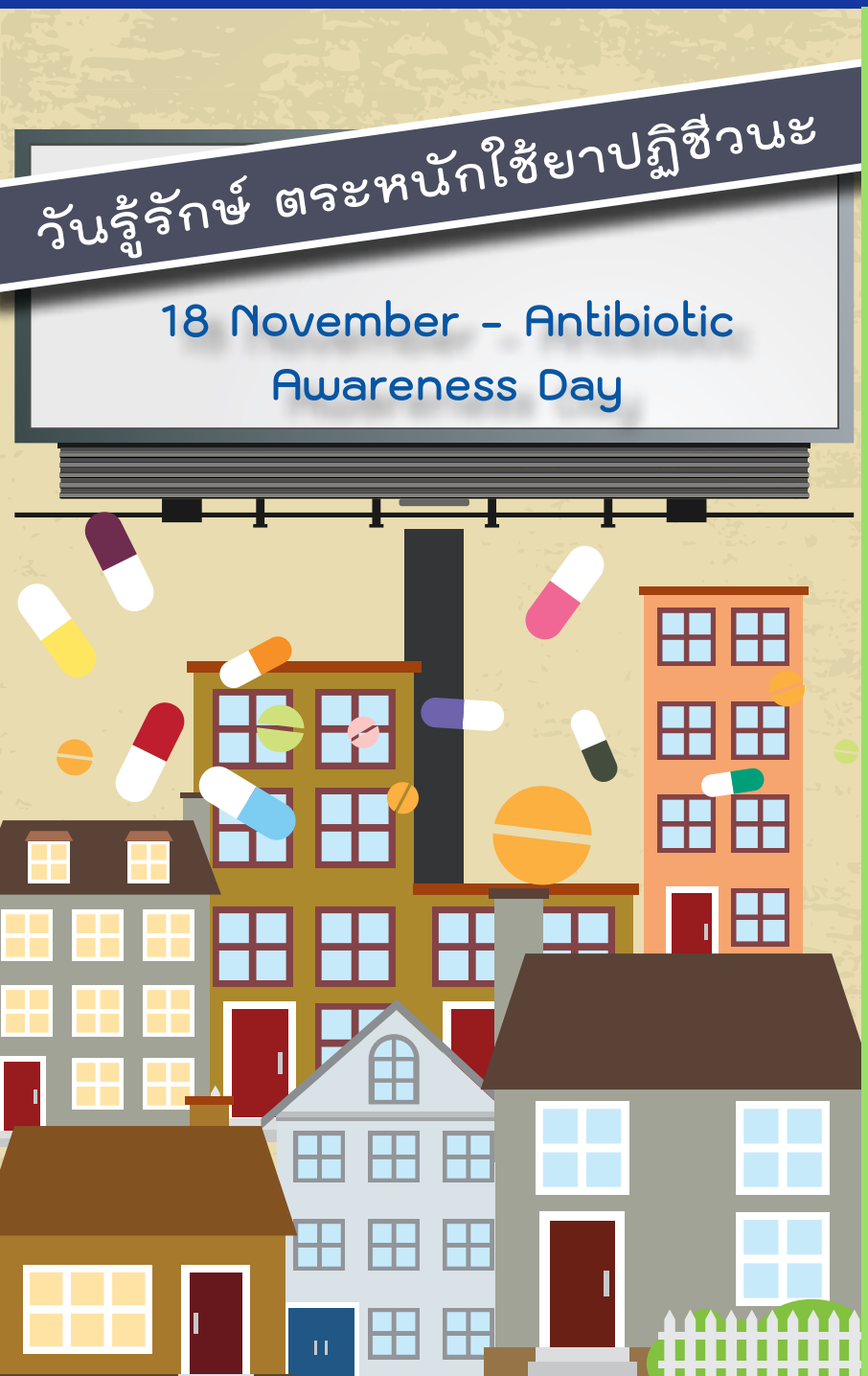
ปีที่ 6 / ฉบับที่ 21 / กรกฎาคม - สิงหาคม 2557

ยาวิพากษ์

จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา

แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สารบัญ

ผู้จัดการกพย. แถลง	2
เรื่องจากปก	3
เก็บตก	6
หมุนดูโลก	9
จับกระแส	13
ใกล้ตัว	18
ทันสถานการณ์	24
ไฮไลท์ I	26
ไฮไลท์ II	33
ไฮไลท์ III	36
รู้เขา รู้เรา	41

อ่านยาวิพากษ์ Online ได้ที่
www.thaidrugwatch.org
www.facebook.com/thaidrugwatch

โดย > นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี

ASEAN Antibiotic Awareness Day : 18 พฤศจิกายน 2557 เกี่ยวข้องกับงานของ กพย. อย่างไร

กพย.ทำงานเรื่องเฝ้าระวังระบบยา มาเกี่ยวข้องกับเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะอย่างไร

งานที่ กพย. ให้ความสำคัญนั้นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากระบบยาที่ต้องการการเฝ้าระวัง เพื่อให้มีการส่งสัญญาณเตือนภัยนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงพัฒนาระบบ ดังนั้นงานที่กพย.ทำจึงมีทั้งเรื่องการเข้าถึงยาและราคายา มีเรื่องการทบทวนทะเบียนตำรับยาไม่เหมาะสมการกระจายยาไม่เหมาะสมในพื้นที่ การโฆษณายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ธรรมาภิบาลและการส่งเสริมการขายยาและแน่นอนรวมถึงการแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ที่***หากไม่ช่วยกันหยุดยั้ง ระบบการรักษาโรคติดเชื้อด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะก็จะพังครืนลงมาและเข้าสู่ยุคหลังยาปฏิชีวนะ (Post-antibiotic era) จริงดังที่องค์การอนามัยโลกเตือนเอาไว้แล้ว***

ปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรงเพราะหมายถึงความเป็นความตายของชีวิตทั้งมนุษย์และสัตว์ แต่ปัญหายังดูเหมือนเป็นภูเขาน้ำแข็ง มีคนจำนวนไม่มากที่เห็นปัญหาและลุกขึ้นมาจัดการ ปัญหาส่วนใหญ่จึงยังคงอยู่ใต้น้ำ คนส่วนใหญ่ ยังคงไม่เห็นปัญหาที่ชัดเจน เพราะจับต้องไม่ได้ ไม่เห็นปัญหาเฉพาะหน้า แต่ในความเป็นจริง เชื้อดื้อยาเหล่านี้จะกระทบสุขภาพและวิถีชีวิตของผู้คนทุกระดับชั้น เราคงเคยได้ยินข่าวผู้ถึงแก่กรรมด้วยการติดเชื้อในกระแสโลหิตอยู่บ่อยๆ แม้จะอยู่ในโรงพยาบาล หลายคนก็มองผ่านไป แต่ทำไมเรื่องเช่นนี้จึงเกิดขึ้นเพราะระบบการดูแลสุขอนามัยเราแย่หรืออย่างไร? แน่นอนส่วนหนึ่งเราพาเชื้อเข้าไปในโรงพยาบาล แต่หลายรายก็เสียชีวิตไปเพราะได้รับเชื้อใหม่เพิ่มเติมจากโรงพยาบาล เชื้อเหล่านี้ ดุกว่า แรงกว่า ดื้อด้านกว่า นั่นคือยาปฏิชีวนะที่มีอยู่ใช้การไม่ได้ แล้วสาเหตุมาจากอะไรกันแน่ มีการใช้ยาปฏิชีวนะกันโดยไม่จำเป็นต้องใช้ (ใช้ในหวัดที่เกิดจากไวรัส ท้องเสียที่ไม่จำเป็นต้องใช้ บาดแผลสะอาดธรรมดา หรือแม้แต่การคลอดปกติ) ใช้ไม่ถูกต้อง เช่น ใช้ยาที่แรงเกินจำเป็น ใช้แบบครอบจักรวาล ใช้ไม่ครบขนาด ไม่ตรงเวลา เหล่านี้ต้องการการเฝ้าระวังและการกระตุ้นในสังคม รวมถึงการปรับปรุงนโยบายหรือกติกาต่างๆ

ปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะพบที่ไหนบ้าง สำหรับคน พบในในโรงพยาบาลทุกระดับ เกิดจากร้านยา (ขย 1) จ่ายยาปฏิชีวนะไม่ถูกต้องแก่ประชาชนเกิดจากร้านชำและร้านยา ขย 2 ขายยาปฏิชีวนะ (ปกติห้ามขาย เพราะผิดกฎหมาย) เหล่านี้ขยายปัญหาสู่ชุมชน พบว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างแพร่หลายที่กระทบห่วงโซ่อาหาร (การผลิต ได้แก่ ปศุสัตว์ ประมง เกษตรสวนผลไม้ รวมถึงการขนส่งอาหารสด) รวมทั้งพบเชื้อดื้อยาในผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับบริโภคด้วย

ที่น่ากลัวคือเรื่องเชื้อดื้อยาได้ขยายปัญหาไปสู่สิ่งแวดล้อมแล้ว ซึ่งจะกระทบต่อนิเวศน์ของโลก ทั้งปัญหาในดิน แหล่งน้ำ แม่น้ำ ทะเล มหาสมุทร แล้วเชื้อดื้อยามาจากไหน เกิดอะไรขึ้นบ้าง เหล่านี้เป็นสิ่งที่ต้องการการเข้าไปศึกษาค้นคว้า นักวิทยาศาสตร์เริ่มสนใจในประเด็นนี้มากขึ้น บางทีอาจนำมาอธิบายปรากฏการณ์สิ่งแวดล้อมที่แปรปรวนในปัจจุบันได้ด้วย

ปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ เป็นปัญหาซับซ้อนมีหลายสาเหตุหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดเชื้อดื้อยา มีคนและหน่วยงานมากมายที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ใช่หน้าที่ของคนใดคนหนึ่ง แม้แต่ประชาชน ทุกคนก็ต้องมีส่วนร่วม ยังมีกติกาและ ระเบียบจำนวนหนึ่ง ที่อาจก่อให้เกิดปัญหา และรวมทั้งยังต้องทำเพิ่มเติมอีกจำนวนไม่น้อย

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญเรื่องปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) มีการออกรายงานการเฝ้าระวังทั่วโลก มีการนำเข้าสมัชชาอนามัยโลก ล่าสุดปีนี้มีการออกมติอีกครั้ง พร้อมการทำแผนปฏิบัติการอีกด้วย หลังจากที่เคยออกมติสมัชชามาแล้วหลายครั้ง นักวิชาการและภาคประชาสังคมทั่วโลกได้ขับเคลื่อนเรื่องนี้หลายครั้ง เช่น Antibiotic Resistance Coalition(ARC) ที่ได้ออกปฏิญญามาในปีนี้เช่นกัน เครือข่ายที่ทำเรื่องนี้มาตลอดคือ ReAct จากสวีเดน นอกจากนี้ในระดับอาเซียน มีการกำหนดให้เรื่อง AMR เป็นหนึ่งใน 21 ประเด็นเร่งด่วนที่ต้องจัดการ ในช่วง Post 2015 จะมีการวางแผนทำงานต่อไป

กพย. จึงเห็นความสำคัญในการนำเรื่องนี้มาร่วมทำงานกับทุกภาคส่วน ไม่เฉพาะในประเทศ แต่ขยายไปสู่ ASEAN และระดับโลกด้วย ดังที่กพย.ได้ร่วมจัดประชุม ASEAN Antibiotic Awareness Day : A War Forward in Combating ABR กับเครือข่ายนานาชาติ ทั้งด้านวิชาการและประชาสังคม ระดับภูมิภาคและระดับโลก ระหว่างวันที่ 18-19 พ.ย. 2557 นี้

การจัดงานวันรู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic Awareness Day) / สัปดาห์รู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic Awareness Week) ทั่วโลก

ภาพรวม Antibiotic Awareness Day/Week

สัปดาห์รู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic Awareness Day) จัดขึ้นในช่วงระหว่างวันที่ 17-23 พฤศจิกายน ทุกปีในสหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย ในขณะที่ไทย สหภาพยุโรป ฮ่องกง และเม็กซิโก จัดขึ้นในวันที่ 18 พฤศจิกายน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องการยกระดับความตระหนักในเรื่องการดื้อยาปฏิชีวนะและสนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในสัปดาห์นี้จะมีกิจกรรมต่างๆที่หลากหลาย เช่น การสัมมนา การใช้สื่อออนไลน์ การผลักดันต่อผู้กำหนดนโยบาย ผู้ประกอบวิชาชีพและประชาชนทั่วไป

1 สหภาพยุโรป

งานนี้เป็นงานประจำปีของสหภาพยุโรป จัดขึ้นในวันที่ 18 พฤศจิกายน เพื่อยกระดับความตระหนักเกี่ยวกับภัยคุกคามด้านสาธารณสุขของการดื้อยาปฏิชีวนะและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีข้อมูลว่าจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากแบคทีเรียดื้อยามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงควรต้องมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างระมัดระวังเพื่อหยุดปัญหาเชื้อดื้อยา และช่วยให้มียาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพเหลือไว้ใช้งานในรุ่นต่อไป

http://www.ecdc.europa.eu/en/eaad/Pages/Home.aspx

2 สหราชอาณาจักร

สหราชอาณาจักรจัดงานในวันที่ 18 พฤศจิกายน ตามสหภาพยุโรป เพื่อกระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ เนื่องจากยาปฏิชีวนะเป็นยาที่สำคัญสำหรับการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียในทั้งมนุษย์และสัตว์ อีกทั้งยาปฏิชีวนะสูญเสียประสิทธิภาพต่อการฆ่าเชื้อในอัตราที่เพิ่มขึ้น เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเป็นหนึ่งในภัยคุกคามที่สำคัญที่สุดต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีสาเหตุมาจากการใช้มากเกินไปและมีการใช้อย่างไม่เหมาะสม ดังนั้นเพื่อชะลอปัญหาเชื้อดื้อยาลงจึงต้องมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกวิธี เลือกยาได้ถูกกับโรค ใช้ขนาดยาที่ถูกต้อง ใช้ยาถูกเวลา และมีช่วงระยะเวลาในการใช้ยาอย่างถูกต้อง

กระทรวงสาธารณสุขอังกฤษเป็นผู้รับผิดชอบในกิจกรรมวันนี้ และทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการที่ปรึกษาว่าด้วยเชื้อดื้อยาและการดูแลสุขภาพเนื่องจากการติดเชื้อ, กรมสิ่งแวดล้อม อาหาร และชนบทและองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ

http://www.nhs.uk/NHSEngland/ARC/Pages/AboutARC.aspx

3 แคนาดา

งานนี้ได้จัดขึ้นเป็นครั้งแรกในแคนาดาเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2010 ส่วนการจัดงานในปีนี้ จัดเป็นสัปดาห์ มีหลายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ร่วมมือที่จะส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างระมัดระวัง เพื่อต่อสู้กับภัยคุกคามจากเชื้อดื้อยา ประกอบด้วย ศูนย์ความร่วมมือแห่งชาติเพื่อโรคติดเชื้อ กระทรวงสาธารณสุขแคนาดา สมาคมเด็ก สมาคมจุลชีววิทยาทางการแพทย์และโรคติดเชื้อ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อแคนาดา มูลนิธิโรคติดเชื้อ สถาบันผู้ตรวจการสาธารณสุข สมาคมเภสัชกรแคนาดา สมาคมสาธารณสุขแคนาดา สมาคมจุลชีววิทยาคลินิกและโรคติดเชื้อ สมาคมนักจุลชีววิทยา

http://antibioticawareness.ca/?page_id=25

4 ออสเตรเลีย

การพัฒนายาปฏิชีวนะเป็นหนึ่งในความก้าวหน้าที่สำคัญที่สุดของการพัฒนายา เนื่องจากในขณะนี้มีการใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปและใช้ในทางที่ผิด ส่งผลให้การรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียซึ่งเคยสามารถรักษาให้หายขาดได้อย่างง่ายดาย กลายเป็นเรื่องยากที่จะรักษาได้ เนื่องจากแบคทีเรียมีการพัฒนาตัวเองให้กลายเป็นเชื้อที่ดื้อยา

สัปดาห์รู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาปฏิชีวนะในออสเตรเลียปีนี้ (17-23 พฤศจิกายน 2014) มีแนวทางการจัดงานว่า *"สงวนความมหัศจรรย์ของยาปฏิชีวนะ ไม่ทำวันนี้ ไม่มียารักษาในวันพรุ่งนี้"* เพื่อยกระดับความตระหนักต่อปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ และสนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยมีหน่วยบริการด้านสาธารณสุขทั้งหมดและโรงพยาบาลต่างๆสนับสนุนและมีส่วนร่วมในกิจกรรมตลอดสัปดาห์

นอกจากนี้คณะกรรมาธิการด้านความปลอดภัยและคุณภาพในการดูแลสุขภาพ ออสเตรเลีย ยังได้ร่วมกับภาคีอื่นที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพของมนุษย์ สุขภาพสัตว์ และภาคการเกษตร ดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะอีกด้วย

สัปดาห์รู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic Awareness Day) ในออสเตรเลียได้รับการสนับสนุนจากสมาคมโรคติดเชื้อแห่งออสเตรเลีย สมาคมยาต้านจุลชีพ วิทยาลัยป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ และสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล ออสเตรเลีย

http://www.nps.org.au/medicines/infections-and-infestations/antibiotics/for-individuals/join-the-fight-against-antibiotic-resistance

http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/healthcare-associated-infection/antimicrobial-stewardship/antibiotic-awareness-week/

5 สหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกา ใช้ชื่องานว่า “Get Smart Antibiotics Week” (17-23 พฤศจิกายน 2014) เพื่อกระตุ้นความตระหนักต่อภัยคุกคามจากเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะและความสำคัญของการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม ในแต่ละปี สหรัฐอเมริกามีผู้ติดเชื้อแบคทีเรียประมาณ 2 ล้านคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างน้อย 23,000 คน เนื่องมาจากการติดเชื้อ

เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2014 ทำเนียบขาวประกาศออกคำสั่งของผู้บริหารระบุว่ารัฐบาลจะทำงานทั้งในและต่างประเทศในการตรวจสอบ ป้องกันและควบคุมการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อยาปฏิชีวนะ ทั้งนี้ มีการป้องกันโดยใช้มาตรการที่ช่วยลดการเกิดและการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาปฏิชีวนะ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่ายังมีความสามารถในการรักษาโรคติดเชื้อจากแบคทีเรีย

การใช้ยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดเพียงอย่างเดียวที่ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะทั่วโลก ยาปฏิชีวนะเป็นหนึ่งในยาที่ใช้มากที่สุดในการแพทย์ของมนุษย์ และมีการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นหรือไม่มีประสิทธิภาพเหมาะสมถึงร้อยละ 50 อีกทั้งยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะในอาหารสัตว์เพื่อเร่งการเจริญเติบโตของสัตว์ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น

http://www.cdc.gov/getsmart/week/overview.html

6 ฮ่องกง

เขตปกครองพิเศษฮ่องกง สนับสนุนกิจกรรมซึ่งนำโดยองค์การอนามัยโลกในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพื่อต่อต้านการดื้อยาปฏิชีวนะ

วันรู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic Awareness Day) เป็นวันที่สร้างความตระหนักต่อภัยที่เกิดจากการดื้อยาปฏิชีวนะและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างระมัดระวัง โดยในปีนี้ ศูนย์คุ้มครองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาชุดส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างปลอดภัย

http://www.chp.gov.hk/en/view_content/26747.html

http://www.chp.gov.hk/files/media/ad_safe_use_of_anibiotics_eng.mp4

7 ไทย

ปี 2013 แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี เริ่มต้นจัดงานฉลาดใช้ยาปฏิชีวนะในเด็ก (Antibiotics Smart Use for Kids) ส่วนกิจกรรมรณรงค์ในปี 2014 ได้มีการจัดประชุมวิชาการนานาชาติร่วมกับเครือข่ายในภูมิภาคอาเซียน โดยเชิญผู้เข้าร่วมประชุมจากกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการ เครือข่ายภาคประชาสังคม จาก 8 ประเทศในอาเซียนเข้าร่วมประชุมในวันที่ 18-19 พฤศจิกายน 2014 โดยกิจกรรมนี้ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การอนามัยโลก (สำนักงานประเทศไทย) และ ReAct (สวีเดน)

http://www.youtube.com/watch?v=D-Dy1HBANzs&list=PL45C21D740415451E

https://www.facebook.com/thai.antibiotic.awareness

สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่67 WHA67.25

วาระที่ 16.5 24 พฤษภาคม 2557

การดื้อยาต้านจุลชีพ

สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่หกสิบเจ็ด,

ได้พิจารณารายงานเกี่ยวกับการดื้อยาต้านจุลชีพแล้ว;[1]

ตระหนักว่า องค์การอนามัยโลกจะต้องมีบทบาทนำในการควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ;

ทบทวนมติ WHA39.27 และ WHA47.13 เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, WHA51.17 เกี่ยวกับการดื้อยาต้านจุลชีพในโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออื่นๆ, WHA54.14 เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพของโลก, WHA58.27 เกี่ยวกับการปรับปรุงกระบวนการควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ, WHA60.16 เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ WHA66.22 เกี่ยวกับการติดตามรายงานของคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญการวิจัยและพัฒนาด้านการเงินการคลังและการประสานงาน;

สังวรว่า การเข้าถึงยาต้านจุลชีพที่มีประสิทธิผลและเป็นเรื่องสำคัญสำหรับการแพทย์แผนปัจจุบัน(ซึ่งกว่าจะคิดค้นได้แต่ละชนิดก็ต้องใช้ความพยายามอย่างหนักและเป็นเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้วย)นั้นกำลังตกอยู่ในความเสี่ยงเนื่องจากมีการดื้อยาต้านจุลชีพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การดื้อยานี้คุกคามความยั่งยืนของระบบสาธารณสุขโดยมีผลต่อโรคติดต่อต่างๆ เช่น วัณโรค, มาลาเรียและเอดส์;

สังวรว่า ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสุขภาพอันเนื่องมาจากการดื้อยาต้านจุลชีพจะเป็นสร้างภาระอันใหญ่หลวงแก่นานาประเทศ ทั้งที่มีรายได้น้อย, ปานกลางและสูง, จำเป็นต้องจัดการโดยเร่งด่วนทั้งในระดับประเทศ, ระดับภูมิภาคและระดับโลก, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่การพัฒนายาต้านจุลชีพตัวใหม่ๆมีโอกาสค่อนข้างจำกัด;

ตระหนักว่าการดื้อยาต้านจุลชีพส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์เป็นด้านหลัก, แต่ก็มีผลในด้านอื่นด้วย รวมถึงด้านเศรษฐกิจ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องบูรณาการงานอย่างรอบด้านและเหนียวแน่นทั้งในระดับโลก, ระดับภูมิภาคและระดับประเทศ, ภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)” และแนวคิดอื่นๆ, โดยระดมความร่วมมือจากส่วนต่างๆทั้งวงการแพทย์สำหรับมนุษย์และวงการแพทย์สำหรับสัตว์, วงการเกษตร, วงการสิ่งแวดล้อมและวงการผู้บริโภค;

รับรู้ว่าความใส่ใจต่อการรับมือกับสิ่งคุกคามนี้ยังไม่มากพอ ทั้งการดำเนินงานก็ยังล่าช้าและจำกัดวงอยู่อย่างคับแคบ อีกทั้งการปฏิบัติตามมติสมัชชาสุขภาพก่อนหน้านี้รวมถึงการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกในการควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพก็ยังคงอยู่ในวงจำกัด;

ตระหนักว่าการดื้อยาต้านจุลชีพเกิดขึ้นกับเชื้อต่างๆในวงกว้าง ทั้งแบคทีเรีย, ไวรัสและปรสิต แต่ในบรรดาเชื้อทั้งหมด พัฒนาการของแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะเป็นเรื่องเร่งด่วนและมีความจำเป็นมากที่สุดที่จะต้องใส่ใจในทันที;

ยินดีที่มีการจัดตั้งคณะทำงานระดับโลกขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการดื้อยาต้านจุลชีพและยังมีความร่วมมือสามฝ่ายระหว่าง FAO, OIE และ WHO,

[1] Document A67/39.

