน DNA ความผิดปกติของโครโมโซม และรูปแบบทางเคมีบน DNA เช่น methylation ซึ่งเป็นระบบปกติที่เซลล์ใช้ควบคุม การทำงานของยีน แต่เซลล์มะเร็งอาจมีรูปแบบ methylation ที่ผิดปกติและสามารถทำหน้าที่คล้ายลายนิ้วมือของโรคได้

อย่างไรก็ตาม การแปลข้อมูลจำนวนมากมหาศาลจากตัวอย่างเลือดให้เป็นผลตรวจที่มีความหมายยังเป็นเรื่องซับซ้อน นักวิจัยจึงนำปัญญาประดิษฐ์และแมชชีนเลิร์นนิงมาช่วยค้นหารูปแบบที่ซ่อนอยู่ในข้อมูล แต่แบบจำลองที่ทำงานได้ดีในการศึกษาหนึ่งอาจให้ผลแตกต่างกันเมื่อใช้กับผู้ป่วยที่มีอายุ ภูมิหลัง หรือภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

ข้อมูล: <https://knowridge.com/2026/08/new-blood-test-may-track-cancer-in-real-time/>

การตื่นช่วงสั้นๆ ระหว่างหลับเสี่ยงต่อโรคอัลไซเมอร์

งานวิจัยจากเบลเยียมพบว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคนตอนปลายที่มีการตื่นช่วงสั้นๆ ระหว่างนอนหลับบ่อยครั้ง มีความสัมพันธ์กับความเสียหายทางพันธุกรรมต่อโรคอัลไซเมอร์ที่สูงขึ้น แม้ยังไม่มีการด้านความจำ แต่นักวิจัยย้ำว่า ยังไม่สามารถใช้ผลนี้ทำนายว่าใครจะเป็นโรคได้

การตื่นช่วงสั้นๆ ระหว่างนอนหลับ หรือ micro-awakenings อาจเป็นเบาะแสหนึ่งที่ช่วยศึกษาความเสี่ยง โรคอัลไซเมอร์ในระยะเริ่มต้น ตามผลการศึกษาจาก University of Liège ประเทศเบลเยียม โดยวิเคราะห์รูปแบบการนอนหลับของคนสุขภาพดีมากกว่า 500 คน และใช้ข้อมูลกิจกรรมของสมองระหว่างหลับเพื่อตรวจจับ micro-awakenings ซึ่งเป็นช่วงที่สมองเกิดกิจกรรมเพิ่มขึ้นชั่วคราวจนรบกวนวงจรการนอน แต่ไม่ได้ทำให้ผู้หลับตื่นเต็มที่ หรือจำได้ในเช้าวันถัดมา

จากนั้นทีมวิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับ polygenic risk score หรือคะแนนที่รวบรวมอิทธิพลของปัจจัยทางพันธุกรรมหลายตำแหน่งซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสียหายอัลไซเมอร์ โดยคะแนนนี้ไม่ได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะต้องเป็นโรค และไม่สามารถทำนายการเกิดโรคในแต่ละคนได้ ผลปรากฏว่าในกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคน ตอนปลายที่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 59 ปี ผู้ที่มี micro-awakenings บ่อยกว่ามีความสัมพันธ์กับความเสียหายทางพันธุกรรมต่ออัลไซเมอร์ที่สูงขึ้น ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์แบบเดียวกันในกลุ่มผู้ใหญ่อายุน้อย

นักวิจัยให้ความสนใจกับ locus coeruleus ซึ่งเป็นบริเวณขนาดเล็กในก้านสมอง มีขนาดประมาณเมล็ดข้าว และมีบทบาทในการ

ควบคุมความตื่นตัว ความสนใจ และการนอนหลับ บริเวณนี้ยังเป็นหนึ่งในพื้นที่ของสมองที่อาจพบการสะสมของโปรตีนผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับอัลไซเมอร์ได้ตั้งแต่ระยะแรก

นักวิจัยจึงตั้งข้อสังเกตว่า การเปลี่ยนแปลงของบริเวณดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการนอนหลับและ micro-awakenings แต่ยังคงจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจกลไกที่แน่ชัด เพราะผลวิจัยในขั้นนี้แสดงเพียงความสัมพันธ์ ไม่ได้พิสูจน์ว่าการตื่นตัวระหว่างหลับเป็นสาเหตุของอัลไซเมอร์ และไม่ได้หมายความว่าผู้ที่ตื่นระหว่างนอนหลับบ่อยจะต้องพัฒนาเป็นโรคในอนาคต จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลในกลุ่มประชากรอื่นและติดตามผู้เข้าร่วมในระยะยาว ก่อนที่จะสามารถพัฒนาเป็นแนวทางประเมินความเสี่ยงทางคลินิกได้

ข้อมูล: <https://www.earth.com/science/your-sleep-could-reveal-hidden-signs-of-alzheimers-risk-years-in-advance/>

ฝึกสมาธิ 7 วัน สร้างความเปลี่ยนแปลงในสมอง

งานวิจัยจาก University of California San Diego พบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมฝึกสมาธิและกิจกรรม ภาวใจอย่างเข้มข้นเป็นเวลา 7 วัน มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของสมอง เคมีในเลือดระบบภูมิคุ้มกัน เมแทบอลิซึม และกลไกควบคุมความเจ็บปวดตามธรรมชาติของร่างกาย

การศึกษานี้ซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร *Communications Biology* เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจาก InnerScience Research Fund โดยนักวิจัยระบุว่า เป็นหนึ่งในการศึกษาที่ประเมินผลทางชีววิทยาของกิจกรรมด้านจิตใจและร่างกายหลายรูปแบบที่ทำร่วมกันในโปรแกรมเข้มข้นระยะสั้นอย่างครอบคลุม

การทดลองมีผู้ใหญ่สุขภาพดี 20 คน เข้าร่วมโปรแกรมแบบพักอาศัยเป็นเวลา 7 วัน ซึ่งประกอบด้วยการบรรยาย การทำสมาธิแบบมีผู้นำประมาณ 33 ชั่วโมง และกิจกรรมกลุ่มด้านการเยียวยา ก่อนและหลังโปรแกรม นักวิจัยตรวจสอบด้วยระบบ fMRI และเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงด้านเมแทบอลิซึม ระบบภูมิคุ้มกัน และกระบวนการระดับโมเลกุล

หลังจบโปรแกรม นักวิจัยพบการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมในสมองบางบริเวณที่เกี่ยวข้องกับความคิด ภายในระหว่างการทำสมาธิ และพบหลักฐานที่สอดคล้องกับการยกระดับขึ้นของ neuroplasticity หรือความสามารถของสมองในการปรับตัวและสร้างการเชื่อมต่อใหม่

เมื่อทีมนักวิจัยนำพลาสมาจากเลือดของผู้เข้าร่วมหลังการฝึกไปสัมผัสกับเซลล์ประสาทที่เพาะเลี้ยงในห้องปฏิบัติการ เซลล์เหล่านี้มีแขนงประสาทยาวขึ้นและสร้างการเชื่อมต่อมากขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของเซลล์ประสาทในการสื่อสารและปรับตัว

