สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
กลุ่มศึกษาปัญหายา
กพย.

ปีที่ 8 / ฉบับที่ 32 / กันยายน – ธันวาคม 2559

ยาวิพากษ์

จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา

แผนงานศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Antibiotic awareness week สัปดาห์รู้รักษ์ตระหนักใช้ยาต้านแบคทีเรีย

10 พฤติกรรม ที่มีส่วนทำให้ เชื้อดื้อยา

1. เคยซื้อยาต้านแบคทีเรียกินตามคนอื่น
2. เคยหยุดรับประทานยาต้านแบคทีเรียเมื่ออาการดีขึ้น
3. เคยซื้อยาต้านแบคทีเรียกินเองตามที่เคยได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ในครั้งก่อนๆ
4. เคยอมยาที่ผสมยาต้านแบคทีเรีย
5. เคยแกะแคปซูลเอายาต้านแบคทีเรียไปโรยแผล
6. เคยใช้ยาต้านแบคทีเรียผสมในอาหารสัตว์ตามคำบอกเล่า เพื่อป้องกันไม่ให้สัตว์เจ็บป่วย
7. เคยเปลี่ยนไปซื้อยาต้านแบคทีเรียที่แรงกว่าทานเองเมื่อรับประทานยาชนิดแรกแล้ว อาการไม่ดีขึ้นทันใจ
8. ไม่แนะนำคนที่ใช้ยาต้านแบคทีเรียอย่างผิด ให้ใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม
9. เคยไปซื้อยาแก้อักเสบกินเอง
10. เคยใช้ยาต้านแบคทีเรีย โดยไม่ทราบชื่อสามัญของยา

สารบัญ

ผู้จัดการกพย. แถลง	2
เรื่องจากปก	3
เก็บตก	7
หมุนดูโลก	10
จับกระแส	16
ใกล้ตัว	18
ทันสถานการณ์	20
รู้เขา รู้เรา	23
ไฮไลท์	29

พบข้อมูลแผนงานศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ได้ที่

www.thaidrugwatch.org
www.thaidrugwatch.org/blog
www.youtube.com/thaidrugwatch
www.facebook.com/thaidrugwatch
twitter.com/thaidrugwatch

ผู้จัดการกพย.แถลง

โดย > นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี

ทำไมจึงต้องมี สัปดาห์รู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาต้านแบคทีเรีย

เมื่อ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 มีการประกาศ Antibiotic Awareness Day ในสหภาพยุโรปและต่อมาได้ขยายกิจกรรมไปทั่วโลก สำหรับประเทศไทยนั้น กพย. ได้ริเริ่มจัดงานเมื่อ 18 พย 2556 และจัดมาอย่างต่อเนื่อง เริ่มปรับเป็น Antibiotic awareness week (สัปดาห์รู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาต้านแบคทีเรีย) ตามองค์การอนามัยโลก เมื่อปีพ.ศ. 2558 ปีนี้จึงเป็นปีที่ 4 แล้วที่มีการจัดงานนี้ขึ้น

ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยานั้น มีการเตือน มีการห่วงใยกันมานาน อาจจะตั้งแต่เริ่มคิดค้นยาเพนนิซิลลินได้ โดย เซอร์ อเล็กซานเดอร์ เฟลมมิ่ง ซึ่งก็ได้กล่าวเตือนไว้แล้วเมื่อครั้งปาฐกถาในวันได้รับรางวัลโนเบล เมื่อประมาณ 70 ปีที่แล้ว ว่า เขาไม่กลัวปัญหาเป็นพิษจากยา แต่กลัวว่าจะเกิดการดื้อยาถ้าได้รับยาในขนาดไม่เพียงพอ แต่ผู้คนยังเริงร่า ใช้ยาต้านแบคทีเรียหรือยาปฏิชีวนะกันอย่างกับเป็น ยาวิเศษ (Magic Bullet) โดยไม่ใส่ใจคำเตือน ความห่วงใยหรือใส่ใจไม่มากพอ ในที่สุด หายนะ กำลังคืบคลานเข้ามาสู่โลกมนุษย์ เมื่อปีพ.ศ. 2552 มีการค้นพบ NDM-1 Enzyme จากเชื้อ carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae ในผู้ป่วยชาวสวีเดนที่มาผ่าตัดที่อินเดียและกลับไปป่วยที่ยุโรปซึ่งการดื้อยานี้พบว่าดื้อต่อยากลุ่ม carbapenem ที่เป็นยาปฏิชีวนะกลุ่มท้ายๆ ที่เก็บไว้ใช้สำหรับเชื้อที่ดื้อยาชนิดอื่นๆ มาแล้ว

การค้นพบดังกล่าวทำให้เกิดความตื่นตระหนกได้ระดับหนึ่ง ประเทศอินเดียจัดทำนโยบายด้านการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ องค์การอนามัยโลกเริ่มมีมติที่เกี่ยวข้องและยุโรปที่ดูเหมือนจะมีการจัดการที่เข้มงวด

แต่ระหว่างการเริ่มมีกิจกรรมรณรงค์กันทั่วโลก เมื่อปลายปีพ.ศ. 2558 ก็มีปรากฏการณ์ช็อคโลกอีกครั้งของการพบ MCR-1 gene ในประเทศจีน โดยพบในหมู ต่อมาพบแพร่หลายในหลายประเทศทั้งพบในหมูในสัตว์ต่างๆ และในคน ความน่ากลัวของ ยีน เอ็ม ซี อาร์ วัน ก็คือเป็นยีนที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ โคลิสติน ที่เป็นยาปฏิชีวนะกลุ่มเกือบสุดท้ายที่ใช้ได้ผล แต่โดยปกติจะไม่นิยมใช้ในคนเพราะมีพิษสูง จึงมีการนำไปใช้ในการปศุสัตว์กันทั่วไป และที่น่ากลัวกว่านั้น คือการดื้อยานี้สามารถส่งต่อแบคทีเรียข้ามสายพันธุ์ได้ และสามารถส่งต่อระหว่างคนกับสัตว์ได้ด้วย ซึ่งมีรายงานการพบทั้งในคนและสัตว์ มากกว่า 30 ประเทศแล้ว

ในปีนี้ กพย. ร่วมกับภาคีเครือข่ายมากมาย จัดงานสัปดาห์รู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาต้านแบคทีเรีย ในวันที่ 18 พฤศจิกายน ที่สำนักงานสสส. และที่รพ.รามาธิบดี รวมทั้งในที่ต่างๆ เป็นดาวกระจายทั่วประเทศ

ขอให้ทุกภาคส่วน ทั้งรัฐ เอกชน ทั้งสถานพยาบาล ร้านยา และชุมชน ประชาสังคม ร่วมกันตระหนักใช้ยาต้านแบคทีเรียพึงถือว่าเป็นหน้าที่ของทุกคน

ยาวิพากษ์ จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา
วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารระหว่างแผนงานศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) กลุ่มศึกษาปัญหายา (กศย.) และเครือข่ายวิชาชีพ วิชาการและเครือข่ายประชาชน แผนงานศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแลองค์การอนามัยโลก

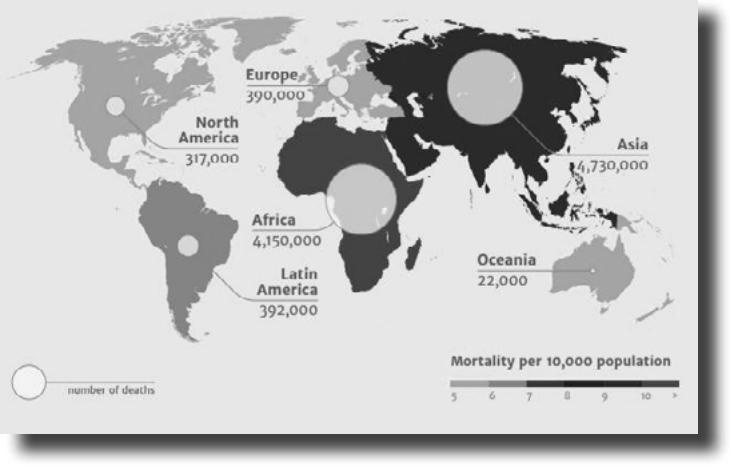
ที่ปรึกษา - ผศ.ดร.ภญ.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี (กพย.) / ผศ.ดร.ภญ.สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิโชค (กศย.)
บรรณาธิการ ประจำฉบับ - นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี
กองบรรณาธิการ - อรกัญญ์ ภูมิโคกรักษ์ / นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี / ศิริตรี สุทรจิตต์ / ภริณดา ทยานุกูล / ภาณุโชติ ทองยัง / ณัฐพล มรุลาภรังสรรค์ สรชัย จำเนียรดำรงการ / ไพจิตรา กตัญญูตะ
ประสานงาน - เขมิกา โตนะโพธิกูล
ออกแบบรูปเล่ม - วาลปัทม์ ศรีมงคล
ติดต่อ แผนงานศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-218-8452 โทรสาร 02-254-5191 อีเมล: spr.chula@gmail.com เว็บไซต์: www.thaidrugwatch.org บล็อก: www.thaidrugwatch.org/blog ยูทูบ: www.youtube.com/thaidrugwatch เฟซบุ๊ก: www.facebook.com/thaidrugwatch ทวิตเตอร์: twitter.com/thaidrugwatch

ทำไมจึงต้องมี "สัปดาห์รู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาต้านแบคทีเรีย"

สถานการณ์โลกที่น่าเป็นห่วง

สถานการณ์เชื้อดื้อยาทั่วโลก และผลกระทบด้านสาธารณสุข ด้านเกษตร และด้านสิ่งแวดล้อม

เชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่ลุกลามไปทั่วโลก ทำให้เกิดปัญหาว่า ยาต้านเชื้อแบคทีเรียที่เคยใช้ได้ผลไม่สามารถฆ่าเชื้อตัวเดิมได้อีก และเนื่องจากผู้ผลิตงานวิจัยไม่ได้ให้ความสำคัญจึงไม่มียาปฏิชีวนะใหม่ๆออกมาสู่ตลาด จึงเกิดผลกระทบทำให้ผู้คนล้มตายจากเชื้อที่ดื้อยา องค์การอนามัยได้รวบรวมสถานการณ์เชื้อดื้อยาต้านแบคทีเรียทั่วโลก ในปีพ.ศ. 2557 และมีการรายงานอื่นๆตามมาอย่างต่อเนื่อง ประมาณการณ์ผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาทั่วโลกอาจมากกว่า 700,000 ราย ต่อปี หากไม่มีมาตรการการจัดการที่เร่งด่วน เข้มงวดและชัดเจน คาดว่าในปีพ.ศ.2593 จะมีผู้เสียชีวิตถึง ปีละ 10 ล้านคน ซึ่งใกล้เคียงกับผลรวมความตายอันเนื่องมาจากมะเร็ง เบาหวาน อุบัติเหตุ และท้องร่วง ทั้งนี้ความตายส่วนใหญ่จะอยู่ที่เอเชียและแอฟริการวมกันถึงเกือบ 9 ล้านราย ตามแผนภาพ ที่ 1 และมีมูลค่าความเสียหายถึง 3,500 ล้านล้านบาท สาเหตุที่เชื้อดื้อยาเกิดจากการใช้ยาต้านแบคทีเรียอย่างไม่ถูกต้อง



ภาพที่1. คาดการณ์การตายจากเชื้อดื้อยาต้านแบคทีเรียต่อปี เมื่อถึงพ.ศ.2593

แหล่งข้อมูล: Review on Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations- The Review on Antimicrobial Resistance Chaired by Jim O'Neill, December 2014

จากแผนที่การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียทั่วโลก (Resistance Map)[1] ที่จัดทำโดย CDDEP (The Center for Diseases Dynamics, Economic & Policy) มีการระบุอัตราการดื้อยาของเชื้อฯต่างๆเป็นรายประเทศ เช่น อินเดีย เม็กซิโก อาร์เจนตินา เคนยา เบลารุส ในขณะที่หลายประเทศยังไม่มีข้อมูล เพราะอาจไม่มีระบบการติดตามที่เข้มแข็ง

มีกรณีศึกษาของการเกิดเชื้อดื้อยาต้านแบคทีเรีย ชนิดรุนแรงสองครั้งที่ควรได้รับรู้ รายแรกเกิดเมื่อปีพ.ศ.2551 มีนักท่องเที่ยวชาวยุโรปที่มาทำการผ่าตัดรักษาที่ประเทศอินเดียและนำพาเชื้อดื้อยาที่รุนแรงมากกลับไปยุโรป ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดจนมีผู้เสียชีวิต ได้มีการตั้งชื่อสารพันธุกรรมนี้ว่า NDM-1 gene (New Delhi Metallo-beta-lactamse-1 gene) ความน่ากลัวคือเชื้อชนิดนี้ดื้อต่อยาปฏิชีวนะหลายชนิดมาก รวมถึงยากลุ่ม Carbapenems ซึ่งเป็นยาต้านแบคทีเรียกลุ่มท้ายๆ จนแทบจะหายามารักษาไม่ได้ ต่อมาพบสารพันธุกรรมนี้ในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย และสารพันธุกรรมนี้สามารถแพร่ไปสู่แบคทีเรียอื่นแบบข้ามสายพันธุ์ได้ด้วย