1. ข้อเรียกร้องต่อประเทศสมาชิก:[2]

-1-
เพิ่มความสังวรทางการเมือง, ด้วยการใส่ใจและชี้นำเพื่อเร่งเร้าความพยายามในการสร้างหลักประกันการเข้าถึงยาต้านจุลชีพที่มีประสิทธิผลและการใช้ยาต้านฯอย่างมีความรับผิดชอบ;

-2-
เร่งปฏิบัติการทั้งระดับประเทศ, ระดับภาคและระดับท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, โดยวิธีการต่างๆ รวมถึงการใช้มาตรการสุขอนามัยพื้นฐาน;

-3-
พัฒนาแผนและยุทธศาสตร์ระดับชาติ รวมถึงประสานความร่วมมือนานาชาติเพื่อการควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ;

-4-
ระดมทรัพยากรทั้งการเงินและบุคลากรในการปฏิบัติตามแผนและยุทธศาสตร์สร้างความเข้มแข็งในการควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ;

-5-
เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริหารจัดการยาในภาพรวม, ที่รวมถึงระบบการควบคุม, กลไกการจัดหาและโครงสร้างพื้นฐานของระบบตรวจวิเคราะห์, เพื่อให้มั่นใจได้ว่าจะมีและสามารถเข้าถึงยาต้านจุลชีพที่มีประสิทธิผลได้, พร้อมกับเฝ้าระวังแรงจูงใจต่างๆที่อาจส่งผลกระทบด้านลบต่อนโยบายการสั่งจ่าย(prescribing)และการส่งมอบยา(dispensing)ได้;

-6-
ติดตามขอบเขตการดื้อยาต้านจุลชีพ ที่รวมถึงการติดตามปกติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง, โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคสาธารณสุขและภาคการเกษตร, ที่รวมถึงการเลี้ยงสัตว์, และแลกเปลี่ยนข้อมูลกันเพื่อให้สามารถติดตามสถานการณ์ได้ทั้งในระดับประเทศ, ระดับภูมิภาคและระดับโลก;

-7-
กระตุ้นหน่วยงานให้บริการต่างๆที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน, ทั้งภาครัฐ ภาคอื่นๆและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ให้พึงสังวรต่อ (i) ภัยคุกคามจากการดื้อยาต้านจุลชีพ, (ii) ความจำเป็นที่จะต้องใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีความรับผิดชอบและ (iii) ความสำคัญของมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ;

-8-
ส่งเสริมและสนับสนุนงานวิจัยและพัฒนา, แก่นักวิชาการและผ่านความร่วมมือทางการเงินแบบใหม่, เพื่อเอาชนะการดื้อยาต้านจุลชีพให้ได้ รวมทั้งส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างมีความรับผิดชอบ, พัฒนาวิธีการปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้และใช้ได้ผลเพื่อยืดอายุการใช้งานของยาต้านจุลชีพ พร้อมทั้งส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมด้านการวินิจฉัยโรคและยาต้านจุลชีพ;

-9-
ให้ความร่วมมือกับฝ่ายเลขานุการในการพัฒนาแผนปฏิบัติการระดับโลกรวมถึงการนำแผนไปปฏิบัติเพื่อเอาชนะการดื้อยาต้านจุลชีพ, ที่รวมถึงการดื้อยาปฏิชีวนะ, ทั้งนี้ ขึ้นกับหลักฐานและแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดที่ใช้กันอยู่;

-10-
พัฒนาระบบเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพในจุดต่างๆ สามจุด ได้แก่: (i) แผนกคนไข้ในของโรงพยาบาล; (ii) แผนกคนไข้นอกในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับและในชุมชน; และ (iii) การใช้ยาต้านจุลชีพในสัตว์และอื่นๆที่ไม่ใช่คน;

[2] และองค์การบูรณาการด้านเศรษฐกิจประจำภูมิภาค, ตามความเหมาะสม.

2. ข้อเรียกร้องต่อผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก:

-1-
สร้างหลักประกันว่า หน่วยงานขององค์การอนามัยโลก, ทั้งสำนักงานใหญ่, สำนักงานภูมิภาคและหน่วยงานในระดับประเทศ, เข้าไปเกี่ยวข้องและประสานงานในการส่งเสริมงานควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ, รวมถึงการติดตามส่งเสริมให้มีทรัพยากรสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้โลกใหม่แห่งการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ;

-2-
เตรียมทรัพยากรในฝ่ายเลขานุการไว้ให้พอเพียงสำหรับงานนี้, ทั้งงบประมาณโครงการระหว่างปี 2014–2015 และ Twelfth General Programme of Work, 2014–2019;

-3-
ส่งเสริมความเข้มแข็งของความร่วมมือไตรภาคีระหว่าง FAO, OIE และ WHO เพื่อเอาชนะปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้แนวคิด "สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)";

-4-
ร่วมมือกับสำนักงานเลขานุการสหประชาชาติดำเนินโครงการระดับสูง, รวมถึงการจัดประชุมระดับสูง, เพื่อเพิ่มความสังวรทางการเมือง, ทั้งการใส่ใจและชี้นำการแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ;

-5-
พัฒนาร่างแผนปฏิบัติการระดับโลกในการเอาชนะปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ, รวมถึงการดื้อยาปฏิชีวนะ, ซึ่งจะต้องสร้างหลักประกันว่า ทุกประเทศ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง, จะมีศักยภาพในการเอาชนะปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพและใส่ใจดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่มีอยู่ตามหลักฐานและแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดรวมทั้งตามคำแนะนำของคณะที่ปรึกษาด้านยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการดื้อยาต้านจุลชีพและตามชุดนโยบายขององค์การอนามัยโลกเพื่อแก้ปัญหาการดื้อยาฯ, ซึ่งได้ขอเรียกร้องประเทศสมาชิก ให้:

(a) สัญญาว่าจะทำแผนงบประมาณระดับประเทศอย่างรอบด้านด้วยความโปร่งใสตรวจสอบได้และให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมด้วย;

(b) เสริมสร้างศักยภาพของห้องปฏิบัติการและการเฝ้าระวังให้เข้มแข็ง;

(c) มีหลักประกันว่าจะไม่มีอุปสรรคขวางกั้นการเข้าถึงยาจำเป็นที่มีคุณภาพ;

(d) ควบคุมและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, รวมถึงการใช้ยาในการเลี้ยงสัตว์, และสร้างหลักประกันการดูแลคนไข้อย่างเหมาะสม;

(e) ส่งเสริมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ;

(f) หนุนเสริมนวัตกรรมและการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างเครื่องมือใหม่ๆ;

-6-
ใช้วิธีการความร่วมมือหลายฝ่ายในการเผยแพร่ร่างแผนปฏิบัติการระดับโลก, พร้อมทั้งหารือประเทศสมาชิก[3] รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องอื่นๆ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับเดียวกัน, เช่น FAO และ OIE, เพื่อร่วมกันหาทางขจัดผลประโยชน์ทับซ้อน;

-7-
ยื่นร่างแผนปฏิบัติการระดับโลกในการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพที่รวมถึงการดื้อยาปฏิชีวนะในสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่หกสิบแปด, ผ่าน Executive Board ในวาระที่ 136, พร้อมทั้งรายงานสรุปความคืบหน้าในการนำมตินี้ไปปฏิบัติในแง่มุมอื่นๆ.

การประชุมใหญ่ที่เก้า, 24 พฤษภาคม 2557

A67/VR/9

[3] และองค์การที่ทำหน้าที่บูรณาการด้านเศรษฐกิจประจำภูมิภาคที่มีงานด้านนี้.

ดร.ภญ.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ภาพรวมของงานเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่เกี่ยวกับประเทศไทย: ระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ

เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance: AMR) เป็นปัญหาที่ไม่มีพรมแดน เพราะเชื้อสามารถแพร่จากประเทศหนึ่งไปสู่ประเทศอื่นๆได้ และไม่มีขอบเขต เพราะสามารถแพร่กระจายข้ามไปมาระหว่างคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในทุกประเทศ ดังนั้น การเคลื่อนไหวเพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพจึงเกิดขึ้นในเวทีต่างๆ ทั้งในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย มีทั้ง 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับโลก (Global level) มีการเคลื่อนไหวสำคัญ 4 ส่วนหลักๆ คือ

1.1 ส่วนที่เน้นเรื่องสุขภาพโลก (Global Health) นำโดยไตรภาคีคือ WHO (World Health Organization), FAO (Food and Agriculture Organization) และ OIE(World Organization for Animal Health) เน้นแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาที่เป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพของคนและสัตว์ภายใต้แนวทางสุขภาพหนึ่งเดียว หรือ 'One Health' approach และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการทำงานร่วมกัน โดยจะมีการเสนอGlobal Action Plans on Antimicrobial Resistance เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการแก่ประเทศต่างๆ ต่อการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในปีถัดไป[1]

1.2 ส่วนที่เน้นเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพของโลก (Global Health Security Agenda: GHSA) นำโดยแคนาดา เยอรมัน สหราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์ และสวีเดน ประเทศที่ให้การสนับสนุน คือ อินเดีย ไทย อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา นอร์เวย์ โปรตุเกส อิตาลี และสวิตเซอร์แลนด์และองค์กรนานาชาติที่สนับสนุน คือ WHO, FAO และ OIE เน้นเรื่องภัยคุกคามของโรคระบาดใหม่ต่างๆ รวมทั้งเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดย GHSA ประกอบด้วย 11 Action Packages กำหนดขอบเขตงานไว้ 3 ด้าน คือ การป้องกัน(Prevention) เฝ้าระวัง(Detect) และตอบโต้ต่อโรคระบาดข้ามพรมแดน (Respond) ประเทศไทยรับผิดชอบในประเด็น Prevention action package 1 (Prevent-1) คือ Antimicrobial resistance[2] และเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2557 ประธานาธิบดี Barack Obama ได้ออกคำสั่ง Executive Order on Combating Antibiotic-Resistant Bacteria ให้ทางการสหรัฐฯเร่งหาแนวทางป้องกันและควบคุมปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะ และเมื่อวันที่ 24-28 กันยายน 2554 ได้มีการประชุม Global Health Security Agenda ณ ทำเนียบขาว กรุงวอชิงตัน ดี.ซี. สหรัฐอเมริกา โดยมีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขของไทยเข้าร่วมด้วย[3]

1.3 ส่วนการต่างประเทศ (Global Health & Foreign policy) เน้นนโยบายด้านต่างประเทศ และการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ 7 ประเทศ คือ บราซิล ฝรั่งเศส นอร์เวย์ แอฟริกาใต้ เซเนกัล อินโดนีเซีย และไทย ได้ลงนามเพื่อประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันใน Oslo Ministerial Declaration เมื่อปี 2007[4]

1.4 ส่วนของภาคประชาสังคม (Civil Society) นำโดย Antibiotic Resistance Coalition (ARC) ซึ่งเป็นการรวมตัวขององค์กรภาคประชาสังคมจากประเทศต่างๆ รวมทั้งองค์กรระดับนานาประเทศ โดย ARC ได้ประกาศเจตนารมณ์ใน Declaration on Antibiotic Resistance เมื่อปี 2014 ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 675

2. ระดับภูมิภาค (Regional level) ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย แบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก คือ

2.1 ภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia Region: SEAR) มีองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia Region Office: SEARO) เป็นแกนประสานประเทศสมาชิกทั้ง 11 ประเทศ ได้แก่ บังคลาเทศ ภูฏาน เกาหลีเหนือ อินเดีย อินโดนีเซีย มัลดีฟ พม่า เนปาล ศรีลังกา ติมอร์-เลสเต และไทย การดำเนินการที่ผ่านมา คือ (1) Southeast Asia Regional Strategy on Prevention and Containment of AMR 2010 – 2015[6] และในวันที่ 10-13 พฤศจิกายน 2557 SEARO จัดให้มีการประชุมกับผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสมาชิก เพื่อหารือแนวทางดำเนินการร่วมกันในระยะต่อไป และ (2) Jaipur declaration on Antimicrobial Resistance เป็นการลงนามร่วมกันของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสมาชิกในการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในปี 2011[7]

2.2 ภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) ประกอบด้วย 10 ประเทศ คือ ไทย พม่า ลาว เวียดนาม มาเลเซีย สิงคโปร์ อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ กัมพูชา และบรูไน ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นประเด็นภายใต้เสาหลักด้านประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-Cultural Community – ASCC) ซึ่งดำเนินการภายใต้กรอบ SOMHD (Senior Officials Meeting on Health and Development) ซึ่งใน ASEAN Post-2015 Health Development Agenda แบ่งการทำงานเป็น 4 clusters และ AMR อยู่ใน Cluster 'Health system response to all hazards and emerging threats'[8]

3. ระดับประเทศ (National level) การจัดการปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย มีหน่วยงานหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น

3.1 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ในการติดตามแนวโน้มการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศ เป็น WHO collaborating center ในการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

3.2 กรมควบคุมโรค มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ (1) สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ รับผิดชอบ 'แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติพ.ศ. 2556-2559' (2) สำนักระบาดวิทยา รับผิดชอบติดตามการ เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนและการนำ'กฎอนามัยระหว่างประเทศ'ไปสู่การปฏิบัติ และ (3) สถาบันบำราศนราดูร รับผิดชอบในการดูแลระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งชาติ

3.3 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ (1) สำนักยา รับผิดชอบ'นโยบายแห่งชาติด้านยาพ.ศ. 2554 และ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559' ซึ่งมียุทธศาสตร์ย่อยที่ 6 ว่าด้วย การพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาของเชื้อก่อโรค และรับผิดชอบงานภายใต้'พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510' ในการปรับประเภทยาต้านจุลชีพ รวมทั้งดำเนินโครงการ Antibiotics Smart Use ร่วมกับภาคีเครือข่าย และ (2) สำนักอาหาร ดำเนินการภายใต้ 'พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ 2522' มีการทำงานร่วมกับ CODEX และสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ และรับผิดชอบการเฝ้าระวังยาและสารเคมีตกค้างในอาหารรวมทั้งเชื้อก่อโรคที่ปนเปื้อนในอาหาร

3.4 กรมปศุสัตว์ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ (1) สถาบันสุขภาพสัตว์แห่งชาติ ที่ทำงานร่วมกับ OIE ในการติดตามเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในสัตว์ (2) สำนักงานตรวจสอบคุณภาพสินค้าปศุสัตว์ ดูแลเรื่องสินค้าปศุสัตว์ (3) สำนักพัฒนาระบบและรับรองมาตรฐานสินค้าปศุสัตว์ ให้การรับรองตั้งแต่ฟาร์ม โรงฆ่าสัตว์ จนถึงจุดจำหน่าย และ (4) กองควบคุมยาและอาหารสัตว์ ดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ. 2525 และดำเนินการร่วมกับสำนักยา อย. ในการควบคุมยาสัตว์ และรับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ฆ่าเชื้อที่ใช้ในฟาร์ม โรงฆ่าสัตว์และจุดจำหน่าย

3.5 กรมประมง มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ งานสำนักวิจัยและพัฒนาประมงน้ำจืด สำนักวิจัยและพัฒนาประมงชายฝั่งและสำนักบริหารจัดการด้านการประมง (งานรับรองมาตรฐาน)

3.6 สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติรับผิดชอบงานด้านอาหารปลอดภัย (Food safety) และการรับรองคุณภาพมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหาร

3.7 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ The International Development Research Centre (IDRC) สนับสนุนแผนงานวิจัย AMR นำโดยคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลและคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการจัดการเรื่อง AMR การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยา รวมทั้งมีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในคนและสัตว์

3.8 แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) เป็นหน่วยงานภาคประชาสังคม (Civil Society) ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. มีบทบาทสำคัญในการติดตาม เฝ้าระวัง กระตุ้น และสนับสนุนการทำงานของภาคประชาสังคมและหน่วยงานรัฐในประเด็นเรื่องเชื้อดื้อยาและการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล โดยมีการขับเคลื่อนงานทั้งในระดับ Bottom-up ร่วมกับสถานพยาบาลและชุมชนในพื้นที่ และร่วมผลักดันงานระดับนโยบาย รวมทั้งทำงานร่วมกับ International Civil Society Organizations เช่น เครือข่าย Antibiotic Resistance Coalition และองค์กร ReAct ของประเทศสวีเดน

นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานอื่นๆอีกมาก เช่น สมาคมวิชาชีพ อาทิ สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย และ รวมทั้งคณะแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยต่างๆ ต่างก็มีการดำเนินงานและโครงการที่เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

โดยสรุป งานเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทยมีหลายภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในด้านสุขภาพของคนและของสัตว์ และอาจรวมไปถึงภาคการเพาะปลูกและสิ่งแวดล้อม โดยมีการขับเคลื่อนงานทั้งภายในประเทศและเชื่อมโยงการทำงานกับต่างประเทศ ดังนั้น การบูรณาการงานเชื้อดื้อยา และ mapping องคาพยพต่างๆจึงมีความสำคัญสำหรับการวางแผนการทำงานต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Sixty-seventh World Health Assembly. WHA 67.25 Antimicrobial Resistance. 24 May 2014; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R25-en.pdf. Accessed 24 October, 2014.

2. Centers for Disease Control and Prevention. Global Health - Global Health Security. 2 October 2014; http://www.cdc.gov/globalhealth/security/actionpackages.htm. Accessed 27 October, 2014.

3. สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ. สรุปผลการประชุม Global Health Security Agenda Event (GHSA) เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2557 ณ ทำเนียบขาว กรุงวอชิงตัน ดี.ซี. สหรัฐอเมริกา. 2557; http://www.bihmoph.net/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=3657. Accessed 27 ตุลาคม, 2557.

4. Ministers of Foreign Affairs of Brazil F, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand,. Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time. The Lancet. 2007;369(9570):1373 - 1378.

5. The Antibiotic Resistance Coalition. Declaration on Antibiotic Resistance. 2014; http://www.reactgroup.org/uploads/ARC-declaration/ARC-declaration-May-22-2014.pdf. Accessed 27 October, 2014.

6. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Southeast Asia Regional Strategy on Prevention and Containment of Antimicrobial Resistance 2010-2015. 2010; http://www.searo.who.int/entity/antimicrobial_resistance/BCT_hlm-407.pdf. Accessed 27 October, 2014.

7. world Health Organization Regional Office for South-East Asia. Jaipur declaration on Antimicrobial Resistance 2011; http://www.searo.who.int/entity/world_health_day/media/2011/whd-11_amr_jaipur_declaration_.pdf. Accessed 27 October, 2014.

8. จิโรจ สินธวานนท์. นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านความร่วมมือด้านสาธารณสุขอาเซียน. 2557; http://oic.ddc.moph.go.th/new/data/8_9_57/1_%20Dr_Viroj.pdf. Accessed 27 ตุลาคม, 2557.

การรายงานการดื้อยาปฏิชีวนะระดับโลกครั้งแรกขององค์การอนามัยโลก เปิดเผยว่าเชื้อดื้อยาฯกำลังคุกคามวงการสาธารณสุขอย่างหนักทั่วทุกมุมโลก*

รายงานชิ้นใหม่ขององค์การอนามัยโลกให้ภาพที่ครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุดของการดื้อยาปฏิชีวนะในปัจจุบัน พร้อมด้วยข้อมูลจาก 114 ประเทศ

ข่าวแจก (Press Release)

30 เมษายน 2557 | เจนีวา – รายงานชิ้นใหม่ขององค์การอนามัยโลก–ที่นับเป็นครั้งแรกของการรายงานเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ, ที่รวมถึงการดื้อยาปฏิชีวนะ, ในระดับโลก–เปิดเผยว่าการคุกคามอย่างหนักนี้ไม่ใช่เรื่องที่ต้องคาดการณ์ในอนาคตอีกแล้ว, มันกำลังเกิดขึ้น ณ บัดนี้ทั่วทุกภูมิภาคของโลกและมีศักยภาพที่จะส่งผลกระทบต่อมนุษย์ทุกคน, ทุกวัย, ทุกประเทศ. การดื้อยาปฏิชีวนะ–ซึ่งเมื่อแบคทีเรียปรับตัว ทำให้ใช้ปฏิชีวนะไม่ได้ผลในคนที่จำเป็นต้องใช้รักษาการติดเชื้อนั้น–ณ บัดนี้ มันคือสิ่งคุกคามอย่างหนักต่อวงการสาธารณสุข.

"ถ้าไม่เร่งรีบประสานงานกันอย่างเร่งด่วนระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหลาย, โลกก็จะพุ่งเข้าสู่ยุคหลังยาปฏิชีวนะ (post-antibiotic era), ซึ่งโรคติดเชื้อธรรมดาทั่วไป หรือ การมีบาดแผลเล็กน้อยที่สามารถรักษาได้มานานหลายทศวรรษก็จะสามารถกลับมาคร่าชีวิตมนุษย์ได้อีก," นพ.เคอิจิ ฟูกูดะ (Dr Keiji Fukuda), ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายหลักประกันสุขภาพขององค์การอนามัยโลกกล่าว. "ยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิผลเป็นหนึ่งในเสาหลักที่ทำให้มนุษย์มีชีวิตยืนยาว, อยู่ได้อย่างแข็งแรง, ด้วยยาสมัยใหม่. ถ้าเราไม่ดำเนินการอย่างจริงจังในการปรับปรุงการป้องกันการติดเชื้อและเปลี่ยนแปลงวิธีการผลิต, การสั่งจ่ายและการใช้ยาปฏิชีวนะ, โลกนี้ก็จะสูญเสียสินค้าสาธารณสุขดีๆ นี้เรื่อยๆ และก็จะเกิดความเสียหายอย่างรุนแรงในที่สุด."

ข้อค้นพบที่สำคัญของรายงาน

ในรายงาน, "การดื้อยาต้านจุลชีพ: รายงานการสำรวจระดับโลก (Antimicrobial resistance: global report on surveillance)", ระบุว่าการดื้อยาเกิดขึ้นในโรคติดเชื้อมากมายหลายกลุ่ม แต่รายงานนี้จะเน้นเฉพาะการดื้อยาปฏิชีวนะในแบคทีเรียเจ็ดชนิดที่ทำให้เกิดโรครุนแรงที่พบบ่อย เช่น การติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis), ท้องเสีย, ปอดบวม, การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะและหนองใน. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก็คือ มีการใส่ใจมากขึ้น, มีการบันทึกข้อมูลการดื้อยาปฏิชีวนะ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาปฏิชีวนะที่เป็น "ที่พึ่งสุดท้าย" , ในทุกภูมิภาคของโลก.