นักวิจัยยังพบการเปลี่ยนแปลงด้านเมแทบอลิซึม โดยเซลล์ที่สัมผัสพลาสมาหลังการฝึกมีการใช้กลูโคสผ่านกระบวนการ glycolysis เพิ่มขึ้น ขณะที่ระดับสารกลุ่ม endogenous opioids ซึ่งเป็นสารที่ร่างกายสร้างขึ้นเอง และมีบทบาทในการควบคุมความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเช่นกัน ส่วนด้านระบบภูมิคุ้มกันพบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบและการต้านการอักเสบ ซึ่งนักวิจัยมองว่าอาจสะท้อนการตอบสนองแบบปรับตัว ที่ซับซ้อนมากกว่าการทำให้ภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นหรือลดลงเพียงด้านเดียว

ทั้งนี้ การศึกษามีผู้เข้าร่วมเพียง 20 คน และเป็นโปรแกรมที่เข้มข้น จึงยังจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจว่า การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีความคงอยู่นานเพียงใด และมีความหมายต่อสุขภาพในระยะยาวอย่างไร

ข้อมูล: <https://www.zmescience.com/science/neurology-science/meditation-rewires-brain-chemistry-study/>

น้ำยาทาเคลือบฟันอาจหยุดฟันผุในเด็กได้

การศึกษานานาชาติใหญ่ในสหรัฐอเมริกาพบว่า silver diamine fluoride (SDF) น้ำยาที่ใช้ทาหลังบนบริเวณฟันผุโดยตรง สามารถหยุดการลุกลามของฟันผุในฟันน้ำนมได้มากกว่าครึ่ง หลังให้การรักษาทุก 6 เดือน และอาจเป็นทางเลือก ที่ช่วยลดการเจาะฟัน การฉีดยาชา และการดมยาสลบในเด็กเล็ก

วารสาร *JAMA Pediatrics* รายงานว่า ทีมวิจัยที่นำโดย University of Michigan พบว่า การใช้ยาทาฟันที่เรียกว่า silver diamine fluoride หรือ SDF อาจช่วยหยุดฟันผุในเด็กเล็กได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่จำเป็นต้องใช้ส่วนเจาะฟัน เข็มฉีดยา หรือยาสลบ ฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่อาการปวดรุนแรง การติดเชื้อ ปัญหาในการรับประทานอาหาร และการนอนหลับ รวมถึงอาจต้องเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน ยิ่งไปกว่านั้น ในกลุ่มเด็กเล็กบางรายการรักษาฟันแบบทั่วไปทำได้ยาก ทำให้จำเป็นต้องใช้การดมยาสลบด้วย

SDF ทำงานแตกต่างจากการรักษาฟันผุทั่วไป โดยแทนที่จะใช้เครื่องมือขจัดเนื้อฟันที่ผุ ทันตแพทย์สามารถใช้ของเหลวปริมาณเล็กน้อยทาหลังบนบริเวณที่ผุโดยตรง กระบวนการทำได้รวดเร็วและโดยทั่วไปไม่ทำให้เด็กเจ็บ และสามารถกลับมาทาน้ำได้ทุกไม่กี่เดือนหากจำเป็น

การศึกษาระยะที่ 3 มีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี จำนวน 830 คน จากหลายรัฐในสหรัฐฯ นักวิจัยต้องการประเมินว่า SDF สามารถหยุดฟันผุได้อย่างสม่ำเสมอในประชากรเด็กจำนวนมากหรือไม่ และรวบรวมหลักฐานสำหรับการขออนุมัติ จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสหรัฐฯ (FDA) ให้ใช้เป็นการรักษาฟันผุ

ผลพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของฟันน้ำนมที่ได้รับการรักษาสามารถหยุดการลุกลามของฟันผุได้ หลังได้รับ SDF ทุก 6 เดือน ซึ่งอาจช่วยลดโอกาสเกิดอาการปวด การติดเชื้อ และการรักษาฉุกเฉิน

นักวิจัยระบุว่า SDF ถูกนำมาใช้ในหลายประเทศนานแล้ว แต่ก่อนหน้านี้ยังไม่มีข้อมูลจากการศึกษานานาชาติใหญ่ในสหรัฐฯ ไม่เพียงพอสำหรับตอบโต้ภัยด้านกฎระเบียบและการอนุมัติการใช้อย่างกว้างขวาง แต่ SDF ก็มีข้อจำกัดสำคัญคือ บริเวณฟันผุจะเปลี่ยนเป็นสีดำหรือดำอย่างถาวรหลังการรักษา ซึ่งอาจเป็นข้อกังวลด้านความสวยงาม แต่สำหรับเด็กเล็ก ประโยชน์จากการช่วยป้องกันอาการปวด การติดเชื้อ และการรักษาที่ซับซ้อนอาจมีความสำคัญมากกว่า โดยเฉพาะฟันน้ำนมที่ในที่สุดจะหลุดไปตามธรรมชาติ

นักวิจัยมองว่า SDF อาจช่วยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรม โดยเฉพาะเด็กที่เข้าถึงทันตแพทย์ได้ยาก รวมถึงผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ที่มีความกลัวการทำฟันอย่างรุนแรง แต่ต้องย้ำว่า SDF ไม่ได้ทดแทนการดูแลสุขภาพช่องปาก และการพบทันตแพทย์เป็นประจำ เพียงแต่ผลการศึกษานี้สนับสนุนศักยภาพของการใช้ SDF ในฐานะเครื่องมือช่วยหยุดฟันผุและป้องกันโรคฟันรุนแรงในเด็กตั้งแต่วัยแรกเริ่ม

ข้อมูล: <https://www.thetechedvocate.org/the-revolutionary-10-second-cavity-fix-thats-changing-kids-dentistry-forever/>

สิงคโปร์เปิดทางพิจารณาใช้ยาต้านฮอร์โมนเพศชาย ป้องปรามอาชญากรรมทางเพศ

Wednesday September 9, 2026—สำนักข่าวอินโฟเควสท์



เค ซันมูกัม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยของสิงคโปร์ เปิดเผยต่อที่ประชุมรัฐสภาเมื่อวันอังคาร (8 ก.ย.) ว่า รัฐบาลสิงคโปร์เปิดกว้างต่อการนำวิธีบำบัดด้วยยาต้านฮอร์โมนเพศชาย หรือ การตอนด้วยสารเคมี (Chemical Castration) มาใช้เป็นมาตรการเสริมเพื่อป้องปรามอาชญากรรมทางเพศ หากมีหลักฐานยืนยันว่ามาตรการดังกล่าวสามารถลดอัตราการก่อเหตุได้จริง แม้ในปัจจุบันข้อมูลและหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลในการลดการกระทำผิดซ้ำจะยังไม่ชัดเจน

สำนักข่าวซินหัวรายงานว่า คำชี้แจงดังกล่าวมีขึ้นระหว่างการตอบกระทู้ถามของสมาชิกสภา เกี่ยวกับแนวทางการทบทวนอัตราโทษตามกฎหมายและการเพิ่มมาตรการป้องปรามอาชญากรรมทางเพศต่อเด็ก