กรณีเชื้อดื้อยาต้านแบคทีเรียที่รุนแรงอีกรายงานที่เพิ่งค้นพบปลายปีพ.ศ.2558 คือการค้นพบสารพันธุกรรมดื้อยาที่ชื่อ MCR-1 ในฟาร์มหมูในประเทศจีนเป็นการดื้อต่อยาโคลิสติน (โพลีมิกซิน อี) และการดื้อสามารถส่งต่อแบบข้ามสายพันธุ์แบคทีเรียได้ด้วย (Horizontal Gene Transfer) ซึ่งเดิมเคยพบการดื้อต่อโคลิสตินมาแล้ว แต่เป็นลักษณะส่งต่อสู่ลูกหลานในสายพันธุ์เดียวกัน (Vertical Gene Transfer) การค้นพบการดื้อแบบใหม่นี้สร้างความตื่นตระหนกไปทั่วโลก มีการศึกษาและรายงานมามาก ทั้งในสหรัฐอเมริกา แคนาดา อเมริกาใต้ ยุโรป เอเชีย (พบรายงานทั้งในคน และสัตว์ มากกว่า 30 ประเทศ) เป็นการพบในคน หมูและสัตว์ต่างๆ รวมทั้งในผัก ผลไม้และ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งยังพบการส่งต่อระหว่างสัตว์กับคนและคนกับสัตว์ด้วย

ความพยายามในระดับนานาชาติ

ก่อนหน้านี้ องค์การระหว่างประเทศ หลายหน่วยงานได้กำหนดมาตรการทางนโยบายไว้ และแม้จะเคยมีมติสมัชชาอนามัยโลกมาแล้วหลายครั้ง แต่ก็ยังไม่มีการดำเนินการที่จริงจัง เพิ่งมาเห็นความสำคัญในช่วงเร็วๆนี้ โดยในปี พ.ศ.2557 องค์การอนามัยโลกได้จัดทำรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทั่วโลกซึ่งนำไปสู่มติสมัชชาอนามัยโลกอีกครั้งในปีนั้นและปีต่อมาก็มีการรับรองแผนปฏิบัติการระดับโลก (Global Action Plan) นอกจากนี้ ยังมีการออกนโยบายด้านการจัดการเชื้อดื้อยาในประชาคมยุโรป ในประเทศที่สำคัญๆ และในที่ประชุมเครือข่ายนานาชาติ ล่าสุดคือ การประชุม High Level Meeting ของสมัชชาสหประชาชาติ เมื่อ 21 กันยายน 2559 ได้หยิบเรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมาเป็นวาระสำคัญที่นายกรัฐมนตรีของไทยได้อภิปรายในนาม G-77 บวกจีน(จีนไม่ได้อยู่ในกลุ่ม G-77)

มีองค์กรที่ทำงานเชิงวิชาการ เช่น World Economic Forum เมื่อปีพ.ศ.2556 ได้จัดประชุม และทำรายงานระบุว่าการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของโลก และมีบทความย้ำปัญหาอีกครั้งในปีนี้ ส่วน ReAct แห่งมหาวิทยาลัยอุปซอลา สวีเดน ซึ่งเป็นองค์กรวิชาการที่รณรงค์เรื่องเชื้อดื้อยาต้านแบคทีเรียมาอย่างต่อเนื่องได้เป็นกำลังสำคัญในการกระตุ้นวาระทางนโยบายในระดับนานาชาติ

[1]http://resistancemap.cddep.org/AntibioticResistance.php

เริ่ม European Antibiotic Awareness Day ในปีพ.ศ.2551

ในขณะเดียวกัน มีการริเริ่มการรณรงค์เกิดขึ้นมากมายสู่ภาคประชาสังคม เพื่อสร้างความตระหนักถึงสถานการณ์และผลกระทบดังกล่าว กระตุ้นกระแสตื่นตัวเพื่อให้ทุกคนหันมาสนใจและเข้าร่วมแก้ไขป้องกัน ซึ่งมีการรณรงค์ที่ทำมาอย่างต่อเนื่อง และขยายการมีส่วนร่วมให้กว้างขวางออกไปเรื่อยๆ คือการรณรงค์ Antibiotics awareness day ที่กำหนดเป็นวันที่ 18 พฤศจิกายน ของทุกปี เริ่มต้นครั้งแรกในยุโรป[2] เมื่อปีพ.ศ.2551 โดยการประสานงานของ European Center for Diseases Prevention and Control ร่วมกับภาคีหลายภาคส่วน มีการสนับสนุนประเทศที่เข้าร่วมการรณรงค์ทั้งทางเทคนิคและทางนโยบาย เช่น การจัดทำเครื่องมือที่มีหลักฐานทางวิชาการเป็นการรณรงค์ให้ใช้ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านแบคทีเรียอย่างสมเหตุผลและอย่างมีความรับผิดชอบ เพื่อให้ยายังคงมีประสิทธิผลในการรักษา และเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดเชื้อดื้อยา ซึ่งเดิมเป้าหมายมุ่งที่การใช้ยาในคน แต่ต่อมาขยายสู่การใช้ในสัตว์และในพืชด้วย เมื่อปีพ.ศ.2558 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ antibiotics awareness week (กพย.ใช้ว่า สัปดาห์รู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาต้านแบคทีเรีย) เป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการเรื่องเชื้อดื้อยาของโลกและเริ่มขยายไปทั่วโลก โดยในปีพ.ศ.2559 นี้ กำหนดขึ้นในช่วงระหว่างวันที่ 14-20 พฤศจิกายน

สถานการณ์ไทยน่าเป็นห่วงยิ่งกว่า

สถานการณ์การใช้ยาต้านแบคทีเรียของไทย (ในคน ในการเกษตร และในสิ่งแวดล้อม)

จากยอดผู้ติดเชื้อดื้อยา ถึงกว่าปีละ 88,000 ราย มีการศึกษาแบบประมาณการณ์ (ไทยยังไม่มีการเก็บสถิติการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาอย่างเป็นระบบ) จะมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาในไทยอยู่ระหว่าง 20,000-38,000 รายต่อปี (ขึ้นกับวิธีการศึกษา) ตัวเลขการเสียชีวิตนี้น่าเป็นห่วงเพราะใกล้เคียงกับสหรัฐอเมริกาที่มีประชากรมากกว่าไทย 5 เท่า (23,000 รายต่อปี จากประชากร 320 ล้านคน) หรือประชาคมยุโรป (25,000 รายต่อปี จากประชากร 500 ล้านคน) และผลกระทบด้านเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อมในไทยจะไม่ต่ำกว่า 46,000 ล้านบาท

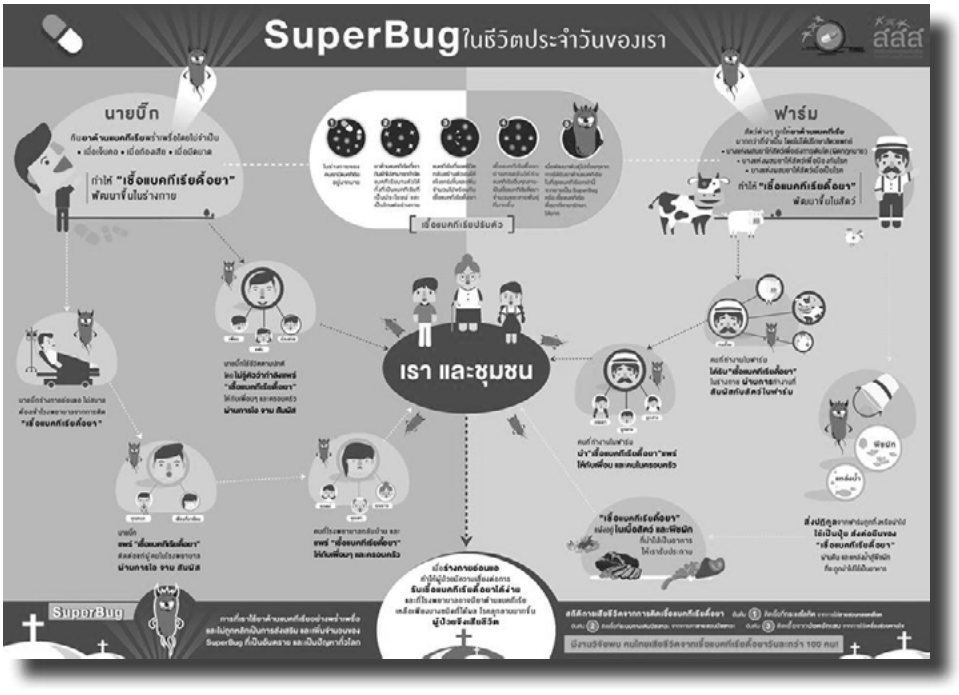
จากรายงานของ CDDEP[3] ชี้ว่า ในประเทศไทยนั้น เชื้อ A.baumannii ที่มักพบในโรงพยาบาล ดื้อต่อยาปฏิชีวนะทั้ง 4 ตัวที่ตรวจมาตั้งแต่พ.ศ. 2552 และมีอัตราการดื้อสูงอย่างต่อเนื่องมาจนถึงพ.ศ. 2557 สรุปผลการดื้อได้ดังนี้ Carbapenems 61%, Aminoglycosides 59%, Fluoroquinolones 56%, Amikacin 50%

ในปีพ.ศ.2557 เชื้อ E.coli ดื้อต่อยา Fluoroquinolone 45% และดื้อต่อยา Aminopenicillins สูงถึง 85%

[2]http://ecdc.europa.eu/en/EAAD/Pages/Home.aspx

[3]http://resistancemap.cddep.org/AntibioticResistance.php

อย่างไรก็ตาม ปัญหาผลกระทบของเชื้อดื้อยาไม่ได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่อาจมีผลกระทบต่อทุกๆคนภายนอกโรงพยาบาลด้วย เช่นเดียวกับสาเหตุของปัญหาที่สามารถก่อเหตุได้ในทุกภาคส่วน ทั้งจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมและจากการจัดการต่างๆที่ไม่ถูกต้อง ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ทั้งแหล่งกระจายที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายในประเทศไทย นอกจากการใช้ในคนแล้ว ยังมีการใช้ยาต้านแบคทีเรียในด้านเกษตร ทั้งปศุสัตว์ ประมง และใช้ในการปลูกพืชโดยตรง (พืชผักผลไม้บางชนิด) การนำมูลสัตว์จากฟาร์มที่ใช้ยาปฏิชีวนะมาใช้เป็นปุ๋ย ก็สามารถสร้างปัญหาการตกค้างของยาต้านแบคทีเรีย เชื้อดื้อยาและสารพันธุกรรมที่ดื้อยาได้และกระจายสู่วิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความหลากหลายทางชีวภาพและต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและหวนย้อนกลับมากระทบต่อคนทั้งทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจในที่สุด



ภาพที่ 2 เชื้อดื้อยาในชีวิตประจำของเรา

แหล่งข้อมูล: แผนงานศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) สสส. FB: Antibiotic Awareness Thailand

วันรู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาต้านแบคทีเรียในไทย เริ่มพ.ศ.2556

กพย.และภาคี.เริ่มจัดงานวันรู้รักษ์ตระหนักใช้ยาปฏิชีวนะ(ยาต้านแบคทีเรีย) เมื่อพ.ศ.2556 ดังนั้นปีนี้จึงเป็นปีที่ 4 ของการดำเนินงานที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละปีมีประเด็นเฉพาะที่แตกต่างกัน โดยปีแรกเน้นที่เด็ก ปีที่สองคือการสร้างเครือข่ายกับประเทศในอาเซียน ปีที่สามคือการเริ่มขยายสู่ประชาชนและสังคมวงกว้าง ปีนี้เน้นการสร้างความตระหนักของทุกภาคส่วน โดยหนุนสร้างความเข้มแข็งของประชาชน

ปีนี้ มีกำหนดในวันที่ 18 พฤศจิกายน จัดงานที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ร่วมจัดงานประกอบด้วยภาคีที่หลากหลาย เช่น มูลนิธิหมอชาวบ้าน ชมรมเภสัชชนบท มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะเวชศาสตร์เขตร้อน UHOSNET ประสานงานโดยแผนงานศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมีแผนรณรงค์ในลักษณะดาวกระจายไปทั่วประเทศ

กพย.เริ่มให้ความสำคัญกับปัญหาเชื้อดื้อยาและการใช้ยาต้านแบคทีเรียอย่างสมเหตุสมผลมาตั้งแต่พ.ศ.2552 เนื่องจากเล็งเห็นว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญ ได้จัดทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดทำรายงานสถานการณ์ การขยายผลการทำงานโครงการ ASU การทำงานกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง การทำงานร่วมกับภาคีต่างๆเสนอวาระจนเกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพ ปี 2558 เรื่อง วิกฤติการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ นอกจากนี้ ยังมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาสื่อหลายชิ้น (วีดิทัศน์, infographic, ละครหุ่น, ลิเก, หนังสือ) เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ กระตุ้นความตระหนัก ที่สำคัญคือ ได้จัดพิมพ์หนังสือสำหรับเด็ก 2 เล่ม ได้รับความนิยมอย่างสูง คือ กุ๊กไก่เป็นหวัด และกระจิบท้องเสีย สื่อและสิ่งพิมพ์ทั้งหมดสามารถ download ได้ที่ FB: Antibiotic Awareness Thailand และ FB: Thai Drug Watch

ประชาชนจะมีส่วนร่วมได้อย่างไร

ประชาชนคือผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากเชื้อดื้อยาเมื่อเวลาเป็นผู้ป่วย จึงเป็นบทบาทของประชาชนทุกคนที่จะมีส่วนร่วมแก้ไขและป้องกันการเกิด แพร่ และรับเชื้อดื้อยาในรูปแบบต่างๆ เช่น

1.ดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้แข็งแรง เพื่อเป็นการกระตุ้นภูมิต้านทาน ไม่ให้ติดเชื้อโรคได้ง่าย ระมัดระวังที่จะไม่แพร่หรือรับเชื้อ ใส่หน้ากากอนามัยเมื่อจำเป็น ไม่ไปในที่ที่เสี่ยงต่อการระบาด