*http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/en/ (สืบค้นเมื่อ 29 Oct 2014)

ข้อค้นพบที่สำคัญของรายงานได้แก่:

- การดื้อยาในการรักษาที่เป็นที่พึ่งสุดท้ายสำหรับการติดเชื้อที่รุนแรงถึงชีวิตที่เกิดจากแบคทีเรียที่พบทั่วไปในลำไส้, คือ Klebsiella pneumoniae ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ carbapenem ทุกภูมิภาคทั่วโลก. K. pneumoniae เป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล เช่น ปอดบวม, การติดเชื้อในกระแสโลหิต, การติดเชื้อในเด็กแรกเกิดและในคนไข้อาการหนัก. ในบางประเทศนั้น, เป็นเพราะการดื้อยา, ทำให้ยาปฏิชีวนะ carbapenem ไม่ได้ผลถึงมากกว่าครึ่งของคนไข้ที่ได้รับการรักษาการติดเชื้อ K. pneumoniae.

- การดื้อยาหนึ่งในบรรดายาต้านแบคทีเรียที่ใช้มากที่สุดสำหรับการรักษาการติดเชื้อ E. coli ในทางเดินปัสสาวะ คือยา fluoroquinolones เป็นไปอย่างกว้างขวางมาก. ในทศวรรษ 1980, เมื่อแรกที่ยานี้เข้าสู่วงการ, การดื้อยามีค่าเป็นศูนย์. ถึงวันนี้, ประเทศต่างๆในหลายส่วนของโลกพบว่าใช้ยานี้ไม่ได้ผลมากกว่าครึ่งหนึ่งของคนไข้ทั้งหมด.

- ความล้มเหลวสำหรับที่พึ่งสุดท้ายในการรักษาโรคหนองใน นั่นก็คือ third generation cephalosporins ได้รับการยืนยันจากประเทศออสเตรีย, ออสเตรเลีย, แคนาดา, ฝรั่งเศส, ญี่ปุ่น, นอร์เวย์, สโลวีเนีย, แอฟริกาใต้, สวีเดนและสหราชอาณาจักร. มีประชาชนประมาณ 106 ล้านคนติดเชื้อโรคหนองในทุกปี (ประมาณการในปี 2008).

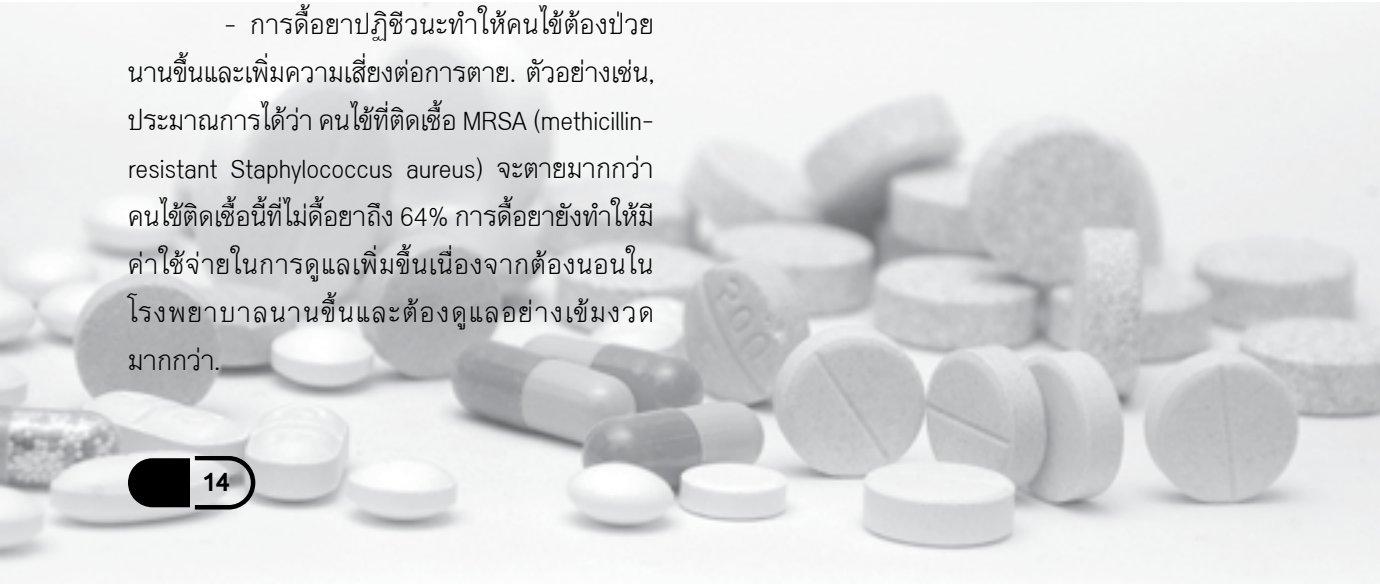
- การดื้อยาปฏิชีวนะทำให้คนไข้ต้องป่วยนานขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อการตาย. ตัวอย่างเช่น, ประมาณการได้ว่า คนไข้ที่ติดเชื้อ MRSA (methicillin-resistant Staphylococcus aureus) จะตายมากกว่าคนไข้ติดเชื้อนี้ที่ไม่ดื้อยาถึง 64% การดื้อยายังทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้นเนื่องจากต้องนอนในโรงพยาบาลนานขึ้นและต้องดูแลอย่างเข้มงวดมากกว่า.

วิธีการต่อสู้กับการดื้อยาปฏิชีวนะ

รายงานนี้เปิดเผยว่า เครื่องมือสำคัญในการจัดการเรื่องเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ เช่น ระบบพื้นฐานในการติดตามปัญหานั้น ยังมีช่องว่างมากมาย รวมถึงไม่มีระบบนี้ในหลายประเทศ. ขณะที่บางประเทศรุดหน้าไปถึงขั้นตอนสำคัญในการแก้ปัญหากันแล้ว, ทุกประเทศและทุกๆคนจะต้องร่วมมือกันมากกว่านี้.

ปฏิบัติการสำคัญอื่นๆ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อในจุดแรกเริ่ม ผ่านกระบวนการอนามัยที่มากขึ้น, ใช้น้ำสะอาด, ควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข, และการให้วัคซีน เพื่อลดความจำเป็นในการใช้ยาปฏิชีวนะ. องค์การอนามัยโลกกำลังเรียกร้องให้มีการพัฒนาชุดตรวจวินิจฉัย, ยาปฏิชีวนะและเครื่องมือใหม่ๆเพื่อให้วิชาชีพด้านสุขภาพหลุดพ้นจากการกำเนิดขึ้นของเชื้อดื้อยา.

รายงานนี้นับเป็นจุดเริ่มต้นของความพยายามระดับโลกในการแก้ปัญหาการดื้อยาที่นำโดยองค์การอนามัยโลก ที่จะมีการพัฒนาเครื่องมือและมาตรฐานต่างๆ รวมทั้งขอความร่วมมือจากทั่วโลกในการติดตามการดื้อยา, วัดระดับผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสุขภาพ, และออกแบบวิธีการแก้ปัญหาให้บรรลุเป้าหมาย.



จะจัดการแก้ปัญหาการดื้อยาอย่างไร

ประชาชนสามารถช่วยจัดการแก้ปัญหาการดื้อยาได้โดย:

- ใช้ยาปฏิชีวนะที่แพทย์สั่งจ่ายให้เท่านั้น;
- ใช้ยาปฏิชีวนะให้หมดตามแพทย์สั่ง, แม้ว่าอาการจะดีขึ้นแล้วก็ตาม;
- ไม่แบ่งกันใช้ยาปฏิชีวนะกับผู้ใดหรือใช้ยาที่เหลือจากผู้อื่น.

บุคลากรสาธารณสุขและเภสัชกรสามารถช่วยจัดการแก้ปัญหาการดื้อยาได้โดย:

- ปรับปรุงกระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
- สั่งจ่ายและส่งมอบยาปฏิชีวนะให้แก่ผู้ที่มีความจำเป็นจริงๆ;
- สั่งจ่ายและส่งมอบยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องในการรักษาความเจ็บป่วยนั้น.

ผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบายสามารถช่วยจัดการแก้ปัญหาการดื้อยาได้โดย:

- เสริมสร้างความเข้มแข็งในกระบวนการแก้ปัญหาการดื้อยารวมถึงเสริมสร้างศักยภาพของห้องปฏิบัติการ (laboratory capacity);
- ควบคุมและส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม.

ผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบายและอุตสาหกรรมสามารถช่วยจัดการแก้ปัญหาการดื้อยาได้โดย:

- ส่งเสริมนวัตกรรมและการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือใหม่ๆ;
- ส่งเสริมความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้เกี่ยวข้อง.

รายงานนี้ นอกจากจะให้ข้อมูลการดื้อยาสำหรับรักษาการติดเชื้อต่างๆ ได้แก่ เอชไอวี, มาลาเรีย, วัณโรคและหวัดแล้ว ยังได้ให้ภาพการดื้อยาที่ครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุดและเป็นปัจจุบันที่ได้ข้อมูลมาจาก 114 ประเทศ.

สนใจข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อ:

Glenn Thomas WHO, Geneva Communications Officer Telephone: +41 22 791 39 83
Mobile.: +41 79 509 06 77 Email:thomasg@who.int

ไฮไลท์ของรายงานในแต่ละภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก

ภูมิภาคอัฟริกาขององค์การอนามัยโลก

รายงานนี้ได้เปิดเผยช่องว่างใหญ่ๆในการจัดการแก้ปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะในภูมิภาคแอฟริกาขององค์การอนามัยโลก, ด้วยข้อมูลที่สามารถรวบรวมได้จากบางประเทศเท่านั้น. ขณะที่เป็นไปไม่ได้ที่จะประเมินขอบเขตปัญหาที่แท้จริงด้วยข้อมูลที่มีอยู่, ซึ่งข้อมูลที่มีอยู่ก็ยังไม่น่าเชื่อถือ. มีการรายงานการดื้อยาที่สำคัญสำหรับแบคทีเรียหลายชนิดที่แพร่อยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชน. ทั้งนี้รวมถึงแบคทีเรียตัวสำคัญคือ E. coli ที่ดื้อต่อ third generation cephalosporins และ fluoroquinolones สองกลุ่มยาต้านแบคทีเรียตัวสำคัญที่ใช้กันมากในบางส่วนของภูมิภาค, มีรายงานว่าการติดเชื้อ Staphylococcus aureus ร้อยละ 80 ดื้อต่อยา methicillin (MRSA), นั่นหมายถึงว่า การใช้ยาปฏิชีวนะมาตรฐานไม่ได้ผลในการรักษา

ภูมิภาคอเมริกาขององค์การอนามัยโลก

The Pan American Health Organization, สำนักงานองค์การอนามัยโลกภูมิภาคอเมริกา, ได้ประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดื้อยาปฏิชีวนะจากโรงพยาบาลและห้องปฏิบัติการใน 21 ประเทศในภูมิภาคนี้. ผลการสำรวจพบว่าเชื้อ E. coli ดื้อต่อยาในกลุ่ม third generation cephalosporins และ fluoroquinolones ในระดับสูง ซึ่งยาสองกลุ่มนี้เป็นยาต้านแบคทีเรียสำคัญที่ใช้กันแพร่หลายมากในอเมริกา. K. pneumoniae ที่ดื้อต่อยา third generation cephalosporins ก็พบมากและกว้างขวาง. ในบางพื้นที่, พบ 90% ของการติดเชื้อ Staphylococcus aureus ดื้อต่อ methicillin (MRSA), นั่นหมายถึงว่า การใช้ยาปฏิชีวนะมาตรฐานไม่ได้ผลในการรักษา

ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกขององค์การอนามัยโลก

ข้อมูลในรายงานแสดงให้เห็นว่าการดื้อยาปฏิชีวนะในภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกนี้มีความเข้มข้นมาก. โดยเฉพาะ, E. coli ดื้อต่อยาในกลุ่ม third generation cephalosporins และ fluoroquinolones ซึ่งยาสองกลุ่มนี้เป็นยาต้านแบคทีเรียที่สำคัญที่ใช้กันแพร่หลายมาก. K. pneumoniae ที่ดื้อต่อยา third generation cephalosporins ก็พบมากและกว้างขวาง. ในบางพื้นที่, พบว่ามากกว่า 50% ของการติดเชื้อ Staphylococcus aureus ดื้อต่อ methicillin (MRSA), นั่นหมายถึงว่าการใช้ยาปฏิชีวนะมาตรฐานไม่ได้ผลในการรักษา. รายงานนี้เปิดเผยว่ามีช่องว่างอย่างมากในการจัดการแก้ปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะในภูมิภาคนี้. องค์การอนามัยโลกสำนักงานภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกได้บรรจุเรื่องการดื้อยาไว้ในแผนยุทธศาสตร์และจะสนับสนุนประเทศต่างๆในการพัฒนานโยบาย, ยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติให้มีความรอบด้านโดยสมบูรณ์

ภูมิภาคยุโรปขององค์การอนามัยโลก

รายงานนี้เปิดเผยว่า K. pneumoniae ที่ดื้อต่อยา third generation cephalosporins พบในระดับสูงทั่วภาคพื้นยุโรปขององค์การอนามัยโลก. ในบางพื้นที่, พบว่า 60% ของการติดเชื้อ Staphylococcus aureus ดื้อต่อ methicillin (MRSA), นั่นหมายถึงว่า การใช้ยาปฏิชีวนะมาตรฐานไม่ได้ผลในการรักษา. รายงานนี้ยังพบอีกว่า แม้ประเทศในยุโรปส่วนใหญ่จะมีระบบระดับชาติและระดับนานาชาติอย่างดีในการจัดการแก้ปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะ, แต่ก็มีบางประเทศในภูมิภาคนี้ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องสร้างความเข้มแข็งของระบบหรือจัดตั้งระบบดังกล่าว. องค์การอนามัยโลกสำนักงานภูมิภาคยุโรปและภาคีกำลังสนับสนุนประเทศเหล่านี้ผ่านเครือข่ายเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพในยุโรปตะวันออกและเอเชียกลาง (Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance network / CAESAR) ที่จัดตั้งขึ้นใหม่. จุดมุ่งหมายของ CAESAR คือ เพื่อสร้างเครือข่ายของระบบระดับประเทศในการติดตามการดื้อยาปฏิชีวนะในทุกประเทศในภูมิภาคยุโรปขององค์การอนามัยโลกเพื่อการรวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรฐาน ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูลกันได้.

ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก

จากข้อมูลที่มีอยู่พบว่าการดื้อยาปฏิชีวนะกำลังเป็นปัญหาลุกลามในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก, ซึ่งมีประชากรถึงหนึ่งในสี่ของโลก. รายงานระบุว่า E. coli ดื้อต่อยาในกลุ่ม third generation cephalosporins และ fluoroquinolones ในระดับสูง ซึ่งยาสองกลุ่มนี้เป็นยาต้านแบคทีเรียที่สำคัญและใช้กันแพร่หลายมากในภูมิภาคนี้. K. pneumoniae ดื้อต่อ third generation cephalosporins ก็อยู่ในระดับสูงและกว้างขวาง. ในบางพื้นที่ของภูมิภาคนี้, พบว่ามากกว่าหนึ่งในสี่ของการติดเชื้อ Staphylococcus aureus ดื้อต่อยา methicillin (MRSA), นั่นหมายถึงการใช้ยาปฏิชีวนะมาตรฐานไม่ได้ผลในการรักษา. ในปี 2011, รัฐมนตรีสาธารณสุขของประเทศต่างๆในภูมิภาคนี้ประกาศพันธสัญญาที่จะร่วมกันเอาชนะการดื้อยาผ่านทาง Jaipur Declaration. ตั้งแต่นั้นมา, ความตระหนักถึงความจำเป็นในการติดตามการดื้อยาอย่างเหมาะสมจึงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ, และทุกประเทศตกลงร่วมกันที่จะส่งข้อมูลให้แก่ฐานข้อมูลระดับภูมิภาค. Dr.Poonam Khetrapal Singh, ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกสาขาภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้กำหนดให้การแก้ปัญหาการดื้อยาเป็นงานสำคัญลำดับต้นๆ ขององค์การอนามัยโลกสาขาภูมิภาคนี้

ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกขององค์การอนามัยโลก

ความร่วมมือในการติดตามการดื้อยาปฏิชีวนะระหว่างประเทศในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกขององค์การอนามัยโลกได้เริ่มต้นขึ้นในทศวรรษ 1980, “แต่ด้วยเหตุฉุกเฉินหลายครั้ง ทำให้ความร่วมมืออ่อนตัวลงในช่วงต้นทศวรรษที่ 2000” อย่างไรก็ตาม, หลายประเทศในภูมิภาคนี้ได้จัดตั้งระบบระดับประเทศในการติดตามการดื้อยามายาวนานแล้ว. เมื่อเร็วๆนี้, สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกได้พยายามจะรื้อฟื้นความร่วมมือระดับภูมิภาคดังกล่าวขึ้นมาอีกครั้ง. รายงานนี้เปิดเผยว่า E. coli ดื้อต่อยาในกลุ่ม fluoroquinolones ในระดับสูง ซึ่งยากลุ่มนี้เป็นยาต้านแบคทีเรียที่สำคัญและใช้กันแพร่หลายมากในภูมิภาคนี้. K. pneumoniae ดื้อต่อ third generation cephalosporins อย่างกว้างขวาง. ในบางพื้นที่ของภูมิภาคนี้, พบว่าร้อยละ 80 ของการติดเชื้อ Staphylococcus aureus ดื้อต่อยา methicillin (MRSA), นั่นหมายถึงการใช้ยาปฏิชีวนะมาตรฐานไม่ได้ผลในการรักษา.

รศ.ดร.พญ.วารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในเด็ก (Antibiotic Smart Use in Pediatrics)

บทนำ

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีแนวโน้มในการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้มูลค่าการใช้ยากลุ่มนี้สูงมากเกินควรเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลซึ่งต้นเหตุมีทั้งบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร ที่สั่งใช้ยาไม่เหมาะสม และประชาชนเองซึ่งมีความรู้ความเข้าใจผิดๆเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในบางประเด็น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การซื้อยาปฏิชีวนะมาใช้เองโดยไม่มีความรู้ที่ถูกต้อง การร้องขอยาปฏิชีวนะจากแพทย์หรือเภสัชกร การใช้ยาปฏิชีวนะผิดจากข้อบ่งใช้ ท้ายที่สุดส่งผลให้เกิดวิกฤติปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจากการติดตามนิเทศงานโดยทีมงาน Antibiotic Smart Use (ASU) Program พบว่ามีสถานพยาบาลบางแห่งที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่มาคลอดทุกรายโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ กรณีนี้ทำให้เด็กที่เกิดมาต้องสัมผัสหรือได้รับยาปฏิชีวนะจากการกินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด

ผลกระทบจากการใช้ยาปฏิชีวนะ

มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่าการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างผิดๆส่งผลกระทบแตกต่างจากยาชนิดอื่นๆที่ใช้รักษาโรค กล่าวคือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับยาหรือผู้ป่วยเพียงคนเดียวแต่ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างถึงระดับชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อมในระดับประเทศและระดับโลก กล่าวเฉพาะในระดับบุคคลนั้น นอกเหนือจากปัญหาการแพ้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา หรือการปรับตัวดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียประจำถิ่นหลังการใช้ยาแล้ว ยังพบว่า อาจมีอันตรายมากกว่าประโยชน์ เช่น มีงานวิจัยชิ้นหนึ่งซึ่งทำการศึกษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมวิกฤติ ที่พบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยหนักที่ไม่ได้ติดเชื้อส่งผลให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตมากขึ้นประมาณ 2.5 เท่า(1) ปัจจุบันมีข้อมูลจากการวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าเด็กที่ได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงแรกของชีวิต มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเกิดภูมิแพ้ หอบหืด(2-8) โรคอ้วน(9-13) เนื่องจากยาปฏิชีวนะจะไปปรับเปลี่ยนแบบแผนหรือระบบนิเวศวิทยาของเชื้อแบคทีเรียในร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางเดินอาหาร (gut microbiome) ทำให้แบคทีเรียชนิดที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ เช่น Lactobacillus, Bifidobacterium ลดจำนวนลงและสัดส่วนของแบคทีเรียก่อโรคเพิ่มมากขึ้น(14) ในปัจจุบันมีงานวิจัยที่บ่งชี้ว่าสามารถตรวจพบเชื้อแบคทีเรียที่มียีนดื้อยาปฏิชีวนะในลำไส้ของเด็กแรกเกิดจนถึง 1 ขวบปีแรกที่ไม่เคยได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อน(15) ซึ่งเชื่อว่าสาเหตุหลักน่าจะมาจากการที่มารดารับประทานอาหารที่ปนเปื้อนยีนของแบคทีเรียดื้อยา(16) และส่งผ่านยีนดื้อยามาสู่ลูกด้วยการสัมผัสใกล้ชิดหรือการปนเปื้อนจากเชื้อที่อยู่บริเวณผิวหนังที่ติดมาระหว่างรับประทานนมแม่ เนื่องจากมีการตรวจพบ skin-associated antibiotic-resistant bacteria ในบางตัวอย่างของนมแม่ในขณะที่ตรวจไม่พบเชื้อดื้อยาในนมผสมหรืออาหารเสริมที่เด็กได้รับ(15)

โรคติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะจัดเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพของมนุษย์ในวงกว้าง ในประเทศไทยประมาณการว่ามีผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะปีละประมาณ 90,000 ครั้ง อยู่โรงพยาบาลนานขึ้นมากกว่า 3.24 ล้านวัน และเสียชีวิตมากกว่าปีละ 38,000 ราย และประเทศสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่าหมื่นล้านบาทต่อปี(17) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เชื้อในประเทศไทยดื้อยาอย่างรวดเร็วก็คือการใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินจำเป็นอย่างกว้างขวาง ทั้งการใช้ยาโดยประชาชนในชุมชนและการใช้ยาในสถานพยาบาล(18) ยาปฏิชีวนะสำหรับรักษาเชื้อดื้อยามีราคาแพงมาก เช่น ในประเทศไทย ช่วงเดือน มกราคม 2557 doripenem (Doribax®) ขนาด 15 กรัม ราคาประมาณ 35,000 บาท และ tigycycline (Tygacyl®) 15 กรัม ราคาประมาณ 588,000 บาท ในขณะที่ iPhone 6S 128 GB หนัก 172 กรัม ราคา 36,300 บาท และ ทองคำ 15.44 กรัม (1 บาท) ราคา 18,900 บาท

แนวทางการป้องกันและแก้ไขการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผลสำหรับผู้ปฏิบัติงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วย