ร.ม.มหาดไทยระบุว่า ในปัจจุบันสำนักงานตำรวจสิงคโปร์มีฐานข้อมูลประวัติที่ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะของผู้ที่เคยถูกศาลพิพากษาว่ามีความผิดในคดีอุกฉกรรจ์ ซึ่งรวมถึงฐานความผิดทางเพศ โดยระบบนี้จะส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานเฉพาะที่ได้รับอนุญาต เพื่อใช้ในการตรวจสอบประวัติอาชญากรรมของผู้สมัครงานในตำแหน่งหรือสายอาชีพที่ต้องติดต่อหรือใกล้ชิดกับเด็กและเยาวชนเป็นประจำ

นอกจากนี้ รัฐบาลกำลังพิจารณาขยายการตรวจสอบประวัติอาชญากรรมไปยังตำแหน่งงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กเพิ่มเติม พร้อมทั้งศึกษาแนวทางการนำระบบการตรวจสอบประวัติโดยสมัครใจมาใช้ในภาคส่วนที่ยังไม่มีข้อบังคับควบคุม

ร.ม.มหาดไทยเน้นย้ำว่า สิงคโปร์มีบทลงโทษที่เด็ดขาดและรุนแรงในคดีทางเพศต่อผู้เยาว์อยู่แล้ว โดยกฎหมายระบุว่า ผู้ที่กระทำความผิดฐานข่มขืนกระทำชำเรา หรือการล่วงละเมิดทางเพศด้วยการสอดใส่ต่อเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี โดยปราศจากความยินยอม มีโทษจำคุกขั้นต่ำตามที่กฎหมายบังคับตั้งแต่ 8 ถึง 20 ปี และต้องรับโทษด้วยการเขียนด้วยหาวอย่างน้อย 12 ครั้ง

โดย พลิสฐ์ อุ่นเมตตาคิจิต/ปริยพรรณ มีสุข

ขอขอบคุณแหล่งที่มาของข้อมูล : <https://www.ryt9.com/s/iq/12842888>

ส.เด็ก แนะนำปกป้องลูกน้อยจากอุบัติเหตุด้วยนั่งคาร์ซีทเพิ่มความปลอดภัย

กรมการแพทย์ โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี แนะนำผู้ปกครองควรให้เด็กนั่งคาร์ซีททุกครั้งที่เดินทางด้วยรถยนต์ เพื่อความปลอดภัยสูงสุดและลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุร้ายแรง

นพ. ธนินทร เวชชาภินันท์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์เด็กเกิดน้อย สังคมสูงวัย โดยในปี 2568 มีเด็กเกิดใหม่ไม่ถึง 420,000 คน ต่ำสุดในรอบ 75 ปี ดังนั้น การดูแลเด็กทุกคนให้เกิดและเติบโตอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญ กรมการแพทย์ โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีความห่วงใยต่อสุขภาพและการเจริญเติบโต รวมถึงความปลอดภัยในการเดินทางสำหรับเด็กเล็ก เนื่องจากปัจจุบันยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้คาร์ซีทในเด็ก ซึ่งปัจจุบันอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนยังคงเป็นภัยสำคัญอันดับต้นๆ ที่ทำให้เด็กบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตทั้งที่สามารถป้องกันได้ การใช้ที่นั่งนิรภัยในเด็กหรือคาร์ซีท ช่วยลดการเสียชีวิตในเด็กเล็กได้ถึงร้อยละ 70 และลดการบาดเจ็บรุนแรงได้ถึง 5 เท่า

นพ. อาคม ชัยวิระวัฒน์ ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กล่าวต่อว่า คาร์ซีท (Car Seat) หรือที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก มีหน้าที่ช่วยปกป้องทารกและเด็กเล็กจากแรงกระแทกเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ ช่วยปกป้องเด็กได้อย่างปลอดภัย ผู้ปกครอง

ควรฝึกให้ลูกนั่งคาร์ซีทตั้งแต่แรกเกิด เพื่อสร้างความเคยชิน หากลูกอแง ร้องไห้ หรืออยากให้อุ้มอาจใช้ของเล่นหรือให้ผู้ปกครองนั่งข้างๆ เพื่อปลอบโยน ร้องเพลง พูดคุย ควรหลีกเลี่ยงการอุ้มออกจากคาร์ซีทระหว่างรถกำลังเคลื่อนที่ เพราะอาจทำให้เด็กสับสนและเกิดพฤติกรรมต่อต้านมากขึ้น ในครั้งต่อไป การฝึกอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ว่าการนั่งคาร์ซีทเป็นเรื่องปกติ

นพ. ปวีณ รัตตลพิทย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านศัลยกรรมสมองและไขสันหลังในเด็ก กล่าวเพิ่มเติมว่า ผู้ปกครองควรให้ความสำคัญกับการใช้คาร์ซีท เนื่องจากคาร์ซีทช่วยซับแรงและกระจายแรงกระแทกเพื่อป้องกันไม่ให้ศีรษะ คอ และกระดูกสันหลังของเด็กสะบัดหรือกระแทกกับตัวรถ และป้องกันการพุ่งออกนอกรถ สามารถยึดเหนี่ยวร่างกายของเด็กไม่ให้กระเด็นออกจากเบาะนั่งเมื่อเกิดการชนได้ ประเทศไทยปัจจุบันกำหนดให้เด็กอายุไม่เกิน 6 ปี ต้องจัดให้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก (Car Seat) คนโดยสารที่มีความสูงไม่เกิน 135 เซนติเมตร ต้องรัดร่างกายด้วย “เข็มขัดนิรภัย” หรือวิธีป้องกันอันตราย

ซึ่งอาจใช้ Booster Seat ร่วมด้วยเพื่อให้คาดเข็มขัดนิรภัยได้ปลอดภัย และควรเลือกให้ได้ตามมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยของทารกและลูกน้อย กรมการแพทย์ โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีความห่วงใยต่อสุขภาพเด็กทุกคน เพื่อให้เด็กเติบโตและเป็นอนาคตของชาติต่อไป

“ที่แห้งและเย็น” คือที่ไหน? ใช้ตู้เย็นหรือเปล่า ไบออสายการเก็บยา วิตามิน



คำว่า “เก็บในที่แห้งและเย็น” บนฉลากอาหาร ยา วิตามิน และอาหารเสริม ไม่ได้หมายความว่าต้องนำไปแช่ตู้เย็นเสมอไป โดยทั่วไปควรเก็บในบริเวณที่อุณหภูมิค่อนข้างคงที่ แห้ง พ้นแสงแดด และห่างจากความร้อนหรือไอน้ำ เช่น ตู้กับข้าวหรือตู้เก็บของที่อากาศถ่ายเทและไม่อยู่ใกล้เตา “เก็บในที่แห้งและเย็น” คือที่ไหน?