2.ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร หลังจากออกจากห้องน้ำ หรือหลังจากกลับมาจากภายนอกบ้านทุกครั้งให้เป็นนิสัย

3.ไม่ซื้อยาต้านแบคทีเรียกินเองจากร้านชำ ตลาดนัด ร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกร รวมทั้งไม่ซื้อเพื่อนำมาใช้กับสัตว์เลี้ยง หรือใช้ในการเกษตร โดยไม่ปรึกษาบุคลากรด้านสุขภาพ

4.ไม่เรียกร้องขอยาต้านแบคทีเรียจากบุคลากรด้านสุขภาพ

5.หากได้รับการสั่งให้ใช้ยาต้านแบคทีเรีย ขอให้ซักถามบุคลากรฯ ถึงความจำเป็นในการใช้ยาต้านแบคทีเรีย วิธีการใช้ยา ผลข้างเคียงหรือการแพ้ยา และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพขณะใช้ยา

6.ถ้าได้รับยาต้านแบคทีเรีย ต้องรับประทานยาตามคำสั่งจนครบจำนวนและระยะเวลาที่กำหนด แม้อาการจะดีขึ้น ไม่เก็บยาไว้ใช้ต่อไป ไม่แบ่งให้คนอื่นกิน หากแพ้ยาต้องรีบพบแพทย์หรือเภสัชกรทันทีโดยนำยาไปด้วย

7.ไม่ใช้ยาเกินจำเป็น โรคสามโรคต่อไปนี้ไม่ได้เกิดจากแบคทีเรีย จึงไม่มีประโยชน์ในการใช้ยาต้านแบคทีเรีย ได้แก่

a. หวัด ไอ คอแดง แต่ไม่มีจุดหนองภายในลำคอบริเวณต่อมทอนซิล เป็นการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจตอนบนที่เกิดจากไวรัส

b. ท้องเสียธรรมดาไม่บวดเบ่ง ไม่มีมูกเลือด

c. บาดแผลสะอาด เพียงทำแผลด้วยน้ำยาใส่แผลภายนอกก็พอ

8.ร่วมกลุ่มชุมชนแลกเปลี่ยนความรู้ ช่วยกันเฝ้าระวังชุมชนไม่ให้มีการขายยาต้านแบคทีเรียที่ผิดกฎหมาย และช่วยกันติดตามปัญหาการใช้ยานี้ในชุมชน

9.ร่วมส่งสัญญาณเตือนภัยทั้งในระดับชุมชนและระดับชาติ

แหล่งข้อมูลประกอบ

1.คณะกรรมการประสานงานและบูรณาการงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ (2558) ภูมิทัศน์ของสถานการณ์และการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย, พิมพ์ที่สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์

2.แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (2553) รายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี 2553 สถานการณ์เชื้อดื้อยาและปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะ, ISBN 978-616-551-422-4, พิมพ์ที่อุษาการพิมพ์

3.ภานุมาศ ภูมาศ และคณะ (2555) ผลกระทบด้านสุขภาพและเศษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 6(3): 352-360.

4.Lim C, et al (2016) Epidemiology and burden of multidrug-resistant bacterial infection in a developing country. eLIFE 5: e18082. https://elifesciences.org/content/5/e18082

5.http://resistancemap.cddep.org/AntibioticResistance.php

6.http://ecdc.europa.eu/en/EAAD/Pages/Home.aspx

7.http://www.who.int/mediacentre/events/2015/world-antibiotic-awareness-week/event/en/

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

9.http://www.thaidrugwatch.org/printout03.php

ผศ.ภญ.ดร.ศิริตรี สุทรจิตต์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หมุนดูโลกเพื่อเรียนรู้ยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ข้อดีของการมีปัญหาที่รุนแรง รุมเร้า กดดันมากๆ คือการผลักให้เกิดแนวทางการแก้ปัญหาและความร่วมมือของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหา กรณีของปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (antimicrobial resistance, AMR) ก็เช่นกัน ภายใต้สภาวะกดดันที่แนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะยังเพิ่มขึ้นควบคู่กันไปกับอัตราการดื้อยาที่สูงขึ้นรุนแรงขึ้นและกว้างขวางขึ้น ได้เกิดการขับเคลื่อนที่สำคัญขึ้นในระดับสากลและระดับประเทศจำนวนมาก บทความนี้จะหมุนดูโลกด้วยการพลิกดูแผนการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของต่างประเทศ ว่ามีประเด็นน่าสนใจอย่างไร โดยยกตัวอย่างจากประเทศญี่ปุ่น อินเดีย และสวีเดน เป็นหลัก

ชื่อเรียกและหน้าตาแตกต่าง แต่หลักการเดียวกัน

โดยนัยของคำศัพท์ นโยบาย (policy) ยุทธศาสตร์ (strategy) และแผนปฏิบัติการ (action plan) มีความหมายแตกต่างกัน แต่เราจะพบคำเหล่านี้เป็นชื่อเรียกพิมพ์เขียวสำหรับจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของแต่ละประเทศ โดยสองคำหลักที่มักถูกใช้ คือ “Action plan” (เช่น ในแผนของญี่ปุ่น เวียดนาม ฟิจิ ฟิลิปปินส์ สหรัฐอเมริกา กรีซ เนเธอแลนด์ สเปน) และ “Strategy” (เช่น นอร์เวย์ สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร) คำอื่นที่ถูกใช้เรียก เช่น Policy, Policy framework, Programme ทั้งนี้ ในส่วนขององค์การอนามัยโลก มี “Global Action Plan on Antimicrobial Resistance”[1] เป็นแผนระดับสากล ที่มี Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) และ World Organization for Animal Health (OIE) เป็นไตรภาคีร่วมกันพัฒนาขึ้นมา และมีคู่มือการพัฒนา “National Action Plan, NAP” สำหรับประเทศสมาชิกในการทำแผนจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาในระดับประเทศ[2] ไม่เพียงชื่อเรียกที่ต่าง แต่โครงสร้างและรายละเอียดภายในของแต่ละแผนก็มีความหลากหลาย หากใช้จำนวนหน้าของแผนบ่งชี้ถึงปริมาณรายละเอียดภายในเล่ม จะพบว่ามีตั้งแต่แผนจำนวน 5 หน้าของโปรตุเกส ไปจนถึงแผนเกือบร้อยหน้าของกรีซ เลยทีเดียว

[1]World Health Organization. 2015. Global action plan on antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization.

[2]World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Organisation for Animal Health. 2016. Antimicrobial resistance: A manual for developing national action plans Version 1. Geneva: World Health Organization.

อย่างไรก็ตาม บนความหลากหลายนี้ มีหลักการสำคัญที่ถูกอ้างอิงโดยประเทศต่างๆ เหมือนกัน คือ แนวคิดเรื่องสุขภาพหนึ่งเดียว หรือ **One Health approach** ซึ่งเน้นความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพของคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม มีผลให้แผนของประเทศต่างๆ ล้วนครอบคลุมทั้งการใช้ยาปฏิชีวนะของมนุษย์ในสถานพยาบาลและชุมชน ครอบคลุมการใช้ยาในสัตว์ ทั้งสัตว์ป่วยและสัตว์ที่ถูกนำมาเป็นอาหาร ครอบคลุมไปถึงภาคการเกษตรและอาหาร และมีผลให้ทุกวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องมีบทบาทร่วมกันในการป้องกันและแก้ปัญหาเชื้อดื้อยา นอกจากนี้ ในแผนของประเทศที่เกิดขึ้นหลังปีค.ศ. 2015 มักใช้กรอบ Global Action Plan on Antimicrobial Resistance (GAP-AMR) ขององค์การอนามัยโลกเป็นหลัก โดยมีการปรับรายละเอียดให้เหมาะกับบริบทของประเทศตน บางประเทศอาจนำหลักการอื่นมาใช้ร่วม เช่น การจัดการความเสี่ยง (risk management)

GAP-AMR ที่เป็นเสมือนกรอบใหญ่ให้แต่ละประเทศนำไปกำหนดแผนระดับประเทศ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ 5 ข้อ คือ

1) เสริมความตระหนักและความเข้าใจ (awareness and understanding) ในเรื่องเชื้อดื้อยาผ่านการสื่อสาร การให้ความรู้และการอบรมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มเป้าหมาย

2) พัฒนาองค์ความรู้ขึ้นมาแก้ปัญหา ด้วยการวิจัยและการเฝ้าระวัง (research and surveillance) การวิจัยจำเป็นต้องมีหลายสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันและลดปัญหาเชื้อดื้อยา จึงครอบคลุมงานวิจัยพื้นฐานเพื่อให้เข้าใจกลไกการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรีย งานวิจัยและพัฒนายาใหม่หรือวัคซีนและงานวิจัยทางคลินิก งานวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการตรวจวินิจฉัยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมถึงงานวิจัยทางสังคมศาสตร์เพื่อเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ และงานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์เพื่อตอบโจทย์ความคุ้มค่าของวิธีการแก้ปัญหาหรือนโยบาย ในส่วนของระบบการเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะและการดื้อยาของประเทศ ควรมีมาตรฐานของข้อมูลร่วมกันทั้งการเฝ้าระวังในคน สัตว์ สิ่งแวดล้อม และให้มีช่องทางด่วนสำหรับการแบ่งปันข้อมูลการเกิดเชื้อดื้อยาในระดับโลกด้วย

3) ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อด้วยสุขอนามัยที่ดี การป้องกันการติดเชื้อและการควบคุมโรคติดเชื้อ (infection control and prevention, IPC) รวมถึงการให้วัคซีนที่จำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะและป้องกันโรคจากไวรัสซึ่งในหลายกรณีมักได้รับการรักษาอย่างไม่สมเหตุผลด้วยยาปฏิชีวนะ ในส่วนของสุขภาพสัตว์ การมีแนวปฏิบัติที่ดีในการเลี้ยงสัตว์และการใช้วัคซีน จะช่วยป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ของเชื้อไปในห่วงโซ่อาหารได้

4) ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (antimicrobial stewardship, AMS) ทั้งในคนและสัตว์ ตั้งแต่การสร้างความตระหนักว่ายาปฏิชีวนะเป็นสินค้าสาธารณะที่ต้องใส่ใจในการพัฒนาและบังคับใช้กฎระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการกระจายของยา คุณภาพ การใช้ยา และการส่งเสริมการลงทุนเพื่อวิจัยและพัฒนายา ร่วมกับจัดทำฐานข้อมูลการใช้ยาทั้งในคนและสัตว์ การตรวจวินิจฉัยที่เร็ว มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าจะช่วยให้การเลือกใช้ยาปฏิชีวนะเหมาะสมยิ่งขึ้น

5) พัฒนารูปแบบการลงทุนที่ยั่งยืน (economic case) เพื่อพัฒนายาใหม่ วัคซีน วิธีการตรวจวินิจฉัยหรือวิธีการรักษาอื่นๆ หมายรวมถึงตั้งแต่การสะท้อนศักยภาพในด้านที่ยังจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่ม การมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของวิธีแก้ปัญหารูปแบบต่างๆ การประเมินผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากปัญหาเชื้อดื้อยา และการหาโมเดลสนับสนุนการลงทุนวิจัยและพัฒนาวิธีการรักษาใหม่ ที่จูงใจให้ผู้ผลิตยาดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากจุดร่วมข้างต้นตาม GAP-AMR แล้ว สิ่งที่สังเกตได้จากแผนของทุกประเทศ คือการให้ความสำคัญกับการมีฐานข้อมูลด้านต่างๆที่ถูกต้อง ทันต่อเหตุการณ์ ครอบคลุมและเชื่อมโยงทุกภาคส่วน ทุกสถานที่ เพื่อให้ประเทศทราบสถานการณ์ ระบุแนวโน้มของปัญหา ชี้ช่องโหว่ของระบบและประเมินความสำเร็จของการดำเนินการต่างๆได้ ทำให้การตัดสินใจและการทำงานอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลอย่างแท้จริง อีกประเด็นที่ประเทศส่วนใหญ่มีเพิ่มเติมในแผน คือการระบุบทบาทของประเทศตนเองในการจะเป็นผู้นำเพื่อผลักดันการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาในภูมิภาคหรือในระดับโลก รวมถึงการสนับสนุนความร่วมมือระหว่างประเทศและภูมิภาคในรูปแบบต่างๆ ผ่านเครือข่ายความร่วมมือที่มีอยู่เดิมหรือพัฒนาขึ้นมาใหม่

ทั้งนี้ หากสนใจรายละเอียดแผนของแต่ละประเทศ สามารถศึกษาเพิ่มที่เว็บไซต์องค์การอนามัยโลก http://www.who.int/drugresistance/action-plans/library/en/ แม้ประเทศสมาชิกภายใต้ WHO South East Asia Region ไม่ถูกระบุในเว็บไซต์ดังกล่าว แต่หลายประเทศก็ได้มีการพัฒนาแผนระดับประเทศให้สอดคล้องกับ GAP-AMR แล้ว เช่น ประเทศไทย บังคลาเทศ ภูฏาน อินเดีย อินโดนีเซีย เมียนมาร์ และ เนปาล[3]

Think globally, Act locally

อีกความน่าสนใจและสวยงามของแผนจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศต่างๆ คือ ภายใต้กรอบใหญ่ตาม GAP-AMR ที่มีร่วมกัน จะพบว่า แผนของแต่ละประเทศสามารถสะท้อนบุคลิกของประเทศนั้นออกมาได้ ด้วยการมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน และการปรับความครอบคลุมรวมถึงรายละเอียดภายในแผนระดับประเทศให้เข้ากับบริบทและปัญหาที่เผชิญอยู่ในระบบสุขภาพของตน ซึ่งก็เป็นไปตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะใน GAP-AMR ว่าประเทศสมาชิกควรพัฒนา national action plan ของตนที่สอดรับกับ GAP-AMR และต่อยอดจากต้นทุนและความร่วมมือต่างๆที่แต่ละประเทศมีอยู่เดิมด้วย

ในความเป็น**ประเทศญี่ปุ่น** เราจะเห็นความละเอียดของการคิดแผนปฏิบัติการจำนวน 69 หน้า อย่างเป็นระบบและมีโครงสร้างที่ชัดเจน ในแต่ละยุทธศาสตร์จะไล่เรียงตั้งแต่ เป้าหมาย ที่มาหรือข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง นโยบาย ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการดำเนินการเรื่องนั้นๆ ตัวชี้วัดที่บอกความสำเร็จ และเอกสารอ้างอิง ญี่ปุ่นละเอียดถึงขั้นระบุในแผนยุทธศาสตร์ว่า ใครคือกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญลำดับต้น และประเด็นสำคัญหรือ key message สำหรับการรณรงค์ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายนั้นคืออะไร ซึ่งทำให้แผนปฏิบัติการนี้มีความเป็นรูปธรรม และมีความพร้อมสำหรับผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับที่จะหยิบไปดำเนินการได้ เช่น ข้อความสำหรับการสร้างความตระหนักในกลุ่มประชาชนทั่วไปในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล คือ “ยาปฏิชีวนะไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาหวัด การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นทำให้เชื้อดื้อยา”

[3]World Health Organization Regional Office for South-East Asia. 2016. Antimicrobial resistance. Provisional agenda item 9.1 for Sixty-ninth session SEA/RC69/9, Colombo, Sri Lanka, 5-9 September 2016.