1. การวินิจฉัยที่ถูกต้อง

- การมีเครื่องมือในการวินิจฉัยที่แม่นยำและรวดเร็ว เช่น rapid and point of care diagnostic test ซึ่งช่วยแยกการเจ็บป่วยจากแบคทีเรียจากโรคติดเชื้อชนิดอื่นๆ เช่น การวินิจฉัยแยกโรคติดเชื้อไวรัสที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้เดนกี่ ไข้หวัดใหญ่ หรือ ไวรัสอาร์เอส (Respiratory syncytial virus) หรือการใช้ Centor Criteria ในการวินิจฉัยแยกโรคคออักเสบจาก group A streptococcus ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ประวัติไข้ 2) จุดหนองที่ทอนซิล 3) ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตและกดเจ็บ และ4) ไม่มีอาการไอ โดยผู้ป่วยต้องมีอาการตั้งแต่ 3 ใน 4 ข้อดังกล่าว จึงจะเข้าข่ายหรือมีโอกาสสูงที่จะเกิดจาก group A streptococcus ซึ่งเป็นคออักเสบชนิดเดียวที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ(19-23) โดยมีงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยที่สนับสนุนประสิทธิผลของการใช้หลักเกณฑ์นี้ในการวินิจฉัยและพิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในผู้ที่มาด้วยอาการของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น โดยพบว่าถ้ามีอาการไม่ถึง 3 ใน 4 ข้อดังกล่าว จะมี negative predictive value สูงถึงร้อยละ 94.2(23)

2. การรักษาอย่างเหมาะสมโดยใช้ Evidence-based practice guideline

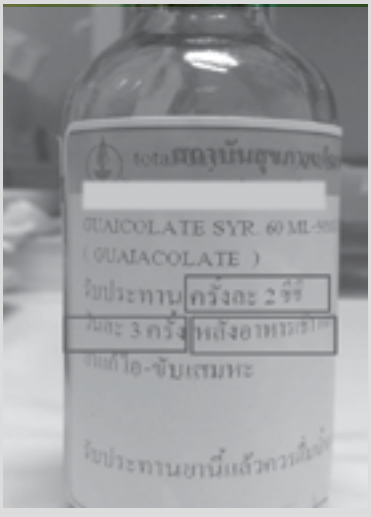
- แพทย์ควรรับทราบและสามารถเข้าถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น ท้องเสียเฉียบพลันและแผลสด (simple fresh traumatic wound ที่เกิดขึ้นภายใน 6 ชั่วโมง) ได้ผลการรักษาไม่แตกต่างเมื่อเทียบกับการรักษาประคับประคองเพียงอย่างเดียว(24) ในปัจจุบันมีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงให้เห็นว่า การให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ไม่ได้ทำให้ผลการรักษาหรือความพึงพอใจในการรักษา 3 โรคดังกล่าวข้างต้นของผู้ป่วยดีกว่าการรักษาประคับประคองตามอาการเพียงอย่างเดียว(24) สำหรับที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งได้ทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยเด็กก่อนวัยเรียนที่มีสุขภาพแข็งแรงดีมาก่อน และมีอาการมาไม่เกิน 5 วัน จำนวนทั้งสิ้นกว่า 400 ราย แบ่งเป็น การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น (uncomplicated upper respiratory tract infection) 209 ราย และท้องเสียเฉียบพลัน (acute diarrhea) 201 รายในช่วงระหว่าง สิงหาคม - พฤศจิกายน 2556 พบว่าไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในแง่ของผลการรักษาที่เวลา 3 วัน, ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ รวมถึงความพึงพอใจในการรักษาของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มที่ได้และไม่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ

3. การรักษาประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพ

- นอกเหนือจากการให้การรักษาเฉพาะแล้ว ยังควรมีการให้คำแนะนำวิธีการรักษาประคับประคองร่วมด้วย เช่น 1) เช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี 2) ให้ยาตามอาการที่ถูกต้อง กล่าวคือ ควรให้ยาที่ใช้บรรเทาอาการเฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันหรือความเป็นอยู่ อาจใช้ syringe ป้อนยากรณีที่เด็กไม่ร่วมมือในการกินยา 3) ในกรณีที่เด็กทุกข์ทรมานจากการคัดจมูกหายใจไม่ออก อาจใช้วิธีดูดน้ำมูกหรือเสมหะ หรือให้สูดดมไอน้ำเพื่อลดจมูกบวม หรือเพิ่มความชื้นในอากาศในเด็กที่มีทางเดินหายใจอุดกั้น มีหลักฐานทางการแพทย์ที่สนับสนุนว่าการใช้น้ำมันหอมระเหยทาหรือสูดดม (vapor rub) สามารถบรรเทาอาการคัดจมูกและช่วยให้เด็กเล็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นสามารถพักหลับในเวลากลางคืนได้อย่างมีประสิทธิภาพ(25) ในเด็กที่มีอาการหวัดหรือไซนัสอักเสบเรื้อรัง อาจใช้วิธีการล้างจมูกโดยใช้อุปกรณ์ช่วยที่มีประสิทธิภาพ ที่เรียกว่า nasal irrigation system ในการล้างน้ำมูกออกจากโพรงจมูก เช่น การใช้ syringe ต่อด้วยหัวต่อที่เป็นซิลิโคน ชนิดที่ผลิตและจำหน่ายโดยโรงพยาบาลรามาธิบดี (รูปที่ 1) ซึ่งมีราคาต่ำกว่ามากถ้าเทียบกับ Nasaline® ซึ่งมีราคาสูงถึงประมาณ 350 - 500 บาท ร่วมกับการใช้น้ำเกลือชนิด normal saline หรือ hypertonic saline ที่ได้รับการทำให้อุ่นขึ้นใกล้เคียงกับอุณหภูมิร่างกาย ก็จะช่วยให้การระบายน้ำมูกและเสมหะที่อุดตันในทางเดินหายใจและไซนัสเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้

รูปที่ 1 อุปกรณ์ที่ใช้ช่วยในการล้างจมูกในเด็กด้วยน้ำเกลือ ผลิตโดยโรงพยาบาลรามาธิบดี

- ข้อผิดพลาดที่พบได้บ่อยในการให้การประคับประคองตามอาการคือการสั่งยาตามอาการที่ไม่เหมาะสม เช่น การสั่งยาแก้ไอหรือยาขยายหลอดลมให้รับประทานตามมื้ออาหารแทนการใช้เฉพาะขณะที่มีอาการ เช่นตัวอย่างในรูปที่ 2 ทั้งนี้ เนื่องจากในการเจ็บป่วยส่วนใหญ่นั้น เด็กมักจะมีอาการรุนแรงในเวลากลางคืนมากกว่าเวลากลางวันเนื่องจากกลางคืนเป็นช่วงที่ plasma cortisol อยู่ในระดับต่ำ แต่มี histamine สูงกว่าในเวลากลางวัน ทำให้อาการหวัดคัดจมูก หรือไอหอบ รวมทั้งไข้จะเป็นมากขึ้นกว่าตอนกลางวัน(26, 27) กรณีที่เด็กมีอาการลักษณะนี้ การให้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ออกฤทธิ์เร็วและหมดฤทธิ์เร็ว แบบ เช้า-กลางวัน-เย็น ดังตัวอย่างในรูปดังกล่าว จะทำให้มีการใช้ยาโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ เพราะใช้ในขณะที่ไม่มีอาการ แต่เมื่อมีอาการในตอนกลางคืน ผู้ปกครองมักไม่กล้าให้ยาเพิ่ม เนื่องจากกลัวจะเป็นการใช้ยาเกินขนาด ทำให้การรักษาประคับประคองไม่ได้ผล นอกจากนี้ การสั่งให้กินยาหลังอาหารนั้น พบว่าผู้ปกครองบางรายได้ยาไปแต่ไม่ได้ให้เด็กกิน เพราะเด็กมีอาการเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อยมากในช่วงที่ป่วยนั่นเอง



รูปที่ 2 ตัวอย่างการสั่งยาแก้ไอที่ไม่เหมาะสม วิธีให้ยาที่เหมาะสมและประหยัดควรสั่งยาเป็น ครึ่งช้อนชาเวลามีอาการทุก 4-8 ชั่วโมง

โดยผู้ปกครองส่วนหนึ่งเข้าใจผิดว่าการให้ยากินหลังอาหารเพราะยาอาจมีฤทธิ์ทำให้ระคายกระเพาะ หรืออาจเป็นการป่วยที่เกิดขึ้นในเดือนรอมดอนที่มีการงดอาหารช่วงกลางวันของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม ดังนั้นการสั่งให้กินยาหลังอาหารเท่านั้นก็อาจทำให้เด็กไม่ได้รับยาอย่างที่ควรจะเป็น

ทั้งนี้ หากแพทย์ไม่สามารถให้การรักษาประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้การรักษาเบื้องต้นล้มเหลว และเด็กอาจจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในที่สุด ดังนั้นการสั่งยาสำหรับตัวอย่างผู้ป่วยรายนี้แนะนำว่าวิธีให้ยาที่เหมาะสมและประหยัดควรสั่งยาเป็น ครึ่งช้อนชาเวลามีอาการทุก 4-8 ชั่วโมง

- ควรมีตัวเลือกอื่นๆในการรักษานอกเหนือจากยาปฏิชีวนะ เช่น ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกให้การยอมรับการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรว่ามีหลักฐานมากเพียงพอที่จะแนะนำให้ใช้ทดแทนยาปฏิชีวนะในการรักษาอาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นและท้องเสีย(28) นอกจากนี้ยังอาจใช้วิธี delayed prescription technique (29, 30)

4. การให้ความสำคัญต่อการป้องกันโรค

- แนะนำให้ไปรับวัคซีนป้องกันโรคเพิ่มเติม เช่นวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ rotavirus, pneumococcus, influenza โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น เด็กเล็กที่อยู่สถานเลี้ยงเด็กกลางวัน

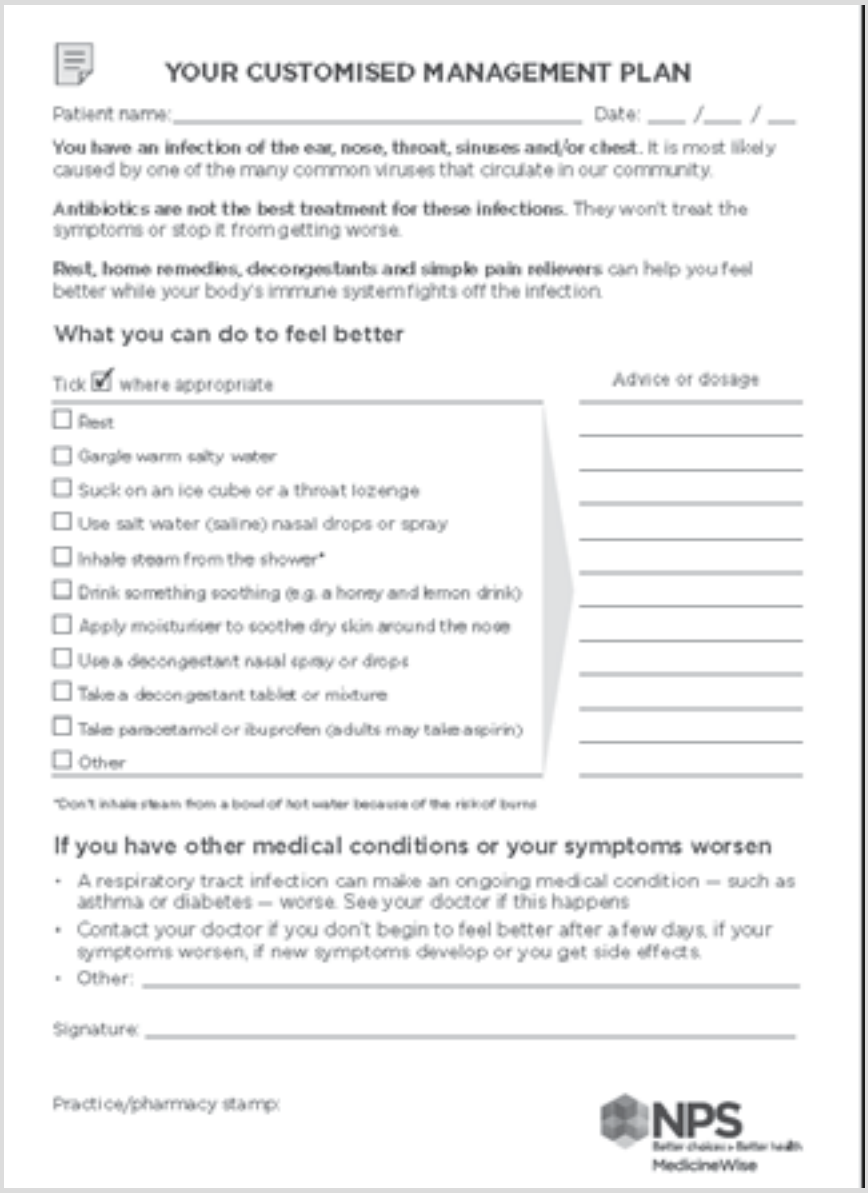
- ควรมีการประเมินหาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และลดปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ เช่น ส่งเสริมการเลิกดูดขวดนมในเด็กอายุ 1-1.5 ปี การหลีกเลี่ยงการดูดนมในท่านอนศีรษะต่ำ หรือการให้เด็กนอนราบหลังทานนมเสร็จใหม่ๆ (เนื่องจากเด็กเล็กมีภาวะ physiologic gastroesophageal reflux ทำให้เสี่ยงต่อการสูดสำลักได้ง่าย) หลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้/มลพิษในอากาศ ป้องกันยุงหรือแมลงสัตว์กัดต่อย เป็นต้น

5. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความคาดหวังที่ถูกต้อง

- เช่นการให้ข้อมูล natural history ของการป่วยด้วยการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น โดยมีงานวิจัยที่ศึกษาในเด็กก่อนวัยเรียน แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคในเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นชนิดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (uncomplicated upper respiratory tract infection) อยู่ที่ประมาณ 1 สัปดาห์ ในเด็กอายุ 1-2 ปี หรืออาจนานถึง 9 วันในเด็กเล็กที่เลี้ยงในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน เป็นต้น(31)

- การมีเอกสารแผ่นพับให้ข้อมูลวิธีการดูแลรักษา (รูปที่ 3-4) นอกเหนือไปจากการให้คำแนะนำโดยการพูดคุยสื่อสารในห้องตรวจกับแพทย์ จะช่วยให้ผู้ป่วยและหรือผู้ปกครองให้การยอมรับการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ รวมถึงเกิดความพึงพอใจและไว้วางใจในตัวแพทย์ที่ให้การรักษาด้วย

รูปที่ 3 อุปกรณ์หรือสื่อที่ช่วยให้แพทย์สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ



YOUR CUSTOMISED MANAGEMENT PLAN

Patient name: _____ Date: ___ /___ / ___

You have an infection of the ear, nose, throat, sinuses and/or chest. It is most likely caused by one of the many common viruses that circulate in our community.

Antibiotics are not the best treatment for these infections. They won't treat the symptoms or stop it from getting worse.

Rest, home remedies, decongestants and simple pain relievers can help you feel better while your body's immune system fights off the infection.

What you can do to feel better

Tick ☑ where appropriate	Advice or dosage
☐ Rest	
☐ Gargle warm salty water	
☐ Suck on an ice cube or a throat lozenge	
☐ Use salt water (saline) nasal drops or spray	
☐ Inhale steam from the shower*	
☐ Drink something soothing (e.g. a honey and lemon drink)	
☐ Apply moisturiser to soothe dry skin around the nose	
☐ Use a decongestant nasal spray or drops	
☐ Take a decongestant tablet or mixture	
☐ Take paracetamol or ibuprofen (adults may take aspirin)	
☐ Other	

*Don't inhale steam from a bowl of hot water because of the risk of burns

If you have other medical conditions or your symptoms worsen

- A respiratory tract infection can make an ongoing medical condition — such as asthma or diabetes — worse. See your doctor if this happens.
- Contact your doctor if you don't begin to feel better after a few days, if your symptoms worsen, if new symptoms develop or you get side effects.
- Other: _____

Signature: _____

Practice/pharmacy stamp:

NPS MedicineWise

รูปที่ 4 ตัวอย่างแบบฟอร์มการให้คำแนะนำการรักษาประคับประคองโดยไม่ใช้ยาปฏิชีวนะของประเทศออสเตรเลีย

บรรณานุกรม

1. Hranjec T, Rosenberger LH, Swenson B, Metzger R, Flohr TR, Politano AD, et al. Aggressive versus conservative initiation of antimicrobial treatment in critically ill surgical patients with suspected intensive-care-unit-acquired infection: a quasi-experimental, before and after observational cohort study. Lancet Infect Dis. 2012 Oct;12(10):774-80.

2. Celedon JC, Fuhlbrigge A, Rifas-Shiman S, Weiss ST, Finkelstein JA. Antibiotic use in the first year of life and asthma in early childhood. Clin Exp Allergy. 2004 Jul;34(7):1011-6.

3. Foliaki S, Pearce N, Bjorksten B, Mallol J, Montefort S, von Mutius E. Antibiotic use in infancy and symptoms of asthma, rhinoconjunctivitis, and eczema in children 6 and 7 years old: International Study of Asthma and Allergies in Childhood Phase III. J Allergy Clin Immunol. 2009 Nov;124(5):982-9.

4. Hoskin-Parr L, Teyhan A, Blocker A, Henderson AJ. Antibiotic exposure in the first two years of life and development of asthma and other allergic diseases by 7.5 yr: A dose-dependent relationship. Pediatr Allergy Immunol. 2013 Dec;24(8):762-71.

5. Marra F, Lynd L, Coombes M, Richardson K, Legal M, Fitzgerald JM, et al. Does antibiotic exposure during infancy lead to development of asthma?: a systematic review and metaanalysis. Chest. 2006 Mar;129(3):610-8.

6. Marra F, Marra CA, Richardson K, Lynd LD, Kozyrskyj A, Patrick DM, et al. Antibiotic use in children is associated with increased risk of asthma. Pediat-

rics. 2009 Mar;123(3):1003-10.

7. Muc M, Padez C, Pinto AM. Exposure to paracetamol and antibiotics in early life and elevated risk of asthma in childhood. Adv Exp Med Biol. 2013;788:393-400.

8. Raciborski F, Tomaszewska A, Komorowski J, Samel-Kowalik P, Bialoszewski AZ, Walkiewicz A, et al. The relationship between antibiotic therapy in early childhood and the symptoms of allergy in children aged 6-8 years - the questionnaire study results. Int J Occup Med Environ Health. 2012 Sep;25(4):470-80.

9. Blustein J, Attina T, Liu M, Ryan AM, Cox LM, Blaser MJ, et al. Association of caesarean delivery with child adiposity from age 6 weeks to 15 years. Int J Obes (Lond). 2013 Jul;37(7):900-6.

10. Kalliomaki M, Collado MC, Salminen S, Isolauri E. Early differences in fecal microbiota composition in children may predict overweight. Am J Clin Nutr. 2008 Mar;87(3):534-8.

11. Million M, Lagier JC, Yahav D, Paul M. Gut bacterial microbiota and obesity. Clin Microbiol Infect. 2013 Apr;19(4):305-13.

12. Murphy R, Stewart AW, Braithwaite I, Beasley R, Hancox RJ, Mitchell EA. Antibiotic treatment during infancy and increased body mass index in boys: an international cross-sectional study. Int J Obes (Lond). 2013 Nov 21.

13. Trasande L, Blustein J, Liu M, Corwin E, Cox LM, Blaser MJ. Infant antibiotic exposures and early-life body mass. Int J Obes (Lond). 2013 Jan;37(1):16-23.

14. Munoz-Quezada S, Bermudez-Brito M, Chenoll E, Genoves S, Gomez-Llorente C, Plaza-Diaz J, et al. Competitive inhibition of three novel bacteria isolated from faeces of breast milk-fed infants against selected enteropathogens. Br J Nutr. 2013 Jan;109 Suppl 2:S63-9.

15. Zhang L, Kinkelaar D, Huang Y, Li Y, Li X, Wang HH. Acquired antibiotic resistance: are we born with it? Appl Environ Microbiol. 2011 Oct;77(20):7134-41.

16. Chaisatit C, Tribuddharat C, Pulsrikarn C, Dejsirilert S. Molecular characterization of antibiotic-resistant bacteria in contaminated chicken meat sold at supermarkets in Bangkok, Thailand. Jpn J Infect Dis. 2012;65(6):527-34.

17. Pumart P, Phodha T, Thamlikitkul V, Riewpaiboon A, Prakongsai P, Limwattananon S. Health and economic impacts of antimicrobial resistance in Thailand. J Health Systems Res. 2012;3:352-60.

18. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ข้อมูลวิชาการชี้ชัดปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเป็นวิกฤติชาติ หากไม่เร่งแก้ก่อความเสียหายทางเศรษฐกิจและชีวิตคนไทย2012 [cited 2012 25 November 2012]: Available from: http://www.hsri.or.th/news/939.

19. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making. 1981;1(3):239-46.

20. Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. Arch Intern Med. 2012 Jun 11;172(11):847-52.

21. Linder JA, Chan JC, Bates DW. Evaluation and treatment of pharyngitis in primary care practice: the difference between guidelines is largely academic. Arch Intern Med. 2006 Jul 10;166(13):1374-9.

22. Singh S, Dolan JG, Centor RM. Optimal management of adults with pharyngitis--a multi-criteria decision analysis. BMC Med Inform Decis Mak. 2006;6:14.

23. Treebupachatsakul P, Tiengrim S, Thamlikitkul V. Upper respiratory tract infection in Thai adults: prevalence and prediction of bacterial causes, and effectiveness of using clinical practice guidelines. J Med Assoc Thai. 2006 Aug;89(8):1178-86.

24. Boonyasiri A, Thamlikitkul V, editors. Effectiveness of Multifaceted Interventions on Rational Use of Antibiotics for Out-Patients at Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. IDWeek 2012; 2012; Philadelphia, USA2012.

25. Paul IM, Beiler JS, King TS, Clapp ER, Vallati J, Berlin CM, Jr. Vapor rub, petrolatum, and no treatment for children with nocturnal cough and cold symptoms. Pediatrics. 2010 Dec;126(6):1092-9.

26. Baumgarten CR, de Baey C, Siebert B, Kunkel G. Circadian rhythm in allergic inflammation. Pneumologie. 1994 Feb;48(2):91-2.

27. Szefler SJ, Ando R, Cicutto LC, Surs W, Hill MR, Martin RJ. Plasma histamine, epinephrine, cortisol, and leukocyte beta-adrenergic receptors in nocturnal asthma. Clin Pharmacol Ther. 1991 Jan;49(1):59-68.

28. World Health Organization. WHO Monographs on Selected Medicinal Plants - Volume 2. Geneva: World Health Organization; 2004 [cited 2013 December 28, 2013]. Available from: http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4927e/s4927e.pdf.

29. Siegel RM, Bien J, Lichtenstein P, Davis J, Khoury JC, Knight JE, et al. A safety-net antibiotic prescription for otitis media: the effects of a PBRN study on patients and practitioners. Clin Pediatr (Phila). 2006 Jul;45(6):518-24.

30. Siegel RM, Kiely M, Bien JP, Joseph EC, Davis JB, Mendel SG, et al. Treatment of otitis media with observation and a safety-net antibiotic prescription. Pediatrics. 2003 Sep;112(3 Pt 1):527-31.

31. Wald ER, Guerra N, Byers C. Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications. Pediatrics. 1991 Feb;87(2):129-33.