คำแนะนำ “เก็บในที่แห้งและเย็น” หรือ Keep in a cool, dry place เป็นคำแนะนำเพื่อช่วยรักษาคุณภาพของผลิตภัณฑ์ ไม่ว่าจะเป็นอาหาร ยา เครื่องสำอาง หรืออาหารเสริม โดยต้องพิจารณาทั้งอุณหภูมิ ความชื้น แสง และความร้อนจากบริเวณโดยรอบ

สิ่งสำคัญคือคำว่า “เย็น” ไม่ได้แปลว่า “ต้องแช่เย็น” เสมอไป หากฉลากไม่ได้ระบุให้เก็บในตู้เย็น ควรยึดคำแนะนำเฉพาะของผู้ผลิตเป็นหลัก เพราะผลิตภัณฑ์แต่ละชนิดมีเงื่อนไขการเก็บรักษาที่แตกต่างกัน

ที่แห้งควรมีความชื้นแค่ไหน?

ในทางเภสัชกรรม คำว่า Dry Place มีนิยามเกี่ยวกับระดับความชื้นที่ค่อนข้างเข้มงวด แต่สำหรับการเก็บอาหารหรือผลิตภัณฑ์ในบ้าน ไม่จำเป็นต้องพยายามควบคุมความชื้นให้ได้ตัวเลขเดียวกันกับมาตรฐานทางเภสัชกรรมเสมอไป

หลักง่ายๆ คือ ควรเลือกบริเวณที่ไม่มีไอน้ำ ไม่เปียกชื้น และไม่เกิดหยดน้ำหรือการควบแน่นเป็นประจำ เพราะความชื้นสามารถทำให้อาหารแห้งจับตัวเป็นก้อน เสื่อมคุณภาพ หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ในผลิตภัณฑ์บางชนิด

ควรเก็บในที่แห้งและเย็น ใดตรงไหนได้บ้าง?

สำหรับบ้านทั่วไป โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีอากาศร้อนและความชื้นสูง จุดที่เหมาะสมคือ ตู้กับข้าวหรือตู้เก็บของที่แห้งและไม่โดนแดด โดยควรอยู่ห่างจากเตาอบ เตาไฟ อ่างล้างจาน และบริเวณที่มีไอน้ำ

- ตู้กับข้าวหรือตู้เก็บของที่ปิดมิดชิดและแห้ง
- บริเวณที่ไม่โดนแสงแดดโดยตรง

- พื้นที่ที่อากาศไม่ร้อนจัดและอุณหภูมิไม่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว
- ภาชนะปิดสนิทสำหรับอาหารที่ไวต่อความชื้น

สถานที่ที่ควรหลีกเลี่ยง

• **บนตู้เย็น** ไม่ใช่จุดที่เหมาะสมสำหรับเก็บอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่ต้องการความเย็น เพราะบริเวณด้านบนและด้านหลังตู้เย็นอาจได้รับความร้อนจากระบบระบายความร้อนของเครื่อง ทำให้อุณหภูมิสูงกว่าบริเวณอื่นในบ้าน

• **ใกล้เตาและเตาอบ** ควรหลีกเลี่ยงเช่นกัน เพราะความร้อนสะสมอาจทำให้ผลิตภัณฑ์เสื่อมคุณภาพเร็วกว่าปกติ โดยเฉพาะอาหาร ยา วิตามิน และผลิตภัณฑ์ที่ไวต่ออุณหภูมิ

• **บริเวณอ่างล้างจานหรือเครื่องล้างจาน** ก็ไม่เหมาะ เพราะเป็นพื้นที่ที่มีความชื้นและไอน้ำสูงกว่าบริเวณอื่น หากต้องการเก็บของแห้ง ควรเลือกตู้ที่อยู่ห่างจากแหล่งความชื้นเหล่านี้

เก็บในที่แห้งและเย็น ใช้ตู้เย็นไหม?

คำว่า “เก็บในที่แห้งและเย็น” บนฉลากสินค้าไม่ได้หมายความว่าต้องแช่ตู้เย็นเสมอไป แต่โดยทั่วไปหมายถึงเก็บในที่อากาศถ่ายเท อุณหภูมิห้อง ไม่โดนแดดและความชื้น เช่น ตู้หรือลิ้นชักที่แห้งและมิดชิด เพราะการนำสินค้าไปแช่ตู้เย็นโดยไม่จำเป็น อาจทำให้เกิดความชื้นและส่งผลต่อคุณภาพของสินค้าได้

อาหารเสริม วิตามิน และยา ควรเก็บ อย่างไร?

สำหรับยา วิตามิน และอาหารเสริม ควรยึดคำแนะนำบนฉลากเป็นหลัก หากระบุเพียงว่า “เก็บในที่แห้งและเย็น” โดยไม่ได้ระบุให้แช่เย็น ก็ควรเก็บไว้ในตู้หรือลิ้นชักที่แห้ง พ้นแสงแดด และห่างจากความร้อน

ไม่ควรนำยาและอาหารเสริมไปเก็บไว้ในห้องน้ำ แม้จะเป็นตู้ปิด เพราะบริเวณดังกล่าวมีไอน้ำและความชื้นจากการอาบน้ำสูง ซึ่งอาจไม่เหมาะกับผลิตภัณฑ์ที่ไวต่อความชื้น

สรุป “เก็บในที่แห้งและเย็น” ควรเก็บที่ไหน?

“เก็บในที่แห้งและเย็น” โดยทั่วไปหมายถึงการเก็บไว้ในบริเวณที่อุณหภูมิไม่ร้อนจัด ความชื้นต่ำ พ้นแสงแดด และห่างจากแหล่งความร้อน ไม่ได้หมายความว่าต้องนำไปแช่ตู้เย็นเสมอไป

สำหรับบ้านในประเทศไทย จุดที่เหมาะสมมักเป็น ตู้กับข้าวหรือตู้เก็บของที่แห้งและพ้นจากเตา อ่างล้างจาน และแสงแดด แต่หากฉลากระบุอุณหภูมิหรือให้แช่เย็นโดยเฉพาะ ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ผลิตอย่างเคร่งครัด เพื่อรักษาคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์

ขอขอบคุณแหล่งที่มาของข้อมูล : <https://www.sanook.com/health/38693/>

กฎเหล็กครอบครัว: 5 ข้อต้องทำ 8 คำห้ามใช้

ที่มา : คู่มือ “สร้างสุขในบ้าน สานรั้วใจวัยทำงาน” กรมสุขภาพจิต

5 ข้อต้องทำ

- 1.1 ร่วมกันสร้างและทำตามกฎเหล็กครอบครัว
- 1.2 แก้ไขปัญหาร่วมกัน (ไม่มีฉันไม่มีเธอ แต่เป็นปัญหาของเรา)
- 1.3 กฎการโต้เถียง/โต้เถียง
 - เลียงได้ แต่ไม่ตะคอกข่มขู่
 - ไม่มองดูด้วยหางตา
 - ไม่พูดจาส่อเสียด ไม่ยืมเหยียดยั่วอารมณ์
- 1.4 หยุดอารมณ์ก่อนรุนแรง ด้วย

ตั้งใจ: หายใจเข้า-ออกลึกๆ นับเลข 1-5 ในใจ บอกกับตัวเองว่าใจเย็นๆ

เตรียมสติ: เลี่ยงการเผชิญหน้าชั่วคราวจนกว่าจะใจเย็นลงทั้งคู่

เริ่มสารท: เริ่มพูดคุยด้วยคำที่อ่อนโยน ไม่กล่าวหา หาวีธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน ถ้าอีกฝ่ายไม่พร้อมจะรับฟัง ต้องปล่อยให้เขาได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกบ้าง