ในเชิงเนื้อหา ญี่ปุ่นชัดเจนในการระบุภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เมื่อกล่าวถึงสุขภาพคนจะแยกประเด็นระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ (ตั้งแต่การศึกษาระดับปริญญาตรี บัณฑิตศึกษา อนุมัติบัตรและวุฒิบัตร จนถึงการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากร) และประชาชน (ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก เด็กเล็กและผู้ปกครอง ผู้สูงอายุและผู้ที่พักอาศัยในสถานพักฟื้น นักเรียนชั้นมัธยมต้นและชั้นมัธยมปลาย ผู้จะเดินทางไปต่างประเทศ และธุรกิจที่เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะทั้งในคนและสัตว์ และธุรกิจอาหาร) เมื่อกล่าวถึงสุขภาพสัตว์ จะแยกเป็นภาคปศุสัตว์ โรงพยาบาลสัตว์ สัตว์น้ำ และภาคการเกษตร การระบุถึงภาคการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ (aquaculture) เป็นอีกจุดเด่นของญี่ปุ่นซึ่งเป็นประเทศที่ล้อมรอบด้วยมหาสมุทรและมีอุตสาหกรรมเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำเป็นเสาหลักหนึ่งของความมั่นคงทางอาหารของประเทศ นอกจากนี้ ยังมีหัวข้อเฉพาะเกี่ยวกับการเตรียมศักยภาพและการจัดสรรกำลังคนเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินจากการระบาดใหญ่ของเชื้อดื้อยาด้วย ที่น่าสนใจอีกเรื่องของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งดำเนินการไปแล้วเมื่อมีการปรับพระราชบัญญัติการรักษาพยาบาล คือ การบังคับให้สถานพยาบาลทุกแห่งต้องมีคณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection) และกำหนดให้มีค่าธรรมเนียม (premium) ของการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้สถานพยาบาลดำเนินการอย่างจริงจังและพัฒนาเครือข่ายในระดับภูมิภาคควบคู่ไปด้วย

สำหรับ**ประเทศอินเดีย** เราจะได้กลิ่นอายของมาตรการทางกฎระเบียบ (regulatory strategy) หลายประเด็น เช่น การปรับกฎหมายยาเพื่อให้การติดตามการกระจายยาปฏิชีวนะชัดเจนขึ้น โดยในยา Schedule H ที่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์และครอบคลุมถึงกลุ่มยาปฏิชีวนะด้วยนั้น ต้องมีบันทึกการซื้อขายที่ตรวจสอบได้ ทั้งชื่อที่อยู่ผู้สั่งจ่ายและผู้ป่วย ชื่อยา ปริมาณ เลขที่ครั้งที่ผลิต วันที่หมดอายุและลายเซ็นของเภสัชกร นอกจากนี้ ยังแยกยาปฏิชีวนะเป็นกลุ่ม H1 เพื่อสะดวกต่อการติดตามการขายที่ผิดกฎหมาย มีระบบรหัสสีสำหรับยาปฏิชีวนะ third generation antibiotics และยาโมเลกุลใหม่ เช่น ในกลุ่ม carbapenems และ tigecycline เพื่อจำกัดการใช้เฉพาะในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิเท่านั้น และมีแผนจะจำกัดทะเบียนยาสูตรผสมที่มียาปฏิชีวนะมากกว่าหนึ่งชนิดที่อาจจะไม่เหมาะสมอีกด้วย เป็นต้น

การที่อุตสาหกรรมยาของอินเดียมีขนาดของการผลิตที่สูงติดหนึ่งในสามของโลก แผนการจัดการเชื้อดื้อยาของอินเดียจึงสะท้อนการสนับสนุนอุตสาหกรรมยาและการควบคุมคุณภาพยาปฏิชีวนะในหลายส่วน รัฐบาลอินเดียสนับสนุน public-private partnership (PPP) model หรือทำความร่วมมือกับอุตสาหกรรมยาในการพัฒนายาปฏิชีวนะ โดยรัฐดูแลรับผิดชอบในส่วนของการกระจายยา การขายและการส่งเสริมการขายยาเอง ในด้านการควบคุมคุณภาพยา มีการระบุรายละเอียดของเกณฑ์มาตรฐานต่างๆที่ผู้ผลิตต้องดำเนินการ รวมถึงการตรวจสอบอย่างเข้มงวด

หากข้ามจากเอเชียมาดูประเทศต้นแบบด้านการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยา อย่างสวีเดนและออสเตรเลีย จะได้อีกอารมณ์ของแผนการจัดการเชื้อดื้อยาที่สะท้อนแนวคิด One Health อย่างชัดเจน และการให้น้ำหนักกับมาตรการเชิงการจัดการ (managerial strategy) และเชิงการให้ข้อมูลความรู้ (educational strategy) เป็นหลัก

สวีเดนมีระบบการเฝ้าระวังการใช้ยาและการดื้อยาในคน (เครือข่าย Strama) และในสัตว์ และการใช้ยาในอาหาร (Strama VL) ที่ดีมาก และมีการห้ามใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อเร่งการโตในสัตว์ (growth promoter) ตั้งแต่ปีค.ศ. 1986 ยี่สิบปีก่อนที่สหภาพยุโรปจะห้าม (ban) การใช้ยาปฏิชีวนะในลักษณะเดียวกัน ทำให้สวีเดนถอดบทเรียนความสำเร็จของตนในฐานะประเทศที่มีปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์ต่ำที่สุดในยุโรป และพบว่าภาคบริการสุขภาพต้องมีความร่วมมือที่ใกล้ชิดกันระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่น และระหว่างรัฐบาลกับอุตสาหกรรมปศุสัตว์ สวีเดนยังให้ความสำคัญกับการดำเนินการต่อเนื่องในการป้องกันโรคติดเชื้อ ทั้งโครงการวัคซีน การสร้างความเข้าใจและส่งเสริมศักยภาพในกลุ่มคนต่างๆ ให้สามารถตัดสินใจบนพื้นฐานการมีข้อมูลที่ถูกต้อง (เช่น จัดให้มีฉลากระบุแหล่งที่มาของเนื้อสัตว์เพื่อผู้บริโภคจะได้ตัดสินใจเลือกอาหารจากแหล่ง (ประเทศ) ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และให้หน่วยงานท้องถิ่นหรือภาคเอกชนที่ผลิตอาหารสามารถเข้าถึงและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคได้ด้วยตนเอง) และสวีเดนยังไปไกลถึงเรื่องสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อกำจัดยาตกค้างในน้ำทิ้งหรือของเสียที่ถูกกำจัดได้ยากในโรงบำบัด และการผลักดันให้กระบวนการจัดซื้อยาของแต่ละมณฑล ได้พิจารณาซื้อจากบริษัทยาที่มีกระบวนการผลิตที่ดี มีการปนเปื้อนของยาปฏิชีวนะสู่สิ่งแวดล้อมน้อยที่สุดด้วย

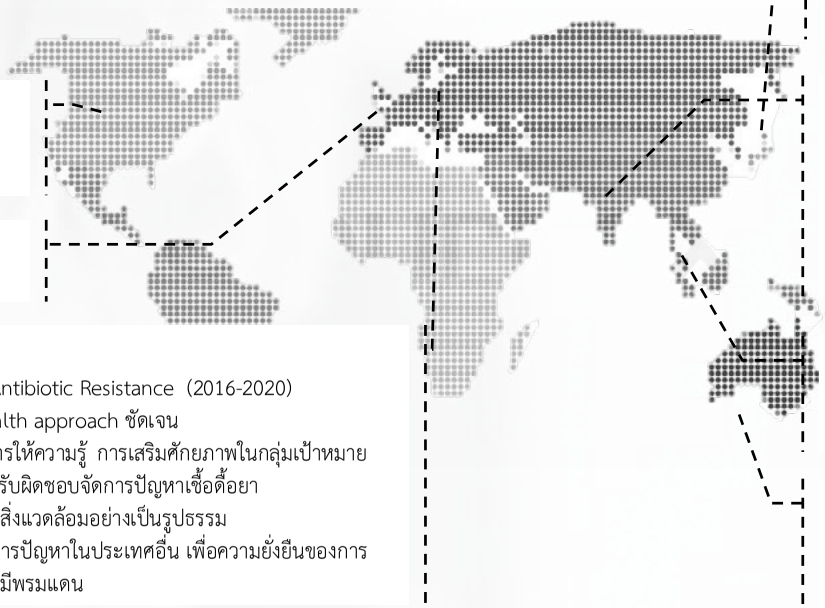
ในด้านการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะ สวีเดนใช้คำว่า “responsible use” ซึ่งลึกซึ้งว่า นอกจากแพทย์ที่เป็นผู้มีสิทธิสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะเพราะเป็นยาตามใบสั่งแพทย์แล้ว ทุกคนมีความรับผิดชอบร่วมกันในการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีอยู่อย่างทะนุถนอม ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อย่างยาวนานที่สุด ดังนั้นแม้สถานการณ์การดื้อยาในสวีเดนจะต่ำและมีภาคีจำนวนมากที่เข้มแข็งอยู่แล้ว แต่ก็ต้องให้มั่นใจว่าข้อมูลที่สื่อสารไปในการขับเคลื่อนต่างๆ เป็นข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกันในทุกภาคส่วน รวมถึงต้องสนับสนุนการจัดการเชื้อดื้อยาร่วมกับประเทศอื่นด้วย เพราะภายใต้ยุคโลกไร้พรมแดน การท่องเที่ยวและการค้าระหว่างประเทศมีส่วนอย่างมากต่อการแพร่ของเชื้อดื้อยาได้

หมุนโลกอีกครึ่งรอบ กลับมาที่ประเทศไทยของเรา ขณะนี้เรามีแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 เป็นแผนแรกของประเทศที่ดึงภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งสุขภาพคน สัตว์และสิ่งแวดล้อม เข้ามาช่วยกัน ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีมากสำหรับก้าวต่อไปในการร่วมกันรับผิดชอบต่อสุขภาพของสังคมไทยและสังคมโลก

Global Action Plan on AMR 2015:

1. เพิ่มความตระหนักและความเข้าใจในเรื่องเชื้อดื้อยา
2. เสริมความรู้และการตัดสินใจบนหลักฐาน ด้วยระบบเฝ้าระวังและงานวิจัย
3. ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อด้วยสุขอนามัยที่ดีและการป้องกันการติดเชื้อ
4. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ทั้งในมนุษย์และสัตว์
5. พัฒนาการลงทุนที่ยั่งยืนเพื่อพัฒนายาใหม่ วัคซีน วิธีการตรวจวินิจฉัย หรือวิธีการรักษาอื่นๆ

One Health : สุขภาพหนึ่งเดียว ของคน สัตว์ สิ่งแวดล้อม



USA National Action Plan for Combating Antibiotic-Resistant Bacteria (2013-2020)

UK Five Year Antimicrobial Resistance Strategy (2013-2018)

Sweden

- Swedish Strategy to Combat Antibiotic Resistance (2016-2020)
- ต้นแบบการเรียนรู้ที่ดี ใช้ One Health approach ชัดเจน
- เน้นมาตรการทางการจัดการและการให้ความรู้ การเสริมศักยภาพในกลุ่มเป้าหมาย
- Responsible use: ทุกคนต้องร่วมรับผิดชอบจัดการปัญหาเชื้อดื้อยา
- ก้าวไปไกลถึงเรื่องความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นรูปธรรม
- มองไปไกลถึงการสนับสนุนการจัดการปัญหาในประเทศอื่น เพื่อความยั่งยืนของการแก้ปัญหา เพราะปัญหาเชื้อดื้อยาไม่มีพรมแดน