ทันสถานการณ์
ดวงดล รงค์เดชประทีป
ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายพัฒนาเครือข่ายครอบครัว
มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว

CSO[1] project เราได้เรียนรู้อะไร

เริ่มต้นจากการที่ถูกชักชวนมาพูดคุยในเรื่องของการทำงานให้ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ ก็เลยนึกย้อนอดีตว่าเคยได้ยินคำว่ายาปฏิชีวนะนี้ตอนสมัยเป็นนักเรียนแต่ลืมไปแล้วว่าเป็นชนิดไหน รู้แค่ว่ามันดีนะ ถ้าใช้ยาอะไรไม่หายป่วยใช้ยาปฏิชีวนะแล้วหายเลย และในด้านบทบาทของการร่วมงาน ก็คิดว่าเป็นแค่ผู้ประสานงานระหว่างพื้นที่ กับ กพย. เท่านั้น

แต่พอเมื่อมาทำโครงการจริงได้ลงเข้าไปทำด้วย ทั้งการสำรวจ และเข้าร่วมอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล จึงทำให้ได้รู้ว่าเรามีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะมาโดยตลอด แต่ยังโชคดีนะที่เราเป็นคนกลัวยา คือ ไม่ค่อยกินยา ที่กลัวคือมันขม

สิ่งที่เราประทับใจในการอบรม คือ เราเป็นคนหนึ่งในสังคมกลุ่มใหญ่ที่เข้าใจผิดเรื่องยาปฏิชีวนะและการใช้ยาอื่นๆ ในส่วนของยาปฏิชีวนะ เดิมเราคิดว่ามันเป็นยาแก้อักเสบ ซึ่งถูกเพียงเสี้ยวเดียว เพราะในความจริงนั้นยาปฏิชีวนะ คือ ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ถ้าติดเชื้อแบคทีเรียจะมีอาการอักเสบเป็นหนองและถ้ายาฆ่าเชื้อฯนั้นได้ อาการอักเสบก็จะลดลง แต่ถ้าไม่ใช่เชื้อแบคทีเรียก็ไม่ต้องใช้ ซึ่งที่ผ่านมาในชีวิตไม่เคยสนใจเลย ถ้าเป็นหนักไปร้านยาเภสัชกรในร้านจัดให้แบบไหนก็เอาแบบนั้น แต่กินยาครบนะ เพราะเรากลัวดื้อยา แต่เมื่อมีความรู้แล้วทำให้เรารู้ว่าที่ผ่านมาเราใช้ยาเกิน คือ เราอาจจะเป็นแค่หวัด คัดจมูก น้ำมูกไหล ไอนิดหน่อย แล้วก็ไม่รู้ด้วยว่าเกิดจากเชื้ออะไร และได้รับ อะม็อกซีซิลิน พาราเซตามอล ยาลดน้ำมูก ยาแก้เจ็บคอ โอ้ยเยอะมาก แล้วก็หายแบบงงๆ

ในการอบรมนั้นไม่เพียงแต่ได้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียว แต่ยังให้ความรู้ในเรื่องของ

1. การรู้จักโรค รู้จักอาการ เพราะเมื่อเรารู้จักโรคและอาการแล้ว ก็จะทำให้เราดูแลตัวเองได้ ซึ่งนอกจากจะลดการใช้ยาแล้ว หากเรามีความจำเป็นต้องใช้ยา เราก็สามารถจะใช้ยาได้อย่างถูกโรค ถูกอาการ ไม่ใช้ยาเกิน เช่น ทำให้เรารู้ว่าถ้าเรามีอาการปวดหัว ตัวร้อนนิดหน่อย เจ็บคอ ก็ดูแลตัวเองโดยการกินน้ำอุ่นก่อน พักผ่อนเยอะๆ หากไม่ไหวหรือไม่หายจริงๆ ค่อยมาดูว่าจะใช้ยาอะไรช่วยบ้างโดยที่เริ่มจากเล็ก คือ พาราเซตามอลก่อน แบบนี้ก็เท่ากับช่วยลดการใช้ยาลง

2. ยาแก้อักเสบตามความเข้าใจของชาวบ้าน มี 3 กลุ่ม คือ ยาปฏิชีวนะ เอ็นเสด และยาสเตียรอยด์

การติดเชื้อ คือ การเจริญเติบโตของเชื้อโรคในร่างกาย อาจก่อให้เกิดโรค โดยเชื้อโรคทำให้เนื้อเยื่อเสียหาย เซลล์ตาย อวัยวะทำงานผิดปกติ ถ้าเป็นการติดเชื้อรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของโรคมีหลายประเภท เช่น - เชื้อแบคทีเรีย - เชื้อรา - เชื้อไวรัส เมื่อรู้ว่าเป็นเชื้ออะไรแล้ว ก็เลือกใช้ให้ถูก คือ - ติดเชื้อแบคทีเรีย ยาที่ใช้คือยาปฏิชีวนะ - ติดเชื้อรา ยาที่ใช้เป็นยาต้านเชื้อรา - ติดเชื้อไวรัส ยาที่ใช้เป็นยาต้านไวรัส ซึ่งต้องใช้ยาให้ถูกขนาดและครบระยะเวลารักษา

[1] CSO = Civil Society Organization หมายถึง องค์การหรือหน่วยงานหรือองค์กรภาคประชาสังคม

และทำให้รู้ว่าจริงๆแล้วการอักเสบ คือ การที่ร่างกายพยายามซ่อมแซมรักษาตัวเอง ซึ่งก็มีผลดีนะ คือ เราไม่ต้องใช้ยาช่วยเสมอไป

3. การอ่านฉลากยา ซึ่งเป็นเหมือนกันทุกคน คือ รู้ทั้งรู้ว่าเวลาที่จะใช้ยานั้นต้องอ่านฉลากยาก่อนว่าเป็นยาอะไร ใช้ยังไง และวันที่ผลิตกับวันหมดอายุ แต่พอถึงคราวจริง ไม่อ่านฉลากจ้า บางทีก็หาวันที่ผลิตกับวันหมดอายุไม่เจอ และไม่เจอวิธีการใช้ยา เนื่องจากตัวหนังสือเล็กมาก และเป็นภาษาอังกฤษ คือ เรารู้หมดนะว่าต้องทำอย่างไรในการใช้ยา แต่พอถึงเวลาจริงไม่ได้ทำ เพราะเมื่อไปร้านขายยาหรือไปหาหมอ ก็อธิบายเรามาให้เสร็จ ถามว่าเข้าใจแค่ไหน เราจะรู้แค่ต้องกินยาวันละกี่ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหารเท่านั้น แต่ยาบางชนิด เราไม่รู้เลยว่ากินไปเพื่ออะไร และไม่กล้าถามหมอด้วยว่าที่ให้ไปนั้นคือยารักษาอะไรบ้าง

4. รู้สิทธิของเราเองในการใช้ยา คือ เราเองมีสิทธิที่จะถามหมอได้ ว่ายาที่ให้เราคืออะไรแบบไหน ประมาณว่ากล้าขึ้นเยอะ

5. รู้จักยาที่ผลิตในไทย ในต่างประเทศ ชื่อยาสามัญ หรือชื่อทางการค้า

6. รู้ถึงภาพใหญ่ของเงินในประเทศที่ต้องเสียเงินมากกับการใช้ยา คือ ไม่ใช่แต่ในโรงพยาบาล แต่คนส่วนมากมักจะซื้อยามากินเอง

สิ่งที่ได้เรียนรู้และสำคัญ คือ

- เราได้ความรู้ในการใช้อย่างมีเหตุผลขึ้น คือ ไม่ต้องใช้ยาทุกครั้งที่ไม่สบาย หัดดูแลตัวเองบ้าง วิธีง่ายๆ ก็หายป่วยได้ และร่างกายไม่บอบช้ำจากการใช้ยา
- เมื่อเรามีความรู้ทำให้เราสามารถสังเกตอาการเจ็บป่วยของเราเองได้ เมื่อไปพบแพทย์หรือไปซื้อยา เราก็สามารถใช้ยาที่เหมาะสมกับอาการและโรคของเราได้
- เรามีความกล้าขึ้น ในการที่จะปฏิเสธยาบางตัวที่แพทย์ให้ หากเราเห็นว่าไม่จำเป็น และเรารู้ว่ายาไหนที่ต้องกินต่อเนื่องจนครบหรือยาไหนที่ช่วยให้อาการเจ็บป่วยทุเลาลงแล้วเราจะลดยาเองก็ไม่เป็นไร (การลดยาเองนั้นเฉพาะสำหรับยาที่แพทย์ไม่ได้ระบุนะว่าต้องกินหมด)
- มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาที่ผลิตภายในประเทศ และยาที่ราคาไม่แพง เพราะประสิทธิภาพของยาไม่ได้ขึ้นอยู่กับยี่ห้อหรือราคาเสมอไป
- สุดท้ายที่สำคัญคือ เราประหยัดเงินในกระเป๋าได้มาก เพราะเราไม่ต้องเสียเงินค่ายาแพงๆ หรือซื้อยามากเกินความจำเป็น

ต้องขอบคุณโครงการยาปฏิชีวนะกับครอบครัว ที่ทำให้เราได้เรียนรู้เรื่องสำคัญๆของการใช้ยา ซึ่งเรามักจะคิดว่ารู้แล้ว แต่รู้ไม่จริง และด้วยความหวังดีเราจึงแนะนำเพื่อนเมื่อเจ็บป่วยไปแบบผิดๆ นับแต่บัดนี้ เมื่อเรามีความรู้ที่ถูกต้อง เราก็จะได้ช่วยเหลือกันอย่างถูกต้อง และจะได้กระจายความรู้ไปให้คนอื่นในครอบครัวและครอบครัวอื่นๆ ด้วย

การดูแลตัวเองก่อนการใช้ยา ง่ายๆ ทำได้จริง แบบนี้ควรรู้แล้วบอกต่อ

ปฏิญญาว่าด้วยการดื้อยาปฏิชีวนะ

พันธมิตรการดื้อยาปฏิชีวนะ (Antibiotic Resistance Coalition)

การดื้อยาปฏิชีวนะ[1] คุกคามบั่นทอนประสิทธิผลของการแพทย์แผนปัจจุบัน. เชื้อแบคทีเรียหลากหลายชนิดดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ, ในขณะที่ยังไม่มียาปฏิชีวนะตัวใหม่ในโลกนี้ที่จะใช้รักษาการติดเชื้อที่รุนแรงที่สุดบางชนิดได้. สถานการณ์แบบนี้เป็นไปทั่วโลกและเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว. ประชาชนหลายล้านคนติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะในแต่ละปี; และหลายแสนคนต้องเสียชีวิต. แน่นอนว่าการสูญเสียนี้จะเพิ่มขึ้นอีก.

การใช้ยาปฏิชีวนะเป็นสาเหตุของการดื้อยา, ยิ่งการใช้อย่างผิดๆและใช้อย่างพร่ำเพรื่อเกินจำเป็นยิ่งเร่งการดื้อยาให้กว้างขวางมากขึ้น. หากไม่เปลี่ยนแปลงการใช้ยาปฏิชีวนะแบบถอนรากถอนโคน, การดื้อยาปฏิชีวนะจะเป็นภัยคุกคามที่ยิ่งใหญ่ที่สุดภัยหนึ่งต่อความมั่นคงของมนุษย์และต่อเศรษฐกิจโลก.

หากไม่มียาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิผลในการรักษาการติดเชื้อที่ดื้อยา จะส่งผลกระทบอย่างมากต่อพวกเราทั้งหมด–ทั้งแพทย์และคนไข้, ทั้งเกษตรกรและผู้บริโภค, ทั้งมนุษย์และสัตว์–ผลกระทบนี้ไม่มีพรมแดนด้วย.

ที่ผ่านมานั้น ความพยายามในการชะลอการเคลื่อนไปสู่อนาคตที่เลวร้ายส่วนใหญ่จะล้มเหลว ดังนั้นพันธมิตรการดื้อยาปฏิชีวนะ(Antibiotic Resistance Coalition: ARC) ซึ่งประกอบด้วยองค์กรภาคประชาสังคมต่างๆจากทุกภาคส่วนในหกทวีปจึงได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อเรียกร้องให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายและปฏิบัติการ.
เรายืนยันว่า:

- ยาปฏิชีวนะที่มีประโยชน์ในทางคลินิกนั้นเป็นสินค้าสาธารณะที่จำเป็นสำหรับโลกและเป็นทรัพยากรที่มีจำกัด. ประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภคและการสาธารณสุขจะต้องไม่ถูกลดทอนความสำคัญลงโดยรัฐบาลหรือสถาบันระหว่างประเทศเพียงเพื่อเห็นแก่รายได้.
- ความเข้าใจนิเวศวิทยาของแบคทีเรียและความสำคัญของแบคทีเรียที่มีต่อมนุษย์, สัตว์และระบบนิเวศจะต้องมีการนำมาใช้เป็นความรู้พื้นฐานสำคัญในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ.
- ผู้นำในภาครัฐจะต้องออกแบบงานวิจัยและพัฒนาใหม่ๆที่คำนึงถึงความจำเป็นเป็นสำคัญ, รวมทั้งมีความโปร่งใสของข้อมูลและเป็นงานวิจัยแบบเปิด(open research), ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและสนับสนุนการเข้าถึงยาปฏิชีวนะอย่างยุติธรรมด้วย.

[1]การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance: AMR) เป็นคำที่มีการใช้กันทั่วไปมากกว่า ซึ่งหมายถึง การดื้อต่อสารประกอบที่ใช้ฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลชีพ, ที่รวมถึงแบคทีเรีย, เชื้อรา, ปรสิตและไวรัส. ส่วนคำว่า การดื้อยาปฏิชีวนะ (Antibiotic resistance: ABR) หมายถึงเฉพาะการดื้อต่อยาต้านเชื้อแบคทีเรีย (anti-bacterial agents) เท่านั้น.

- ปฏิบัติการระดับชาติเป็นเรื่องสุดยอด, ความร่วมมือระหว่างประเทศเป็นสิ่งจำเป็น, และความรับผิดชอบร่วมของผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายก็เป็นเรื่องสำคัญในการแก้ปัญหาวิกฤตการดูแลสุขภาพที่กำลังทวีความรุนแรงมากขึ้นอันเนื่องมาจากการดื้อยาปฏิชีวนะ.
- การแก้ปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิผลจะต้องอาศัยการพิจารณาปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของโรคติดต่อด้วย. ในหลายส่วนของโลก, ปัญหาเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความยากจน, การใช้อย่างล้างผลาญ, ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในระหว่างประเทศและความอยุติธรรมภายในประเทศ, รวมถึงความขาดแคลนอาหาร, ขาดน้ำดื่มที่ปลอดภัยและขาดสุขอนามัยที่ดี.

พันธมิตรการดื้อยาปฏิชีวนะให้คำมั่นสัญญากับตนเอง, ตามหลักการและแนวปฏิบัติในปฏิญญานี้ว่าจะเร่งทำงานเพื่อป้องกันหายนะที่จะเกิดขึ้นเมื่อไม่มียาปฏิชีวนะที่ใช้ได้.

เราขอเรียกร้ององค์การระหว่างประเทศ, รัฐบาลต่างๆและผู้ที่เกี่ยวข้องให้สนับสนุนเราในความพยายามครั้งนี้.

เราขอเชิญชวนองค์กรภาคประชาสังคมและองค์การอื่นๆเข้ามาร่วมงานกับเราโดยลงนามปฏิญญานี้, ดังมีบทวิเคราะห์และแนวปฏิบัติดังต่อไปนี้.

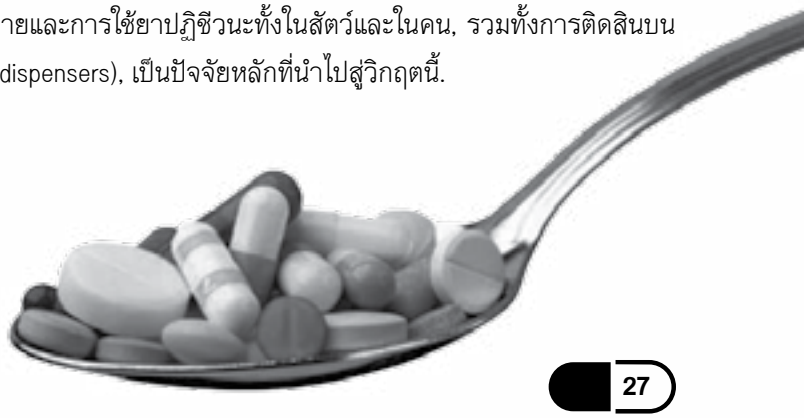
สถานการณ์ปัญหาและข้อเรียกร้องทั่วไป

1. ทั่วโลกกำลังกังวลว่าจะไม่มียาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิผลไว้ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อซึ่งจะส่งผลกระทบทั้งต่อคนและสัตว์. ความขาดแคลนยาปฏิชีวนะจะทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันมีประสิทธิผลลดลง. เชื้อแบคทีเรียซึ่งมีมากมายหลายชนิดและก่อให้เกิดโรคได้กว้างขวางทั้งในคนและสัตว์กำลังดื้อต่อยาปฏิชีวนะส่วนใหญ่ที่มีอยู่. การดื้อยาปฏิชีวนะที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้เกิดโรคที่รักษาไม่ได้มากมายแพร่หลายในโลกนี้และทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมหรือแม้กระทั่งเสียชีวิตได้. นอกจากนี้ ยังทำให้การผ่าตัดเป็นไปไม่ได้ เปลี่ยนอวัยวะไม่ได้และรักษาโรคมะเร็งด้วยการให้สารเคมีก็ไม่ได้.

2. การดื้อยาปฏิชีวนะทำให้การรักษาโรคติดเชื้อง่ายๆเป็นไปได้ยากหรือบางครั้งก็เป็นไปไม่ได้. มันทำให้การรักษากินเวลานานขึ้น จึงต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้นและยังนำไปสู่การป่วยและการตายที่เพิ่มขึ้น. นอกจากนี้ มันยังส่งผลให้คนไข้ต้องเผชิญกับผลข้างเคียงที่รุนแรง เนื่องจากยาปฏิชีวนะที่เป็นที่พึ่งสุดท้าย (last resort)มักจะมีพิษภัยมากกว่ายาที่เป็นตัวเลือกต้นๆ(drugs of choice).

3. แม้ว่าการดื้อยาปฏิชีวนะจะเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติก็ตาม, แต่มันก็ถูกเร่งมาหลายทศวรรษด้วยการตลาดที่ไร้การควบคุมของอุตสาหกรรมยาซึ่งส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะมากๆ ใช้ผิดๆ ทั้งในคน, สัตว์และกระบวนการผลิตอาหาร. สำหรับการติดเชื้อบางชนิดนั้น การดื้อยาเข้าขั้นถึงจุดวิกฤตแล้ว.

4. การควบคุมที่หย่อนยานทั้งการขายและการใช้ยาปฏิชีวนะทั้งในสัตว์และในคน, รวมทั้งการติดสินบนทั้งผู้สั่งจ่ายยา(prescribers) และผู้ส่งมอบยา(dispensers), เป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่วิกฤตนี้.



5. องค์การระหว่างประเทศ, เช่น องค์การอนามัยโลก(WHO), องค์การอาหารและเกษตร(FAO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ(OIE), ประสบความล้มเหลวในการเป็นผู้นำในการดูแลการใช้ยาปฏิชีวนะให้เป็นไปอย่างมีความรับผิดชอบ. หน่วยงานระดับประเทศที่ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานอาหารและควบคุมยาส่วนใหญ่ก็ล้มเหลวในการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะทั้งในคนและสัตว์. ส่วนระบบข้อมูลเพื่อการติดตามการใช้และการดื้อยาปฏิชีวนะก็ยังแยกส่วนกระจัดกระจายกันอยู่อย่างมาก. บรรยากาศทางการค้าและการลงทุนก็คุกคามทำให้ผลประโยชน์เชิงพาณิชย์อยู่เหนือการสาธารณสุขและการคุ้มครองผู้บริโภค, ดังนั้นจึงไม่สามารถควบคุมการใช้และการดื้อยาปฏิชีวนะได้.

6. กรอบนโยบายต่างๆสำหรับการวิจัยและพัฒนากลับเป็นเชื้อเพลิงให้แก่การดื้อยาโดยปราศจากนวัตกรรมที่ก้าวหน้า. กรอบเหล่านี้ไม่ประสบความสำเร็จในการสร้างงานวิจัยเพื่อพัฒนายาปฏิชีวนะตัวใหม่และเครื่องตรวจแบบใหม่. นอกจากนี้ยังล้มเหลวต่อการให้หลักประกันการเข้าถึงแก่ทุกคนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาและไม่สามารถควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะที่เกินจำเป็นและไม่สมเหตุผลได้.

7. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมยังเกิดจากความเข้าใจผิดของประชาชนเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างการติดเชื้อแบคทีเรียและไวรัส, ส่วนใหญ่จะถูกสั่งสอนให้กลัวเชื้อแบคทีเรียว่าสามารถทำให้ป่วยได้. มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างความเข้าใจว่าแบคทีเรียนั้นมีความสำคัญต่อทุกชีวิตเพื่อให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะเฉพาะในยามจำเป็นเท่านั้นเพียงเพื่อจัดการกับเชื้อแบคทีเรียกลุ่มน้อยซึ่งขณะนั้นกำลังเป็นอันตรายต่อเรา. ทั้งนี้ เพื่อที่จะทำให้เกิดความรอบคอบมากขึ้นและลดการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็นลงได้ จะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของประชาชนเสียใหม่ว่า จะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดีได้อย่างไรและสุขภาพดีหมายถึงอะไร.

8. ควรจะพิจารณาว่าการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและเครื่องตรวจเชื้อเป็นสินค้าสาธารณะของโลก ดังนั้นทรัพยากรสามัญ(common resources)ย่อมต้องดูแลด้วยวิธีการสามัญ(common stewardship).

9. จะต้องควบคุมยาปฏิชีวนะอย่างมีประสิทธิผลเพื่อให้มั่นใจได้ว่ายาปฏิชีวนะที่มีอยู่และที่เป็นยาใหม่นั้นสามารถเข้าถึงได้โดยผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้ในทุกประเทศ, โดยไม่มีการใช้อย่างผิดๆหรือใช้เกินจำเป็น. ดังนั้นจะต้องสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสาธารณสุขในทุกประเทศด้วย.

10. ทุกประเทศจะต้องมีนโยบายระดับชาติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล, รวมทั้งมีปฏิบัติการที่จำเป็นในการป้องกันการใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินจำเป็น. จะต้องมีระเบียบการควบคุมทั้งการสั่งจ่ายและการทำการตลาดด้วย.

11. การประกันการเข้าถึงยาปฏิชีวนะสำคัญเท่าๆกับการควบคุมมิให้ใช้เกินจำเป็น. จะต้องไม่ใช้ราคาเป็นเครื่องตัดสินการใช้อย่างสมเหตุผลในคน. การจำกัดการเข้าถึงจะนำไปสู่ความทุกข์และความตายที่สามารถป้องกันได้.

12. การแก้ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็นจะต้องมีกิจกรรมการจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพ น่าเชื่อถือและไม่มีผลประโยชน์เชิงพาณิชย์ รวมทั้งให้การศึกษาแก่สาธารณะอย่างต่อเนื่องและตรงจุด. รวมทั้งจะต้องมีแนวทางการรักษามาตรฐาน(Standard treatment guidelines)ในการบริหารยาปฏิชีวนะด้วย. ในด้านการดูแลการใช้ยาปฏิชีวนะนั้น, จะต้องมีสูตร(regimens)การใช้ยาที่เหมาะสมพร้อมทั้งช่วงเวลาการรักษา(duration)และวิธีการให้ยา(route)ที่เหมาะสม รวมถึงคำนึงถึงประสิทธิผลในอนาคตเป็นแรงจูงใจและไม่มีแรงจูงใจให้ใช้โดยไม่จำเป็น.