ริสตาท์ (เริ่มใหม่ เมื่อใจพร้อม): เมื่อจัดการกับปัญหาไม่ได้ และการโต้แย้งนั้นนำไปสู่ความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ควรหยุดและตกลงกันว่าเมื่อใดที่มีความพร้อมจะกลับมาแก้ไขปัญหาด้วยกันใหม่

5.5 เมื่อมีปัญหา ใช้ปัญญาก่

- ร่วมกันหาสาเหตุให้รู้
- ไม่ดูถูกความคิดกัน
- เลือกสรรทางแก้ไข คิดไว้หลายๆ ทาง

8 คำห้ามใช้ (หมายเหตุ: หมายถึง 8 ลักษณะคำพูดที่ไม่ควรใช้)

- 8.1 คำสั่งเผด็จการ “เจียบไปเลย” / “ทำนี่สิ”
- 8.2 คำพูดประชดประชัน เปรียบเทียบ หรือพูดถึงปมด้อย “ก็เป็นชะแบบเนี่ย ถึงได้ตกงานอยู่แค่นี้” / “ถ้าฉันแต่งงานกับแฟนเก่า ป่านนี้คงสบายแล้ว”
- 8.3 คำพูดท้าทาย “ถ้าแน่จริง ก็เก็บของออกไปเลย” / “พูดแบบนี้ ก็เลิกกันไปเลยดีกว่า”
- 8.4 คำพูดเอาชนะกัน (ฉันทองถูกเสมอ) “ที่มีปัญหารู้อยู่ทุกวันนี้ ก็เพราะแกนั่นแหละ” / “เรื่องนี้ ฉันไม่ผิดหรอก”
- 8.5 คำพูดที่ขุดคุ้ยเรื่องเก่าขึ้นมาพูดซ้ำ “บอกก็ทีที่ไม่เชื่อ ครั้งที่แล้วก็แบบนี้ เอาเงินไปทำอะไรก็เงินทุกที่ อยู่กันมา 10 ปี ไม่เห็นเคยทำอะไรสำเร็จสักอย่าง”
- 8.6 คำพูดกล่าวหา กล่าวโทษ “อย่ามาอ้างว่าติดประชุม ติดเด็กนั่นสิ”
- 8.7 คำตำหนิาคาย
- 8.8 คำพูดล่วงเกิน ดูถูกเหยียดหยาม พ่อแม่ ญาติพี่น้องของอีกฝ่าย

ขอขอบคุณแหล่งที่มาของข้อมูล : <https://www.thaihealth.or.th/content-detail/b3d75af0-77c4-4fef-a06e-467834d4e2bf>

10 วิธีสอนลูกจัดการอารมณ์ โดยไม่ใช้ความรุนแรง

ที่มา : มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก



หากผิดหวัง โกรธ เสียใจ ไม่ได้ตั้งใจ แทนที่จะจัดการด้วยอารมณ์ด้านลบด้วยความรุนแรง จะทำอย่างไรให้ผ่านพ้นพายุอารมณ์ตรงนั้นไปได้โดยไม่ต้องเกิดผลกระทบรุนแรง โดยเฉพาะต่อคนอื่น ๆ และตัวเอง

1) พ่อแม่ต้องเป็นตัวอย่างของการไม่ใช้อารมณ์และความรุนแรงตัดสินปัญหา แนนอน ครอบครัวเป็นจุดแรกที่เด็กสัมผัส ถึงจะเป็นเด็กที่มีพื้นอารมณ์ร้อน ถ้าผู้ใหญ่รอบข้างเป็นตัวอย่างให้เห็น สมมติพ่อของเด็กเป็นคนใจร้อนมาก เวลาโกรธแม่ จะทำร้ายร่างกาย ทำลายของ ตะโกนอาละวาดเสียงดัง ลูกก็จะเห็นภาพนั้นและซึมซับเป็นตัวตน แม้ว่าพ่อจะสอนลูกว่าลูกจำใจเย็นๆ นะ ก็ไม่เป็นผล เด็กจะเรียนรู้จากสิ่งที่เห็นมากกว่าคำพูดที่ได้ยิน เวลาโกรธก็มีวิธีจัดการ ไม่ใช้ความเกรี้ยวกราดโวยวาย ไม่ตะโกนเสียงดัง เช่น แม่หงุดหงิด ก็บอกลูกดีๆ ขอตัวไปสงบอารมณ์ เด็กก็จะเรียนรู้ว่าไม่ควรทำอะไรเวลาที่หงุดหงิดหรือโกรธรุนแรง

2) ให้เด็กได้สัมผัสธรรมชาติตั้งแต่เล็ก ไปออกกลางแจ้งกลางแจ้ง สร้างความเชื่อมโยงให้เด็กรับรู้ ว่า นอกจากตัวเขาเองก็มีโลกรอบข้าง จะทำให้เขายึดติดกับตัวเองน้อยลง และการจัดการอารมณ์ก็จะดีขึ้นด้วย

3) ไม่ควรให้เด็กอยู่แต่กับอุปกรณ์ที่เกี่ยวกับจอมากเกินไปโดยที่ไม่ทำกิจกรรมอื่นๆ เลย เพราะสื่อต่างๆ บางทีก็มีความรุนแรง และทำให้เด็กขาดความเชื่อมโยงกับธรรมชาติด้วย

4) พ่อแม่ควรสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับเด็ก ให้เด็กรู้สึกว่ามีเรื่องอะไรก็สามารถคุยกับพ่อแม่ได้ เวลามีปัญหาอะไรจะได้ไม่ต้องเก็บไว้ และปรึกษาทำให้ความเครียดต่างๆ ลดลงไป แทนที่จะกลายเป็นปัญหาที่สลายกินแก้

5) สอนให้เด็กรู้จักและรับรู้เข้าใจอารมณ์ต่างๆ และสอนเรื่องความเห็นอกเห็นใจ ไม่ว่าจะเป็นด้านดีหรือไม่ดี บอกเด็กว่าอารมณ์เป็นเรื่องธรรมดา การรับรู้และเข้าใจจะทำให้คนคนนั้นจัดการกับอารมณ์ตัวเองได้ดีขึ้น เริ่มด้วยผู้ใหญ่แสดงความรับรู้และเข้าใจอารมณ์ของเด็ก อย่างเวลาที่เด็กโกรธ ไม่พอใจ ควรบอกให้เด็กรู้ว่าเรารับรู้และเข้าใจความโกรธของเขา อย่าเพิ่งไปดว่า เช่น หนูจะโมโหทำไมเนี่ย เช่น เด็กโมโหโวยวายที่น้องสาวเอาสมุดของตัวเองไประบายเล่น เด็กร้องเสียงดัง ก็ควรบอกเด็กว่า ‘แม้รู้ว่าหนูคงจะโกรธที่น้องเอาสมุดหนูไปวาดเล่น’ เด็กจะรู้สึก ว่า แม่เข้าใจอารมณ์เขาเรารู้ตัวตน ความโกรธจะลดลง การที่ไม่มีใครสักคนแสดงความเข้าใจอารมณ์เขา ตรงนั้นจะทำให้เด็กเข้าใจและรับรู้อารมณ์ตัวเอง และเป็นจุดเริ่มต้นของความ