Japan

- National Action Plan on Antimicrobial Resista
- แผนมีโครงสร้างและความละเอียดสูง เป็นรูปธรรม
- มีประเด็นสัตว์น้ำ และการเตรียมพร้อมโต้ตอบเมื่อมีก
- ค่าธรรมเนียมสำหรับการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพย

India

- National Policy for Containment of Antimicro
- เน้นมาตรการทางกฎหมาย Highlight กลุ่มยาปฏิชีวน มีรหัสสีสำหรับยาปฏิชีวนะใหม่เพื่อติดตามการกระจา
- สนับสนุนอุตสาหกรรมยาในประเทศ และการประกัน
- Public-private partnership ระหว่างรัฐบาลกับผู้ผลิ

Thailand

- แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเท
- แผนแรกของประเทศที่รวมทุกภาคส่วนเข้ามา

Australia

- Responding to the Threat of Antimicrobial Re
- แผนแรกของประเทศที่รวมทุกภาคส่วนเข้ามา

ภญ.พศ.ดร.อรกัญญ์ ภูมิโคกรักษ์

ตระหนักรู้ ตระหนักใช้ปฏิชีวนะ

การศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักต่อยาปฏิชีวนะ (Antibiotic Awareness) ดูเหมือนจะเกี่ยวข้องกับทวีปยุโรปเป็นส่วนใหญ่ ในที่นี้จับกระแสจะขอนำเสนอตัวอย่างการศึกษาและความเห็นที่เกี่ยวข้องกับที่อื่นด้วย

การใช้เว็บไซต์ e-Bug: แหล่งความรู้ด้านสุขอนามัยและความตระหนักต่อยาปฏิชีวนะสำหรับเด็ก

การให้ความรู้แก่สาธารณชนและผู้ประกอบวิชาชีพเรื่องความสำคัญของการควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance) ผ่านทางการลดการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นจุดเน้นสำคัญของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งยุโรป (European Centre for Disease Prevention and Control) ผ่านทางโครงการรณรงค์วันตระหนักต่อปฏิชีวนะแห่งยุโรป (European Antibiotic Awareness Day (/ EAAD) ประจำปี อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขแห่งสหราชอาณาจักรก็ให้ความสำคัญ โดยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ 5 ปีว่าด้วยการดื้อยาต้านจุลชีพ (Five Year Antimicrobial Resistance Strategy) ไว้อย่างชัดเจนด้วย

e-Bug นั้นเป็นแหล่งให้ความรู้แก่เด็กๆและเยาวชนที่โรงเรียนและที่บ้าน ซึ่งมุ่งเป้าเพื่อช่วยลดการใช้ยาต้านจุลชีพทั่วยุโรป โดยสอนเกี่ยวกับจุลินทรีย์ สุขอนามัย การติดเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรอบคอบ แหล่งความรู้ e-Bug มีเป็นภาษาต่างๆมากกว่า 22 ภาษา และใช้กันแพร่หลายทั่วโลก แหล่งความรู้เหล่านี้สามารถเข้าถึงได้จากเว็บไซต์ของ e-Bug การศึกษาชิ้นหนึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การใช้เว็บไซต์ e-Bug เพื่อทำความเข้าใจว่าผู้ใช้เข้าถึงเว็บไซต์ได้อย่างไร ที่ใดและเมื่อใด และเพื่อดูความแตกต่างในการใช้ประโยชน์ในบริเวณต่างๆของเว็บไซต์ โดยใช้เครื่องมือกูเกิลอนาไลติกส์ (Google Analytics) ติดตามสถิติการใช้เว็บไซต์ e-Bug ตั้งแต่เดือนกันยายน 2553 ถึงเดือนสิงหาคม 2556 สถิติแสดงให้เห็นว่ามีการเข้าเยี่ยมชมเว็บไซต์กว่า 324,000 ครั้ง ในเวลา 3 ปี มีผู้เข้าเยี่ยมชมเกือบ 250,000 คน โดยจำนวนผู้เข้าเยี่ยมชมเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้เข้าเยี่ยมชมเข้าเว็บไซต์จาก 211 ประเทศ ดาวน์โหลดเอกสารมากกว่า 267,000 ฉบับ ผู้เข้าเยี่ยมชมส่วนใหญ่มาจากสหราชอาณาจักรและเข้าเยี่ยมชมเว็บไซต์ในภาคภาษาอังกฤษ ประเทศอย่างเช่นฝรั่งเศสและโปรตุเกสก็เป็นผู้เข้าเยี่ยมชมบ่อยเช่นกัน รองจากยุโรปแล้วทวีปอเมริกาใช้ e-Bug มากที่สุด (10.58%) ตามด้วยทวีปเอเชีย (6.30%) ทวีปแอฟริกาและภูมิภาคโอเชียเนียใกล้เคียงกัน (2.40% และ 2.12%) สถิติเว็บไซต์เหล่านี้เน้นให้เห็นว่าการใช้ e-Bug ได้ขยายไปทั่วโลกแล้ว ผลการศึกษาจะใช้เป็นข้อมูลเพื่อดัดแปลงหรือทำให้เนื้อหาสาระทันสมัย ตลอดจนพัฒนาแหล่งให้ความรู้ใหม่ๆในอนาคต

สัปดาห์ตระหนักต่อยาปฏิชีวนะโลกครั้งแรกในประเทศบังคลาเทศ

การค้นพบยาเพนิซิลลิน (penicillin) โดยแอเล็กแซนเดอร์ เฟล็มมิง เมื่อปี ค.ศ. 1928 ได้นำวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้าสู่ยุคใหม่ ยาปฏิชีวนะได้ช่วยรักษาชีวิตคนหลายล้านคนแล้วตั้งแต่นำมาใช้เป็นครั้งแรกในช่วงทศวรรษปี ค.ศ. 1940-1949 แต่เนื่องจากการใช้มากเกินไปและการใช้ไม่เหมาะสมหรือการไม่ใช้จนจบแผนการรักษา ทำให้ยาปฏิชีวนะจำนวนมากไม่สามารถฆ่าแบคทีเรียที่เคยฆ่าได้อีกต่อไป กล่าวคือ แบคทีเรียเกิดการดื้อยาปฏิชีวนะขึ้น ด้วยสถานการณ์แบบนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organisation, WHO) จึงได้จัดสัปดาห์ตระหนักต่อยาปฏิชีวนะโลกขึ้นเป็นครั้งแรกในช่วงวันที่ 16-22 พฤศจิกายน 2558 หัวข้อเรื่องคือ “Antibiotic handle with care” ได้มีการนำข้อมูลการดื้อยาปฏิชีวนะของจุลินทรีย์ต่าง ๆเข้ามานำเสนออย่างน่าสนใจ วัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักถึงปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะและส่งเสริมการปฏิบัติที่ดีที่สุดในหมู่สาธารณชนทั่วไป ผู้ทำงานทางด้านสุขภาพและผู้วางนโยบาย ให้ร่วมกันพยายามลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อลง ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้การดื้อยาปฏิชีวนะเกิดขึ้นและแพร่กระจายต่อไป มีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการรณรงค์ให้เกิดความตระหนักในหมู่สาธารณชนตลอดปี เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างผิด ๆ และอันตรายที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง ณ เวลานี้ [ปี พ.ศ. 2559] เป็นเวลาสำคัญสำหรับรัฐบาลบังคลาเทศที่จะต้องกำหนดยุทธศาสตร์ว่าด้วยการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพระดับชาติ เพื่อตอบโต้ภัยคุกคามจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างผิด ๆและการดื้อยา ยุทธศาสตร์นั้นควรมุ่งความสนใจไปที่มาตรการป้องกันการดื้อยาปฏิชีวนะ รวมทั้งลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมทั่วทุกภาคส่วนที่ใช้ยาประเภทนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Health. UK 5-Year Antimicrobial Resistance Strategy 2013 to 2018. London, UK: Department of Health; 2013. Available from https://www.gov.uk/government/publications/uk-5-year-antimicrobial-resistance-strategy-2013-to-2018.

2. Yasmeen BHN. The first world antibiotic awareness week on antibiotic resistance. North Int Med Coll J 2016 Jan;7 (2):125-6.

3.Young VL, Rajapandian V, Eley CV, Hoekstra BA, Lecky DM, McNulty CA. Monitoring web site usage of e-Bug: a hygiene and antibiotic awareness resource for children. JMIR Res Protoc 2015 Nov 13;4 (4):e131.

การจัดการเรื่องเชื้อดื้อยาฯในประเทศไทย: จากสามประสาน เราจะไปถึงดวงดาวไหม

ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพนั้น มีการรายงานสถานการณ์มานานพอสมควร มีความพยายามทำงานอย่างกระจัดกระจายมาบ้างแล้ว ต่อมากพย. โดยการสนับสนุนของ สสส. ได้ทำงานประสานการสร้างความตระหนักในระดับชุมชน และทำงานด้านวิชาการมาตั้งแต่ปีพ.ศ.2552 รวมทั้งเข้าร่วมขับเคลื่อนทางนโยบาย จนในที่สุดประเทศไทยได้ประกาศยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 ด้วยการรับรองโดยคณะรัฐมนตรี เมื่อ 17 สิงหาคม พ.ศ.2559 ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ในด้านนี้ฉบับแรกของประเทศไทย เป็นทิศทางที่สอดคล้องกับการเคลื่อนไหวทั่วโลก โดยขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดทำแผนปฏิบัติการ อย่างไรก็ตาม กว่าจะมาเป็นแผนยุทธศาสตร์นั้น กพย.และภาคีได้เสนอวาระจนออกมาเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2558 และก่อนหน้านี้ ไทยก็มีนโยบายแห่งชาติด้านยา ซึ่งการใช้ยาสมเหตุผล มีเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ (ยาต้านแบคทีเรีย) ด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามีการขับเคลื่อนเรื่องนี้อยู่สามช่องทาง จากสามประสานนี้ เราคงต้องติดตามกันต่อไปว่าจะเสริมงานกันอย่างไรและในที่สุดแล้วจะไปได้ถึงดวงดาวได้หรือไม่

สำหรับยุทธศาสตร์ที่กล่าวถึงข้างต้นนั้น มีทั้งหมด 6 ยุทธศาสตร์ย่อย ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพภายในแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ได้แก่

1.1 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเชื้อดื้อยาของประเทศแบบบูรณาการ

1.2 การพัฒนาศักยภาพและเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา

1.3 การพัฒนาศักภาพและเครือข่ายด้านระบาดวิทยาของการดื้อยาต้านจุลชีพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพ ได้แก่

2.1 การปรับปรุงกฎระเบียบ ทบทวนการจัดประเภทยาปฏิชีวนะ และเงื่อนไขพิเศษที่กำหนดช่องทางการกระจายยา

2.2 การพัฒนาระบบสารสนเทศ การกระจายเภสัชเคมีภัณฑ์ ประเภทยาปฏิชีวนะ และยาสำเร็จรูป

2.3 การเฝ้าระวังเชิงรุกและบังคับใช้กฎหมายควบคุมช่องทางการนำเข้า

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ได้แก่

3.1 การจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพภายในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนอย่างเป็นระบบบูรณาการ

3.2 การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรด้านโรคติดเชื้อ

3.3 การกำกับ ติดตาม ประเมินผลการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในสถานพยาบาล

3.4 การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในคลินิก

3.5 การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในร้านยา

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง ได้แก่

4.1 การลดการใช้ยาต้านจุลชีพในการทำปศุสัตว์และประมง

4.2 การลดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในห่วงโซ่การผลิตอาหาร

4.3 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการใช้ยาต้านจุลชีพ

4.4 การพัฒนาต้นแบบสถานพยาบาลสำหรับสัตว์เลี้ยงในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม

4.5 การพัฒนาให้ความรู้เรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพกับผู้ที่เกี่ยวข้องในภาคการเกษตรทั้งพืชและสัตว์

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน

5.1 การส่งเสริมบทบาทขององค์กรและเครือข่ายภาคประชาสังคม สื่อมวลชนในการสร้างความเข้าใจและความตระหนัก

5.2 การส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเชื้อดื้อยา

5.3 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การบริหารและพัฒนากลไกระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อนงานแก้ปัญหาด้านการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างยั่งยืน

6.1 การพัฒนาโครงสร้างและกลไกระดับประเทศเพื่อขับเคลื่อนงานแก้ปัญหาด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ

6.2 การบริหารงานและติดตามประเมินผล

6.3 การสนับสนุนงานวิจัยและพัฒนาเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างมีประสิทธิภาพในประเทศไทย

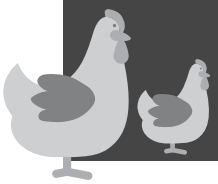
6.4 การธำรงบทบาทเชิงรุกของประเทศไทยในเวทีโลกในการร่วมมือกับนานาประเทศเพื่อแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ

ทั้งนี้ ยังมีประเด็นที่ปรากฏในมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ที่นอกเหนือจากที่ปรากฏในยุทธศาสตร์ชาติอยู่บ้าง เช่น บทบาทสมัชชาจังหวัดและบทบาทกระทรวงต่างๆ (เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง)

แกนงานระดับชาติสามประสาน ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (ที่กำลังจะตั้ง) และ สสส. จะต้องประสานการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้กลมกลืนเสริมงานหรือเติมเต็มในส่วนที่ขาดซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะงานรณรงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักในสังคมภาพกว้างตลอดจนถึงงานในชุมชน ในด้านการติดตามผล จะมีทั้งการติดตามโดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และโดยแผน CCS ขององค์การอนามัยโลก

ดร. ภริณดา ทยานุกูล
ภาควิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
ผศ.ดร. นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี
ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ยาปฏิชีวนะตกค้างในสิ่งแวดล้อมจากการเลี้ยงสัตว์