13. โรงพยาบาล, ซึ่งเป็นแหล่งที่รู้กันว่ามีระดับการดื้อยาสูง, รวมถึงศูนย์ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ จะต้องได้รับการส่งเสริมให้เก็บข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาล(hospital-acquired infections) และในชุมชน(community-acquired infections), เพื่อให้มีข้อมูลต่อสาธารณะและเพื่อติดตามควบคุมการติดเชื้อให้ลดลง.

14. ภาครัฐของทุกประเทศจะต้องสร้างระบบระดับชาติที่เข้มแข็งในการติดตามแนวโน้มการใช้และการดื้อยาปฏิชีวนะทั้งในคนและในสัตว์, รวมถึงให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบติดตามที่มีประสิทธิผลในระดับโลกด้วย. ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับระบบเฝ้าระวังระดับโลกได้แก่ ข้อมูลด้านราคา, ความแพร่หลาย, ความสามารถในการจ่ายเงินของประชาชน, การจำหน่ายและการใช้ยาปฏิชีวนะ, เป็นข้อมูลในแต่ละตัวยาและในแต่ละข้อบ่งใช้, รวมทั้งรูปแบบของการดื้อยาและการเปลี่ยนแปลงในประสิทธิศักย์ของยาปฏิชีวนะ. ทั้งนี้ จะต้องรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ทั้งจากมนุษย์และที่มิใช่มนุษย์และเปิดเผยต่อสาธารณะอย่างละเอียดเพียงพอที่จะทำให้ผู้มีส่วนได้เสีย (เช่น ภาคประชาสังคม วิชาชีพทางการแพทย์และรัฐบาล)สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติได้.

15. จะต้องพัฒนาให้ความไม่เที่ยงของการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการลดลงและพัฒนาเทคนิควิธีการและเครื่องมือการตรวจวินิจฉัยให้มีความรวดเร็วขึ้น. ความรวดเร็วทันการณ์จะทำให้สามารถรับรู้ธรรมชาติของการติดเชื้อและสามารถป้องกันการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมได้. เครื่องมือเหล่านี้จะต้องได้มาตรฐานเข้าเกณฑ์ WHO ASSURED[2] , รวมถึงจะต้องมีราคาไม่สูงและไม่ยุ่งยากในการใช้เพื่อให้ประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางสามารถนำไปใช้ตามความจำเป็นได้ด้วย.

16. การส่งเสริมการขายและการโฆษณายาปฏิชีวนะ, รวมถึงการตลาดที่ทำให้เกิดการใช้ที่ไม่เหมาะสมหรือการจูงใจให้บุคลากรในวงการแพทย์และวงการสัตวแพทย์ใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินจำเป็นหรือสั่งจ่ายอย่างไม่เหมาะสม, เหล่านี้เป็นเรื่องอันตรายต่อสุขภาพและจะต้องยับยั้งสั่งห้าม. หน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุมจะต้องได้รับการสนับสนุนทุนในการดำเนินงานจากภาษีรายได้ของประเทศ, และค่าธรรมเนียมที่เก็บจากบริษัทยาและอุตสาหกรรมปศุสัตว์จะต้องส่งให้รัฐบาล มิใช่ส่งให้หน่วยงานนี้โดยตรง. ทั้งนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ.

17. หนุนเสริมให้มีความใส่ใจในการป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ, และให้ปฏิบัติต่อการติดเชื้อด้วยวิธีการทางนิเวศวิทยา. ควรหลีกเลี่ยงการพึ่งพายาปฏิชีวนะตัวใหม่ๆในการแก้ปัญหาส่วนใหญ่อย่างเกินจำเป็น. การสื่อสารสาธารณสุขควรเน้นเรื่องการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะและการสร้างสมดุล.

18. เราต้องหลีกเลี่ยงความคิดที่ว่าเรากำลังทำสงครามกับแบคทีเรียและเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับมันอย่างกลมกลืน, เว้นเสียแต่ในบางกรณีซึ่งเป็นส่วนน้อยที่เชื้อบางตัวเข้ามาคุกคามสุขภาพของเรา. การรักษาการติดเชื้อจะต้องยึดหลักการสร้างสมดุลโดยให้ความสำคัญกับการเก็บรักษาประชากรแบคทีเรียที่ดีต่อสุขภาพของคนและสัตว์เอาไว้.

19. ภาคประชาสังคมและรัฐบาลต่างๆควรดำเนินการให้สาธารณชนตระหนักต่อปัญหานี้อย่างกว้างขวางและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสังคมผ่านทางงานสร้างสรรค์, ระบบการศึกษาทั่วไป, ศิลปะ, การเคลื่อนไหวสังคมและการปฏิรูปหลักสูตรของโรงเรียน.

[2]ASSURED ย่อมาจาก Affordable, Sensitive, Specific, User-friendly, Rapid and robust, Equipment-free and Deliverable to end-users.

ปฏิบัติการเฉพาะกิจ: การใช้ยาปฏิชีวนะที่มิใช่การรักษาคน

การจัดการปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินจำเป็นในอาหารและการเกษตร

20. การถนอมรักษายาปฏิชีวนะไว้ให้สามารถใช้รักษาคนได้อย่างมีประสิทธิผลต่อไปนั้น สำคัญกว่าการใช้ในการผลิตอาหารเพื่อการพาณิชย์. มีการใช้ยาปฏิชีวนะกันอย่างมากในสัตว์, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอุตสาหกรรมการเลี้ยงสัตว์เพื่อใช้เป็นอาหารของมนุษย์. ควรใช้ยาปฏิชีวนะเฉพาะในการรักษาสัตว์เมื่อชี้ชัดว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างแท้จริงและต้องใช้ตามแนวทางการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเท่านั้น.

21. การใช้ยาปฏิชีวนะแบบปูพรม(mass)เพื่อป้องกันโรคไม่ใช่วิธีการที่ดีในการเลี้ยงสัตว์. พฤติกรรมที่ไม่ดีของฟาร์มเลี้ยงสัตว์ เช่น เลี้ยงอย่างแออัดเกินไป, สภาพสุขอนามัยไม่ดี, อาหารไม่เหมาะสมและให้อดนมแม่ก่อนเวลาอันควร ทำให้ต้องใช้ยาปฏิชีวนะเป็นประจำนั้น, จะต้องสั่งห้าม. ในทำนองเดียวกัน, การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อเร่งการเจริญเติบโตของสัตว์ก็ต้องห้ามโดยเด็ดขาดเช่นกัน.

22. ทุกประเทศควรเข้าร่วมในระบบเฝ้าระวังระดับโลกซึ่งจะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนโครงสร้างการสำรวจร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์และรูปแบบการดื้อยาปฏิชีวนะในฟาร์มเลี้ยงสัตว์.

23. เพื่อสงวนรักษายาปฏิชีวนะไว้สำหรับอนาคต, สัตวแพทย์ควรแสดงบทบาทอย่างชัดเจนในการแนะแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและต่อต้านการใช้ยาปฏิชีวนะที่มิใช่การรักษา.

24. ขอให้ระลึกเสมอว่า ยาปฏิชีวนะมีความสำคัญต่อคนมาก จะต้องไม่ใช้ในสัตว์, เว้นเสียแต่ในภาวการณ์เฉพาะเพื่อที่จะช่วยชีวิตหรือเพื่อป้องกันความทุกข์ทรมานเท่านั้น.

25. ควรออกกฎระเบียบและบังคับใช้เพื่อให้มั่นใจว่ามีคำเตือนที่เหมาะสมเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะและมีการจำแนกที่ชัดเจนระหว่างการใช้ยาปฏิชีวนะในคนกับการใช้ในสัตว์, เพื่อช่วยในการควบคุมและติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ.

26. อาหารที่ได้รับการผลิตโดยไม่มีการใช้ยาปฏิชีวนะและไม่มียาปฏิชีวนะตกค้างควรได้รับการระบุบนฉลากที่มีการรับรองว่าเชื่อถือได้ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เป็นทางเลือกแก่ผู้บริโภค. ในขณะที่อาหารที่ได้รับการผลิตโดยมีการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นประจำก็ต้องระบุให้ชัดเจนบนฉลากด้วย, จนกว่าการสั่งห้ามใช้ยาปฏิชีวนะในการผลิตอาหารจะได้ผลอย่างจริงจัง.

27. อาหารที่ได้รับการผลิตโดยไม่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในอาหารสัตว์, หรือไม่มีการใช้ยาฯในขั้นตอนอื่นๆของกระบวนการผลิต, ควรได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษในการจัดซื้อจัดหาอาหารทุกครั้งของภาครัฐ. โรงพยาบาลควรเป็นผู้นำในการจัดหาอาหารที่ไม่มีการใช้ยาปฏิชีวนะ, เนื่องจากสอดคล้องกับพันธกิจหลักของตนในด้านสุขภาพ.

28. การเคลื่อนไหวของผู้บริโภคและภาคประชาสังคมควรมุ่งเป้าที่ห่วงโซ่อุปทานโดยประจานและบอยคอตบรรษัทที่ผลิตหรือจำหน่ายอาหารที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นประจำ.

29. รัฐบาลควรใช้มาตรการออกระเบียบเพื่อควบคุมมลภาวะในสิ่งแวดล้อมที่มีการแพร่ระบาดของสายพันธุ์ดื้อยาปฏิชีวนะผ่านทางดิน, น้ำและอากาศ. การเคลื่อนไหวทางสิ่งแวดล้อมจะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติเพื่อจำกัดมลพิษนั้น.

ปฏิบัติการเฉพาะกิจ: นวัตกรรม

การพัฒนาระบบนวัตกรรมที่มีประสิทธิผลในการสร้างยาปฏิชีวนะตัวใหม่, เครื่องตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบใหม่ และเครื่องมืออื่นๆ ที่สนับสนุนการเข้าถึงและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

30. ระบบนวัตกรรมของโลกเราหยุดชะงัก ไม่มีการเปลี่ยนแปลงแบบถอนรากถอนโคน, เรายืนอยู่ ณ จุดล่อแหลมที่จะเปลี่ยนเป็นยุคหลังยาปฏิชีวนะ(post-antibiotic era). เราจึงขอเรียกร้องบรรดาผู้นำให้ช่วยส่งเสริมรูปแบบการวิจัยและพัฒนาแบบใหม่ที่มีความจำเป็นเป็นแรงผลักดัน ยึดหลักการอิสรภาพ: ราคายาไม่ขึ้นกับค่าวิจัยและพัฒนา, รวมถึงไม่ขึ้นกับปริมาณการสั่งซื้อ. การสนับสนุนทุนวิจัยจากสาธารณชนเป็นเรื่องจำเป็น, และประโยชน์ที่ได้จากการลงทุนจะกลับคืนไปสู่สาธารณะ. ควรมีเป้าหมายยาปฏิชีวนะที่มีกลไกการออกฤทธิ์แบบใหม่ (novel mechanisms of action) หรือที่มีคุณค่าต่อสาธารณะเป็นสำคัญ. ในขณะเดียวกันต้องมีมาตรการในการอนุรักษ์การใช้ยาปฏิชีวนะนั้นให้มีอายุยืนยาวด้วย.

31. ผู้นำภาครัฐในด้านนวัตกรรมจะต้องให้ความสนใจยาปฏิชีวนะด้วย. ถนนสายใหม่แห่งการรักษาอาจปูไว้ด้วยโอกาสใหม่ๆทั้งหมดและจะเป็นการลงทุนแบบมีคุณธรรมด้วย. เทคโนโลยีเสริมสามารถช่วยลดแรงกดดันของการใช้ยาปฏิชีวนะด้วย microbiome. เครื่องตรวจวินิจฉัยเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมได้, ช่วยในการเฝ้าระวังและช่วยคัดเลือกคนไข้เข้าร่วมในการทดลองทางคลินิกได้ด้วย. วัคซีนช่วยให้ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ.

32. นวัตกรรมต้องอาศัยการเข้าถึงโครงสร้างขององค์ความรู้. เราขอเรียกร้องต่อผู้นำให้จัดตั้งศูนย์รวมงานที่เกิดจากความพยายามต่างๆและสนับสนุนการเปิดเผยงานวิจัย. อาจรวมถึงการเข้าไปส่งเสริมงานวิจัยยาใหม่ที่กำลังดำเนินการอยู่และดูแล้วมีอนาคต, จัดหาธนาคารสิ่งส่งตรวจ(specimen banks)เพื่อช่วยเหลือนักวิจัยในการพัฒนาเครื่องตรวจวินิจฉัยใหม่ๆ, สร้างเครือข่ายการทดลองทางคลินิกเพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดหาคนไข้มาทดลอง, แลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งทางคลินิกและปรีคลินิก, และตีพิมพ์ข้อค้นพบในวารสารที่เข้าถึงได้ง่าย.

33. การคัดเลือกสารประกอบที่อยู่ระหว่างการวิจัยทำให้รู้ว่ามียาที่เป็นความหวังไม่มาก. เราจึงขอเรียกร้องผู้นำให้จัดตั้งเครือข่ายคลังชีวภาพ(network of bio-repositories) เพื่อกุมบังเหียนความหลากหลายทางชีวภาพ(bio-diversity)สำหรับผลิตภัณฑ์ธรรมชาติที่อาจกลายเป็นยาปฏิชีวนะในวันพรุ่งนี้ได้. ในการนี้ จำต้องมีพันธสัญญาระดมทุนจากสาธารณะ, ขอความร่วมมือจากประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางซึ่งมีความหลากหลายทางชีวภาพสูงให้เข้ามาร่วมในกระบวนการนวัตกรรม, และทำให้มั่นใจว่าจะมีการจัดการแบ่งปันผลประโยชน์ที่ได้รับอย่างยุติธรรมในกลุ่มประเทศเหล่านั้น.

34. ข้อมูลการทดลองฉบับสมบูรณ์และข้อมูลอื่นๆเกี่ยวกับความปลอดภัย, ประสิทธิผลและการดื้อยาปฏิชีวนะควรเปิดเผยสู่สาธารณะเพื่อต่อยอดความก้าวหน้าทางวิชาการและเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งนี้ต้องคุ้มครองข้อมูลส่วนตัวด้วย.

35. เราขอปฏิเสธมาตรการการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่เพิ่มเติมงอกเงยออกมา. มันคล้ายกับการประนีประนอมแลกเปลี่ยนระหว่างการเข้าถึงยาของคนไข้กับการสั่งซื้อยาในปริมาณสูงๆ โดยปราศจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างแรงจูงใจที่ล้มเหลวอยู่ในปัจจุบัน. ความจำเป็นของคนไข้กลุ่มหนึ่งไม่สามารถจะเสียสละให้กับกลุ่มอื่นได้, ตัวอย่างเช่น การโอนภาระการจ่ายค่าใช้จ่ายในการพัฒนายาปฏิชีวนะไปให้คนไข้กลุ่มอื่นรับผิดชอบ.

36. สิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะตัวใหม่ก็คือ คนไข้จะต้องได้รับความปลอดภัยและผลลัพธ์ต่อสุขภาพดีขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับการติดเชื้อที่ดื้อยาหลายตัว. เมื่อไม่กี่ปีมานี้หน่วยงานควบคุมยาหลายแห่ง

ได้ปรับปรุงกฎระเบียบเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ โดยอนุมัติทะเบียนยาที่อ้างผลการทดลองทางคลินิกที่ใช้ตัวอย่างในการทดลองกลุ่มเล็กและสามารถใช้ surrogate endpoints ได้. อย่างไรก็ตาม, การลดมาตรฐานการทดลองทางคลินิกเพียงเพื่อจูงใจบริษัทยาให้นำยาเข้าสู่ตลาดโดยไม่เกิดประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขนั้นเป็นเรื่องที่ยอมรับไม่ได้.

37. จะต้องหนุนเสริมความเข้าใจแบคทีเรียแบบแนวคิดกว้างๆ, เป็นองค์รวม, ยึดหลักระบบนิเวศ ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมที่นำไปสู่การค้นพบยาปฏิชีวนะตัวใหม่ รวมถึงการค้นพบการแก้ปัญหาการติดเชื้อโดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ. จากการออกแบบใหม่ของโรงพยาบาลที่มีเป้าหมายที่การสื่อสารเรื่องแบคทีเรีย จินตนาการใหม่เกี่ยวกับการดื้อยาและแบคทีเรียจะทำให้เกิดถนนแห่งการแก้ปัญหาสายใหม่ทั้งหมด.

ปฏิบัติการนานาชาติและความร่วมมือกัน

38. กรอบปฏิบัติการระดับโลกจะต้องได้รับการพัฒนาจากรัฐบาลของประเทศต่างๆผ่านทางระบบของสหประชาชาติ(United Nations system), ด้วยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดจากผู้มีส่วนได้เสียทุกองค์กร. กรอบนี้จะต้องประกอบด้วยเป้าหมายและวิธีการต่างๆในการติดตามผลงานซึ่งประเทศต่างๆสามารถประยุกต์ใช้ได้ด้วย.

39. รัฐบาลของประเทศต่างๆควรกำหนดเป้าหมายของการควบคุมการดื้อยาปฏิชีวนะที่จำเพาะเจาะจง, วัดได้, บรรลุผลได้, ไม่เพ้อฝันเกินไปและมีช่วงเวลาในการดำเนินการที่แน่นอน.

40. ความร่วมมือระหว่างประเทศควรสนับสนุนทางการเงินและวิชาการแก่ประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง, รวมถึงการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อให้ประเทศเหล่านั้นสามารถกำหนดเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิผล.

41. ปฏิบัติการนานาชาติจะต้องมั่นใจว่า การลงทุนในทางการค้าไม่ว่าจะเป็นระดับทวิภาคี ระดับภูมิภาคหรือระดับโลก และกติกาในด้านทรัพย์สินทางปัญญาจะต้องไม่บั่นทอนกฎระเบียบและนโยบายที่มุ่งควบคุมยาปฏิชีวนะอย่างมีประสิทธิผล.

42. องค์การระหว่างประเทศ, ทั้งที่อยู่ในระบบสหประชาชาติและสถาบันอื่นๆ, ควรขยายงานเพิ่มขึ้นและประสานงานให้ทันกับความเร่งด่วนของวิกฤตที่เกิดจากการดื้อยาปฏิชีวนะ.

- องค์การอนามัยโลกควรเพิ่มความพยายามในการเป็นผู้นำอย่างแท้จริงด้วยการขยายศักยภาพภายใน, สร้างกรณีตัวอย่างของความเข้มแข็งเพื่อที่ประเทศสมาชิกจะได้สนับสนุนทุนตามความจำเป็น, จัดการอบรมหนุนเสริมและแนะแนวนโยบายให้แก่ประเทศกำลังพัฒนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่โครงสร้างการควบคุมของประเทศ, จัดตั้งศูนย์ความร่วมมือทำงานใกล้ชิดกับองค์การต่างๆเคลื่อนไหวเพื่อควบคุมการดื้อยาปฏิชีวนะ.
- Codex Alimentarius, ซึ่งเป็นโครงการร่วมระหว่าง WHO กับ FAO ในด้านมาตรฐานอาหาร, ควรพัฒนาชุดมาตรฐานใหม่สำหรับการใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์ที่ใช้เป็นอาหาร ที่ต้องเข้มงวดมิเพียงแต่สารตกค้างในอาหารเท่านั้นแต่จะต้องเข้มงวดเรื่องการดื้อยาปฏิชีวนะด้วย.
- FAO และ OIE ควรให้ความสำคัญกับความพยายามที่จะลดการใช้ยาปฏิชีวนะแบบถอนรากถอนโคนในกระบวนการผลิตอาหาร
- องค์การระหว่างประเทศควรทำงานร่วมกับรัฐบาลของประเทศต่างๆเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการดื้อยาและการใช้ยาปฏิชีวนะให้เข้มแข็ง.

พันธมิตรการดื้อยาปฏิชีวนะยืนยันว่า หลักการและแนวทางปฏิบัติในปฏิญญานี้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยป้องกันหายนะของโลก.และ ต้องเริ่มปฏิบัติ ณ บัดนี้.

งานวิจัยล่าสุดเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา

คอลัมน์นี้ขอกล่าวถึงงานวิจัยล่าสุดเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา โดยให้ความสำคัญกับเชื้อก่อโรคที่เรียกว่ากลุ่ม ESKAPE (แบคทีเรีย 6 ชนิด ได้แก่ *Enterococcus faecium, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa* และสปีชีส์ของ *Enterobacter*) ซึ่งพบมากในการติดเชื้อในโรงพยาบาลสมัยใหม่ และเป็นส่วนใหญ่ของเชื้อที่แยกออกมาที่พบการดื้อยาต้านจุลชีพที่แพทย์ถือว่าร้ายแรง ในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมานี้เทคนิคทางอณูชีววิทยาทำให้เราได้ข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับกลไกการดื้อยาในเชื้อก่อโรคแต่ละชนิดในกลุ่มนี้ แต่ยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนเรื่องความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างกลไกการดื้อยากลไกต่างๆ และระหว่างแบคทีเรียเอง นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลเรื่องผลกระทบของการรักษาแทรกแซงทางคลินิกเพื่อลดความชุกของการดื้อยาด้วย ความยากลำบากในการหายาต้านจุลชีพตัวใหม่ๆ ซึ่งมีฤทธิ์ที่เชื่อถือได้ต่อเชื้อก่อโรคเหล่านี้ทำให้ต้องมีการวิจัยทางวิทยาศาสตร์พื้นฐานและทางวิทยาศาสตร์ประชากรเกี่ยวกับการดื้อยาเพิ่มขึ้น ตลอดจนต้องมีการศึกษาให้รอบคอบ เพื่อระบุกลยุทธ์ที่เหมาะสมที่สุดเพื่อการควบคุมการติดเชื้อและการใช้ยาต้านจุลชีพ
(อ้างอิง: Rice LB. (ผู้วิจัยในสหรัฐอเมริกา) Progress and challenges in implementing the research on eskape pathogens. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010 Nov;31 (S1):Supplement Article)

องค์ประกอบของจุลชีพและการดื้อยาปฏิชีวนะของไบโอฟิล์มที่ได้จากหลอดสอดคาท่อลมของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

Vandecandelaere I, Coenye T ซึ่งเป็นผู้วิจัยใน**เบลเยียม**

Adv Exp Med Biol. 2015;830:137-55.