เห็นใจคนอื่นด้วย (นอกจากจะคิดถึงแต่ความโกรธหรือผิดหวังของตัวเองอย่างเดียว)

6) ผู้ใหญ่ควรจะค่อยๆ สอนเขาถึงวิธีจัดการอารมณ์ทางลบอย่างเหมาะสม ควรสอนเมื่ออารมณ์เบาบางลงไปแล้ว อย่าไปสอนตอนที่เด็กมีอารมณ์เด็กไม่ฟังเราหรอกตอนนั้น เช่น เด็กที่โกรธหงุดหงิด เสียใจ บางทีเขาโวยวายร้องไห้ สังเกตอารมณ์ของเด็กก่อน เมื่อเขาหายโกรธหรือหายเศร้า ค่อยเข้าไปพูดคุย ได้ถามความรู้สึก ให้เขาเล่าความรู้สึกให้ฟังเมื่อพร้อม และพูดคุยถึงการจัดการกับอารมณ์ของเขา คราวนี้เขาอาจจะจัดการแบบใช้ความรุนแรง เช่น ตะโกนเสียงดัง ทำของพัง ก็ไม่ต้องไปใช้อารมณ์กับลูก (แต่ควรให้เขาเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบเมื่อของพังไป เช่น หักค่าขนมสมทบเป็นค่าของที่เสีย) คุยกับเขาว่าถ้าไม่ใช้ความรุนแรง ทางออกในการจัดการอารมณ์ที่สร้างสรรค์ทำยังไงได้บ้าง และอาจจะให้เขาลองทำดูคร่าวๆ (คราวนี้ก็ไม่เป็นไร) เช่น เด็กบางคนโกรธแล้วไปล้างหน้า ต้มน้ำเย็นๆ ไปเตะฟุตบอลกับเพื่อน ไปเล่นกับสัตว์เลี้ยง เมื่อทำแล้วอารมณ์โกรธลดน้อยลง ถ้าเขาจัดการอารมณ์ได้ดีก็ให้เราชื่นชมให้กำลังใจ

7) ในกรณีที่เด็กโกรธแล้วมีพฤติกรรมที่รุนแรงมาก เช่น ทำร้ายคนอื่น ทำร้ายตนเอง หรือทำลายข้าวของ เราคงต้องหยุดการกระทำนั้นไว้ก่อน และอาจต้องปรึกษาจิตแพทย์เด็ก เช่น ในเด็กเล็กอาจเข้าไปกอดเด็กข้างหลัง จนเขาสงบ ถ้ารุนแรงและจัดการไม่ได้ เด็กอาจจะมีภาวะบางอย่างที่เกี่ยวข้องที่ทำให้อารมณ์ขึ้นลงง่าย หุนหันพลันแล่น ซึ่งต้องรักษาเฉพาะ

8) เมื่อพบเห็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสังคมที่มาจากความโกรธ ผิดหวัง เสียใจ เช่น ชวาละคร ควรพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับลูกในเรื่องการจัดการความโกรธที่เหมาะสม เห็นอะไรที่ดีๆ เราก็ชื่นชมให้ลูกฟัง แต่ถ้าอะไรที่ไม่เหมาะสมเราก็ควรบอก และคุยถึงเหตุผลว่าเพราะอะไรถึงไม่ดี ขณะเดียวกันก็ลองฟังความคิด และความเห็นของลูกไปด้วย

9) อย่าตามใจลูกไปหมด เพราะเด็กจะกลายเป็นคนเอาแต่ใจ ผิดหวังไม่เป็น พ่อแม่ที่ตามใจลูกไปทุกเรื่องแบบไม่มีขอบเขต เด็กจะโตมาโดยที่เป็นคนยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง รับความผิดหวังไม่ค่อยได้ เอาแต่ใจตัวเองและคิดถึงคนอื่นน้อย ไม่รู้จักควบคุมการกระทำของตัวเอง บางเรื่องรู้ว่าไม่ดีแต่อยากทำและห้ามใจตัวเองไม่ได้

10) มีเวลากับเด็กในการพูดคุยถึงเรื่องที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ไม่ว่าจะดีหรือร้าย ให้เด็กรับรู้ว่าเขาได้ผู้ใหญ่ฟัง และผู้ใหญ่ก็รับฟังเขาด้วย ตรงนี้จะทำให้เขาเรียนรู้ว่าการเล่าเรื่องต่างๆ กับพ่อแม่ทำได้ มีคนที่อยู่เคียงข้างและรับฟังเขา เขาจะได้ไม่เก็บกดความรู้สึก มีวิธีจัดการกับปัญหาและอารมณ์อย่างเหมาะสม

ขอขอบคุณแหล่งที่มาของข้อมูล : <https://www.thaihealth.or.th/content-detail/ab5dbc22-d4e4-44e6-aac6-dde8feb0c143>

ลดปวดประจำเดือน ด้วยภูมิปัญญาไทย



ปฏิเสธไม่ได้เลยว่า อาการปวดประจำเดือน สร้างความกังวลใจให้กับผู้หญิงอย่างเราๆ อยู่ไม่น้อย พอครบรอบเดือนเวียนมาบรรจบเป็นต้องหนักใจทุกที ผู้หญิงคนไหนโชคไม่ดีต้องประสบกับปัญหานี้ก็โศกโศกไป แต่ถ้าผู้หญิงคนไหนโชคดี ปัญหานี้คงต้องติดตัวไปอีกนานแสนนาน

ในการแพทย์แผนไทย การมีประจำเดือนนั้น ถือเป็นการขับของเสียที่คั่งค้างออกจากร่างกาย ดังนั้น จึงต้องมีการไหลเวียนที่ดีไม่ว่าคั่งค้าง หรือสะสมไว้ มิฉะนั้นจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้หญิงได้ ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ตามมา การแพทย์แผนไทยจึงให้ความสำคัญกับสุขภาพผู้หญิง เน้นการรักษาสุขภาพของผู้หญิงด้วยการรักษาที่ระบบประจำเดือนให้เป็นปกติ เพราะเชื่อว่าเป็นหัวใจหลักของการดูแลสุขภาพสตรีได้ทั้งกายและใจ และความเป็นปกติของระบบประจำเดือนนั้นขึ้นอยู่กับความสมดุลของปิตตะ วาตะ และเสมหะ หรือที่เรียกว่า ตรีโทษ นั่นเอง ความผิดปกติของระบบประจำเดือนมักจะเริ่มจากวาตะ หรือลม โดยอาการที่พบบ่อยๆ คือ ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ มีอาการปวดประจำเดือน ปวดศีรษะ ครั่นเนื้อครั่นตัว บางรายอาจมีอาการท้องผูก เมื่อวาตะกำเริบจึงไปผลักดันให้ร่างกายเกิดความร้อน ปิตตะ หรือไฟในร่างกายจึงกำเริบตาม อาจทำให้บางรายมีอาการไข้ จึงไม่แปลกที่คนโบราณจะพูดกันติดปากกันว่า เป็นไข้ที่ประทุ และเมื่อใดที่มีอาการตกขาว มีกลิ่น มีสี ร่วมกับอาการไม่สบายระหว่างมีประจำเดือนที่เป็นเรื่องๆ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน รวมทั้งอาจมีก้อนหรือสีในมดลูก นั้นหมายถึงการถูกลามไปถึงระบบธาตุน้ำและดิน ซึ่งจะยิ่งทำให้การรักษายากยิ่งขึ้น