ปัญหาจุลินทรีย์ดื้อต่อยาปฏิชีวนะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ และองค์การสุขภาพสัตว์โลก ได้ออกมาเรียกร้องให้มีการควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะ ให้ใช้เท่าที่จำเป็นและมีใช้อย่างมีความรับผิดชอบทั้งในคนและในสัตว์ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการออกข้อกำหนดหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการใช้ยาปฏิชีวนะ พัฒนากระบวนการตรวจสอบติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อลดโอกาสที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาของเชื้อดื้อยา หรือโอกาสในการปนเปื้อนยาปฏิชีวนะสู่สิ่งแวดล้อม[1, 2] นอกจากนี้คณะรัฐมนตรีของไทยก็ได้เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพฉบับแรกของประเทศเมื่อเดือนสิงหาคมที่ผ่านมา ที่ได้เน้นการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลและการเข้าถึงยาปฏิชีวนะที่จำเป็นในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[3] จะเห็นได้ว่าปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะกำลังเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ ที่พวกเราจะต้องให้ความสนใจหาวิธีป้องกันอย่างจริงจัง

ในปัจจุบันมีการตรวจพบการดื้อยาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในรายงานการทบทวนวรรณกรรมของรัฐบาลสหราชอาณาจักรแสดงให้เห็นว่ามีผู้เสียชีวิตจากการดื้อยาทั่วโลก 700,000 รายต่อปี[2] และหากเราไม่มีมาตรการควบคุมอันใดเลย ในปี 2050 อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านรายต่อปี ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียทางเศรษฐกิจถึงหนึ่งล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ (35 ล้านล้านบาท) อันเทียบได้กับการลดลงของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ 2 ถึง 3.5 เปอร์เซ็นต์ ส่วนในประเทศไทยมีรายงานในวารสารวิจัยระบบสาธารสุขเมื่อปี พ.ศ. 2555[4] และบทความของสำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าคนไทยมีการเจ็บป่วยเพราะอาการติดเชื้อกว่า 100,000 คนต่อปี และเสียชีวิตถึง 38,481 รายต่อปี ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยทางตรง 2,539 ถึง 6,084 ล้านบาท และอีกอย่างน้อย 40,000 ล้านบาท ดังนั้น การดื้อยาปฏิชีวนะจึงก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินอย่างมหาศาล

มีการประมาณกันว่าทุกประเทศทั่วโลกมีการใช้ยาปฏิชีวนะในเกษตรกรรม 63,000 – 240,000 ตันต่อปี[5,6] และในประเทศสหรัฐอเมริกาปี 2012 มีการใช้ยาในสัตว์ 8,900 ตัน ในขณะที่ในมนุษย์มีการใช้ยา 3,400 ตัน ซึ่งคิดเป็นอัตราส่วน 70:30[6] ดังนั้นการใช้ยาปฏิชีวนะในภาคเกษตรกรรมจึงเป็นประเด็นสำคัญอย่างยิ่งที่อาจทำให้เกิดการดื้อยาในสิ่งแวดล้อมที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนหรืออาจจะมากกว่าการปนเปื้อนจากกิจกรรมของมนุษย์เสียอีก

การใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์มปศุสัตว์เป็นที่แพร่หลายมาก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า 74.1 % ของฟาร์มสุกรทั้งหมดมีการใช้ยาปฏิชีวนะ และมีการใช้ในฟาร์มขนาดใหญ่เกือบทุกแห่งมากถึง 93.6% ในขณะที่ฟาร์มขนาดเล็กมีการใช้ยาปฏิชีวนะเพียง 67.1% เท่านั้น[7] และเมื่อคำนึงถึงว่า 30-90% ของยาปฏิชีวนะที่มนุษย์รับประทานเข้าไปจะถูกปลดปล่อยออกมากับสิ่งขับถ่าย จึงประเมินได้ว่าจะมียาปฏิชีวนะจำนวนมากที่พร้อมจะแพร่กระจายออกสู่สิ่งแวดล้อมหากมีกระบวนการบำบัดของเสียหรือกระบวนการทำปุ๋ยมูลสัตว์ที่ไม่ดีเพียงพอ[8]

ยิ่งไปกว่านั้น นักวิจัยชาวอังกฤษยังพบว่า การใช้ยาปฏิชีวนะของโลกมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น โดยในระหว่างปี 2000 ถึงปี 2010 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะได้เพิ่มขึ้น 36 % ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเจริญเติบโตของกลุ่มประเทศ BRICS อันประกอบไปด้วยบราซิล รัสเซีย อินเดีย จีน และแอฟริกาใต้[9] และทีมวิจัยยังได้ประเมินต่อไปว่าในช่วงระหว่างปี 2010 ถึง 2030 อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์จะเพิ่มมากขึ้นป็น 67 % อีกครั้งที่ประเทศกลุ่ม BRICS มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะมีอัตราการใช้ยาเพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งเท่าตัวในทุกประเทศ[5] สิ่งนี้บ่งบอกว่าปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะจากการเลี้ยงสัตว์จะมีแนวโน้มที่ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น

รายงานการวิจัยหลายชิ้นระบุว่าระบบบำบัดของเสียในฟาร์มปศุสัตว์ไม่สามารถกำจัดยาปฏิชีวนะและยีนดื้อยาได้อย่างสมบูรณ์ พบว่า มีการลดลงของยีนดื้อยาเพียง 33 ถึง 98% เหลือความเข้มข้นของยีนดื้อยาประมาณ 104–108 gene copy/mL และตรวจพบการแพร่กระจายของยาปฏิชีวนะและยีนดื้อยารอบๆบริเวณฟาร์มสุกรด้วย[10, 11] ในประเทศไทยนั้น Rico และคณะ (2014)[12] ตรวจพบ Oxytetracycline และ Enrofloxacin ในแม่น้ำท่าจีนและแม่น้ำมูลซึ่งมีฟาร์มปลาอยู่เป็นจำนวนมากที่ความเข้มข้นสูงสุดคือ 49 μg/L ในน้ำ และ 6,900 μg/Kg ในตะกอนสำหรับ Oxytetracycline และ 16 μg/L และ 2,300 μg/Kg สำหรับ Enrofloxacin ตามลำดับ สารปฏิชีวนะที่หลงเหลือในปริมาณน้อยเหล่านี้ ไม่สามารถกำจัดจุลินทรีย์ได้ดี แต่อาจมีความสามารถกระตุ้นให้จุลินทรีย์เกิดวิวัฒนาการของกลไกการต่อต้านยาได้ และเมื่อจุลินทรีย์ดื้อยาออกสู่สิ่งแวดล้อมก็ยังอาจมีโอกาสถ่ายทอดไปสู่จุลินทรีย์อื่นๆอีก อันอาจรวมถึงจุลินทรีย์ก่อโรค ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาผลของการปนเปื้อนยาปฏิชีวนะ จุลินทรีย์ดื้อยาปฏิชีวนะ และยีนดื้อยาปฏิชีวนะในสิ่งแวดล้อมจากการประกอบกิจกรรมเลี้ยงสัตว์อย่างจริงจัง และหาวิธีการป้องกันอย่างเหมาะสม ซึ่งในเบื้องต้นอาจใช้วิธีการจัดการ ที่สามารถกระทำได้ในทันทีได้แก่ การพยายามลดการใช้ยาปฏิชีวนะในฟาร์ม พยายามจัดสภาพการเลี้ยงสัตว์ให้ถูกสุขอนามัย มีการใช้วัคซีนอย่างเหมาะสม และตรวจสอบการเจ็บป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อจะได้คัดแยกสัตว์ที่ติดโรคออกจากสัตว์อื่นอย่างทันท่วงที หากทำได้เท่านี้ก็เชื่อว่าจะช่วยลดปัญหาการแพร่กระจายของยาปฏิชีวนะและยีนดื้อยาสู่สิ่งแวดล้อมได้เป็นอันมาก ถึงเวลาแล้วที่เราจะต้องใช้ ‘One Health’ approach คือสุขภาพมนุษย์ สุขภาพสัตว์ และสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. FAO/OIE/WHO, The FAO-OIE-WHO Collaboration Sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interfaces-A Tripartite Concept Note. 2010.

2. O'Neill, J.C., Antimicrobials in Agriculture and the Environment: Reducing Unnecessary Use And Waste. 2012, the Wellcome Trust and UK Government.

3.ข่าวทำเนียบรัฐบาล, นายกรัฐมนตรี กล่าวถ้อยแถลงในการประชุมระดับสูงเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพในฐานะกลุ่ม 77 และจีน. 2016, รัฐบาลไทย: http://www.thaigov.go.th/index.php/th/government-th1/item/107361-107361.

4.ภูมาศ, ภ., et al., ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจลชีพในประเทศไทย:การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2012. 6(6).

5. Van Boeckel, T.P., et al., Global trends in antimicrobial use in food animals. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2015. 112(18): p. 5649-5654.

6. O'Neill, J.C., Antimicrobial Resistance:Tackling a crisis for the health and wealth of nations. 2014, Wellcome Trust and UK Government.

7.USDA., Swine 2006, Part II: Reference of Swine Health and Health Management Practices in the United States. 2007, U.S. Department of Agriculture (USDA), Animal Plant Health Inspection Service (APHIS), Veterinary Services (VS), Centers for Epidemiology and Animal Health (CEAH): Fort Collins, CO.

8.Hsu, J.T., et al., Prevalence of sulfonamide-resistant bacteria, resistance genes and integron-associated horizontal gene transfer in natural water bodies and soils adjacent to a swine feedlot in northern Taiwan. J Hazard Mater, 2014. 277: p. 34-43.

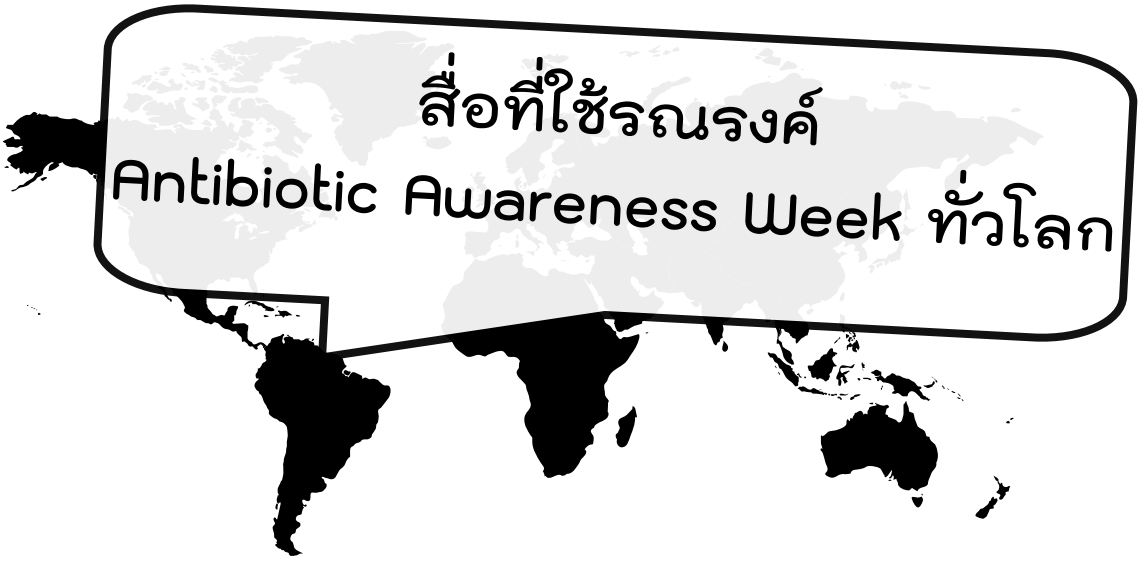
9.Van Boeckel, T.P., et al., Global antibiotic consumption 2000 to 2010: an analysis of national pharmaceutical sales data. The Lancet Infectious Diseases, 2014. 14(8): p. 742-750.

10.Awad, Y.M., et al., Veterinary antibiotics contamination in water, sediment, and soil near a swine manure composting facility. Environmental Earth Sciences, 2013. 71(3): p. 1433-1440.

11.Xu, J., et al., Occurrence of antibiotics and antibiotic resistance genes in a sewage treatment plant and its effluent-receiving river. Chemosphere, 2015. 119: p. 1379-1385.

12.Rico, A., et al., Use, fate and ecological risks of antibiotics applied in tilapia cage farming in Thailand. Environ Pollut, 2014. 191: p. 8-16.

ณัฐพล มรุลาภรังสรรค์
ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.)



ในโลกยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีการสื่อสารมีความก้าวหน้าขึ้นอย่างมาก ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ถูกส่งต่อๆกันอย่างรวดเร็ว อุปกรณ์สื่อสารก็มีราคาถูกลงจนแทบทุกคนสามารถเป็นเจ้าของได้ ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ในเมืองหรือในชนบท สิ่งที่เกิดขึ้นคู่ขนานไปพร้อมกันก็คือปัญหาวิกฤติทางสาธารณสุขที่เรียกว่า “เชื้อดื้อยาต้านแบคทีเรีย” เมื่อการใช้ยาต้านแบคทีเรียอย่างพร่ำเพรื่อและไม่สมเหตุผล ทั้งโดยบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลทั่วไป ทำให้เชื้อแบคทีเรียปรับตัวดื้อต่อยาต้านแบคทีเรียหลายขนาน ทำให้ยาที่เคยใช้รักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพเริ่มใช้ไม่ได้ผล ซึ่งหากปล่อยไว้โดยไม่แก้ไขปัญหานี้จะกลายเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้มีคนเสียชีวิตเป็นจำนวนมากเหมือนกับเมื่อครั้งยังไม่มีการคิดค้นยาต้านแบคทีเรียขึ้นมาที่การผ่าตัดธรรมดาก็ทำให้คนไข้เสียชีวิตได้โดยง่ายจากการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน

วงการสาธารณสุขทั่วโลกตื่นตัวกับปัญหานี้เป็นอย่างมาก เกิดมีการรณรงค์ในชื่อ Antibiotic Awareness Day โดยในประเทศไทยใช้ชื่อว่า วันรู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาต้านแบคทีเรีย ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 18 พฤศจิกายนของทุกปี ต่อมาได้มีการขยายเวลาการรณรงค์เป็นทั้งสัปดาห์ และเปลี่ยนมาใช้ชื่อ Antibiotic Awareness Week หรือสัปดาห์รู้รักษ์ ตระหนักใช้ยาต้านแบคทีเรีย ในภาษาไทย ซึ่งมีการใช้สื่อรณรงค์ที่น่าสนใจมากมาย โดยสื่อหลายชิ้นที่ผลิตขึ้นมามีการพัฒนารูปแบบให้ทันสมัย สอดคล้องกับวิธีการรับสื่อที่เปลี่ยนไปของผู้คน ในที่นี้ขอนำเสนอตัวอย่างสื่อที่น่าสนใจในต่างประเทศดังต่อไปนี้

1. Causes of Antibiotic Resistance

ประเภทสื่อ: อินโฟกราฟฟิค

ผู้จัดทำ: องค์การอนามัยโลก

เข้าถึงได้ที่: www.who.int/mediacentre/events/2015/world-antibiotic-awareness-week/infographics/en/

อินโฟกราฟฟิค เป็นสื่อรูปแบบใหม่ที่ได้รับความนิยมในยุคปัจจุบันที่ผู้คนจำนวนมากหันไปรับข้อมูลข่าวสารผ่านทางเว็บไซต์และสื่อสังคมออนไลน์ การสื่อสารทางอินเตอร์เน็ตที่ทำผ่านคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์การสื่อสารเคลื่อนที่ซึ่งได้แก่สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต คนวัยรุ่นจนถึงวัยกลางคนส่วนมากมีอุปกรณ์เหล่านี้เป็นของตัวเอง รูปแบบการสื่อสารที่เน้นความฉับไวมากกว่าในอดีตทำให้สื่อที่ใช้รูปภาพในการแสดงข้อมูลแทนตัวเลขและตัวอักษรอย่างสื่ออินโฟกราฟฟิคได้รับความนิยมและถูกส่งต่อ สื่ออินโฟกราฟฟิค Causes of Antibiotic Resistance เป็นตัวอย่างของการใช้รูปภาพสื่อความหมายข้อมูลที่เข้าใจยากอย่างสาเหตุของการเกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาให้เข้าใจได้ง่ายโดยใช้ตัวอักษรน้อยที่สุด ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาอ่านเป็นเวลานาน มีการเลือกใช้โทนสีน้ำเงินที่สื่อถึงองค์กรผู้จัดทำคือองค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นองค์กรด้านสุขภาพระดับโลกที่มีความน่าเชื่อถือ

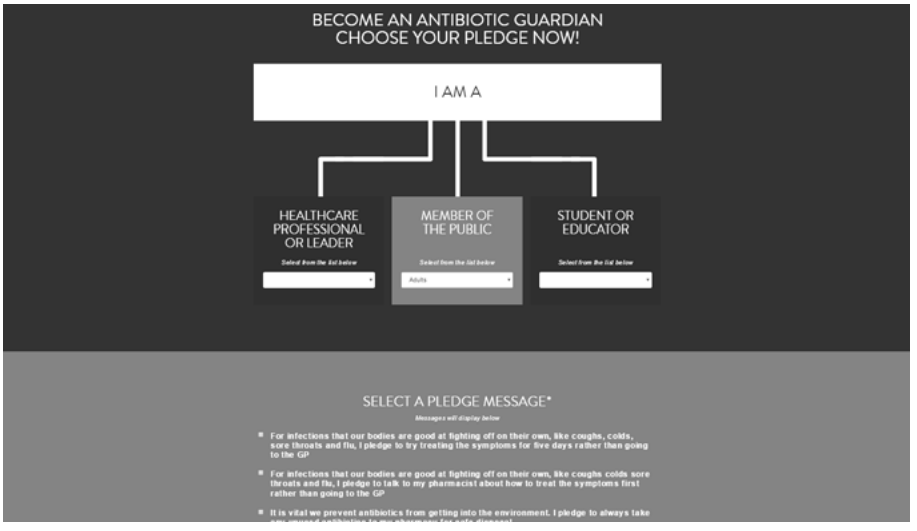
2. How does antimicrobial resistance spread?

ประเภทสื่อ: วิดีโออินโฟกราฟฟิค

ผู้จัดทำ: The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

เข้าถึงได้ที่: http://ecdc.europa.eu/en/eaad/Pages/Home.aspx หรือ https://vimeo.com/181041782

วิดีโออินโฟกราฟฟิค เป็นสื่ออีกรูปแบบหนึ่งที่มีการผลิตขึ้นเพื่อสื่อสารให้ข้อมูลและความรู้ มีรูปแบบการสื่อสารที่คล้ายกับอินโฟกราฟฟิคแบบปรกติที่ใช้รูปภาพเป็นสื่อ แตกต่างกันตรงเปลี่ยนจากการใช้ภาพนิ่งมาเป็นภาพเคลื่อนไหว โดยยังคงจุดเด่นการย่อยข้อมูลให้เข้าใจได้โดยใช้ตัวอักษรหรือคำบรรยายที่น้อยที่สุด สื่อวิดีโออินโฟกราฟฟิค How does antimicrobial resistance spread? นำเสนอข้อมูลวิธีการกระจายของเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ด้วยภาพการ์ตูนแอนิเมชั่น จำลองการถ่ายวิดีโอจากมุมสูงด้วยโดรน พาผู้ชมสอดส่องการกระจายของเชื้อดื้อยาจากจุดหนึ่งไปสู่บริเวณอื่นของเมือง เทคนิคการนำเสนอแบบไม่มีการตัดภาพทำให้ผู้ชมรู้สึกถึงการเชื่อมโยงของวงจรการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา สร้างความตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ว่าไม่ได้จำกัดอยู่แต่ในวงแคบๆ แต่สามารถแผ่กระจายจากจุดเล็กๆไปจนถึงส่วนอื่นของโลกได้



3. Antibiotic Guardian

ประเภทสื่อ: เว็บไซต์

ผู้จัดทำ: Public Health England

เข้าถึงได้ที่: http://antibioticguardian.com/

การรณรงค์ Antibiotic Guardian (ผู้พิทักษ์ยาต้านแบคทีเรีย)โดย Public Health England ประเทศอังกฤษ มีวิธีการนำเสนอที่น่าสนใจ โดยเว็บไซต์รณรงค์จะเปิดให้ทุกคนสามารถเข้าไปปฏิญาณตนเป็นผู้พิทักษ์ยาต้านแบคทีเรีย โดยจะมีช่องให้เลือกประเภทว่าตนเองจัดอยู่ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลทั่วไป หรือเป็นนักเรียนนักศึกษา จากนั้นจะมีตัวเลือกให้ปฏิญาณตนว่าจะปฏิบัติข้อใด ซึ่งแต่ละข้อที่มีให้เลือกก็ล้วนเป็นวิธีที่ช่วยพิทักษ์ยาต้านแบคทีเรีย (ช่วยชะลอปัญหาเชื้อดื้อยา) หลังจากปฏิญาณตนเสร็จจะสามารถดาวน์โหลดประกาศนียบัตรผู้ปฏิญาณตนเป็นผู้พิทักษ์ยาต้านแบคทีเรีย ซึ่งเป็นวิธีการที่ให้ทั้งความรู้และสร้างความตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของทุกคนในการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยา

4. Toolbox

ประเภทสื่อ: เว็บไซต์

ผู้จัดทำ: ReAct

เข้าถึงได้ที่: http://www.reactgroup.org/toolbox/

Toolbox คือเว็บไซต์ที่เป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลสำหรับการรณรงค์หรือการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาต้านแบคทีเรีย เปรียบเสมือนเป็นกล่องใส่เครื่องมือสำหรับนักรณรงค์ผู้ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยา เว็บไซต์นี้สร้างขึ้นโดย ReAct (Action on Antibiotic Resistance) มหาวิทยาลัยอุปซอล่า ประเทศสวีเดน ในหน้าเว็บไซต์ Toolbox จะมีการแบ่งแยกหัวข้อออกเป็นหมวดหมู่อย่างชัดเจนโดยใช้สีสันที่สดใสในการแบ่งแยก เมื่อคลิกเข้าไปในแต่ละหมวดจะมีเนื้อหาอย่างละเอียด ทั้งส่วนที่เป็นเนื้อหาภายในเว็บไซต์และลิงค์ไปยังเว็บไซต์ภายนอก โดยภาพรวมเป็นเว็บไซต์ที่มีการรวบรวมข้อมูลในลักษณะเชิงวิชาการที่น่าเชื่อถือ และมีเนื้อหาค่อนข้างครบถ้วน

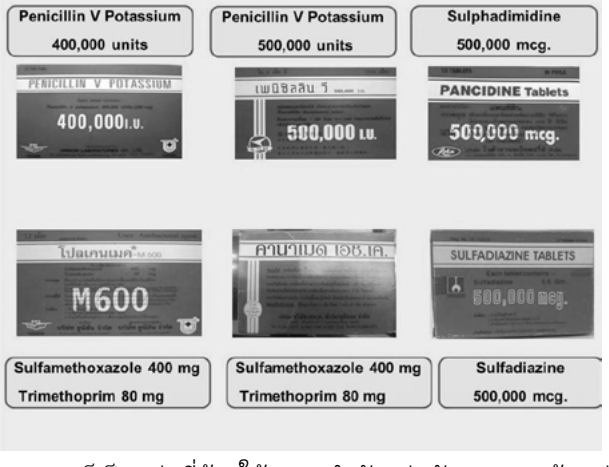
แม้หลายฝ่ายไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคประชาสังคมทั่วโลกจะตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาเชื้อดื้อยา สื่อต่างๆถูกผลิตขึ้นมาเพื่อให้ความรู้และกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวของสังคม และผู้ผลิตสื่อรณรงค์เหล่านี้ต่างก็พยายามหาวิธีการสื่อสารใหม่ๆที่มีประสิทธิภาพอยู่อย่างสม่ำเสมอ แต่ปัญหาเชื้อดื้อยาก็ยังคงอยู่ในระดับที่น่ากังวล ยังมีคนอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ทราบหรือไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหานี้ นี่คือโจทย์ที่นักรณรงค์จะต้องหาวิธีที่จะผลิตสื่อที่สามารถทำให้ผู้รับสื่อตระหนักได้ว่าตนเองก็เป็นส่วนหนึ่งของปัญหา เป็นทั้งผู้ร่วมสร้างปัญหาและเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อปัญหานี้เท่าๆกันกับคนอื่น และร่วมมือกันในการผลักดันการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาทั้งในระดับบุคคล ชุมชน ประเทศ และในระดับโลก เพื่อที่มนุษย์จะได้ครอบครองสมบัติอันมีค่าชิ้นนี้ไว้ใช้ต่อไปอีกนานแสนนาน สมบัติที่ช่วยรักษาชีวิตมนุษย์และสัตว์ได้เป็นจำนวนมาก สมบัติที่มีชื่อว่า **“ยาต้านแบคทีเรีย”**

ภก.ภาณุโชติ ทองยัง

"ต้องร่วมมือกันเดี๋ยวนี้!" ก่อนสถานการณ์เชื้อดื้อยาจะเลวร้ายไปกว่านี้

ที่ผ่านมาเครือข่ายเภสัชกรที่ทำงานแก้ปัญหาในพื้นที่ต่างๆเคยนำเสนอสถานการณ์การใช้ยาอย่างผิดๆในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่สามารถสร้างปัญหาเชื้อดื้อยาได้ และยังได้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาไปให้ด้วย แต่ก็ไม่มีการตอบสนองใดๆจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ คำถามก็คือ สำหรับปัญหาที่มันชัดเจนอย่างยิ่งเช่นนี้ ทำไมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงยังไม่ลุกขึ้นมาแก้ไขเสียที จะรอให้เชื้อดื้อยาจนกระทั่งไม่มียารักษาได้หรืออย่างไร

ตัวอย่างยาหลายชนิดที่แสดงในรูป ยาเหล่านี้เป็นยาที่ใช้ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งหากดูผิวเผินแล้ว สภาพของกล่องแทบไม่แตกต่างกัน แต่หากดูอย่างละเอียด จะพบว่ามันเป็นยาคนละกลุ่มด้วยซ้ำ บางกล่องเป็นยากลุ่มเพนนิซิลิน ในขณะที่บางกล่องเป็นยากลุ่มซัลฟา ซึ่งนักวิชาการจะรู้ดีว่า ยาทั้งสองกลุ่มนี้ ก่อให้เกิดอาการแพ้ที่รุนแรงได้พอๆกัน ดังนั้นเมื่อฉลากคล้ายกันมาก โอกาสที่ผู้ป่วยจะเสี่ยงได้รับยาสลับชนิดกันก็ย่อมเป็นไปได้มากเช่นกัน เช่น กรณีผู้ป่วยไปซื้อยามารับประทานเอง (หรือไปได้ยามาจากสถานที่ที่ผู้ขายไม่มีความรู้ เช่น ซื้อจากร้านชำที่แอบนำยามาจำหน่าย) หากตัวผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา ก็อาจมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับยาตัวที่ตนเองแพ้ได้



ในส่วนของประชาชนเอง ก็เป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญเช่นกัน พวกเราต้องเร่งทำความเข้าใจโดยด่วน เพราะที่ผ่านมา เมื่อพูดถึงปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ผู้ป่วยหลายคนกลับมองว่าเป็นเรื่องไกลตัวเขา หรือเป็นเรื่องที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องแก้ไขปัญหากันเอง ทั้งๆที่ในความเป็นจริง หากประชาชนมีพฤติกรรมในการใช้ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียอย่างไม่เหมาะสม (เช่น ซื้อยากินเองโดยไม่คำนึงถึงความจำเป็น หรือกินยาไม่ต่อเนื่อง ฯลฯ) เราก็ล้วนมีส่วนสนับสนุนให้เชื้อแบคทีเรียดื้อยาได้เช่นกัน

ดังนั้นสถานการณ์ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยา จึงเป็นปัญหาที่รอไม่ได้ ต้องแก้เดี๋ยวนี้ในทันที

เตือนภัย! ยาต้านแบคทีเรียที่ควรถอดออกจากประเทศไทย

ทราบหรือไม่...