โดยทั่วไปผู้ป่วยวิกฤตจะมีการหายใจบกพร่องและจำเป็นต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจซึ่งจะใช้หลอดสอดคาท่อลมเชื่อมต่อกับเครื่อง แม้จะเป็นวิธีดำเนินการที่ช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะไม่มีความเสี่ยง บ่อยครั้งจะเกิดไบโอฟิล์มขึ้นที่ปลายด้านไกลของหลอดสอดคาท่อลมอันเนื่องมาจากเหตุผลหลายประการ และไบโอฟิล์มนี้เป็นแหล่งแบคทีเรียที่ทำให้ปอดติดเชื้อ เรียกว่า ปอดบวมจากเครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia, VAP) มีการใช้เทคนิคแบบทั้งอาศัยและไม่อาศัยการเพาะเชื้อในการระบุจุลชีพบนไบโอฟิล์มนี้และศึกษาการดื้อยาปฏิชีวนะของจุลชีพที่ได้จากไบโอฟิล์มนี้ด้วย พบว่าเชื้อก่อโรค ESKAPE มีบทบาทเด่นในการเริ่มต้นก่อโรคปอดบวมจากเครื่องช่วยหายใจและมักพบในไบโอฟิล์มนี้ มักพบการดื้อยาปฏิชีวนะในไบโอฟิล์มนี้ด้วย พวกจุลชีพประจำถิ่นก็พบในไบโอฟิล์มนี้ แต่คาดว่าเป็นตัวเริ่มให้เกิดไบโอฟิล์มและไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเกิดปอดบวมโดยตรง

รูปร่างสำคัญนะ: ยากลุ่มฟลูออโรควิโนโลนปริมาณสูงเป็นเวลาสั้นจะลดการเกิดการดื้อยาใน Pseudomonas aeruginosa

Rees VE, Bulitta JB, Nation RL, Tsuji BT, Sörgel F, Landersdorfer CB ซึ่งเป็นผู้วิจัยใน**ออสเตรเลีย เยอรมนี และสหรัฐอเมริกา**

J Antimicrob Chemother. 2014 Nov 6.

สำหรับยากลุ่มฟลูออโรควิโนโลน ค่าพื้นที่ใต้กราฟความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นอิสระในพลาสมากับเวลา หารด้วยเอ็มไอซี (fAUC/MIC) สามารถทำนายถึงการฆ่าเชื้อแบคทีเรียในหนูถีบจักร (mice) และผลลัพธ์ในผู้ป่วยได้ดีที่สุด อย่างไรก็ตาม ยังไม่เป็นที่ทราบกันว่ารูปร่างกราฟของยาปฏิชีวนะมีผลต่อการเกิดการดื้อยาหรือไม่ วัตถุประสงค์ของการวิจัยชิ้นนี้จึงเป็นการเปรียบเทียบการฆ่าเชื้อและการดื้อยาระหว่างกราฟรูปร่างต่างๆ ของ ciprofloxacin ที่มีค่า fAUC/MIC เท่ากัน และระบุช่วงเวลาการสัมผัส ciprofloxacin ที่จะลดการเกิดการดื้อยาลงให้เหลือน้อยที่สุด การศึกษาพบว่าประชากรย่อยของเชื้อที่ดื้อยาอยู่แล้วเพิ่มจำนวนอย่างมากเมื่อมียาอยู่เป็นเวลา 16 และ 24 ชั่วโมง แต่ไม่ใช่เมื่อมียาอยู่เป็นเวลาเพียง 1-10 ชั่วโมง จึงถือได้ว่ารูปร่างกราฟลักษณะความเข้มข้นของ ciprofloxacin มีผลอย่างยิ่งต่อการเกิดการดื้อยา

การระบุลักษณะระดับโมเลกุลของจีนของเอนไซม์ Carbapenemase และ Cephalosporinase ใน Acinetobacter baumanii ที่แยกออกมาทางคลินิกในศูนย์การแพทย์ตติยภูมิในมาเลเซีย

J Med Microbiol. 2014 Nov 7.

Biglari S, Alfizah H, Ramliza R, Rahman M

ดังที่กล่าวข้างต้น การดื้อยาต้านแบคทีเรียใน A. baumannii เป็นปัญหาสาธารณสุขมากขึ้นเรื่อยๆ และเชื้อชนิดนี้เป็นเชื้อก่อโรคที่สำคัญในการติดเชื้อในโรงพยาบาล การวิจัยชิ้นนี้ศึกษาจีน (gene) ที่เกี่ยวข้องในการดื้อยากลุ่มคาร์บาพีเนมและเซฟาโลสพอรินในเชื้อ A. baumannii ที่แยกออกมาทางคลินิกในศูนย์การแพทย์ตติยภูมิในมาเลเซีย พบ ISAba1 ในเชื้อที่ไม่ไวต่อคาร์บาพีเนมทั้งหมดที่มี blaOXA-23-like gene แต่การมี blaOXA-51-like และ ISAba1 ในขั้นก่อน blaOXA-51 ไม่เกี่ยวเนื่องกับความไม่ไวต่อคาร์บาพีเนม ส่วนเชื้อที่มี ISAba1-blaADC (85.8%) เกี่ยวเนื่องกับความไม่ไวต่อเซฟาโลสพอรินอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ตรวจไม่พบ ISAba1-blaADC ในเชื้อส่วนน้อยที่ไม่ไวต่อเซฟาโลสพอริน สรุปว่าเอนไซม์ OXA-23 ที่เกิดขึ้นมาเป็นตัวทำให้ไม่ไวต่อคาร์บาพีเนมในเชื้อที่ศึกษาและทำให้ควรมีการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการแพร่กระจายจีนนี้ ส่วนการมี ISAba1 ในขั้นก่อน blaADC นั้นเป็นตัวกำหนดการดื้อยากลุ่มเซฟาโลสพอริน อย่างไรก็ตาม การขาด ISAba1-blaADC ในเชื้อส่วนหนึ่งที่แยกออกมาอาจหมายความว่ามีกลไกอื่นๆในการดื้อยาด้วย และจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราในระยะหลังการปลูกถ่ายตับใหม่ๆ: เชื้อที่เป็นสาเหตุและความไวของเชื้อ

Kawecki D, Pacholczyk M, Lagiewska B, Sawicka-Grzelak A, Durlik M, Mlynarczyk G, Chmura A ซึ่งเป็นผู้วิจัยใน**โปแลนด์**

Transplant Proc. 2014;46(8):2777-81

การศึกษาจำนวนมากรายงานว่าปัจจัยหลักปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการป่วยและการตายในผู้ป่วยที่ได้รับเนื้อเยื่อปลูกถ่ายคือ การติดเชื้อหลังจากการปลูกถ่าย การวิจัยชิ้นนี้ศึกษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการปลูกถ่ายตับ พบการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกในผู้ป่วย 64.1%, แกรมลบ 31.6% และแยกสายพันธุ์เชื้อราได้ในผู้ป่วย 4.3% พบสัดส่วนสายพันธุ์แบคทีเรียดื้อยาหลายตัวสูงขึ้น ได้แก่ methicillin-resistant coagulase-negative Staphylococcus, vancomycin-resistant Enterococcus, การดื้อยากลุ่มอะมิโนไกลโคไซด์ในระดับสูง และ extended-spectrum b-lactamase การศึกษานี้เสนอแนะว่าควรมีวิธีดำเนินการควบคุมการติดเชื้อหลายวิธีร่วมกันอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยเหล่านี้

Chloramphenicol ใช้ต้านเชื้อก่อโรค ESKAPE ได้หรือไม่: บทความปริทัศน์ข้อมูลนอกกายจากวรรณกรรมศตวรรษที่ 21

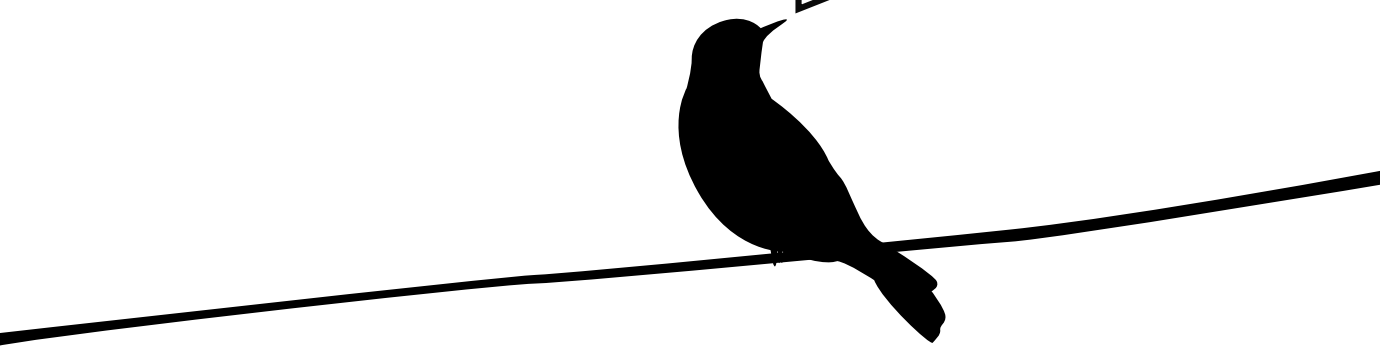
Civljak R, Giannella M, Di Bella S, Petrosillo N

Expert Rev Anti Infect Ther. 2014 Feb;12(2):249-64.

Chloramphenicol เป็นยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์กว้างที่ไม่ได้รับความนิยมในประเทศพัฒนาแล้วเนื่องจากเกี่ยวเนื่องกับภาวะเลือดจางชนิด aplastic anaemia ที่เป็นอันตรายถึงชีวิต อย่างไรก็ตาม ยาตัวนี้ยังคงใช้กันอย่างแพร่หลายในโลกกำลังพัฒนา เมื่อมีปัญหาเชื้อก่อโรคที่ดื้อยาหลายตัวขึ้นมาเช่นในปัจจุบัน จึงควรประเมินบทบาทของยาตัวนี้อีกครั้ง บทความนี้ทบทวนข้อมูลนอกกาย (in vitro) เรื่องฤทธิ์ของ chloramphenicol ต่อเชื้อก่อโรค ESKAPE พบว่าเชื้อแกรมบวกมีลักษณะความไวต่อยาดีแม้ว่าแกรมลบจะไม่ดีนัก อย่างไรก็ตาม เมื่อใช้ร่วมกับ colistin พบว่า chloramphenicol มีฤทธิ์เพิ่มขึ้น (synergistic) ยังไม่มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง-ประโยชน์ที่สัมพันธ์กับพิษของ chloramphenicol เพราะฉะนั้นจึงควรใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษเมื่อสั่งยาตัวนี้

ไฮไลท์ III
ภก. ปรุฬห์ รุจนธำรงค์
แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา

อาหารสัตว์ผสมยา



อาหารสัตว์ผสมยา (Medicated feed) มีความสำคัญในด้านการป้องกันและรักษาโรคสัตว์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของสัตว์และเพิ่มผลผลิต แต่ถ้ามีการใช้อย่างไม่เหมาะสมก็อาจทำให้เกิดสารตกค้างมาถึงมนุษย์ซึ่งเป็นผู้บริโภค หรือมีการกระจายไปสู่สิ่งแวดล้อมซึ่งทำให้เกิดปัญหาอื่นตามมา เช่น การแพ้ยา การดื้อยาหากยาที่นำมาใช้ในการผสมกับอาหารสัตว์นั้นเป็นยาต้านจุลชีพ ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีมาตรการควบคุม ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงมาตรการทางด้านกฎหมายเท่านั้น

อาหารสัตว์ผสมยาอยู่ภายใต้กฎหมายใดบ้าง

วัตถุหรือสารหนึ่งอาจมีการใช้งานได้หลากหลาย ในการพิจารณาว่าวัตถุหรือสารนั้นใช้กฎหมายใดเป็นหลัก ให้พิจารณาก่อนว่ามีกฎหมายกำหนดไว้เป็นพิเศษหรือไม่ว่าจะให้วัตถุนั้นอยู่ภายใต้กฎหมายใด หรือผลิตภัณฑ์นั้นประกาศตัวเองอย่างถูกต้องตามกฎหมายว่าเป็นผลิตภัณฑ์ภายใต้กฎหมายใด (เช่น อาจพิจารณาจากการขึ้นทะเบียนหรือจดแจ้งว่ากระทำภายใต้กฎหมายใด) หรือพิจารณาจากวัตถุประสงค์หรือความมุ่งหมายของการใช้งาน

ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ อาหารสัตว์ผสมยาควรจะอยู่ภายใต้กฎหมายใด ระหว่างกฎหมายว่าด้วยยา หรือกฎหมายว่าด้วยการควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ หรืออาจจะแบ่งแยกว่า ส่วนที่เป็นอาหารให้อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์แต่ในส่วนยาที่ใช้ให้อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยยา

เมื่ออาหารสัตว์ผสมยาถูกจัดเป็นยา

หากพิจารณากฎหมายว่าด้วยยา ซึ่งในปัจจุบัน คือ พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม กำหนดให้วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการบำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยหรือมุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการกระทำหน้าที่ใดๆ ของร่างกายของสัตว์ ถูกจัดประเภทให้เป็นยาตามนิยามคำว่า “ยา” ได้ เมื่ออาหารสัตว์ผสมยาได้แสดงจุดมุ่งหมายว่าใช้ป้องกันและรักษาโรคสัตว์ ก็แสดงให้เห็นว่ามีความมุ่งหมายใช้เป็นยาแล้ว ผู้ประกอบการและบุคคลที่เกี่ยวข้องจึงมีสิทธิและหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510

เมื่ออาหารสัตว์ผสมยาถูกจัดเป็นอาหารสัตว์

พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 เปิดโอกาสให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสามารถประกาศให้วัตถุหรือสารใดๆ ได้รับการยกเว้นไม่เป็นยาได้ หากวัตถุหรือสารนั้นมุ่งหมายสำหรับใช้ในการเกษตรหรือการอุตสาหกรรม นั่นหมายความว่า อาหารสัตว์ผสมยา ก็อาจไม่จำเป็นต้องอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510

ในอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศวัตถุที่ได้รับยกเว้นไม่เป็นยา กล่าวคือ

ได้ประกาศให้ยาปฏิชีวนะหลายรายการซึ่งอยู่ในอาหารเสริมสำหรับสัตว์ เช่น เตตร้าไซคลิน (tetracycline) หรืออิริโธรมัยซิน (erythromycin) ลินโคมัยซิน (lincomycin) สเปคติโนมัยซิน (spectinomycin) และมียาดังกล่าวอยู่ไม่เกินร้อยละ 15 โดยน้ำหนัก จะได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ทั้งนี้ จะต้องไม่แสดงวัตถุดังกล่าวว่ามีสรรพคุณเป็นยา[1]

ได้ยกเลิกประกาศเมื่อปี พ.ศ.2523 และได้มีการประกาศให้วัตถุ (ซึ่งหลายตัวเป็นยาปฏิชีวนะ) ที่อยู่ในสภาพของสารผสมล่วงหน้า (premix) ซึ่งมีส่วนของพืชและธัญพืช (plant and cereal carriers) แร่ธาตุ (mineral carriers) และผลิตผลที่เหลือจากการหมัก (Fermentation by-product) เป็นสื่อผสมอยู่ด้วย โดยวัตถุนั้น(ซึ่งหลายตัวเป็นยาปฏิชีวนะ) ต้องมีปริมาณที่ไม่เกินกำหนดเป็นร้อยละโดยน้ำหนัก ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการเจริญของสัตว์ เช่น อะโวพาร์ซิน (avoparcin) หรือแบมเบอร์มัยซิน (bambermycin) หรือคลอเตตร้าไซคลิน (chlortetracycline) หรือเอ็นรามัยซิน (enramycin) หรือลินโคมัยซิน (lincomycin) หรือออกซีเตตร้าไซคลิน (oxytetracycline) หรือสไปรามัยซิน (spiramycin) หรือไทโลซิน (tylosin) หรือซิงค์แบคซิทราซิน (zinc bacitracin) ไม่เกินร้อยละ 20 โดยน้ำหนัก จะได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และจะต้องไม่แสดงวัตถุดังกล่าวว่ามีสรรพคุณเป็นยา[2]

ได้ยกเลิกประกาศเมื่อปี พ.ศ.2530 และได้มีการประกาศให้วัตถุ (ซึ่งหลายตัวเป็นยาปฏิชีวนะ) ที่อยู่ในสภาพของสารผสมล่วงหน้า (premix) ซึ่งมีส่วนของพืชและธัญพืช (plant and cereal carriers) แร่ธาตุ (mineral carriers) และผลิตผลที่เหลือจากการหมัก (Fermentation by-product) เป็นสื่อผสมอยู่ด้วย โดยวัตถุนั้น(ซึ่งหลายตัวเป็นยาปฏิชีวนะ) ต้องมีปริมาณที่ไม่เกินกำหนดเป็นร้อยละโดยน้ำหนัก ซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการเจริญของสัตว์ในด้านเกษตรกรรม แต่ประกาศฉบับนี้ได้กำหนดเงื่อนไข โดยกำหนดชนิดของสัตว์ที่เลี้ยงด้วยวัตถุนั้น ระดับที่ใช้ในอาหารสัตว์ผสมยาสำเร็จรูป ระยะหยุดใช้ก่อนฆ่าสัตว์เพื่อบริโภค และเงื่อนไขการใช้อื่นๆอีก จะได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 และจะต้องไม่แสดงว่าวัตถุดังกล่าวมีสรรพคุณเป็นยา[3]

[1]ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2523) เรื่อง วัตถุที่ได้รับยกเว้นไม่เป็นยา

[2]ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2530) เรื่อง วัตถุที่ได้รับยกเว้นไม่เป็นยา

[3]ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 24 (พ.ศ.2538) เรื่อง วัตถุที่ได้รับยกเว้นไม่เป็นยา

พ.ศ.2549

ได้ยกเลิกประกาศเมื่อปี พ.ศ.2538 และกำหนดให้ยาต้านจุลชีพที่เป็นสารผสมล่วงหน้า ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการเจริญเติบโตของสัตว์ในด้านเกษตรกรรม ซึ่งได้รับยกเว้นจากการเป็นยาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 24 (พ.ศ. 2538) รวมทั้งที่ได้ขึ้นทะเบียนอาหารสัตว์ตามพระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ. 2525 ไว้แล้ว ได้รับยกเว้นจากการเป็นยาเป็นเวลา 2 ปี นับจากวันที่ประกาศฉบับนี้มีผลบังคับใช้ และเมื่อพ้นกำหนดแล้ว การผลิต ขาย หรือนำหรือสั่งเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งวัตถุดังกล่าวต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม และจะต้องไม่แสดงว่าวัตถุดังกล่าวมีสรรพคุณเป็นยา[4] หากพิจารณาแล้วจะพบว่า ถ้าเป็นยาต้านจุลชีพซึ่งนำมาผสมเป็นสารผสมล่วงหน้าสำหรับสัตว์ซึ่งเดิมไม่อยู่ภายใต้บังคับของพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 จะถูกบังคับให้เป็นยา คือต้องอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 เป็นต้นไป

หากอาหารสัตว์ผสมยาไม่อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยยาแล้ว สามารถอยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ ซึ่งปัจจุบัน คือ พระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ.2525 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมได้หรือไม่

เมื่อพิจารณานิยาม “อาหารสัตว์” “หมายความว่า วัตถุที่มุ่งหมายเพื่อใช้เลี้ยงสัตว์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ประกาศเป็นอาหารสัตว์ในราชกิจจานุเบกษา และในพระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ.2525 มาตรา 6 ก็ให้อำนาจในการกำหนดมาตรการต่างๆ เช่น ชื่อ ประเภท ชนิดหรือลักษณะของอาหารสัตว์ คุณภาพหรือมาตรฐานของอาหารสัตว์ อาหารสัตว์ที่จะอนุญาตหรือไม่อนุญาตให้นำเข้าเพื่อขาย วัตถุที่เติมในอาหารสัตว์ที่ให้ใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหารสัตว์เพื่อขาย ตลอดจนอัตราส่วนหรือปริมาณที่ให้ใช้หรือห้ามมิให้ใช้วัตถุนั้นเกินกำหนด ส่วนประกอบของวัตถุที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหารสัตว์ ดังนั้น อาหารสัตว์ผสมยาก็สามารถถูกประกาศให้เป็นอาหารสัตว์ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ.2525 ได้เช่นกัน

เมื่อ พ.ศ.2541 ได้มีประกาศกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เรื่อง กำหนดอาหารสัตว์ผสมยาเป็นอาหารสัตว์ พ.ศ.2541 โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ.2525 มาตรา 5 และประกาศฉบับนี้ ได้ให้นิยาม ““อาหารสัตว์ผสมยา” หมายความว่า อาหารสัตว์ผสมสำเร็จรูป หัวอาหารสัตว์ และสารผสมล่วงหน้าที่มีส่วนผสมของยา หรือเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือวัตถุเติมในอาหารสัตว์ ในปริมาณที่จำกัดตามขนาดการใช้ของยา หรือเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือวัตถุที่เติมในอาหารสัตว์แต่ละชนิด เพื่อเสริมสุขภาพในการป้องกันและกำจัดโรคสัตว์” ข้อสังเกตของประกาศฉบับนี้ ถ้าย้อนกลับไปดูประกาศวัตถุที่ได้รับยกเว้นไม่เป็นยาของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ.2538 ซึ่งอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ไม่ได้ระบุว่ายาทุกรายการที่นำมาผสมในสารผสมล่วงหน้า จะไม่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 เพียงแต่ยกเว้นให้เฉพาะยาปฏิชีวนะบางรายการ ยกเว้นวิตามิน แร่ธาตุ กรดอะมิโนในปริมาณไม่เกินขนาดการใช้สำหรับป้องกันโรคหรือรักษาโรคตามหลักวิชาการ (prophylactic or therapeutic dose) ส่วนประกาศกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เรื่อง กำหนดอาหารสัตว์ผสมยาเป็นอาหารสัตว์ พ.ศ.2541 ซึ่งอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ.2525 ได้กำหนดรวมยาทุกรายการที่สามารถนำมาผสมในอาหารสัตว์ได้ไม่ว่าจะเป็นยาสำเร็จรูปหรือวัตถุดิบให้เป็นอาหารสัตว์ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ.2525

[4]ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 34 (พ.ศ.2548) เรื่อง วัตถุที่ได้รับยกเว้นไม่เป็นยา

ด้านวัตถุที่เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหารสัตว์เพื่อขาย มีการห้ามใช้ยา เภสัชเคมีภัณฑ์ เกลือของเภสัชเคมีภัณฑ์ และเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป เป็นวัตถุเติมในอาหารสัตว์ในการผลิตอาหารสัตว์ ได้แก่ กลุ่มเบต้าอะโกนิสต์ (B-agonist) กลุ่มไนโตรฟูแรนส์ (nitrofurans) กลุ่มไนโตรอิมิดาโซล (nitroimidazole) คลอแรมเฟนิคอล (chloramphenicol) อะโวพาร์ซิน (avoparcin) คาร์บาดอกซ์ (carbadox) โอลาควินดอกซ์ (olaquindox) และไดเอทิลสติลเบสตรอล (diethylstilbestrol)[5]

ต่อมาปี พ.ศ.2556 ได้มีประกาศกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เรื่อง กำหนดชื่อ ประเภท ชนิด ลักษณะคุณสมบัติ และส่วนประกอบของวัตถุที่เติมในอาหารสัตว์ที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหารสัตว์ พ.ศ. 2556 ได้กำหนด “ห้ามใช้เภสัชเคมีภัณฑ์ เกลือของเภสัชเคมีภัณฑ์ และเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป ที่เป็นสารออกฤทธิ์หรือมีส่วนผสมของสารออกฤทธิ์ ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของยาที่สามารถมีฤทธิ์ บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์ เป็นวัตถุที่เติมในอาหารสัตว์ในการผลิตอาหารสัตว์” เนื่องจากการนำเภสัชเคมีภัณฑ์ที่เป็นสารออกฤทธิ์ หรือเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูปที่มีส่วนผสมของสารออกฤทธิ์ ซึ่งเป็นวัตถุดิบในการผลิตยาสำเร็จรูปมาใช้เป็นวัตถุที่เติมในอาหารสัตว์นั้น สารเคมีภัณฑ์ดังกล่าวไม่อยู่ในสภาพพร้อมที่จะนำมาใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหารสัตว์ เป็นการใช้สารเคมีภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น โน้มนำให้เกิดปัญหาสารตกค้างและการดื้อยาไม่ปลอดภัยต่อการบริโภค แต่ถ้าสังเกตให้ดีจะพบว่า ประกาศฉบับนี้ห้ามเฉพาะการนำวัตถุดิบมาใช้ เช่น เภสัชเคมีภัณฑ์ที่เป็นสารออกฤทธิ์ หรือเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูปที่มีส่วนผสมของสารออกฤทธิ์เท่านั้น ไม่ได้ห้ามการนำยาสำเร็จรูปมาใช้ในการผสมด้วย ซึ่งเท่ากับว่ายังเปิดช่องให้อาหารสัตว์ซึ่งผสมยาสำเร็จรูปนั้นอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ. 2525 ได้

สถานะทางกฎหมายของอาหารสัตว์ผสมยาในอนาคต

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีแนวคิดเรื่องมาตรการควบคุมยาและปรับประเภทยาต้านจุลชีพสำหรับสัตว์และเภสัชเคมีภัณฑ์ตามมติคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจศึกษาการปรับประเภทยาต้านจุลชีพ ดังนี้[6]

1. ยาสำหรับสัตว์ กำหนดให้ยาต้านจุลชีพที่มีวิธีใช้โดยการผสมในอาหารสัตว์ และยาในกลุ่มควิโนโลน (quinolones) และอนุพันธ์, เซฟาโลสปอริน (cephalosporins), แมคโครไลด์ (macrolides), โพลีมิกซิน (polymyxins) ทุกชนิด จัดเป็นยาควบคุมพิเศษ ซึ่งต้องสั่งใช้โดยสัตวแพทย์เท่านั้น ส่วนยาต้านจุลชีพกลุ่มอื่นๆทุกรูปแบบจัดเป็นยาอันตราย ซึ่งจะต้องมีการแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาควบคุมพิเศษ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาอันตราย ต่อไป และจะจำกัดช่องทางการจำหน่ายของยาต้านจุลชีพที่มีวิธีใช้โดยการผสมในอาหารสัตว์ (medicated premix) ที่มีขนาดการให้ยาและมีวิธีการผสมยาที่ต้องนำยาสำเร็จรูปมาน้อยกว่า 5 กิโลกรัม ผสมกับอาหารสัตว์จำนวน 1 ตัน โดยให้จำหน่ายได้เฉพาะโรงงานผสมอาหารสัตว์ที่มี Good Manufacturing Practice (GMP) เท่านั้น นอกจากนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะไม่รับขึ้นทะเบียนตำรับยาต้านจุลชีพสำหรับสัตว์ ในกลุ่มคาร์บาพีเน็ม (carbapenems), ไลโปเปปไทด์ (lipopeptides), ออกซาโซลิดิโนน (oxazolidinones) และยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์ที่ขึ้นทะเบียนยาใหม่ที่เป็น New Chemical Entities (NCE)

[5] ประกาศกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เรื่อง กำหนดชื่อ ประเภท ชนิดหรือลักษณะของอาหารสัตว์ที่ไม่อนุญาตให้นำเข้าเพื่อขาย และกำหนดชื่อ ประเภท ชนิด หรือลักษณะ คุณสมบัติและส่วนประกอบของวัตถุที่เติมในอาหารสัตว์ที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหารสัตว์ พ.ศ.2545

[6] สำนักงานคณะกรรมการอารและยา. มาตรการควบคุมยาและปรับประเภทยาต้านจุลชีพสำหรับสัตว์และเภสัชเคมีภัณฑ์ตามมติคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจศึกษาการปรับประเภทยาต้านจุลชีพ. เอกสารประกอบการรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการควบคุมยาและปรับประเภทยาต้านจุลชีพสำหรับสัตว์และเคมีภัณฑ์ 22 สิงหาคม 2557. สืบค้นจาก http://drug.fda.moph.go.th/zone_admin/files/01%20Outline_Reclass_22.08.14.pdf (5 พฤศจิกายน 2557)

2. อาหารสัตว์ผสมยา ให้กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศ เรื่องวัตถุที่ได้รับการยกเว้นจากการเป็นยา โดยกำหนดให้อาหารสัตว์ผสมยา (Medicated feed) เป็นวัตถุที่ได้รับยกเว้นจากการเป็นยา โดยจะให้เป็นหน้าที่ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ในการควบคุมดูแลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ต่อไป (หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ อาหารสัตว์ผสมยาต้านจุลชีพหรืออาจจะเป็นยาอื่น จะไม่อยู่ภายใต้การดูแลตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510)

ด้านการเสนอร่างกฎหมายในระดับร่างพระราชบัญญัติ เริ่มจากกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เสนอร่างพระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ. .... ได้กำหนดนิยามอาหารสัตว์ ดังนี้[7]

"อาหารสัตว์" หมายความว่า

(1) วัตถุที่มุ่งหมายเพื่อใช้หรือใช้เลี้ยงสัตว์ โดยการให้กิน ดื่ม เลีย หรือนำเข้าสู่ร่างกายสัตว์โดยวิธีการใดๆ หรือ

(2) วัตถุที่มุ่งหมายเพื่อใช้หรือใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหารสัตว์

นิยามดังกล่าวนี้ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขไม่เห็นด้วย เพราะมีความหมายกว้างมากและอาจรวมถึงยาสัตว์ซึ่งใช้ในการเลี้ยงสัตว์ด้วย จึงเสนอให้เพิ่มเติมข้อความ *"ทั้งนี้ไม่หมายความรวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา"* แต่คณะกรรมการกฤษฎีกาเห็นว่า อาหารสัตว์และยามีวัตถุประสงค์แตกต่างกัน กล่าวคือ อาหารสัตว์มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เลี้ยงสัตว์แต่ยามีวัตถุประสงค์เพื่อใช้รักษาโรค ซึ่งไม่มีความซ้ำซ้อนกัน ดังนั้นจึงเห็นสมควรให้คงนิยาม "อาหารสัตว์" ไว้ตามร่างเดิมที่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เสนอ[8] มีข้อสังเกตการให้ความเห็นในลักษณะนี้ คือ แม้ว่าวัตถุหรือเคมีภัณฑ์นั้นจะสามารถนำมาใช้ในการรักษาโรคได้ แต่ถ้านำมาใช้เลี้ยงสัตว์หรือเป็นส่วนผสมในการผลิตอาหารสัตว์โดยไม่แสดงวัตถุประสงค์เพื่อใช้รักษาโรคก็จะเป็นเพียงแค่อาหารสัตว์เท่านั้น ไม่ถือว่าเป็นยา

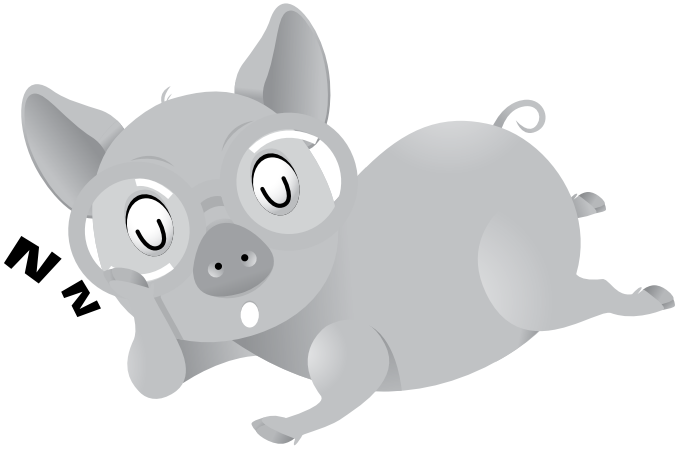
ส่วนร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. .... ทั้งฉบับของรัฐบาล และฉบับประชาชน โดยมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (ฉบับประชาชนปรับปรุง 19.01.55) กำหนดให้อาหารสัตว์ผสมยา เป็นส่วนหนึ่งของนิยามคำว่า "ยาสำหรับสัตว์" ซึ่งทำให้เกิดความชัดเจนเบื้องต้นว่าควรจะต้องอยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยยาเท่านั้น มีข้อสังเกต คือ หากกำหนดเป็นยาสำหรับสัตว์ก็สามารถแสดงสรรพคุณของยาได้ แต่ก็มีช่องทางที่เปิดโอกาสให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาประกาศไม่ให้เป็นยาได้เช่นกัน ซึ่งจะต้องติดตามความชัดเจนในอนาคตต่อไป

[7] สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. เอกสารประกอบการพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ. .... . บรรจุระเบียบวาระการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 14/2557 วันพฤหัสบดีที่ 9 ตุลาคม 2557 (อ.พ.28/2557)

[8] กลุ่มงานบริการวิชาการ สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. เอกสารประกอบการพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติควบคุมคุณภาพอาหารสัตว์ พ.ศ. .... . อ.พ.20/2555 สมัยสามัญทั่วไป, หน้า 30

หมูเสรี (Liberal pork)

ทางเลือก ทางรอดเกษตรกรและผู้บริโภค



จากการเดินทางไปร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานกับองค์กรพัฒนาภาคเอกชนและเครือข่ายเกษตรกรในระบบเกษตรพันธสัญญาในจังหวัดภาคเหนือเมื่อไม่นานมานี้ พบว่า สองฝ่ายทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภคมีความกังวลเรื่องผลกระทบจากการใช้ยาปฏิชีวนะในการเลี้ยงสัตว์บางประเภทในประเทศไทยว่าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จะทำให้ผู้บริโภคเป็นโรคอ้วน จะเกิดการดื้อยาหรือไม่ อย่างไรนั้น

แม้ว่าการถกเถียงดังกล่าวยังไม่มีข้อสรุปร่วมในเชิงวิชาการ แต่ในทางปฏิบัติ ได้มีเกษตรกรหลายกลุ่มในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งตระหนักต่อสถานการณ์และกังวลถึงผลกระทบดังกล่าว ได้พยายามหาทางออกไปสู่รูปแบบวิถีการผลิตที่เป็นมิตรต่อตนเองและผู้บริโภค รวมทั้งสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งมั่นรวมตัวกันประกอบกิจการเพื่อสังคม โดยทำการผลิตอย่างเป็นอิสระ มาตั้งแต่ปี 2556 โดยรวมทุนจัดทำแผนธุรกิจเพื่อการผลิตสุกรปลอดภัย จัดตั้ง **“กองทุนเลี้ยงหมูเสรี”** มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาการพัฒนาสายพันธุ์สุกรด้วยกันเอง จนสามารถผลิตแม่พันธุ์ที่มีความสมบูรณ์ มีสุขภาพแข็งแรง ไม่อ่อนแอกระทั่งเป็นโรคหรือเจ็บป่วยง่าย และมีวิธีการเลี้ยงสุกรขุนในคอกเปิดและปล่อยอิสระให้มีการเดินในพื้นที่บริเวณกว้างขวางขึ้น

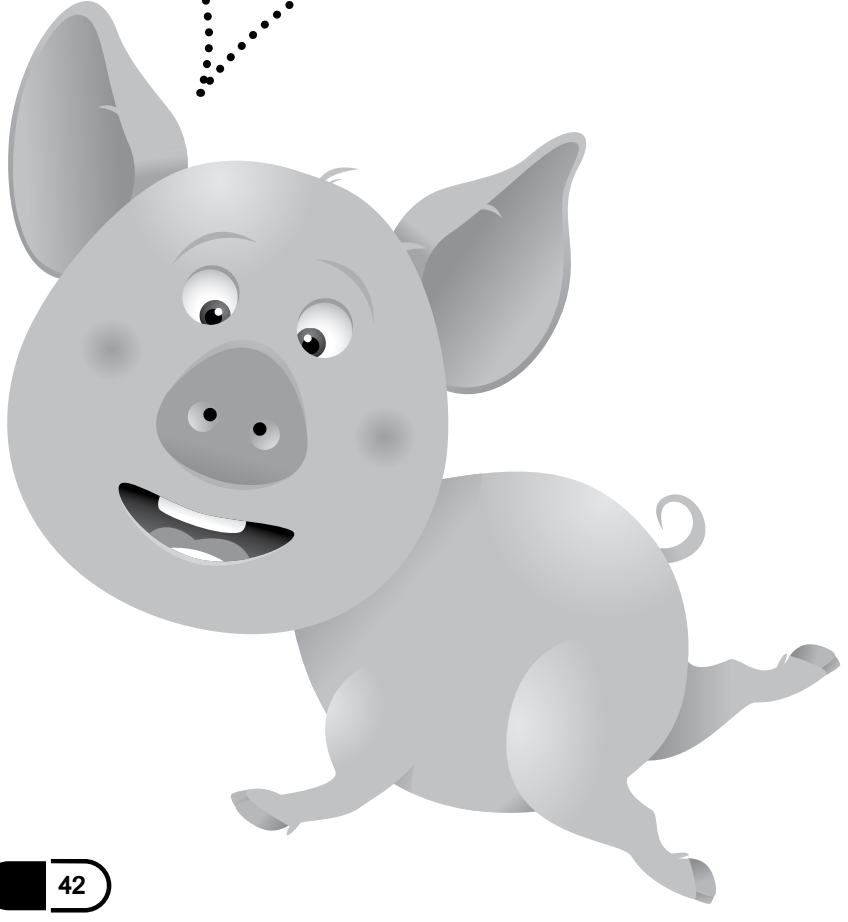
กลุ่มหมูเสรีได้ดำเนินการศึกษาด้านการผลิตอาหารและพัฒนาสูตรอาหารที่เหมาะสม โดยอาหารที่ผลิตเองนั้นมีส่วนผสมมาจากวัตถุดิบที่ปลอดภัยจากยาปฏิชีวนะหรือเคมีภัณฑ์ต่างๆ ทั้งนี้มีการใช้พืชอาหารในท้องถิ่นมาเป็นส่วนผสมในอาหาร พืชหลักสำคัญอันหนึ่ง ได้แก่ ต้นกล้วยและพืชสมุนไพรพื้นเมืองต่างๆที่มีสรรพคุณใช้เป็นยาแก้อาการท้องร่วงหรือการลดอาการอักเสบ เช่น ฟ้าทะลายโจร เป็นต้น ทั้งนี้กลุ่มหมูเสรีมุ่งหวังให้ได้ผลิตภัณฑ์เนื้อสุกรที่มีความปลอดภัยแก่ผู้บริโภค และเป็นการนำหลักการการบริหารจัดการที่ดีมาประยุกต์ใช้เพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการเลี้ยง การซื้อยา และการซื้ออาหารสำเร็จรูปที่มีในท้องตลาด ประการสำคัญนอกเหนือจากการเตรียมพร้อมเรื่องตลาด กลุ่มได้มีการจัดทำเขียงสะอาดที่ได้รับมาตรฐานความปลอดภัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วย

ในด้านการตลาด เพื่อให้ผู้บริโภคที่มีความตระหนักด้านความปลอดภัยของอาหารและต้องการสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มสามารถเข้าถึงและนำไปบริโภคได้ง่ายขึ้น กลุ่มหมูเสรีจึงได้จัดจำหน่ายเนื้อสุกรและผลิตภัณฑ์เนื้อสุกร เช่น เนื้อแดดเดียว หมูทุบ ภายใต้ชื่อสินค้าว่า “หมูเสรี” อยู่ 2 แห่ง แห่งแรกจัดจำหน่ายที่ “ตลาดข่วงอินทรีย์” ตั้งอยู่บริเวณถนนคลองชลประทาน อ.แม่เหียะ ทุกวันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันเสาร์ และแห่งที่สอง สามารถซื้อได้ที่ “ร้านสาน-สรร” บริเวณลานจอดรถร้านหนังสือดวงกมล ซึ่งเป็นที่จำหน่ายสินค้าผลิตภัณฑ์จากชุมชนท้องถิ่น และแหล่งรวมผลิตภัณฑ์จากกลุ่มอาชีพและแหล่งพบปะของผู้คนที่ต้องการเลือกใช้เลือกหาอาหารปลอดภัย เครื่องนุ่งห่ม สิ่งทอเพื่อสังคม งานไม้ และงานศิลปะจากศิลปินรุ่นใหม่ของเชียงใหม่

สิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า กลุ่มหมูเสรี ดำเนินงานไปภายใต้การให้ความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนาผู้นำที่เป็นรูปธรรม โดยจัดทำแผนธุรกิจที่ชัดเจน ทั้งนี้มีเป้าหมายต่อไปในการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อผลักดันให้บรรจุการดำเนินงานของกลุ่มประเด็น “หมูเสรี” เข้าไปในแผนยุทธศาสตร์จังหวัดโดยมุ่งให้มีการขยายการพัฒนาศักยภาพจากเครือข่ายของตนเองเข้าสู่กระบวนการพัฒนาผู้นำเกษตรกรของจังหวัดเชียงใหม่อีกด้วย

หลังจากได้พบ ได้ฟัง ได้เห็นความมุ่งมั่นในการทำงานของกลุ่ม “หมูเสรี” กลุ่มนี้แล้ว ทำให้มีความหวังว่า ทางเลือกนี้จะเป็นทางรอดที่เป็นไปได้ร่วมกันของทั้งเกษตรกรและผู้บริโภค ในการมีชีวิตที่ห่างไกลจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างฟุ่มเฟือย เกินความจำเป็น และส่งผลร้ายระยะยาวต่อผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างที่เป็นอยู่ในขณะนี้

ขอให้โชคดี บทพิสูจน์นี้เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งนัก



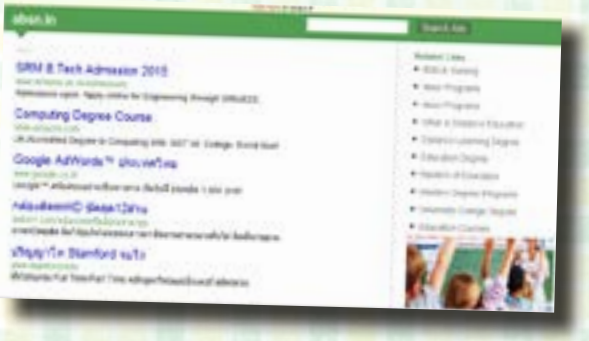
แนะนำเว็บไซต์

โดย > กรรณิการ์ กิจติเวชกุล

ปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะกำลังเป็นปัญหาวิกฤติระดับโลกที่ผู้คนในวงการสาธารณสุขต้องขบคิดอย่างหนัก ลองจินตนาการถึงโลกยุคหลังยาปฏิชีวนะ (Post-Antibiotic Era) ที่การติดเชื้อและอันตรายอื่นๆ ที่ยาเคยรักษาได้มานานหลายทศวรรษนั้นสามารถกลับมาฆ่าเราได้อีกครั้ง ดังนั้นความพยายามในการจัดการปัญหานี้ จึงมีทั้งระดับนโยบายงานวิชาการ และการจัดการปัญหาในระดับพื้นที่

http://narst.dmsc.moph.go.th

ในประเทศไทยนอกจากเว็บไซต์ http://www.thaidrugwatch.org ของแผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) แล้ว ยังมีเว็บไซต์ http://narst.dmsc.moph.go.th ของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยา กรมควบคุมโรค มีแหล่งข้อมูลคู่มือการเฝ้าระวัง, ลิงค์หน่วยงานเฝ้าระวังในประเทศต่างๆ อย่างไรก็ตาม เอกสารเกือบทั้งหมดเป็นภาษาอังกฤษ



http://www.absn.in

ที่อินเดีย วิทยาลัยทางการแพทย์อาร์ดีการ์ดิ สร้างเครือข่ายปกป้องยาปฏิชีวนะเพื่อส่งทอดการทำงานจากระดับนโยบายสู่ปฏิบัติการในพื้นที่เว็บไซต์ http://www.absn.in มีการรวบรวมโปสเตอร์ที่ใช้ในชุมชน สื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่นต่างๆในอินเดียถึง 10 ภาษาและภาษาอังกฤษ, มีการจัดอบรมแกนนำที่จะไปทำงานในพื้นที่เป็นระยะๆ โดยเน้นการใช้โซเชียลมีเดียในการสื่อสารในเครือข่ายพื้นที่ต่างๆ

ยาวิพากษ์ จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารระหว่างแผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) กลุ่มศึกษาปัญหายา (กศย.) และเครือข่ายวิชาชีพ วิชาการและเครือข่ายประชาชน

แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและองค์การอนามัยโลก

ที่ปรึกษา – พศ.ภญ.ดร.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี (กพย.) / พศ.ภญ.ดร.สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิโชค (กศย.)

บรรณาธิการ ประจำฉบับ – สรชัย จำเนียรดำรงการ

กองบรรณาธิการ – นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี / อรกัญญ์ ภูมิโคกรักษ์ / ปรุฬห์ รุจนรำรงค์ / นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ / วารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์ / ดวงดล รงค์เดชประทีป / มัทนา โกสุมภ์ กรรณิการ์ กิจติเวชกุล / ไพจิตรา กตัญญูตะ

ประสานงาน – เขมิกา โตนะโพธิกูล

ออกแบบรูปเล่ม – วาลปิทม์ ศรีมงคล

ติดต่อ แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-218-8452

โทรสาร 02-254-5191 อีเมล spr.chula@gmail.com เว็บไซต์ www.thaidrugwatch.org www.facebook.com/thaidrugwatch

แนะนำเว็บไซต์(ต่อ)

กรรณิการ์ กิจติเวชกุล

http://www.reactgroup.org

ReAct – Action on Antibiotic Resistance เป็นเครือข่ายปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาระดับโลก มีศูนย์รวบรวมข้อมูลวิชาการ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับต่างๆ และเครื่องมือการฝึกอบรม โดยรวบรวมไว้ที่ http://www.react-group.org นอกจากนี้ยังเป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงเครือข่าย ReAct ในภูมิภาคต่างๆ ซึ่ง กพย.เป็นเครือข่ายในระดับเอเชียด้วย

http://www.cdc.gov/NARMS

สุดท้าย http://www.cdc.gov/NARMS ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ สหรัฐฯ นอกเหนือจากข้อมูลวิชาการที่โดดเด่นแล้ว ขณะนี้กำลังให้ความสนใจกับการใช้ยาปฏิชีวนะในการเลี้ยงสัตว์ที่มนุษย์ใช้เป็นอาหารและพบว่ากำลังส่งต่อเชื้อดื้อยามาสู่คน เว็บไซต์นี้มีการทำ infographic สื่อสารสาธารณะด้วย

ยาวิพากษ์ กพย.

จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา :
สื่อกลางข้อมูลข่าวสารความเคลื่อนไหวปัญหายาเพื่อการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยาของไทย

แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.)
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท ปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ 02-218-8452 โทรสาร 02-254-5191
อีเมล spr.chula@gmail.com เว็บไซต์ www.thaidrugwatch.org www.facebook.com/thaidrugwatch