ดังนั้น หากเรารู้จักตัดไฟแต่ต้นลม ก็ต้องดูแลธาตุลมของเราให้เป็นปกติ ตั้งแต่การรับประทานอาหารที่เหมาะสม พักผ่อนให้เพียงพอ ดูแลสุขภาพจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกนึกคิด จิตใจ อารมณ์ต่างๆ ให้สม่ำเสมอ ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ดูแลระบบการขับถ่ายให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม ไม่ร้อน ไม่เย็นจนเกินไป พร้อมๆ ไปกับการดูแลตนเองโดยการบำรุงร่างกายด้วยอาหารและสมุนไพรเพื่อให้เราสามารถรับมือกับปัญหาการปวดประจำเดือนได้อย่างเหมาะสม ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ได้มีการจัดการกับอาการปวดประจำเดือน โดยมีการใช้ยาแก้ปวด กลุ่ม NSAIDs (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs) ซึ่งถือเป็นเพียงการบรรเทาอาการ และจำเป็นต้องใช้ทุกครั้งที่มีอาการปวด อาจพบอาการข้างเคียง เช่น ระคายเคืองทางเดินอาหาร ทำให้ผู้หญิงหลายคนเลือกที่จะมองหาทางเลือกอื่นสมุนไพรไทยจึงถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการถูกนำมาใช้บรรเทาอาการปวดประจำเดือน ซึ่งมีตำรายาที่ใช้สำหรับแก้ปัญหาระยะประจำเดือนที่เราอาจเคยได้ยินคือ “ประสะไพล” เป็นตำรายาที่ใช้บรรเทาอาการปวดประจำเดือน ระดูมาไม่สม่ำเสมอ หรือมาน้อยกว่าปกติ ขับน้ำคาวปลาในหญิงหลังคลอดบุตร จัดเป็นหนึ่งในรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐสั่งจ่ายได้ และได้รับการบรรจุอยู่ในประกาศยาสามัญประจำบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยที่ประชาชนสามารถเลือกใช้เองอีกด้วย ตามหลักการ

แพทย์แผนไทย ประสะไพล ประกอบด้วยตัวยารสร้อนผาด เผ็ดร้อน และร้อนปรา ทำให้ทั้งตำรับออกฤทธิ์ไปทางร้อน โดยมีตัวยารสผาดช่วยสมาน คุณฤทธิ์ กำกับการทำงานของธาตุลม ทำให้มีการเคลื่อนไหวของธาตุลมดีขึ้น พอเหมาะและสมดุล สอดคล้องกับการวิจัยของไพลที่พบว่าทำให้กล้ามเนื้อเรียบลดการเกร็งตัว โดยการลดการสร้างสาร Prostaglandins (พรอสตาแกลนดิน) ซึ่งเป็นสารสร้างความปวด นอกจากนี้ ยาตำรับยังส่งผลให้ความร้อนของเลือดเพิ่มขึ้น เลือดเหลวขึ้น จึงเกิดการไหลเวียน ไม่คั่งค้าง หรือสะสม และเนื่องด้วยยานี้เป็นยาฤทธิ์ร้อน ซึ่งจำเป็นจะต้องระมัดระวัง

โดยเฉพาะในหญิงตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ และผู้มีไข้ ห้ามรับประทานในหญิงที่มีระดูมากกว่าปกติ เพราะจะทำให้มีการขับระดูออกมาเพิ่มขึ้น และควรระวังการใช้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ หรือไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้ นอกจากนี้ยาตำรับที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการใช้ตำรับยาจากภูมิปัญญาชาวบ้าน หมอพื้นบ้าน ที่มีการสืบทอดกันมาและนำมาใช้รักษาอาการปวดประจำเดือนได้เป็นอย่างดี

- นำใบแคของทุกลาว 5-10 ใบ ต่อน้ำ 1 ลิตร มาต้มดื่มครั้งละ 1 แก้ว วันละ 1-2 ครั้ง แนะนำให้ดื่มก่อนรอบเดือนจะมา 2-3 วัน
- ต้นสดของผักคราดหัวแหวนผสมกับน้ำมันาว ทำเป็นลูกกลอนขนาดเท่าเม็ดพุทรา รับประทานครั้งละ 1 เม็ดก่อนอาหาร
- น้ำตาลทรายแดง 1 ช้อนโต๊ะ ผสมเหล้าขาว 1-3 ช้อนชา
- นำขี้เหล็กทั้งต้น 1 กำมือ ต้มกับน้ำ 1 ลิตร ต้มเดือดประมาณ 15 นาที รับประทานครั้งละ 1 แก้ว วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน และเย็น
- ชিংคั้นเอาแต่น้ำประมาณครึ่งถ้วย ผสมน้ำผึ้ง 30 กรัมอุ่นให้ร้อนก่อนนำมารับประทาน

ทั้งนี้ ผู้หญิงอย่างเราๆ จำเป็นจะต้องรู้ถึงสิ่งที่พึงปฏิบัติขณะที่มีรอบเดือน โดยสิ่งที่ควรปฏิบัติ เช่น การอาบน้ำเย็น การสระผมด้วยน้ำเย็น การดื่มน้ำเย็น การรับประทานอาหารเย็น เช่น พริก แอปเปิ้ล แดงโม น้ำมันมะพร้าว ไอศกรีม น้ำแข็ง เป็นต้น สิ่งที่ควรปฏิบัติคือ การใช้กระเป๋าน้ำร้อนประคบบริเวณที่มีอาการปวด หลีกเลี่ยงภาวะเครียด ทำจิตใจให้บริสุทธิ์ รู้จักปล่อยวาง โดยการฝึกจิตและสมาธิ การออกกำลังกายเบาๆ เพื่อให้ลมเกิดการเคลื่อนไหว เพิ่มการไหลเวียน เช่น การฝึกโยคะ

ผู้หญิงเป็นเพศที่ธรรมชาติรังสรรค์ขึ้น พร้อมที่จะแบกรับภาระอันหนักหน่วงของการเป็นแม่ รวมไปถึงจะต้องอดทนต่อสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่ทุกเมื่อ ดังนั้น การดูแลสุขภาพหญิงไทยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยจึงถือเป็นมรดกแห่งภูมิปัญญาที่แนบแน่นอยู่กับวัฒนธรรมชุมชนที่สั่งสมส่งต่อมารุ่นสู่รุ่น ทั้งนี้ เพื่อให้หญิงไทยมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต พร้อมรับมือกับทุกปัญหาที่ต้องเผชิญ