88,000

ในแต่ละปีคนไทยติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยา หรือ "โรคติดเชื้อในกระแสเลือด" ประมาณ 88,000 คน

เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาอย่างน้อยปีละ 20,000-38,000 คน

46,000 ล้านบาท

ส่งผลต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ถึง 46,000 ล้านบาท

นั่นเป็นเพราะยาที่คุณใช้อยู่มีส่วนผสมของ "ยาต้านแบคทีเรีย" โดยไม่จำเป็น ทำให้เกิด "เชื้อดื้อยา"

เปิดบัญชียาอันตรายยอดแย่ที่มีส่วนผสมของ "ยาต้านแบคทีเรีย"

ยาสำหรับรับประทานที่มีส่วนประกอบเหล่านี้

เหตุผล :
ไม่ปลอดภัยแก่ผู้ใช้ยา โดยไม่มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิภาพตามที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ จึงมีความเสี่ยงทำให้เกิดเชื้อดื้อยา

1) sulfaguanidine ชนิดรับประทาน

2) sulfadimidine (sulfamethazine)

3) sulfafurazole (sulfisoxazole) + phenazopyridine

4) sulfamethizole + phenazopyridine (pyridium) + tetracycline

5) sulfadiazine + sulfamerazine + sulfadimidine (sulfamethazine) ชนิดรับประทาน (เสี่ยงภาวะโลหิตจาง)

6) sulfathiazole

7) sulfamethoxypyridazine

8) Sulfadiazine + Sulfamerazine + Tetracycline

9) amoxicillin + dicloxacillin

10) ampicillin + cloxacillin

ยาอม

เหตุผล :
ไม่ควรมียาต้านแบคทีเรียเป็นส่วนประกอบ เพราะโรคเจ็บคอมากกว่า 80% ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย หากเกิดจากแบคทีเรีย ยาต้านแบคทีเรียในยาอมก็ไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้ การกลืนยาลงสู่กระเพาะอาหารยังทำให้เกิดเชื้อดื้อยาของแบคทีเรียในลำไส้

1) ยาที่มีนีโอมัยซิน (Neomycin) และบาซิทราซิน (Bacitracin)

2) ยาเม็ดอม chlortetracycline

3) ยาอมที่มี tyrothricin เป็นส่วนประกอบ

เตือนภัย! ยาต้านแบคทีเรียที่ควรถอดออกจากประเทศไทย

ยาแก้ท้องเสีย ที่มีส่วนประกอบเหล่านี้

เหตุผล :
80% ของอาการท้องเสียเกิดจากเชื้อไวรัส หรืออาหารเป็นพิษ จึงไม่จำเป็นต้องใช้ยาต้านแบคทีเรีย เพราะไม่ออกฤทธิ์ และอาจเกิดปัญหาเชื้อดื้อยา

1) ยาแก้ท้องเสียที่มีฟูราโซลิโดน (Furazolidone) เป็นส่วนประกอบ

2) ยากลุ่ม nitrofurantoins ชนิดรับประทาน ได้แก่ nifuroxazide, ยาสูตรผสม furazolidone + kaolin + pectin รูปแบบรับประทาน

3) ยาสูตรผสม Streptomycin + chloramphenicol ชนิดรับประทาน

4) ยาสูตรผสมสำหรับรับประทาน ประกอบด้วยตัวยาดังต่อไปนี้
- Streptomycin + furazolidone + kaolin + pectin + belladonna + ipecacuanha (susp)
- Neomycin + furazolidone (susp)
- Neomycin + furazolidone + phthalylsulfathiazole + homatropine (cap)
- Neomycin + furazolidone + phthalylsulfathiazole + diiodohydroxyquinoline (tab)
- Neomycin + furazolidone + phthalylsulfathiazole + diiodohydroxyquinoline + kaolin (tab)
- Neomycin + furazolidone + diiodohydroxyquinoline + succinylsulfathiazole (tab)

5) ยาชนิดรับประทานที่มี clioquinol เป็นส่วนประกอบ และทะเบียนตำรับยาชนิดรับประทานที่มี iodoquinol (diiodohydroxyquinoline) เป็นส่วนประกอบ ประกอบด้วยตัวยาดังต่อไปนี้
- Diiodohydroxyquinoline + catechu+thymol (tab)
- Diiodohydroxyquinoline + phthalylsulfathiazole (tab)
- Diiodohydroxyquinoline+furazolidone + phthalylsulfathiazole (tab)
- Diiodohydroxyquinoline + furazolidone + kaolin + pectin + atropine (tab)

6) ยาสูตรผสม neomycin + kaolin + pectin รูปแบบยาน้ำสำหรับรับประทาน

7) ยากลุ่ม polymyxins ได้แก่ colistin ชนิดรับประทาน

ยาต้านแบคทีเรีย เป็นสูตรผสมชนิดฉีด

เหตุผล :
ไม่ควรเป็นสูตรผสมเพราะอาจเกิดปัญหาประสิทธิภาพการรักษา และเพิ่มความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ

ยาต้านแบคทีเรียชนิดฉีด ได้แก่ ยาสูตรผสม streptomycin + procaine benzylpenicillin + benzylpenicillin sodium

ยาเหน็บทวารหนัก สำหรับโรคริดสีดวงทวาร

เหตุผล :
โรคริดสีดวงทวารไม่ได้มีสาเหตุจากการติดเชื้อ ยาที่มีส่วนประกอบของยาต้านแบคทีเรียอาจทำให้เกิดเชื้อดื้อยาต้านแบคทีเรีย

ยาสูตรผสม framycetin + hydrocortisone + cinchocaine + aesculin ชนิด rectal suppository

กพย.

สสส สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เตือนภัย! ยาต้านแบคทีเรียที่ควรถอดออกจากประเทศไทย

ยาต้านแบคทีเรียชนิดใช้ภายนอก

เหตุผล :
มีปัญหาประสิทธิภาพในการรักษาและเกิดอันตรายต่อผู้ใช้ยา

1) ยา chlortetracycline ชนิดใช้ภายนอก

2) ยากลุ่ม polymixins รูปแบบใช้ภายนอก

3) ยาสูตรผสม polymyxin B + bacitracin ชนิดผงโรยแผลสำหรับใช้ภายนอก

4) ยานitrofural (nitrofurazone) ชนิดใช้ภายนอก

5) ยาต้านแบคทีเรียชนิดใช้ภายนอก ได้แก่
- ยาสูตรผสม nitrofural (nitrofurazone) + prednisolone ,
- ยาสูตรผสม nitrofural (nitrofurazone) + prednisolone + lidocaine

6) ยาสูตรผสมกลุ่ม aminoglycoside และ clioquinol รูปแบบทาภายนอกและใช้เฉพาะที่ เช่น Neomycin + clioquinol + bacitracin (pwd)

7) ยาสูตรผสม gentamicin + betamethasone + clioquinol + tolnaftate ชนิดใช้ภายนอก

8) ยา sulfanilamide และยาสูตรผสมที่มี sulfanilamide เป็นส่วนประกอบ ที่ใช้สำหรับผิวหนัง

9) ยาต้านแบคทีเรียชนิดใช้ภายนอก ได้แก่
- ยาสูตรผสม clioquinol + betamethasone
- clioquinol + betamethasone + bismuth
- clioquinol + betamethasone + chlorocresol

ให้แก้ไขทะเบียนโดยตัด clioquinol ออกจากสูตรตำรับและแก้ไขข้อบ่งใช้

ยาเหน็บช่องคลอด

เหตุผล :
ไม่มีข้อมูลสนับสนุนประสิทธิภาพการรักษา

ยากลุ่ม quinolone derivatives ชนิดเหน็บช่องคลอด

1. diiodohydroxyquinoline

2. diiodohydroxyquinoline + nystatin

3. diiodohydroxyquinoline + nystatin + chloramphenicol

4. diiodohydroxyquinoline + nystatin + benzalkonium

กพย.

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

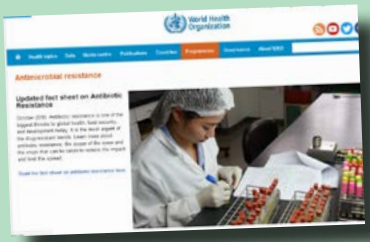
แนะนำเว็บไซต์

นิยดา เกียรติยิ่งอังคุลี

สื่อสำหรับใช้ในการรณรงค์วันตระหนักใช้ยาต้านแบคทีเรีย

http://ecdc.europa.eu/en/eaad/antibiotics-plan-campaign/toolkit-general-public/pages/toolkit-general-public.aspx

เป็นเว็บไซต์ที่จัดทำโดย หน่วยงานสาธารณสุขของประชาคมยุโรป สำหรับใช้ในการรณรงค์วันตระหนักต่อยาปฏิชีวนะ (Antibiotic Awareness Day) ในวันที่ 18 พ.ย. ที่จัดทำมาตั้งแต่ปี 2008 มีสื่อ โปสเตอร์ และวีดิทัศน์ที่อนุญาตให้ภาคประชาสังคม วิชาชีพ และองค์กรควบคุมยา นำไปใช้ในการรณรงค์ได้เลย นอกจากนี้ยังมีคำแนะนำสำหรับประชาชนเกี่ยวกับอาการหวัด การดูแลตนเอง การใช้ยาต้านแบคทีเรีย รวมถึงมีข้อมูลแก่บุคลากรด้านสุขภาพ ได้นำไปใช้พิจารณา ด้วยเช่นกัน



ประมวลงานเกี่ยวกับเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพขององค์การอนามัยโลก

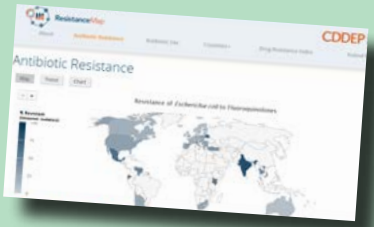
http://www.who.int/antimicrobial-resistance/en/

เป็นเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลกที่ประมวลนโยบาย สถานการณ์ ข้อมูลวิชาการ ข้อเท็จจริง สำหรับให้ประเทศสมาชิกได้นำไปใช้ในการวางแผนนโยบาย ยุทธศาสตร์ นักวิชาการนำไปใช้ในการทำงาน ประชาสังคมและผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้รณรงค์ เรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หัวข้อหลักได้แก่ 1.งานขององค์การอนามัยโลก 2.เกี่ยวกับการดื้อยาต้านจุลชีพ รวมถึงการดื้อยาต้านแบคทีเรียด้วย 3.แผนปฏิบัติการโลกและแนวทางการดำเนินงาน 4.แหล่งข้อมูลสำคัญๆ 5.รายงานสถานการณ์เชื้อดื้อยาทั่วโลก 6.สื่อต่างๆ

นโยบายและแผนปฏิบัติการการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศต่าง ๆ

http://www.who.int/antimicrobial-resistance/national-action-plans/library/en/

เป็นเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลกที่รวบรวมแผนปฏิบัติการการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศต่างๆ ทั่วโลก เท่าที่มีการจัดทำแผนแล้ว โดยองค์การอนามัยโลกจะติดตามข้อมูลมาเพิ่มเติมให้เป็นปัจจุบันอยู่ตลอดเวลา ในการค้นหานั้น จะสามารถระบุประเทศหรือภูมิภาคได้ด้วย



แผนที่การดื้อยาต้านแบคทีเรียทั่วโลก แยกรายประเทศ Resistance Map

http://resistancemap.cddep.org/AntibioticResistance.php

เป็นการนำข้อมูลการสำรวจสถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพ รวมถึงยาต้านแบคทีเรียจากทั่วโลก ซึ่งส่วนหนึ่งได้มาจากรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ได้จัดทำเมื่อปี 2014 แล้วนำมาแยกเป็นรายประเทศ ประมวลข้อมูลของเชื้อจุลินทรีย์แต่ละชนิดว่าดื้อต่อยาต้านจุลชีพตัวใดบ้าง ทำให้เห็นภาพได้ชัดเจน

ยาวิพากษ์ กพย.
จุดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา :
สื่อกลางข้อมูลข่าวสารความเคลื่อนไหวปัญหายาเพื่อการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยาของไทย

แผนงานศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.)
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท ปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ 02-218-8452 โทรสาร 02-254-5191
อีเมล: spr.chula@gmail.com เว็บไซต์: www.thaidrugwatch.org บล็อก: www.thaidrugwatch.org/blog
ยูทูบ: www.youtube.com/thaidrugwatch เฟซบุ๊ก: www.facebook.com/thaidrugwatch ทวิตเตอร์: twitter.com/thaidrugwatch