สิ่งที่ควรปฏิบัติคือ การใช้กระเป๋าน้ำร้อนประคบบริเวณที่มีอาการปวด หลีกเลี่ยงภาวะเครียด ทำจิตใจให้บริสุทธิ์ รู้จักปล่อยวาง โดยการฝึกจิตและสมาธิ การออกกำลังกายเบาๆ เพื่อให้ลมเกิดการเคลื่อนไหว เพิ่มการไหลเวียน

ขอขอบคุณแหล่งที่มาของข้อมูล : <https://www.thailandplus.tv/archives/5962>

วันที่	สถานที่	รายละเอียด	สนใจติดต่อ
7-11 กันยายน 2569	ณ ห้องประชุม 910 ABC ชั้น 9 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดประชุมวิชาการ The 39 th Ramathibodi Annual Pediatrics Update 2026 “ Contemporary Pediatric Practice : Managing Common Symptoms and Diseases ”	โทร. 0 2201 1835, 0 2201 1488 , คุณยุวธิดา ม่วงเจริญ หรือ เพจ : PEDRAMA.COM
5-9 ตุลาคม 2569	ณ ห้องประชุมใหญ่ชั้น 10 และ ห้องประชุมดุสิตธานี 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ ร.พ.พระมงกุฎเกล้า	มูลนิธิเพื่อกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร่วมกับ ภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า และกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จัดอบรมระยะสั้นอายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2569 หัวข้อ “Ambulatory Medicine”	โทร. 06 3182 5144 , 0 2763 3280, ภาควิชาอายุรศาสตร์ หรือ เพจ : อายุรศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
16-18 ตุลาคม 2569	ณ ห้องประชุมนิมมาน 2-3 โรงแรมยู นิมมาน เชียงใหม่ จ.เชียงใหม่	สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย จัดประชุมวิชาการ กลางปี 2569	โทร. 0 2716 5901, 0 2716 5994
26-30 ตุลาคม 2569	ณ ห้องประชุมมอดินแดง และ ห้องประชุมมิตรภาพ อาคารเรียนรวม ชั้น 3 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดประชุมวิชาการ ประจำปี 2569 ครั้งที่ 40 Conference MD 2026, 40 th Medicine and Sustainability: Shaping the Future of Health หัวข้อ: “การเชื่อมโยงเป้าหมายการพัฒนาการแพทย์ที่ยั่งยืน” (“Medicine and Sustainability: Shaping the Future of Health”)	โทร. 0 4336 3407, คุณพวงพยอม แก้วพิลา หัวหน้างานบริการ การศึกษา ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: kpungp@kku.ac.th
27-30 ตุลาคม 2569	ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จัดประชุมวิชาการ ครั้งที่ 41 และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2569 ในธีม “Women’s Health in a Changing World”	โทร. 0 2716 5724 , 09 0669 5722, (คุณมัน) Email: congressrtcog@hotmail.com
12-14 พฤศจิกายน 2569	ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ	สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย จัดประชุมวิชาการนานาชาติ และการประชุมวิชาการประจำปี 2569 The Critical Care Medicine 2026 “The Critical Care during DISASTER”	โทร. 0 2718 2255
19 พฤศจิกายน 2569	ณ ห้องสโมสร ชั้น 4 อาคารคุณากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	หน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จัดประชุมวิชาการประจำปี 2569 ภายใต้หัวข้อ The ID Case Files: Solving Problems, Saving Patients	https://forms.gle/MDFdf5n6Q5Ao7o8d7

รักษาอาการปวดประจำเดือน



The 1st Natural Estrogen With DRSP Has Approved For
DYSMENORRHEA



Estetrol monohydrate 15 mg/Drospirenone 3 mg
in a 24/4-day regimen

Reference SmPC and PIL of Nexstellis

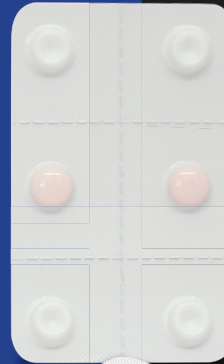


OLC
A member of JSC Pharma Group

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติม
ในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
OLC (Thailand) Limited
Midtown Office Tower, Unit no 1601, 16th Floor, 944
Rama IV Rd, Wangmai, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand

ความถูกต้องของโฆษณานี้เป็นความรับผิดชอบของผู้โฆษณา
มิได้ดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขส.2-96/2569
ทะเบียนยาเลขที่ 2C 15134/65(NC)
NEX-005/25

 **RELPAX[®]**
(eletriptan HBr)
1C 15045/64 (N) 40 mg



**Rapid Relief,
Sustained Response**

Reference

1. Sheftell F, Ryan R, Pitman V, Eletriptan Steering Committee. Efficacy, safety, and tolerability of oral eletriptan for treatment of acute migraine: A multicenter, double-blind, placebo-controlled study conducted in the United States. Headache. 2003;43(3):202-13.
2. Yang C, Liang C, Chang C, et al. Comparison of New Pharmacologic Agents With Triptans for Treatment of Migraine: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021;4(10):e2128544. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.28544
3. Brandes JL, Kudrow D, Cady R, et al. Eletriptan in the early treatment of acute migraine: influence of pain intensity and time of dosing. Cephalalgia. 2005;25(9):735-42.
4. Chia Y-C, Lim S-H, Wang S-J, et al. Efficacy of eletriptan in migraineurs with persistent poor response to nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Headache. 2003;43(9):984-90
5. Chia CY ,et al. Simultaneous Comparisons of 25 Acute Migraine Medications Based on 10 Million Users' Self-Reported Records From a Smartphone Application. Neurology . December 12, 2023 issue101 (24) e2560-e2570
6. Thorlund K, Mills EJ, Wu P, et al. Comparative efficacy of triptans for the abortive treatment of migraine: A multiple treatment comparison meta-analysis. Cephalalgia. 2014;34(4):258-67.
7. Sandrini G, Perrotta A, Tassorelli C, et al. Eletriptan. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2009;5(12):1587-1598.
8. Eletriptan hydrobromide(Italoa),PI rev no.:8.5

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
สำหรับผู้ประกอบโรคศิลป์
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ศส.2-3066/2567



Viatris (Thailand) Limited
No. 88 The Parq Building, 11th Floor, Ratchadapisek Road,
Klongtoey Subdistrict, Klongtoey District,
Bangkok 10110 – THAILAND

ใช้รักษาอาการไมเกรน
แบบเฉียบพลัน ทั้งที่มี
หรือไม่มีอาการเตือน
ล่วงหน้า (**with or
without Aura**)⁸



แนะนำทานยาเม็ด
RELPAX 40mg
ให้เร็วที่สุด
เมื่อมีอาการไมเกรน หรือ
เริ่มมีสัญญาณเตือน⁸


2 HOURS

ถ้ามีความจำเป็นต้องทานยาซ้ำ
**ควรเว้นระยะห่าง
2 ชั่วโมง**
หลังจากทานยาเม็ดแรก
ขนาดยาสูงสุดไม่เกินวันละ 80 มก.⁸


**18
YRS.**

สามารถใช้ได้
ตั้งแต่อายุ
18 ปี ขึ้นไป⁸

ความถูกต้องของโฆษณา
เป็นความรับผิดชอบของผู้โฆษณา
มิได้ดำเนินการโดยสำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา