

## ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๖๑

เพื่อให้บัญชียาหลักแห่งชาติมีการปรับปรุงแก้ไข ตามสภาพของปัญหาสุขภาพ วิทยาการ และข้อมูลเกี่ยวกับยาที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่องทันสถานการณ์

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๘ (๔) แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๑

ข้อ ๒ ให้ใช้รายการยาในบัญชีแนบท้ายประกาศฉบับนี้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อ ๓ ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติฉบับนี้ ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสามสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

พลเอก ฉัตรชัย สาริกัลยะ

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

## รายการบัญชียาหลักแห่งชาติ

ท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑  
ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑

รายการบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกอบด้วย

๑. บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข
๒. บัญชียาจากสมุนไพร

**“บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข”** หมายความว่า รายการยาแผนปัจจุบันสำหรับใช้ในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข ตามภาคผนวก ๑ ซึ่งประกอบด้วยบัญชีย่อย ๕ บัญชี ได้แก่ บัญชี ก บัญชี ข บัญชี ค บัญชี ง และบัญชี จ รวมทั้งรายการยาเภสัชตำรับโรงพยาบาล ตามภาคผนวก ๒

**บัญชี ก** หมายความว่า รายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญห สุขภาพที่พบบ่อย มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนการใช้ มีประสิทธิผลการใช้ในประเทศไทยอย่างพอเพียง และเป็นยาที่ควรได้รับการเลือกใช้เป็นอันดับแรกตามข้อบ่งใช้ของยานั้น

**บัญชี ข** หมายความว่า รายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิดที่ใช้นยาในบัญชี ก ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือใช้เป็นยาแทนยาในบัญชี ก ตามความจำเป็น

**บัญชี ค** หมายความว่า รายการยาที่ต้องใช้ในโรคเฉพาะทางโดยผู้ชำนาญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยสถานพยาบาลจะต้อง

(๑) มีมาตรการกำกับการใช้ยา

(๒) มีความพร้อม ตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการติดตามผลการรักษา เนื่องจาก

(๒.๑) ถ้าใช้ยากลุ่มนี้ไม่ถูกต้อง อาจเกิดพิษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หรือเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย หรือ

(๒.๒) เป็นยาที่มีแนวโน้มในการใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ หรือไม่คุ้มค่า หรือมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือมีหลักฐานสนับสนุนการใช้ที่จำกัด หรือมีประสิทธิผลการใช้ในประเทศไทยอย่างจำกัด

**บัญชี ง** หมายความว่า รายการยาที่มีหลายข้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้นยาไม่ถูกต้อง หรือเป็นยาที่มีราคาแพง จำเป็นสำหรับผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือก่อปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรง การสั่งใช้นยาให้สมเหตุผล คุ้มค่า สมประโยชน์ สถานพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

(๑) ใช้นยาตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไขที่กำหนด

(๒) วินิจฉัยและสั่งใช้ยา โดยผู้ชำนาญเฉพาะโรคที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากสถานฝึกอบรม หรือได้รับวุฒิบัตร หรืออนุมัติบัตรจากแพทยสภา หรือทันตแพทยสภาเท่านั้น สำหรับการสั่งยาในครั้งต่อไป สถานพยาบาลอาจมอบให้แพทย์ผู้ชำนาญรับผิดชอบในการสั่งยาได้ โดยต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ชำนาญเฉพาะโรคดังกล่าว

(๓) มีระบบกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation, DUE) โดยต้องเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านี้เพื่อตรวจสอบในอนาคต

### **บัญชี จ หมายความว่า**

บัญชี จ(๑) รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานของรัฐเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ มีงบประมาณ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินโครงการ ระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการที่ชัดเจน มีการกำหนดวิธีการใช้และแนวทางในการติดตามประเมินการใช้ยาตามโครงการ มีการรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นระยะตามความเหมาะสมและเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยมีการคำนวณผลกระทบระยะยาวต่อประเทศในกรณีที่โครงการมีการขยายผล เพื่อพิจารณาจัดเข้าประเภทของบัญชีย่อยอื่นในบัญชียาหลักต่อไปเมื่อมีข้อมูลเพียงพอ

บัญชี จ(๒) รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ให้เข้าถึงยาได้อย่างสมเหตุผล คุ่มค่าและยั่งยืน ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในกำกับการใช้ยาภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งดูแลโดย กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาตามภาคผนวก ๓

“รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ” ตามบัญชี จ(๒) หมายความว่า ยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยยาที่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือ เป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรค หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และ เป็นยาที่มีราคาแพงมาก หรือส่งผลอย่างมากต่อความสามารถในการจ่าย ทั้งของสังคมและผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system) ที่เหมาะสม โดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา จึงจะก่อประโยชน์สูงสุด สถานพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา และมีเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้น เพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลางในอนาคตได้

**“เภสัชตำรับโรงพยาบาล”** หมายความว่า รายการยาที่โรงพยาบาลสามารถผลิตขึ้นใช้ภายในโรงพยาบาลตามเภสัชตำรับของโรงพยาบาล ที่เป็นรายการยาตามที่ระบุในภาคผนวก ๑ หรือภาคผนวก ๒ หรือภาคผนวก ๔

**“บัญชียาจากสมุนไพร”** หมายความว่า รายการยาจากสมุนไพรที่เป็นยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ และยาพัฒนาจากสมุนไพร ซึ่งมีตัวยาในสูตรตำรับ และรายละเอียดตามภาคผนวก ๔ โดยมีรายการยาจากสมุนไพรที่แนบรายการเภสัชตำรับโรงพยาบาลรวมอยู่แล้ว

## ภาคผนวก ๑

รายการยาในบัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข  
ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑

## คำอธิบายรายการยาในบัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑

รายละเอียดของรายการยาประกอบด้วยชื่อสามัญทางยา รูปแบบยา บัญชีย่อย นอกจากนี้  
อาจมี ความแรง ขนาดบรรจุ เงื่อนไข คำเตือนและข้อควรระวัง ข้อกำหนดอื่นๆ และหมายเหตุ  
ให้ถือว่ายาที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดข้างต้น เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

### การแสดงชื่อสามัญทางยา (generic name) และรูปแบบยา (dosage form)

ส่วนใหญ่ชื่อสามัญทางยาจะแสดงด้วยชื่อ International Nonproprietary Name (INN) หากชื่อ INN  
นั้นไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย จะแสดงด้วยชื่อ INN ตามด้วยชื่ออื่นไว้ในวงเล็บ ในกรณียาชนิดนั้นไม่มีชื่อ INN ให้ใช้ชื่อ  
อื่นแทน เช่น British Approved Names (BAN) , United States Approved Name (USAN)  
เป็นต้น

ยาทุกรายการหมายถึงยาที่มีสารออกฤทธิ์ ๑ ชนิดที่มีรูปแบบยาตามที่ระบุไว้เท่านั้น เว้นแต่ยาสูตรผสมจะ  
แสดงชื่อสามัญทางยาของสารออกฤทธิ์ในสูตรยารายการนั้นทั้งหมด

รูปแบบยาที่แสดงในบัญชี หมายถึง รูปแบบยาทั่วไป ที่มีได้มีการพัฒนารูปแบบการบริหารยาเป็นพิเศษ  
หรือเป็นการเฉพาะ ในกรณีที่หมายถึงรูปแบบยาที่มีการพัฒนารูปแบบการบริหารยาเป็นพิเศษหรือ จำเพาะเจาะจง  
จะระบุข้อกำหนดเพิ่มเติมไว้ โดยระบุรูปแบบยานั้นๆ อย่างชัดเจน ตัวอย่างรูปแบบที่มีการพัฒนารูปแบบยาเป็น  
พิเศษ เช่น ยาเตรียมสำหรับออกฤทธิ์นานทุกชนิด vaginal tablet, rectal suppository, sublingual tablet,  
enteric coated tablet, effervescent tablet, orodispersible tablet, microspheres suspension for  
injection เป็นต้น ตัวอย่างการจำเพาะเจาะจงรูปแบบยาบางชนิด เช่น Ibuprofen film coated tablet หมายถึง  
ยาเม็ด ibuprofen ชนิดเคลือบฟิล์ม ไม่รวมถึงชนิดเคลือบน้ำตาล ชนิดดอกอัดเม็ดธรรมดา รวมทั้งชนิดออกฤทธิ์นาน  
เป็นต้น

ในกรณีเป็นเภสัชตำรับโรงพยาบาลจะระบุอักษร “hosp” ไว้ในวงเล็บท้ายรูปแบบยา เช่น sol (hosp)  
หมายถึง ยาที่สถานพยาบาลผลิตเองในรูปแบบ solution เป็นต้น

### คำจำกัดความรูปแบบยาที่สำคัญ

tab / cap หมายถึง ยาเม็ด หรือแคปซูล แบบ immediate release (IR) สำหรับกินทั่วไป ที่มีได้มีการ  
พัฒนารูปแบบการบริหารยาเป็นการเฉพาะหรือเป็นพิเศษ เช่น compressed tablet, film coated tablet,  
sugar coated tablet เป็นต้น

SR tab / cap หมายถึง ยาเม็ดหรือแคปซูลสำหรับรับประทานที่เป็นยาออกฤทธิ์นานทุกชนิด เช่น  
controlled release, extended release, modified release, slow release เป็นต้น

EC tab / cap หมายถึง ยาเม็ดหรือแคปซูล สำหรับรับประทานที่ออกแบบให้ตัวยาละลายในลำไส้  
(enteric coated)

dry syrup หมายถึง ผงแห้งของส่วนผสมตัวยาหรือสารเคมี ที่ต้องเติมน้ำกระสายยาที่เหมาะสมก่อนใช้จึง  
จะได้ยาน้ำเชื่อมตามต้องการ เช่น ยาน้ำแขวนตะกอน สารละลายใส เป็นต้น

syrup หมายถึง ยาน้ำใสหรือยาน้ำแขวนตะกอนที่มีส่วนประกอบของสารเพิ่มความหวานเพื่อกลบรสของยา ตัวอย่างสารให้ความหวานที่ใช้ในตำรับ เช่น sucrose, dextrose นอกจากนี้อาจใช้สารให้ความหวานที่ไม่ให้พลังงานหรือให้พลังงานต่ำ เช่น saccharin, sorbitol, mannitol และ aspartame เป็นต้น

eye drop หมายถึง ยาเตรียมปราศจากเชื้อสำหรับหยอดตา

sterile solution หมายถึง ยาปราศจากเชื้อในรูปแบบของสารละลาย สำหรับฉีด หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือ irrigation

### ข้อกำหนดเฉพาะของรายการยา

ข้อกำหนดเฉพาะของรายการยาที่สำคัญ มีดังนี้

๑) **ความแรง** ยาบางรายการที่ระบุความแรงของสารออกฤทธิ์ไว้ ให้ถือว่ารายการยาที่มีความแรงตามที่กำหนดเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น โดยแสดงรายละเอียดเฉพาะของความแรงยาไว้ในวงเล็บท้ายรูปแบบยา เช่น

- Ofloxacin tab (เฉพาะ ๑๐๐, ๒๐๐ มิลลิกรัม) หมายถึง ไม่รวมยา Ofloxacin ในความแรงอื่น เช่น Ofloxacin ๓๐๐ มิลลิกรัม เป็นต้น

- Sodium phosphates enema มีตัวยาสําคัญต่อ ๑๐๐ ml คือ Sodium biphosphate ๑๕.๒-๑๖.๘ กรัม และ Sodium phosphate ๕.๗-๖.๓ กรัม ทั้งนี้ไม่รวมสูตรที่มีสัดส่วนของส่วนประกอบที่แตกต่างจากที่กำหนด เช่นมี Sodium biphosphate น้อยกว่า ๑๕.๒ กรัม

- Amino acid solution ชนิด high essential amino acid มีสัดส่วนของ essential amino acid > ๖๐% ของ total amino acid ทั้งนี้ไม่รวมถึงสูตรที่มี essential amino acid ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๖๐%

๒) **ขนาดบรรจุ** ยาบางรายการที่ระบุขนาดบรรจุไว้ อาทิ ยาในกลุ่ม contrast media เป็นต้น ให้ถือว่ายาที่มีขนาดบรรจุตามที่กำหนดเท่านั้นเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

๓) **เงื่อนไข** ซึ่งประกอบไปด้วย

๓.๑) **เงื่อนไขการสั่งใช้ยา** บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นมาตรการหนึ่งในระบบยาแห่งชาติในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเป็นขั้นตอนอย่างสมเหตุผล ดังนั้น หากรายการยาใดมีหลายข้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มว่าจะมีการสั่งใช้ไม่ถูกต้อง ก็ได้ระบุข้อบ่งใช้ไว้ในเงื่อนไขการสั่งยา เพื่อเป็นแนวทางในการสั่งใช้ยาสำหรับแพทย์ รวมทั้ง เป็นข้อมูลสำหรับสถานพยาบาลเพื่อประกอบการจัดระบบกำกับ ติดตาม ให้เกิดการใช้ยารายการนั้น ๆ อย่างสมเหตุผล

**การระบุเงื่อนไขการสั่งใช้ยานั้นมีหลักการเพื่อส่งเสริมให้มีการเข้าถึงยาโดยมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดย**

ยาในบัญชี ก และ ข จะระบุเงื่อนไขก็ต่อเมื่อพิจารณาว่ายานี้อยู่ในบัญชี ก หรือ ข เมื่อมีเงื่อนไขเฉพาะภาวะหรือโรคนั้นเท่านั้น

ยาในบัญชี ค และ ง ควรมีการระบุเงื่อนไขทุกรายการ เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีหลายข้อบ่งใช้มีแนวโน้มการใช้ที่ไม่ถูกต้อง ยามีราคาแพง มักจะใช้ได้หลายกรณี ในกรณีที่บัญชี ค ไม่มีการระบุข้อบ่งใช้เฉพาะของโรคระบบนั้น ให้ถือว่าใช้นี้ในระบบอื่นได้

**สำหรับยาในบัญชี จ(๒)** เป็นยาที่มีการจัดกลไกสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นเฉพาะให้สามารถเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น การระบุเงื่อนไขจึงต้องกำหนดแนวทางกำกับการใช้ยาเพิ่มเติมจากข้อบ่งใช้ที่คัดเลือกไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

แนวทางกำกับการใช้ยาบัญชี จ(๒) ตามภาคผนวก ๓ ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ คือ ๑. ระบบอนุมัติการใช้ยา ๒. คุณสมบัติของสถานพยาบาล ๓. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา ๔. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา/เกณฑ์การวินิจฉัยโรค ๕. ขนาดยาที่แนะนำ/วิธีการให้ยา ๖. ระยะเวลาในการรักษา ๗. การติดตาม/การประเมินผลการรักษา ๘. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยการขออนุมัติใช้ยาสถานพยาบาลต้องปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดทุกข้อ และมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้น เพื่อให้ตรวจสอบโดยกลไกกลางในอนาคตได้ คำอธิบายของแต่ละหัวข้อเป็น ดังนี้

#### ๑. ระบบอนุมัติการใช้ยา

เป็นระบบที่ใช้ในการกำกับการใช้ยาของหน่วยงานสิทธิประโยชน์ หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย แบ่งเป็น ๒ ระบบ ดังนี้

- ระบบที่ต้องขออนุมัติก่อนการรักษา (Pre-Authorization)

เป็นระบบที่ต้องขออนุมัติการใช้ยาจากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ หรือหน่วยงานกลาง ก่อนให้การรักษา ซึ่งใช้ในกรณีที่ไม่ใช่ภาวะฉุกเฉิน โดยรายละเอียดของระบบอนุมัติการใช้ยาในแต่ละแนวทางกำกับการใช้ยา ได้พิจารณาตามความเหมาะสมของยาและข้อบ่งใช้

- ระบบที่ต้องขออนุมัติภายหลังการรักษา (Post- Authorization)

เป็นระบบที่ต้องขออนุมัติการใช้ยาจากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ หรือหน่วยงานกลาง ภายหลังการรักษา ซึ่งใช้ในกรณีเมื่อผู้ป่วยมาด้วยภาวะฉุกเฉิน หรือจำเป็นต้องได้รับยาในทันทีเช่นนั้นผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิตได้ โดยรายละเอียดของระบบอนุมัติการใช้ยาในแต่ละแนวทางกำกับการใช้ยา ได้พิจารณาตามความเหมาะสมของยาและข้อบ่งใช้

ทั้งนี้มียาบางรายการมีระบบอนุมัติการใช้ยาทั้งแบบก่อนการรักษา และระบบภายหลังการรักษา เช่น ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) ในข้อบ่งใช้ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases) เป็นต้น

#### ๒. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่มีการใช้ยาต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสมในประเด็นที่สำคัญ เช่น

- ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการรักษา/วินิจฉัยโรค
- ความพร้อมของบุคลากรที่ต้องใช้ในการรักษา/วินิจฉัยโรค เป็นต้น

โดยมีการลงทะเบียนสถานพยาบาลกับหน่วยงานสิทธิประโยชน์ หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย

#### ๓. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

แพทย์ผู้สั่งใช้ยาต้องมีคุณสมบัติเหมาะสมในการใช้ยาให้เป็นไปอย่างสมเหตุผลตามแนวทางกำกับการใช้ยาที่กำหนด โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์ หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย



#### ๔. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา / เกณฑ์การวินิจฉัยโรค

เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา หรือเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ได้แก่ ข้อกำหนดในการวินิจฉัยโรค หรือการใช้ยาให้เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาและหลักฐานทางวิชาการ เนื่องจากยาบัญชี จ(๒) เป็นยาที่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือเป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ เฉพาะโรค หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งใช้ จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษา

#### ๕. ขนาดยาที่แนะนำ / วิธีการให้ยา

ขนาดยาที่แนะนำ หรือวิธีการให้ยา มีข้อกำหนดตามมาตรฐานการรักษาและหลักฐานทางวิชาการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศด้วย

#### ๖. ระยะเวลาในการรักษา

ระยะเวลาในการรักษา มีข้อกำหนดตามมาตรฐานการรักษาและหลักฐานทางวิชาการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศด้วย

#### ๗. การติดตาม / การประเมินผลการรักษา

การติดตาม หรือประเมินผลการรักษา มีข้อกำหนดตามมาตรฐานการรักษา และหลักฐานทางวิชาการ เพื่อให้ทราบถึงผลการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ และการพิจารณาตรวจวินิจฉัยที่จำเป็นเพื่อปรับปรุงแนวทางการรักษาผู้ป่วยตามความเหมาะสม

#### ๘. ข้อแนะนำเพิ่มเติม

ข้อแนะนำที่มีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษา

**๓.๒) เงื่อนไขการจัดหายา** ในกรณีที่มียามากกว่า ๑ รายการ มีข้อบ่งใช้เหมือนกัน จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน และไม่มี ความแตกต่างในด้านคุณสมบัติที่มีความสำคัญต่อผลการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้ง ไม่มีความแตกต่างกันด้านราคาอย่างชัดเจน จึงกำหนดให้สถานพยาบาลคัดเลือกรายการยาที่จัดซื้อแล้วมีราคาต่ำที่สุดเพียงรายการเดียวเข้าบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีคุณลักษณะดังกล่าวจะระบุเงื่อนไขว่า “ให้เลือก หนึ่งรายการระหว่าง ..... กับ..... ที่จัดซื้อได้ถูกกว่า”

**๓.๓) ข้อมูลสำคัญอื่นๆ ของรายการยา** เช่น คำเตือนและข้อควรระวัง หมายเหตุ ที่สำคัญของตัวยานั้น

- **คำเตือน และข้อควรระวัง** ระบุในกรณีซึ่งมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีความสำคัญ เช่น พบบ่อย หรือ อาจเป็นอันตรายทั้งที่มีระบุไว้ในเอกสารกำกับยาหรือเป็นข้อมูลใหม่ ที่ควรสื่อสารให้ผู้ไข้บัญชีรับทราบ โดยมีหลักฐานยืนยันชัดเจน

- **หมายเหตุ** ได้แก่ คำแนะนำ ข้อสังเกต คำอธิบาย ที่สำคัญซึ่งต้องการสื่อสารให้ผู้ไข้บัญชีรับทราบ

## บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข

### กลุ่มยา 1 Gastro-intestinal system

#### 1.1 Antacids and other drugs for dyspepsia

1. Aluminium hydroxide + Magnesium hydroxide	chewable tab, tab, susp, susp (hosp)	ก
2. Simeticone (Simethicone)	chewable tab, susp	ก
3. Aluminium hydroxide + Magnesium hydroxide + Simeticone 25-50 mg	chewable tab, tab, susp	ก
4. Compound Cardamom Mixture (Mist Carminative) เฉพาะสูตรที่ไม่มี sodium bicarbonate	mixt, mixt (hosp)	ก
5. Aluminium hydroxide	chewable tab, tab, susp, susp (hosp)	ข

#### 1.2 Antispasmodics and other drugs altering gut motility

1. Dicycloverine hydrochloride (Dicyclomine hydrochloride)	tab	ก
2. Domperidone	tab (as base/maleate), susp (as base/maleate)	ก
3. Hyoscine butylbromide (Hyoscine-n-butylbromide)	tab, syr, sterile sol	ก
4. Metoclopramide	tab, syr, sterile sol	ก
5. Mebeverine hydrochloride	tab	ข

#### 1.3 Ulcer-healing drugs and drugs used in variceal bleeding

1. Omeprazole	EC cap (as base)	ก
2. Ranitidine hydrochloride	film coated tab	ก
3. Omeprazole sodium	sterile pwdr	ข
<b>คำเตือนและข้อควรระวัง</b>		
ห้ามให้ทางหลอดเลือดดำนานเกินกว่า 30 นาที		
4. Ranitidine hydrochloride	sterile sol	ข
5. Pantoprazole sodium	sterile pwdr	ค
6. Sucralfate	tab , susp	ค
<b>เงื่อนไข</b>		
ใช้เฉพาะกรณีหญิงตั้งครรภ์		

- |    |  |   |   |
|----|--|---|---|
| 7. | Bismuth subsalicylate  | tab   | ง |
|    | <b>เงื่อนไข</b>  |   |   |
|    | 1. ใช้เป็น second-line drug ในการกำจัด <i>H. pylori</i>                                  |   |   |
|    | 2. ห้ามใช้ในเด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี   |   |   |
| 8. | Lauromacrogol 400 (Polidocanol)  | sterile sol   | ง |
|    | <b>เงื่อนไข</b>  |   |   |
|    | 1. ใช้ช่วยห้าม variceal bleeding ผ่านทาง endoscopy และใช้สำหรับ sclerotherapy            |   |   |
|    | 2. ใช้สำหรับ varicose vein และ hemorrhoid  |   |   |
| 9. | Octreotide acetate   | sterile sol (เฉพาะ 0.1 mg/<br>1 ml) ยกเว้นชนิดออกฤทธิ์นาน | ง |
|    | <b>เงื่อนไข</b>  |   |   |
|    | 1. ใช้สำหรับ high output pancreatic fistula  |   |   |
|    | 2. ใช้สำหรับ variceal bleeding โดยใช้ร่วมกับ therapeutic endoscopic intervention         |   |   |
|    | 3. ใช้ในกรณี bleeding ที่มีหลักฐานว่าเป็นภาวะเลือดออกจาก portal hypertensive gastropathy |   |   |
|    | 4. ใช้สำหรับ neuroendocrine tumors   |   |   |

#### 1.4 Drugs used in acute diarrhea

- |    |  |                                |        |
|----|--|--------------------------------|--------|
| 1. | Oral rehydration salts (ORS)               | oral pwdr, oral pwdr<br>(hosp) | ก      |
|    | เมื่อผสมน้ำแล้วมีตัวยาสําคัญต่อลิตร ดังนี้ |                                |        |
|    | - Sodium chloride    2.6 g                 | - Trisodium citrate dihydrate  | 2.9 g  |
|    | - Potassium chloride    1.5 g              | - Glucose                      | 13.5 g |
|    | และมี molar concentration ต่อลิตรดังนี้    |                                |        |
|    | - Glucose    75 mEq                        | - Sodium    75 mEq             |        |
|    | - Chloride    65 mEq                       | - Potassium    20 mEq          |        |
|    | - Citrate    10 mmol                       | - Osmolarity    245 mOsm       |        |

##### คำแนะนำ

การชดเชยสารน้ำและเกลือแร่เป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาโรคท้องร่วงเฉียบพลัน การใช้ยาด้านแบคทีเรียในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นและควรหลีกเลี่ยง

- |    |              |                 |   |
|----|--------------|-----------------|---|
| 2. | Zinc sulfate | oral sol (hosp) | ก |
|----|--------------|-----------------|---|

##### คำแนะนำ

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟแนะนำให้เด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบทุกคน ที่มีอาการท้องร่วงได้รับธาตุสังกะสีเสริมในกระบวนการรักษา โดยให้ยาวนาน 10-14 วัน เพราะช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดระยะเวลาการเป็นโรคและป้องกันการเกิดท้องร่วงในครั้งถัดไปได้ด้วย

- |    |                          |          |   |
|----|--------------------------|----------|---|
| 3. | Loperamide hydrochloride | cap, tab | ข |
|----|--------------------------|----------|---|

##### เงื่อนไข

ไม่ใช้กับเด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี

## 1.5 Drugs used in chronic bowel disorders

- |                            |                                    |   |
|----------------------------|------------------------------------|---|
| 1. Mesalazine (Mesalamine) | EC tab, SR tab, enema, rectal supp | ค |
|----------------------------|------------------------------------|---|
- เงื่อนไข**
1. ชนิดเม็ด ใช้เป็นทางเลือกของ sulfasalazine ในกรณีผู้ป่วยแพ้ยากลุ่มซัลฟา หรือต้องการลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
  2. ชนิดเหน็บทวารหนัก (suppository) ใช้สำหรับ mild to moderate ulcerative proctitis และ radiation proctitis
  3. ชนิดสวนทวารหนัก (enema) ใช้สำหรับ mild to moderate ulcerative colitis บริเวณ left-sided colon
- |                  |             |   |
|------------------|-------------|---|
| 2. Sulfasalazine | tab, EC tab | ค |
|------------------|-------------|---|
- เงื่อนไข**
- ใช้สำหรับ chronic inflammatory bowel disease

## 1.6 Laxatives

- |                                   |  |   |
|-----------------------------------|--|---|
| 1. Bisacodyl                      | EC tab, rectal supp                                      | ก |
| 2. Castor oil                     | oil  | ก |
| 3. Glycerol                       | rectal supp  | ก |
| 4. Ispaghula Husk (Psyllium Husk) | powder for oral suspension, granules for oral suspension | ก |
| 5. Magnesium hydroxide            | tab, susp, susp (hosp)                                   | ก |
| 6. Magnesium sulfate              | mixt, mixt (hosp), sol, sol (hosp)                       | ก |
| 7. Senna                          | tab  | ก |
| 8. Sodium phosphates              | enema  | ก |
- มีตัวยาสำคัญต่อ 100 ml ดังนี้
- |                      |               |
|----------------------|---------------|
| - Sodium biphosphate | 15.2 - 16.8 g |
| - Sodium phosphate   | 5.7 - 6.3 g   |
- |              |     |   |
|--------------|-----|---|
| 9. Lactulose | syr | ข |
|--------------|-----|---|
- เงื่อนไข**
1. ใช้สำหรับ hepatic encephalopathy
  2. ใช้สำหรับ chronic constipation ในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี
  3. ใช้เป็นทางเลือกในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ยาระบายอื่นไม่ได้
  4. ใช้เป็นทางเลือกในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ magnesium

10. Macrogols (Polyethylene glycol, PEG) oral powdr (hosp) ค  
with electrolytes  
**เงื่อนไข**  
ใช้สำหรับเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการผ่าตัดหรือตรวจลำไส้  
**หมายเหตุ**  
ไม่ใช่เป็นยาระบายหรือยาถ่าย
11. Sodium phosphates oral sol ค  
มีตัวยาสำคัญต่อ 5 ml ดังนี้  
- Sodium biphosphate 0.9 g  
- Sodium phosphate 2.4 g  
**เงื่อนไข**  
1. ใช้สำหรับเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการผ่าตัดหรือตรวจลำไส้  
2. ไม่ใช่ยานี้เพื่อทดแทนการขาดฟอสเฟต หรือใช้เป็นยาระบายหรือยาถ่าย  
**คำเตือนและข้อควรระวัง**  
1. รับประทานไม่เกินครั้งละ 45 มิลลิลิตร และไม่เกิน 90 มิลลิลิตร ภายใน 24 ชั่วโมง  
2. ให้ระวังในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคไตวาย และผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

## 1.7 Local preparations for anal and rectal disorders

1. Local anesthetic + Corticosteroid cream, oint, rectal supp ข  
with/without astringent  
**เงื่อนไข**  
1. หนึ่งรูปแบบให้เลือก 1 สูตร  
2. ใช้ไม่เกิน 7 วัน

## 1.8 Drugs affecting intestinal secretions

1. Colestyramine (Cholestyramine) oral powdr ข  
**เงื่อนไข**  
ใช้สำหรับ bile-acid diarrhea และ short bowel syndrome
2. Pancreatic enzymes cap, tab , EC cap , EC tab ง  
ต้องมี lipase activity ไม่น้อยกว่า  
1,200 USP units/cap หรือ tab  
**เงื่อนไข**  
ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่เป็น pancreatic insufficiency เท่านั้น
3. Ursodeoxycholic acid (Ursodiol) cap ง  
**เงื่อนไข**  
ใช้สำหรับ cholestatic liver disease

## กลุ่มยา 2 Cardiovascular system

### 2.1 Positive inotropic drugs

- |                      |                          |   |
|----------------------|--------------------------|---|
| 1. Digoxin           | tab, elixir, sterile sol | ก |
| 2. Milrinone lactate | sterile sol              | ง |

#### เงื่อนไข

1. ใช้เพิ่มการบีบตัวของหัวใจในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ
2. ใช้ทดแทนหรือเสริม dopamine หรือ dobutamine ใน advanced heart failure
3. ใช้เพื่อเพิ่มการบีบตัวของหัวใจในผู้ป่วย advanced heart failure ที่เคยใช้ beta blocker มาก่อน

### 2.2 Diuretics

- |   |                       |   |
|---|-----------------------|---|
| 1. Furosemide   | tab, sterile sol      | ก |
| 2. Hydrochlorothiazide (HCTZ)                           | tab                   | ก |
| 3. Mannitol   | sterile sol           | ก |
| 4. Spironolactone                                       | tab                   | ก |
| 5. Amiloride hydrochloride + Hydrochlorothiazide (HCTZ) | tab (เฉพาะ 5 + 50 mg) | ข |

### 2.3 Anti-arrhythmic drugs

- |              |             |   |
|--------------|-------------|---|
| 1. Adenosine | sterile sol | ก |
|--------------|-------------|---|

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับรักษา supraventricular tachycardia
2. ใช้ฉีดเข้าหลอดเลือดหัวใจเพื่อรักษาภาวะ no reflow ในผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) เมื่อมีข้อห้ามใช้ยา verapamil หรือไม่มียา verapamil ให้ใช้
3. ใช้สำหรับการตรวจพิเศษทางหัวใจ

- |                     |             |   |
|---------------------|-------------|---|
| 2. Atropine sulfate | sterile sol | ก |
|---------------------|-------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ symptomatic bradycardia และการตรวจพิเศษทางหัวใจ

- |  |                           |   |
|--|---------------------------|---|
| 3. Lidocaine hydrochloride (preservative free) | sterile sol (เฉพาะ 1%,2%) | ก |
| ยากำพร้า                                       | /sterile sol (hosp)       |   |

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ ventricular arrhythmias

- |                      |             |   |
|----------------------|-------------|---|
| 4. Magnesium sulfate | sterile sol | ก |
|----------------------|-------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ refractory ventricular tachycardia

- |    |           |             |   |
|----|-----------|-------------|---|
| 5. | Verapamil | sterile sol | ก |
|----|-----------|-------------|---|
- เงื่อนไข**
1. ใช้สำหรับ supraventricular tachyarrhythmias ซึ่งรวมทั้ง atrial fibrillation ที่ต้องการฤทธิ์ของยาวนาน 4-6 ชั่วโมง และไม่มีข้อห้ามใช้ calcium channel blockers
  3. ใช้ฉีดเข้าหลอดเลือดหัวใจเพื่อรักษาภาวะ no reflow ในผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI)
- |    |                          |                  |   |
|----|--------------------------|------------------|---|
| 6. | Amiodarone hydrochloride | tab, sterile sol | ค |
|----|--------------------------|------------------|---|
- เงื่อนไข**
- ใช้สำหรับ supraventricular และ ventricular arrhythmias
- |    |                    |     |   |
|----|--------------------|-----|---|
| 7. | Flecainide acetate | tab | ง |
|----|--------------------|-----|---|
- เงื่อนไข**
- ใช้กับผู้ป่วยที่ใช้อื่นควบคุมจังหวะการเต้นผิดปกติของหัวใจไม่ได้หรือไม่ได้ผล
- |    |                           |     |   |
|----|---------------------------|-----|---|
| 8. | Propafenone hydrochloride | tab | ง |
|----|---------------------------|-----|---|
- เงื่อนไข**
- ใช้กับผู้ป่วยที่ใช้อื่นควบคุมจังหวะการเต้นผิดปกติของหัวใจไม่ได้หรือไม่ได้ผล

## 2.4 Beta-adrenoceptor blocking drugs

- |    |                           |                       |   |
|----|---------------------------|-----------------------|---|
| 1. | Atenolol                  | tab                   | ก |
| 2. | Metoprolol tartrate       | immediate release tab | ก |
| 3. | Propranolol hydrochloride | tab                   | ก |
| 4. | Carvedilol                | tab                   | ค |
- เงื่อนไข**
- ใช้สำหรับ systolic heart failure
- |    |                         |             |   |
|----|-------------------------|-------------|---|
| 5. | Labetalol hydrochloride | sterile sol | ค |
|----|-------------------------|-------------|---|
- ยากำพรัว*
- เงื่อนไข**
- ใช้สำหรับ hypertensive emergencies ในหญิงตั้งครรภ์ ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ hydralazine hydrochloride ได้

## 2.5 Drugs affecting the renin-angiotensin system and some other antihypertensive drugs

### 2.5.1 Vasodilator antihypertensive drugs

- |    |   |                   |   |
|----|---|-------------------|---|
| 1. | Hydralazine hydrochloride   | tab, sterile pwdr | ก |
|    | ยากำพรั้งเฉพาะรูปแบบ sterile pwdr   |                   |   |
|    | <b>เงื่อนไข</b>   |                   |   |
|    | ชนิดนี้ใช้สำหรับ hypertensive emergencies* ในหญิงตั้งครรภ์                |                   |   |
| 2. | Sodium nitroprusside  | sterile pwdr      | ก |
|    | ยากำพรั้ง   |                   |   |
|    | <b>เงื่อนไข</b>   |                   |   |
|    | ใช้เป็นมาตรฐานการรักษาใน hypertensive emergencies (ยกเว้นในหญิงตั้งครรภ์) |                   |   |

## 2.5.2 Centrally acting antihypertensive drugs

- |    |  |     |   |
|----|--|-----|---|
| 1. | Methyldopa                                   | tab | ก |
|    | <b>เงื่อนไข</b>                              |     |   |
|    | ใช้สำหรับรักษาความดันเลือดสูงในหญิงตั้งครรภ์ |     |   |

## 2.5.3 Alpha-adrenoceptor blocking drugs

- |    |                        |                       |   |
|----|------------------------|-----------------------|---|
| 1. | Prazosin hydrochloride | tab                   | ข |
| 2. | Doxazosin mesilate     | immediate release tab | ค |

## 2.5.4 Angiotensin-converting enzyme inhibitors

- |    |  |     |   |
|----|--|-----|---|
| 1. | Enalapril maleate  | tab | ก |
| 2. | Captopril  | tab | ก |
|    | <b>เงื่อนไข</b>  |     |   |
|    | ใช้สำหรับ hypertensive urgency <sup>†</sup>  |     |   |
|    | <b>หมายเหตุ</b>  |     |   |
|    | กรณีที่สถานพยาบาลไม่มียาฉีดหรือไม่สามารถใช้ยาฉีดในการรักษา hypertensive emergencies อาจพิจารณาใช้ captopril เป็นทางเลือกในการรักษา |     |   |
| 3. | Lisinopril   | tab | ค |
|    | <b>เงื่อนไข</b>  |     |   |
|    | ใช้สำหรับ post myocardial infarction   |     |   |

## 2.5.5 Angiotensin-II receptor antagonists

\* hypertensive emergencies หมายถึง ภาวะที่มี target organ damage (TOD) เช่น hypertensive encephalopathy, acute pulmonary edema, eclampsia เป็นต้น โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความดัน diastolic ตั้งแต่ 120-130 mmHg และควรใช้ยาฉีดในการรักษา

<sup>†</sup> hypertensive urgency หมายถึง ภาวะที่มีความดันเลือดสูงรุนแรง (severe elevated blood pressure) ที่ไม่มีภาวะ target organ damage (TOD) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความดัน diastolic ตั้งแต่ 120-130 mmHg ผู้ป่วยเหล่านี้ควรใช้ยารับประทานในการรักษา



- |                       |                        |   |
|-----------------------|------------------------|---|
| 1. Losartan potassium | tab (เฉพาะ 50, 100 mg) | ข |
|-----------------------|------------------------|---|

**เงื่อนไข**

ใช้กับผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitors ไม่ได้ เนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในกลุ่มดังกล่าว

## 2.6 Nitrates, calcium-channel blockers and other vasodilators

### 2.6.1 Nitrates

- |                        |             |   |
|------------------------|-------------|---|
| 1. Glyceryl trinitrate | sterile sol | ก |
|------------------------|-------------|---|

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับ hypertensive emergencies ในกรณีที่มี coronary ischemia

- |                           |                     |   |
|---------------------------|---------------------|---|
| 2. Isosorbide dinitrate   | tab, sublingual tab | ก |
| 3. Isosorbide mononitrate | tab                 | ก |

### 2.6.2 Calcium-channel blockers

ยากลุ่มนี้ชนิดที่เป็น short-acting dihydropyridine (เช่น nifedipine immediate release) ไม่แนะนำให้ใช้รักษา essential hypertension, hypertensive emergencies , hypertensive urgency และ angina pectoris เนื่องจากมียาอื่นที่ปลอดภัยกว่า

- |                            |   |   |
|----------------------------|---|---|
| 1. Amlodipine besilate     | tab   | ก |
| 2. Diltiazem hydrochloride | slow release cap/tab<br>(เฉพาะ 120 mg) ไม่รวมชนิด<br>controlled release | ก |

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับ ischemic heart disease (IHD)

- |                            |                            |   |
|----------------------------|----------------------------|---|
| 3. Verapamil hydrochloride | tab, SR tab (เฉพาะ 240 mg) | ก |
|----------------------------|----------------------------|---|

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับ ischemic heart disease (IHD)

- |                            |                       |   |
|----------------------------|-----------------------|---|
| 4. Diltiazem hydrochloride | immediate release tab | ข |
|----------------------------|-----------------------|---|

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับ ischemic heart disease (IHD) ไม่แนะนำให้ใช้ในการรักษา essential hypertension

- |                                |                   |   |
|--------------------------------|-------------------|---|
| 5. Lercanidipine hydrochloride | tab (เฉพาะ 20 mg) | ข |
|--------------------------------|-------------------|---|

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่ทนต่อผลข้างเคียงของยา amlodipine ไม่ได้

- |                             |                   |   |
|-----------------------------|-------------------|---|
| 6. Manidipine hydrochloride | tab (เฉพาะ 20 mg) | ข |
|-----------------------------|-------------------|---|

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่ทนต่อผลข้างเคียงของยา amlodipine ไม่ได้

- |    |   |                                |   |
|----|---|--------------------------------|---|
| 7. | Nicardipine hydrochloride<br><b>เจ็อนไฮ</b><br>1. ใช้กับผู้ป่วย hypertensive emergencies ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ<br>2. ใช้เป็นยาแทน (alternative drug) ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยา sodium nitroprusside หรือ glyceryl trinitrate (nitroglycerin) ได้ | sterile sol                    | ค |
| 8. | Nifedipine<br><b>เจ็อนไฮ</b><br>1. ใช้สำหรับความดันเลือดสูงในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ methyldopa และ hydralazine แล้วไม่ได้ผล<br>2. ใช้สำหรับ intractable Raynaud's phenomenon   | SR cap/SR tab<br>(เฉพาะ 20 mg) | ง |
| 9. | Nimodipine<br><b>เจ็อนไฮ</b><br>ใช้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์สำหรับป้องกันพยาธิสภาพของระบบประสาทที่อาจดำเนินต่อไปจากการหดตัวของหลอดเลือด ภายหลังการเกิด subarachnoid hemorrhage   | tab, sterile sol               | ง |

### 2.6.3 Other vasodilators

- |    |  |     |   |
|----|--|-----|---|
| 1. | Sildenafil (as citrate)<br><b>เจ็อนไฮ</b><br>1. ใช้สำหรับผู้ป่วยภาวะ pulmonary arterial hypertension (PAH) ที่เกิดจากโรคหัวใจแต่กำเนิด (CHD) ชนิด systemic-to-pulmonary shunt หรือโรค idiopathic pulmonary arterial hypertension (IPAH) หรือ PAH associated with connective tissue disease (CNTD) และ<br>2. อยู่ใน WHO functional classification of PAH $\geq$ II และ<br>3. ได้รับการตรวจวินิจฉัยตามขั้นตอนวิธีที่ปรากฏในแนวทางเวชปฏิบัติ<br>4. แนะนำให้หยุดยาเมื่อผลการประเมินทุก 3 เดือนมีอาการทรุดลงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 รอบการประเมิน เกณฑ์อาการทรุดลงหมายถึงการตรวจพบอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้คือ<br>4.1 ตรวจร่างกายมีอาการแสดงของ progressive right heart failure<br>4.2 WHO functional classification เพิ่มขึ้นกว่าเดิม<br>4.3 6MWT ลดลงกว่าเดิม 25%<br>4.4 Echocardiography พบลักษณะที่บ่งชี้ว่าอาการทรุดลงเช่น right atrium และ right ventricle โตขึ้นกว่าเดิม, right ventricular systolic pressure (RVSP) สูงขึ้นกว่าเดิม, RV dysfunction, TAPSE $< 1.5$ cm, RAP $> 15$ mmHg, CI $\leq 2$ L/min/m <sup>2</sup> , pericardial effusion | tab | ง |
|----|--|-----|---|

## 2.7 Sympathomimetics

### 2.7.1 Inotropic sympathomimetics

- |    |                        |             |   |
|----|------------------------|-------------|---|
| 1. | Dopamine hydrochloride | sterile sol | ก |
|----|------------------------|-------------|---|

2.	Isoprenaline hydrochloride (Isoproterenol hydrochloride)	sterile sol	ก
3.	Dobutamine hydrochloride	sterile sol	ข

## 2.7.2 Vasoconstrictor sympathomimetics

1.	Norepinephrine (Noradrenaline)	sterile sol (as bitartrate or hydrochloride)	ก
2.	Ephedrine hydrochloride วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2	sterile sol	ค
3.	Midodrine Hydrochloride ยากำพรั้ว เงื่อนไข ใช้สำหรับลดอาการ orthostatic hypotension ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน	tab	ค

## 2.7.3 Drugs used in cardiopulmonary resuscitation

1.	Epinephrine (Adrenaline)	sterile sol	ก
----	--------------------------	-------------	---

## 2.8 Anticoagulants

1.	Warfarin sodium	tab	ค
2.	Heparin sodium	sterile sol	ค
3.	Enoxaparin sodium	sterile sol	ค

### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ deep vein thrombosis และ pulmonary embolism
2. ใช้สำหรับ venous stroke และ cardioembolic stroke
3. ใช้กับผู้ป่วย acute coronary syndrome (ACS) ที่ต้องรับการรักษาด้วยวิธี Percutaneous Coronary Intervention (PCI)

### หมายเหตุ

ในกรณี ACS ที่มีแผนการรักษาแบบ conservative ให้ใช้ fondaparinux แทน

4.	Fondaparinux sodium	sterile sol (2.5 mg/0.5 ml)	ง
----	---------------------	-----------------------------	---

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ acute coronary syndrome ที่ไม่ต้องทำ Percutaneous Coronary Intervention (conservative management)

## 2.9 Antiplatelet drugs

1.	Aspirin (Acetylsalicylic acid)	tab (เฉพาะ 75-325 mg), EC tab (เฉพาะ 75-325 mg)	ก
2.	Clopidogrel bisulfate	tab	ง

### เงื่อนไข

1. ใช้กับผู้ป่วยที่ใช้ aspirin ไม่ได้ เฉพาะกรณีที่ใช้ป้องกันโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจหรือสมองแบบทุติยภูมิ (secondary prevention)
2. ให้ร่วมกับ aspirin หลังการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด (stent) เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี
3. ใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับ aspirin แล้วยังเกิด acute coronary syndrome หรือ recurrent thrombotic events
4. ในกรณีที่ได้รับการวินิจฉัยอย่างชัดเจนแล้วว่าเป็น non-ST elevated acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS) ให้ใช้ clopidogrel ร่วมกับ aspirin เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี

### หมายเหตุ

ระมัดระวังการใช้ยา clopidogrel ร่วมกับ aspirin เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการเลือดออกได้มากกว่าการใช้ aspirin หรือ clopidogrel เพียงชนิดเดียว

- |    |              |             |   |
|----|--------------|-------------|---|
| 3. | Dipyridamole | sterile sol | ง |
|----|--------------|-------------|---|

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับการตรวจวินิจฉัยเท่านั้น

- |    |              |             |   |
|----|--------------|-------------|---|
| 4. | Eptifibatide | sterile sol | ง |
|----|--------------|-------------|---|

### เงื่อนไข

ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยสายสวนขยายหลอดเลือดหัวใจเท่านั้น

- |    |            |                   |   |
|----|------------|-------------------|---|
| 5. | Ticagrelor | tab (เฉพาะ 90 mg) | ง |
|----|------------|-------------------|---|

### เงื่อนไข

ใช้ ticagrelor ร่วมกับ aspirin ขนาด 75-100 มก. โดยให้ใช้ ticagrelor เป็นเวลาไม่เกิน 1 ปี ในผู้ป่วย high-risk acute coronary syndrome (ACS) ที่รักษาด้วยวิธี Percutaneous Coronary Intervention (PCI) และเป็นไปตามเกณฑ์อย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วย ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ที่ได้รับการทำ Primary PCI
2. ผู้ป่วย NSTEMI-ACS ที่มี Grace risk score มากกว่า 140
3. ผู้ป่วยที่แพ้หรือไม่ตอบสนองต่อ clopidogrel เช่น เกิด ACS หรือ stent thrombosis ในขณะที่ได้รับยา aspirin ร่วมกับ clopidogrel

### หมายเหตุ

ราคายาเม็ด ticagrelor ขนาด 90 mg ที่ต่อรองได้ราคาเม็ดละไม่เกิน 16.10 บาท (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ประกาศมีผลบังคับใช้ เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

- |    |                           |     |   |
|----|---------------------------|-----|---|
| 6. | Ticlopidine hydrochloride | tab | ง |
|----|---------------------------|-----|---|

### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ clopidogrel ได้ ยกเว้นกรณี atrial fibrillation

### คำเตือนและข้อควรระวัง

อาจทำให้เกิด neutropenia การสั่งใช้จึงต้องติดตามระดับเม็ดเลือดขาวทุก 2 สัปดาห์ติดต่อกันใน 3 เดือนแรก จากนั้นควรติดตามเป็นระยะร่วมกับการตรวจการทำงานของตับ

## 2.10 Fibrinolytic drugs

- |  |               |   |
|--|---------------|---|
| 1. Streptokinase   | sterile powdr | ก |
| 2. Alteplase (Recombinant tissue - type plasminogen activator) | sterile powdr | ง |

### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ acute arterial ischemic stroke โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา หรือ ประสาทศัลยแพทย์ หรือ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน สำหรับอายุรแพทย์ทั่วไปและแพทย์ทั่วไปสามารถสั่งได้ในโรงพยาบาลที่มี stroke unit ที่ได้รับการรับรองโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และ ได้รับการฝึกอบรม หรืออยู่ภายใต้เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น
2. ใช้สำหรับ massive pulmonary embolism ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด massive bleeding และมี hemodynamic instability
3. ใช้ในกรณีที่มี acute vascular access thrombosis (หมายถึง A-V fistula หรือ A-V graft สำหรับทำ hemodialysis)

- |                 |               |   |
|-----------------|---------------|---|
| 3. Tenecteplase | sterile powdr | ง |
|-----------------|---------------|---|

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ ST elevation myocardial infarction ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา streptokinase หรือเคยได้ streptokinase มากภายใน 6 เดือน

### หมายเหตุ

ราคาจำหน่ายยา tenecteplase ที่ต้องรองได้ไวแอลละไม่เกิน 22,000 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนด ยื่นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

## 2.11 Hemostatics

- |                    |             |   |
|--------------------|-------------|---|
| 1. Tranexamic acid | sterile sol | ก |
|--------------------|-------------|---|

### คำเตือนและข้อควรระวัง

ใช้กับผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุและมีภาวะเลือดออกรุนแรง การให้ยาภายใน 3 ชั่วโมงมีประสิทธิภาพในการลด อัตราการเสียชีวิต แต่การให้ยาหลังจาก 3 ชั่วโมงอาจเพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากภาวะเลือดออก

### หมายเหตุ

การใช้ tranexamic acid ไม่สามารถทดแทนการรักษาที่จำเป็นอื่นๆ ได้ เช่น การให้เลือด เป็นต้น

- |                    |     |   |
|--------------------|-----|---|
| 2. Tranexamic acid | cap | ค |
|--------------------|-----|---|

### เงื่อนไข

1. ใช้ในทางทันตกรรมเฉพาะกรณีห้ามเลือดด้วยวิธีปกติแล้วไม่ได้ผล
2. ใช้ก่อนทำหัตถการในช่องปากในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเลือดออกแล้วหยุดยาก
3. ใช้สำหรับภาวะระดูมากผิดปกติ (menorrhagia)

- |    |  |             |   |
|----|--|-------------|---|
| 3. | Human thrombin + Calcium chloride<br>+ Fibrinogen +Tranexamic acid | sterile sol | ง |
|----|--|-------------|---|

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับภาวะเลือดออกจากอุบัติเหตุ การถอนพิษ การผ่าตัดผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกแล้วหยุดยาก เช่น hemophilia, thrombocytopenia, platelet dysfunction, von Willebrand's disease และ congenital factor VII deficiency เป็นต้น
2. ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งไม่สามารถห้ามเลือดด้วยวิธีปกติได้ เช่น การผ่าตัดตับ การผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดปอด เป็นต้น

- |    |                                |  |      |
|----|--------------------------------|--|------|
| 4. | Factor VIII concentrate, dried | sterile preparation for<br>intravenous use | จ(2) |
|----|--------------------------------|--|------|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

- |    |                              |  |      |
|----|------------------------------|--|------|
| 5. | Factor IX concentrate, dried | sterile preparation for<br>intravenous use | จ(2) |
|----|------------------------------|--|------|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

- |    |  |  |      |
|----|--|--|------|
| 6. | Factor IX complex (Coagulation factors II, VII, IX, X)<br>concentrate, dried | sterile preparation for<br>intravenous use | จ(2) |
|----|--|--|------|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

## 2.12 Lipid-regulating drugs

- |    |                |  |   |
|----|----------------|--|---|
| 1. | Gemfibrozil    | cap (เฉพาะ 300, 600 mg),<br>tab (เฉพาะ 600 mg) | ก |
| 2. | Nicotinic acid | immediate release tab                          | ก |
| 3. | Simvastatin    | tab (เฉพาะ 10, 20 และ<br>40 mg)                | ก |

#### เงื่อนไข

1. ใช้เป็นยาเสริม (adjunct therapy) สำหรับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร่วมกับการควบคุมอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. กรณีใช้ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง เกณฑ์ในการเริ่มใช้ยาและเป้าหมายในการรักษา ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ดังนี้

## 2.1 การป้องกันแบบทุติยภูมิ (secondary prevention)

2.1.1 ผู้ป่วยมีประวัติเกิด cardiovascular event เริ่มใช้ยาเมื่อ LDL-C  $\geq$  100 mg/dL โดยมีเป้าหมายลดให้ต่ำกว่า 100 mg/dL กรณีมีโรคหัวใจขาดเลือดรุนแรงลดให้ต่ำกว่า 70 mg/dL

2.1.2 ผู้ป่วยมีโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary heart disease) เริ่มใช้ยาเมื่อ LDL-C  $\geq$  130 mg/dL โดยมีเป้าหมายลดให้ต่ำกว่า 100 mg/dL

## 2.2 การป้องกันแบบปฐมภูมิ (primary prevention)

2.2.1 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเทียบเท่าผู้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary heart disease risk equivalent) เริ่มใช้ยาเมื่อ LDL-C  $\geq$  130 mg/dL โดยมีเป้าหมายลดให้ต่ำกว่า 100 mg/dL ผู้ป่วยเหล่านี้ได้แก่

2.2.1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย, abdominal aortic aneurysm หรือ symptomatic carotid artery disease หรือ

2.2.1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือ

2.2.1.3 ผู้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีจากการคำนวณด้วย Framingham score (general cardiovascular disease: 10-year risk) เกินกว่า 20%

2.2.2. ผู้ป่วยอื่นๆ ให้ดูว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้กี่ข้อ

1) สูบบุหรี่

2) ความดันเลือดสูง (ความดันเลือด  $\geq$  140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือกำลังใช้ยาลดความดันเลือดอยู่)

3) HDL cholesterol น้อยกว่า 40 mg/dL (หาก HDL-C  $\geq$  60 mg/dL ให้หักลบจำนวนปัจจัยเสี่ยงออกหนึ่งข้อ)

4) มีประวัติครอบครัว (เฉพาะพ่อ แม่ พี่ น้อง) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือมีการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ในญาติผู้ชายอายุ  $\leq$  55 ปี หรือ ญาติผู้หญิงอายุ  $\leq$  65 ปี

5) อายุ ผู้ชาย  $\geq$  45 ปี ผู้หญิง  $\geq$  55 ปี

2.2.2.1 กรณีมีปัจจัยเสี่ยง 0-1 ข้อ เริ่มใช้ยาเมื่อ LDL-C  $\geq$  190 mg/dL โดยมีเป้าหมายลดให้ต่ำกว่า 160 mg/dL

2.2.2.2 กรณีมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีจากการคำนวณด้วย Framingham score

- ความเสี่ยงต่ำกว่า 10 % เริ่มให้ยาเมื่อ LDL-C  $\geq$  160 mg/dL โดยมีเป้าหมายลดให้ต่ำกว่า 130 mg/dL

- ความเสี่ยงระหว่าง 10-20 % เริ่มให้ยาเมื่อ LDL-C  $\geq$  130 mg/dL โดยมีเป้าหมายลดให้ต่ำกว่า 130 mg/dL

- ความเสี่ยงมากกว่า 20% ใช้หลักเกณฑ์ตามข้อ 2.2.1

### คำเตือนและข้อควรระวัง

1. กรณีผู้ป่วยรายใหม่ไม่ควรให้ยา simvastatin เกินวันละ 40 mg สำหรับผู้ป่วยที่เคยใช้มานานเกิน 1 ปี โดยไม่เกิดผลข้างเคียงให้ใช้ในขนาดเดิมต่อไปได้
2. ห้ามใช้ยา simvastatin ร่วมกับ gemfibrozil, cyclosporine, danazol หรือ ยาในกลุ่ม strong CYP3A4 inhibitors เช่น itraconazole, ketoconazole, erythromycin, clarithromycin, telithromycin, HIV protease inhibitors เป็นต้น หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ให้หยุดยา simvastatin

ระหว่างใช้ยาดังกล่าว

3. หลีกเลี่ยงการใช้ยา simvastatin

3.1 ในขนาดเกินวันละ 20 mg เมื่อใช้ร่วมกับยา amlodipine หรือ amiodarone

3.2 ในขนาดเกินวันละ 10 mg เมื่อใช้ร่วมกับยา diltiazem หรือ verapamil

4.	Colestyramine (Cholestyramine)	oral powdr	ข
5.	Fenofibrate	cap (เฉพาะ 100 และ 200 mg)	ค
6.	Atorvastatin	tab (เฉพาะ 40 mg)	ง

### เงื่อนไข

1. ใช้กับผู้ป่วยที่ใช้ยา simvastatin ในขนาด 40 mg ติดต่อกัน 6 เดือน แล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับ LDL-C ได้ถึงค่าเป้าหมาย (ดูเงื่อนไข simvastatin) หรือ
2. ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ simvastatin ได้ กล่าวคือมีผลข้างเคียง ได้แก่ มีค่า alanine aminotransferase (ALT) เพิ่มขึ้น 3 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ (upper limit of normal) หรือค่า Creatine phosphokinase (CPK) เพิ่มขึ้นมากกว่า 5 เท่าของค่าสูงสุดของค่าปกติ

### คำเตือนและข้อควรระวัง

1. หลีกเลี่ยงการใช้ยา atorvastatin ร่วมกับ cyclosporine, HIV protease inhibitor (tipranavir + ritonavir), hepatitis C protease inhibitor (telaprevir)
2. หลีกเลี่ยงการใช้ยา atorvastatin
  - 2.1 ในขนาดเกินวันละ 40 mg เมื่อใช้ร่วมกับยา nelfinavir
  - 2.2 ในขนาดเกินวันละ 20 mg เมื่อใช้ร่วมกับยา clarithromycin, itraconazole, HIV protease inhibitor (saquinavir + ritonavir, darunavir + ritonavir, fosamprenavir, fosamprenavir + ritonavir)
3. ระมัดระวังการใช้ยา atorvastatin ร่วมกับยา lopinavir + ritonavir โดยให้ใช้ยา atorvastatin ในขนาดต่ำสุดเท่าที่จำเป็น

## กลุ่มยา 3 Respiratory system

### 3.1 Bronchodilators

#### 3.1.1 Adrenoceptor agonists

1.	Procaterol hydrochloride	syr	ก
2.	Salbutamol sulfate	tab, aqueous sol, DPI, MDI, sol for nebulizer	ก
3.	Terbutaline sulfate	tab, syr, sterile sol	ก
4.	Terbutaline sulfate	sol for nebulizer	ก
5.	Procaterol hydrochloride	tab	ข



### 3.1.2 Compound antimuscarinic bronchodilators

- |  |                        |   |
|--|------------------------|---|
| 1. Ipratropium bromide +<br>Fenoterol hydrobromide | MDI, sol for nebulizer | ก |
| 2. Tiotropium bromide                              | DPI (เฉพาะ 18 mcg)     | ค |

#### หมายเหตุ

ราคายาสูดพ่นชนิดผงยา Tiotropium bromide บรรจุแคปซูลละ 18 mcg กล่องละ 30 แคปซูล ที่ต่อรองได้ไม่เกิน 500 บาทต่อกล่อง (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ประกาศมีผลบังคับใช้ เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

### 3.1.3 Theophylline

- |  |                        |   |
|--|------------------------|---|
| 1. Aminophylline                       | tab, sterile sol       | ก |
| 2. Theophylline                        | SR cap, SR tab         | ก |
| 3. Theophylline + Glyceryl guaiacolate | syr (50+30 mg in 5 ml) | ก |

#### หมายเหตุ

จะนำออกจากบัญชี เมื่อจัดหา theophylline syr ได้ เพราะไม่มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนเหตุผลในการใช้ยาสูตรผสม

### 3.2 Corticosteroids

- |                           |                              |   |
|---------------------------|------------------------------|---|
| 1. Budesonide             | DPI, MDI, susp for nebulizer | ก |
| 2. Fluticasone propionate | susp for nebulizer           | ก |
| 3. Fluticasone propionate | MDI                          | ค |

#### เงื่อนไข

ใช้เป็นยาทางเลือกกรณีต้องการใช้ยาที่มี potency สูงในการรักษา

- |                            |     |   |
|----------------------------|-----|---|
| 4. Budesonide + Formoterol | DPI | ค |
|----------------------------|-----|---|

#### หมายเหตุ

- ใช้สำหรับควบคุมอาการเท่านั้น
  - การใช้ long acting beta2-agonist (LABA) เช่น formoterol และ salmeterol เป็นยาเดี่ยว เพิ่มความเสี่ยงของโรคหืดกำเริบรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคหืด
- |  |          |   |
|--|----------|---|
| 5. Fluticasone propionate + Salmeterol | DPI, MDI | ค |
|--|----------|---|

#### หมายเหตุ

เช่นเดียวกับ Budesonide + Formoterol

### 3.3 Leukotriene receptor antagonists

- |                       |  |   |
|-----------------------|--|---|
| 1. Montelukast sodium | chewable tab (เฉพาะ 5 mg), film coated tab (เฉพาะ 10 mg), oral granules (เฉพาะ 4 mg) | ค |
|-----------------------|--|---|

#### เงื่อนไข

ใช้ยานิต oral granules กับเด็กอายุตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 5 ปี

#### คำเตือนและข้อควรระวัง

ควรติดตามอาการไม่พึงประสงค์ทาง neuropsychiatric จากการใช้อย่างต่อเนื่อง

### 3.4 Antihistamines

ไม่ควรใช้ antihistamines เป็นประจำ (routinely) ในโรคหวัด (common cold) เนื่องจากมีประสิทธิผลไม่แตกต่างจากยาหลอก (placebo)

- |   |                            |   |
|---|----------------------------|---|
| 1. Brompheniramine maleate                              | tab, syr                   | ก |
| 2. Chlorpheniramine maleate<br>(Chlorphenamine maleate) | cap, tab, syr, sterile sol | ก |
| 3. Diphenhydramine hydrochloride                        | cap, sterile sol           | ก |
| 4. Hydroxyzine hydrochloride                            | tab, syr                   | ก |
| 5. Cetirizine hydrochloride                             | tab, syr                   | ก |
| 6. Loratadine   | tab, syr                   | ก |

### 3.5 Pulmonary surfactants

- |  |                            |   |
|--|----------------------------|---|
| 1. Phospholipids<br>(ชนิด Poractant alfa หรือ Beractant) | sterile intratracheal susp | ง |
|--|----------------------------|---|

#### เงื่อนไข

1. ให้เลือกหนึ่งรายการที่จัดซื้อได้ถูกกว่าระหว่าง Poractant alfa กับ Beractant
2. ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญกุมารแพทย์

### 3.6 Cough preparations

#### 3.6.1 Cough suppressants

- |   |                            |   |
|---|----------------------------|---|
| 1. Dextromethorphan hydrobromide  | tab, syr                   | ก |
| 2. Opium and Glycyrrhiza Mixture Compound<br>(Brown Mixture ; Mist. Tussis) | mixt (hosp)                | ก |
| 3. Squill and Ammonia Mixture   | mixt (hosp)                | ก |
| 4. Codeine phosphate + Glyceryl guaiacolate                                 | tab/cap (เฉพาะ 10+ 100 mg) | ค |

### 3.6.2 Expectorant and demulcent cough preparations

ยาละลายเสมหะ (mucolytics) ไม่จัดเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากไม่มีประสิทธิผลทางคลินิกที่ชัดเจน

- |   |             |   |
|---|-------------|---|
| 1. Ammonium carbonate and<br>senega mixture | mixt (hosp) | ก |
| 2. Glyceryl guaiacolate                     | tab, syr    | ก |

### 3.7 Systemic nasal decongestants

- |                                  |          |   |
|----------------------------------|----------|---|
| 1. Pseudoephedrine hydrochloride | tab, syr | ก |
|----------------------------------|----------|---|
- วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2

### 3.8 Other respiratory preparations

- |                            |                        |   |
|----------------------------|------------------------|---|
| 1. Aromatic Ammonia Spirit | spirit , spirit (hosp) | ก |
|----------------------------|------------------------|---|

## กลุ่มยา 4 Central nervous system

### 4.1 Hypnotics and anxiolytics

ยานอนหลับ (hypnotics) ไม่จัดเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากควรรักษาที่ต้นเหตุของการนอนไม่หลับ การใช้ยาเกินความจำเป็นมักนำไปสู่ปัญหาการติดยา

- |   |                       |   |
|---|-----------------------|---|
| 1. Chloral hydrate                      | oral sol (hosp)       | ก |
| วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4 |                       |   |
| 2. Chlordiazepoxide                     | cap, tab              | ก |
| วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4 |                       |   |
| 3. Diazepam                             | cap, tab, sterile sol | ก |
| วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4 |                       |   |
| 4. Lorazepam                            | tab                   | ก |
| วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4 |                       |   |
| 5. Clonazepam                           | tab                   | ข |
| วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4 |                       |   |
| 6. Dipotassium clorazepate              | cap, tab              | ข |
| วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4 |                       |   |
| 7. Hydroxyzine hydrochloride            | tab, syr              | ข |

### 4.2 Drugs used in psychoses and related disorders

#### 4.2.1 Antipsychotic drugs

1.	Chlorpromazine hydrochloride	tab, sterile sol	ก
2.	Fluphenazine	tab (as hydrochloride), sterile sol (as decanoate)	ก
3.	Haloperidol	tab (as base), oral sol (as base), sterile sol (as base or decanoate)	ก
4.	Perphenazine	tab	ก
5.	Trifluoperazine hydrochloride	tab	ก
6.	Risperidone	tab (ไม่รวมชนิดละลายในปาก) , oral sol, oral sol/syr(hosp)	ข

#### คำเตือนและข้อควรระวัง

ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ

7.	Clozapine	tab	ค
----	-----------	-----	---

#### เงื่อนไข

1. ไม่ใช่เป็นยาตัวแรกในการรักษา
2. ควรได้รับการวินิจฉัย และการรักษาเบื้องต้นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์

8.	Flupentixol (Flupenthixol)	tab (as hydrochloride), sterile sol (as decanoate)	ค
----	----------------------------	--	---

#### เงื่อนไข

ใช้ในกรณีใช้ยาอื่นไม่ได้ผล

9.	Pimozide	tab	ค
----	----------	-----	---

#### เงื่อนไข

1. ไม่ใช่เป็นยาตัวแรกในการรักษา
2. ควรได้รับการวินิจฉัย และการรักษาเบื้องต้นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์

10.	Thioridazine hydrochloride	tab	ค
11.	Zuclopenthixol	tab (as hydrochloride), sterile sol/sterile emulsion (as acetate or decanoate)	ค

#### เงื่อนไข

ใช้ในกรณีใช้ยาอื่นไม่ได้ผล

12.	Quetiapine fumarate	immediate release tab (เฉพาะ 200 mg)	ง
-----	---------------------	--------------------------------------	---

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ schizophrenia ที่ไม่ตอบสนองหรือไม่สามารถใช้ยา risperidone หรือ clozapine ได้
2. ใช้สำหรับ bipolar disorder ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่น

### หมายเหตุ

ยาเม็ดออกฤทธิ์ทันที quetiapine fumarate ขนาด 200 mg มีราคาต่ำสุดที่ต่อรองได้เม็ดละไม่เกิน 18.82 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

## 4.2.2 Antimanic drugs

1. Carbamazepine	tab	ก
2. Lithium carbonate	cap, tab	ก
3. Sodium valproate	EC tab, oral sol	ก
4. Carbamazepine	SR tab	ข
5. Sodium valproate	SR tab	ข
6. Lamotrigine	tab (เฉพาะ 25, 50, 100 mg)	ค

### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ rapid cycling mood disorder หรือ recurrent mood disorder ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่น
2. ใช้ในกรณีป้องกัน depression ใน Bipolar disorder ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่น

## 4.3 Antidepressant drugs

1. Amitriptyline hydrochloride	tab	ก
2. Fluoxetine hydrochloride	cap, tab	ก
3. Imipramine hydrochloride	tab	ก
4. Nortriptyline hydrochloride	tab	ก
5. Mianserin hydrochloride	tab	ข
6. Sertraline	tab (เฉพาะ 50 mg)	ข
7. Clomipramine hydrochloride	cap, tab	ค
8. Trazodone hydrochloride	tab	ค

## 4.4 Central nervous system stimulants

1. Methylphenidate	tab (เฉพาะ 10 mg)	ค
--------------------	-------------------	---

วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2

### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. ใช้สำหรับ narcolepsy

## 4.5 Drugs used in nausea and vertigo

#### 4.5.1 Drugs used in nausea and vomiting

1. Domperidone	tab (as base/maleate), susp (as base/maleate)	ก
2. Metoclopramide	tab, syr, sterile sol	ก
3. Ondansetron	tab (as base or hydrochloride), sterile sol (hydrochloride)	ข
4. Olanzapine	tab (เฉพาะ 5 และ 10 mg ไม่รวม ชนิดเม็ดละลายในปาก)	ง

##### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับป้องกันหรือรักษาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่กระตุ้นให้อาเจียนสูง (highly emetogenic)
2. ใช้สำหรับป้องกันหรือรักษาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาเคมีบำบัด กรณี resistance หรือ intractable nausea / vomiting

#### 4.5.2 Drugs used in vestibular disorders

1. Dimenhydrinate	compressed tab, film coated tab, syr, sterile sol	ก
2. Betahistine mesilate (Betahistine mesylate)	tab (เฉพาะ 6, 12 mg)	ข

#### 4.6 Analgesics and antipyretics

1. Paracetamol (Acetaminophen)	tab, syr	ก
--------------------------------	----------	---

##### หมายเหตุ

แนะนำให้ใช้เป็น first-line drug สำหรับ osteoarthritis

2. Aspirin (Acetylsalicylic acid)	compressed tab, film coated tab (เฉพาะขนาด 300 mg ขึ้นไป)	ก
-----------------------------------	--	---

##### คำเตือนและข้อควรระวัง

ห้ามใช้ในเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี สำหรับลดไข้ แก้ปวด เพราะเสี่ยงต่อการเกิด Reye's syndrome

##### หมายเหตุ

Aspirin ชนิด EC tab ดูดซึมได้ช้าจึงมีการเริ่มต้นออกฤทธิ์ช้า ไม่เหมาะจะนำมาใช้ในข้อบ่งใช้

3. Ibuprofen	film coated tab, susp	ก
--------------	-----------------------	---

##### คำเตือนและข้อควรระวัง

1. ไม่ควรใช้ ibuprofen ระยะยาวในผู้ป่วยที่ใช้ low dose aspirin เนื่องจากอาจมีผลต่อต้านประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหัวใจของยาแอสไพริน
2. ใช้ในเด็กที่มีอายุ 3 เดือนขึ้นไปเท่านั้น
3. ระวังการแพ้ยาในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำ เช่น ไข้เลือดออก

## 4.7 Analgesics

### 4.7.1 Opioid analgesics

- |    |  |  |   |
|----|--|--|---|
| 1. | Buprenorphine hydrochloride                    | sublingual tab, sterile sol  | ค |
|    | <i>วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2</i> |  |   |
| 2. | Codeine phosphate                              | tab  | ค |
|    | <i>ยาเสพติดให้โทษประเภท 2</i>                  |  |   |
| 3. | Fentanyl                                       | sterile sol (as citrate),<br>transdermal therapeutic<br>system (as base) | ค |
|    | <i>ยาเสพติดให้โทษประเภท 2</i>                  |  |   |

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความเจ็บปวดรุนแรง

- |    |                               |   |   |
|----|-------------------------------|---|---|
| 4. | Methadone hydrochloride       | tab, oral sol                                       | ค |
|    | <i>ยาเสพติดให้โทษประเภท 2</i> |   |   |
| 5. | Morphine sulfate              | cap, tab, SR cap, SR tab, oral<br>sol , sterile sol | ค |
|    | <i>ยาเสพติดให้โทษประเภท 2</i> |   |   |
| 6. | Nalbuphine hydrochloride      | sterile sol   | ค |
| 7. | Pethidine hydrochloride       | sterile sol   | ค |
|    | <i>ยาเสพติดให้โทษประเภท 2</i> |   |   |
| 8. | Tramadol hydrochloride        | cap, tab, SR cap, SR tab,<br>sterile sol            | ค |

### 4.7.2 Drugs for neuropathic pain

- |    |                             |   |   |
|----|-----------------------------|---|---|
| 1. | Amitriptyline hydrochloride | tab   | ก |
| 2. | Nortriptyline hydrochloride | tab   | ก |
| 3. | Carbamazepine               | tab   | ก |
| 4. | Carbamazepine               | SR tab  | ข |
| 5. | Gabapentin                  | cap (เฉพาะ 100, 300, 400 mg),<br>tab (เฉพาะ 600 mg) | ง |

#### เงื่อนไข

ใช้บรรเทาอาการปวดซึ่งเกิดจากความผิดปกติของเส้นประสาทเท่านั้น

#### หมายเหตุ

ไม่มีหลักฐานว่ามีประสิทธิผลในการบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อพังผืด กระดูกและข้อ

### 4.7.3 Antimigraine drugs

#### 4.7.3.1 Drugs for acute migraine attack

- |    |                                |  |   |
|----|--------------------------------|--|---|
| 1. | Paracetamol (Acetaminophen)    | tab  | ก |
| 2. | Aspirin (Acetylsalicylic acid) | compressed tab, film coated<br>tab (เฉพาะขนาด 300 mg ขึ้นไป) | ก |

##### คำเตือนและข้อควรระวัง

ดูรายละเอียดหัวข้อ 4.6 Analgesics and antipyretics

##### หมายเหตุ

ดูรายละเอียดหัวข้อ 4.6 Analgesics and antipyretics

- |    |   |   |   |
|----|---|---|---|
| 3. | Ibuprofen                               | film coated tab                                       | ก |
| 4. | Ergotamine tartrate + Caffeine          | compressed tab, film coated<br>tab (เฉพาะ 1 + 100 mg) | ค |
| 5. | Dihydroergotamine mesilate<br>ยากำพรั้ง | sterile sol (เฉพาะ 1 mg/ml)                           | ง |

##### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนเฉียบพลันชนิดรุนแรง (status migrainosus)
2. ใช้สำหรับรักษาอาการปวดศีรษะจากการใช้ยา (medication overuse headache หรือ rebound headache) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐาน
3. ใช้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา

#### 4.7.3.2 Drugs used in the prophylaxis of migraine

- |    |                              |                |   |
|----|------------------------------|----------------|---|
| 1. | Amitriptyline hydrochloride  | tab            | ก |
| 2. | Propranolol hydrochloride    | tab            | ก |
| 3. | Cyproheptadine hydrochloride | tab            | ข |
| 4. | Sodium valproate             | EC tab, SR tab | ง |

##### เงื่อนไข

ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทเท่านั้น

- |    |            |     |   |
|----|------------|-----|---|
| 5. | Topiramate | tab | ง |
|----|------------|-----|---|

##### เงื่อนไข

1. ห้ามใช้เป็นยาตัวแรกในการป้องกันไมเกรน
2. ใช้ในกรณีใช้ยาอื่นแล้วไม่ได้ผล



## 4.8 Antiepileptics

### 4.8.1 Drugs used in the control of epilepsy

- |     |  |   |   |
|-----|--|---|---|
| 1.  | Carbamazepine  | tab, syr, susp                              | ก |
| 2.  | Magnesium sulfate  | sterile sol                                 | ก |
| 3.  | Phenobarbital<br>(Phenobarbitone)<br>วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4   | tab (as base), sterile pwdr,<br>sterile sol | ก |
| 4.  | Phenytoin base   | chewable tab                                | ก |
| 5.  | Phenytoin sodium   | cap, SR cap, sterile sol                    | ก |
| 6.  | Sodium valproate   | EC tab, SR tab, oral sol, sterile<br>pwdr   | ก |
| 7.  | Carbamazepine  | SR tab                                      | ข |
| 8.  | Clonazepam<br>วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4  | tab   | ข |
| 9.  | Lamotrigine<br>เงื่อนไข<br>ใช้กับผู้ป่วยที่ใช้อื่นไม่ได้หรือไม่ได้ผล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท*   | tab (เฉพาะ 25, 50, 100 mg)                  | ง |
| 10. | Levetiracetam<br>เงื่อนไข<br>1. ใช้กับผู้ป่วยที่ใช้อื่นไม่ได้หรือไม่ได้ผล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท*<br>2. ชนิดน้ำใช้ในผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้ | tab (เฉพาะ 250 และ 500 mg),<br>oral sol     | ง |
| 11. | Nitrazepam<br>วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2<br>เงื่อนไข<br>ใช้สำหรับ epileptic spasms โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา  | tab   | ง |
| 12. | Topiramate<br>เงื่อนไข<br>ใช้กับผู้ป่วยที่ใช้อื่นไม่ได้หรือไม่ได้ผล โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท*  | cap, tab                                    | ง |
| 13. | Vigabatrin<br>เงื่อนไข<br>1. ใช้ในการควบคุมอาการชัก โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท*<br>2. ใช้สำหรับ epileptic spasms โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารประสาทวิทยา                | tab   | ง |

\* แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท ในบัญชีหมายถึง สาขาประสาทวิทยา สาขากุมารประสาทวิทยา และประสาทศัลยศาสตร์

#### 4.8.2 Drugs used in status epilepticus

1.	Diazepam วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4	sterile sol	ก
2.	Lorazepam ยากำพรัว วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4	inj	ก
3.	Phenobarbital sodium (Phenobarbitone sodium) วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4	sterile pwdr , sterile sol	ก
4.	Phenytoin sodium	sterile sol	ก
5.	Sodium valproate	sterile pwdr	ค
6.	Levetiracetam	concentrate for solution for infusion	ง

##### เงื่อนไข

1. ไม่ใช่เป็นยาตัวแรกในการรักษาภาวะชักต่อเนื่อง ยกเว้นมีประวัติแพ้ยาหรือไม่ตอบสนองต่อยาในกลุ่ม first generation คือ diazepam, lorazepam, phenytoin sodium, phenobarbital sodium และ sodium valproate
  2. สั่งใช้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาเท่านั้น
- |    |  |             |   |
|----|--|-------------|---|
| 7. | Midazolam hydrochloride<br>วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2 | sterile sol | ง |
|----|--|-------------|---|

##### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ refractory status epilepticus

#### 4.9 Drugs used in movement disorders

1.	Diazepam วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4	cap,tab	ก
2.	Levodopa + Benserazide as hydrochloride (Co-beneldopa)	cap/tab (200+50 mg)	ก
3.	Levodopa + Carbidopa as monohydrate (Co-careldopa)	tab (100+25 mg, 250+25 mg)	ก
4.	Propranolol hydrochloride	tab	ก
เงื่อนไข			
ใช้สำหรับ essential tremor			
5.	Trihexyphenidyl hydrochloride	tab	ก

6.	Baclofen	tab	ข
7.	Clonazepam	tab	ข
8.	Levodopa + Benserazide as hydrochloride (Co-beneldopa)	CR cap/dispersible tab (100+25 mg)	ข
9.	Bromocriptine mesilate	tab	ค
10.	Absolute alcohol	inj	ง

ยากำพร้า

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) หรือ ภาวะ dystonia

11.	Amantadine hydrochloride	tab (เฉพาะ 100 mg)	ง
-----	--------------------------	--------------------	---

ยากำพร้า

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับลดอาการของโรคพาร์กินสันและอาการ levodopa-induced dyskinesia

12.	Entacapone	tab	ง
-----	------------	-----	---

### เงื่อนไข

ใช้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่ใช้ยาอื่นไม่ได้ผล

13.	Phenol (Phenyl Alcohol)	inj	ง
-----	-------------------------	-----	---

ยากำพร้า

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity)

14.	Ropinirole	SR tab (เฉพาะ 2 mg, 4 mg)	ง
-----	------------	---------------------------	---

### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่มีเงื่อนไขครบทุกข้อดังนี้

1. ได้รับยา levodopa ในขนาด 400 มิลลิกรัมต่อวัน แต่ตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ โดยมี total disabling off time มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน
2. ได้รับยา bromocriptine ในขนาด 10 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นระยะเวลา 6 เดือนแล้วไม่ได้ผล โดยมี total disabling off time มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา bromocriptine

### หมายเหตุ

ราคายาเม็ดออกฤทธิ์เนิ่น ropinirole ขนาด 2 mg และ 4 mg ที่ต่อรองได้เม็ดละไม่เกิน 10.70 บาท และ 21.40 บาท ตามลำดับ (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดยื่นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

15.	Tetrabenazine	tab (เฉพาะ 12.5 mg, 25 mg)	ง
-----	---------------	----------------------------	---

ยากำพร้า

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ chorea ที่สัมพันธ์กับ Huntington's disease

- |                       |                                      |      |
|-----------------------|--------------------------------------|------|
| 16. Botulinum A toxin | sterile powdr (เฉพาะ 100 และ 500 IU) | จ(2) |
|-----------------------|--------------------------------------|------|

**เงื่อนไข**

1. ใช้สำหรับโรคคอบิด (cervical dystonia) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
2. ใช้สำหรับโรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีก (hemifacial spasm) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
3. ใช้สำหรับโรค spasmodic dysphonia โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

## 4.10 Drugs used in substance dependence

### 4.10.1 Drugs used in alcohol dependence

- |               |     |   |
|---------------|-----|---|
| 1. Disulfiram | tab | ค |
|---------------|-----|---|

**เงื่อนไข**

ใช้กับผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่ยินยอมจะใช้นานี้ร่วมกับวิธีจิตสังคมบำบัดเพื่อเป็นการควบคุมตนเองไม่ให้กลับไปดื่มซ้ำ

**คำเตือนและข้อควรระวัง**

การกินยา Disulfiram ร่วมกับแอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดอาการไม่สบายเนื่องมาจากการสะสมของ acetaldehyde ในเลือด

### 4.10.2 Drugs used in smoking cessation

- |                                |     |   |
|--------------------------------|-----|---|
| 1. Nortriptyline hydrochloride | tab | ก |
|--------------------------------|-----|---|

### 4.10.3 Drugs used in opioid dependence

- |                            |     |   |
|----------------------------|-----|---|
| 1. Clonidine hydrochloride | tab | ข |
|----------------------------|-----|---|

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับ heroin withdrawal

- |                            |          |   |
|----------------------------|----------|---|
| 2. Methadone hydrochloride | oral sol | ง |
|----------------------------|----------|---|

ยาเสพติดให้โทษประเภท 2

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับผู้ป่วยติดเฮโรอีน

## กลุ่มยา 5 Infections

### 5.1 Antibacterial drugs

#### 5.1.1 Penicillins

- |                           |               |   |
|---------------------------|---------------|---|
| 1. Amoxicillin trihydrate | cap, dry syr  | ก |
| 2. Ampicillin sodium      | sterile powdr | ก |

3.	Cloxacillin sodium	sterile powdr	ก
4.	Dicloxacillin sodium	cap, dry syr	ก
5.	Phenoxymethylpenicillin potassium (Penicillin V)	cap, tab, dry syr	ก
6.	Benzylpenicillin (Penicillin G)	sterile powdr (as sodium or potassium)	ก
7.	Benzathine benzylpenicillin (Penicillin G benzathine)	sterile powdr	ก
8.	Procaine benzylpenicillin (Penicillin G procaine)	sterile sol, sterile susp	ก
9.	Amoxicillin trihydrate + Potassium clavulanate (Co-amoxiclav)	tab (เฉพาะ 500/125, 875/125 mg), dry syr (เฉพาะ 400/57 mg)	ค

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับการติดเชื้อที่สงสัยว่าอาจเกิดจากเชื้อ *H. influenzae* และ/หรือ *M. catarrhalis* ที่ดื้อต่อ ampicillin
2. ใช้รักษาโรคติดเชื้อผสมระหว่างแบคทีเรียชนิด aerobes และ anaerobes
3. ใช้ยาเม็ดเฉพาะความแรง 500/125 mg ในการรักษา melioidosis เพื่อใช้เป็นยาแทน (alternative drug) ของ oral co-trimoxazole

10.	Amoxicillin sodium + Potassium clavulanate (Co-amoxiclav)	sterile powdr	ค
-----	---	---------------	---

#### เงื่อนไข

1. ใช้รักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียจำเพาะที่ดื้อต่อ ampicillin โดยเฉพาะที่ผลิตเอนไซม์ beta-lactamase
2. ใช้รักษาโรคติดเชื้อผสมระหว่างแบคทีเรียชนิด aerobes และ anaerobes

11.	Ampicillin sodium + Sulbactam sodium	sterile powdr	ค
-----	--------------------------------------	---------------	---

#### เงื่อนไข

เช่นเดียวกับ Co-amoxiclav sterile powdr

12.	Piperacillin sodium + Tazobactam sodium	sterile powdr	ง
-----	---	---------------	---

#### เงื่อนไข

1. ใช้ในกรณีที่ใช้อยากลุ่ม third generation cephalosporins ไม่ได้ โดยให้พิจารณาเลือกใช้ก่อนยาในกลุ่ม carbapenems ทั้งใน empiric และ specific therapy สำหรับ nosocomial infection เช่น pneumonia, complicated skin and soft tissue infection, intra-abdominal infection และ febrile neutropenia
2. ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ

## 5.1.2 Cephalosporins, cephamycins and other beta-lactams

1. Cefalexin (Cephalexin) cap, dry syr ก  
**หมายเหตุ**  
 ใช้สำหรับการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกโดยเฉพาะอย่างยิ่ง *S. aureus* ในผู้ป่วยที่แพ้ penicillin แบบไม่รุนแรง และการติดเชื้อในชุมชนจากแบคทีเรียแกรมลบบางชนิด เช่น *E. coli* เป็นต้น
2. Cefazolin sodium sterile powdr ก  
**หมายเหตุ**  
 ใช้ป้องกันการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัด
3. Cefuroxime axetil tab, dry syr ข  
**หมายเหตุ**
  1. ใช้สำหรับการติดเชื้อ *H. influenzae* ที่ดื้อต่อ ampicillin และ *M. catarrhalis*
  2. ใช้กับผู้ป่วยที่แพ้หรือไม่สามารถช้ยา co-amoxiclav ได้ หรือแพ้ยากลุ่ม penicillins ชนิดไม่รุนแรง
4. Cefotaxime sodium sterile powdr ค  
**เงื่อนไข**
  1. ใช้สำหรับการติดเชื้อในทารกแรกเกิด เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิด kernicterus จากการช้ยา ceftriaxone
  2. ใช้สำหรับโรคติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางที่เกิดจากแบคทีเรียแกรมลบ ในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี
  3. ใช้เป็นยาแทน (alternative drug) ของ ceftriaxone แต่ต้องให้ยาบ่อยกว่า ceftriaxone
5. Ceftriaxone sodium sterile powdr ค  
**เงื่อนไข**
  1. ใช้สำหรับ serious community acquired bacterial infection ยกเว้นการติดเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa*
  2. ใช้สำหรับ gram-negative meningitis ยกเว้นในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี
  3. ใช้สำหรับการติดเชื้อ Penicillin Resistant *S. pneumoniae* (PRSP)
  4. ใช้สำหรับการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบบางกรณีในผู้ป่วยที่ไตทำงานบกพร่องซึ่งไม่สามารถช้ยากลุ่ม aminoglycosides ได้
  5. ใช้สำหรับการติดเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae*
  6. ใช้กับผู้ป่วยซิปิลิสที่ไม่ได้ตั้งครรรค์ ซึ่งช้ benzathine penicillin หรือ doxycycline ไม่ได้
6. Ceftazidime sterile powdr ค  
**เงื่อนไข**  
 ใช้เป็น empiric/specific therapy สำหรับการติดเชื้อ *P. aeruginosa* และ melioidosis
7. Cefixime cap, dry syr ง  
**เงื่อนไข**
  1. ใช้เป็น switch therapy ในการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ
  2. ช้รักษาหนองในแท้เฉพาะที่อวัยวะเพศและทวารหนัก เมื่อไม่สามารถช้ยา Ceftriaxone ได้
  3. ช้รักษาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในกรณีที่ช้ยากลุ่ม fluoroquinolone แล้วดื้อยาหรือไม่ได้ผล

8. Cefoperazone sodium + Sulbactam sodium                      sterile pwdr                      ง

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ nosocomial infection จากเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ โดยเฉพาะการติดเชื้อ *Acinetobacter* sp.

9. Cefoxitin sodium                      sterile pwdr                      ง

#### เงื่อนไข

1. ใช้เป็นยาแทน (alternative drug) ของยามาตรฐานในการป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัดในช่องท้อง ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด
2. ใช้สำหรับการติดเชื้อ Non-tuberculosis *Mycobacterium* sp. (atypical mycobacterium) สำหรับกลุ่ม rapid growers เท่านั้น

#### หมายเหตุ

ไม่แนะนำให้ใช้รักษาโรคติดเชื้ออื่นๆ เพราะเป็น beta-lactamase inducer

10. Ertapenem sodium                      sterile pwdr                      ง

#### เงื่อนไข

ใช้เป็น documented therapy สำหรับเชื้อ *Enterobacteriaceae* ที่สร้าง Extended Spectrum Beta-Lactamase (ESBL) หรือเชื้อ *Enterobacteriaceae* ที่ดื้อต่อยา cephalosporins รุ่นที่ 3 (ceftriazone, cefotaxime, ceftazidime) และไวต่อยากลุ่ม carbapenems

11. Imipenem + Cilastatin sodium                      sterile pwdr                      ง

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดจากแบคทีเรียรูปแท่งแกรมลบที่ดื้อยาหลายชนิด (Multiple-Drug-Resistant, MDR) ซึ่งควรมีผลการทดสอบความไวทางห้องปฏิบัติการมายืนยัน
2. ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ

12. Meropenem                      sterile pwdr                      ง

#### เงื่อนไข

เช่นเดียวกับ Imipenem + Cilastatin sodium

### 5.1.3 Tetracyclines

1. Doxycycline hyclate                      cap, tab                      ก  
(Doxycycline hydrochloride)
2. Tetracycline hydrochloride                      cap, tab                      ก

### 5.1.4 Aminoglycosides

ยา streptomycin sulfate, amikacin sulfate และ kanamycin sulfate อยู่ใน Antituberculous drugs

1. Neomycin sulfate                      tab                      ก

#### หมายเหตุ

ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัดลำไส้ใหญ่แบบไม่ฉุกเฉิน

2. Gentamicin sulfate                      sterile sol                      ก

- |    |                  |             |   |
|----|------------------|-------------|---|
| 3. | Amikacin sulfate | sterile sol | ข |
|----|------------------|-------------|---|
- เงื่อนไข**

ใช้สำหรับการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบชนิดที่ดื้อต่อ gentamicin และ/หรือ netilmicin

**หมายเหตุ**

จัดเป็นบัญชี ค เมื่อใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB)

- |    |                    |             |   |
|----|--------------------|-------------|---|
| 4. | Netilmicin sulfate | sterile sol | ง |
|----|--------------------|-------------|---|
- เงื่อนไข**

ใช้เฉพาะการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อต่อยา gentamicin และ amikacin ซึ่งต้องมีการทดสอบความไวทางห้องปฏิบัติการมายืนยัน

### 5.1.5 Macrolides

- |    |                       |              |   |
|----|-----------------------|--------------|---|
| 1. | Erythromycin estolate | susp/dry syr | ก |
|----|-----------------------|--------------|---|

**เงื่อนไข**

ใช้กับเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี

**หมายเหตุ**

ห้ามใช้กับผู้ป่วยโรคตับ

- |    |                                    |  |   |
|----|------------------------------------|--|---|
| 2. | Erythromycin stearate or succinate | dry syr  | ก |
| 3. | Roxithromycin                      | cap/tab (เฉพาะ 100 และ 150 mg)   | ก |
| 4. | Azithromycin                       | cap (ไม่รวมชนิดออกฤทธิ์นาน),<br>dry syrup (ไม่รวมชนิดของ และ<br>ชนิดออกฤทธิ์นาน) | ง |

**เงื่อนไข**

- ใช้สำหรับการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง กรณีที่ใช้อื่นไม่ได้หรือไม่ได้ผล
- ใช้รักษาการติดเชื้อ non-tuberculous mycobacterium (NTM)
- ยา azithromycin ขนาด 2 กรัม กินครั้งเดียว สำหรับรักษาผู้ป่วย early syphilis ที่ไม่สามารถใช้ยา penicillin หรือ doxycycline หรือ ceftriaxone ได้

- |    |              |               |   |
|----|--------------|---------------|---|
| 5. | Azithromycin | sterile powdr | ง |
|----|--------------|---------------|---|

**เงื่อนไข**

- ใช้สำหรับการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่างที่รุนแรงและอาจเกิดจาก atypical pathogen เช่น legionellosis เป็นต้น
- ใช้สำหรับ severe rickettsiosis

- |    |                |              |   |
|----|----------------|--------------|---|
| 6. | Clarithromycin | tab, dry syr | ง |
|----|----------------|--------------|---|

**เงื่อนไข**

- ใช้สำหรับการติดเชื้อของทางเดินหายใจ ในกรณีที่ใช้อื่นไม่ได้หรือไม่ได้ผล
- ใช้ในข้อบ่งใช้พิเศษสำหรับโรคติดเชื้อ non-tuberculous *Mycobacterium* sp. (atypical mycobacterium)
- ใช้ใน triple therapy หรือ quadruple therapy สำหรับกำจัดเชื้อ *H. pylori* หลังจากได้รับการตรวจยืนยันว่ามีเชื้อแล้ว



### 5.1.6 Quinolones

- |                |                         |   |
|----------------|-------------------------|---|
| 1. Norfloxacin | tab                     | ก |
| 2. Ofloxacin   | tab (เฉพาะ 100, 200 mg) | ข |

#### เงื่อนไข

ใช้เป็นยาแทน (alternative drug) ในการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ

#### หมายเหตุ

จัดเป็นบัญชี ค เมื่อใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) โดยเป็น second-line therapy  
ดูข้อ 5.1.9 Antituberculosis drugs

- |                                |     |   |
|--------------------------------|-----|---|
| 3. Ciprofloxacin hydrochloride | tab | ง |
|--------------------------------|-----|---|

#### เงื่อนไข

ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ เช่น ใช้ต่อเนื่องจากยาฉีด (sequential therapy หรือ switch therapy)

- |                          |             |   |
|--------------------------|-------------|---|
| 4. Ciprofloxacin lactate | sterile sol | ง |
|--------------------------|-------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ เช่น

1. ใช้สำหรับรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม beta-lactam และ/หรือยาในกลุ่ม aminoglycoside ได้
2. ใช้เป็น empiric therapy ใน 3 วันแรกของการรักษาร่วมกับยาในกลุ่ม beta-lactam และ/หรือ aminoglycoside ในการรักษา severe hospital-acquired pneumonia ในกรณีที่ไม่สามารถรับประทานยาได้

- |                              |                    |   |
|------------------------------|--------------------|---|
| 5. Levofloxacin hemihydrates | tab (เฉพาะ 500 mg) | ง |
|------------------------------|--------------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ เช่น ใช้รักษาแบบผู้ป่วยนอก ในกรณี moderate to severe community-acquired pneumonia และ lower respiratory tract infection ที่สงสัย Drug-Resistant *S. pneumoniae* (DRSP) หรือ pathogen ที่ทำให้เกิด atypical pneumonia ที่ใช้ macrolide ไม่ได้หรือไม่ได้ผล หรือ ใช้ต่อเนื่องจากยาฉีด (sequential therapy)

#### หมายเหตุ

1. ผู้ป่วย community-acquired pneumonia (CAP) ที่มี comorbidities หรือ เคยใช้ยาปฏิชีวนะในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา แนะนำให้ใช้ levofloxacin ในขนาด 750 mg วันละครั้ง อย่างน้อย 5 วัน หรือในขนาด 500 mg วันละครั้ง อย่างน้อย 7 วัน
2. จัดเป็นบัญชี ง เมื่อใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) โดยเป็น second-line therapy  
ดูข้อ 5.1.9 Antituberculous drugs

- |                              |             |   |
|------------------------------|-------------|---|
| 6. Levofloxacin hemihydrates | sterile sol | ง |
|------------------------------|-------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจ เช่น ใช้รักษาแบบผู้ป่วยใน ในกรณี moderate to severe community-acquired pneumonia และ lower respiratory tract infection ที่สงสัย Drug-Resistant *S. pneumoniae* (DRSP) หรือ pathogen ที่ทำให้เกิด atypical pneumonia

#### หมายเหตุ

จัดเป็นบัญชี ก เมื่อใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) โดยเป็น second-line therapy ดูข้อ 5.1.9 Antituberculous drugs

### 5.1.7 Some other antibacterials

- |                                     |               |   |
|-------------------------------------|---------------|---|
| 1. Chloramphenicol sodium succinate | sterile powdr | ค |
|-------------------------------------|---------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้รักษา rickettsiosis (scrub typhus, murine typhus) ที่ไม่สามารถใช้ยาชนิดอื่นได้

- |                  |  |   |
|------------------|--|---|
| 2. Metronidazole | cap/tab (as base), susp (as benzoate), sterile sol (as base) | ก |
| 3. Clindamycin   | cap (as hydrochloride), sterile sol (as phosphate)           | ข |

#### เงื่อนไข

- ใช้สำหรับการติดเชื้อแบคทีเรียชนิด anaerobes, แบคทีเรียแกรมบวกชนิดรุนแรงในผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม beta-lactam แบบ type I (anaphylaxis หรือ urticaria) หรือการติดเชื้อผสมระหว่างแบคทีเรียแกรมบวก และ anaerobe
- ใช้เป็นยาแทน (alternative drug) ในการป้องกันหรือรักษา *Pneumocystis jirovecii* pneumonia (PCP) ในผู้ป่วยเอดส์
- ไม่ควรใช้รักษาโรคติดเชื้อนอกเหนือไปจากข้อ 1 และข้อ 2 เนื่องจากความเสี่ยงต่อการเกิด Antibiotics Associated Colitis (AAC)

#### หมายเหตุ

AAC เกิดได้กับยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้างทุกชนิดแม้แต่ amoxicillin

- |                   |     |   |
|-------------------|-----|---|
| 4. Nitrofurantoin | tab | ข |
|-------------------|-----|---|

#### หมายเหตุ

ใช้รักษาการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าในบัญชี ก (เช่น amoxicillin หรือ cephalixin) ไม่ได้หรือไม่ได้ผล

- |  |               |   |
|--|---------------|---|
| 5. Colistimethate sodium<br>(Sodium Colistinmethanesulphonate) | sterile powdr | ง |
|--|---------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับการติดเชื้อกรับลที่ดื้อต่อยากลุ่ม carbapenems

- |    |                   |              |   |
|----|-------------------|--------------|---|
| 6. | Fosfomycin sodium | sterile pwdr | ง |
|----|-------------------|--------------|---|

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับการติดเชื้อ Methicillin Resistant *S. aureus* (MRSA) ที่มีอาการรุนแรงน้อยถึงปานกลาง โดยใช้ร่วมกับยาอื่นเพื่อป้องกันการดื้อยา

- |    |                 |     |   |
|----|-----------------|-----|---|
| 7. | Sodium fusidate | tab | ง |
|----|-----------------|-----|---|

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับการติดเชื้อ Methicillin Resistant *S. aureus* (MRSA) ที่มีอาการไม่รุนแรงถึงรุนแรงปานกลาง หรือใช้เป็น switch therapy ต่อจากยาฉีด โดยใช้ร่วมกับยาอื่นเพื่อป้องกันการดื้อยา

- |    |                          |              |   |
|----|--------------------------|--------------|---|
| 8. | Vancomycin hydrochloride | sterile pwdr | ง |
|----|--------------------------|--------------|---|

**เงื่อนไข**

1. ใช้สำหรับการติดเชื้อ Methicillin Resistant *S. aureus* (MRSA) ที่รุนแรง หรือการติดเชื้อ methicillin resistant *S. epidermidis* (MRSE)
2. ใช้สำหรับโรค infective endocarditis (IE) กรณีแพ้ยา penicillin ชนิดรุนแรง

- |    |           |     |      |
|----|-----------|-----|------|
| 9. | Linezolid | tab | จ(2) |
|----|-----------|-----|------|

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับโรคติดเชื้อ Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยา เป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

**หมายเหตุ**

จัดเป็นบัญชี จ(1) เมื่อใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (XDR-TB) ดูข้อ 5.1.9 Antituberculous drugs

## 5.1.8 Sulphonamides and trimethoprim

- |    |   |                             |   |
|----|---|-----------------------------|---|
| 1. | Sulfamethoxazole + Trimethoprim<br>(Co-trimoxazole) | cap, tab, susp, sterile sol | ก |
| 2. | Trimethoprim  | tab                         | ข |

**เงื่อนไข**

ใช้รักษาโรคติดเชื้อที่อาจไวต่อ trimethoprim ในผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม sulfonamides

## 5.1.9 Antituberculous drugs

- |    |                          |                               |   |
|----|--------------------------|-------------------------------|---|
| 1. | Ethambutol hydrochloride | film coated tab               | ก |
| 2. | Isoniazid                | tab                           | ก |
| 3. | Pyrazinamide             | tab                           | ก |
| 4. | Rifampicin               | cap, tab, dry syr, syr, susp  | ก |
| 5. | Rifampicin<br>ยากำพร้า   | oral form (for pediatric use) | ก |

- |    |  |  |   |
|----|--|--|---|
| 6. | Streptomycin sulfate                                       | sterile powdr                                | ก |
| 7. | Tuberculin Purified Protein Derivative<br>(Tuberculin PPD) | inj  | ก |
| 8. | Isoniazid + Rifampicin                                     | cap/tab (เฉพาะ 100+150 mg<br>และ 150+300 mg) | ข |

#### เงื่อนไข

ใช้เป็นยารวมในการรักษาวัณโรคในระยะ maintenance

- |     |                                       |                               |   |
|-----|---------------------------------------|-------------------------------|---|
| 9.  | Isoniazid + Rifampicin<br>ยากำพรัว    | oral form (for pediatric use) | ข |
| 10. | Isoniazid + Rifampicin + Pyrazinamide | tab (เฉพาะ 75 + 150 + 400 mg) | ข |

#### เงื่อนไข

ใช้เป็นยารวมในการรักษาวัณโรคในระยะ initial และ maintenance

- |     |   |  |   |
|-----|---|--|---|
| 11. | Isoniazid + Rifampicin + Pyrazinamide +<br>Ethambutol hydrochloride | tab (เฉพาะ 75 + 150 + 400 +<br>275 mg) | ข |
|-----|---|--|---|

#### เงื่อนไข

ใช้เป็นยารวมในการรักษาวัณโรคในระยะ initial

- |     |                  |             |   |
|-----|------------------|-------------|---|
| 12. | Amikacin sulfate | sterile sol | ค |
|-----|------------------|-------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) โดยเป็น second-line drug

#### หมายเหตุ

ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน 5.1.4 Aminoglycosides

- |     |             |     |   |
|-----|-------------|-----|---|
| 13. | Cycloserine | cap | ค |
|-----|-------------|-----|---|

#### เงื่อนไข

ใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) โดยเป็น second-line drug

- |     |             |     |   |
|-----|-------------|-----|---|
| 14. | Ethionamide | tab | ค |
|-----|-------------|-----|---|

#### เงื่อนไข

ใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) โดยเป็น second-line drug

- |     |                   |               |   |
|-----|-------------------|---------------|---|
| 15. | Kanamycin sulfate | sterile powdr | ค |
|-----|-------------------|---------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) โดยเป็น second-line drug

- |     |           |                         |   |
|-----|-----------|-------------------------|---|
| 16. | Ofloxacin | tab (เฉพาะ 100, 200 mg) | ค |
|-----|-----------|-------------------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) โดยเป็น second-line therapy หรือใช้รักษาวัณโรคในผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่สามารถใช้ยากลุ่ม first-line ได้

### หมายเหตุ

จัดเป็นบัญชี ข เมื่อใช้เป็นยาแทน (alternative drug) ในการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ ดูข้อ 5.1.6  
Quinolones

- |                                    |        |   |
|------------------------------------|--------|---|
| 17. Para-aminosalicylic acid (PAS) | EC tab | ค |
|------------------------------------|--------|---|

### เงื่อนไข

ใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) โดยเป็น second-line drug

- |                              |                                 |   |
|------------------------------|---------------------------------|---|
| 18. Levofloxacin hemihydrate | tab (เฉพาะ 500 mg), sterile sol | ง |
|------------------------------|---------------------------------|---|

### เงื่อนไข

ใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) โดยเป็น second-line therapy หรือใช้รักษาวัณโรคในผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่สามารถใช้ยากลุ่ม first-line ได้

### หมายเหตุ

ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน 5.1.6 Quinolones

- |                          |     |      |
|--------------------------|-----|------|
| 19. Bedaquiline fumarate | tab | จ(1) |
|--------------------------|-----|------|

### เงื่อนไข

ใช้เฉพาะโครงการการรักษาวัณโรคดื้อยา โดยมีวิธีการใช้ยาและการติดตามประเมินการใช้ยาตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด

- |                         |               |      |
|-------------------------|---------------|------|
| 20. Capreomycin sulfate | sterile powdr | จ(1) |
|-------------------------|---------------|------|

### เงื่อนไข

ใช้เฉพาะโครงการการรักษาวัณโรคดื้อยา โดยมีวิธีการใช้ยาและการติดตามประเมินการใช้ยาตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด

- |                 |     |      |
|-----------------|-----|------|
| 21. Clofazimine | cap | จ(1) |
|-----------------|-----|------|

### เงื่อนไข

ใช้เฉพาะโครงการการรักษาวัณโรคดื้อยา โดยมีวิธีการใช้ยาและการติดตามประเมินการใช้ยาตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด

- |               |     |      |
|---------------|-----|------|
| 22. Delamanid | tab | จ(1) |
|---------------|-----|------|

### เงื่อนไข

ใช้เฉพาะโครงการการรักษาวัณโรคดื้อยา โดยมีวิธีการใช้ยาและการติดตามประเมินการใช้ยาตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด

- |               |     |      |
|---------------|-----|------|
| 23. Linezolid | tab | จ(1) |
|---------------|-----|------|

### เงื่อนไข

ใช้เฉพาะโครงการการรักษาวัณโรคดื้อยา โดยมีวิธีการใช้ยาและการติดตามประเมินการใช้ยาตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด

### หมายเหตุ

จัดเป็นบัญชี จ (2) สำหรับโรคติดเชื้อ Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน 5.1.7 Some other antibacterials

24. Moxifloxacin hydrochloride	tab	จ(1)
--------------------------------	-----	------

**เงื่อนไข**

ใช้เฉพาะโครงการการรักษาวัณโรคดื้อยา โดยมีวิธีการใช้ยาและการติดตามประเมินการใช้ยาตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด

25. Protionamide	tab	จ(1)
------------------	-----	------

**เงื่อนไข**

ใช้เฉพาะโครงการการรักษาวัณโรคดื้อยา โดยมีวิธีการใช้ยาและการติดตามประเมินการใช้ยาตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด

### 5.1.10 Antileprotic drugs

1. Clofazimine	cap	ก
----------------	-----	---

**หมายเหตุ**

จัดเป็นบัญชี จ(1) เมื่อใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (XDR-TB) ดูข้อ 5.1.9 Antituberculous

2. Dapsone	tab	ก
------------	-----	---

### 5.2 Antifungal drugs

1. Fluconazole	cap	ก
----------------	-----	---

**เงื่อนไข**

1. ใช้สำหรับ invasive fungal infection บางชนิด
2. ใช้สำหรับ dermatomycoses

2. Griseofulvin	tab	ก
-----------------	-----	---

3. Ketoconazole	tab	ก
-----------------	-----	---

4 Nystatin	oral susp	ก
------------	-----------	---

5 Saturated solution of potassium iodide (SSKI)	sol (hosp)	ก
---	------------	---

6 Itraconazole	cap	ค
----------------	-----	---

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับโรคติดเชื้อ *Penicilliosis marneffei*, cryptococcosis, vaginal candidiasis และ dermatomycoses

7 Amphotericin B	sterile powdr (เฉพาะ conventional formulations)	ค
------------------	---	---

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับการรักษา invasive fungal infections

8	Fluconazole	sterile sol	ค
	<b>เงื่อนไข</b>		
	ใช้เป็นยาแทน (alternative drug) ของ amphotericin B ในการรักษา cryptococcosis หรือ candidiasis เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถใช้ amphotericin B ได้		
9	Flucytosine ยากำพรั้ว	tab (เฉพาะ 500 mg)	ง
	<b>เงื่อนไข</b>		
	ใช้เสริมฤทธิ์ต้านเชื้อราอื่นๆ ในผู้ป่วย cryptococcosis		
10	Itraconazole	oral sol	ง
	<b>เงื่อนไข</b>		
	1. ใช้กับผู้ป่วยที่รับประทานยาแคปซูลไม่ได้		
	2. เป็นยาแทน (alternative drug) สำหรับ invasive fungal infection		
11	Liposomal amphotericin B	sterile pwdr	จ(2)
	<b>เงื่อนไข</b>		
	ใช้รักษา invasive fungal infections (ยกเว้น aspergillosis) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา conventional amphotericin B โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3		
12	Micafungin sodium	sterile pwdr (เฉพาะ 50 mg)	จ(2)
	<b>เงื่อนไข</b>		
	ใช้รักษา Invasive candidiasis ที่ดื้อต่อยา fluconazole หรือไม่สามารถใช้ conventional amphotericin B ได้ โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3		
	<b>หมายเหตุ</b>		
	ราคายาฉีด micafungin sodium ขนาด 50 mg ที่ต่อรองได้ ขวดละไม่เกิน 1,840.40 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ <a href="http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/">http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/</a>		
13	Voriconazole	tab, sterile pwdr	จ(2)
	<b>เงื่อนไข</b>		
	1. ใช้รักษา invasive aspergillosis โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3		
	2. ใช้รักษา invasive fungal infection จากเชื้อ <i>Fusarium</i> spp., <i>Scedosporium</i> spp.		
	โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3		

## 5.3 Antiviral drugs

### 5.3.1 Non-antiretrovirals

Aciclovir ชนิด topical (Aciclovir cream) ไม่จัดเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากมีประสิทธิผลต่ำและไม่แนะนำให้ใช้

1. Aciclovir (Acyclovir) tab, oral susp, oral susp (hosp) ก

#### หมายเหตุ

ไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กที่เป็นโรคอีสุกอีใส (Chicken pox) ชนิดไม่รุนแรง

2. Aciclovir sodium (Acyclovir sodium) sterile pwdr, sterile sol ค

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับการติดเชื้อไวรัส varicella - zoster และ herpes simplex ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องและในทารกแรกเกิด
2. ใช้สำหรับการติดเชื้อไวรัส varicella-zoster และ herpes simplex ที่มีการแพร่กระจาย หรือเป็นการติดเชื้อของอวัยวะภายใน หรือในผู้ป่วยที่เข้ารับการประทุษร้ายไม่ได้
3. ใช้กับทารกแรกเกิดที่มารดาป่วยเป็นโรคอีสุกอีใสในช่วง 5 วันก่อนคลอดและในช่วง 2 วันหลังคลอด เพื่อป้องกันโรคอีสุกอีใสในทารกแรกเกิด (neonatal varicella)
4. ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ

3. Cidofovir sterile sol ง

#### ยากำพร้า

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ adenovirus ในเลือดหรืออวัยวะอื่นที่มีอาการรุนแรงที่ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) โดยมีอาการทางคลินิกที่เข้าได้ ร่วมกับการตรวจวินิจฉัยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. การตรวจพบ adenovirus ในเลือดด้วยวิธีทางอนุพันธุศาสตร์ (molecular detection)
2. การตรวจพบ adenovirus จากสิ่งส่งตรวจของอวัยวะที่มีอาการสงสัย ด้วยวิธีทางอนุพันธุศาสตร์ (molecular detection) เช่น ปัสสาวะ สารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจส่วนล่าง น้ำล้างจากถุงลมปอด (broncho alveolar lavage fluid)
3. การตรวจพบลักษณะทางพยาธิวิทยาที่เข้าได้กับการติดเชื้อ adenovirus (cytopathological change) หรือการตรวจพบไวรัสจากการตรวจด้วยกล้อง electron microscope

4. Ganciclovir sodium sterile pwdr ง

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับโรค cytomegalovirus infection
2. ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ

5. Peramivir sterile sol ง

#### ยากำพร้า

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ที่มีอาการรุนแรงและไม่สามารถใช้ยาชนิดกิน หรือชนิดสูดพ่นได้

6. Oseltamivir phosphate cap, dry syr จ(1)

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไข และเตรียมพร้อมรับมือปัญหาโรคไข้หวัดนก และการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ของประเทศ



### 5.3.2 Antiretrovirals

ยากลุ่มนี้เป็นยาตามนโยบายเอดส์แห่งชาติของกรมควบคุมโรค สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลาง

1.	Efavirenz (EFV)	cap, tab	ก
2.	Lamivudine (3TC)	tab, syr	ก
3.	Nevirapine (NVP)	tab, susp	ก
4.	Tenofovir disoproxil fumarate (TDF)	tab	ก
5.	Tenofovir Disoproxil Fumarate + Emtricitabine (TDF+FTC)	tab (300 + 200 mg)	ก
6.	Tenofovir Disoproxil Fumarate + Emtricitabine + Efavirenz (TDF + FTC + EFV)	tab (300 + 200 + 600 mg)	ก
7.	Zidovudine (AZT)	cap, oral sol	ก
8.	Zidovudine + Lamivudine (AZT+3TC)	tab (เฉพาะ 300+150 mg)	ก
9.	Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine (AZT + 3TC+ NVP)	tab (เฉพาะ 250+150+200 mg)	ก
10.	Lamivudine + Stavudine + Nevirapine (3TC+ d4T+ NVP)	tab (เฉพาะ 150+30+200 mg)	ข
11.	Rilpivirine (RPV)	tab	ข

#### เงื่อนไข

1. ใช้ในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน และต้องมี CD4 > 350 cells/mm<sup>3</sup>
2. ใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรอื่นมาก่อน มีระดับ viral load < 50 copies/mL และไม่มีประวัติการดื้อยาต้านไวรัสทุกชนิดมาก่อน สามารถเปลี่ยน PI หรือ NNRTI ที่อยู่ในสูตรยาที่รับประทานอยู่มาเป็น rilpivirine ได้

#### หมายเหตุ

ใช้เป็นยาใน post exposure prophylaxis ร่วมกับ tenofovir/emtricitabine ได้

12.	Stavudine (d4T)	cap, dry syr	ข
13.	Atazanavir sulfate (ATV)	cap	ค
14.	Lopinavir + Ritonavir (LPV+RTV)	tab, oral sol	ค
15.	Ritonavir (RTV)	cap, tab, oral sol	ค
16.	Abacavir (ABC)	tab	ง

#### เงื่อนไข

1. ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยา tenofovir หรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่สามารถใช้ยา tenofovir ได้ (ยา tenofovir ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ ผลต่อไต และผลต่อ bone density)
2. ใช้เป็น nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) ในสูตรยาต้านไวรัสสูตรอื่น ในกรณีที่การรักษาล้มเหลวจากเชื้อดื้อยาต้านไวรัสสูตรก่อน โดยต้องมีผลการตรวจ genotypic resistance ที่ไวกับยา abacavir และเชื้อไวต่อยาอื่นในสูตรอย่างน้อย 2 ชนิด
3. ใช้กับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 3 เดือนขึ้นไป

#### หมายเหตุ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับยา abacavir อาจมีภาวะ hypersensitivity ได้โดยเฉพาะใน 6 สัปดาห์แรก อาการส่วนใหญ่จะมีหลายระบบร่วมกัน หากพบอาการอย่างน้อย 2 ข้อดังต่อไปนี้
  - 1.1 ไข้
  - 1.2 ผื่น
  - 1.3 คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง
  - 1.4 อ่อนเพลียมาก ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ (arthralgia)
  - 1.5 หอบเหนื่อย ไอ เจ็บคอ

ให้หยุดยา abacavir ทันที และห้ามให้ยา abacavir อีก (ห้าม rechallenge) เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

2. การตรวจ HLA B\*5701 ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์
3. ผู้ป่วยที่จะใช้ยานี้ควรมีค่า baseline viral load น้อยกว่า 100,000 HIV-1 RNA copies/ml (เนื่องจากยามีประสิทธิภาพน้อยกว่า tenofovir เมื่อให้ในผู้ป่วยที่มี baseline viral load มากกว่า 100,000 HIV-1 RNA copies/ml) หรือเป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2560

17. Abacavir + Lamivudine (ABC +3TC) tab (600 + 300 mg) ง  
เงื่อนไข

1. ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยา tenofovir หรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่สามารถใช้ยา tenofovir ได้ (ยา tenofovir ผลข้างเคียงที่สำคัญคือ ผลต่อไต และผลต่อ bone density)
2. ใช้เป็น nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) ในสูตรยาต้านไวรัสดื้อยา ในกรณีที่มีการรักษาล้มเหลวจากเชื้อดื้อยาด้านไวรัสสูตรก่อน โดยต้องมีผลการตรวจ genotypic resistance ที่ไวกับยา abacavir และเชื้อไวต่อยาอื่นในสูตรอย่างน้อย 2 ชนิด
3. ใช้กับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 3 เดือนขึ้นไป

#### หมายเหตุ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับยา abacavir อาจมีภาวะ hypersensitivity ได้โดยเฉพาะใน 6 สัปดาห์แรก อาการส่วนใหญ่จะมีหลายระบบร่วมกัน หากพบอาการอย่างน้อย 2 ข้อดังต่อไปนี้
  - 1.1 ไข้
  - 1.2 ผื่น
  - 1.3 คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง
  - 1.4 อ่อนเพลียมาก ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ (arthralgia)
  - 1.5 หอบเหนื่อย ไอ เจ็บคอ

ให้หยุดยา abacavir ทันที และห้ามให้ยา abacavir อีก (ห้าม rechallenge) เพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

2. การตรวจ HLA B\*5701 ขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์
3. ผู้ป่วยที่จะใช้ยานี้ควรมีค่า baseline viral load น้อยกว่า 100,000 HIV-1 RNA copies/ml (เนื่องจากยามีประสิทธิภาพน้อยกว่า tenofovir เมื่อให้ในผู้ป่วยที่มี baseline viral load มากกว่า 100,000 HIV-1 RNA copies/ml) หรือเป็นไปตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2560

18. Didanosine (ddl) tab, oral pwdr ง  
เงื่อนไข

ใช้เป็น nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) ในสูตรยาต้านไวรัสดื้อยา ในกรณีที่การรักษาล้มเหลวจากเชื้อดื้อยาด้านไวรัสสูตรก่อน โดยต้องมีผลการตรวจ genotypic resistance ที่ไวกับยา ddl (ไม่มี K65R) และเชื้อไวต่อยาอื่นในสูตรอย่างน้อย 2 ชนิด

19. Darunavir ethanolate (DRV) tab (เฉพาะ 300 และ 600 mg) จ(2)  
เงื่อนไข

ใช้ในรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

20. Raltegravir (RAL) tab (เฉพาะ 400 mg) จ(2)  
เงื่อนไข

1. ใช้รักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ดื้อต่อยาสูตรพื้นฐาน และสูตรที่สอง โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
2. ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีเงื่อนไขดังนี้
  - 2.1 กลุ่มที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยได้รับยาต้านเอชไอวีมาก่อน และจะเริ่มยาต้านไวรัสหลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
  - 2.2 กลุ่มที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ที่เคยได้รับยาต้านเอชไอวีมาก่อนแต่ระดับไวรัสในพลาสมา (plasma viral load) ที่อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ >1,000 copies/mL โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

#### หมายเหตุ

ราคายาเม็ด raltegravir ขนาด 400 mg ที่ต่อรองได้เม็ดละไม่เกิน 121.30 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

### 5.3.3 Viral hepatitis

1. Lamivudine (3TC) tab (เฉพาะ 100, 150 mg) ง  
เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (chronic hepatitis B) ที่มี HBeAg positive หรือ negative โดยต้องมีระดับ Alanine aminotransferase (ALT) สูงกว่าหรือเท่ากับ 1.5 เท่าของค่าปกติ และมี HBV DNA มากกว่า 10,000 copies/ml (หรือ 2,000 IU/ml)
2. ในกรณีมีระดับ Alanine aminotransferase (ALT) น้อยกว่า 1.5 เท่าของค่าปกติ ต้องมีผล liver histology ที่แสดงว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่มี HAI score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 หรือ fibrosis มากกว่าหรือเท่ากับ 2
3. ใช้สำหรับ compensated หรือ decompensated cirrhosis ที่ตรวจพบ HBV DNA
4. ใช้กับผู้ป่วย HBsAg positive ที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือยากดภูมิคุ้มกัน

### คำแนะนำ

1. ให้ตรวจ HIV serology negative 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือนก่อนเริ่มการรักษา ยกเว้นในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน (ผู้ป่วยที่มีภาวะตับวาย: hepatic decompensation) ให้มีผล HIV serology negative ในครั้งแรก
2. ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างต่อเนื่อง ให้ตรวจ anti-HIV อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. กรณีตรวจพบ HIV serology positive แนะนำให้รักษาร่วมโดยแพทย์สาขาโรคติดเชื้อและแพทย์สาขาโรคระบบทางเดินอาหาร

### หมายเหตุ

ระดับ ALT ที่ผิดปกติต้องวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆ ที่ทำให้ ALT สูงกว่าปกติ เช่น fatty liver, drug-induced hepatitis, autoimmune hepatitis

2. Tenofovir disoproxil fumarate tab ง

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังเฉพาะกรณีดังต่อไปนี้

1. ใช้ในกรณี rescue ในผู้ป่วยที่ดื้อต่อยาในกลุ่ม nucleoside analog (NRTI) เช่น lamivudine โดยใช้ tenofovir เป็นการรักษาเสริม
2. ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยยังตรวจพบ HBV DNA หลังรักษาด้วยยาในกลุ่ม nucleoside analog (NRTI) ได้แก่ lamivudine, telbivudine, clevudine เป็นเวลา 24 สัปดาห์ โดยที่ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ

### คำแนะนำ

1. ให้ตรวจ HIV serology negative 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือนก่อนเริ่มการรักษา ยกเว้นในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน (ผู้ป่วยที่มีภาวะตับวาย: hepatic decompensation) ให้มีผล HIV serology negative ในครั้งแรก
2. ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างต่อเนื่อง ให้ตรวจ anti-HIV อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. กรณีตรวจพบ HIV serology positive แนะนำให้รักษาร่วมโดยแพทย์สาขาโรคติดเชื้อและแพทย์สาขาโรคระบบทางเดินอาหาร

### หมายเหตุ

แนะนำให้ติดตามระดับ serum creatinine, serum phosphate, uric acid ทุก 4-6 เดือน

3. Entecavir tab (เฉพาะ 0.5 mg) ง

### เงื่อนไข

1. ผู้ป่วยติดเชื้อ hepatitis B virus (HBV) ที่ตรวจพบ advance hepatic fibrosis และมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - 1.1 transient elastography (เช่น Fibroscan®) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 kPa หรือ
  - 1.2 liver biopsy ที่มี fibrosis score เทียบเท่า metavir มากกว่าหรือเท่ากับ F3
2. มีปริมาณ HBV DNA ก่อนการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 8 log<sub>10</sub> copies/mL
3. ผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรังที่ดื้อต่อยา lamivudine แบ่งเป็น 2 กรณี
  - กรณีที่ 1 ผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรังที่ดื้อต่อยา lamivudine และกำลังได้รับการรักษาด้วยยา tenofovir อยู่แล้วเกิดมีค่าการทำงานของไตบกพร่องตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - 3.1.1 มี serum creatinine มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 mg/dL หรือ
  - 3.1.2 มี eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 mL/min หรือ

3.1.3 ผู้ป่วยมีภาวะ proximal tubular dysfunction ร่วมกับมีความผิดปกติดังนี้ hypokalemia หรือ hypophosphatemia หรือ glucosuria (ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะ hyperglycemia) หรือ proteinuria มากกว่า หรือเท่ากับ 1 g/day

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยตับอักเสบซีเรื้อรังที่ดื้อต่อยา lamivudine และมีค่าการทำงานของไตบกพร่องตามเกณฑ์ข้างต้น อยู่ก่อนแล้ว

#### หมายเหตุ

1. การดื้อต่อยา lamivudine หมายถึง หลังการให้ยา lamivudine ไปแล้ว 6 เดือน ยังคงตรวจพบไวรัส มากกว่า 200 IU/mL หรือยังตรวจพบไวรัสหลังการรักษา 12 เดือน
2. ยาเม็ด entecavir ขนาด 0.5 mg มีราคาต่ำสุดที่ต่อรองได้เม็ดละ 48 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอ ยาในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

4. Peginterferon alfa-2a sterile sol จ(2)

#### เงื่อนไข

ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง สายพันธุ์ 3 โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดใน ภาคผนวก 3

5. Peginterferon alfa-2b sterile pwdr จ(2)

#### เงื่อนไข

ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง สายพันธุ์ 3 โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดใน ภาคผนวก 3

6. Ribavirin cap/tab (เฉพาะ 200 mg) จ(2)

#### เงื่อนไข

1. ใช้ ribavirin ร่วมกับ sofosbuvir และ peginterferon alfa (ชนิด 2a หรือ 2b) ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง สายพันธุ์ 3 โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
2. ใช้ ribavirin ร่วมกับ sofosbuvir/ledipasvir (SOF/LDV) ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง สายพันธุ์ 1, 2, 4, 6 ที่มีภาวะตับแข็ง (cirrhosis) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

7. Sofosbuvir (SOF) tab (เฉพาะ 400 mg) จ(2)

#### เงื่อนไข

ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง สายพันธุ์ 3 ร่วมกับ peginterferon alfa (ชนิด 2a หรือ 2b) และ ribavirin โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

#### หมายเหตุ

ราคายาเม็ด Sofosbuvir (SOF) ขนาด 400 mg เม็ดละไม่เกิน 130 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอ ยาในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

- |  |                       |      |
|--|-----------------------|------|
| 8. Sofosbuvir (SOF) + Ledipasvir (LDV) | tab (เฉพาะ 400+90 mg) | จ(2) |
|--|-----------------------|------|

#### เงื่อนไข

ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง สายพันธุ์ 1,2,4,6 โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

#### หมายเหตุ

ราคายาเม็ด Sofosbuvir (SOF) + Ledipasvir (LDV) ขนาด 400+90 mg เม็ดละไม่เกิน 200 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

## 5.4 Antiprotozoal drugs

### 5.4.1 Antimalarials

ยากลุ่มนี้ให้ใช้ได้ตามข้อกำหนดในแนวเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยมาลาเรียในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และสำนักโรคติดต่ออันตราย โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เป็นยารักษาโรคมาลาเรียเท่านั้น ห้ามใช้เพื่อการป้องกันโรคมาลาเรีย

- |                             |  |   |
|-----------------------------|--|---|
| 1. Chloroquine phosphate    | tab  | ก |
| 2. Primaquine phosphate     | tab  | ก |
| 3. Quinine                  | compressed/film coated tab<br>(as sulfate), sterile sol (as dihydrochloride) | ก |
| 4. Artesunate               | tab (ไม่รวม lactab และ rectocap), sterile pwdr                               | ค |
| 5. Mefloquine hydrochloride | tab  | ค |

### 5.4.2 Other antiprotozoal drugs

- |                  |  |   |
|------------------|--|---|
| 1. Metronidazole | cap/tab (as base), susp (as benzoate), sterile sol (as base) | ก |
|------------------|--|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ amebiasis, giardiasis และ urogenital trichomoniasis

- |                  |     |   |
|------------------|-----|---|
| 2. Pyrimethamine | tab | ก |
|------------------|-----|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ toxoplasmosis โดยใช้ร่วมกับ sulfadiazine

- |                 |     |   |
|-----------------|-----|---|
| 3. Sulfadiazine | tab | ก |
|-----------------|-----|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ toxoplasmosis โดยใช้ร่วมกับ pyrimethamine

- |  |              |   |
|--|--------------|---|
| 4. Pentamidine isetionate<br>(Pentamidine isethionate) | sterile pwdr | ง |
|--|--------------|---|

## เงื่อนไข

ใช้สำหรับป้องกันหรือรักษาปอดอักเสบที่เกิดจาก *Pneumocystis jirovecii* ที่ดื้อต่อยา co-trimoxazole หรือ trimethoprim

## 5.5 Anthelmintics

1.	Albendazole	tab, susp	ก
2.	Diethylcarbamazine citrate	tab	ก
3.	Mebendazole	tab, susp, susp (hosp)	ก
4.	Niclosamide	tab	ก
5.	Praziquantel	tab	ก
6.	Ivermectin	tab	ข
ยากำพรั้ว			

## เงื่อนไข

ใช้รักษาการติดเชื้อพยาธิสตรองจิลอยด์ (strongyloidiasis) ชนิดแพร่กระจาย

7.	Ivermectin	sterile sol	ง
ยากำพรั้ว			

## เงื่อนไข

ใช้รักษาการติดเชื้อพยาธิสตรองจิลอยด์ (strongyloidiasis) ชนิดแพร่กระจาย ในผู้ที่กินยาไม่ได้

## 5.6 Antiseptics

1.	Chlorhexidine gluconate	sol (aqueous) (เฉพาะ 2%, 4% และ 5%), sol/sol (hosp) (เฉพาะ 2%, 4% in 70% alcohol)	ก
----	-------------------------	---	---

## หมายเหตุ

Chlorhexidine gluconate 5% เป็นชนิดเข้มข้นที่ใช้เตรียม Chlorhexidine แบบ freshly prepared

2.	Ethyl alcohol	sol, sol (hosp), gel (hosp)	ก
3.	Gentian violet	sol (paint)	ก
4.	Hydrogen peroxide	sol	ก
5.	Potassium permanganate	pwdr (hosp)	ก
6.	Povidone-iodine	sol, sol (hosp)	ก

## กลุ่มยา 6 Endocrine system

### 6.1 Drugs used in diabetes

### 6.1.1 Insulins

1.	Biphasic isophane insulin (Soluble insulin + Isophane insulin)	sterile susp	ก
2.	Isophane insulin (NPH; Isophane protamine insulin)	sterile susp	ก
3.	Soluble insulin (Neutral insulin; insulin injection)	sterile sol	ก
4.	Insulin aspart	sterile sol	ง

#### เงื่อนไข

1. ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่เกิด hypoglycemia บ่อยเมื่อใช้ conventional insulin
2. ใช้สำหรับควบคุมภาวะ postprandial hyperglycemia

#### หมายเหตุ

ราคาจำหน่ายยา insulin aspart ขนาด 300 IU (3 ml) ที่ต่อรองได้หมดละไม่เกิน 176.55 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

5.	Insulin aspart + Insulin aspart protamine	sterile susp (เฉพาะ 30% + 70%)	ง
----	---	--------------------------------	---

#### เงื่อนไข

เช่นเดียวกับ Insulin aspart

#### หมายเหตุ

ราคาจำหน่ายยา insulin aspart + insulin aspart protamine ความแรง 30%+70% ขนาด 300 IU (3 ml) ที่ต่อรองได้หมดละไม่เกิน 176.55 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

6.	Insulin lispro	sterile sol	ง
----	----------------	-------------	---

#### เงื่อนไข

1. ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่เกิด hypoglycemia บ่อยเมื่อใช้ conventional insulin
2. ใช้สำหรับควบคุมภาวะ postprandial hyperglycemia

#### หมายเหตุ

ราคาจำหน่ายยา insulin lispro ขนาด 300 IU (3 ml) ที่ต่อรองได้หมดละไม่เกิน 176.55 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)



- |    |   |                                |   |
|----|---|--------------------------------|---|
| 7. | Insulin lispro + Insulin lispro protamine | sterile susp (เฉพาะ 25% + 75%) | ง |
|----|---|--------------------------------|---|

#### เงื่อนไข

เช่นเดียวกับ Insulin lispro

#### หมายเหตุ

ราคาจำหน่ายยา insulin lispro + insulin lispro protamine ความแรง 25%+75% ขนาด 300 IU (3 ml) ที่ต่อรองได้หลอดละไม่เกิน 176.55 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

- |    |                  |             |   |
|----|------------------|-------------|---|
| 8. | Insulin glargine | sterile sol | ง |
|----|------------------|-------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้เฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ใช้ multiple daily insulin injections สูตรที่ฉีด NPH insulin ก่อนนอน แล้วมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดอย่างรุนแรง หรือน้ำตาลต่ำในเลือดช่วงกลางคืน (nocturnal hypoglycemia) บ่อยครั้ง จนรบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติ

#### คำแนะนำ

ผู้ป่วยควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การใช้ยา insulin glargine เกิดประโยชน์สูงสุด

#### หมายเหตุ

multiple daily insulin injections หมายถึง การฉีดอินซูลินวันละหลายครั้งตามมื้ออาหารและก่อนนอน

### 6.1.2 Oral antidiabetic drugs

- |    |               |                       |   |
|----|---------------|-----------------------|---|
| 1. | Glibenclamide | tab (เฉพาะ 2.5, 5 mg) | ก |
|----|---------------|-----------------------|---|

#### คำเตือนและข้อควรระวัง

พึงระมัดระวังในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง

- |    |                         |     |   |
|----|-------------------------|-----|---|
| 2. | Glipizide               | tab | ก |
| 3. | Metformin hydrochloride | tab | ก |
| 4. | Acarbose                | tab | ค |

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานบางรายที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารสูง

#### หมายเหตุ

การใช้ยาให้ได้ผลควรรับประทานพร้อมอาหารมื้อแรก

- |    |                            |                       |   |
|----|----------------------------|-----------------------|---|
| 5. | Pioglitazone hydrochloride | tab (เฉพาะ 15, 30 mg) | ง |
|----|----------------------------|-----------------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้เป็นยาชนิดที่สามเพิ่มเติมหลังจากใช้ยา sulfonylureas และ metformin แล้วเกิด secondary failure หรือใช้เมื่อแพ้ยา metformin หรือ sulfonylureas

#### คำเตือนและข้อควรระวัง

- ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีหัวใจล้มเหลวในระดับที่รุนแรง (NYHA ในระดับ 3 และ 4) ยานี้อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว
- ไม่ควรใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่กำลังเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

6. Repaglinide	tab (เฉพาะ 0.5, 1, 2 mg)	ง
----------------	--------------------------	---

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับลด postprandial hyperglycemia
2. ใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อ hypoglycemia สูง

### 6.1.3 Treatment of hypoglycemia

1. Diazoxide	tab	ง
ยากำพรั้ง		

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy (PHHI หรือ nesidioblastosis)
2. ใช้สำหรับ insulinoma ที่ผ่าตัดไม่ได้

2. Glucagon, human	sterile powdr	ง
ยากำพรั้ง		

#### เงื่อนไข

ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีภาวะ hypoglycemia บ่อยครั้ง (มากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์) หรือ เกิดภาวะ severe hypoglycemia หมายถึง hypoglycemia รุนแรงมากจนต้องมาห้องฉุกเฉิน หรือรับไว้ในโรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง

## 6.2 Thyroid and antithyroid drugs

### 6.2.1 Thyroid hormones

1. Levothyroxine sodium	tab	ก
(L-thyroxine sodium)		
2. Liothyronine sodium	tab	ง
ยากำพรั้ง		

#### เงื่อนไข

ใช้แทน levothyroxine sodium ชั่วคราวระหว่างรอทำ total body scan ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์

### 6.2.2 Antithyroid drugs

1. Lugol's solution (Aqueous iodine	oral sol (hosp)	ก
oral solution , Strong iodine solution)		
2. Propylthiouracil	tab	ก
3. Saturated solution of potassium iodide (SSKI)	oral sol (hosp)	ก
4. Thiamazole (Methimazole)	tab	ก

## 6.3 Corticosteroids

1. Dexamethasone	cap/tab (as base), sterile sol (as sodium phosphate or acetate)	ก
2. Hydrocortisone ชนิดเม็ดเป็นยากำพรั้	tab (as base), sterile pwdr (as sodium succinate), sterile susp (as acetate)	ก
3. Prednisolone	cap, tab	ก
4. Fludrocortisone acetate ยากำพรั้	tab	ข

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ replacement therapy ใน adrenocortical insufficiency

5. Methylprednisolone	sterile pwdr/sterile susp (as hemisuccinate or sodium succinate or acetate)	ค
6. Triamcinolone acetonide	sterile susp	ค

### คำเตือนและข้อควรระวัง

- ห้ามฉีดในตำแหน่งหรือรอยโรคที่มีการติดเชื้อหรือสงสัยว่าจะมีการติดเชื้อ
- กรณีฉีดเข้าข้อ โดย
  - ไม่ควรฉีดเข้าข้อใหญ่ในคราวเดียวกันเกิน 2 ข้อ ยกเว้นผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคข้ออักเสบเรื้อรัง
  - การฉีดยาเข้าข้อเดียวกันควรเว้นระยะห่างอย่างน้อย 3 เดือน
- กรณีฉีดเข้ารอยโรค (intralesional injection) สำหรับโรคผิวหนัง ควรฉีดเข้าในชั้นหนังแท้ หลีกเลี่ยงการฉีดเข้าในชั้นหนังกำพร้าหรือไขมันใต้ผิวหนัง เพราะทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น ผิวหนังบาง เป็นต้น

## 6.4 Sex hormones

### 6.4.1 Female sex hormones

1. Conjugated estrogens	tab	ก
2. Medroxyprogesterone acetate	tab (เฉพาะ 2.5, 5 และ 10 mg)	ก
3. Norethisterone	tab	ก
4. Estradiol (17 $\beta$ -estradiol)	gel (เฉพาะ 0.06%)	ข
5. Estradiol valerate	tab	ข
6. Hydroxyprogesterone caproate	sterile oily sol for inj	ข
7. Conjugated estrogens	sterile pwdr	ค

## 6.4.2 Male sex hormones and antagonists

- |  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| 1. Testosterone enantate<br>(Testosterone enanthate) | sterile oily sol for inj | ค |
|--|--------------------------|---|

- |                        |     |   |
|------------------------|-----|---|
| 2. Cyproterone acetate | tab | ง |
|------------------------|-----|---|

### เงื่อนไข

ใช้ในผู้ป่วย moderate to severe hirsutism ที่มีข้อห้ามใช้ หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา combined oral contraceptive หรือ spironolactone

### คำเตือนและข้อควรระวัง

อาการที่เกี่ยวข้องกับความเป็นพิษของตับ (ดีซ่าน ตับอักเสบ ตับวาย) มักเกิดขึ้นหลังการใช้ยานี้ติดต่อกันเป็นเวลานานหลายเดือน ควรติดตามการทำงานของตับและพิจารณาหยุดยา หากพบหลักฐานการเกิดพิษต่อตับ

## 6.5 Hypothalamic and pituitary hormones

### 6.5.1 Hypothalamic and anterior pituitary hormones

- |  |              |   |
|--|--------------|---|
| 1. Chorionic gonadotrophin (Human)<br>Chorionic Gonadotrophin ; HCG) | sterile pwdr | ง |
|--|--------------|---|

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับกระตุ้นการเคลื่อนตัวของอัณฑะ ในผู้ป่วยเด็กที่มี undescended testis และใช้ทดสอบการทำงานของอัณฑะ (HCG test)

- |   |              |   |
|---|--------------|---|
| 2. Tetracosactide (Cosyntropin)<br>ยากำพร้า | sterile pwdr | ง |
|---|--------------|---|

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับวินิจฉัยโรคทางต่อมไร้ท่อ

- |                     |              |      |
|---------------------|--------------|------|
| 3. Thyrotropin alfa | sterile pwdr | จ(2) |
|---------------------|--------------|------|

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ well-differentiated thyroid cancer โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

### 6.5.2 Posterior pituitary hormones and antagonists

- |                   |     |   |
|-------------------|-----|---|
| 1. Chlorpropamide | tab | ง |
|-------------------|-----|---|

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ partial central diabetes insipidus กรณีที่ไม่สามารถจัดหา desmopressin ได้

- |                                 |   |   |
|---------------------------------|---|---|
| 2. Desmopressin acetate (DDAVP) | tab, nasal spray, nasal sol,<br>sterile sol | ง |
|---------------------------------|---|---|

### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ diabetes insipidus
2. ชนิดเม็ดใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาทางจมูกได้เท่านั้น

## 6.6 Drugs affecting bone metabolism

1. Calcitonin-salmon sterile sol ง

### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วย severe hypercalcemia

### คำเตือนและข้อควรระวัง

ใช้ยานี้ในระยะเวลาสั้นที่สุด ในขนาดต่ำสุดที่มีประสิทธิผลการรักษา

### หมายเหตุ

1. มีหลักฐานที่เป็น Randomize controlled trial หลายฉบับที่แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา calcitonin ชนิดรับประทานและชนิดพ่นจมูก มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก
2. ยา calcitonin ชนิดพ่นจมูกมีข้อมูลชัดเจนว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง และข้อมูลด้านประสิทธิภาพยังไม่เพียงพอ จึงไม่บรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
2. Disodium pamidronate sterile pwdr, sterile sol ง

### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ severe osteogenesis imperfecta ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกระดูกหัก
2. ใช้สำหรับภาวะ hypercalcemia ที่เกิดจากโรคมะเร็ง
3. ใช้สำหรับป้องกันโรคแทรกซ้อนทางกระดูกซึ่งมี osteolytic lesion จากภาพรังสี (plain X-ray หรือ CT-scan) และเกิดจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้
  - 3.1 multiple myeloma โดยให้ pamidronate ไม่เกิน 2 ปี
  - 3.2 โรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย โดยให้ pamidronate ไม่เกิน 1 ปี

### หมายเหตุ

สำหรับเงื่อนไขตามข้อ 3 นั้น ใช้ยาขนาด 60 – 90 mg ทุก 3 – 4 สัปดาห์ และ ให้หยุดยาหลังจากมีการลุกลามของโรคมามากขึ้น

## 6.7 Other endocrine drugs

### 6.7.1 Bromocriptine and other dopaminergic drugs

1. Bromocriptine mesilate tab ค

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ prolactinoma , acromegaly, amenorrhea ทั้งที่มีและไม่มี galactorrhea

### 6.7.2 Drugs affecting gonadotrophins

1. Leuprorelin acetate sterile pwdr (เฉพาะ 11.25 mg) จ(2)

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับภาวะ central (gonadotrophin dependent) precocious puberty โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

### หมายเหตุ

ราคายาฉีด leuporelin acetate ขนาด 11.25 mg ที่ต้องรองได้ขวดละไม่เกิน 7,383 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ประกาศมีผลบังคับใช้ เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

2. Triptorelin pamoate sterile powdr (เฉพาะ 11.25 mg) จ(2)

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับภาวะ central (gonadotrophin dependent) precocious puberty โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

### หมายเหตุ

ราคายาฉีด triptorelin ขนาด 11.25 mg ที่ต้องรองได้ขวดละไม่เกิน 7,383 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ประกาศมีผลบังคับใช้ เงื่อนไข และรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

## กลุ่มยา 7 Obstetrics, gynaecology and urinary-tract disorders

### 7.1 Drugs used in obstetrics

#### 7.1.1 Prostaglandins, prostaglandins antagonists and oxytocics

- |                              |                               |   |
|------------------------------|-------------------------------|---|
| 1. Methylergometrine maleate | sterile sol                   | ก |
| 2. Oxytocin                  | sterile sol                   | ก |
| 3. Alprostadil               | sterile sol (เฉพาะ 0.5 mg/ml) | ง |

### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ต้องพึ่ง ductus arteriosus

- |                       |               |   |
|-----------------------|---------------|---|
| 4. Indometacin sodium | sterile powdr | ง |
| ยากำพร้า              |               |   |

### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยเด็กเพื่อปิด patent ductus arteriosus

- |                |               |   |
|----------------|---------------|---|
| 5. Sulprostone | sterile powdr | ง |
|----------------|---------------|---|

### เงื่อนไข

ใช้ช่วยชีวิตผู้ป่วย severe post-partum hemorrhage

- |                               |  |      |
|-------------------------------|--|------|
| 6. Misoprostol + Mifepristone | tab (200 mcg + 200 mg ชนิด combination pack) | จ(1) |
|-------------------------------|--|------|

### เงื่อนไข

ใช้สำหรับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยเหตุทางการแพทย์ ที่อายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์ โดยใช้เป็นยาตามโครงการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทางการแพทย์ด้วยยาในระบบบริการสุขภาพของกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้ยาตามที่กรมอนามัยกำหนด

### 7.1.2 Myometrial relaxants

- |                        |                  |   |
|------------------------|------------------|---|
| 1. Terbutaline sulfate | tab, sterile sol | ก |
|------------------------|------------------|---|

### 7.2 Treatment of vaginal and vulval conditions

- |                         |               |   |
|-------------------------|---------------|---|
| 1. Clotrimazole         | vaginal tab   | ก |
| 2. Nystatin             | vaginal tab   | ก |
| 3. Conjugated estrogens | vaginal cream | ข |

### 7.3 Contraceptives

- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| 1. Etonogestrel                      | implant 1 rod (68 mg/rod)                          | ก |
| 2. Ethinylestradiol + Levonorgestrel | tab (เฉพาะ 30 + 150 mcg)                           | ก |
| 3. Levonorgestrel                    | tab (เฉพาะ 750 mcg), implant<br>2 rods (75 mg/rod) | ก |

#### เงื่อนไข

Levonorgestrel รูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับคุมกำเนิดกรณีฉุกเฉินเท่านั้น

- |                                   |                          |   |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| 4. Medroxyprogesterone acetate    | sterile susp             | ก |
| 5. Ethinylestradiol + Desogestrel | tab (เฉพาะ 20 + 150 mcg) | ข |
| 6. Lynestrenol                    | tab (เฉพาะ 0.5 mg)       | ข |

### 7.4 Drugs for genito-urinary disorders

#### 7.4.1 Drugs for benign prostatic hyperplasia

- |                            |   |   |
|----------------------------|---|---|
| 1. Alfuzosin hydrochloride | SR tab (เฉพาะ 10 mg)                        | ค |
| 2. Doxazosin mesilate      | immediate release tab (เฉพาะ<br>2 และ 4 mg) | ค |
| 3. Finasteride             | tab (เฉพาะ 5 mg)                            | ง |

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตที่มีอาการผิดปกติในการปัสสาวะระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีขนาดของต่อมลูกหมากมากกว่า 40 ml

#### หมายเหตุ

Finasteride ขนาด 1 mg ที่ใช้รักษาศีรษะล้านไม่จัดเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

## 7.4.2 Drugs for urinary frequency enuresis, and incontinence

- |                             |                       |   |
|-----------------------------|-----------------------|---|
| 1. Oxybutynin hydrochloride | immediate release tab | ค |
|-----------------------------|-----------------------|---|

### เงื่อนไข

1. ใช้ใน overactive urinary bladder และ urinary incontinence ยกเว้น stress incontinence
2. ไม่ใช่สำหรับ nocturnal enuresis (ปัสสาวะรดที่นอนในเด็ก)

### หมายเหตุ

ยามีประสิทธิภาพต่ำ ประโยชน์ที่ได้ไม่ชัดเจน ผลข้างเคียงเกิดได้บ่อย และมีค่าใช้จ่ายสูง ควรพิจารณาใช้อย่างรอบคอบ

## 7.4.3 Drugs used in alkalinisation of urine

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1. Potassium citrate                                  | oral sol (hosp), dry pwdr for<br>oral sol (hosp) | ก |
| 2. Sodium citrate + Citric acid<br>(Shohl's solution) | oral sol (hosp)                                  | ก |
| 3. Sodium citrate + Potassium citrate                 | oral sol (hosp)                                  | ก |

## กลุ่มยา 8 Malignant disease and immunosuppression

### 8.1 Cytotoxic drugs

#### 8.1.1 Alkylating drugs

- |                 |     |   |
|-----------------|-----|---|
| 1. Busulfan     | tab | ค |
| 2. Chlorambucil | tab | ค |

### เงื่อนไข

สำหรับโรคไตให้ใช้กรณี idiopathic membranous glomerulonephritis

- |                     |                   |   |
|---------------------|-------------------|---|
| 3. Cyclophosphamide | tab, sterile pwdr | ค |
| 4. Melphalan        | tab               | ค |
| 5. Carmustine       | sterile pwdr      | ง |

ยากำพร้า

### เงื่อนไข

ใช้เป็น conditioning regimen ในการรักษา Hodgkin's และ non-Hodgkin's lymphoma ด้วยวิธี hematopoietic stem cell transplantation

- |               |              |   |
|---------------|--------------|---|
| 6. Ifosfamide | sterile pwdr | ง |
|---------------|--------------|---|

### เงื่อนไข

1. ใช้เป็น second-line treatment สำหรับ lymphoma ชนิด relapse หรือ refractory
2. ใช้กับผู้ป่วยที่เป็น sarcoma
3. ใช้สำหรับ Wilms'tumor และ neuroblastoma
4. ใช้ สำหรับ germ cell tumor



7. Procarbazine hydrochloride	cap, tab	ง
-------------------------------	----------	---

ยากำพรั้ง

#### เงื่อนไข

1. ใช้เป็น adjuvant หรือ neo-adjuvant therapy สำหรับ anaplastic oligodendroglioma
2. ใช้สำหรับ recurrent anaplastic oligodendroglioma
3. ใช้สำหรับ Hodgkin's lymphoma

### 8.1.2 Cytotoxic antibiotics

1. Bleomycin	sterile pwdr (as sulfate or as hydrochloride)	ค
2. Dactinomycin	sterile pwdr	ค
3. Doxorubicin hydrochloride	sterile pwdr, sterile susp , sterile sol	ค

#### เงื่อนไข

ไม่ใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่มี cardiomyopathy ที่มี left ventricular ejection fraction น้อยกว่า 50%

4. Idarubicin hydrochloride	sterile pwdr, sterile sol	ง
-----------------------------	---------------------------	---

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วย acute myeloid leukemia

5. Mitomycin	sterile pwdr , sterile sol	ง
--------------	----------------------------	---

#### เงื่อนไข

1. ใช้เป็น alternative drug ของ BCG สำหรับมะเร็งกระเพาะปัสสาวะชนิด superficial bladder cancer
2. ใช้รักษามะเร็งตับโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดแดงเฉพาะที่ในการทำ transarterial chemo embolization (TACE)
3. ใช้รักษามะเร็งทวารหนัก (anal canal) โดยใช้ร่วมกับรังสีรักษา

6. Mitoxantrone hydrochloride	sterile pwdr, sterile sol	ง
-------------------------------	---------------------------	---

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ acute myeloid leukemia และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง
2. ใช้สำหรับมะเร็งต่อมลูกหมากที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาฮอร์โมน
3. ใช้กับผู้ป่วยเด็กที่เป็น relapsed/refractory acute lymphoblastic leukemia (ALL)

### 8.1.3 Antimetabolites

1. Cytarabine	sterile pwdr, sterile sol	ค
2. Fluorouracil (5-FU)	sterile sol	ค

3. Mercaptopurine (6-MP)	tab	ค
4. Methotrexate	tab (as base or sodium), sterile pwdr / sterile sol (as sodium)	ค
5. Capecitabine	tab	ง

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ advanced breast cancer โดยใช้เป็น second หรือ third-line drug หลังการใช้ anthracycline และ/หรือ taxane มาแล้ว

6. Fludarabine phosphate	sterile pwdr (เฉพาะ 50 mg)	ง
--------------------------	----------------------------	---

#### เงื่อนไข

ใช้เป็น first line หรือ second line treatment ใน B-cell chronic lymphocytic leukemia

#### หมายเหตุ

ราคายาฉีด fludarabine phosphate ขนาด 50 mg ที่ต่อรองได้ ไวแอลละไม่เกิน 4,574.25 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

7. Gemcitabine hydrochloride	sterile pwdr	ง
------------------------------	--------------	---

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ advanced pancreatic cancer
2. ใช้สำหรับ advanced non-small cell lung cancer
3. ใช้สำหรับ advanced bladder cancer
4. ใช้เป็น second-line หรือ subsequent line ใน advanced ovarian cancer ที่ดื้อต่อยาในกลุ่ม taxane

8. Oxaliplatin	sterile pwdr ,sterile sol	ง
----------------	---------------------------	---

#### เงื่อนไข

ใช้เป็น adjuvant therapy ใน stage III colorectal cancer โดยใช้ร่วมกับ 5-FU + leucovorin based-regimen ในคนไข้ที่มี Eastern Co-operative Oncology Group (ECOG) performance status ตั้งแต่ 0 – 1

#### หมายเหตุ

มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะสรุปว่ายาสูตร FOLFOX มีประสิทธิผลในการเพิ่มระยะเวลาการรอดชีพ (survival benefit) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะที่ 3 ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี

9. Tegafur + uracil	capsule (100/224 mg)	ง
---------------------	----------------------	---

#### เงื่อนไข

ใช้ใน adjuvant treatment ใน stage II colorectal cancer

10. Tioguanine (6-TG)	tab	ง
-----------------------	-----	---

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ chronic myeloid leukemia, acute lymphoblastic leukemia และ acute myeloid leukemia

### 8.1.4 Vinca alkaloids and etoposide

1. Etoposide	cap (as base), sterile sol (as base)	ค
2. Vinblastine sulfate	sterile pwdr, sterile sol	ค
3. Vincristine sulfate	sterile pwdr, sterile sol	ค
4. Vinorelbine tartrate	sterile sol (เฉพาะ 10 mg/ml)	ง

#### เงื่อนไข

ใช้เป็น adjuvant therapy ใน non-small cell lung cancer stage II-III A

### 8.1.5 Other antineoplastic drugs

1. Asparaginase	sterile pwdr	ค
2. Cisplatin	sterile pwdr, sterile sol	ค
3. Carboplatin	sterile pwdr, sterile sol	ค
4. Hydroxycarbamide (Hydroxyurea)	cap	ค
5. Arsenic trioxide	sterile sol, sterile sol (hosp)	ง

#### ยากำพร้า

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ relapsed หรือ resistant acute promyelocytic leukemia (APL)

6. Dacarbazine	sterile pwdr	ง
----------------	--------------	---

#### ยากำพร้า

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ Hodgkin's lymphoma ในสูตรยาเคมีบำบัด ABVD

7. Mitotane	tab (เฉพาะ 500 mg)	ง
-------------	--------------------	---

#### ยากำพร้า

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ adrenocortical carcinoma ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้
2. ใช้สำหรับ adrenocortical carcinoma ระยะแพร่กระจาย

8. Tretinoin (all-trans-Retinoic acid)	cap	ง
--	-----	---

#### เงื่อนไข

ใช้รักษาโรค acute myeloid leukemia ชนิด M3 (acute promyelocytic leukemia) ที่ได้รับการตรวจ chromosome หรือ PML/RARA โดยจะต้องหยุดใช้ยาเมื่อผลการตรวจ chromosome ไม่ยืนยันว่าพบ t (15;17) หรือ PML/RARA เป็นลบ

9. Paclitaxel

sterile sol

ง

**เงื่อนไข**

1. ใช้สำหรับ advanced breast cancer ที่ได้รับ anthracycline มาแล้ว หรือไม่สามารถให้ anthracycline ได้
2. ใช้เป็น adjuvant treatment สำหรับ high risk, node positive breast cancer
3. ใช้สำหรับมะเร็งรังไข่
4. ใช้สำหรับ advanced non-small cell lung cancer
5. ใช้สำหรับ AIDS-related Kaposi's sarcoma
6. ใช้เป็น second line treatment ใน nasopharyngeal cancer ระยะแพร่กระจายหรือกลับเป็นซ้ำ
7. ใช้สำหรับ esophageal cancer
8. ใช้เป็น first line treatment ในการรักษา advanced cervical cancer
9. ใช้สำหรับ malignant melanoma

10. Docetaxel

sterile sol

จ(2)

**เงื่อนไข**

1. ใช้ร่วมกับ cyclophosphamide ในการรักษาเสริมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่มีปัญหาโรคหัวใจ หรือ เคยได้รับยา doxorubicin แล้ว โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ประกาศกำหนด
2. ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามหลังจากได้รับ doxorubicin และ paclitaxel แล้ว หรือ มีปัญหาโรคหัวใจ โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังประกาศกำหนด
3. ใช้เป็น second-line drug สำหรับโรคมะเร็งปอด ชนิด non-small cell ระยะลุกลาม โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
4. ใช้สำหรับมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจาย โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

11. Imatinib mesilate

tab (เฉพาะ 100 และ 400 mg)

จ(2)

**เงื่อนไข**

1. ใช้สำหรับ chronic myeloid leukemia (CML) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
2. ใช้สำหรับ gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลามหรือมีการกระจายของโรค โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

12. Nilotinib hydrochloride cap (เฉพาะ 200 mg) จ(2)
- เงื่อนไข**  
ใช้เป็น second-line treatment สำหรับ chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ imatinib ได้ โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
13. Dasatinib tab (เฉพาะ 50 mg และ 70 mg) จ(2)
- เงื่อนไข**  
ใช้สำหรับ chronic myeloid leukemia (CML) ที่ไม่สามารถใช้ imatinib หรือ nilotinib ได้ โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
14. Rituximab sterile sol จ(2)
- เงื่อนไข**  
Diffused Large B-Cell Lymphoma (DLBCL) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
- หมายเหตุ**  
1.ราคายาฉีด rituximab ขนาด 500 mg ที่ต่อรองได้ ราคาไวแอลละไม่เกิน 24,182.00 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)  
2.ราคายาฉีด rituximab ขนาด 100 mg ที่ต่อรองได้ ราคาไวแอลละไม่เกิน 6,252.44 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)
15. Trastuzumab sterile pwdr (เฉพาะ 150 mg และ 440 mg) จ(2)
- เงื่อนไข**  
ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (early stage breast cancer) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

## 8.2 Drugs affecting the immune response

- |                              |   |   |
|------------------------------|---|---|
| 1. Dexamethasone             | cap (as base) , tab (as base),<br>sterile sol (as sodium<br>phosphate or acetate) | ก |
| 2. Prednisolone              | cap, tab  | ก |
| 3. Azathioprine              | Tab   | ค |
| 4. Ciclosporin (Cyclosporin) | cap, oral sol, oral susp, sterile<br>sol  | ค |
| 5. Methylprednisolone        | sterile pwdr/sterile susp (as<br>hemisuccinate or sodium<br>succinate or acetate) | ค |



9. Tacrolimus cap, sterile sol (concentrate for infusion) ง

#### เงื่อนไข

1. ชนิดรับประทานให้กับผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในระยะ maintenance therapy ที่อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง (MR) ขึ้นไป
2. ชนิดรับประทานให้กับผู้ป่วยปลูกถ่ายไต หลังเกิดภาวะ acute rejection โดยเลือกใช้เป็นตัวแรกเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง (MR) ขึ้นไป
3. ให้กับผู้ป่วยปลูกถ่ายไตในระยะ maintenance therapy

10. Sirolimus (Rapamycin) oral sol (เฉพาะ 1 mg/ml), tab (เฉพาะ 1 mg) ง

#### เงื่อนไข

ให้กับผู้ป่วยปลูกถ่ายไตหรือไตในระยะ maintenance therapy ที่ต้องการหลีกเลี่ยงการใช้ prednisolone รวมทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงพิษต่อไตจาก ciclosporin หรือ tacrolimus

11. BCG (Bacillus Calmette-Guérin) freeze-dried pwdr for bladder instillation ง

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับมะเร็งกระเพาะปัสสาวะชนิด superficial bladder cancer

12. Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG) sterile pwdr, sterile sol จ(2)

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับโรคควาซากิระยะเฉียบพลัน (acute phase of Kawasaki disease) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
2. ใช้สำหรับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
3. ใช้สำหรับโรค immune thrombocytopenia ชนิดรุนแรง โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
4. ใช้สำหรับ autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษาและมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
5. ใช้สำหรับโรค Guillain – Barré syndrome ที่มีอาการรุนแรง โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
6. ใช้สำหรับโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต (myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
7. ใช้สำหรับโรค pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
8. ใช้สำหรับ hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
9. ใช้เป็น second-line treatment สำหรับ dermatomyositis โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

## 8.3 Sex hormones and hormone antagonists in malignant disease

### 8.3.1 Progestogens, anti-estrogens and enzyme inhibitors

- |                      |     |   |
|----------------------|-----|---|
| 1. Tamoxifen citrate | tab | ค |
|----------------------|-----|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับมะเร็งเต้านม

- |              |                    |      |
|--------------|--------------------|------|
| 2. Letrozole | tab (เฉพาะ 2.5 mg) | จ(2) |
|--------------|--------------------|------|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับมะเร็งเต้านมที่มี hormone receptor เป็นบวก โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

- |                      |     |   |
|----------------------|-----|---|
| 3. Megestrol acetate | tab | ง |
|----------------------|-----|---|

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ advanced breast cancer ที่มีผลการตรวจ hormone receptor เป็นบวก
2. ใช้สำหรับ advanced endometrial cancer (endometrioid) โดยให้ยาจนกระทั่งมีการกำเริบของโรค
3. ใช้สำหรับ early stage endometrial cancer ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปี ที่เป็น well-differentiated endometrioid ซึ่งผลการตรวจ MRI ไม่พบ myometrial invasion และให้ยาไม่เกิน 1 ปี
4. ใช้สำหรับ low grade endometrial stromal sarcoma (ESS) และให้ยาไม่เกิน 1 ปี

### 8.3.2 Prostate cancer

- |              |     |   |
|--------------|-----|---|
| 1. Flutamide | tab | ง |
|--------------|-----|---|

#### เงื่อนไข

ใช้เป็น monotherapy สำหรับการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากในระยะแพร่กระจายโดยเป็น second-line drug ของ bilateral orchiectomy

- |                       |                                      |   |
|-----------------------|--------------------------------------|---|
| 2. Leuporelin acetate | sterile powdr (เฉพาะ 11.25, 22.5 mg) | ง |
|-----------------------|--------------------------------------|---|

#### เงื่อนไข

1. ใช้เป็น adjuvant therapy ร่วมกับรังสีรักษาในมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีความเสี่ยงปานกลาง เป็นระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน (2 cycles)
2. ใช้เป็น adjuvant therapy ร่วมกับรังสีรักษาในมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีความเสี่ยงสูงหรือสูงมาก เป็นระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี (8 cycles)

#### หมายเหตุ

1. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง (Intermediate risk of recurrence) คือ ผู้ที่อยู่ในระยะโรค cT2b ถึง cT2c ตาม TNM staging system หรือมีค่า Gleason score เท่ากับ 7 หรือมีค่า serum PSA เท่ากับ 10-20 ng/mL อย่างใดอย่างหนึ่ง
2. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High risk of recurrence) คือ ผู้ที่อยู่ในระยะโรค cT3a ตาม TNM staging system หรือมีค่า Gleason score เท่ากับ 8-10 หรือมีค่า serum PSA มากกว่า 20 ng/mL อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มมีความเสี่ยงสูงมาก (Very High risk of recurrence) คือผู้ที่อยู่ในระยะโรค cT3b ถึง cT4



2. ราคายาฉีด leuporelin acetate ขนาด 22.5 mg ที่ต้องรองได้ขวดละไม่เกิน 7,800 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 29 เมษายน 2560 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)
3. ราคายาฉีด leuporelin acetate ขนาด 11.25 mg ที่ต้องรองได้ขวดละไม่เกิน 7,383 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ประกาศมีผลบังคับใช้ เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

### 3 Triptorelin pamoate sterile pwdr (เฉพาะ 11.25 mg) ง

#### เงื่อนไข

1. ใช้เป็น adjuvant therapy ร่วมกับรังสีรักษาในมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีความเสี่ยงปานกลาง เป็นระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน (2 cycles)
2. ใช้เป็น adjuvant therapy ร่วมกับรังสีรักษาในมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีความเสี่ยงสูงหรือสูงมาก เป็นระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี (8 cycles)

#### หมายเหตุ

1. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง (Intermediate risk of recurrence) คือ ผู้ที่อยู่ในระยะโรค cT2b ถึง cT2c ตาม TNM staging system หรือมีค่า Gleason score เท่ากับ 7 หรือมีค่า serum PSA เท่ากับ 10-20 ng/mL อย่างใดอย่างหนึ่ง
2. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High risk of recurrence) คือ ผู้ที่อยู่ในระยะโรค cT3a ตาม TNM staging system หรือมีค่า Gleason score เท่ากับ 8-10 หรือมีค่า serum PSA มากกว่า 20 ng/mL อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มมีความเสี่ยงสูงมาก (Very High risk of recurrence) คือ ผู้ที่อยู่ในระยะโรค cT3b ถึง cT4
3. ราคายาฉีด triptorelin ขนาด 11.25 mg ที่ต้องรองได้ขวดละไม่เกิน 7,383 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ประกาศมีผลบังคับใช้ เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

## กลุ่มยา 9 Nutrition and blood

### 9.1 Whole blood, blood products and drugs used in some blood disorders

#### 9.1.1 Whole blood and blood products

- |   |   |
|---|---|
| 1. Fresh dried plasma   | ก |
| 2. Fresh frozen plasma  | ก |
| 3. Frozen cryoprecipitate   | ก |
| 4. Leukocyte depleted platelets concentrate                               | ก |
| 5. Leukocyte depleted pooled platelets concentrate, random donor (LD-PPC) | ก |
| 6. Lyophilized cryoprecipitate  | ก |
| 7. Packed red cell  | ก |

- |     |  |   |
|-----|--|---|
| 8.  | Packed red cell, leukocyte depleted                    | ก |
| 9.  | Packed red cell, leukocyte poor                        | ก |
| 10. | Platelets concentrate, random donor                    | ก |
| 11. | Platelets concentrate, single donor                    | ก |
| 12. | Whole blood  | ก |
| 13. | Leukocyte depleted platelets concentrate, single donor | ข |

#### เงื่อนไข

ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีกลุ่มเลือดหายาก Rh<sup>-</sup> หรือมีความจำเป็นต้องใช้เลือดเร่งด่วนแต่ขาดเลือดเท่านั้น

- |     |  |   |
|-----|--|---|
| 14. | Packed red cell, leukocyte depleted single donor 2 units | ข |
|-----|--|---|

#### เงื่อนไข

ใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีกลุ่มเลือดหายาก Rh<sup>-</sup> หรือมีความจำเป็นต้องใช้เลือดเร่งด่วนแต่ขาดเลือดเท่านั้น

- |     |                             |   |
|-----|-----------------------------|---|
| 15. | Packed red cell, irradiated | ค |
|-----|-----------------------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

- |     |   |   |
|-----|---|---|
| 16. | Packed red cell, leukocyte poor, irradiated | ค |
|-----|---|---|

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

- |     |                                   |   |
|-----|-----------------------------------|---|
| 17. | Platelets concentrate, irradiated | ค |
|-----|-----------------------------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

- |     |  |   |
|-----|--|---|
| 18. | Packed red cell, leukocyte depleted irradiated | ง |
|-----|--|---|

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่เคยแพ้ต่อ Packed red cell, leukocyte poor, irradiated

### 9.1.2 Drugs used in hypoplastic, hemolytic and renal anemias

- |    |  |                             |   |
|----|--|-----------------------------|---|
| 1. | Folic acid                                       | tab (เฉพาะไม่น้อยกว่า 5 mg) | ก |
| 2. | Oxymetholone                                     | tab                         | ข |
| 3. | Deferiprone                                      | tab (เฉพาะ 500 mg)          | ค |
| 4. | Deferoxamine mesilate (Desferrioxamine mesilate) | sterile pwdr                | ค |

#### หมายเหตุ

ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในกลุ่มยา 16

5. Iron sucrose                                  sterile sol
- Ⓜ

ใช้สำหรับรักษา iron deficiency anemia ในผู้ป่วย chronic kidney disease ที่ไม่ตอบสนองต่อ iron supplement ชนิดรับประทาน

- เงื่อนไข

ใช้สำหรับ severe aplastic anemia โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

จัดเป็นบัญชี่ ง เมื่อใช้กรณีปลูกถ่ายไต ดูข้อ 8.2 Drugs affecting the immune response

- เงื่อนไข

1. Transfusion Dependent Thalassemia ใช้เป็นยารักษาลำดับแรกในผู้ป่วยอายุ 2-6 ปี โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
2. ใช้เป็นยารักษาลำดับที่ 2 ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไปที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือมีผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการรักษาด้วยยา deferiprone โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

## หมายเหตุ

ราคาจำหน่ายยาเม็ด deferasirox ขนาด 250 mg ที่ต่อรองได้ โดยจัดซื้อยา 112 เม็ด ในราคาไม่เกิน 14,070.50 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดยื่นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

- เงื่อนไข

ใช้สำหรับภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรังที่ไม่พบสาเหตุอื่นที่รักษาได้ โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตาม  
รายละเอียดในภาคผนวก 3

- |                 |   |      |
|-----------------|---|------|
| 9. Epoetin beta | sterile sol (เฉพาะ 2000, 3000, 5000 IU) | จ(2) |
|-----------------|---|------|

- เงื่อนไข

ใช้สำหรับภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรังที่ไม่พบสาเหตุอื่นที่รักษาได้ โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตาม  
รายละเอียดในภาคผนวก 3

### 9.1.3 Drugs used in bone marrow transplantation

#### 1. Filgrastim

sterile sol

ง

##### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับปลูกถ่ายไขกระดูกหรือเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด เพื่อเคลื่อนย้าย progenitor cell จากไขกระดูกออกมาในเลือดของผู้ให้หรือผู้ป่วย เพื่อนำไปใช้ทั้งใน allogeneic และ autologous transplantation
2. ใช้รักษา febrile neutropenia ที่เกิดจากยาเคมีบำบัด ให้พิจารณาในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ร่วมกับการให้ยาต้านเชื้อจุลชีพในผู้ป่วยความเสี่ยงสูง กล่าวคือมีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - 2.1 Profound neutropenia ซึ่งมี absolute neutrophil count น้อยกว่า  $100/\text{mm}^3$
  - 2.2 มีปอดอักเสบชนิด bacterial pneumonia หรือ lobar pneumonia หรือ มีภาวะ septicemia
3. ใช้ป้องกัน febrile neutropenia แบบปฐมภูมิ (primary prophylaxis) ในกรณีดังต่อไปนี้
  - 3.1 ผู้ป่วยที่จะได้รับยาเคมีบำบัดด้วยสูตรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด febrile neutropenia มากกว่าร้อยละ 20
  - 3.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด febrile neutropenia ร้อยละ 10 - 20 ร่วมกับการประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย กล่าวคือ มีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
    - อายุมากกว่า 65 ปี
    - มี performance status ที่ไม่ดี (Eastern Co-operative Oncology Group (ECOG) performance status มากกว่าหรือเท่ากับ 2)
    - มีภาวะ neutropenia (absolute neutrophil count  $\leq 1,500/\text{mm}^3$ ) หรือมีโรคแทรกซ้อนในไขกระดูกที่เกิดจากโรคเมเร็งดังกล่าว
4. ใช้ป้องกัน febrile neutropenia แบบทุติยภูมิ (Secondary prophylaxis) ในผู้ป่วยที่เคยเกิด febrile neutropenia จากการรับยาเคมีบำบัดในครั้งก่อน และเป็นผู้ป่วยที่มีเป้าหมายการรักษาเพื่อหายขาด (curative aim)

##### หมายเหตุ

1. ไม่แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม Granulocyte-Colony Stimulating Factors (G-CSF) ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด โดยไม่ได้หวังผลการรักษาเพื่อหายขาด สำหรับ palliative chemotherapy แนะนำให้ลดขนาดยาเคมีบำบัดลงตามมาตรฐาน
2. Febrile neutropenia หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีไข้ร่วมกับนิวโทรฟิลในเลือดต่ำ โดย  
ไข้ คือ 1) ภาวะที่อุณหภูมิกายของผู้ป่วยซึ่งวัดทางปาก ณ เวลาใดๆ มากกว่าหรือเท่ากับ  $38.3^\circ\text{C}$  หรือ  
2) ภาวะที่อุณหภูมิกายซึ่งวัดทางปากมากกว่าหรือเท่ากับ  $38.0^\circ\text{C}$  นานติดต่อกันเกิน 1 ชั่วโมง  
นิวโทรฟิลในเลือดต่ำ คือ 1) จำนวนนิวโทรฟิลในเลือด (absolute neutrophil count) น้อยกว่า  $0.5 \times 10^9/\text{L}$  หรือ  
2) จำนวนนิวโทรฟิลในเลือดน้อยกว่า  $1.0 \times 10^9/\text{L}$  ซึ่งคาดว่าจะลดลงเหลือน้อยกว่าหรือเท่ากับ  $0.5 \times 10^9/\text{L}$  ภายใน 48 ชั่วโมง

#### 2. Lenograstim

sterile pwdr

ง

##### เงื่อนไข

เช่นเดียวกับ filgrastim

## 9.2 Fluids and electrolytes

1.	Glucose with/without sodium chloride	sterile sol	ก
2.	Intermittent peritoneal dialysis	sterile sol	ก
3.	Potassium acetate	sterile sol (hosp)	ก
4.	Potassium chloride	syr, syr (hosp), elixir, elixir (hosp), compressed tab, EC tab, sterile sol	ก

### คำเตือนและข้อควรระวัง

- ควรรับประทานยา potassium chloride หลังอาหารทันที ในกรณียาเม็ดควรดื่มน้ำอย่างน้อย 180 มิลลิลิตรและห้ามเอนตัวนอนลงอย่างน้อย 30 นาทีหลังรับประทานยาเม็ด
- ห้ามใช้ยา potassium chloride ชนิด elixir กับผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 2 ขวบ เนื่องจากมีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ

5.	Potassium citrate	oral sol (hosp), dry powdr for oral sol (hosp)	ก
6.	Sodium acetate	sterile sol (hosp)	ก
7.	Sodium bicarbonate	tab, sterile sol	ก
8.	Sodium chloride	tab (เฉพาะ 300 mg), sterile sol	ก
9.	Sodium lactate intravenous infusion compound (Ringer-Lactate solution for injection ; Hartmann's solution for injection)	sterile sol	ก
10.	Water for injection	sterile sol	ก
11.	Calcium polystyrene sulfonate	oral powdr	ข
12.	Continuous ambulatory peritoneal dialysis	basic bag sol, double bag sol	ค

## 9.3 Vitamins

Multivitamins ในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีวิตามินเป็นส่วนประกอบเท่านั้น การผสมแร่ธาตุ (mineral) หรือตัวยาสำคัญอื่นๆ ไม่ถือเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.	Folic acid	cap/tab (เฉพาะ 400-1,000 mcg และ 5 mg)	ก
2.	Multivitamins	syr	ก

มีวิตามินอย่างน้อย 8 ชนิดที่ให้ปริมาณยาต่อวัน ดังนี้

- Vitamin A	1,300 - 2,000 IU	- Vitamin B <sub>6</sub>	≥	0.5	mg
- Vitamin D	200 - 1,000 IU	- Vitamin B <sub>12</sub>	≥	0.9	mcg
- Vitamin B <sub>1</sub>	≥ 0.5 mg	- Niacinamide	≥	6	mg
- Vitamin B <sub>2</sub>	≥ 0.5 mg	- Vitamin C	≥	40	mg

### หมายเหตุ

มีปริมาณใกล้เคียงกับปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันในเด็กอายุ 1 - 3 ขวบ

3. Multivitamins drop ก

มีวิตามินอย่างน้อย 8 ชนิดที่ให้ปริมาณยาต่อวัน ดังนี้

- Vitamin A	1,300 - 2,000 IU	- Vitamin B <sub>6</sub>	≥ 0.3 mg
- Vitamin D	200 - 1,000 IU	- Vitamin B <sub>12</sub>	≥ 0.5 mcg
- Vitamin B <sub>1</sub>	≥ 0.3 mg	- Niacinamide	≥ 4 mg
- Vitamin B <sub>2</sub>	≥ 0.4 mg	- Vitamin C	≥ 35 mg

### หมายเหตุ

มีปริมาณใกล้เคียงกับปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันในทารกอายุ 6 - 11 เดือน

4. Multivitamins cap, tab ก

มีวิตามินอย่างน้อย 9 ชนิดที่ให้ปริมาณยาต่อวัน ดังนี้

- Vitamin A	2,000 - 5,600 IU	- Vitamin B <sub>12</sub>	≥ 1.8 mcg
- Vitamin D	200 - 2,000 IU	- Niacinamide	≥ 12 mg
- Vitamin B <sub>1</sub>	≥ 0.9 mg	- Folic acid	300-1000 mcg
- Vitamin B <sub>2</sub>	≥ 0.9 mg	- Vitamin C	≥ 45 mg
- Vitamin B <sub>6</sub>	≥ 1.0 mg		

### หมายเหตุ

มีปริมาณใกล้เคียงกับปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันในเด็กอายุ 9 - 12 ปี และผู้ใหญ่

5. Vitamin A cap, tab (เฉพาะ 25,000-50,000 IU ต่อ 1 cap/tab) ก
6. Vitamin B<sub>1</sub> (Thiamine as hydrochloride or mononitrate) tab (เฉพาะ 10-100 mg), sterile ก  
sol (เฉพาะ 100 mg/ml)
7. Vitamin B<sub>2</sub> tab (เฉพาะไม่ต่ำกว่า 10 mg) ก
8. Vitamin B<sub>6</sub> (Pyridoxine hydrochloride) tab (เฉพาะ 10-100 mg), sterile ก  
sol (เฉพาะ 100 mg/ml)

### คำเตือนและข้อควรระวัง

การรับประทานวิตามิน B<sub>6</sub> ขนาดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อวัน ขึ้นไปเป็นเวลานาน มีความสัมพันธ์กับการเกิด neuropathy ได้

9. Vitamin B<sub>12</sub> (Cyanocobalamin หรือ Hydroxocobalamin) tab (เฉพาะไม่ต่ำกว่า 100 mcg), sterile sol (เฉพาะ 1000 mcg/ml) ก
10. Vitamin C tab (เฉพาะ 50, 100 mg) ก
11. Vitamin D<sub>2</sub> (Ergocalciferol) cap ก

### เงื่อนไข

เป็น first -line drug ในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดวิตามิน D

12. Vitamin K<sub>1</sub> (Phytomenadione) sterile sol ก

13. Vitamin B complex cap, tab ก
- มีวิตามินอย่างน้อย 8 ชนิดที่ให้ปริมาณยาต่อวัน ดังนี้
- |                           |       |     |                    |           |     |
|---------------------------|-------|-----|--------------------|-----------|-----|
| - Vitamin B <sub>1</sub>  | ≥ 0.9 | mg  | - Folic acid       | 300-1,000 | mcg |
| - Vitamin B <sub>2</sub>  | ≥ 0.9 | mg  | - Niacinamide      | ≥ 12      | mg  |
| - Vitamin B <sub>6</sub>  | ≥ 1.0 | mg  | - Pantothenic acid | ≥ 4       | mg  |
| - Vitamin B <sub>12</sub> | ≥ 1.8 | mcg | - Biotin           | ≥ 20      | mcg |

#### หมายเหตุ

มีปริมาณใกล้เคียงกับปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันในเด็กอายุ 9 - 12 ปี และผู้ใหญ่

14. Vitamin C sterile sol ข
15. Vitamins B complex sterile sol ข
- ประกอบด้วยวิตามินอย่างน้อย 4 ชนิด ที่ให้ปริมาณยาต่อวัน ดังนี้
- |                          |       |    |                          |       |    |
|--------------------------|-------|----|--------------------------|-------|----|
| - Vitamin B <sub>1</sub> | ≥ 0.9 | mg | - Vitamin B <sub>6</sub> | ≥ 1.0 | mg |
| - Vitamin B <sub>2</sub> | ≥ 0.9 | mg | - Niacinamide            | ≥ 12  | mg |

#### หมายเหตุ

มีปริมาณใกล้เคียงกับปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันในเด็กอายุ 9 - 12 ปี และผู้ใหญ่

16. Alfacalcidol (1 alpha-hydroxyvitamin D<sub>3</sub>) cap, tab ค
- เงื่อนไข
- ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องฮอร์โมนพาราไทรอยด์อย่างรุนแรงและฉับพลัน
- ข้อควรระวัง
- ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีระดับ serum calcium เกิน 10.5 mg/dL หรือ serum phosphate เกิน 5.5 mg/dL

17. Calcitriol (1,25-Dihydroxyvitamin D<sub>3</sub>) cap ค
- เงื่อนไข
- ใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (chronic kidney disease stage 5 หรือ end-stage renal disease) ที่มีภาวะ secondary hyperparathyroidism
- ข้อควรระวัง
- ไม่ควรใช้กับผู้ป่วยที่มีระดับ serum calcium เกิน 10.5 mg/dL หรือ serum phosphate เกิน 5.5 mg/dL

18. Vitamin E emulsion (hosp), syr ค
- เงื่อนไข
1. ใช้กับทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยหรือเกิดก่อนกำหนดเท่านั้น
  2. ใช้ป้องกันและรักษาภาวะขาดวิตามินอีในทารก และเด็กที่มีปัญหาการย่อยไขมันและ/หรือการดูดซึมไขมันบกพร่องเท่านั้น

#### หมายเหตุ

รูปแบบ syrup เป็นตำรับ water miscible vitamin E

## 9.4 Intravenous nutrition

การให้อาหารทางหลอดเลือดดำมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Amino acid solution for infants  | sterile sol   | ค |
| มีกรดอะมิโนจำเป็นทั้ง 9 ชนิด คือ isoleucine, leucine, lysine, methionine, phenylalanine, threonine, tryptophan, valine, histidine และอย่างน้อยต้องมี arginine, cysteine, tyrosine และ taurine โดยต้องไม่มี sugar alcohol ในสูตร   |   |   |
| 2. Amino acid solution ชนิด high branched chain amino acid  | sterile sol   | ค |
| มีสัดส่วนของ branched chain amino acid 35-45% ของ total amino acid  |   |   |
| 3. Amino acid solution ชนิด high essential amino acid   | sterile sol   | ค |
| มีสัดส่วนของ essential amino acids > 60% ของ total amino acids  |   |   |
| 4. Amino acid solution with/without minerals  | sterile sol   | ค |
| 5. Complete water-soluble and fat soluble vitamin preparation   | preparation for intravenous use (sterile pwdr, sterile sol, sterile emulsion) | ค |
| Complete water-soluble and fat soluble vitamin preparation ที่ได้จากการผสมตำรับที่มี fat soluble vitamins 4 ชนิด คือ A, D, E, K กับ ตำรับที่มี water soluble vitamins 9 ชนิด คือ B <sub>1</sub> , B <sub>2</sub> , B <sub>6</sub> , B <sub>12</sub> , niacinamide, folic acid, pantothenic acid, biotin และ vitamin C |   |   |

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition) และต้องการทั้ง water-soluble และ fat-soluble vitamins

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 6. Complete water-soluble vitamin preparation  | preparation for intravenous use (sterile pwdr) | ค |
| ที่ประกอบด้วย water soluble vitamins 9 ชนิด คือ B <sub>1</sub> , B <sub>2</sub> , B <sub>6</sub> , B <sub>12</sub> , niacinamide, folic acid, pantothenic acid, biotin และ vitamin C |  |   |

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition) และต้องการเฉพาะ water soluble vitamins หรือมีข้อห้ามใช้สำหรับ fat-soluble vitamins

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 7. Complete fat-soluble vitamin preparation                 | preparation for intravenous use (sterile pwdr, sterile sol, sterile emulsion) | ค |
| ที่ประกอบด้วย fat soluble vitamins 4 ชนิด คือ A, D, E และ K |   |   |

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition) และต้องการเฉพาะ fat-soluble vitamins หรือมีข้อห้ามใช้สำหรับ water-soluble vitamins



8. Multivitamin injection preparation for intravenous use (sterile sol) **ค**  
 ที่ประกอบด้วย fat soluble vitamins 3 ชนิด คือ A, D และ E กับ water soluble vitamins 9 ชนิด คือ B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, niacinamide, folic acid, pantothenic acid, biotin และ vitamin C  
**เงื่อนไข**  
 ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำ (parenteral nutrition) และได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด
9. Three-in-one parenteral nutrition sterile sol **ง**  
 ประกอบด้วย glucose, amino acid และ fat emulsion  
**เงื่อนไข**  
 ใช้กับผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลางถึงรุนแรง และไม่สามารถรับประทานอาหารทาง enteral ได้เพียงพอ (น้อยกว่า 60% ของพลังงานที่ต้องการต่อวัน)  
**คำเตือนและข้อควรระวัง**  
 1) ผลิตภัณฑ์ three-in-one parenteral nutrition ไม่มี multivitamins และ trace minerals และอาจมี electrolytes เช่น โซเดียม โปแตสเซียม แคลเซียม สังกะสี ไม่เพียงพอ ดังนั้นควรเติมสารอาหารเหล่านี้ให้เพียงพอ ตามคำแนะนำการใช้ของแต่ละผลิตภัณฑ์อย่างเคร่งครัด และเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด  
 2) การให้ทาง peripheral ไม่แนะนำให้ใช้เกิน 14 วัน  
 3) การให้อาหารทางหลอดเลือดดำมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
10. Dextrose solution with minerals and electrolytes sterile sol **ค**  
 มี dextrose ไม่น้อยกว่า 20% และมี minerals อย่างน้อย 2 ชนิด  
**เงื่อนไข**  
 ยานี้มีความเข้มข้นของน้ำตาลสูงจึงห้ามให้ทาง peripheral vein ต้องให้ทาง central vein เท่านั้น
11. Fat emulsion sterile emulsion (เฉพาะ 20%) **ค**  
 Fat emulsion ประกอบด้วย long chain triglycerides และ phospholipids ซึ่งมีหรือไม่มี medium chain triglycerides (MCT)
12. Multiple trace mineral solution sterile sol **ค**  
 อย่างน้อยต้องประกอบด้วย Zn, Cu และ I

## 9.5 Minerals

- |                        |                                       |          |
|------------------------|---------------------------------------|----------|
| 1. Calcium carbonate   | cap, tab                              | <b>ก</b> |
| 2. Calcium gluconate   | sterile sol                           | <b>ก</b> |
| 3. Ferrous sulfate     | cap, tab, oral sol, drop              | <b>ก</b> |
| 4. Magnesium hydroxide | tab, susp, susp (hosp)                | <b>ก</b> |
| 5. Magnesium sulfate   | sterile sol, oral sol, oral sol(hosp) | <b>ก</b> |

6.	Sodium fluoride	tab, oral sol, oral sol(hosp)	ก
<b>คำเตือนและข้อควรระวัง</b>			
ระวังการใช้ในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์สูง เพราะอาจทำให้เกิด fluorosis			
7.	Trace element solution	oral sol (hosp)	ก
อย่างน้อยต้องประกอบด้วย Zn, Cu, I และ Cr			
8.	Zinc sulfate	oral sol (hosp), cap, tab, sterile sol (hosp)	ก
9.	Aluminium hydroxide	tab, susp, susp (hosp)	ข
<b>คำเตือนและข้อควรระวัง</b>			
กรณีที่ใช้รักษา hyperphosphatemia ในผู้ป่วยที่มีไตบกพร่อง ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากอาจเกิดพิษจาก Aluminium			
10.	Ferrous fumarate	cap, tab, oral sol, susp	ข
11.	Iron (III) hydroxide polymaltose complex (iron polymaltose complex)	syr	ข
<b>เงื่อนไข</b>			
ใช้ในกรณีที่ใช้ ferrous sulfate oral solution หรือ drop แล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์			
12.	Copper sulfate solution	sterile sol (hosp), oral sol (hosp)	ค
13.	Dipotassium hydrogen phosphate	sterile sol	ค
14.	Oral acidic phosphate solution (Joulie's solution) มีตัวยาสําคัญ คือ Potassium phosphate และ/หรือ Sodium phosphate monobasic/dibasic	oral sol (hosp)	ค
15.	Oral neutral phosphate solution มีตัวยาสําคัญ คือ Potassium phosphate และ/หรือ Sodium phosphate monobasic/ Dibasic	oral sol (hosp)	ค

## 9.6 Vitamins and minerals for pregnancy and lactating mothers

- |    |                  |                           |   |
|----|------------------|---------------------------|---|
| 1. | Ferrous fumarate | tab (เฉพาะ 65 mg as iron) | ก |
|----|------------------|---------------------------|---|
- คำเตือนและข้อควรระวัง**
- ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน
  - ระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคธาลัสซีเมีย

- |                    |                              |   |
|--------------------|------------------------------|---|
| 2. Ferrous sulfate | tab (เฉพาะ 60-65 mg as iron) | ก |
|--------------------|------------------------------|---|

**คำเตือนและข้อควรระวัง**

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน
2. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคธาลัสซีเมีย

- |               |  |   |
|---------------|--|---|
| 3. Folic acid | cap/tab (เฉพาะ 400-1,000 mcg และ 5 mg) | ก |
|---------------|--|---|

**เงื่อนไข**

1. ใช้สำหรับเสริมโฟเลทตลอดการตั้งครรภ์
2. ใช้สำหรับเสริมโฟเลทในช่วง 6 เดือนแรกของการให้นมบุตร
3. กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรที่มีภาวะ neural tube defect หรือปากแหว่งเพดานโหว่ ควรใช้ความแรง 5 mg

- |                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
| 4. Ferrous salt + Folic acid | tab (เฉพาะ 60-65 mg as iron + 400 mcg) | ก |
|------------------------------|--|---|

**เงื่อนไข**

1. ใช้สำหรับเสริมธาตุเหล็กและโฟเลทตลอดการตั้งครรภ์
2. ใช้สำหรับเสริมธาตุเหล็กและโฟเลทในช่วง 6 เดือนแรกของการให้นมบุตร

**คำเตือนและข้อควรระวัง**

ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 5. Ferrous salt + Folic acid + Potassium Iodide | tab (เฉพาะ 60-65 mg as iron + 400 mcg + 150 mcg as iodine) | ก |
|---|--|---|

**เงื่อนไข**

1. ใช้เสริมธาตุเหล็ก โฟเลท และไอโอดีนตลอดการตั้งครรภ์
2. ใช้สำหรับเสริมธาตุเหล็ก โฟเลท และไอโอดีนในช่วง 6 เดือนแรกของการให้นมบุตร
3. ห้ามใช้ในผู้ที่มีภาวะไทรอยด์เป็นพิษ

**คำเตือนและข้อควรระวัง**

1. ควรติดตามเฝ้าระวังภาวะไทรอยด์เป็นพิษ
2. ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

- |                     |                               |   |
|---------------------|-------------------------------|---|
| 6. Potassium Iodide | tab (เฉพาะ 150 mcg as iodine) | ก |
|---------------------|-------------------------------|---|

**เงื่อนไข**

1. ใช้สำหรับเสริมไอโอดีนตลอดการตั้งครรภ์
2. ใช้เสริมไอโอดีนในช่วง 6 เดือนแรกของการให้นมบุตร
3. ห้ามใช้ในผู้ที่มีภาวะไทรอยด์เป็นพิษ

### คำเตือนและข้อควรระวัง

ควรติดตามเฝ้าระวังภาวะไตรอยด์เป็นพิษ

## 9.7 Metabolic disorders

1. Penicillamine (D-Penicillamine) cap, tab ค  
*ยากำพร้า*  
**เงื่อนไข**  
ใช้รักษา wilson's disease  
**คำเตือนและข้อควรระวัง**  
ระวังการเข้ากับหญิงตั้งครรภ์เพราะเป็นสารก่อวิรูป (teratogen)
2. Imiglucerase sterile pwdr จ(2)  
**เงื่อนไข**  
ใช้สำหรับ Gaucher's disease โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

## กลุ่มยา 10 Musculoskeletal and joint diseases

### 10.1 Drugs used in rheumatic diseases and gout

#### 10.1.1 Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)

1. Aspirin (Acetylsalicylic acid) tab, EC tab ก
2. Diclofenac sodium EC tab, sterile sol ก
3. Ibuprofen film coated tab, susp ก

### คำเตือนและข้อควรระวัง

1. ไม่ควรใช้ ibuprofen ระยะยาวในผู้ป่วยที่ใช้ low dose aspirin เนื่องจากอาจมีผลต่อต้านประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหัวใจของยาแอสไพริน
  2. ใช้ในเด็กที่มีอายุ 3 เดือนขึ้นไปเท่านั้น
  3. ระวังการเกิดเลือดออกในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำ เช่น ไข้เลือดออก
4. Indometacin cap ก
  5. Naproxen compressed tab (as base) ก
  6. Piroxicam cap (as base), ข  
compressed tab (as base),  
film coated tab (as base)

#### 10.1.2 Disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs)

1. Chloroquine phosphate compressed tab, film coated tab ข

### คำเตือนและข้อควรระวัง

การใช้ยาอาจเป็นพิษต่อจอประสาทตา ควรตรวจจอประสาทตาเป็นระยะๆ หลังการให้ยา

- |    |                            |     |   |
|----|----------------------------|-----|---|
| 2. | Hydroxychloroquine sulfate | tab | ข |
|----|----------------------------|-----|---|

**คำเตือนและข้อควรระวัง**

การใช้ยาอาจเป็นพิษต่อจอประสาทตา ควรตรวจจอประสาทตาเป็นระยะๆ หลังการให้ยา

- |    |              |     |   |
|----|--------------|-----|---|
| 3. | Azathioprine | tab | ค |
|----|--------------|-----|---|

**คำเตือนและข้อควรระวัง**

ควรระมัดระวังหากต้องใช้ร่วมกับ allopurinol เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ

- |    |              |  |   |
|----|--------------|--|---|
| 4. | Methotrexate | tab (as base or sodium),<br>sterile pwdr/sterile sol (as sodium) | ค |
|----|--------------|--|---|

**คำเตือนและข้อควรระวัง**

การใช้ยาอาจเกิดการกดไขกระดูกและเป็นพิษต่อดับ ควรตรวจค่า complete blood count(CBC) และ SGPT ทุก 3-6 เดือน ระหว่างการใช้ยา

- |    |                           |                            |   |
|----|---------------------------|----------------------------|---|
| 5. | Sulfasalazine             | EC tab                     | ค |
| 6. | Ciclosporin (Cyclosporin) | cap, oral sol, sterile sol | ง |

**เงื่อนไข**

- ใช้เป็นยาเสริม (add on) สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีโรคกำเริบ (disease activity score 28 เท่ากับหรือมากกว่า 2.6 ขึ้นไป) หลังได้รับการรักษาด้วย methotrexate ร่วมกับ sulfasalazine หรือ ยาด้านมาลาเรีย (chloroquine, hydroxychloroquine) ในขนาดเต็มอย่างน้อย 3 เดือน ติดต่อกัน แล้วไม่ตอบสนอง ทั้งนี้ผู้ป่วยมีการทำงานของไตเป็นปกติ และ ไม่มีภาวะความดันเลือดสูง

- ใช้โดยอายุรแพทย์โรคข้อเท่านั้น

- |    |             |                   |   |
|----|-------------|-------------------|---|
| 7. | Leflunomide | tab (เฉพาะ 20 mg) | ง |
|----|-------------|-------------------|---|

**เงื่อนไข**

- ใช้เป็นยาเสริม (add on) สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีโรคกำเริบ (Disease activity score 28 เท่ากับหรือมากกว่า 2.6 ขึ้นไป) หลังได้รับการรักษาด้วย methotrexate ร่วมกับ sulfasalazine หรือ ยาด้านมาลาเรีย (chloroquine/ hydroxychloroquine) ในขนาดเต็มอย่างน้อย 3 เดือน ติดต่อกัน แล้วไม่ตอบสนอง

- ใช้โดยอายุรแพทย์โรคข้อเท่านั้น

**หมายเหตุ**

ราคายาเม็ด leflunomide ขนาด 20 mg ที่ต่อรองได้เม็ดละไม่เกิน 55.07 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

- |    |                       |             |   |
|----|-----------------------|-------------|---|
| 8. | Sodium aurothiomalate | sterile sol | ง |
|----|-----------------------|-------------|---|

**เงื่อนไข**

- ใช้ในผู้ป่วยข้ออักเสบ rheumatoid arthritis ในกรณีที่ไม่ตอบสนอง หรือมีข้อห้ามใช้ conventional synthetic DMARDs
- ใช้โดยอายุรแพทย์โรคข้อ

### 10.1.3 Drugs for treatment of gout and hyperuricaemia

- |               |     |   |
|---------------|-----|---|
| 1. Colchicine | tab | ก |
|---------------|-----|---|

#### คำเตือนและข้อควรระวัง

ยานี้มีผลข้างเคียงทำให้มีอาการระงวและอาจทำให้กล้ามเนื้อลายสลาย (rhabdomyolysis) จึงควรระมัดระวังการใช้ร่วมกับยาที่ทำให้กล้ามเนื้อลายสลายเช่น ยาในกลุ่ม statins เป็นต้น

- |                |     |   |
|----------------|-----|---|
| 2. Allopurinol | tab | ก |
|----------------|-----|---|

#### คำเตือนและข้อควรระวัง

การลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงต่อการเกิด severe cutaneous adverse reactions (SCAR) จากการใช้ allopurinol ทำได้โดย

1. ฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยทุกรายในช่วง 2-4 สัปดาห์แรกของการให้ยา
2. ควรเริ่มใช้ยาในขนาดต่ำและค่อยๆ ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นช้าๆ ในผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง

- |               |                 |   |
|---------------|-----------------|---|
| 3. Probenecid | film coated tab | ก |
|---------------|-----------------|---|

#### คำเตือนและข้อควรระวัง

ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัตินิวไโต หรือภาวะไตเสื่อม

- |                  |     |   |
|------------------|-----|---|
| 4. Benzbromarone | tab | ค |
|------------------|-----|---|

#### คำเตือนและข้อควรระวัง

ใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากมีรายงานการเกิด cytolytic liver damage ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิต หรือต้องเปลี่ยนตับ

- |               |                   |   |
|---------------|-------------------|---|
| 5. Febuxostat | tab (เฉพาะ 80 mg) | ง |
|---------------|-------------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับภาวะกรดยูริกในเลือดสูงที่มีเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

1. ผู้ป่วยแพ้ยา allopurinol รุนแรง และมีข้อห้ามในการใช้ยากลุ่ม uricosuric
2. หลังใช้ยา uricosuric ร่วมกับ allopurinol แล้ว ผู้ป่วยที่มีระดับกรดยูริกมากกว่า 6 mg/dl
3. เป็นยาทางเลือกในกรณีที่ใช้ allopurinol แล้วมีเอนไซม์ตับสูงเกิน 3 เท่าของค่าปกติ หรือเพิ่มขึ้นเกิน 2 เท่าของระดับก่อนให้ยา และมีข้อห้ามใช้ยากลุ่ม uricosuric

#### หมายเหตุ

ราคายาเม็ด Febuxostat ขนาด 80 mg ที่ต่อรองได้เม็ดละไม่เกิน 38.52 บาท (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ประกาศมีผลบังคับใช้ เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

## 10.2 Drugs used in neuromuscular disorders

### 10.2.1 Drugs which enhance neuromuscular transmission

- |                              |             |   |
|------------------------------|-------------|---|
| 1. Pyridostigmine bromide    | tab         | ก |
| 2. Neostigmine methylsulfate | sterile sol | ข |

## 10.2.2 Skeletal muscle relaxants

1. ยากลุ่มนี้ใช้บรรเทาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อที่เป็นรุนแรงในโรคบางชนิด เช่น บาดทะยัก การบาดเจ็บของไขสันหลัง และ multiple sclerosis
2. ไม่ใช้ยากลุ่มนี้กับอาการหดเกร็งกล้ามเนื้อจากการเล่นกีฬาหรือการบาดเจ็บ
3. ควรใช้ยากลุ่มนี้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากการลด muscle tone อาจเพิ่ม disability ให้กับผู้ป่วย

1. Diazepam	cap, tab, sterile sol	ก
2. Baclofen	tab	ข
3. Tizanidine hydrochloride	tab	ข

## 10.3 Drugs for relief of soft-tissue inflammation

### 10.3.1 Rubifacients

1. Methyl salicylate cream compound	cream, cream (hosp)	ก
2. Methyl salicylate ointment compound (Analgesic Balm)	oint, oint (hosp)	ก

## กลุ่มยา 11 Eye

### 11.1 Anti-infective eye preparations

#### 11.1.1 Antibacterials and eye wash solution

1. ใช้เป็นยาสำหรับการติดเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น
2. ควรใช้ยาให้เหมาะสมกับชนิดของเชื้อ เช่น ชนิดกรัมบวก หรือกรัมลบ

1. Boric acid	eye wash sol	ก
2. Chloramphenicol	eye drop, eye oint	ก
3. Tetracycline hydrochloride ยากำพรั้ว	eye oint	ก
4. Gentamicin sulfate	eye drop, eye oint	ข

#### หมายเหตุ

ประสิทธิภาพของ gentamicin ไม่แตกต่างจาก tobramycin

5. Polymyxin B sulfate + Neomycin sulfate + Gramicidin	eye drop	ค
---	----------	---

#### หมายเหตุ

ยาที่มีส่วนผสมของ polymyxin B อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อของเชื้อในทาง systemic จึงต้องใช้อย่างระมัดระวัง เฉพาะกรณีที่มีความจำเป็นเท่านั้น

- |                 |                 |   |
|-----------------|-----------------|---|
| 6. Cyclosporine | eye drop (hosp) | ง |
|-----------------|-----------------|---|

**เงื่อนไข**

ใช้กับผู้ป่วย Keratoconjunctivitis sicca ที่มีอาการตาแห้งร่วมกับการอักเสบของพื้นผิวกระจกตา

- |                 |                        |   |
|-----------------|------------------------|---|
| 7. Fusidic acid | eye drop (in gel base) | ง |
|-----------------|------------------------|---|

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับหนังตาอักเสบ (blepharitis) ที่ใช้ chloramphenicol หรือ gentamicin แล้วแพ้หรือไม่ได้ผล

**หมายเหตุ**

ยาเปลี่ยนเป็นของเหลวเมื่อยาสัมผัสกระจกตา

### 11.1.2 Antibacterials with corticosteroids

1. การใช้ยากลุ่มนี้ควรอยู่ในความดูแลของผู้เชี่ยวชาญ เพราะยามีที่ใช้จำกัด หากใช้ไม่ถูกต้องอาจไม่ปลอดภัย
2. ห้ามใช้ในอาการตาแดงที่ยังมิได้รับการตรวจวินิจฉัยสาเหตุที่ชัดเจน เพราะอาจเกิดอันตรายได้ เช่น การใช้ในอาการตาแดงที่เกิดจากเชื้อ herpes simplex virus อาจทำให้เกิดแผลที่กระจกตาไปจนถึงตาบอดได้ เป็นต้น
3. ใช้สำหรับการอักเสบรุนแรงในลูกตาส่วนหน้าหรือหลังผ่าตัด และป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มเสี่ยง

- |  |          |   |
|--|----------|---|
| 1. Dexamethasone sodium phosphate +<br>Neomycin sulfate                                    | eye drop | ค |
| 2. Dexamethasone sodium phosphate +<br>Chloramphenicol + Tetrahydrozoline<br>hydrochloride | eye drop | ค |
| 3. Dexamethasone + Neomycin sulfate +<br>Polymyxin B sulfate                               | eye oint | ค |

**หมายเหตุ**

ยาที่มีส่วนผสมของ polymyxin B อาจส่งผลให้เกิดการดูดซึมของเชื้อในทาง systemic จึงต้องใช้อย่างระมัดระวัง เฉพาะกรณีที่มีความจำเป็นเท่านั้น

### 11.1.3 Antifungals

- |              |          |   |
|--------------|----------|---|
| 1. Natamycin | eye susp | ง |
|--------------|----------|---|

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับการติดเชื้อราที่แผลกระจกตา

### 11.1.4 Antivirals

- |                          |          |   |
|--------------------------|----------|---|
| 1. Aciclovir (Acyclovir) | eye oint | ค |
|--------------------------|----------|---|

## 11.2 Corticosteroids and other anti-inflammatory preparations

- |   |          |   |
|---|----------|---|
| 1. Antazoline hydrochloride + Tetrahydrozoline<br>hydrochloride | eye drop | ก |
|---|----------|---|



- |                    |                    |   |
|--------------------|--------------------|---|
| 2. Fluorometholone | eye susp (as base) | ค |
|--------------------|--------------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้รักษาเยื่อตาอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ เช่น ภูมิแพ้ การระคายเคือง เป็นต้น

#### หมายเหตุ

การใช้ยานี้ต้องระวังการติดเชื้อราที่กระจกตา การเกิด steroid glaucoma และการใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิด steroid cataract

- |                         |          |   |
|-------------------------|----------|---|
| 3. Prednisolone acetate | eye susp | ค |
|-------------------------|----------|---|

#### เงื่อนไข

1. ใช้รักษาม่านตาอักเสบและ/หรือหลังผ่าตัดตา
2. ใช้รักษากระจกตาอักเสบหลังจากการติดเชื้อไวรัสที่ชั้น stroma หรือชั้นเยื่อบุโพรงตา (endothelium)

#### หมายเหตุ

การใช้ยานี้ต้องระวังการติดเชื้อราที่กระจกตา การเกิด steroid glaucoma และการใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิด steroid cataract

- |  |          |   |
|--|----------|---|
| 4. Sodium cromoglicate (Cromolyn sodium) | eye drop | ค |
|--|----------|---|

- |                              |                       |   |
|------------------------------|-----------------------|---|
| 5. Olopatadine hydrochloride | eye drop (เฉพาะ 0.1%) | ง |
|------------------------------|-----------------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับผู้ป่วยเยื่อตาอักเสบเรื้อรังที่มีอาการอักเสบเฉียบพลัน ได้แก่ Vernal Keratoconjunctivitis, Atopic Keratoconjunctivitis, Giant Papillary Conjunctivitis โดยหลังจากโรคสงบแล้ว ให้พิจารณาใช้ Sodium cromoglicate เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

#### หมายเหตุ

ราคายาหยอดตา olopatadine hydrochloride ความแรง 0.1% ขนาดบรรจุ 5 ml มีราคาต่ำสุดที่ต่อรองได้ ขวดละไม่เกิน 125 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 750 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไข และรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

### 11.3 Mydriatics and cycloplegics

- |                                 |          |   |
|---------------------------------|----------|---|
| 1. Atropine sulfate             | eye drop | ค |
| 2. Cyclopentolate hydrochloride | eye drop | ค |
| 3. Phenylephrine hydrochloride  | eye drop | ค |
| 4. Tropicamide                  | eye drop | ค |

### 11.4 Drugs for treatment of glaucoma

- |                  |                 |   |
|------------------|-----------------|---|
| 1. Glycerol      | oral sol (hosp) | ก |
| 2. Acetazolamide | tab             | ก |

3. Pilocarpine	eye drop (as hydrochloride or nitrate)	ก
4. Timolol maleate	eye drop	ก
5. Brimonidine tartrate	eye drop (เฉพาะ 0.2% w/v)	ค

### เงื่อนไข

1. ใช้รักษาต้อหินในกรณีที่มีข้อห้ามใช้ topical beta-blockers หรือ
2. ใช้เฉพาะกรณีที่ใช้ยาชนิดอื่นรักษาต้อหินแล้วความดันในลูกตายังไม่ลดลงอยู่ในขั้นที่ปลอดภัย

6. Latanoprost	eye drop (เฉพาะ 0.005% w/v)	ค
----------------	-----------------------------	---

### เงื่อนไข

1. ใช้รักษาต้อหินในกรณีที่มีข้อห้ามใช้ topical beta-blockers หรือ
2. ใช้เฉพาะกรณีที่ใช้ยารักษาต้อหินชนิดอื่นแล้วความดันในลูกตายังไม่ลดลงอยู่ในขั้นที่ปลอดภัย

### หมายเหตุ

ยาหยอดตา latanoprost ความแรง 0.005%w/v ขนาดบรรจุ 2.5 ml มีราคาต่ำสุดที่ต่อรองได้ ขวดละ 101.65 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดยื่นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

7. Dorzolamide hydrochloride	eye drop (เฉพาะ 2% w/v)	ค
------------------------------	-------------------------	---

### เงื่อนไข

1. ใช้รักษาต้อหินในกรณีที่มีข้อห้ามใช้ topical beta-blockers หรือ
2. ใช้เฉพาะกรณีที่ใช้ยาชนิดอื่นรักษาต้อหินแล้วความดันในลูกตายังไม่ลดลงอยู่ในขั้นที่ปลอดภัย

### หมายเหตุ

ยาหยอดตา dorzolamide hydrochloride ความแรง 2%w/v ขนาดบรรจุ 5 ml มีราคาต่ำสุดที่ต่อรองได้ ขวดละ 251.45 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดยื่นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

8. Dorzolamide hydrochloride +Timolol maleate	eye drop (เฉพาะ 2% w/v + 0.5% w/v)	ง
---	------------------------------------	---

### เงื่อนไข

ใช้เฉพาะกรณีที่ใช้ยารักษาต้อหินชนิดอื่นแล้วความดันในลูกตายังไม่ลดลงอยู่ในขั้นที่ปลอดภัย

### หมายเหตุ

ยาหยอดตาสูตรผสมที่ประกอบด้วย dorzolamide hydrochloride 2%w/v และ timolol maleate 0.5%w/v ขนาดบรรจุ 5 ml มีราคาต่ำสุดที่ต่อรองได้ ขวดละ 299.60 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดยื่นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 20 มกราคม 2561 เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

## 11.5 Local anaesthetics

- |                             |          |   |
|-----------------------------|----------|---|
| 1. Tetracaine hydrochloride | eye drop | ก |
| <b>เจลือนไข</b>             |          |   |
| ห้ามให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน    |          |   |

## 11.6 Tear deficiency, ocular lubricants and astringents

- |  |          |   |
|--|----------|---|
| 1. Hypromellose (with preservative)  | eye drop | ก |
| 2. Carbomer (with preservative, with/without sorbitol)                           | eye gel  | ข |
| 3. White petrolatum + Mineral oil + Liquid lanolin anhydrous (preservative free) | eye oint | ค |

### เจลือนไข

ใช้กับผู้ป่วยตาแห้งปานกลางถึงตาแห้งมาก ที่ใช้น้ำตาเทียมที่มี preservative ไม่ได้

- |  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| 4. Hypromellose + Dextran 70 (preservative free) | eye drop (เฉพาะ 0.3% + 0.1%) | ง |
|--|------------------------------|---|

### เจลือนไข

ใช้เฉพาะกับผู้ป่วยตาแห้งมาก ที่ใช้น้ำตาเทียมที่มี preservative ไม่ได้

- |   |         |   |
|---|---------|---|
| 5. Dried protein-free dialysate of calf blood | eye gel | ง |
|---|---------|---|

### เจลือนไข

ใช้เพิ่มการสมานของแผลที่กระจกตา

## 11.7 Ocular diagnostic and peri-operative preparations and photodynamic treatment

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1. Balance salt                        | sol for ocular irrigation , sol for intraocular irrigation | ค |
| 2. Carbachol                           | sterile sol for intraocular use                            | ค |
| <b>เจลือนไข</b>                        |  |   |
| ใช้หัดม่านตาระหว่างการผ่าตัด           |  |   |
| 3. Diclofenac sodium with preservative | eye drop   | ค |
| 4. Fluorescein sodium                  | sterile sol for inj  | ค |
| 5. Indocyanine green                   | sterile pwdr for inj                                       | ง |

ยากำพรั้

### เจลือนไข

ใช้เพื่อวินิจฉัย polypoidal choroidal vasculopathy (PCV)

- |                |                                 |   |
|----------------|---------------------------------|---|
| 6. Trypan blue | sterile sol for intraocular use | ง |
| ยาทำพรี        |                                 |   |

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับย้อมสีถุงหุ้มเลนส์ระหว่างผ่าตัดต่อกระจกชนิดสุก

- |                |             |      |
|----------------|-------------|------|
| 7. Bevacizumab | sterile sol | จ(2) |
|----------------|-------------|------|

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ age-related macular degeneration (AMD) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
2. ใช้สำหรับ diabetic macular edema (DME) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3
3. ใช้สำหรับ Retinal Vein Occlusion (RVO) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

## กลุ่มยา 12 Ear, nose, oropharynx and oral cavity

### 12.1 Drugs acting on the ear

#### 12.1.1 Otitis externa and otitis media

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1. Chloramphenicol   | ear drop   | ก |
| 2. Dexamethasone + Framycetin sulfate + Gramicidin         | ear drop/ear oint (เฉพาะ 0.5 mg +5 mg+ 0.05 mg in 1 ml or 1 g) | ค |
| 3. Hydrocortisone + Neomycin sulfate + Polymyxin B sulfate | ear drop (เฉพาะ 10 mg + 3400 U+ 10000 U in 1 ml)               | ค |

#### 12.1.2 Drugs used in otomycosis

- |                |   |   |
|----------------|---|---|
| 1. Acetic acid | ear drop (hosp) (เฉพาะ 2% in aqueous และ 2% in 70% isopropyl alcohol) | ก |
|----------------|---|---|

#### คำเตือนและข้อควรระวัง

ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แก้วหูทะลุ

- |               |   |   |
|---------------|---|---|
| 2. Boric acid | ear drop (hosp) (เฉพาะ 3% in Isopropyl alcohol) | ก |
|---------------|---|---|

#### คำเตือนและข้อควรระวัง

ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แก้วหูทะลุ

- |                   |            |   |
|-------------------|------------|---|
| 3. Gentian violet | sol (hosp) | ก |
|-------------------|------------|---|

#### คำเตือนและข้อควรระวัง

ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แก้วหูทะลุ

- |                 |          |   |
|-----------------|----------|---|
| 4. Clotrimazole | ear drop | ข |
|-----------------|----------|---|

### 12.1.3 Other drugs acting on the ear

- |                       |                 |   |
|-----------------------|-----------------|---|
| 1. Sodium bicarbonate | ear drop (hosp) | ก |
| 2. Ofloxacin          | ear drop        | ค |

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับหูน้ำหนวกเรื้อรังที่แก้วหูทะลุ ที่ใช้ Chloramphenicol ไม่ได้ผล

#### หมายเหตุ

ควรมี guideline ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการใช้ยานี้ เพราะการใช้ยาอาจส่งผลให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาในกลุ่ม quinolones

## 12.2 Drugs acting on the nose

### 12.2.1 Drugs used in nasal allergy

- |               |             |   |
|---------------|-------------|---|
| 1. Budesonide | nasal spray | ข |
|---------------|-------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยอายุ 6 ปีขึ้นไป

- |                        |             |   |
|------------------------|-------------|---|
| 2. Fluticasone furoate | nasal spray | ง |
|------------------------|-------------|---|

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยอายุ 2 ปีขึ้นไปในข้อบ่งใช้

1. โพรเจกซึมจากภูมิแพ้ที่เกิดตามฤดูกาลและตลอดปี
2. เยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้

### 12.2.2 Topical nasal decongestants

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Ephedrine hydrochloride              | nasal drop (hosp) (เฉพาะ 0.5-3%)          | ก |
| วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2 |   |   |
| 2. Sodium chloride                      | sterile sol (for irrigation) (เฉพาะ 0.9%) | ก |
| 3. Oxymetazoline hydrochloride          | nasal drop, nasal spray                   | ข |

## 12.3 Drugs acting on the oropharynx and oral cavity

### 12.3.1 Drugs used in treatment of oral ulcer

- |                            |                                     |   |
|----------------------------|-------------------------------------|---|
| 1. Borax (in glycerin)     | sol, sol (hosp)                     | ก |
| 2. Chlorhexidine gluconate | mouthwash sol (เฉพาะ 0.12-0.2% w/v) | ก |
| 3. Iodine Paint, compound  | sol (hosp)                          | ก |

4.	Talbot's solution	sol (hosp)	ก
5.	Triamcinolone acetonide	oral paste	ก
6.	Fluocinolone acetonide	oral paste, oral gel , sol	ข

#### เงื่อนไข

ใช้ในกรณีที่ใช้ยา triamcinolone acetonide ไม่ได้ผลหรือรอยโรคมีความรุนแรง

#### หมายเหตุ

รูปแบบยา oral paste ดังกล่าวหมายรวมถึง orabase ด้วย

7.	Iodoform (in ether)	sol (hosp)	ข
----	---------------------	------------	---

### 12.3.2 Oropharyngeal antifungal drugs

1.	Clotrimazole	lozenge	ก
2.	Miconazole nitrate	oral gel	ก
3.	Nystatin	oral susp	ก

### 12.3.3 Antiseptics for root canal treatment

1.	Camphorated parachlorophenol	sol (hosp)	ก
2.	Camphorated phenol	sol (hosp)	ก
3.	Chlorhexidine gluconate	sol (hosp) (เฉพาะ 2%)	ก
4.	Clove oil	oil	ก
5.	EDTA	sol (hosp) (เฉพาะ 14% หรือ 17% )	ก
6.	Formocresol (Cresolated formaldehyde, Formaldehyde and Cresol solution)	sol (hosp)	ก
7.	Sodium hypochlorite	sol (hosp)	ก

### 12.3.4 Drugs used in prevention and treatment of dental plaque and caries

1.	Chlorhexidine gluconate	mouthwash sol / mouthwash sol (hosp) (เฉพาะ 0.1-0.2%w/v)	ก
2.	Sodium fluoride	tab, oral sol	ก

#### หมายเหตุ

ระวังการใช้ในพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์สูง เพราะอาจทำให้เกิด fluorosis

### 12.3.5 Other dental preparations

1.	Epinephrine (Adrenaline)	sterile sol	ก
2.	Artificial saliva (Saliva substitutes)	sol (hosp)	ก

3.	Hydrogen peroxide	mouthwash sol (1.5% w/v )	ก
4.	Sodium chloride	sterile sol	ก
5.	Special mouthwash ที่มีตัวยาสําคัญคือ chloroxylonol	mouthwash sol (hosp)	ก
6.	Zinc oxide	powdr (hosp)	ก

#### หมายเหตุ

ใช้อุดคลองรากฟันที่ใช้บัดเคี้ยวหรือใช้สำหรับอุดฟันชั่วคราวที่ต้องการให้ remove ออกได้ง่าย

7.	Zinc oxide with zinc acetate	powdr (hosp)	ก
----	------------------------------	--------------	---

#### หมายเหตุ

ใช้สำหรับอุดคลองรากฟันและอุดชั่วคราวที่ต้องการความแข็งแรงมาก

8.	Carnoy's solution	sol (hosp)	ค
9.	White head varnish	varnish (hosp)	ค

## กลุ่มยา 13 Skin

### 13.1 Anti-infective skin preparations

#### 13.1.1 Antibacterial preparations

1.	Sulfadiazine silver (Silver sulfadiazine)	cream	ก
2.	Fusidic acid	cream	ข
3.	Sodium fusidate	oint	ข
4.	Mupirocin	oint	ข

#### เงื่อนไข

จำกัดการใช้เฉพาะ Methicillin - resistant *S.aureus* (MRSA)

#### 13.1.2 Antifungal preparations

1.	Benzoic acid + Salicylic acid (Whitfield's ointment)	oint, oint (hosp)	ก
2.	Sodium thiosulfate	sol, sol (hosp)	ก
3.	Clotrimazole	cream	ก
4.	Ketoconazole	cream	ก

#### 13.1.3 Parasitidal preparations

1.	Benzyl benzoate	emulsion/lotion (เฉพาะ 25%)	ก
----	-----------------	-----------------------------	---

2.	Permethrin ยากำพรั้ว เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาเหา	cream, lotion (เฉพาะ1%)	ก
3.	Permethrin ยากำพรั้ว เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาหิด และโลน	cream, lotion (เฉพาะ5%)	ก
4.	Sulfur (Sulphur)	oint	ก
5.	Ivermectin ยากำพรั้ว เงื่อนไข ใช้สำหรับรักษาหิด ที่ใช้ยาทาไม่ได้หรือไม่ได้ผล	tab	ข

### 13.2 Emollient and barrier preparations

1.	Aluminium acetate (Aluminium subacetate)	sol (hosp)	ก
2.	Mineral oil	oil (hosp)	ก
3.	Olive oil	oil	ก
4.	Urea	cream (hosp), oint (hosp)	ก
5.	White petrolatum	oint (hosp)	ก
6.	Zinc oxide	oint (hosp), paste (hosp)	ก
7.	Zinc sulfate	lotion (hosp)	ก

### 13.3 Topical antipruritics

1.	Calamine	lotion, lotion (hosp)	ก
----	----------	-----------------------	---

**หมายเหตุ**  
หากในสูตรตำรับยามี phenol เป็นส่วนประกอบ ต้องมีความเข้มข้นของ phenol ไม่เกิน 0.5 - 1%

2.	Menthol + Phenol + Camphor	ทุก topical dosage form (hosp)	ก
----	----------------------------	--------------------------------	---

### 13.4 Topical corticosteroids

ควรระมัดระวังการใช้ยาทาสเตียรอยด์ที่มีความแรงสูงและสูงมากในเด็กเล็ก และผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณรอบดวงตา ข้อพับต่างๆ เยื่อบุปาก ทวาร และอวัยวะเพศ เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มีผิวหนังบาง จึงอาจมีผลข้างเคียงต่อผิวหนังบริเวณที่ทายา และยาอาจถูกดูดซึมทำให้เกิดผลข้างเคียงที่เป็น systemic side-effect ได้

1.	Hydrocortisone acetate	cream	ก
2.	Prednisolone	cream	ก
3.	Betamethasone dipropionate	cream, oint	ก



4.	Betamethasone valerate	cream	ก
5.	Triamcinolone acetonide	cream, lotion	ก
6.	Clobetasol propionate	cream	ก
7.	Betamethasone valerate	lotion, sol	ข
8.	Desoximetasone (Desoxymethasone)	cream	ข
9.	Betamethasone dipropionate + Salicylic acid	oint (เฉพาะ 0.05%+3%)	ค

#### เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ chronic eczema
2. ใช้สำหรับโรคสะเก็ดเงิน (psoriasis)

10.	Clobetasol propionate	oint	ค
-----	-----------------------	------	---

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับโรคผิวหนังเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อยาอื่น เช่น โรคสะเก็ดเงินที่เล็บซึ่งเป็นบริเวณที่หนาและต้องใช้อาบน้ำที่เพิ่มการดูดซึมเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษา

11.	Clobetasol propionate	lotion	ง
-----	-----------------------	--------	---

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับโรคผิวหนังเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อยาอื่น

12.	Mometasone furoate	cream	ง
-----	--------------------	-------	---

#### เงื่อนไข

ใช้กรณีต้องใช้อาบน้ำเป็นเวลานาน

### 13.5 Other preparations for psoriasis (excluding topical corticosteroids)

1.	Coal tar	ทุก topical dosage form (hosp)	ก
2.	Salicylic acid	lotion (hosp) , oint (hosp) , paste (hosp)	ก
3.	Dithranol (Anthralin)	paste (hosp)	ก
4.	Methotrexate	tab (as base or sodium)	ข

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับสะเก็ดเงินชนิดปานกลางถึงรุนแรงที่ดื้อต่อยาอื่น

5.	Methoxsalen	tab, topical sol (paint)	ค
6.	Calcipotriol	oint	ง

## เงื่อนไข

ใช้ในกรณีที่ไม่ตอบสนองหรือเกิดผลข้างเคียงต่อ coal tar หรือ topical steroid

- |    |           |     |   |
|----|-----------|-----|---|
| 7. | Acitretin | cap | ง |
|----|-----------|-----|---|

## เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับสะเก็ดเงินชนิดปานกลางถึงรุนแรง ที่ไม่ตอบสนองต่อยาอื่นหรือมีข้อห้ามในการใช้ methotrexate
2. ใช้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านตจวิทยา สำหรับรักษาโรคผิวหนังเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั่วไป

## คำเตือนและข้อควรระวัง

ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และหลังจากหยุดยานี้แล้วให้คุมกำเนิดเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี

- |    |                           |               |   |
|----|---------------------------|---------------|---|
| 8. | Ciclosporin (Cyclosporin) | cap, oral sol | ง |
|----|---------------------------|---------------|---|

## เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับสะเก็ดเงินชนิดปานกลางถึงรุนแรง ที่ไม่ตอบสนองต่อยาอื่นหรือมีข้อห้ามในการใช้ methotrexate
2. ใช้สำหรับ atopic dermatitis ชนิดรุนแรง
3. ใช้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านตจวิทยา สำหรับรักษาโรคผิวหนังเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั่วไป

## 13.6 Preparations for warts and calluses

- |    |                                 |  |   |
|----|---------------------------------|--|---|
| 1. | Podophyllin (Podophyllum resin) | paint, paint (hosp)                      | ก |
| 2. | Salicylic acid                  | oint (hosp), paste (hosp)                | ก |
| 3. | Silver nitrate                  | sol (hosp), crystal (hosp), stick (hosp) | ก |
| 4. | Trichloroacetic acid            | sol (hosp)                               | ก |
| 5. | Salicylic acid + Lactic acid    | colloidal sol                            | ข |

## กลุ่มยา 14 Immunological products and vaccines

- |    |  |     |   |
|----|--|-----|---|
| 1. | Anti-D immunoglobulin, human<br>ยากำพร้า                                   | inj | ก |
| 2. | BCG vaccine (Bacillus Calmette-Guérin)                                     | inj | ก |
| 3. | Diphtheria antitoxin (DAT)<br>ยากำพร้า                                     | inj | ก |
| 4. | Diphtheria-Tetanus vaccine ทั้งชนิด DT (children type) และ dT (adult type) | inj | ก |
| 5. | Diphtheria-Tetanus-Pertussis vaccine<br>(whole cell) (DTPw)                | inj | ก |
| 6. | Diphtheria-Tetanus-Pertussis-Hepatitis B vaccine<br>(DTP-HB)               | inj | ก |

- |    |  |     |   |
|----|--|-----|---|
| 7. | Diphtheria-Tetanus-Pertussis-Hepatitis B-<br>Haemophilus influenzae type b vaccine<br>(DTP-HB-Hib) | inj | ก |
|----|--|-----|---|

**หมายเหตุ**

ราคายาวัคซีนรวม Diphtheria-Tetanus-Pertussis-Hepatitis B- Haemophilus influenzae type b vaccine ที่ต่อรองได้ได้สละไม่เกิน 47 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดขึ้นราคา 730 วัน นับจากวันที่ประกาศมีผลบังคับใช้ เงื่อนไขและรายละเอียดอื่นๆ ให้ดูตามแบบเสนอขายในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

- |    |   |     |   |
|----|---|-----|---|
| 8. | Hepatitis B vaccine (HB)  | inj | ก |
| 9. | Influenza vaccine ชนิดวัคซีนรวม 3 สายพันธุ์<br>(trivalent) ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดในแต่ละปี |     | ก |

**เงื่อนไข**

1. บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
  2. ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง คือ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเบาหวาน
  3. บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป
  4. หญิงมีครรภ์ อายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป
  5. เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี
  6. ผู้พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
  7. โรคธาลัสซีเมีย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ)
  8. ผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 100 กิโลกรัม หรือ ดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- |     |   |                     |      |
|-----|---|---------------------|------|
| 10. | Influenza vaccine ชนิด pandemic influenza<br>สายพันธุ์ตามองค์การอนามัยโลกกำหนดในแต่ละปี |                     | ก    |
| 11. | Measles-Mumps-Rubella vaccine (MMR)   | inj                 | ก    |
| 12. | Poliomyelitis vaccine, live attenuated (OPV)<br>ชนิด bivalent และ trivalent             | oral sol, oral susp | ก    |
| 13. | Inactivated polio vaccine (IPV)<br>(เฉพาะชนิดที่เป็นวัคซีนเดี่ยว)                       | inj                 | จ(1) |

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับโครงการกวาดล้างโปลิโอของประเทศไทย ตามนโยบายจากสุดท้ายของการกวาดล้างโปลิโอในระดับโลก พ.ศ. 2559-2563 ของกรมควบคุมโรค โดยมีวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้จ่ายตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด

- |     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|
| 14. | Rabies immunoglobulin, horse (ERIG)                             | inj | ก |
| 15. | Rabies vaccines<br>ยกเว้นชนิด human diploid cell vaccine (HDCV) | inj | ก |

## เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับ post-exposure protection
  2. ใช้สำหรับ pre-exposure protection ในประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง
- |  |     |   |
|--|-----|---|
| 16. Rubella vaccine  | inj | ก |
| 17. Tetanus antitoxin, horse   | inj | ก |
| 18. Tetanus vaccine (Tetanus toxoid)                                       | inj | ก |
| 19. Japanese encephalitis vaccine, inactivated<br>(inactivated JE vaccine) | inj | ก |

## หมายเหตุ

ใช้สำหรับผู้ที่มีข้อห้ามใช้ live attenuated Japanese encephalitis vaccine

- |  |     |   |
|--|-----|---|
| 20. Japanese encephalitis vaccine, live attenuated<br>(Live Attenuated JE vaccine) | inj | ก |
| 21. Rabies immunoglobulin, human (HRIG)  | inj | ข |

## เงื่อนไข

ใช้สำหรับผู้ที่ไม่แพ้ rabies immunoglobulin, horse (ERIG)

- |  |     |   |
|--|-----|---|
| 22. Tetanus antitoxin, human<br>Anti-tetanus immunoglobulin, human | inj | ข |
|--|-----|---|

## เงื่อนไข

ใช้สำหรับผู้ที่ไม่แพ้ tetanus antitoxin, horse

- |  |     |   |
|--|-----|---|
| 23. Hepatitis B immunoglobulin, human (HBIG) | inj | ค |
|--|-----|---|

## เงื่อนไข

ใช้ร่วมกับการฉีด Hepatitis B vaccine เฉพาะในกรณีดังต่อไปนี้

1. ทารกแรกเกิดที่มารดามี HBsAg เป็นบวก
2. เมื่อผิวหนังหรือเยื่อเมือกสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งที่มี HBsAg เป็นบวก เช่นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดอุบัติเหตุสัมผัสโรคจากการทำงานตามแนวปฏิบัติของสถานพยาบาลนั้น ๆ หรือผู้ที่ถูกข่มขืน
4. ป้องกันผู้ป่วยจากการกลับเป็นโรคตับอักเสบบีซ้ำหลังจากได้รับการเปลี่ยนตับแล้ว

## หมายเหตุ

ในทารกแรกเกิดซึ่งมารดามีอายุครรภ์ปกติ การให้วัคซีนภายใน 24 ชั่วโมง สามารถป้องกันการติดเชื้อได้มากอยู่แล้ว การให้ HBIG ไม่ทำให้การป้องกันสูงขึ้น

- |   |     |      |
|---|-----|------|
| 24. Human papillomavirus vaccine ชนิด 4 สายพันธุ์ | inj | จ(1) |
|---|-----|------|

## เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับโครงการขยายการให้บริการวัคซีนเอชพีวีในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของกรมควบคุมโรคและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้จ่ายตามที่กำหนดไว้ในโครงการ

2. เลือก 1 รายการ ระหว่างรายการที่ 24 หรือ 25 ที่จัดซื้อได้ถูกกว่า

- |  |     |      |
|--|-----|------|
| 25. Human papillomavirus vaccine<br>ชนิดที่มีสายพันธุ์ก่อโรคน้อยสายพันธุ์ที่ 16 และ 18 | inj | จ(1) |
|--|-----|------|

## เงื่อนไข

1. ใช้สำหรับโครงการขยายการให้บริการวัคซีนเอชพีวีในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของกรมควบคุมโรคและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้จ่ายตามที่กำหนดไว้ในโครงการ
2. เลือก 1 รายการ ระหว่างรายการที่ 24 หรือ 25 ที่จัดซื้อได้ถูกกว่า

## กลุ่มยา 15 Anaesthesia

### 15.1 General anaesthesia

#### 15.1.1 Intravenous anaesthetics

- |              |                  |   |
|--------------|------------------|---|
| 1. Etomidate | sterile emulsion | ค |
|--------------|------------------|---|

## เงื่อนไข

ใช้สำหรับนำสลบ (Induction of general anaesthesia) ในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านหัวใจและหลอดเลือด

- |   |                  |   |
|---|------------------|---|
| 2. Propofol                               | sterile emulsion | ค |
| 3. Thiopental sodium (Thiopentone sodium) | sterile pwdr     | ค |
| 4. Ketamine hydrochloride                 | sterile sol      | ง |

วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2

## เงื่อนไข

1. ใช้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อให้กับผู้ป่วยที่หาเส้นเลือดสำหรับให้น้ำเกลือไม่ได้
2. ใช้ในกรณีผู้ป่วยมีความดันเลือดต่ำ
3. ใช้ในการระงับความรู้สึกสำหรับการทำหัตถการที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ
4. ใช้เป็นยาเสริม (adjunct therapy) เพื่อระงับอาการปวดรุนแรง (intractable pain)

#### 15.1.2 Inhalational anaesthetics

- |                |                          |   |
|----------------|--------------------------|---|
| 1. Isoflurane  | Inhalation vapour liquid | ค |
| 2. Sevoflurane | Inhalation vapour liquid | ค |
| 3. Desflurane  | Inhalation vapour liquid | ง |

## เงื่อนไข

ใช้เป็นทางเลือกในการให้ยาระงับความรู้สึกในกรณีต่อไปนี้

1. โรคอ้วน (morbidly obese) ที่มีภาวะ obstructive sleep apnea (OSA) ร่วมด้วย
2. โรคอ้วน (morbidly obese) ที่มี Body Mass Index (BMI) ตั้งแต่ 35 kg/m<sup>2</sup> ขึ้นไป
3. การผ่าตัดซึ่งต้องการให้ผู้ป่วยตื่นเร็ว ได้แก่ ผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน การผ่าตัดที่ไม่ต้องรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
4. การผ่าตัดตมออง

#### 15.1.3 Muscle relaxants (Neuromuscular blocking drugs)

- |                           |             |   |
|---------------------------|-------------|---|
| 1. Atracurium besilate    | sterile sol | ค |
| 2. Cisatracurium besilate | sterile sol | ค |
| 3. Pancuronium bromide    | sterile sol | ค |

4.	Rocuronium bromide	sterile sol	ค
5.	Suxamethonium chloride (Succinylcholine chloride)	sterile pwdr, sterile sol	ค
6.	Vecuronium bromide	sterile pwdr	ค

#### 15.1.4 Sedative and analgesic peri-operative drugs

1.	Diazepam วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4	cap, tab, sterile sol	ก
2.	Fentanyl citrate ยาเสพติดให้โทษประเภท 2	sterile sol	ค
3.	Morphine sulfate ยาเสพติดให้โทษประเภท 2	sterile sol	ค
4.	Pethidine hydrochloride ยาเสพติดให้โทษประเภท 2	sterile sol	ค
5.	Midazolam hydrochloride วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2	sterile sol	ง

##### เงื่อนไข

1. ใช้เสริมยาระงับความรู้สึก
2. ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ คลายความวิตกกังวลทั้งในระยะ ก่อนระหว่างและหลังทำการผ่าตัด
3. ใช้ระงับชัก

6.	Midazolam maleate วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2	tab	ง
----	---	-----	---

##### เงื่อนไข

ใช้เตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (premedication) เท่านั้น

#### 15.1.5 Anticholinesterases and antimuscarinic drugs used in anaesthesia

1.	Atropine sulfate	sterile sol	ก
2.	Neostigmine methylsulfate	sterile sol	ก

##### เงื่อนไข

ใช้แก้ฤทธิ์ยาหย้อนกล้ามเนื้อ

##### เงื่อนไข

ใช้แก้ฤทธิ์ยาหย้อนกล้ามเนื้อ

- |    |                      |                              |   |
|----|----------------------|------------------------------|---|
| 3. | Edrophonium chloride | sterile sol (เฉพาะ 10 mg/ml) | ง |
|    | ยากำพรั้ว            |                              |   |

**เงื่อนไข**

ใช้วินิจฉัยโรค myasthenia gravis

- |    |                        |             |   |
|----|------------------------|-------------|---|
| 4. | Glycopyrronium bromide | sterile sol | ง |
|----|------------------------|-------------|---|

**เงื่อนไข**

- ใช้เป็นยาทางเลือกแทนยา atropine โดยใช้ร่วมกับยา neostigmine ในการแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาหัวใจเต้นเร็ว
- ใช้ลดเสมหะหรือน้ำลาย ในการดมยาสลบกรณีที่จะทำให้ผลการเกี่ยวกับทางเดินหายใจ
- ใช้ลดเสมหะในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end-of-life)

### 15.1.6 Drugs for malignant hyperthermia

- |    |                   |               |   |
|----|-------------------|---------------|---|
| 1. | Dantrolene sodium | sterile powdr | ง |
|    | ยากำพรั้ว         |               |   |

**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับ malignant hyperthermia

## 15.2 Local anaesthesia

- |    |   |  |   |
|----|---|--|---|
| 1. | Benzocaine                              | gel, oint  | ก |
| 2. | Lidocaine hydrochloride                 | gel, oint, spray, sterile sol, sterile sol (dental cartridge), viscous sol | ก |
| 3. | Lidocaine + Prilocaine                  | cream  | ก |
| 4. | Lidocaine hydrochloride + Epinephrine   | sterile sol , sterile sol (dental cartridge)                               | ก |
| 5. | Mepivacaine hydrochloride               | sterile sol (dental cartridge)   | ก |
| 6. | Mepivacaine hydrochloride + Epinephrine | sterile sol (dental cartridge)   | ก |
| 7. | Bupivacaine hydrochloride               | sterile sol  | ข |

**คำเตือนและข้อควรระวัง**

อาจทำให้เกิดพิษต่อหัวใจ

**หมายเหตุ**

ใช้ในกรณี local infiltration

- |    |  |             |   |
|----|--|-------------|---|
| 8. | Bupivacaine hydrochloride with/without glucose | sterile sol | ค |
|----|--|-------------|---|

**คำเตือนและข้อควรระวัง**

อาจทำให้เกิดพิษต่อหัวใจ

9.	Lidocaine hydrochloride + Epinephrine	sterile sol	ค
	<b>หมายเหตุ</b> ใช้ในกรณี regional anaesthesia		

## กลุ่มยา 16 Antidotes

ยาในกลุ่มนี้หลายชนิดไม่ปรากฏเป็นยาในบัญชีนี้ เนื่องจากเป็นยากำพร้า (orphan drugs) ที่มีปัญหาการจัดการจัดหา และไม่มีทะเบียนตำรับยา แต่ควรส่งเสริมให้มีการจัดหามาใช้และควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้

หมายเลขโทรศัพท์ของศูนย์พิษวิทยา เช่น ศูนย์พิษวิทยา ร.พ.รามาธิบดี โทร.1367 ศูนย์พิษวิทยา ร.พ.ศิริราช โทร.0 2419 7007

1.	Acetylcysteine (N-acetylcysteine)	sterile sol	ก
	<b>เงื่อนไข</b> ใช้แก้พิษจากการได้รับ paracetamol เกินขนาด		
2.	Antivenom sera	inj	ก
	- งูเห่า - งูจงอาง - งูสามเหลี่ยม - งูเขียวหางไหม้ - งูแมวเซา - งูกะปะ - งูทับสมิงคลา		
3.	Polyvalent antivenom for hematotoxin	inj	ก
	<b>เงื่อนไข</b> ใช้แก้พิษต่อระบบเลือดในรายที่ถูกงูไม่ทราบชนิดกัด		
4.	Polyvalent antivenom for neurotoxin	inj	ก
	<b>เงื่อนไข</b> ใช้แก้พิษต่อระบบประสาทในรายที่ถูกงูไม่ทราบชนิดกัด		
5.	Atropine sulfate	sterile sol	ก
	<b>เงื่อนไข</b> ใช้ต้านพิษ cholinesterase inhibitors (เช่น organophosphates, carbamates) และภาวะ cholinergic crisis		
6.	Benzatropine mesilate	sterile sol	ก
	(Benztropine mesylate)		
	<b>เงื่อนไข</b> ใช้บำบัดภาวะ dystonia เนื่องจากยา		
7.	Calcium gluconate	sterile sol	ก



### เงื่อนไข

ใช้บำบัดพิษจาก hydrofluoric acid และ calcium channel blockers

### หมายเหตุ

ให้ฉีดเข้าเส้นเลือดอย่างช้าๆ การฉีดเร็วอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

- |    |                     |       |   |
|----|---------------------|-------|---|
| 8. | Charcoal, activated | powdr | ก |
|----|---------------------|-------|---|

### เงื่อนไข

ใช้ดูดซับสารพิษทั่วไป

- |    |          |             |   |
|----|----------|-------------|---|
| 9. | Diazepam | sterile sol | ก |
|----|----------|-------------|---|

วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4

### เงื่อนไข

ใช้บำบัดอาการชักจากยา หรือสารพิษ

- |     |                               |                  |   |
|-----|-------------------------------|------------------|---|
| 10. | Diphenhydramine hydrochloride | cap, sterile sol | ก |
|-----|-------------------------------|------------------|---|

ยากำพรั้ว

### เงื่อนไข

ใช้บำบัดภาวะ dystonia จากยา

- |     |         |                                 |   |
|-----|---------|---------------------------------|---|
| 11. | Ethanol | sterile sol, sterile sol (hosp) | ก |
|-----|---------|---------------------------------|---|

ยากำพรั้วเฉพาะรูปแบบ sterile sol

### เงื่อนไข

ใช้บำบัดพิษเฉียบพลันจาก methanol และ ethylene glycol

- |     |                                      |                                |   |
|-----|--------------------------------------|--------------------------------|---|
| 12. | Macrogols (Polyethylene glycol, PEG) | oral powdr , oral powdr (hosp) | ก |
|-----|--------------------------------------|--------------------------------|---|

with electrolytes

### เงื่อนไข

ใช้ทำหัตถการล้างกระเพาะและลำไส้ (whole bowel irrigation) กรณีได้รับสารพิษ หรือล้างผิวหนังกรณีสัมผัส phenol

- |     |                        |             |   |
|-----|------------------------|-------------|---|
| 13. | Naloxone hydrochloride | sterile sol | ก |
|-----|------------------------|-------------|---|

### เงื่อนไข

1. ใช้บำบัดอาการพิษเฉียบพลันจากสารกลุ่ม opioids และ clonidine
2. ใช้บำบัดภาวะกวดการหายใจที่ไม่ทราบสาเหตุ

- |     |                              |               |   |
|-----|------------------------------|---------------|---|
| 14. | Pralidoxime chloride (2-PAM) | sterile powdr | ก |
|-----|------------------------------|---------------|---|

### เงื่อนไข

ใช้บำบัดพิษเฉียบพลันจาก organophosphates





## เงื่อนไข

ใช้บำบัด methaemoglobinaemia

## คำเตือนและข้อควรระวัง

ควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยภาวะการทำงานของไตบกพร่องขั้นรุนแรง และในผู้ป่วยขาดเอนไซม์ G6PD

- |                                    |  |   |
|------------------------------------|--|---|
| 31. Norepinephrine (Noradrenaline) | sterile sol (as bitartrate or hydrochloride) | ง |
|------------------------------------|--|---|

## เงื่อนไข

ใช้บำบัดภาวะความดันเลือดตกเนื่องจากยา เช่น ยากลุ่ม beta-blockers, calcium channel blockers และ theophylline เป็นต้น

- |   |                           |   |
|---|---------------------------|---|
| 32. Phenobarbital sodium<br>(Phenobarbitone sodium) | sterile pwdr, sterile sol | ง |
|---|---------------------------|---|

วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4

## เงื่อนไข

ใช้บำบัดอาการชักจากยา

- |                          |     |   |
|--------------------------|-----|---|
| 33. Succimer<br>ยากำพร้า | cap | ง |
|--------------------------|-----|---|

## เงื่อนไข

ใช้บำบัดพิษจากตะกั่ว

## กลุ่มยา 17 Contrast media and Radiopharmaceuticals

### 17.1 X - ray contrast media, iodinated

#### 17.1.1 Drugs used in urography and computed tomography

- |              |   |   |
|--------------|---|---|
| 1. Iopromide | sterile sol (เฉพาะ 300 mg/ml as iodine), (50 ml, 100 ml)<br>sterile sol (เฉพาะ 370 mg/ml as iodine), (100 ml) | ง |
|--------------|---|---|

## เงื่อนไข

ใช้สำหรับ urography และ computed tomography (CT)

## หมายเหตุ

ขนาด 300 mg/ml ใช้กับเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ชนิด multi-slice CT ส่วน 370 mg/ml ใช้กับชนิด single-slice CT และการตรวจหลอดเลือดด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography angiography; CTA)

### 17.1.2 Drugs used in angiography

- |    |           |   |   |
|----|-----------|---|---|
| 1. | lopamidol | sterile sol (เฉพาะ 300 mg/ml as iodine), (100 ml) | ง |
|----|-----------|---|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ interventional neuroradiology

- |    |           |   |   |
|----|-----------|---|---|
| 2. | lopromide | sterile sol (เฉพาะ 300 และ 370 mg/ml as iodine), (100 ml) | ง |
|----|-----------|---|---|

#### เงื่อนไข

- ขนาด 300 mg/ml as iodine ใช้สำหรับ diagnostic angiography และ body interventional radiology
- ขนาด 370 mg/ml as iodine ใช้สำหรับ body interventional radiology

### 17.1.3 Drugs used in myelography

- |    |           |  |   |
|----|-----------|--|---|
| 1. | lopamidol | sterile sol (เฉพาะ 300 mg/ml as iodine), (10 ml) | ง |
|----|-----------|--|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ myelography

### 17.1.4 Drugs used in cardiovascular catheterization

- |    |           |  |   |
|----|-----------|--|---|
| 1. | lopromide | sterile sol (เฉพาะ 300 และ 370 mg/ml as iodine), (50 ml, 100 ml) | ง |
|----|-----------|--|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ cardiovascular catheterization เฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

### 17.1.5 Drugs used in Intracavitary, Hysterosalpingography (HSG), Urethrography, Voiding cysto-urethrography

- |    |  |  |   |
|----|--|--|---|
| 1. | Meglumine ioxitalamate + Sodium ioxitalamate | sterile sol (เฉพาะ 350 mg/ml as iodine), (50 ml, 100 ml) | ง |
|----|--|--|---|

#### เงื่อนไข

ใช้สำหรับ intracavitary, hysterosalpingography (HSG), urethrography, voiding cysto-urethrography

### 17.2 X - ray contrast media, non – iodinated

- |    |                |                     |   |
|----|----------------|---------------------|---|
| 1. | Barium sulfate | powdr for oral susp | ก |
|----|----------------|---------------------|---|

#### หมายเหตุ

ต้องเป็น Barium sulfate ที่บริสุทธิ์และใช้ในทางการแพทย์สำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคเท่านั้น

### 17.3 Contrast media for magnetic resonance imaging (MRI diagnostic agents)

- |                            |  |   |
|----------------------------|--|---|
| 1. Meglumine gadopentetate | sterile sol (เฉพาะ 469 mg/ml of gadopentetic acid), (10 ml, 15 ml) | ง |
|----------------------------|--|---|

## เงื่อนไข

ใช้สำหรับ MRI

## หมายเหตุ

ใช้สำหรับ creatinine clearance (GFR) มากกว่า 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>

- |                         |   |   |
|-------------------------|---|---|
| 2. Meglumine gadoterate | sterile sol (เฉพาะ 377 mg/ml of gadoteric acid), (10 ml, 15 ml) | ง |
|-------------------------|---|---|

เงื่อนไข

ใช้สำหรับ MRI

## หมายเหตุ

ใช้สำหรับ creatinine clearance (GFR) อยู่ระหว่าง 30 - 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>

## 17.4 Radiopharmaceuticals

- |                   |                            |   |
|-------------------|----------------------------|---|
| 1. Tc-99m dextran | sterile sol for inj (hosp) | 3 |
|-------------------|----------------------------|---|

## เงื่อนไข

ใช้เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคการอุดตันของระบบทางเดินน้ำเหลือง (lymphatic obstruction)

- |    |  |  |   |
|----|--|--|---|
| 2. | Tc-99m diethylene triamine penta<br>acetic acid (DTPA) | sterile sol for inj (hosp),<br>aerosol for inhalation (hosp) | 4 |
|----|--|--|---|

## เงื่อนไข

1. ใช้เพื่อกำหนดค่า glomerular filtration rate (GFR)
2. ใช้เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคทางเดินหายใจ (ventilation lung scan)

- |  |                            |   |
|--|----------------------------|---|
| 3. Tc-99m dimercaptosuccinic acid (DMSA) | sterile sol for inj (hosp) | 9 |
|--|----------------------------|---|

## เงื่อนไข

1. ใช้เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคการอักเสบและแผลเป็นของเนื้อไต
2. ใช้ประเมินการทำงานของไต

- |    |   |                            |   |
|----|---|----------------------------|---|
| 4. | Tc-99m dimercaptosuccinic acid V (DMSA [V]) | sterile sol for inj (hosp) | 9 |
|----|---|----------------------------|---|

## เงื่อนไข

ใช้เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรค medullary thyroid cancer

- |                                    |                            |   |
|------------------------------------|----------------------------|---|
| 5. Tc-99m iminodiacetic acid (IDA) | sterile sol for inj (hosp) | 9 |
|------------------------------------|----------------------------|---|

เงื่อนไข

ใช้เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคทางเดินน้ำดี

6. Tc-99m methylene diphosphonate (MDP) sterile sol for inj (hosp) ง

#### เงื่อนไข

ใช้เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคกระดูกและข้อ

7. Tc-99m phytrate sterile sol for inj (hosp) ง

#### เงื่อนไข

1. ใช้เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคตับและม้าม
2. ใช้เพื่อตรวจวินิจฉัยการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร
3. ใช้เพื่อการวินิจฉัย
  - 3.1 ภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน
  - 3.2 ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร (gastrointestinal bleeding)

8. Tc-99m sulfur colloid sterile sol for inj (hosp) ง

#### เงื่อนไข

1. ใช้เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรค reticuloendothelial system
2. ใช้เพื่อตรวจวินิจฉัยการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร
3. ใช้เพื่อการวินิจฉัยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร (gastrointestinal bleeding)

#### หมายเหตุ อักษรย่อ

cap	=	capsule	mixt	=	mixture
COPD	=	chronic obstructive pulmonary disease	mg	=	milligram
DPI	=	dry powder inhaler	ml	=	milliliter
EC	=	enteric coated	mmol	=	millimole
g	=	gram	mOsm	=	milliosmole
GnRH	=	gonadotrophin-releasing hormone	oint	=	ointment
hosp	=	hospital formulary (เภสัชตำรับโรงพยาบาล)	pwdr	=	powder
inj	=	injection	sol	=	solution
IM	=	intramuscular	SR	=	ยาออกฤทธิ์นาน
IU	=	International unit	supp	=	suppository
mcg	=	microgram	susp	=	suspension
MDI	=	metered dose inhaler	syr	=	syrup
mEq	=	milliequivalent	tab	=	tablet
			U	=	unit
			USP	=	United States Pharmacopeia

ภาคผนวก 2  
รายการยาเภสัชตำรับโรงพยาบาล (ที่เป็นยาแผนปัจจุบัน)

1. สูตรตำรับยาของเภสัชตำรับโรงพยาบาล

CREAMS		
<b>Betamethasone Dipropionate Cream (0.05%w/w of betamethasone)</b>		
	Betamethasone Dipropionate	0.0643 g
	(equivalent to Betamethasone 0.05 g)	
	Non-ionic Buffered Cream Base q.s.	100.00 g
Group :	13.4 Topical Corticosteroids	
<b>Betamethasone Valerate Cream (0.1%w/w of betamethasone)</b>		
	Betamethasone Valerate (equivalent to Betamethasone 0.1g)	0.1214 g
	Non-ionic Buffered Cream Base q.s.	100.00 g
Group :	13.4 Topical Corticosteroids	
<b>Hydrocortisone Acetate Cream (1%w/w of Hydrocortisone acetate)</b>		
	Hydrocortisone Acetate	1.00 g
	Non-ionic Buffered Cream Base q.s.	100.00 g
Group :	13.4 Topical Corticosteroids	
<b>Methyl Salicylate Cream Compound</b>		
	Methyl Salicylate	15.00 ml
	Menthol	6.00 g
	Eugenol	2.00 ml
	Cajuput Oil	1.20 ml
	Turpentine Oil	1.50 ml
	Cetyl Alcohol	1.75 g
	Stearyl Alcohol	1.75 g
	Glyceryl Stearate and PEG-100 Stearate mixture (Aracel <sup>®</sup> 165)	2.00 g
	White Beeswax (White Wax)	2.00 g
	Liquid Paraffin	2.00 ml
	Carbomer 940	0.80 g
	Propylene Glycol	5.00 ml
	Sodium Lauril Sulfate (Sodium Lauryl Sulfate)	1.00 g
	Triethanolamine q.s.	
	Preservatives q.s.	
	Purified Water q.s.	100.00 g
Group :	10.3 Drugs for the relief of soft-tissue inflammation	



---

**Prednisolone Cream**

Prednisolone	0.50 g
Non-ionic Buffered Cream Base q.s.	100.00 g

Group : 13.4 Topical Corticosteroids

---

**Sulfadiazine Silver (Silver Sulfadiazine) Cream**

Sulfadiazine Silver	1.00 g
Carbomer 940	0.30 g
Triethanolamine	0.30 ml
Propylene Glycol	2.50 ml
Cetyl Alcohol	7.00 g
Liquid Paraffin	23.50 ml
Polysorbate 80	6.50 ml
Wool Fat	1.00 g
Paraben Conc	1.00 ml
Purified Water q.s.	100.00 g

Group : 13.1.1 Antibacterial Preparations

---

**Triamcinolone Acetonide Cream**

Triamcinolone Acetonide	0.02 หรือ 0.10 g
Non-ionic Buffered Cream Base q.s.	100.00 g

Group : 13.4 Topical Corticosteroids

---

**Urea Cream**

Urea	5.00-40.00 g
Non-ionic Buffered Cream Base q.s.	100.00 g

Group : 13.2 Emollient and Barrier Preparations

---

---

**EAR DROPS**

---

**Sodium Bicarbonate Ear Drop**

Sodium Bicarbonate	5.00 g
Glycerol (Glycerin)	30.00 ml
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 12.1 Drugs Acting on the Ear

Note : ยานี้เมื่อเก็บที่อุณหภูมิ 15-25 องศาเซลเซียส จะมีอายุไม่เกิน 4 สัปดาห์  
หลังเตรียมยา

---

---

## ELIXIRS

---

### Potassium Chloride Elixir

Potassium Chloride	10.00 g
Ethyl Alcohol 95%	3.20 ml
Aspartame	0.03 g
Cream Soda	0.03 ml
Edicol Apple Green 1%	0.3 ml
Simple Syrup	50.00 ml
Paraben Conc	1.00 ml
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 9.2 Fluids and Electrolytes

Note : 15 ml ประกอบด้วย Potassium 20 mEq

---

## LOTIONS

---

### Benzyl Benzoate Lotion

Benzyl Benzoate	25.00 g
Emulsifying Wax B.P.	2.00 g
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 13.1.3 Parasiticial Preparations

---

### Calamine Lotion

Calamine, in fine powder	15.00 g
Zinc Oxide, in fine powder	5.00 g
Bentonite	3.00 g
Sodium Citrate	0.50 g
Glycerol (Glycerin)	5.00 ml
Flavouring Agent q.s.	
Purified Water q.s.	100.00 ml
ในตำรับอาจเพิ่ม	
Liquified Phenol	0.50 g
Camphor	0.10 g
Menthol	0.10 g

Group : 13.3 Topical Antipruritics

---

### Salicylic Acid Lotion

Salicylic Acid	3.00 g
Ethyl Alcohol 95%	25.00 ml
Purified Water	25.00 ml

	Propylene Glycol q.s.	100.00 ml
Group :	Other Preparations for Psoriasis (excluding Topical Corticosteroids)	
Note :	อาจเติม Lactic acid, Urea อย่างละ 1 % และยานี้จะมีอายุไม่เกิน 4 สัปดาห์ หลังเตรียมยา	

---

#### Triamcinolone Acetonide Lotion

	Triamcinolone Acetonide	0.10 g
	Lactic Acid	10.00 ml
	Acetone	1.00 ml
	Ethyl Alcohol 95%	5.00 ml
	Propylene Glycol	50.00 ml
	Paraben Conc	1.00 ml
	Purified Water q.s.	100.00 ml
Group :	13.4 Topical Corticosteroids	

---

#### Zinc Sulfate Lotion

Synonyms :	White Lotion	
	Zinc Sulfate	4.00 g
	Sulfurated Potash	4.00 g
	Purified Water q.s.	100.00 ml
Group :	13.2 Emollient and Barrier Preparations	
Note :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เชย่ําขวดก่อนใช้</li> <li>- ยานี้เมื่อเก็บที่อุณหภูมิ 15-25 องศาเซลเซียส จะมีอายุไม่เกิน 4 สัปดาห์ หลังเตรียมยา</li> </ul>	

---

### MIXTURES

---

#### Ammonium Carbonate and Senega Mixture

	Ammonium Carbonate	0.80 g
	Ipecacuanha Tincture	2.00 ml
	Senega Tincture	6.66 ml
	Methyl Hydroxybenzoate (Methylparaben)	0.10 g
	Propyl Hydroxybenzoate (Propylparaben)	0.02 g
	Purified Water q.s.	100.00 ml
Group :	3.6.2 Expectorant and Demulcent Cough Preparations	
Note :	ก่อนจ่ายยาให้เจือจางด้วยน้ำเชื่อมในอัตราส่วน 1 : 1	

---

#### Compound Cardamom Mixture

Synonyms : Compound Cardamom Mixture ; Mist Carminative

Compound Cardamom Tincture	1.20 ml
Capsicum Tincture (Capsic Tincture)	0.40 ml
Ginger Tincture	0.80 ml
Camphor	0.20 ml
Ethyl Alcohol 95%	13.45 ml
Purified Water q.s.	100.00 ml
Group :	1.1 Antacids and Other Drugs for Dyspepsia

---

### Magnesium Sulfate Mixture

Synonyms : Mist. Alba ; White Mixture

Magnesium Sulfate	40.00 g
Light Magnesium Carbonate	5.00 g
Peppermint Spirit	2.50 ml
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 1.6 Laxatives

Note : - ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคไตและตับ  
 - ยานี้เมื่อเก็บที่อุณหภูมิ 15-25 องศาเซลเซียส จะมีอายุไม่เกิน 4 สัปดาห์  
 หลังเตรียมยา

---

### Opium and Glycyrrhiza Mixture Compound

Synonyms : Brown Mixture ; Mist. Tussis

Glycyrrhiza Fluidextract	12.00 ml
Antimony Potassium Tartrate	24.00 mg
Camphorated Opium Tincture	12.00 ml
Glycerol (Glycerin)	12.00 ml
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 3.6.1 Cough Suppressants

---

### Squill and Ammonia Mixture

Ammonium Carbonate	2.00 g
Squill Tincture	3.40 ml
Camphorated Opium Tincture	13.33 ml
Senega Tincture	12.00 ml
Syrup	6.70 ml
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 3.6.1 Cough Suppressants

---

## NASAL DROPS

---

---

### Ephedrine Hydrochloride Nasal Drop

Ephedrine Hydrochloride	0.50-3.00 g
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 12.2.2 Topical Nasal Decongestants

Note : ยานี้เมื่อเก็บที่อุณหภูมิ 15-25 องศาเซลเซียส จะมีอายุไม่เกิน 4 สัปดาห์  
หลังเตรียมยา

---

## OINTMENTS

---

### Benzoic Acid and Salicylic Acid Ointment

Synonyms : Whitfield's Ointment

Benzoic Acid, fine powder	6.00 g
Salicylic Acid, in fine powder	3.00 g
Hydrophilic Ointment Base q.s.	100.00 g

Group : 13.1.2 Antifungal Preparations

---

### Coal Tar Ointment

Coal Tar	3.00-5.00 g
Polysorbate 80	0.50 g
Hydrophilic Ointment Base q.s.	100.00 g

Group : Other Preparations for Psoriasis (Excluding Topical Corticosteroids)

---

### Dithranol (Anthralin) Ointment

Dithranol	0.10-1.00 g
Lassar's Paste q.s.	100.00 g

#### Lassar's Paste

Zinc Oxide	24.00 g
Corn Starch	24.00 g
Salicylic Acid	1.00 g
White Soft Paraffin	50.00 g

Group : Other Preparations for Psoriasis (Excluding Topical Corticosteroids)

---

### Methyl Salicylate Ointment Compound

Synonyms : Analgesic Balm

Methyl Salicylate	25.00 ml
Hard Paraffin	15.20 g
White Beeswax (White Wax)	7.00 g

	White Vaseline	33.00 g
	Menthol	10.00 g
	Camphor	5.00 g
	Peppermint Oil	0.45 g
	Eucalyptus Oil	2.75 g
	Clove Oil	0.10 g
	Capsicum Tincture (Capsic Tincture)	1.50 g
Group :	10.3 Drugs for the relief of soft-tissue inflammation	

---

### Nitrofur (Nitrofurazone) Ointment

Synonyms : Nitrofurazone Soluble Dressing

	Nitrofurazone	0.20 g
	Polyethylene Glycol 400	66.60 ml
	Polyethylene Glycol 4000	33.30 g
Group :	5.6 Antiseptics	

---

### Salicylic Acid Ointment

	Salicylic Acid	3.00-5.00 g
	Hydrophilic Ointment Base q.s.	100.00 g
Group :	13.6 Preparations for Warts and Calluses	

---

### Sulfur (Sulphur) Ointment

	Precipitated Sulfur	6.00-10.00 g
	Luquid paraffin (Mineral Oil)	10.00 ml
	White Ointment q.s.	100.00 g

#### White Ointment

	White Beeswax (White Wax)	5.00 g
	White Soft Paraffin	95.00 g
Group :	13.1.3 Parasiticial Preparations	

---

### Urea Ointment

	Urea	20.00-40.00 g
	Hydrophilic Ointment Base q.s.	100.00 g
Group :	13.2 Emollient and Barrier Preparations	

---

---

## PAINTS

---

### Iodine Paint, Compound

Synonyms : Mandl's Paint

Iodine	1.25 g
Potassium Iodide	2.50 g
Purified Water	2.50 ml
Peppermint Oil	0.40 ml
Glycerol (Glycerin) q.s.	100.00 ml

Group : 12.3.1 Oropharyngeal Antiseptics

---

### Podophyllin Paint (Podophyllum Resin)

Synonyms : Podophyllin Paint, Compound

Podophyllum Resin	10.00-25.00 g
Compound Benzoin Tincture q.s.	100.00 ml

Group : 13.6 Preparations for Warts and Calluses

---

## PASTES

---

### Salicylic Acid Paste

Salicylic Acid	3.40 g
Glycerol (Glycerin)	5.00 g
Zinc Oxide, fine powder	25.00 g
Starch	25.00 g
White Soft Paraffin q.s.	100.00 g

Group : 13.6 Preparations for Warts and Calluses

---

### Zinc Oxide Paste

Zinc Oxide , fine powder	25.00 g
Starch , fine powder	25.00 g
White Soft Paraffin q.s.	100.00 g

Group : 13.2 Emollient and Barrier Preparations

---

---

## POWDERS

---

### Macrogol Oral Powder

Synonyms : Polyethylene Glycol ; PEG Lavage

Polyethylene Glycol 4000	5.50 g
--------------------------	--------

	Potassium Chloride	0.07 g
	Sodium Chloride	0.15 g
	Sodium Bicarbonate	0.17 g
	Sodium Sulfate	0.57 g
Group :	1.6 Laxatives	
Note :	ผสมน้ำ 100 ml	

---

### Oral Rehydration Salts

Synonyms : O.R.S.

	Sodium Chloride	2.60 g
	Trisodium Citrate Dihydrate	2.90 g
	Potassium Chloride	1.50 g
	Glucose	13.50 g
Group :	1.4 Drugs Used in Acute Diarrhoea	
Note :	เป็นสูตรเตรียมผงเกลือแร่สำหรับผสมน้ำ 1 ลิตร เมื่อผสมน้ำ 1 ลิตรแล้วจะมี Glucose 75 mEq, Sodium 75 mEq (mmol), Chloride 65 mEq (mmol), Potassium 20 mEq (mmol), Citrate 10 mEq (mmol), Osmolarity 245 mOsm	

---

## SCRUBS

---

### Povidone-Iodine Scrub

	Povidone-iodine	7.50 g
	Sodium Lauril Sulfate (Sodium Lauryl Sulfate) (LZV)	20.00 g
	Cocamide DEA	3.00 ml
	Isopropyl Myristate	0.75 ml
	Propylene Glycol	1.50 ml
	Sodium Chloride	0.25 g
	Preservative q.s.	
	Citric Acid q.s. to pH 4.5-5.0	
	EDTA	0.075 g
	Purified Water q.s.	100.00 ml
Group :	5.6 Antiseptics	

---

## SHAMPOOS

---

### Tar Shampoo

Coal Tar Solution	5.00 ml
-------------------	---------



Shampoo Base q.s.	100.00 ml
-------------------	-----------

### Shampoo Base

Sodium Lauryl Ether Sulfate	20.00 gm
Sodium Lauril Sulfate (Sodium Lauryl Sulfate) Needle	20.00 gm
EDTA	0.10 gm
Polysorbate 80	1.00 ml
Cocamidopropyl Betaine	4.00 ml
Cocamide diethanolamide (Cocamide DEA)	4.00 ml
Polyethylene Glycol 400	4.00 ml
Propylene Glycol	3.00 ml
Glycerol (Glycerin)	3.00 ml
Panthenol (D-panthenol)	0.20 ml
Sodium Chloride	2.00 gm
Methyl Hydroxybenzoate (Methylparaben)	0.10 gm
Propyl Hydroxybenzoate (Propylparaben)	0.02 gm
Citric Acid q.s. to pH 4.5-5.5	
Deionized Water q.s.	100.00 ml

Group : 13.5 Other Preparations for Psoriasis (Excluding Topical Corticosteroids)

Note : อาจเติม Salicylic Acid 3.0% ได้

## SOLUTIONS

### Aluminium Acetate Solution

Synonyms : Burow's Solution

Aluminium Subacetate Solution	54.50 ml
Glacial Acetic Acid	1.50 ml
Purified Water q.s.	100.00 ml

### Aluminium Subacetate Solution

Aluminium Sulfate	14.50 g
Acetic Acid	16.00 ml
Precipitated Calcium Carbonate	7.00 g
Purified Water q.s.	100.00 ml
ในตำรับอาจมี Boric Acid	0.90 g

Group : 13.2 Emollient and Barrier Preparations

Note : ก่อนใช้ให้เจือจางด้วยน้ำ 1:10 - 1:40

### Cloral Hydrate Oral Solution

Synonyms : Chloral Hydrate Oral Solution; Chloral Hydrate Mixture, Pediatric

Cloral Hydrate (Chloral hydrate)	10.00 g
----------------------------------	---------

	Citric Acid, Monohydrate	0.75 g
	Paraben Conc	1.00 ml
	Glycerol (Glycerin)	10.00 ml
	Purified Water	20.00 ml
	Color, Flavor q.s.	
	Simple Syrup q.s.	100.00 ml
Group :	4.1 Hypnotics and Anxiolytics	
Storage :	ควรใช้ภายใน 3 เดือน เมื่อเก็บยาที่อุณหภูมิห้อง	
Note :	ข้อห้ามใช้ 1. Hypersensitivity 2. Severe hepatic impairment 3. Severe renal impairment 4. gastritis	

---

#### Copper Sulfate Sterile Solution

	Copper (II) sulfate ( $\text{CuSO}_4 \cdot 5\text{H}_2\text{O}$ )	0.157 g
	Distilled Water q.s.	100.00 ml
Group :	9.5 Minerals	

---

#### Ethyl Alcohol Solution

Synonyms :	Ethyl Alcohol 70%	
	Ethyl Alcohol 95%	73.70 ml
	Purified Water q.s.	100.00 ml
Group :	5.6 Antiseptics	
Note :	ควรแต่งสีด้วย Brilliant Blue	

---

#### Glycerol Oral Solution

	Glycerol (Glycerin)	50.00 ml
	Peppermint Spirit, Color q.s.	
	Purified Water q.s.	100.00 ml
Group :	11.4 Drugs for Treatment of Glaucoma	

---

#### Intraperitoneal Dialysis Solution (Isotonic Solution) (1.5% Dextrose in Dialysis)

	Dextrose, anhydrous	15.00 g
	Sodium Chloride	5.56 g
	Sodium Acetate	4.49 g
	Calcium Chloride	0.257 g
	Magnesium Chloride	0.05-0.10 g
	Sodium Metabisulfite	0.01 g
	Water for Injection q.s.	1000.00 ml
Group :	9.2 Fluids and Electrolytes	

---

---

**Intraperitoneal Dialysis Solution (2.5% Dextrose in Dialysis)**

Anhydrous Dextrose	25.00 g
Sodium Chloride	5.56 g
Sodium Lactate	4.49 g
Calcium Chloride	0.257 g
Magnesium Chloride	0.05-0.10 g
Sodium Metabisulfite	0.01 g
Water for Injection q.s.	1000.00 ml

Group : 9.2 Fluids and Electrolytes

---

**Intraperitoneal Dialysis Solution (4.25% Dextrose in Dialysis)**

Anhydrous Dextrose	42.50 g
Sodium Chloride	5.56 g
Sodium Lactate	4.49 g
Calcium Chloride	0.257 g
Magnesium Chloride	0.05-0.10 g
Sodium Metabisulfite	0.01 g
Water for Injection q.s.	1000.00 ml

Group : 9.2 Fluids and Electrolytes

---

**Lugol's Solution**

Synonyms : Aqueous Iodine Oral Solution , Strong Iodine Solution

Iodine	5.00 g
Potassium Iodide	10.00 g
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 6.2.2 Antithyroid Drugs

---

**Magnesium Sulfate Solution**

Synonyms : Saturated Magnesium Sulfate Solution

Magnesium Sulfate	50.00 g
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 1.6 Laxatives

Note : ยานี้เมื่อเก็บที่อุณหภูมิ 15-25 องศาเซลเซียส จะมีอายุไม่เกิน 4 สัปดาห์  
หลังเตรียมยา

---

**Neutral Phosphate Oral Solution**

Dibasic Sodium Phosphate (Disodium Hydrogen Phosphate)	0.539 g
Potassium Dihydrogen Phosphate	1.30 g

	Monobasic Sodium Phosphate Dihydrate (Sodium Dihydrogen Phosphate Dihydrate)	0.297 g
	Glycerol (Glycerin)	5.00 ml
	Simple Syrup	40.00 ml
	Paraben Conc	1.00 ml
	Purified Water q.s.	100.00 ml
Group :	9.5 Minerals	
Note :	5 ml ประกอบด้วย Sodium, Potassium อย่างละ 0.475 mEq และ Phosphate 0.95 mEq	

---

#### Potassium Acetate Sterile Solution

	Potassium Acetate	2.95 g
	Water for Injection q.s	10.00 ml
Group :	9.2 Fluids and Electrolytes	
Note :	- 5 ml ประกอบด้วย Potassium 15 mEq - ควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ - ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่การทำงานของไตบกพร่องและมีอาการปัสสาวะน้อย ไม่มีปัสสาวะ ภาวะเลือดคั่งไนโตรเจน (Azotemia) Addison's Disease ภาวะที่มีโปแตสเซียมในเลือดสูง - ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับ Potassium-sparing Diuretics - ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำควรให้ช้า ๆ เพราะถ้าความเข้มข้นของโปแตสเซียมในเลือดสูง จะมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ภาวะ Peripheral และ Pulmonary Edema	

---

#### Potassium Citrate Oral Solution

	Potassium Citrate	6.60 g
	Orange Powder	0.005 g
	Paraben Conc	1.00 ml
	Purified Water q.s.	100.00 ml
Group :	7.4.3 Drugs Used in Alkalinisation of Urine และ 9.2 Fluids and Electrolytes	

---

#### Povidone-Iodine Solution

	Povidone-Iodine	10.00 g
	Propylene Glycol	0.25 ml
	Polyethylene Glycol 400	0.50 ml
	Dibasic Sodium Phosphate (Sodium Phosphate, Disodium Phosphate)	1.32 g
	Citric Acid	0.92 g
	Cetomacrogol 1000 หรือ Nonoxinol 9	0.02 g
	Purified Water q.s.	100.00 ml
Group :	5.6 Antiseptics	

Note : ยามี pH = 4-5

---

#### Saturated Solution of Potassium Iodide Oral Solution (SSKI)

Potassium Iodide	100.00 g
Sodium Thiosulfate	0.05 g
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 6.2.2 Antithyroid Drugs

---

#### Sodium Acetate Sterile Solution

Sodium Acetate	4.07 g
Water for Injection q.s	10.00 ml

Group : 9.2 Fluids and Electrolytes

Note : - 5 ml ประกอบด้วย Sodium 20 mEq  
- ใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตสูง การทำงานของไตบกพร่อง  
ภาวะ Peripheral และ Pulmonary Edema

---

#### Sodium Citrate and Citric Acid Oral Solution

Synonyms : Shohl's solution

Methyl Hydroxybenzoate (Methylparaben)	0.035 g
Propyl Hydroxybenzoate (Propylparaben)	0.025 g
Ethyl Alcohol 95%	1.50 ml
Sucrose	5.00 g
Sodium Citrate dihydrate	10.00 g
Citric Acid anhydrous	6.00 g
Lemon Oil q.s.	
Color q.s.	
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 7.4.3 Drugs Used in Alkalinisation of Urine

Note : 5 ml ประกอบด้วย Sodium 5 mEq ซึ่งให้ bicarbonate ประมาณ 5 mEq

---

#### Sodium Citrate and Potassium Citrate Oral Solution

Sodium Citrate	24.80 g
Potassium Citrate	27.20 g
Propylene Glycol	10.00 ml
Simple Syrup	20.00 ml
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 7.4.3 Drugs Used in Alkalinisation of Urine

Note : 5 ml ประกอบด้วย Sodium, Potassium อย่างละ 12.65 mEq

---

### Sodium Thiosulfate Solution

Sodium Thiosulfate	20.00 g
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 13.1.2 Antifungal Preparations

Note : ยานี้เมื่อเก็บที่อุณหภูมิ 15-25 องศาเซลเซียส จะมีอายุไม่เกิน 4 สัปดาห์  
หลังเตรียมยา

---

### Tincture of Iodine Solution (Iodine in Alcohol)

Synonyms : Weak Iodine Solution ; Iodine Tincture

Iodine	2.50 g
Potassium Iodine	2.50 g
Purified Water	2.50 ml
Ethyl Alcohol 95% q.s.	100.00 ml

Group : 5.6 Antiseptics

---

### Trace Element Solution (Oral Solution)

Zinc Sulfate ( $\text{ZnSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ )	5.719 g
Manganese sulfate ( $\text{MnSO}_4 \cdot \text{H}_2\text{O}$ )	0.923 g
Copper (II) sulfate pentahydrate ( $\text{CuSO}_4 \cdot 5\text{H}_2\text{O}$ )	0.707 g
Potassium Iodine (KI)	0.026 g
Chromic Trichloride ( $\text{CrCl}_3 \cdot 6\text{H}_2\text{O}$ )	0.012 g
Sodium Molybdate ( $\text{Na}_2\text{MoO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$ )	0.008 g
Cobalt (II) sulfate Heptahydrate ( $\text{CoSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ )	0.008 g
Distilled Water q.s.	1000.00 ml

Group : 9.5 Minerals

Note : Distilled Water ที่ใช้เตรียมยากลุ่ม Minerals ต้องปราศจาก Minerals

---

### Zinc Sulfate Sterile Solution

Zinc Sulfate ( $\text{ZnSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ )	0.44 g
Distilled Water q.s.	100.00 ml

Group : 9.5 Minerals

---

## SPIRITS

---

### Aromatic Ammonia Spirit

Ammonium Carbonate	3.20 g
Ammonia Solution 30%	3.50 ml
Lemon Oil	1.00 ml

	Lavender Oil	0.10 ml
	Ethyl Alcohol 95%	70.00 ml
	Purified Water q.s.	100.00 ml
Group :	3.8 Other respiratory preparations	

---

## SUSPENSIONS

---

### Aluminium Hydroxide and Magnesium Hydroxide Suspension

Synonyms : Alumina and Magnesia Oral Suspension

Aluminium Hydroxide Compressed Gel equivalent to Aluminium Oxide	3.56 g
Magnesium Hydroxide Paste equivalent to Magnesium Hydroxide	1.80 g
Sorbitol Solution 70%	10.00 ml
Syrup U.S.P.	5.00 ml
Paraben Conc	1.00 ml
Peppermint Oil q.s.	
Color q.s.	
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 1.1 Antacids and Other Drugs for Dyspepsia

Note : ให้มีส่วนประกอบ  $\text{Al}_2\text{O}_3 = 3.1\text{-}4.0\%$  w/w ,  $\text{Mg}(\text{OH})_2 = 1.4\text{-}2.2\%$  w/w

---

### Aluminium Hydroxide Suspension

Synonyms : Aluminium Hydroxide Gel ; Colloidal Aluminium Hydroxide ;  
Aluminium Hydroxide Mixture

Aluminium Hydroxide Paste equivalent to Aluminium Oxide	4.00 g
Glycerol (Glycerin)	9.33 ml
Sorbitol Solution	5.00 ml
Peppermint Oil	0.026 ml
Methyl Hydroxybenzoate (Methylparaben)	0.10 g
Propyl Hydroxybenzoate (Propylparaben)	0.02 g
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 1.1 Antacids and other drugs for dyspepsia และ 9.5 Minerals

Note : ปรับความหนืดด้วย Suspending Agent ตามความเหมาะสม

---

### Bentonite Magma Suspension

Synonyms : Bentonite Magma

Bentonite	7.00 g
Glycerol (Glycerin)	20.00 ml
Paraben Conc	1.00 ml
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 16. Antidotes

Note : ยานี้เมื่อเก็บที่อุณหภูมิ 15-25 องศาเซลเซียส จะมีอายุไม่เกิน 4 สัปดาห์  
หลังเตรียมยา

---

### Magnesium Hydroxide Suspension

Synonyms : Milk of Magnesia

Magnesium Hydroxide	7.50 g
Glycerol (Glycerin)	9.33 ml
Sorbitol Solution	5.00 ml
Peppermint oil	0.026 ml
Methyl Hydroxybenzoate (Methylparaben)	0.10 g
Propyl Hydroxybenzoate (Propylparaben)	0.02 g
Citric Acid	0.10 g
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 1.1 Antacids and Other Drugs for Dyspepsia , 1.6 Laxatives และ 9.5 Minerals

Note : ปรับความหนืดด้วย Suspending Agent ตามความเหมาะสม

---

### Mebendazole Suspension

Mebendazole	2.00 g
Carboxymethyl Cellulose Sodium (medium viscosity grade)	1.00 g
Citric Acid	0.30 g
Sorbitol Solution	10.00 ml
Syrup	12.00 ml
Paraben Conc	1.00 ml
Flavouring Agent q.s.	
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 5.5 Anthelmintics

Note : แต่งสีและกลิ่นได้ตามที่เห็นเหมาะสม

---

## SYRUPS

---

### Acetaminophen (Paracetamol) Syrup

Synonyms : Acetaminophen (Paracetamol) Syrup, Pediatric

Acetaminophen (Paracetamol)	24.00 g
Polyethylene Glycol 1500	75.00 g
Glycerol (Glycerin)	150.00 ml
EDTA	0.10 g



Methyl Hydroxybenzoate (Methylparaben)	1.00 g
Propyl Hydroxybenzoate (Propylparaben)	0.20 g
Syrup	400.00 ml
Sorbitol Solution 70%	100.00 ml
Citric Acid	0.30 g
Sodium Citrate	1.00 g
Sodium Chloride	0.20 g
Color, Flavor q.s.	
Purified Water q.s.	1,000.00 ml

Group : 4.6 Analgesics and Antipyretics

---

### Chlorpheniramine Maleate Syrup

Synonyms : Chlorpheniramine Syrup , Pediatric

Chlorpheniramine Maleate	0.04 g
Simple Syrup	40.00 ml
Sorbitol Solution	10.00 ml
Paraben Conc	1.00 ml
Color, Flavor q.s.	
Purified Water q.s.	100.00 ml
pH = 4 - 5	

Group : 3.4 Antihistamines

Note : เพิ่มความหนืด แต่งสีและกลิ่นได้ตามความเหมาะสม

---

### Ferrous Sulfate Drops

Ferrous Sulfate	12.50 g
Citric Acid	0.20 g
Paraben Conc	1.00 ml
Syrup q.s.	100.00 ml

Group : 9.5 Minerals

Storage : เก็บให้พ้นแสง ให้บรรจุในขวดสีชา

Note : 100 ml ประกอบด้วย ferrous ion 2.5 g

---

### Glyceryl Guaiacolate Syrup

Guaifenesin (Glyceryl Guaiacolate)	2.00 g
Citric Acid	0.80 g
Sodium Citrate	0.05 g
Sodium Chloride	0.50 g
Menthol	0.03 g
Paraben Conc	1.00 ml

Glycerol (Glycerin)	10.00 ml
Polyethylene Glycol 4000	10.00 g
Syrup	50.00 ml
Ethyl Alcohol 95%	0.03 ml
Color, Flavor q.s.	
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 3.6.2 Expectorant and Demulcent Cough Preparations

---

### Potassium Chloride Syrup

Potassium Chloride	10.00 g
Citric Acid	0.60 g
Aspartame	0.10 g
Menthol	0.01 g
Methyl Hydroxybenzoate (Methylparaben)	0.10 g
Propyl Hydroxybenzoate (Propylparaben)	0.02 g
Sorbitol Solution	20.00 ml
Purified Water	30.00 ml
Flavoring Agent q.s.	
Syrup q.s.	100.00 ml

Group : 9.2 Fluids and Electrolytes

Note : 15 ml ประกอบด้วย Potassium 20 mEq

---

## TINCTURES

---

### Thiomersal (Thimerosal) Tincture

Thiomersal (Thimerosal)	0.10 g
Ethyl Alcohol 95%	52.50 ml
Acetone	10.00 ml
Ethylenediamine	0.02 g
Monoethanolamine	0.10 g
Merbromin (Mercurochrome)	0.40 g
Purified Water q.s.	100.00 ml

Group : 5.6 Antiseptics

---

## DENTAL PREPARATIONS

---

### Artificial Saliva Solution (Saliva Substitutes)

Carboxymethyl Cellulose Sodium	0.30 g
Magnesium Sulfate	0.003 g
Potassium Chloride	0.06 g
Monobasic Sodium Phosphate Dihydrate	0.05 g

	(Sodium Dihydrogen Phosphate Dihydrate)	
	Glycerol (Glycerin)	2.00 ml
	Paraben Conc	1.00 ml
	Purified Water q.s.	100.00 ml
Group :	12.3.3 Other Dental Preparations	
Storage :	เก็บในภาชนะปิดสนิท ในตู้เย็น	

---

### Camphorated Parachlorophenol Solution

Synonyms :	Chlorocamphene	
	Camphor	21.00 g
	Parachlorophenol (4-Chlorophenol )	9.00 g
Group :	12.3.1 Oropharyngeal Antiseptics	
Storage :	เก็บในภาชนะปิดสนิท ป้องกันแสงแดด	
Note :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระคายเคืองผิวหนังและเนื้อเยื่อ</li> <li>- เตรียมยาตัวนี้ใน Hood ตลอดขั้นตอน และสวมถุงมือ</li> </ul>	

---

### Camphorated Phenol Solution

Synonyms :	Camphophenol	
	Phenol	30.00 g
	Camphor	60.00 g
	Liquid Paraffin q.s.	100.00 ml
Group :	12.3.1 Oropharyngeal Antiseptics	
Storage :	เก็บในภาชนะปิดสนิท ป้องกันแสงแดด	
Note :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระคายเคืองผิวหนังและเนื้อเยื่อ</li> <li>- เตรียมยาตัวนี้ใน Hood ตลอดขั้นตอน และสวมถุงมือ</li> </ul>	

---

### Carnoy's Solution

	Absolute Ethyl Alcohol	6.00 ml
	Chloroform	3.00 ml
	Glacial Acetic Acid	1.00 ml
	Ferric Chloride	1.00 g
Group :	12.3.3 Other Dental Preparations	
Storage :	เก็บในขวดแก้วสีชา ป้องกันแสงแดด	
Note :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่วนประกอบเป็นสารมีพิษ ต้องระมัดระวังในการใช้</li> <li>- สารระเหยของ Absolute Ethyl Alcohol เป็นสารไวไฟ</li> </ul>	

---

### EDTA Solution

	EDTA	14.30 g
	Cetrimide	0.083 g

	Sodium Hydroxide	1.00 g
	Distilled Water q.s.	100.00 ml
Group :	12.3.3 Other Dental Preparations	
Storage :	เก็บในภาชนะที่ไม่เป็นโลหะหนัก	
Note :	- ไม่ให้ใช้ที่ผิวฟัน (tooth surface) เพราะอาจทำให้ฟันสูญเสียแคลเซียม (Tooth Decalcification) - ให้เตรียมใช้ขณะนั้นเลย (Freshly Prepared) - ตำรับนี้ต้องระวังเกี่ยวกับน้ำที่ใช้ เพราะ EDTA เป็น Chealating Agent น้ำต้องบริสุทธิ์มาก ๆ	

---

#### Fluocinolone Acetonide Gel

	Fluocinolone Acetonide	0.18 g
	Ethyl Alcohol 95%	1.82 ml
	Propylene Glycol	45.45 ml
	Polyethylene Glycol 400	36.36 ml
	Paraben Conc	1.82 ml
	Carboxymethylcellulose 1500	4.36 g
	Glycerol (Glycerin)	14.55 ml
	Hot Water	100.00 ml
Group :	12.3.3 Other Dental Preparations	

---

#### Fluocinolone Acetonide Solution

	Fluocinolone Acetonide	0.18 g
	Ethyl Alcohol 95%	1.82 ml
	Propylene Glycol	45.45 ml
	Polyethylene Glycol 400	36.36 ml
	Paraben Conc	1.82 ml
	Carboxymethylcellulose 1500	0.91 g
	Glycerol (Glycerin)	3.64 ml
	Hot Water	100.00 ml
Group :	12.3.3 Other Dental Preparations	

---

#### Formaldehyde and Cresol Solution

Synonyms : Cresolated Formaldehyde; Formocresol

##### Formocresol Conc

Formaldehyde (Formalin) 37-38 %	19.00 ml
Cresol	35.00 ml
Glycerol (Glycerin)	25.00 ml
Steriled Water	21.00 ml

ให้เก็บ Formocresol Conc ในขวดแก้วสีชา ก่อนนำมาใช้ให้เจือจางก่อนด้วย Glycerol และ Water ใน อัตราส่วน Glycerol : Water : Formocresol Conc = 3:1:1 (240 ml : 80 ml : 80 ml)

Group : 12.3.1 Oropharyngeal Antiseptics

Storage : เก็บในภาชนะปิดสนิท ป้องกันแสงแดด

Note : - เตรียมยาใน Hood เนื่องจากมีส่วนประกอบของ Formaldehyde

- อันตรายของ Formaldehyde ไอรระเหยจะทำให้ระคายเคืองตา จมูก ระบบทางเดินหายใจและอาจทำให้เกิดการไอ กลืนลำบาก (Dysphagia) ทางเดินหายใจเกิดการหดเกร็งและบวม ปอดบวม หอบ หากสารละลายที่เข้มข้นสูงๆ ถูกผิวหนังทำให้ผิวหนังขาวและแข็งด้าน ทำให้เกิดผื่นแพ้สัมผัสและอาการแพ้

- Glycerol ช่วยป้องกันการเกิดตะกอนที่เกิดจาก Polymerization ของ Formaldehyde เป็น Solid Paraformaldehyde

---

### Talbot's Solution

Synonyms : Iodine and Zinc Iodide Glycerite

Zinc Iodide	4.00 g
Iodine, Crystal	3.00 g
Glycerol (Glycerin)	60.00 ml
Purified Water	40.00 ml

Group : 12.3.1 Oropharyngeal Antiseptics

Storage : เก็บในภาชนะที่ปิดสนิท ป้องกันแสงและควรเก็บในที่เย็นเพราะ Iodine เป็นสารระเหิด

---

### Whitehead's Varnish

Synonyms : Compound Paint of Iodoform BPC.

Benzoin, powder	10.00 g
Iodoform	10.00 g
Storax (Styrax prepared)	7.50 g
Tolu Balsam	5.00 g
Diethyl Ether	100.00 ml

Group : 12.3.3 Other Dental Preparations

Storage : เก็บในภาชนะปิดสนิท ป้องกันแสงแดด และเก็บในที่เย็น

---

### Zinc Oxide+ Zinc Acetate Powder

Synonyms : Compound Zinc Oxide Cavity Bases

Zinc Acetate	1.00 g
Zinc Oxide Powder q.s.	100.00 g

Group : 12.3.3 Other Dental Preparations

Storage : เก็บในภาชนะปิดสนิท

---

## 2. สูตรตำรับของสารช่วยในเภสัชตำรับโรงพยาบาล

---

### CREAM BASES

---

#### Non-ionic Buffered Cream Base

Cetostearyl Alcohol	10.00 g
Cetomacrogol 1000	3.00 g
White Soft Paraffin	10.00 g
Liquid Paraffin	10.00 g
Monobasic Sodium Phosphate (Sodium Dihydrogen Phosphate)	2.50 g
Citric Acid, Monohydrate	0.50 g
EDTA	0.01 g
Propylene Glycol	5.00 ml
Chlorocresol	0.15 g
Purified Water q.s.	100.00 g

Note : ยามี pH 5-6

---

### OINTMENT BASES

---

#### Hydrophilic Ointment Base

Stearyl Alcohol	25.00 g
White Soft Paraffin	25.00 g
Liquid Paraffin	10.00 g
Sodium Lauril Sulfate (Sodium Lauryl Sulfate)	1.00 g
Propylene Glycol	10.00 ml
Paraben Conc	1.00 ml
Purified Water q.s.	100.00 g

---

### PRESERVATIVES

---

#### Paraben Conc

Methyl Hydroxybenzoate (Methylparaben)	10.00 g
Propyl Hydroxybenzoate (Propylparaben)	2.00 g
Propylene Glycol q.s.	100.00 ml

---

## ภาคผนวก 3

### แนวทางกำกับการใช้ยา บัญชี จ(2)

#### แนวทางกำกับการใช้ยา Botulinum A toxin

##### ข้อบ่งใช้โรคคอบิด (cervical dystonia) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic)

#### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

ขออนุมัติการใช้ยา botulinum A toxin จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) เฉพาะครั้งแรกและครั้งที่สองของการสั่งใช้ยา โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

**หมายเหตุ** มีการอนุมัติ 2 ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจไม่ตอบสนองต่อการรักษา ดังนั้นหลังการอนุมัติครั้งแรกให้แพทย์ผู้รักษากำหนดทิศทางของการรักษา ยืนยันประโยชน์ของการรักษาด้วย botulinum A toxin ในผู้ป่วยนั้น เพื่อขออนุมัติการรักษาในครั้งถัดไป

#### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามทีระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

#### 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

3.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาประสาทวิทยาหรือเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

3.2 ในกรณีสถานพยาบาล ไม่มีแพทย์ตามข้อ 3.1 ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาสาขาอายุรศาสตร์ หรือสาขากุมารเวชศาสตร์ ที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้ยาดังกล่าวอย่างน้อย 2 คน

#### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา botulinum A toxin ในโรคคอบิดโดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคคอบิดชนิดไม่ทราบสาเหตุ ด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้

4.2.1 มีอาการบิดเกร็งของลำคอและใบหน้า ส่งผลให้ร่างกายส่วนนั้นมีรูปร่างที่ผิดปกติ

4.2.2 อาการค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ (มากกว่า 50%) มักมีอาการปวดร่วมด้วย โดยเฉพาะในส่วนของกล้ามเนื้อที่บิดเกร็งบริเวณลำคอ

4.2.3 อาการบิดเกร็งไม่จำเป็นต้องเกิดตลอดเวลา อาจเป็นเพียงบางเวลาในช่วงแรกๆ โดยทั่วไป อาการจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นในช่วง 5 ปีแรก จนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีลำคอบิดเกร็งตลอดเวลา

4.2.4 ไม่สามารถบังคับให้อาการเกร็งหายไปได้ แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีเทคนิคที่ทำให้อาการบิดเกร็งลดลงชั่วคราว ดังที่เรียกว่า sensory tricks เช่น ใช้มือแตะที่บริเวณคางหรือส่วนหลังของคอ

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

**หมายเหตุ** ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- 4.2.5 อาการบิดเกร็งอาจเกิดขึ้นได้ในหลายทิศทาง ที่พบบ่อยสุด คืออาการบิดเกร็งที่ทำให้ใบหน้าและคางบิดออกไปทางด้านข้าง ที่เรียกว่า torticollis แต่ผู้ป่วยอาจมีอาการบิดเกร็งของคอไปทางด้านหน้า ด้านหลัง หรืออาจเป็นในลักษณะผสมหลายๆ ลักษณะได้
- 4.2.6 ผู้ป่วยบางรายอาจมีการเคลื่อนไหวผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น อาการสั่นของใบหน้าและลำคอ
- 4.2.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 20 ปี
- หมายเหตุ โรคคอบิดที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคทางระบบประสาทอื่นๆ หรือจากยาบางชนิด จัดเป็นกลุ่มโรคคอบิดชนิดที่ทราบสาเหตุ (secondary cervical dystonia)
- 4.3 ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป ด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้
- 4.3.1 ระดับความรุนแรงน้อย ได้แก่ กลุ่มที่มีอาการบิดเกร็งน้อยกว่า 20 องศา ออกจากแกนกลางของร่างกาย มีอาการปวดไม่รุนแรง และมีอาการบิดเกร็งเพียงบางเวลา
- 4.3.2 ระดับความรุนแรงปานกลาง ได้แก่ กลุ่มที่มีอาการบิดเกร็งระหว่าง 20-50 องศา ออกจากแกนกลางของร่างกาย ร่วมกับมีอาการบิดเกร็งมากกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน และ/หรือมีอาการปวดที่มีความรุนแรงมากกว่า 5 จาก 10 (วัดด้วย visual analogue scale)
- 4.3.3 ระดับความรุนแรงมาก ได้แก่ กลุ่มที่มีอาการบิดเกร็งมากกว่า 50 องศา ออกจากแกนกลางของร่างกาย ที่เกิดขึ้นเกือบตลอดทั้งวัน ร่วมกับอาการปวดที่มีความรุนแรงมากกว่า 5 จาก 10 (วัดด้วย visual analogue scale)
- 4.4 ผู้ป่วยมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต
- 4.5 ให้การรักษาด้วยวิธีการอื่นแล้วไม่ได้ผล
- 4.6 อนุญาตให้ใช้ยาเฉพาะบริเวณลำคอเท่านั้น ไม่อนุญาตให้ใช้ยาในบริเวณอื่น เช่น ใบหน้า ปาก หรือ ลำตัว
- 4.7 มีการประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาในสองครั้งแรก เพื่อขออนุมัติการใช้ระยะยาว กล่าวคือ ภายหลัง 1 เดือนจากการให้ยาครั้งแรก ผู้ป่วยควรมีอาการดีขึ้นอย่างน้อย 30% ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนอง แพทย์อาจขออนุมัติให้ยาซ้ำอีก 1 ครั้ง ซึ่งถ้าไม่ตอบสนองหลังการใช้ยา 2 ครั้ง ให้หยุดการใช้ยา และพิจารณาการรักษาในแนวทางอื่นๆ เช่น การผ่าตัด
- 4.8 กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการอนุมัติการใช้ระยะยาวหลังจากผ่านเกณฑ์ในข้อ 4.6 แล้ว แต่ภายหลังพบว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ให้หยุดการใช้ยา และพิจารณาการรักษาในแนวทางอื่นๆ เช่น การผ่าตัด
- 4.9 ขนาดยา\*ต่อผู้ป่วย 1 ราย อนุมัติไม่เกิน 300 unit/ปี สำหรับยา Botox<sup>®</sup> และไม่เกิน 1,000 unit/ปี สำหรับยา Dysport<sup>®</sup>
- 4.10 กรอบแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำ\*และวิธีการให้ยา

ขนาดยาและความถี่ในการให้ยา

Botox<sup>®</sup> ขนาดยาเริ่มต้น 50-150 unit ต่อ 1 ครั้งการรักษา

Dysport<sup>®</sup> ขนาดยาเริ่มต้น 250-500 unit ต่อ 1 ครั้งการรักษา

หมายเหตุ

ฉีดยาห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน เนื่องจากการฉีดยาก่อน 3 เดือน จะเร่งให้เกิด antibody ทำให้การรักษาล้มเหลวได้ในอนาคต

\*ทั้งนี้ ได้พิจารณาขนาดยาดังกล่าวตามหลักฐานการวิจัยทางคลินิกที่เชื่อถือได้ของแต่ละผลิตภัณฑ์แล้ว

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยาโดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายบัญชี จ(2)



**แนวทางกำกับการใช้ยา Botulinum A toxin**  
**ข้อบ่งใช้โรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีก (hemifacial spasm) ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic)**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

ขออนุมัติการใช้ยา botulinum A toxin จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) เฉพาะครั้งแรก โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาประสาทวิทยา เวชศาสตร์ฟื้นฟูประสาทศัลยศาสตร์ หรือจักษุวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ยา botulinum A toxin ในโรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีก โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีกชนิดไม่ทราบสาเหตุ ด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้

4.2.1 มีอาการกระตุกขึ้นเอง เป็นๆ หายๆ ที่กล้ามเนื้อใบหน้าซึ่งเลี้ยงโดยเส้นประสาทใบหน้า (เส้นประสาทสมองที่ 7) ข้างหนึ่งข้างใดเพียงข้างเดียว ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเคลื่อนไหวด้วยกันของกล้ามเนื้อใบหน้า (facial synkinesia)

4.2.2 อาการค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มต้นกระตุกที่กล้ามเนื้อรอบตา (orbicularis oculi) ก่อน เมื่อเป็นมากขึ้น จะกระจายไปที่แก้มและกล้ามเนื้อรอบปาก (orbicularis oris)

4.2.3 การกระตุกเป็นแบบสั้น รวดเร็วเป็นแล้วหยุด ที่เรียก clonic spasm และเมื่อเป็นมากขึ้นอาจมีอาการกระตุกแล้วเกร็งค้าง ทำให้ตาปิดหรือปากเบี้ยวค้างเป็นเวลาหลายวินาที ที่เรียก tonic spasm หรือในระหว่างที่เกร็งค้างแบบ tonic มีการกระตุก clonic ขนาดเล็กๆ เกิดขึ้นไปพร้อมกัน ที่เรียก tonic-clonic spasm

4.2.4 ไม่สามารถบังคับให้กระตุกหรือหยุดกระตุกได้

4.2.5 โรคนี้มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.5 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-60 ปี โดยมักมีอายุเฉลี่ย 50-54 ปี

หมายเหตุ ผู้ป่วยโรคใบหน้ากระตุกครึ่งซีกที่มีรอยโรคที่ระบบประสาทส่วนปลาย หรือระบบประสาทส่วนกลาง จัดเป็นกลุ่มที่ทราบสาเหตุ (symptomatic hemifacial spasm)

4.3 ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระดับปานกลางขึ้นไป ด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้

4.3.1 ระดับความรุนแรงน้อย ได้แก่ กลุ่มที่มีอาการกระตุกเฉพาะที่กล้ามเนื้อรอบตา (orbicularis oculi) ทำให้มีการกระตุกของเปลือกตาบน (eyelid contraction) เท่านั้น แต่ไม่มีการปิดลงมาของเปลือกตาบน

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- 4.3.2. ระดับความรุนแรงปานกลาง ได้แก่ กลุ่มที่มีอาการกระตุกที่กล้ามเนื้อรอบตา ทำให้หนังตาปิด ระหว่าง 10-50% ของช่องการมองเห็น (palpebral fissure) หรือมีการกระตุกของตาและปากพร้อมกัน
- 4.3.3 ระดับความรุนแรงมาก ได้แก่ กลุ่มที่มีอาการกระตุกที่กล้ามเนื้อรอบตา ทำให้หนังตาปิด ระหว่าง 50-100% ของช่องการมองเห็น (palpebral fissure) หรือมีการกระตุกแบบ tonic spasm
- 4.4 ผู้ป่วยมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต
- 4.5 ให้การรักษาด้วยวิธีการอื่นแล้วไม่ได้ผล
- 4.6 ไม่อนุมัติให้มีการใช้ยา botulinum A toxin ต่อไป และให้พิจารณาการรักษาในแนวทางอื่น เมื่อ
- 4.6.1 รักษาไปแล้ว 2 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา (ดูวิธีการประเมินผลตามข้อ 6)
- 4.6.2 ผู้ป่วยดื้อต่อการรักษา เช่น เกิด antibody ต่อยา
- 4.6.3 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วได้ผล
- 4.7 ขนาดยา\*ต่อผู้ป่วย 1 รายอนุมัติไม่เกิน 100 unit/ปี สำหรับยา Botox<sup>®</sup> และไม่เกิน 400 unit/ปี สำหรับยา Dysport<sup>®</sup>
- 4.8 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำ\*และวิธีการให้ยา

ขนาดยาและความถี่ในการให้ยา

Botox<sup>®</sup> ขนาดยาเริ่มต้น 15-30 unit ต่อ 1 ครั้งการรักษา

Dysport<sup>®</sup> ขนาดยาเริ่มต้น 60-120 unit ต่อ 1 ครั้งการรักษา

### หมายเหตุ

ฉีดยาห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน เนื่องจากการฉีดยาก่อน 3 เดือน จะเร่งให้เกิด antibody ทำให้การรักษาล้มเหลวได้ในอนาคต

\*ทั้งนี้ ได้พิจารณาขนาดยาดังกล่าวตามหลักฐานการวิจัยทางคลินิกที่เชื่อถือได้ของแต่ละผลิตภัณฑ์แล้ว

## 6. การประเมินผลการรักษา

- 6.1 ประเมิน ณ เวลา 6 สัปดาห์ หลังให้ยา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเวลาที่ให้ผลการรักษาสูงสุด (peak improvement)
- 6.2 ใช้การประเมินแบบ subjective assessment โดยให้ผู้ป่วยประเมินเองว่าดีขึ้นมากน้อยเพียงใดเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา โดยอาจวัดเป็นร้อยละ หรือวัดด้วย visual analogue scale เป็นต้น (อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยาโดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

## แนวทางกำกับการใช้ยา Botulinum A toxin ข้อบ่งใช้โรค Spasmodic Dysphonia

### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

- 1.1 ขออนุมัติการใช้ยา botulinum A toxin จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre – authorization) ครั้งแรกของการสั่งใช้ยา โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์
- 1.2 แพทย์ผู้ทำการรักษาต่อเนื่องกรอกแบบฟอร์มที่คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติดำหนดทุก 3 เดือน

### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยมีแพทย์เฉพาะทางตามทีระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ที่พร้อมจะดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรค และ/หรือ การรักษา

### 3. คุณสมบัติแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรจากแพทยสภา สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยาซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา botulinum A toxin ในโรค spasmodic dysphonia ด้วยเกณฑ์ทุกข้อ ดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรค spasmodic dysphonia ด้วยเกณฑ์ครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้

4.2.1 ผู้ป่วยมีอาการของ spasmodic dysphonia ชนิดใดชนิดหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- Adductor spasmodic dysphonia เป็นการเกร็งของกล้ามเนื้อกล่องเสียงในกลุ่มที่ทำหน้าที่ปิดสายเสียงและควบคุมการออกเสียง มีการทำงานมากกว่าปกติโดยควบคุมไม่ได้ ทำให้มีอาการคือ เสียงเค้น ต้องออกแรงพูด (strain strangle voice) อาจจะเสียงไม่ออกเป็นช่วงๆ ทำให้เสียงพูดไม่ต่อเนื่อง ถ้ามีอาการมากอาจพูดไม่ออกเลย นอกจากนี้อาจมีเสียงสั่นด้วยได้ ขณะหัวเราะหรือร้องเพลงเสียงสูง เสียงอาจกลับเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติได้
- Abductor spasmodic dysphonia เป็นการเกร็งของกล้ามเนื้อกล่องเสียงในกลุ่มที่ทำหน้าที่เปิดสายเสียง ทำงานมากกว่าปกติโดยควบคุมไม่ได้ ทำให้สายเสียงเปิดออกในขณะพูด มีอาการคือพูดแล้วเป็นเสียงลม (breathy voice) ซึ่งอาจเป็นตลอดเวลา หรือพูดต่อเนื่องมีเสียงลมรบกวนเป็นระยะก็ได้ ผู้ป่วยที่มีอาการมากอาจพูดเป็นเสียงเบาหรือเสียงกระซิบตลอดเวลา นอกจากนี้อาจมีเสียงสั่นด้วยได้ ขณะหัวเราะหรือร้องเพลงเสียงสูง เสียงอาจกลับเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติได้
- Mixed spasmodic dysphonia มีอาการทั้ง Adductor spasmodic dysphonia และ Abductor spasmodic dysphonia เปลี่ยนไปมา

4.2.2 ไม่พบความผิดปกติของสายเสียงจากภาวะอื่น เช่น ก้อนเนื้องอก การอัมพาตของสายเสียง หรือความผิดปกติของข้อต่อ crico-arytenoid

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

4.3 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยา\*และวิธีการให้ยา

### 5.1 ขนาดยา

- Botox® ขนาดยาเริ่มต้นไม่เกิน 30 unit ต่อ 1 ครั้งการรักษา
- Dysport® ขนาดยาเริ่มต้น ไม่เกิน 120 unit ต่อ 1 ครั้งการรักษา

5.2 ความถี่ในการให้ยา ให้ฉีดยาแต่ละครั้งห่างกันประมาณ 3 เดือน ตามค่าเภสัชจลนศาสตร์ของยา

### 5.3 ขนาดยาต่อผู้ป่วย 1 ราย

- Botox® อนุมัติไม่เกิน 120 unit/ปี
- Dysport® อนุมัติไม่เกิน 480 unit/ปี

\*ทั้งนี้ ได้พิจารณาขนาดยาดังกล่าวตามหลักฐานการวิจัยทางคลินิกที่เชื่อถือได้ของแต่ละผลิตภัณฑ์แล้ว

## 6. การประเมินระหว่างการรักษา

ให้ประเมินภายในเวลา 2-3 สัปดาห์หลังจากฉีดยาครั้งที่ 2 เป็นต้นไป การประเมินเป็นแบบ subjective assessment โดยผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างน้อย 30% ของผลประเมินก่อนการรักษา ให้ผู้ป่วยประเมินเองว่าดีขึ้นมากน้อยเพียงใดเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา โดยอาจวัดเป็นร้อยละหรือวัดด้วย visual analogue scale

หมายเหตุ: การประเมินหลังจากฉีดยาในครั้งที่ 1 และ 2 เป็นการประเมินเพื่อปรับขนาดยา การประเมินหลังจากการให้ยาครั้งที่ 3 เป็นต้นไป จะเป็นการประเมินเพื่อให้ยาต่อหรือหยุดให้ยา

## 7. เกณฑ์การหยุดยา

หลังจากให้ยาครบ 3 ครั้งแล้ว ประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์ข้อ 6 พบว่าได้ผลน้อยกว่า 30% ของผลการประเมินก่อนการให้ยาครั้งแรก หากผลการประเมินได้ผลน้อยกว่า 30% สองครั้งติดต่อกัน ให้หยุดยา และพิจารณาการรักษาในแนวทางอื่น

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการให้ยาโดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

**แนวทางการกำกับการใช้ยา Linezolid ชนิดกิน**  
**ข้อบ่งใช้โรคติดเชื้อ Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA)**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

1.1 ขออนุมัติการใช้ยา linezolid จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วย ก่อนทำการรักษากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

1.2 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ให้ยา ระบบจะอนุมัติให้ผู้ป่วยได้รับยา linezolid ก่อนการขออนุมัติไม่เกิน 7 วัน และให้แพทย์ผู้สั่งใช้ยาลงทะเบียนเพื่อขออนุมัติการใช้ยา (pre-authorization) ระยะเวลาที่อนุมัติการใช้ยา ครั้งแรก 14 วัน (รวมเป็น 21 วัน) และครั้งต่อไปทุก 4 สัปดาห์ (แพทย์ควรส่งแบบฟอร์มการขออนุมัติ ตั้งแต่ก่อนการส่งจ่ายยา หรือวันที่เริ่มส่งจ่ายยา โดยจะต้องใช้เวลาในการขออนุมัติจากระบบไม่เกิน 7 วัน)<sup>++</sup>

**2 คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

สถานพยาบาลที่มีการใช้ยาต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยเป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3 คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

3.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

3.2 ในกรณีสถานพยาบาล ไม่มีแพทย์ตามข้อ 3.1 ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาสาขายุทธศาสตร์หรือสาขากุมารเวชศาสตร์ ที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้ยาดังกล่าวอย่างน้อย 2 คน

**4 เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>+</sup>

4.2 เป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อ MRSA โดยมีผลเพาะเชื้อจากเลือดหรือบริเวณที่ติดเชื้อ พบเชื้อ MRSA

4.3 ให้ใช้ในกรณีเป็นผู้ป่วยนอก โดยมีเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

4.3.1 เชื้อ MRSA ตี้อต่อ vancomycin และ fusidic acid

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยาโดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)

<sup>+</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- 4.3.2 มีผลข้างเคียงจากยา vancomycin และ fusidic acid ความรุนแรงระดับ 3 (grade 3) ขึ้นไป<sup>1</sup> และไม่มียาอื่นทดแทนได้นอกจาก linezolid ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (ดูข้อ 3 คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา)
- 4.3.3 เป็นโรคหรือกลุ่มโรคที่มีระยะเวลาในการรักษานานเกิน 14 วัน และใช้ยากิน fusidic ร่วมกับ rifampicin ไม่ได้ หรือล้มเหลวหลังรักษาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยประเมินจากอาการทางคลินิก ไม่ดีขึ้น และผลเพาะเชื้อยังพบเชื้อ MRSA ต่อเนื่อง
- 4.4 กรณีผู้ป่วยใน มีเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
- 4.4.1 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย vancomycin และ/หรือยาอื่นแล้วอย่างน้อย 3 วัน หรือ
- 4.4.2 มีผลข้างเคียงจาก vancomycin ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไปและไม่มียาอื่นทดแทนได้นอกจาก linezolid ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (ดูข้อ 3 คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา)
- หมายเหตุ** การไม่ตอบสนองทางคลินิกอาจเกิดจาก เชื้อดื้อยา หรือ ระดับยาในเลือดไม่พอ โดยเฉพาะใน MRSA pneumonia หรือ การที่ยังคงมี prosthetic devices อยู่ในร่างกาย

## 5. ชนิดและขนาดยาที่แนะนำ

ขนาดยา linezolid ชนิดกิน คือ 600 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง

## 6. ระยะเวลาในการรักษาและเกณฑ์การหยุดยา

### 6.1 ระยะเวลาในการใช้ linezolid

- 6.1.1 กรณีรักษาโรคติดเชื้อ MRSA โดยทั่วไปประมาณ 2-4 สัปดาห์ ยกเว้นการติดเชื้อในกระดูกและข้อ หรือการติดเชื้อจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้ยาประมาณ 4-12 สัปดาห์
- 6.1.2 กรณีผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่มีสาเหตุจากการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้พิจารณานำอุปกรณ์ทางการแพทย์ออกด้วย ได้แก่ สายสวน เส้นเลือดเทียม อุปกรณ์เพื่อการฟอกเลือด หรือสายล้างไตทางช่องท้อง ให้ยาต่อไม่เกิน 14 วัน ส่วนข้อเทียม ลิ้นหัวใจเทียม ให้ยาต่อได้นาน 6 สัปดาห์ ในกรณีที่ไม่สามารถนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ออกได้ ให้ยาได้นาน 12 สัปดาห์
- 6.1.3 กรณี switch จาก vancomycin เป็น linezolid ให้นับวันรักษาต่อจากเดิม เช่น เป้าหมายการรักษา 14 วัน ใช้ vancomycin มาแล้ว 7 วัน เมื่อเปลี่ยนเป็น linezolid ก็จะนับเป็นวันที่ 8-14
- 6.1.4 กรณีเปลี่ยนไปใช้ linezolid เพื่อรักษาเชื้อดื้อยาหรือเมื่อการรักษาด้วยยาอื่นไม่ได้ผล ให้เริ่มนับวันรักษาใหม่ เช่น เป้าหมายการรักษา 12 สัปดาห์ ใช้ยา fusidic + rifampicin มาแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่าล้มเหลว จึงเปลี่ยนมาใช้ linezolid การให้ linezolid ให้เริ่มนับเป็นวันที่ 1 และให้ยาต่อเนื่องไปจนครบ 12 สัปดาห์

### 6.2 เกณฑ์การหยุดยา linezolid

<sup>1</sup> การประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ ควรพิจารณาตาม [Division of Aids Table for Grading the Severity of Adult and Pediatric Adverse Events Version 1.0, December, 2004; Clarification August 2009](#)

- 6.2.1 ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาโดยสมบูรณ์ โดยอาการทางคลินิกหายไป และ/หรือ รอยโรคในภาพรังสีหายไปหรือเหลือน้อยที่สุด โดยมีระยะเวลาการรักษาครบตามที่ระบุไว้ในข้อ 6.1
- 6.2.2 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหลังให้ยาไปแล้วไม่เกิน 14 วัน ซึ่งหมายถึงข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
- มีการดำเนินโรคต่อเนื่อง (persistent) เช่น ผลการเพาะเชื้อพบ MRSA ตลอด
  - ลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อรุนแรงขึ้น หรือภาพรังสีแสดงความผิดปกติมากขึ้น โดยไม่สามารถอธิบายด้วยสาเหตุอื่น
  - ทราบว่าเชื้อดื้อต่อยา linezolid จากผลการตรวจความไวของยาต่อเชื้อ
- 6.2.3 สามารถใช้ยาปฏิชีวนะอื่นรักษาได้ผลไม่แตกต่างกันหรือดีกว่า
- 6.2.4 เกิดผลข้างเคียงต่อยา linezolid ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป
- 6.2.5 สถานะโรคเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)

#### หมายเหตุ

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้แทน vancomycin ได้ คือ fosfomycin และ sodium fusidate

**แนวทางกำกับการใช้ยา Liposomal amphotericin B**  
**ข้อบ่งใช้โรค Invasive fungal infections ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา Amphotericin B**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

1.1 ขออนุมัติการใช้ยา liposomal amphotericin B จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์หลังการรักษา (post-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยเมื่อเริ่มทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

1.2 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ให้ยา liposomal amphotericin B ระบบจะอนุญาตให้ผู้ป่วยได้รับยาก่อนการขออนุมัติไม่เกิน 7 วัน และให้แพทย์ผู้สั่งใช้ยาลงทะเบียนเพื่อขออนุมัติการใช้ยา ระยะเวลาที่อนุมัติในการใช้ยารั้งแรก 7 วัน (รวมทั้งหมดเป็น 14 วัน) และครั้งต่อไปทุก 14 วัน (แพทย์ควรส่งแบบฟอร์มการขออนุมัติตั้งแต่วันที่เริ่มส่งจ่ายยา โดยจะต้องใช้เวลาในการขออนุมัติจากระบบ 7-14 วัน)<sup>++</sup>

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

3.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ หรืออนุสาขายุทธศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤติโรคระบบการหายใจ หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

3.2 ในกรณีสถานพยาบาลไม่มีแพทย์ตามข้อ 3.1 ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาสาขาอายุรศาสตร์หรือสาขากุมารเวชศาสตร์ที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้ยา ดังกล่าวอย่างน้อย 2 คน

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ยา liposomal amphotericin B ในโรค invasive fungal infections ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยา amphotericin B ได้ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>+</sup>

4.2 กรณี aspergillosis ให้พิจารณาใช้ voriconazole ก่อน

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยาโดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

<sup>+</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ



- 4.3 ได้รับการวินิจฉัยแน่นอน (definite) ว่าเป็นโรค invasive fungal infections ซึ่งหมายถึงข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
- 4.3.1 ตรวจพบเชื้อรารูปสาย (hyphae) หรือยีสต์ (yeast) และมีการทำลายเนื้อเยื่อร่วมด้วยจากการตรวจทางพยาธิวิทยาหรือทางเซลล์วิทยาของสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ (sterile site)
- 4.3.2 เพาะเชื้อพบราสาย (mold) หรือยีสต์ จากสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อ หรือการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ และมีลักษณะทางคลินิก หรือผลเอกซเรย์ที่แสดงถึงการติดเชื้อ
- 4.3.3 เพาะเชื้อจากเลือดพบราสายและมีข้อบ่งชี้ว่าเป็นเชื้อก่อโรคติดเชื้อจริง หรือพบเชื้อยีสต์จากเลือด
- 4.4 ได้รับการวินิจฉัยที่เป็นไปได้ (probable) ว่าเป็นโรค invasive fungal infections ซึ่งหมายถึงการวินิจฉัยที่ไม่ใช่แบบ definite และประกอบด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้ครบทุกข้อ
- 4.4.1 มีปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ มี neutrophil  $< 500/\text{mm}^3$  นานกว่า 10 วันในช่วงที่เริ่มเกิดโรคจากเชื้อรา หรือ ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกแบบ allogeneic หรือ ได้คอร์ติโคสเตอรอยด์ (เช่น prednisolone) มากกว่า 0.3 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ติดต่อกันมานานกว่า 3 สัปดาห์ หรือได้ยากภูมิคุ้มกันอื่น (เช่น ciclosporin, alemtuzumab) ในช่วง 90 วันที่ผ่านมา หรือ มีโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิดอย่างรุนแรง
- 4.4.2 มีลักษณะทางคลินิกที่แสดงถึงการติดเชื้อรา เช่น
- ปอดอักเสบ – มีความผิดปกติใน CT chest หรือ chest X-ray อย่างน้อย 1 อย่าง คือ dense well circumscribed lesion หรือ air-crescent sign หรือ cavity
- หลอดลมอักเสบ – มี ulcer, nodule, pseudomembrane, eschar หรือ plaque ใน trachea หรือ bronchus
- การติดเชื้อในโพรงไซนัสหรือจมูก – มีภาพรังสียืนยัน ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 อย่าง คือ ปวดเฉพาะที่ แผลในจมูกแบบ eschar หรืออาการลุกลามเข้ากระดูกใกล้เคียงรวมถึงกระดูกตา
- การติดเชื้อที่สมอง – มีอย่างน้อย 1 ใน 2 ข้อ คือ มีก้อนในสมอง หรือ มี enhancement ของเยื่อหุ้มสมองจาก MRI หรือ CT
- 4.4.3 มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บ่งถึงการติดเชื้อรา เช่น พบเชื้อราสายในเสมหะ BAL bronchial brush หรือ sinus aspirate จากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ หรือการเพาะเชื้อ หรือ การตรวจ beta D glucan ให้ผลบวกสำหรับ invasive fungal infection อื่นๆ นอกเหนือจาก *Cryptococcus* และ *Zygomycetes*
- 4.5 ผู้ป่วยใช้ยา amphotericin B ในขนาดมาตรฐานแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ดังนี้

4.5.1 กรณีเกิดพิษต่อไต

กรณี ที่	Creatinine clearance ก่อนให้ ยา amphotericin B	Creatinine clearance หลังให้ ยา amphotericin B	แนวทางการให้ยาด้านเชื้อรา
1	CrCl มากกว่า 30 mL/min อยู่ เดิม	CrCl น้อยกว่า 30 mL/min หรือ ต้องทำ dialysis	ใช้ liposomal amphotericin B

กรณี ที่	Creatinine clearance ก่อนให้ ยา amphotericin B	Creatinine clearance หลังให้ ยา amphotericin B	แนวทางการให้ยาต้านเชื้อรา
2	CrCl น้อยกว่า 30 mL/min และ ยังไม่ได้ทำ dialysis	-	ใช้ liposomal amphotericin B
3	ทำ chronic dialysis อยู่แล้ว	-	ใช้ amphotericin B ต่อ

#### หมายเหตุ

- ผู้ป่วยควรมีค่า serum creatinine ก่อนและหลังให้ยาห่างกันอย่างน้อย 3 วัน และมีการเตรียมผู้ป่วยด้วยการให้ normal saline solution (NSS) ก่อนให้ยา amphotericin B ด้วย
- ค่า creatinine clearance ได้จากการคำนวณ creatinine clearance ใช้สูตร Cockcroft-Gault equation คือ  $\text{creatinine clearance (mL/min)} = (140 - \text{age}) \times (\text{Wt in kg}) \times (0.85 \text{ if female}) / (72 \times \text{Scr : mg/dL})$  หรือ การวัดด้วย eGFR
- ในกรณีผู้ป่วยเด็ก (อายุ < 18 ปี) การพิจารณาค่า creatinine clearance ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

#### 4.5.2 อาการไม่พึงประสงค์ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป<sup>1</sup>

4.6 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup> ตามที่กำหนดในข้อ 1.2

### 5. ขนาดยาที่แนะนำ

ให้ยา liposomal amphotericin B ในขนาด 3-5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน วันละ 1 ครั้ง ด้วยวิธี IV infusion ในเวลา 2 ชั่วโมง (ลดลงเหลือ 1 ชั่วโมงได้หากผู้ป่วยทนยาได้ดี)

### 6. ระยะเวลาในการรักษา

6.1 กรณีผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาโดยสมบูรณ์ ระยะเวลาของการรักษามีเกณฑ์ดังนี้

6.1.1 กรณี candidemia หรือ fungemia ให้ได้นานไม่เกิน 14 วัน หลังผลเพาะเชื้อในเลือดเป็นลบ (โดยทั่วไปผลเพาะเชื้อในเลือดมักเป็นลบภายใน 7 วัน หลังให้ยารักษา)

6.1.2 กรณี deep organ infection ให้ยาได้จนกว่าลักษณะทางคลินิกหายไปและรอยโรคในภาพรังสีหายไป หรือเหลือน้อยที่สุด โดยทั่วไปประมาณ 4-12 สัปดาห์

หมายเหตุ ในกรณีที่สามารถเปลี่ยนเป็นยาต้านเชื้อราชนิดอื่นแบบกินได้ จะต้องเปลี่ยนให้เร็วที่สุด

6.2 ให้หยุดยา liposomal amphotericin B เมื่อ

6.2.1 สามารถใช้ยาต้านเชื้อราชนิดอื่นในการรักษาได้ผลไม่แตกต่างกันหรือดีกว่า เช่น ดูจากผลเพาะเชื้อ

6.2.2 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาภายใน 7 วัน หลังให้ยา ซึ่งหมายถึงข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

<sup>1</sup> การประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ ควรพิจารณาตาม Division of Aids Table for Grading the Severity of Adult and Pediatric Adverse Events Version 1.0, December, 2004; Clarification August 2009

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยาโดยหน่วยงานการกำกับดูแลการส่งยาบัญชี จ(2)

- มีการดำเนินโรคต่อเนื่อง (persistent) เช่น ผลเพาะเชื้อพบเชื้อราเดิมตลอด
- ลักษณะทางคลินิกรุนแรงมากขึ้น หรือภาพรังสีแสดงความผิดปกติมากขึ้นโดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุอื่น
- ทราบว่าเชื้อดื้อยา amphotericin B จากผลการตรวจความไวของเชื้อ
- สถานะโรคเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)

**แนวทางการกำกับการใช้ยา จ(2) Voriconazole**  
**ข้อบ่งใช้ invasive aspergillosis และ invasive fungal infection จากเชื้อ *Fusarium* spp.,**  
***Scedosporium* spp. (*Pseudallescheria*)**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

1.1 ขออนุมัติการใช้ยา voriconazole ทั้งแบบยาฉีดและยากินจากหน่วยงานสิทธิประโยชน์หลังการรักษา (post-authorization) โดยให้มีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล ที่สามารถสั่งใช้ยาไว้กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์ไว้ก่อน และลงทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้ยากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์หลังการรักษา

1.2 กรอกรูปแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่จะใช้ยา voriconazole กับผู้ป่วย ระบบจะอนุมัติให้ผู้ป่วยได้รับยาก่อนการอนุมัติได้ไม่เกิน 14 วัน และแพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรส่งแบบฟอร์มการขออนุมัติ ตั้งแต่วันที่เริ่มส่งจ่ายยา

กรณีที่มีระบบการอนุมัติการใช้ยาของหน่วยงานสิทธิประโยชน์ ระยะเวลาที่อนุมัติในการใช้ยาครั้งแรก 14 วันและครั้งต่อไป ทุก 14 วันสำหรับผู้ป่วยใน และทุก 28 วันสำหรับผู้ป่วยนอก ทั้งยาฉีดและยากิน

กรณีที่ยังไม่มีระบบอนุมัติการใช้ยา voriconazole ของหน่วยงานสิทธิประโยชน์ อนุมัติให้ผู้อำนวยการสถานพยาบาลเป็นผู้อนุมัติการใช้ยาแทน

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาโรคประจำตัวของผู้ป่วย และ ปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

3.1. เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ หรืออนุสาขายุทธศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤติโรคระบบการหายใจ หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

3.2. ในกรณีที่ไม่มีแพทย์ตามข้อ 3.1. ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาสาขายุทธศาสตร์ หรือสาขากุมารเวชศาสตร์ ที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้ยาดังกล่าวเพิ่มเติมได้ไม่เกิน 2 คน

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ยา Voriconazole ในโรค invasive aspergillosis และ invasive fungal infection จากเชื้อ *Fusarium* spp. หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp. โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2. กรณีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค invasive aspergillosis ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น  
หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- 4.2.1. ตรวจพบเชื้อรา แบบ dichotomous branching septate hyphae โดยการตรวจทางพยาธิวิทยาหรือทางเซลล์วิทยาของสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ (sterile site) หรือจากการเจาะดูดตำแหน่งที่ติดเชื้อด้วยวิธีการ aseptic technique (ดูหมายเหตุข้อ 8.1)
- 4.2.2. เพาะเชื้อขึ้นเชื้อรา *Aspergillus* spp. จากสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อหรือการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ
- 4.2.3. มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด invasive fungal infection (ดูหมายเหตุข้อ 8.2) ร่วมกับอาการทางคลินิกที่เข้าได้โดยความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - 1) ภาพ X-ray หรือ CT scan หรือ MRI ของปอดที่มีลักษณะเข้าได้กับ invasive pulmonary aspergillosis ได้แก่ พบเป็น cavity, wedged shaped infiltrate, tree in buds, nodule with halo sign, air crescent sign ร่วมกับมีข้อห้ามในการ เจาะ ดูด หรือตัดชิ้นเนื้อ มาตรวจย้อมและเพาะเชื้อ
  - 2) ตรวจพบ septate hyphae หรือเพาะเชื้อขึ้นเชื้อรา *Aspergillus* spp. จากสิ่งส่งตรวจที่เก็บด้วยวิธี aseptic technique ดังต่อไปนี้ ได้แก่ เสมหะจาก endotracheal aspirate, น้ำ bronchoalveolar lavage (BAL), สิ่งส่งตรวจจาก sinus aspirate หรือ fiberoptic endoscopy (ดูหมายเหตุข้อ 8.1)
  - 3) ผลตรวจ galactomannan ของเลือดให้ผลบวก ( $\geq 0.5$ ) หรือ น้ำ BAL ให้ผลบวก ( $\geq 0.7$ )
- 4.3. กรณีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น invasive fungal infection จากเชื้อ *Fusarium* spp., หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp. ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - 4.3.1. ตรวจพบสายรา septate hyphae และมีการทำลายเนื้อเยื่อร่วมด้วยจากการตรวจทางพยาธิวิทยาหรือทางเซลล์วิทยาของสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อ หรือพบสายราจากการตรวจย้อมสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการเจาะดูดจากตำแหน่งที่ปราศจากเชื้อ (sterile site) หรือจากการเจาะดูดตำแหน่งที่ติดเชื้อด้วยวิธีการ aseptic technique และเพาะเชื้อขึ้น *Fusarium* spp, หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp. (ดูหมายเหตุข้อ 8.1)
  - 4.3.2. เพาะเชื้อขึ้น *Fusarium* spp. หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp.จากเลือด
- 4.4. มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ให้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการให้ยา

- 5.1 ให้ใช้ยาฉีดเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกินหรือรับยาเข้าทางเดินอาหารได้ โดยใน 24 ชั่วโมงแรกแนะนำให้ใช้ยาในขนาด 6 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมทุก 12 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้ในขนาด 4 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมทุก 12 ชั่วโมง เมื่อสามารถเปลี่ยนเป็นยากินได้ จะต้องเปลี่ยนให้เร็วที่สุด

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการส่งใช้ยาบัญชี จ(2)

- 5.2 ให้อาหาร voriconazole ทางปากในขนาด 200 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมง ในกรณีที่ให้อาหารแต่แรกโดยไม่ให้อาหารชนิดก่อน แนะนำให้ขนาด 400 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมงในวันแรก แล้วตามด้วย 200 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมงในวันถัดไป ผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 40 กิโลกรัมให้ลดขนาดเหลือ 100 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมง
- 5.3 สำหรับการให้อาหารในเด็ก ในเด็กอายุ 2 – 11 ปี แนะนำให้ขนาด 9 มิลลิกรัม/กิโลกรัม (ไม่เกิน 350 มิลลิกรัม) ทุก 12 ชั่วโมง ในเด็กอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป ให้ใช้ขนาดยาเดียวกันกับผู้ใหญ่
- 5.4 ผู้ป่วยที่มีโรคตับทำงานผิดปกติ ในระดับ Child Pugh class A-B ไม่ต้องปรับขนาดยา loading dose แต่ควรลดขนาดยา maintenance dose ลงครึ่งหนึ่ง ไม่แนะนำให้ใช้ยานี้ในผู้ป่วยโรคตับ Child Pugh class C เนื่องจากไม่มีข้อมูล
- 5.5 ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติ และค่า creatinine clearance < 50 มิลลิลิตร/นาที ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา voriconazole แบบฉีด เนื่องจากมีการสะสมของ cyclodextrin ที่อาจมีพิษต่อเซลล์ตับ แนะนำให้ใช้เป็นรูปกินแทน

## 6. การประเมินระหว่างการรักษา

### 6.1 การประเมินด้านประสิทธิผลของการรักษา

ให้ประเมินผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์หลังได้รับยา เปรียบเทียบกับก่อนให้อาหาร voriconazole ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- 6.1.1 อาการทางคลินิก ขึ้นกับตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อที่ปอด จะประเมินเรื่องไอ เสมหะ การติดเชื้อที่ไซนัส จะประเมินเรื่องปวดบวมของโพรงไซนัส
- 6.1.2 รอยโรคในภาพรังสี ขึ้นกับตำแหน่งที่ติดเชื้อ (พร้อมแนบหลักฐาน)

### 6.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

ให้ติดตามผลข้างเคียงของ voriconazole ที่พบบ่อย ได้แก่

ผลข้างเคียง	พารามิเตอร์	ความรุนแรงระดับ 3	ความรุนแรงระดับ 4
ตับ	AST, ALT	สูงกว่าค่าปกติตัวบน (upper normal limit) 5-10 เท่า	สูงกว่าค่าปกติตัวบน (upper normal limit) มากกว่า 10 เท่า
	Total bilirubin	สูงกว่าค่าปกติตัวบน (upper normal limit) 2.6-5 เท่า	สูงกว่าค่าปกติตัวบน (upper normal limit) มากกว่า 5 เท่า
การมองเห็น	การมองเห็น	การมองเห็นภาพหรือสีผิดปกติจนรบกวนการดำรงชีวิตประจำวัน	
ผิวหนัง	ผื่นผิวหนัง	มีผื่นทั่วตัว และ บริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกายมี (1) ตุ่มน้ำพอง หรือ (2) แผลบริเวณเยื่อเมือก	ผู้ป่วยมีตุ่มน้ำพองกระจายหรือทั่วตัว หรือ Steven-Johnson syndrome หรือ toxic epidermal necrolysis

เอกสารอ้างอิง Division of Aids Table for Grading the Severity of Adult and Pediatric Adverse Events Version 1.0, December, 2004; Clarification August 2009

## 7. เกณฑ์การหยุดยา

หลังจากผู้ป่วยได้รับยาครบ 2 สัปดาห์แล้ว สามารถขอใช้ยาต่อเนื่องได้ ในกรณีที่อาการทางคลินิกดีขึ้น และ/หรือรอยโรคในภาพรังสีดีขึ้นแต่ยังไม่สมบูรณ์ ตามเป้าหมาย

ให้หยุดยา voriconazole เมื่อเป็นไปตามเกณฑ์ข้อหนึ่งข้อใด ดังนี้

- 7.1 กรณีผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาโดยสมบูรณ์ (อาการทางคลินิกหายไปและ/หรือรอยโรคหายไป หรือ เหลือน้อยที่สุด) โดยทั่วไปประมาณ 4-12 สัปดาห์
- 7.2 หลังให้ยาไปแล้ว 14 วัน ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาซึ่งหมายถึงข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
  - 7.2.1 อาการทางคลินิกรุนแรงมากขึ้น หรือภาพรังสีแสดงความผิดปกติมากขึ้นโดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุอื่น หรือผลเพาะเชื้อในเลือดหรือสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งปราศจากเชื้อขึ้นเชื้อต่อเนื่อง
  - 7.2.2 ทราบว่าเชื้อดื้อต่อยา voriconazole จากผลเพาะเชื้อ
- 7.3 ในกรณีวินิจฉัยโดยภาพรังสีปอดอย่างเดียวและ ผลการตรวจ galactomannan เป็นลบ
  - 7.3.1 ถ้าไม่มีผลการตรวจ CT scan หรือ MRI ของปอด อนุญาตให้ยาได้ไม่เกิน 2 สัปดาห์
  - 7.3.2 ถ้ามีผลการตรวจ CT หรือ MRI ของปอดที่มีลักษณะเข้าได้กับ invasive aspergillosis (ได้แก่ พบเป็น cavity, wedged shaped infiltrate, tree in buds, nodule with halo sign, air crescent sign) อนุญาตให้ยาได้ต่อเนื่อง
- 7.4 สามารถใช้ยาต้านเชื้อราชนิดอื่นในการรักษาได้ผลไม่แตกต่างกันหรือดีกว่า เช่น ดูจากผลเพาะเชื้อ
- 7.5 ไม่ใช่โรคติดเชื้อจาก *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp. หรือ *Scedosporium* (*Pseudallescheria*) spp.
- 7.6 มีผลข้างเคียงจากยา voriconazole ระดับ 3-4
- 7.7 สถานะโรคเดิมของผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)

## 8. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

8.1 การตรวจย้อมพบสายเชื้อราให้มีการบันทึกผลวิธีการตรวจย้อม ลักษณะของสายรา เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยเป็นรายงานจากห้องปฏิบัติการของสถานพยาบาลหรือเป็นการบันทึกในเวชระเบียนของแพทย์ที่มีคุณสมบัติในการส่งใช้ยาตามข้อ 3

8.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด invasive aspergillosis ได้แก่

- มี absolute neutrophil count  $< 500/\text{mm}^3$  นานกว่า 10 วัน นับจนถึงวันที่เริ่มเกิดโรคจากเชื้อรา นั้น หรือ
- ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูกแบบ allogeneic หรือ
- ได้ prednisolone มากกว่า 0.3 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน หรือยาสเตียรอยด์อื่นๆ ในขนาดเทียบเท่า (equivalent dose) ติดต่อกันมานานกว่า 3 สัปดาห์ หรือ
- ได้ยากดภูมิคุ้มกันอื่น (เช่น cyclosporine, alemtuzumab) ในช่วง 90 วันที่ผ่านมา หรือ
- มีโรคมะเร็งหรือภูมิคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิดอย่างรุนแรง

8.3 ในผู้ป่วยมะเร็งที่ยังต้องได้ยาเคมีบำบัดเป็นระยะ และหยุดยา voriconazole ไปแล้ว ก่อนเริ่มยาเคมีบำบัดแนะนำให้ amphotericin B 0.7 มิลลิกรัม/วัน หรือ itraconazole 400 มิลลิกรัม/วัน เมื่อผู้ป่วยมี absolute neutrophil (ANC) น้อยกว่า  $500/\text{mm}^3$  และหยุดยาเมื่อ ANC มากกว่า  $500/\text{mm}^3$

8.4 ปฏิกริยาต่อกันของยา voriconazole ต่อยาอื่นที่สำคัญได้แก่

8.4.1 ยาต่อไปนี้ห้ามใช้ (contraindicated) ร่วมกับ voriconazole:

terfenadine	pimozide	rifampin	long-acting barbiturates
astemizole	quinidine	rifabutin	ergot alkaloids
cisapride	sirolimus	carbamazepine	

8.4.2 Phenytoin จะเร่งการทำลายยา voriconazole ที่ตับ แนะนำให้เพิ่มขนาดยาฉีด voriconazole เป็น 5 มิลลิกรัมกิโลกรัมทุก 12 ชั่วโมง และขนาดยากินเป็น 400 มิลลิกรัมทุก 12 ชั่วโมง และวัดระดับยา phenytoin

8.4.3 Voriconazole ยับยั้งการเผาผลาญยาดังต่อไปนี้ จึงแนะนำให้ลดขนาดยาดังกล่าวลง

ยา	คำแนะนำ
tacrolimus	ลดขนาดยา tacrolimus ลงหนึ่งในสามและติดตามวัดระดับยา
cyclosporine	ลดขนาดยา cyclosporine ลงครึ่งหนึ่งและติดตามวัดระดับยา
omeprazole*	ลดขนาดยา omeprazole ลงครึ่งหนึ่งและติดตามวัดระดับยา
lansoprazole*	ยังไม่มีข้อมูลการปรับขนาดยา



8.4.4 ยาต่อไปนี้อาจต้องลดขนาดยาเมื่อใช้ร่วมกับ voriconazole เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาต่อกัน

- warfarin\*
- statins†
- benzodiazepines
- calcium channel blockers†
- HIV protease inhibitors (ยกเว้น indinavir)<sup>†</sup>

<sup>†</sup> ผลในห้องทดลองบ่งชี้ว่าจะมีปฏิกิริยาต่อกัน

\* มีการศึกษาทางคลินิก

**แนวทางการกำกับการใช้ยา Darunavir (DRV) และ Raltegravir (RAL)**  
**ข้อบ่งใช้: ใช้เป็นยาในสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีลำดับที่ 3 (third-line antiretroviral regimen)**  
**ในกรณีผู้ป่วยมีเชื้อเอชไอวีดื้อยา**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

1.1 กำหนดให้ขออนุมัติใช้ยา darunavir (DRV) และ raltegravir (RAL) จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์สถานพยาบาล และผู้ป่วย ก่อนการรักษากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

1.2 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรกที่ใช้ยากับผู้ป่วย และทุกๆ 12 เดือน

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

สถานพยาบาลที่มีการใช้นี้ต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรคคือ

- เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์ผู้รักษาดำเนินการตามคุณสมบัติตามข้อ 3 หรือสามารถปรึกษาและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ดังกล่าว โดยให้สถานพยาบาลนั้นแจ้งความประสงค์ต่อหน่วยงานสิทธิประโยชน์เพื่อขออนุมัติและลงทะเบียนสถานพยาบาลแต่ละแห่งเป็นกรณีไป โดยมีการลงทะเบียนสถานพยาบาลกับหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย
- สามารถตรวจหรือส่งตรวจ CD4 ปริมาณไวรัส (HIV viral load) และ HIV genotypic resistance ได้

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

3.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในอนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ หรือ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

3.2 ในกรณีที่สถานพยาบาลในข้อ 2 ไม่มีแพทย์ตามข้อที่ 3.1 ให้ผู้อำนวยการแต่งตั้งแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้ยาดังกล่าว โดยสามารถรับคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามข้อ 3.1 หรือจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับอนุมัติโดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินหรือรักษาต่อเนื่องโดยมีหนังสือส่งตัวจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา/เกณฑ์การวินิจฉัยโรค**

อนุมัติการใช้ยา DRV และ RAL เป็นยาทดแทนในการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีดื้อยา ดังนี้

4.1 ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>1</sup>

4.2 ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยจะรับประทานสูตรยาที่มี DRV และ RAL ได้อย่างสม่ำเสมอและมีความร่วมมือในการใช้ยาต่อเนื่อง (adherence) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

4.3 มีผลการตรวจปริมาณไวรัส (viral load) ในเลือด ยืนยันว่ามีการรักษาล้มเหลวโดยวัดปริมาณไวรัสได้มากกว่า 1,000 copies/ml

4.4 เกณฑ์สำหรับ DRV ต้องเป็นไปตามข้อ 4.4.1 หรือ 4.4.2

4.4.1 ผู้ป่วยดื้อต่อยา lopinavir/ritonavir (LPV/r) และ atazanavir/ritonavir (ATV/r) โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้ครบทุกข้อ

<sup>1</sup>ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษานี้ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้น ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- 1) เคยใช้ยาสูตร 2NRTIs + LPV/r หรือ 2NRTIs+ATV/r (nucleotide reverse transcriptase inhibitors 2 ชนิดร่วมกับ LPV/r หรือ ATV/r) มาก่อนอย่างน้อย 6 เดือน
  - 2) มีผลการตรวจการดื้อยา (genotype) ที่พบการดื้อยาทั้ง 3 กลุ่ม (NRTIs, NNRTIs, PIs) กลุ่มละอย่างน้อย 1 ชนิด โดยพิจารณาประวัติการดื้อยาของผู้ป่วยด้วย
  - 3) มีผลการตรวจการดื้อยา (genotype) ที่มีการดื้อยาในกลุ่ม PIs โดยมี major PIs mutations อย่างน้อย 1 mutation ได้แก่ D30N, V32I, M46I, M46L, I47A, I47V, G48V, I50L, I50V, I54L, I54M, Q58E, T74P, L76V, V82A, V82F, V82L, V82S, V82T, N83D, I84V, N88S, L90M
  - 4) มีผลตรวจที่พบว่าเชื้อไวรัสดื้อยา DRV
  - 5) ไม่ได้กำลังใช้หรือจะใช้ยาที่ห้ามใช้ร่วมกับ DRV เช่น carbamazepine, phenytoin, lovastatin, simvastatin, rifampicin, pimozide, ergot derivatives, midazolam, triazolam, cisapride, lopinavir, atazanavir
  - 6) ยังคงมียาในกลุ่มอื่นอีกอย่างน้อย 1 ชนิดที่เชื่อยังไวอยู่และสามารถใช้ร่วมกับ DRV ได้
- 4.4.2 ผู้ป่วยเกิดหรือเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา LPV/r และ ATV/r มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป<sup>2</sup> และไม่สามารถควบคุมด้วยวิธีการอื่นๆ ได้
- 4.5 เกณฑ์สำหรับ RAL
- 4.5.1 ต้องใช้ร่วมกับยา DRV เท่านั้น (ผ่านเกณฑ์ตามข้อ 4.4.1 หรือ 4.4.2 มาแล้ว)
  - 4.5.2 ไม่ได้กำลังใช้หรือจะใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้ร่วมกับยา RAL เช่น rifampicin, rifapentine
- 4.6 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ตามที่กำหนด<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำ

### 5.1 ขนาดยาที่แนะนำในผู้ใหญ่

#### 5.1.1 ขนาดยา DRV

ให้ยา DRV 600 มิลลิกรัมร่วมกับ ritonavir 100 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมงพร้อมอาหาร

ในกรณี 4.4.2 ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยา LPV/r และ ATV/r และยังไม่มีการดื้อยา PIs ให้ใช้ยา DRV 800 มิลลิกรัม(\*) ร่วมกับ ritonavir 100 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้งพร้อมอาหาร

#### หมายเหตุ

\* สามารถปรับขนาดยา DRV จากความแรง 600 mg ได้ ตามความเหมาะสมกับขนาดยาที่แนะนำ

ผู้ป่วยตับแข็ง

ไม่อนุมัติให้ใช้ในผู้ป่วยตับแข็งระยะกลางและระยะปลาย (Child Pugh class B, C)

ผู้ป่วยโรคไต

ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต

#### 5.1.2 ขนาดยา RAL

ให้ยา raltegravir 400 มิลลิกรัมรับประทานวันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมง

ผู้ป่วยตับแข็ง

ไม่อนุมัติให้ใช้ในผู้ป่วยตับแข็งระยะกลางและระยะปลาย (Child Pugh class B, C)

<sup>2</sup>การประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ ควรพิจารณาตาม Division of AIDS Table for Grading the Severity of Adult and Pediatric Adverse Events Version 1.0, December, 2004; Clarification August 2009

<sup>++</sup>โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)

## ผู้ป่วยโรคไต

ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต

### 5.2 ขนาดยาที่แนะนำในเด็ก

#### 5.2.1 ขนาดยา DRV

ตารางที่ 1 ขนาดและวิธีใช้ยา DRV ในเด็ก\* (อายุ 3 ปีขึ้นไปแต่ไม่เกิน 18 ปี)

น้ำหนัก(กิโลกรัม)	ขนาดและวิธีใช้ยา <sup>‡</sup>
10 ถึงไม่เกิน 12	darunavir 200 mg + ritonavir 50 mg หรือ 100 mg ทุก 12 ชั่วโมง พร้อมอาหาร
12 ถึงไม่เกิน 15	darunavir 300 mg + ritonavir 50 mg หรือ 100 mg ทุก 12 ชั่วโมง พร้อมอาหาร
15 ถึงไม่เกิน 30	darunavir 400 mg +ritonavir 50 mg หรือ 100 mg ทุก 12 ชั่วโมงพร้อมอาหาร
30 ถึงไม่เกิน 40	darunavir 450 mg + ritonavir 100 mg ทุก 12 ชั่วโมงพร้อมอาหาร
40 ขึ้นไป	darunavir 600 mg + ritonavir 100 mg ทุก 12 ชั่วโมงพร้อมอาหาร

<sup>‡</sup> สามารถปรับขนาดยา DRV จากความแรง 600 mg ได้ ตามความเหมาะสมกับขนาดยาที่แนะนำ

\* อ้างอิงจากผลการศึกษากลศาสตร์ในเด็กไทย และความแรงของยาที่จัดซื้อได้

#### 5.2.2 ขนาดยา RAL\*\*

ใช้ขนาด 400 มิลลิกรัมรับประทานวันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 12 ชั่วโมงในเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม

ในกรณีที่ต้องใช้ RAL ในเด็กที่น้ำหนักน้อยกว่า 25 กิโลกรัมให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

\*\*อ้างอิงตาม DHHS guideline

หมายเหตุ: ขนาดยา darunavir และ raltegravir ในเด็กอาจปรับตามความเหมาะสมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

## 6. การประเมินระหว่างการรักษา

### 6.1 การประเมินด้านประสิทธิภาพของการรักษา

6.1.1 ประเมินปริมาณไวรัสที่ 3-6 เดือน และ 1 ปีหลังเริ่มยา DRV หรือ RAL ถ้าปริมาณไวรัสน้อยกว่า 50 copies/mL ถือว่าไม่ดื้อยาถ้าปริมาณไวรัสมากกว่า 1,000 copies/mL ให้ส่งตรวจการดื้อยา DRV หรือ RAL ด้วย genotypic drug resistance assay

6.1.2 หลังจากปีที่ 1 ให้ตรวจ viral load ตามแนวทางของหน่วยงานสิทธิประโยชน์

### 6.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

การประเมินด้านความปลอดภัย ให้ใช้การตรวจติดตามตามแนวทางของแต่ละหน่วยงานสิทธิประโยชน์กำหนด

## 7. เกณฑ์การหยุดยา

7.1 ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไปและไม่สามารถควบคุมด้วยวิธีการอื่นๆ ได้

7.2 มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าเชื้อดื้อยา DRV หรือ RAL จากการตรวจด้วยวิธี genotypic assays

7.3 ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาต่อเนื่อง (adherence) ต่ำกว่าร้อยละ 90 โดยประเมินจากจำนวนวันที่ขาดยาหรือไม่กินยาต่อจำนวนวันของระยะเวลาที่จ่ายยาให้ครั้งล่าสุด เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยที่ทำให้ใช้ยาไม่ได้ต่อเนื่อง

## แนวทางการกำกับการใช้ยา Raltegravir (RAL)

ข้อบ่งใช้: ใช้ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก

(HIV-infected pregnant women who have high risk for Mother-To-Child HIV Transmission (MTCT))

### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

- 1.1 ขออนุมัติการใช้ยา raltegravir (RAL) จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์หลังการรักษา (post-authorization) โดยมีการลงทะเบียนกับหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่กระทรวงสาธารณสุขขอมอบหมาย
- 1.2 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรกที่ใช้ยากับผู้ป่วย

### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีสามารถใช้นี้ได้โดยให้ปฏิบัติตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของประเทศไทย

### 3. คุณสมบัติของแพทย์

- 3.1 อายุรแพทย์, สูติแพทย์ หรือกุมารแพทย์ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 3.2 แพทย์ทั่วไปที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และได้ลงทะเบียนหรือเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา RAL ในหญิงตั้งครรภ์กรณีดังนี้

- 4.1 หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป และยังไม่ได้รับยาต้านเอชไอวีในการตั้งครรภ์ครั้งนี้
- 4.2 หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ที่ได้รับยาต้านเอชไอวีในการตั้งครรภ์ครั้งนี้และยังตรวจพบระดับไวรัสในพลาสมา (plasma viral load) ตั้งแต่ 1,000 copies/mL ขึ้นไป

### 5. ขนาดยาที่แนะนำในหญิงตั้งครรภ์

ขนาดยา RAL 400 มิลลิกรัม กิน ทุก 12 ชั่วโมง โดยให้ร่วมกับยาต้านไวรัสสูตร 3 ตัวตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของประเทศไทย อาทิเช่น TDF/3TC/EFV หรือ AZT/3TC/LPV/r

### 6. การประเมินระหว่างการรักษา (ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย)

#### 6.1 หญิงตั้งครรภ์

- 6.1.1 กรณีที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสมาก่อนในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ไม่จำเป็นต้องดูผลปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดก่อนเริ่มยาต้านไวรัส และ แนะนำให้ตรวจปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดอย่างน้อย 1 ครั้งในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้

- 6.1.1.1 ได้รับยาไปแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป

หรือ

6.1.1.2 ในช่วงที่มากลอด

6.1.2 กรณีที่ได้รับยาต้านไวรัสมาก่อนในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ แนะนำให้ตรวจปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือดครั้งที่ 2 อย่างน้อย 1 ครั้งในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้

6.1.2.1 ได้รับยาไปแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป

**หรือ**

6.1.2.2 ในช่วงที่มากลอด

## 6.2 ทารกที่คลอดจากมารดา

ให้ประเมินตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย

## 7. เกณฑ์การหยุดยา

ให้หยุดยา raltegravir เมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์

แนวทางกำกับการใช้ยาการรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV รวมด้วย

1.genotype 1, 2, 4, 6 ด้วยยา Sofosbuvir/Ledipasvir (SOF/LDV) และ

2.genotype 3 ด้วยยา Sofosbuvir (SOF) ร่วมกับ Peginterferon alfa (ชนิด 2a หรือ 2b) และ Ribavirin

## 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

1.1 ขออนุมัติการใช้ยา Sofosbuvir/Ledipasvir (SOF/LDV) และ Sofosbuvir (SOF) ร่วมกับ Peginterferon alfa (ชนิด 2a หรือ 2b) และ Ribavirin จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) ทุกครั้ง โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

1.2 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรกที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่มีการใช้นี้ต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค คือ

- เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์ผู้รักษาตามคุณสมบัติตามข้อ 3 หรือสามารถปรึกษาและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ดังกล่าว โดยให้สถานพยาบาลนั้นแจ้งความประสงค์ต่อหน่วยงานสิทธิประโยชน์เพื่อขออนุมัติและลงทะเบียนสถานพยาบาลแต่ละแห่งเป็นกรณีไป โดยมีการลงทะเบียนสถานพยาบาลกับหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย
- สามารถตรวจหรือส่งตรวจ Hepatitis C virus (HCV) RNA / HCV Genotype ได้
- สามารถยืนยันภาวะพังผืดในตับด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้
  1. Liver biopsy โดยต้องมีผล histologic activity index (HAI) score หรือ Metavir score
  2. ตรวจหรือส่งตรวจวัดความยืดหยุ่นของตับ (liver stiffness) โดยเครื่อง transient elastography หรือ ultrasound elastography
  3. ตรวจเลือดหรือส่งตรวจเลือดวัดปริมาณพังผืดของตับ
- ในกรณีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ต้องสามารถตรวจหรือส่งตรวจ HIV RNA และ CD4 ได้โดยมีแพทย์ร่วมดูแลรักษาโรคติดเชื้อ HIV

## 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

3.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้รับหนังสืออนุมัติหรืออุทธรณ์จากแพทยสภาในสาขาผู้เชี่ยวชาญทางระบบทางเดินอาหาร หรือ

3.2 เป็นแพทย์อายุรกรรมที่ปฏิบัติงานด้านโรคระบบทางเดินอาหารไม่น้อยกว่า 5 ปี โดยได้รับการรับรองจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

## 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา Sofosbuvir/Ledipasvir (SOF/LDV) ในข้อบ่งใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง genotype 1, 2, 4, 6 และ Sofosbuvir (SOF) ร่วมกับ Peginterferon alfa (ชนิด 2a หรือ 2b) และ Ribavirin ใน

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการส่งยาบัญชี จ(2)

ข้อบ่งใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง genotype 3 ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยโดยมีเกณฑ์ครบทุกข้อตามข้อกำหนดดังต่อไปนี้

- 4.1 ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>1</sup>
  - 4.2 มี Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1
  - 4.3 ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่สมควรได้รับการรักษา ต้องมีคุณสมบัติทุกข้อต่อไปนี้
    - 4.3.1 ผู้ป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่ไม่เคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการรักษาด้วย peginterferon alfa (ชนิด 2a หรือ 2b) ร่วมกับ ribavirin แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาได้
    - 4.3.2 มีความเข้าใจและพร้อมที่จะรับการรักษา พร้อมทั้งต้องมีการลงลายมือชื่อในใบแนะนำการปฏิบัติตนในการใช้ยา
    - 4.3.3 มีอายุ 18-70 ปี
    - 4.3.4 HCV genotype 1, 2, 3, 4, 6 ที่มี HCV RNA ตั้งแต่ 5,000 IU/mL
    - 4.3.5 ตรวจพิสูจน์ว่ามีภาวะพังผืดในตับด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งดังต่อไปนี้
      - 1) ผลการเจาะตับพบว่ามี significant fibrosis (มากกว่าหรือเท่ากับ F2) (ค่า fibrosis score จาก Metavir มากกว่าหรือเท่ากับ F2)
      - 2) มีผล liver stiffness measurement ดังนี้
 

ที่	วิธีทดสอบ	score
1	transient elastography*	ตั้งแต่ 7.0 kPa
2	ultrasound elastography	ตั้งแต่ 7.1 kPa
3	Fibrosis marker panels**	โดยมีค่า Fibrosis มากกว่าหรือเท่ากับ F2
- \* ค่า transient elastography ที่ใช้ได้ต้องมี 10-valid measurement และค่า interquartile range (IQR) น้อยกว่า 30%
- \*\* Fibrosis marker panels หมายถึงค่าที่ได้จากการตรวจด้วย commercial kit tests
- 4.3.6 ผู้ป่วยมีค่า eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตรต่อนาที
- 4.4 ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นตับแข็ง โดยมีค่า Child-Pugh score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 และ MELD score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18
- 4.5 ต้องหยุดดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
- 4.6 ต้องงดใช้สารเสพติดทุกชนิดไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
- 4.7 ในกรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง คือ
  - 4.7.1 ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตร highly active antiretroviral therapy (HAART) ต้องมี CD4 มากกว่าหรือเท่ากับ 200 cell/mm<sup>3</sup> และ HIV viral load น้อยกว่า 50 copies/mL
  - 4.7.2 ผู้ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส ต้องมี CD4 มากกว่าหรือเท่ากับ 500 cell/mm<sup>3</sup>
- 4.8 ในกรณีมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (HBV infection) ร่วม ต้องได้รับการรักษา HBV infection ควบคู่กันด้วย

<sup>1</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้น ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ



4.9 ในกรณีมีโรคมะเร็งร่วมด้วยผู้ป่วยต้องผ่านการรักษาและพบว่าหายขาด และมีระยะเวลาปลอดโรคเกินกว่า 6 เดือน\*\*\*

(\*\*\*ปลอดโรค (Complete remission) เกินกว่า 6 เดือน คือ ต้องตรวจไม่พบรอยโรคเดิม รอยโรคใหม่และการกระจายของโรคไปยังตำแหน่งอื่นโดยชัดเจน และไม่มีข้อสงสัยในการวินิจฉัย)

4.10 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ตามที่กำหนด<sup>††</sup>

## 5.ข้อห้ามในการรักษา

5.1 ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (major depressive) ที่ยังควบคุมไม่ได้

5.2 ตั้งครรภ์หรือไม่เต็มใจที่จะยินยอมในการคุมกำเนิด

5.3 มีโรคประจำตัวที่ยังควบคุมรักษาไม่ได้ดี เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

        กลุ่มโปลิโอ โรคไทรอยด์เป็นพิษและ HIV ที่ยังมีการติดเชื้อฉวยโอกาสอยู่

5.4 เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง

5.5 ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด

5.6 ผู้ป่วยที่ยังใช้สารเสพติด

5.7 ในกรณีผู้ป่วยต้องได้รับยา Peginterferon alfa และ Ribavirin ต้องไม่มีข้อห้ามในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

5.7.1 มีประวัติแพ้ยา interferon และ ribavirin

5.7.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะได้แก่ ไต หัวใจ หรือ ปอด

5.7.3 ผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 2,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

5.7.4 ผู้ป่วยที่มีความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่า 9 กรัมต่อเดซิลิตร

5.7.5 ผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

## 6.สูตรการรักษาทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย

ระยะเวลาการรักษาให้นาน 12 สัปดาห์ สำหรับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทุกสายพันธุ์

6.1 สำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังสายพันธุ์ 3 (genotype 3) ทั้งในผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีตับแข็ง ให้ใช้สูตรยา

Sofosbuvir + Peginterferon alfa + Ribavirin

6.2 สำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังไม่ใช่สายพันธุ์ 3 (genotype 1, 2, 4, 6 )

6.2.1 ในผู้ป่วยที่ไม่มีตับแข็ง ให้ใช้สูตรยา Sofosbuvir/Ledipasvir

6.2.2 ในผู้ป่วยที่มีตับแข็ง ให้ใช้สูตรยา Sofosbuvir/Ledipasvir + Ribavirin

<sup>††</sup>โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

## 7.ขนาดยาที่แนะนำ

### ขนาดยาที่แนะนำ

- Sofosbuvir (SOF) 400 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 เม็ด
- Sofosbuvir (SOF) 400 มิลลิกรัม/Ledipasvir (LDV) 90 มิลลิกรัมรับประทานวันละ 1 เม็ด
- Peginterferon alfa 2a: 180 ไมโครกรัม ฉีดเข้าใต้หนัง (subcutaneous: SC) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร่วมกับการกินยา Ribavirin 800-1,400 มิลลิกรัมต่อวัน พร้อมอาหาร
- Peginterferon alfa 2b: 1.0-1.5 ไมโครกรัม/กิโลกรัม ฉีดเข้าใต้หนัง (SC) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร่วมกับการกินยา Ribavirin 800-1,400 มิลลิกรัมต่อวัน พร้อมอาหาร

### หมายเหตุ

- 1.ให้ระมัดระวังการใช้ยา Tenofovir ร่วมกับ Sofosbuvir/Ledipasvir (SOF/LDV) เนื่องจากสามารถเพิ่มระดับยา Tenofovir ในเลือดได้ดังนั้นแนะนำให้ติดตามผลข้างเคียงของยา Tenofovir อย่างใกล้ชิด หากพบปัญหาให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาปรับเปลี่ยนยาตามความเหมาะสม
- 2.เนื่องจากยาในกลุ่ม direct acting antivirals (DAAs) อาจเกิดอันตรกิริยากับยาในกลุ่มอื่นๆ ได้ ให้ตรวจสอบข้อมูลก่อนการใช้ยา

## 8.เกณฑ์การหยุดยา

### 8.1 ระยะเวลาของการรักษา

ได้รับการรักษาครบ 12 สัปดาห์

### 8.2 ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดใช้ยา เนื่องจากไม่สามารถทนผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา

Peginterferon alfa (ชนิด 2a หรือ 2b) หรือ Ribavirin ได้ซึ่งทำให้ต้องหยุดใช้ยานานกว่า 4 สัปดาห์ หรือจำเป็นต้องลดขนาดยา Peginterferon alfa (ชนิด 2a หรือ 2b) หรือ Ribavirin ลงมากกว่าร้อยละ 50

### 8.3 โรคร่วมเดิมที่เป็นอยู่กำเริบมากขึ้นจนไม่สามารถควบคุมได้

### 8.4 ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาที่ได้ลงลายมือชื่อไว้แล้วและแพทย์ผู้รักษาเห็นสมควร

### 8.5 ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างรับการรักษา

### หมายเหตุ

- 1.ห้ามเปลี่ยนชนิดยาระหว่าง Peginterferon alfa ชนิด 2a กับ Peginterferon alfa ชนิด 2b ในการรักษาผู้ป่วยรายเดียวกัน (เว้นแต่ไม่สามารถจัดหาชนิดเดิมให้ผู้ป่วยได้)
2. ดัชนีชี้ถึงผู้ป่วยที่มี F4 fibrosis จากการเจาะชิ้นเนื้อตับตรวจ หรือ transient elastography มากกว่า 12 kPa
- 3.ก่อนเริ่มการรักษาต้องตรวจสอบอันตรกิริยากับยาที่ผู้ป่วยใช้ร่วมอยู่ (สามารถตรวจสอบผ่านแอปพลิเคชัน เช่น liverpool HEP iChart เป็นต้น)

## 9.การประเมินผลการรักษา

ให้ประเมินผลการรักษาด้วยการตรวจ HCV RNA ด้วยวิธี quantitative ดังนั้นคือประเมินด้วย HCV RNA ที่ 12 สัปดาห์หลังหยุดการรักษา

## แนวทางการกำกับการใช้ยา Thyrotropin alfa ข้อบ่งใช้ well-differentiated thyroid cancer

### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

ขออนุมัติการใช้ยา Thyrotropin alfa จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) ทุกครั้ง โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยการให้เภสัชรังสีเพื่อทำ radio ablation และมีแพทย์เฉพาะทางตามทีระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

### 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาเวชศาสตร์นิวเคลียร์ หรืออนุสาขาย่อยศาสตร์ต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา thyrotropin alfa ในโรค well-differentiated thyroid cancer เพื่อเพิ่มระดับ TSH ในเลือดก่อนการรักษาโดยการทำลายเนื้อต่อมไทรอยด์หลังผ่าตัด (thyroid remnant ablation) ด้วย I-131 โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 ได้รับการวินิจฉัยแน่นอนว่าเป็น well-differentiated thyroid cancer โดยการตรวจทางพยาธิวิทยา

4.3 ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แบบ near total thyroidectomy เป็นอย่างน้อย

4.4 มีลักษณะตามเกณฑ์ต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ

4.4.1 มีภาวะต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ไม่สามารถหลั่ง TSH ให้มีระดับในเลือดสูงกว่า 25 มิลลิยูนิตต่อลิตรได้ ระดับ TSH ดังกล่าวให้วัดเมื่อหยุดยาฮอร์โมนไทรอยด์แล้วอย่างน้อย 3 สัปดาห์

4.4.2 เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติอาการกำเริบเมื่อมีภาวะขาดไทรอยด์ (hypothyroidism) โดยมีลายลักษณ์อักษรยืนยัน ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามมาตรฐานทางการแพทย์ และได้รับการรักษาด้วยยาทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท

4.4.3 ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดไทรอยด์ (hypothyroidism) แล้วเกิดความผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้จึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว และมี ejection fraction น้อยกว่า 50% หรือ ejection fraction ลดลง 10%

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- ความดันเลือดต่ำผิดปกติ เช่น Systolic blood pressure น้อยกว่า 90 mmHg ร่วมกับมีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นต้น
  - ระดับอิเล็กโทรไลต์ผิดปกติ เช่น hyponatremia (serum Na<sup>+</sup> น้อยกว่า 125 mmol/L), hyperkalaemia (serum K<sup>+</sup> มากกว่า 5 mmol/L)
- 4.4.4 ผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์รุนแรง (Zulewski score มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน) ระหว่างการรักษาด้วย I-131 และมีระดับ TSH ในเลือดน้อยกว่า 25 มิลลิยูนิตต่อลิตร
- 4.4.5 ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ที่มีโรคกระดูกพรุนหรือกระดูกหักหรือกระดูกอ่อนนอกต่อมไทรอยด์
- 4.6 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำ

ให้ฉีด thyrotropin alfa 0.9 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อบริเวณสะโพก 2 ครั้ง ห่างกัน 24 ชั่วโมง

## 6. ระยะเวลาในการรักษาและเกณฑ์การหยุดยา

- 6.1 ให้ทำการประเมินหลังได้รับยาครั้งแรกภายใน 6 - 12 เดือน หากพบว่ายังมี thyroid remnant เหลืออยู่สามารถให้ยาซ้ำได้ไม่เกิน 1 ครั้ง
- 6.2 ให้หยุดใช้ยาเมื่อเกิดผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่แพทย์ผู้รักษาพิจารณาแล้วเห็นว่าเกิดผลเสียมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาเจียนรุนแรง hypersensitivity เป็นต้น

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)

## แนวทางกำกับการใช้ยา Gonadotrophin-releasing hormone (GnRH) analogues ข้อบ่งใช้ภาวะ central (gonadotrophin dependent) precocious puberty

### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

ขออนุมัติการใช้ยา GnRH analogues จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) การอนุมัติแต่ละครั้งมีระยะเวลา 12 เดือน เมื่อครบกำหนดให้ขออนุมัติใหม่ทุกครั้ง โดยขออนุมัติในกำหนดเวลาไม่เกิน 60 วัน หลังจากวันครบกำหนด เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

### 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในอนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา GnRH analogues ในภาวะ central (gonadotrophin dependent) precocious puberty โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้ครบทุกข้อ

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น central precocious puberty ที่มีการพัฒนาทางเพศทุติยภูมิ (secondary sex characteristics) ก่อนอายุ 8 ปีในเด็กหญิง หรือก่อนอายุ 9 ปีในเด็กชาย

4.3 มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครบทุกข้อ ดังต่อไปนี้

4.3.1 ระดับ luteinizing hormone (LH) มีระดับสูงเหมือนเด็กเริ่มเข้าสู่วัยหนุ่มสาว (pubertal LH level) กล่าวคือ

- มี basal LH มากกว่า 0.3-0.5 IU/L หรือ

- peak LH หลังกระตุ้นด้วย gonadotrophin-releasing hormone (GnRH) มากกว่า 6 IU/L (ICMA) หรือมากกว่า 10 IU/L (RIA) หรือ

- ระดับ LH/FSH หลังกระตุ้นด้วย GnRH มากกว่า 0.6 (ICMA) หรือมากกว่า 1.0 (RIA)

4.3.2 อายุกระดูกล้ำหน้ามากกว่าอายุจริง (advanced bone age) กล่าวคือ มีอายุกระดูกมากกว่า 1.0 SD ของอายุตามปฏิทิน

4.3.3 ผลการทำ MRI ของสมองและต่อมใต้สมอง โดยพิจารณาทำ MRI ในเด็กชายทุกรายและเด็กหญิงที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อยกว่า 7 ปี หรือเด็กหญิงที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุมากกว่า 7 ปีและตรวจร่างกายพบสิ่งผิดปกติทางระบบประสาท

หมายเหตุ อาจเพิ่มผลการตรวจอื่นได้ตามความจำเป็นเช่น ultrasound pelvis ในเพศหญิง

4.4 อายุที่เริ่มใช้ยา GnRH analogues ในเด็กหญิงไม่มากกว่า 11 ปี หรือเด็กชายไม่มากกว่า 12 ปี

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

4.5 ไม่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาซ้ำมาก กล่าวคือ อายุกระดูกมากกว่า 12.5 ปี ในเด็กหญิง หรือมากกว่า 14 ปี ในเด็กชาย เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานยืนยันว่าการใช้ยาในขณะที่ยากระดูกเจริญมากแล้ว จะช่วยให้ความสูงสุดท้ายเพิ่มขึ้น

4.6 มีการรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ (2) ที่ขออนุมัติใช้ยากับผู้ป่วยตามที่ระบุไว้ในข้อ 1<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการให้ยา

### 5.1 ขนาดยาที่แนะนำให้ใช้

Leuporelin acetate 11.25 มิลลิกรัม IM ทุก 12 สัปดาห์ หรือ

Triptorelin pamoate 11.25 มิลลิกรัม IM ทุก 12 สัปดาห์

5.2 หลังจากใช้ยาไปแล้ว 3-6 เดือน หากขนาดยาดังกล่าวไม่สามารถลดระดับฮอร์โมนลงได้ (peak LH หลังฉีดยา 1-2 ชั่วโมง ควรน้อยกว่า 3-4 IU/L) ให้ปรับขนาดยาเพิ่มได้เป็น 22.5 มิลลิกรัม ทุก 12 สัปดาห์

## 6. การประเมินผลการรักษา

### 6.1 การประเมินด้านประสิทธิผลของการรักษา

ให้ประเมินจากการตรวจทางคลินิกในทุกครั้งที่มารับยา (ทุก 12 สัปดาห์) ดังนี้

6.1.1 เด็กหญิง ประเมินจากการตรวจทางคลินิกแล้วไม่มีการขยายตัวของเต้านม ไม่มีตกขาว ไม่มี growth spurt หรือไม่มีอัตราความสูงเพิ่มขึ้นเร็วเหมือนเด็กวัยรุ่น

6.1.2 เด็กชาย ประเมินจากการตรวจทางคลินิกแล้วไม่มีการขยายตัวของอวัยวะเพิ่มขึ้น ไม่มี growth spurt หรือไม่มีอัตราความสูงเพิ่มขึ้นเร็วเหมือนเด็กวัยรุ่น

6.1.3 หากมีลักษณะของ puberty คือ ในเด็กหญิงพบการขยายตัวของเต้านม มีตกขาว หรือในเด็กชายพบอวัยวะขยายตัว หรือมีความสูงเพิ่มขึ้นเร็วเหมือนเด็กวัยรุ่น (ทั้งในเด็กหญิงและเด็กชาย) ต้องมีการเจาะระดับฮอร์โมน LH, FSH, Estradiol (ในเด็กหญิง) หรือ testosterone (ในเด็กชาย) หากผลการตรวจ peak LH หลังฉีดยา 1-2 ชั่วโมง สูงกว่า 3-4 IU/L ให้ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นตามข้อ 5.2

### 6.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

6.2.1 ติดตามผื่นแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้น หากพบให้เปลี่ยนตัวยา

6.2.2 ติดตามการเกิด sterile abscess บริเวณที่ฉีดยา หากพบให้เปลี่ยนตัวยา

## 7. เกณฑ์การหยุดยา

การหยุดยาให้พิจารณาอายุกระดูกเป็นหลัก คือให้หยุดยาเมื่ออายุกระดูก (bone age) 12-13 ปี ในเด็กหญิง หรือ 13.5-14.5 ปี ในเด็กชาย (อาจหยุดยาเมื่ออายุกระดูกน้อยกว่านี้ หากความสูงสุดท้ายจากการคำนวณใกล้เคียงปกติตามศักยภาพของพันธุกรรม) โดยอายุจริง (chronological age) ควรมากกว่า 9 ปีขึ้นไปในเด็กหญิง และมากกว่า 10 ปีขึ้นไปในเด็กชาย (เนื่องจากต้องพิจารณาในด้านความพร้อมของร่างกาย จิตใจ หรือ maturity ของเด็กด้วย)

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

**แนวทางการกำกับการใช้ยา Docetaxel**  
**ข้อบ่งใช้มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นหรือระยะลุกลาม เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

1.1 ขออนุมัติการใช้ยา docetaxel จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

1.2 การกรอกแบบฟอร์มการอนุมัติใช้ยา docetaxel

1.2.1 กรณีมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ใช้เป็น Adjuvant therapy ระบบจะอนุมัติ 4 cycle ในครั้งเดียว

1.2.2 กรณีมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย (metastatic breast cancer) หรือระยะลุกลามเฉพาะที่ (locally advanced breast cancer) ระบบจะอนุมัติครั้งละ 3 cycle และส่งข้อมูลการประเมินผลการรักษาและผลข้างเคียงจากยาก่อนการใช้ยา cycle ที่ 4 และ 7 ระบบจะใช้เวลาในการอนุมัติประมาณ 7 วัน

1.3 ให้มีการกรอกแบบฟอร์มประเมินผลและยกเลิกการใช้ยาตามแบบฟอร์มที่กำหนด

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

เป็นแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา หรือสาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หรืออนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ยา docetaxel ในโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นหรือระยะลุกลาม เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพร่างกายดีพอสมควรคือมี Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 2 (หรือมี ECOG 0-2)

4.3 กรณีมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ใช้เป็น adjuvant therapy ตามเงื่อนไขทั้งสองข้อต่อไปนี้

4.3.1 ใช้กับผู้ป่วยที่มี left ventricular ejection fraction น้อยกว่า 50% หรือเคยได้รับ anthracycline มาก่อน

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

4.3.2 ใช้กับผู้ป่วยที่มีการกระจายของโรคไปต่อมน้ำเหลือง (node positive) หรือ ผู้ป่วยที่ไม่มีการกระจายของโรคไปต่อมน้ำเหลือง (node negative) แต่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ St. Gallen consensus 1998 ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- มีขนาดก้อนเนื้ออกมากกว่า 2 เซนติเมตร
- มีผลการตรวจ hormone receptor เป็นลบ (ER and PR-negative)
- มี tumor histologic grade 2 หรือ 3
- มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

4.4 กรณีมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย (metastatic breast cancer) หรือระยะลุกลามเฉพาะที่ (locally advanced breast cancer) ใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษา ตามเงื่อนไขทั้งสองข้อต่อไปนี

4.4.1 ผู้ป่วยมี left ventricular ejection fraction น้อยกว่า 50% หรือเคยได้รับ anthracycline มาก่อน

4.4.2 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา paclitaxel หรือมีโรคกลับเป็นซ้ำหลังได้ adjuvant paclitaxel ภายในระยะเวลา 1 ปี

4.5 การใช้ยาซ้ำหลังจากได้รับการรักษาตามแนวทางข้อ 4.4 ในกรณีที่เคยตอบสนองชนิด partial response หรือ stable disease (non-measurable disease เช่น bone metastasis) และโรคกลับเป็นซ้ำหลังหยุดยาอย่างน้อย 3 เดือน สามารถให้ยาซ้ำได้

สามารถใช้ยาซ้ำตามแนวทางข้อ 4.4 ได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยตอบสนองชนิด partial response หรือ stable disease (non-measurable disease เช่น bone metastasis) และโรคกลับเป็นซ้ำหลังหยุดยาอย่างน้อย 3 เดือน

4.6 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2)<sup>++</sup> ตามรายละเอียดในข้อ 1

## 5. ขนาดยาที่แนะนำ

5.1 กรณีมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

ขนาดยาที่แนะนำคือ docetaxel 75 mg/m<sup>2</sup> ร่วมกับ cyclophosphamide 600 mg/m<sup>2</sup> ทางหลอดเลือดดำ ทุก 3 สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง (cycle)

5.2 กรณีมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายหรือระยะลุกลามเฉพาะที่

ขนาดยาที่เหมาะสมสำหรับคนไทยคือ 75 mg/m<sup>2</sup> (ขนาดยาโดยทั่วไปคือ 60-100 mg/m<sup>2</sup>) ทางหลอดเลือดดำ โดยใช้เวลานานกว่า 1 ชั่วโมง (หยุดยาทันทีที่มีผลข้างเคียงรุนแรงเกิดขึ้น) ให้ยาเป็น cycle ห่างกันครั้งละ 3 สัปดาห์

### หมายเหตุ

- 1) ควรให้ dexamethasone ก่อนและหลังการให้ docetaxel เพื่อลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะคั่งน้ำ (fluid retention) และแอนาฟิแล็กซิส
- 2) การให้ยาในขนาดสูงมีผลต่อการตอบสนองของเนื้องอก (tumor response) โดยมีอุบัติการณ์ของผลข้างเคียงเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีผลต่อช่วงเวลาที่โรคสงบ (time to tumor progression, TTP) และอัตราการอยู่รอดโดยรวม (overall survival)

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)



## 6. ระยะเวลาในการรักษาและเกณฑ์การหยุดยา

### 6.1 กรณีมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

ให้ยาตามขนาดยาที่แนะนำเป็น cycle ทุก 3 สัปดาห์รวม 4 cycle เท่านั้น

### 6.2 กรณีมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายหรือระยะลุกลามเฉพาะที่

6.2.1 ให้ยาจนผู้ป่วยมี maximum response (ก้อนเนื้อมะเร็งไม่ยุบต่อไปอีกแล้ว) แล้วให้เพิ่มได้อีก 1-2 cycle

6.2.2 ให้ใช้ยา 6-8 cycle

6.2.3 กรณีที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาได้ดี ควรจะหยุดยา (drug holiday) หลังได้รับยาครบ 6-8 cycle แล้วให้ยาใหม่เมื่อโรคกลับมาใหม่ หรือลุกลามมากขึ้น

**แนวทางกำกับการใช้ยา Docetaxel**  
**ข้อบ่งใช้ มะเร็งปอดชนิด non-small cell ระยะลุกลาม**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

ขออนุมัติการใช้ยา docetaxel จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) ทุกครั้ง โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา หรือสาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หรืออนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ยา docetaxel ในโรคมะเร็งปอดชนิด non-small cell ระยะลุกลาม โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 ใช้เป็นยาสูตรที่สองหลังจากใช้ยา platinum ไม่ได้หรือไม่ได้ผล

4.3 ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพร่างกายดีมาก คือมี Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1 (หรือมี ECOG 0-1) ดังรายละเอียดด้านล่าง

**ECOG PERFORMANCE STATUS SCALE**

SCALE	DESCRIPTION OF SCALE
0	ASYMPTOMATIC NORMAL ACTIVITY.
1	SYMPTOMATIC ; AMBULATORY ABLE TO CARRY OUT ACTIVITY OF DAILY LIVING.
2	SYMPTOMATIC; IN BED LESS THAN 50% OF THE DAY ; OCCASIONALLY NEED NURSING CARE.
3	SYMPTOMATIC ; IN BED MORE THAN 50% OF THE DAY ; NEED NURSING CARE.
4	BED RIDDEN MAY NEED HOSPITALISATION.

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

4.4 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่จะใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการให้ยา

60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร ให้ยาทางหลอดเลือดดำโดยใช้เวลานานกว่า 1 ชั่วโมง (หยุดยาทันทีที่มีผลข้างเคียงรุนแรงเกิดขึ้น) ให้ยาเป็น cycle ห่างกันครั้งละ 3 สัปดาห์

ควรให้ dexamethasone เป็น pre-medication ในผู้ป่วยทุกรายเพื่อลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะคั่งน้ำ (fluid retention) และแอนาฟิแล็กซิส

หมายเหตุ การให้ยาในขนาดสูงกว่าที่แนะนำเพิ่มผลข้างเคียงและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

## 6. ระยะเวลาในการรักษา

6.1 โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้ยา 4 cycle

6.2 ให้ใช้ยาได้สูงสุดไม่เกิน 6 cycle

---

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับการดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

## แนวทางกำกับการใช้ยา Docetaxel

### ข้อบ่งใช้ มะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจาย

#### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

ขออนุมัติการใช้ยา docetaxel จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) ทุกครั้ง) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

#### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

#### 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา หรือสาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หรืออนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

#### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา docetaxel ในโรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจาย โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาฮอร์โมนแล้ว

4.3 ให้ใช้ร่วมกับ prednisolone

4.4 ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพร่างกายดีมาก คือมี Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1 (หรือมี ECOG 0-1) ดังรายละเอียดด้านล่าง

#### ECOG PERFORMANCE STATUS SCALE

SCALE	DESCRIPTION OF SCALE
0	ASYMPTOMATIC NORMAL ACTIVITY.
1	SYMPTOMATIC; AMBULATORY ABLE TO CARRY OUT ACTIVITY OF DAILY LIVING.
2	SYMPTOMATIC; IN BED LESS THAN 50% OF THE DAY ; OCCASIONALLY NEED NURSING CARE.
3	SYMPTOMATIC ; IN BED MORE THAN 50% OF THE DAY ; NEED NURSING CARE.
4	BED RIDDEN MAY NEED HOSPITALISATION.

4.5 ภายหลังหยุดยาหากโรคกลับมา ไม่แนะนำให้ใช้ยาอีก

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

4.6 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ให้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการให้ยา

60-75 มิลลิกรัมต่อพื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร ให้ยาทางหลอดเลือดดำโดยใช้เวลานานกว่า 1 ชั่วโมง (หยุดยาทันทีที่มีผลข้างเคียงรุนแรงเกิดขึ้น) ให้ยาเป็น cycle ห่างกันครั้งละ 3 สัปดาห์ โดยให้ร่วมกับ prednisolone 5 มิลลิกรัม ให้ยาทางปากวันละ 2 ครั้ง ทุกวันตลอดช่วงของการรักษา

ควรให้ dexamethasone เป็น pre-medication ในผู้ป่วยทุกรายเพื่อลดอุบัติการณ์ความรุนแรงของภาวะคั่งน้ำ (fluid retention) และแอนาฟิแล็กซิส

หมายเหตุ การให้ยาลดต่ำกว่าที่แนะนำไม่เพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

## 6. ระยะเวลาในการรักษา

ให้ใช้ยาได้สูงสุดไม่เกิน 6 cycle

---

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับการดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)

**แนวทางกำกับการใช้ยา Imatinib mesilate**  
**ข้อบ่งใช้ gastrointestinal stromal tumors (GISTs) ระยะลุกลามหรือมีการกระจายของโรค**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

ขออนุมัติการใช้ยา imatinib mesilate จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) ทุกครั้ง โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยสามารถวัดขนาดของเนื้องอกได้ด้วยรังสีวินิจฉัยที่แม่นยำ เช่น computerized tomography (CT) หรือ magnetic resonance imaging (MRI) รวมทั้งมีแพทย์เฉพาะทางตามทีระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา หรือ อนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยาซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ได้รับการอนุมัติในข้อ 2

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ยา imatinib mesilate ในโรค GISTs โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น GISTs (gastrointestinal stromal tumors) ที่มี Kit (CD117) ให้ผลบวก

4.3 เป็นโรคระยะลุกลามที่ผ่าตัดไม่ได้ หรือมีการกระจายของโรค

4.4 ไม่อนุมัติให้มีการใช้ยา imatinib mesilate ต่อไป และให้พิจารณาการรักษาในแนวทางอื่น เมื่อมี progressive disease อย่างชัดเจน

4.5 มีการรอกแบบฟอร์มที่กำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>††</sup>

**5. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการให้ยา**

5.1 400 มิลลิกรัมต่อวัน

5.2 ไม่อนุมัติให้มีการใช้ยา imatinib mesilate เกินกว่าขนาดที่แนะนำ (400 มิลลิกรัมต่อวัน) แม้ว่าการให้ยาไม่ได้ผลหรือโรคลุกลามขึ้นขณะให้ยาที่ 400 มิลลิกรัมต่อวัน

**6. การประเมินผลการรักษา**

6.1 ประเมินผลการรักษาทุก 12 สัปดาห์ ด้วยรังสีวินิจฉัยที่สามารถวัดขนาดของเนื้องอกได้ เช่น computerized tomography (CT) หรือ magnetic resonance imaging (MRI)

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

<sup>††</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

- 6.2 ควรระบุผลการตอบสนองด้วย SWOG (south west oncology group) หรือ RECIST (response evaluation criteria in solid tumor) criteria ว่าเป็น
- ก. โรครหายไปหมด (complete) หรือ
  - ข. รักษาหายไปบางส่วน (partially response) หรือ
  - ค. คงที่ (stable) ตาม SWOG (Southwest Oncology Group) หรือ RECIST criteria
- 6.3 ในกรณีที่ผลการตรวจทางรังสีวิทยาพบว่ามีรอยโรคขนาดใหญ่ขึ้นเพียงตำแหน่งเดียว (ไม่เกิน 25%) ในขณะที่ตำแหน่งอื่นเล็กลง หรือคงที่ แพทย์ผู้รักษาสสามารถพิจารณาหยุดยา หรือให้ยาต่ออีก 2 เดือน และทำการตรวจซ้ำเพื่อความชัดเจนว่าเป็น stable disease หรือ progressive disease

**แนวทางกำกับการใช้ยาในกลุ่ม tyrosine kinase inhibitors  
(TKIs: imatinib, nilotinib และ dasatinib)  
ข้อบ่งใช้ chronic myeloid leukemia (CML)**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

1.1 ขออนุมัติการใช้ยาในกลุ่ม TKIs จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (Pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

1.2 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรก (อนุมัติให้ใช้เป็นเวลา 90 วัน) และครั้งต่อไปทุกๆ 180 วัน

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

2.1 เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรคดังนี้

2.1.1 สามารถตรวจหรือส่งตรวจหา Philadelphia chromosome (t(9;22)(q34;q11))

(Ph chromosome) โดยวิธี quantitative chromosome study ได้

2.1.2 สามารถตรวจหรือส่งตรวจหา BCR-ABL fusion gene ด้วยวิธี Polymerase chain reaction (PCR) หรือ Fluorescence in situ hybridization (FISH) ที่มีมาตรฐานได้

2.1.3 สามารถตรวจหรือส่งตรวจหาจำนวนของ BCR-ABL mRNA โดยวิธี real-time quantitative PCR (RQ-PCR) และรายงานผลอัตราส่วนของ BCR-ABL ต่อ ABL เป็น International Scale

2.2 มีแพทย์เฉพาะทางตามทีระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นซึ่งพร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทย์สภาในสาขาโลหิตวิทยา หรือ อายุรศาสตร์ โรคเลือด หรือ กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด หรือ สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ได้รับการอนุมัติในข้อ 2

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ยาในกลุ่ม TKIs ใน chronic myeloid leukemia (CML) ตามเกณฑ์ครบทุกข้อ ดังนี้

4.1 ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>1</sup>

4.2 ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพร่างกายดีพอสมควรคือมี Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 2 (หรือมี ECOG 0-2) ในกรณีที่ ECOG performance status 3-4 นั้น ต้องเป็นผลจากโรค CML เอง (ที่ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น)

4.3 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น CML โดยต้องตรวจพบข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้

4.3.1 มี Philadelphia chromosome positive (Ph+) โดยการตรวจด้วยวิธี quantitative chromosome study หรือ

<sup>1</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษามองว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้น ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ



4.3.2 มี BCR-ABL gene positive โดยการตรวจด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) หรือ fluorescence in situ hybridization (FISH)

4.4 อนุมัติให้ใช้ยาในกลุ่ม TKIs ตามลำดับ ดังนี้

4.4.1 กรณี chronic phase ให้ใช้ imatinib เป็นลำดับแรก nilotinib เป็นลำดับที่ 2 และ dasatinib เป็นลำดับที่ 3

4.4.2 กรณี accelerated phase ให้ใช้ imatinib เป็นลำดับแรก nilotinib เป็นลำดับที่ 2 และ dasatinib เป็นลำดับที่ 3

4.4.3 กรณี blastic phase ให้ใช้ imatinib เป็นลำดับแรก และ dasatinib เป็นลำดับที่ 2

หมายเหตุ: ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ใช้ยาในปัจจุบันตามเกณฑ์ ก่อนเปลี่ยนไปใช้ยาเป็นลำดับถัดไป ต้องส่งตรวจ BCR-ABL mutation ก่อน

4.5 อนุมัติให้ใช้ยาลำดับถัดไป เมื่อผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

4.5.1 ผู้ป่วยต้องอยู่ลำดับแรก (maximum dose) ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) ตรวจพบยีน mutation ที่ดื้อต่อยา
- 2) ใช้ยาดื้อต่อกัน 3 เดือน แล้ว ยังไม่พบ complete hematologic response (CHR) หรือ Ph+ >95%
- 3) ใช้ยาดื้อต่อกัน 6 เดือน แล้ว BCR-ABL gene >10% หรือ Ph+ >35%
- 4) ใช้ยาดื้อต่อกัน 12 เดือน แล้ว ไม่เกิด complete cytogenetic response (Ph+ >0% หรือ BCR-ABL gene >1%)
- 5) เกิดสัญญาณ complete hematologic response
- 6) หลังจากได้ complete cytogenetic response แล้ว เกิดภาวะ cytogenetic relapse หรือ BCR-ABL gene > 1% สองครั้งต่อเนื่องกัน โดยห่างประมาณ 2 เดือน
- 7) เกิดโครโมโซมผิดปกติอื่นขึ้นในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive
- 8) โรคกำเริบจากระยะ chronic ไปสู่ระยะ accelerated หรือ blast crisis

4.5.2 ผู้ป่วยที่ดื้อยาลำดับที่ 2 ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) ตรวจพบยีน mutation ที่ดื้อต่อยา
- 2) ใช้ยาดื้อต่อกัน 3 เดือน แล้ว ยังไม่พบ complete hematologic response (CHR) หรือ Ph+ >95%
- 3) ใช้ยาดื้อต่อกัน 6 เดือน แล้ว BCR-ABL gene >10% หรือ Ph+ >65%
- 4) ใช้ยาดื้อต่อกัน 12 เดือน แล้ว BCR-ABL gene >10% หรือ Ph+ >35%
- 5) เกิดสัญญาณ complete hematologic response
- 6) หลังจากได้ complete cytogenetic response แล้ว เกิดภาวะ cytogenetic relapse หรือ BCR-ABL gene > 1% สองครั้งต่อเนื่องกัน โดยห่างประมาณ 2 เดือน
- 7) เกิดโครโมโซมผิดปกติอื่นขึ้นในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive

หมายเหตุ : กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากการตรวจพบเฉพาะ BCR-ABL gene โดยที่ตรวจไม่พบ Philadelphia chromosome ให้ประเมินการตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธี RQ-PCR for BCR-ABL gene เท่านั้น

4.5.3 ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อยาที่กำลังใช้อยู่ ตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) แม้ว่าปรับขนาดยาตามแนวทางการใช้ยาแล้ว ยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบเลือด ที่มีความรุนแรงระดับ 4 ติดต่อกันนาน อย่างน้อย 7 วัน หรือ
- 2) แม้ว่าปรับขนาดยาตามแนวทางการใช้ยาแล้ว ยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่ใช่ต่อระบบเลือด โดยมีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป นาน 1 เดือน หรือ เกิดอาการไม่พึงประสงค์เดียวกันที่มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไปซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง

4.6 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ตามที่กำหนด<sup>++</sup>

## 5 ขนาดยาและวิธีการให้ยา

ขนาดยาในกลุ่ม TKIs ในผู้ป่วย CML ระยะต่างๆ มีรายละเอียดการให้ยา ดังตารางที่ 2  
ตารางที่ 2 ขนาดยาในกลุ่ม TKIs ที่แนะนำในผู้ป่วย CML ระยะต่างๆ

No.	CML phase	ขนาดยาต่อวัน (mg)		
		<i>Imatinib</i>	<i>Nilotinib</i>	<i>Dasatinib</i>
1	Chronic	400 (up to 800)	800	70-100
2	Accelerated	600 (up to 800)	800	140 (up to 180)
3	Blast crisis	600 (up to 800)	-	140 (up to 180)

หมายเหตุ:

- ห้ามหัก เคี้ยว หรือบดเม็ดยา
- รับประทานยาในช่วงเวลาเดียวกันของทุกๆ วัน
- กรณี *imatinib* 400 - 600 mg และ *dasatinib* 70-140 mg ให้ยารวันละครึ่ง
- กรณีผู้ป่วยใช้ยา *imatinib* วันละ 400 mg แล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ สามารถปรับลดขนาดยาลงเหลือวันละ 300 mg แต่ไม่แนะนำให้ใช้ยาลดต่ำกว่าวันละ 300 mg
- กรณี *nilotinib* ขนาด 800 mg แบ่งให้ครั้งละ 400 mg ทุก 12 ชั่วโมง
- กรณีผู้ป่วยใช้ยา *nilotinib* วันละ 800 mg แล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ สามารถปรับลดขนาดยาลงเหลือวันละ 600 mg โดยทางปฏิบัติสามารถบริหารยาแบบ เข้า 400 mg และเย็น 200 mg ได้
- ขนาดยาในเด็กอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

## 6 การประเมินระหว่างการรักษา

### 6.1 การประเมินด้านประสิทธิภาพของการรักษา

- 6.1.1 ตรวจ CBC ทุก 1 เดือน ใน 3 เดือนแรก จนกว่าจะได้ complete hematologic response หลังจากนั้นทุก 3-6 เดือน
- 6.1.2 ตรวจ cytogenetic และ/หรือ BCR-ABL gene โดย RQ-PCR
  - 1) ตรวจ chromosomal cytogenetic เพื่อประเมิน cytogenetic response ทุก 6 เดือน จนกว่าจะได้ complete cytogenetic response หลังจากนั้นตรวจประเมินทุก 1 ปี และตรวจเมื่อสงสัยว่าสูญเสียการตอบสนองต่อการรักษา (hematologic หรือ cytogenetic relapse)

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

2) ตรวจ BCR-ABL gene โดย RQ-PCR ทุก 6 เดือน

## 6.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

6.2.1 ให้มีการตรวจเพื่อติดตามความปลอดภัยตามรายการดังต่อไปนี้ทุกครั้งที่มีการเริ่มใช้ยาชนิดใหม่

- 1) ตรวจ BUN/Cr , electrolyte , LFT, calcium, phosphate , magnesium ทุก 1 เดือนเป็นเวลา 3 เดือน หลังจากนั้นให้ตรวจทุก 3 เดือน
- 2) ตรวจ FBS ทุก 1 เดือนเป็นเวลา 3 เดือน หากปกติหลังจากนั้นให้ตรวจปีละ ครั้ง
- 3) ตรวจ Lipid panel ทุก 6 เดือนเป็นเวลา 1 ปี หากปกติหลังจากนั้นให้ตรวจปีละครั้ง
- 4) ตรวจ EKG และ serum TSH ปีละ ครั้ง
- 5) ผู้ป่วยที่ได้รับยา nilotinib ให้ตรวจ serum amylase ทุก 1 เดือนเป็นเวลา 3 เดือน หลังจากนั้นให้ตรวจทุก 3-6 เดือน

6.2.2 กรณีมีภาวะ neutropenia หรือ thrombocytopenia หรือ ผลการตรวจตามข้อ 6.2.1 ผิดปกติ ให้ทำการปรับขนาดยาที่ใช้ หรือหยุดยาชั่วคราวตามแนวทางการปรับขนาดยาตามเอกสารกำกับยา

## 7 เกณฑ์การหยุดยา

ให้หยุดยาลำดับสุดท้ายในกลุ่ม TKIs เมื่อตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 7.1 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ terminally ill
- 7.2 ตรวจพบยีน mutation ที่ดื้อต่อยาที่ใช้อยู่ (กรณีตรวจพบ T315I mutation ให้หยุดการใช้ยาทั้ง imatinib, nilotinib และ dasatinib ไม่ว่าในขณะนั้นใช้ยาชนิดใดอยู่)
- 7.3 ใช้ยาดื้อต่อกัน 3 เดือน แล้ว ยังไม่พบ complete hematologic response (CHR) หรือ Ph+ >95%
- 7.4 ใช้ยาดื้อต่อกัน 6 เดือน แล้ว BCR-ABL gene >10% หรือ Ph+ >65%
- 7.5 ใช้ยาดื้อต่อกัน 12 เดือน แล้ว BCR-ABL gene >10% หรือ Ph+ >35%
- 7.6 เกิดสูญเสียภาวะ complete hematologic response
- 7.7 หลังจากได้ complete cytogenetic response แล้ว เกิดภาวะ cytogenetic relapse หรือ BCR-ABL gene > 1% สองครั้งต่อเนื่องกัน โดยห่างประมาณ 2 เดือน
- 7.8 เกิดโครโมโซมผิดปกติอื่นขึ้นในเซลล์ที่มี Philadelphia chromosome positive
- 7.9 โรคกำเริบจากระยะ chronic ไปสู่ระยะ accelerated หรือ blast crisis
- 7.10 ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ โดยยึดตามเกณฑ์เดียวกับข้อ 4.5.3

## แนวทางการกำกับการใช้ยา Trastuzumab

### ข้อบ่งใช้มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

#### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

1.1 ขออนุมัติการใช้ยา trastuzumab จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

1.2 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรกที่จะใช้ยากับผู้ป่วย และครั้งต่อไป (ในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12) และรายงานผลทางสุขภาพทุก 1 ปี เป็นเวลา 10 ปี นับจากวันที่ขออนุมัติการใช้ยา

#### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

2.1 เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการเตรียมยาและให้ยาเคมีบำบัดจนครบสูตรมาตรฐานแก่ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม

2.2 เป็นสถานพยาบาลที่สามารถส่งชิ้นเนื้อไปยังห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา (ให้รับส่งภายใน 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด) และมีการตรวจพยาธิวิทยาโดยการย้อม immunohistochemistry ในขั้นตอนแรก และมีผลการตรวจชิ้นเนื้อจาก paraffin block ด้วยวิธี in situ hybridization เช่น Fluorescence in situ hybridization (FISH) หรือ Dual-color in-situ hybridization (DISH) เพื่อสนับสนุนผล HER2/neu เป็นบวกจริง

2.3 เป็นสถานพยาบาลที่สามารถตรวจ หรือ ส่งตรวจการทำงานของหัวใจโดย echocardiogram อย่างน้อย 2-D ขึ้นไป หรือ multigated acquisition scan (MUGA)

2.4 เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามทีระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

#### 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา หรือสาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา หรืออนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

#### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา trastuzumab ในโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพร่างกายดีคือมี Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 1

#### ECOG PERFORMANCE STATUS SCALE

SCALE	DESCRIPTION OF SCALE
0	ASYMPTOMATIC NORMAL ACTIVITY.
1	SYMPTOMATIC ; AMBULATORY ABLE TO CARRY OUT ACTIVITY OF DAILY LIVING.

- 2 SYMPTOMATIC; IN BED LESS THAN 50% OF THE DAY ;  
OCCASIONALLY NEED NURSING CARE.
- 3 SYMPTOMATIC ; IN BED MORE THAN 50% OF THE DAY ;  
NEED NURSING CARE.
- 4 BED RIDDEN  
MAY NEED HOSPITALISATION.

4.2 ใช้ trastuzumab เป็น adjuvant therapy ต้องมีคุณสมบัติครบทุกข้อดังต่อไปนี้

- 4.2.1 ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมดด้วยวิธี curative breast surgery
- 4.2.2 มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่าโรคมะเร็งมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (pN1-3 ยกเว้น supraclavicular node positive)
- 4.2.3 มีการประเมินระยะของโรคว่าไม่มีการแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่น (M<sub>0</sub>) อย่างน้อยด้วยเอ็กซเรย์ปอด อัลตราซาวด์ตับ และสแกนกระดูก
- 4.2.4 มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยการย้อม immunohistochemistry ให้ผล HER-2 เป็น 2+ หรือ 3+ และยืนยันโดยวิธี in situ hybridization เช่น FISH หรือ DISH เป็นผลบวก
- 4.2.5 มีผลการตรวจการทำงานของหัวใจโดย echocardiogram อย่างน้อย 2-D ขึ้นไป หรือ MUGA ได้ผล left ventricular ejection fraction (LVEF) มากกว่าหรือเท่ากับ 50%
- 4.2.6 ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามชนิด locally advanced breast cancer ระยะ T4a, T4b หรือ T4c (ไม่รวมผู้ป่วยที่เป็น inflammatory breast cancer) ที่ได้รับ neo-adjuvant chemotherapy มาก่อนการทำ curative breast surgery โดยต้องผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมด และได้ free margin
- 4.2.7 มีกำหนดนัดผู้ป่วยเพื่อฉายแสงจากแพทย์รังสีรักษาหลังการผ่าตัด ประกอบการขออนุมัติการใช้ยา
- 4.2.8 สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาเสริม ต้องมี taxane ร่วมด้วย โดยสูตรที่แนะนำ คือ
  - 1) doxorubicin (Adriamycin) + cyclophosphamide จนครบ 4 cycle จากนั้น ให้ paclitaxel สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 12 cycle (AC x 4 cycles – Paclitaxel weekly x 12 cycles) หรือ
  - 2) doxorubicin (Adriamycin) + cyclophosphamide จนครบ 4 cycle จากนั้น ให้ paclitaxel ทุก 3 สัปดาห์ จนครบ 4 cycle (AC x 4 cycles – Paclitaxel every 3 weeks x 4 cycles)
 ยกเว้นในกรณีที่มีข้อห้ามใช้ Paclitaxel (เช่น แพ้ยาความรุนแรงระดับ 3 (grade 3) ขึ้นไป หรือมี peripheral neuropathy มากกว่าหรือเท่ากับระดับ 2 (grade 2)) สามารถใช้ยาสูตรอื่นได้  
(\*AC = doxorubicin hydrochloride (adriamycin) และ cyclophosphamide)
- 4.2.9 กรณีที่ได้ยาเคมีบำบัดเสริมครบมาแล้ว ต้องเริ่มยา trastuzumab ภายใน 3 เดือนหลังได้ยาเคมีบำบัดครบ และให้ยา trastuzumab ทุก 3 สัปดาห์ จำนวน 18 ครั้ง หรือ 1 ปี

4.3 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ตามที่กำหนด<sup>††</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำ

<sup>††</sup>โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

#### 5.1 กรณีให้ยา trastuzumab ร่วมกับ paclitaxel ทุก 3 สัปดาห์

มีขนาดยา trastuzumab ที่แนะนำ ตาม actual body weight ดังนี้

1. ให้ยา trastuzumab ในขนาดเริ่มต้น 8 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยให้ยาในระยะเวลา 90 นาที
2. หลังจากนั้นให้ยา trastuzumab ครั้งละ 6 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 3 สัปดาห์ โดยให้ยาในระยะเวลา 30-60 นาที
3. กรณีที่หยุดยา trastuzumab นานเกินกว่า 4 สัปดาห์ นับจากครั้งสุดท้าย ต้อง reload 8 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แล้วตามด้วยขนาดยาปกติ
4. ให้ยา trastuzumab ได้ไม่เกิน 18 ครั้ง ภายใน 1 ปี หากมีกรณีจำเป็นจนได้ไม่เกิน 14 เดือน

#### 5.2 กรณีให้ยา trastuzumab ร่วมกับ paclitaxel ทุก 1 สัปดาห์

มีขนาดยา trastuzumab ที่แนะนำ ตาม actual body weight ดังนี้

1. ให้ยา trastuzumab ในขนาดเริ่มต้น 4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยให้ยาในระยะเวลา 90 นาที
2. หลังจากนั้นให้ยา trastuzumab ครั้งละ 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 1 สัปดาห์ โดยให้ยาในระยะเวลา 30 นาที จนครบ 12 สัปดาห์ (นับรวมตั้งแต่เริ่มให้ยาในขนาดเริ่มต้น) ในกรณีที่เลื่อนการให้ยาเกิน 2 สัปดาห์นับจากครั้งสุดท้ายให้ reload 4 mg ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม
3. หลังจากนั้นให้ยา trastuzumab ครั้งละ 6 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 3 สัปดาห์ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 13 จนครบ 1 ปี (เฉพาะการให้แบบทุก 3 สัปดาห์รวมไม่เกิน 13 ครั้ง)
4. การให้ยา trastuzumab ทั้งหมด ควรเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาประมาณ 1 ปี แต่ไม่เกิน 14 เดือน

#### หมายเหตุ

1. สามารถใช้ยา trastuzumab พร้อมกับ paclitaxel ได้
2. ห้ามใช้ยา trastuzumab พร้อมกับยา doxorubicin เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่อหัวใจ

### 6. การประเมินระหว่างการรักษา

ตรวจประเมินการทำงานของหัวใจระหว่างการให้ยาโดย echocardiogram อย่างน้อย 2-D ขึ้นไป หรือ MUGA เป็นระยะๆ ทุก 3-6 เดือน โดยมี LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ 50%

### 7. เกณฑ์การหยุดยา

- 7.1 ได้รับยา trastuzumab ครบ 18 ครั้งภายในเวลาไม่เกิน 14 เดือน
- 7.2 มีอาการแสดงของภาวะ congestive heart failure
- 7.3 มีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ (LVEF น้อยกว่า 50%) โดยไม่มีอาการของโรคหัวใจ ให้หยุดยา และจะกลับมาใช้ใหม่ได้เมื่อ LVEF ตั้งแต่ 50% ภายในเวลา 8 สัปดาห์
- 7.4 พบการกลับเป็นซ้ำของโรค (relapse) ระหว่างได้รับยา
- 7.5 หยุดยา trastuzumab นานเกิน 8 สัปดาห์

**แนวทางกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)**  
**ข้อบ่งใช้ โรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน (acute phase of Kawasaki disease)**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

- 1.1 กรณีโรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน ขออนุมัติการใช้ยา IVIG จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ ภายหลังการรักษา (post-authorization) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็ก มักมาด้วยอาการฉุนเฉียว และจำเป็นต้องได้รับยาอย่างทันท่วงทีมิฉะนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยหลังทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์
- 1.2 กรณีโรคคาวาซากิระยะเฉียบพลันที่ติดต่อการรักษาด้วย IVIG ในครั้งแรก ให้ขออนุมัติจากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ ก่อนการให้ยา IVIG ซ้ำอีก 1 ครั้ง (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยหลังทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่สามารถทำการตรวจ echocardiogram ได้ หรือสามารถส่งต่อเพื่อรับการตรวจ echocardiogram ได้ในโรงพยาบาลเครือข่ายภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ นับจากวันที่ให้การวินิจฉัยโรค รวมทั้งมีแพทย์เฉพาะทางตามทีระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

- 3.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขากุมารเวชศาสตร์ ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2
- 3.2 ในกรณีสถานพยาบาล ไม่มีแพทย์ตามข้อ 3.1 ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาสาขากุมารเวชศาสตร์ ที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้ยาดังกล่าวอย่างน้อย 2 คน

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ยา IVIG ในโรคคาวาซากิระยะเฉียบพลัน ในกรณีดังต่อไปนี้

- 4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>
- 4.2 สามารถวินิจฉัยโรคได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ของคาวาซากิ โดยมีอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้
  - 4.2.1 มีไข้ติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน
  - 4.2.2 มีอาการแสดงอย่างน้อย 4 ใน 5 อย่าง ดังนี้
    - เยื่อตาส่วนลูกตา (bulbar) แดงที่ตาทั้งสองข้างโดยไม่มีขี้ตา
    - มีการเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและเยื่อช่องปากโดยมีริมฝีปากแดง มีรอยแยกที่ริมฝีปาก ลิ้นเป็นตุ่มและมีสีแดงคล้ายผลสตอเบอรี่ หรือมีคอหอยแดงอย่างชัดเจน

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณมือและเท้า โดยมีฝ่ามือหรือฝ่าเท้าแดง มือหรือเท้าบวม (ในระยะเฉียบพลัน) ซึ่งต่อมาจะมีการลอกของผิวหนังบริเวณรอบๆ เล็บมือหรือเล็บเท้า (ในระยะพักฟื้นหรือระยะกึ่งเฉียบพลันที่สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ของโรค)
- มีผื่นผิวหนังลักษณะหลายรูปแบบ (polymorphous rash)
- คลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ โดยมีขนาดโตกว่า 1.5 เซนติเมตร และมักคลำพบเพียงด้านใดด้านหนึ่งของลำคอ

4.2.3 ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการคล้ายกันออกแล้ว ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัส (เช่น measles, adenovirus, enterovirus, Epstein-Barr virus), scarlet fever, staphylococcal scalded skin syndrome, toxic shock syndrome, bacterial cervical lymphadenitis, drug hypersensitivity reactions, Stevens-Johnson syndrome, juvenile rheumatoid arthritis, Rocky mountain spotted fever, leptospirosis, mercury hypersensitivity reaction (acrodynia)

4.3 วินิจฉัยโรคได้**ไม่ครบถ้วน**ตามเกณฑ์ของคาวาซากิ (incomplete Kawasaki disease) แต่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เข้าได้กับโรค ตามเกณฑ์ของ American Heart Association และ American Academy of Pediatrics (AHA/AAP guidelines) ได้แก่ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

4.3.1 มีค่า ESR  $\geq 40$  mm/hour และ/หรือ CRP  $\geq 3$  mg/dL ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นพบความผิดปกติตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป ได้แก่

- ALT สูงกว่า 2.5 เท่าของค่าปกติ
- WBC count  $\geq 15,000/\text{mm}^3$
- มีภาวะโลหิตจาง (เมื่อเทียบกับอายุของผู้ป่วย)
- platelet count  $\geq 450,000/\text{mm}^3$  (ใช้มากกว่า 7 วัน)
- การตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว  $\geq 10/\text{HPF}$
- serum albumin  $\leq 3\text{g/dL}$

4.3.2 ตรวจพบความผิดปกติของ echocardiogram

4.4 กรณีโรคคาวาซากิระยะเฉียบพลันที่**ต้องการรักษาด้วย IVIG ในครั้งแรก** พิจารณาให้ IVIG เข้าได้อีก 1 ครั้งเท่านั้น (ใช้ขนาดยาและวิธีการให้ยาตามข้อ 5) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไปนี้

- ลักษณะทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังคงเข้าได้กับโรคคาวาซากิ
- ยังตรวจไม่พบสาเหตุอื่นๆ ของไข้
- หลังจากการให้ IVIG dose แรกเสร็จสิ้นไปแล้วนานกว่า 36 - 48 ชั่วโมงผู้ป่วยยังคงมีไข้อยู่

4.5 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ให้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการให้ยา

ให้ยาในขนาด 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อครั้ง โดยการให้ยาเพียงครั้งเดียว (single dose) ภายในระยะเวลา 10 วันหลังจากที่เริ่มมีไข้ เนื่องจากมีหลักฐานว่าการให้ยาเกินกว่าระยะเวลาดังกล่าวไม่ให้ประโยชน์ในการรักษา ให้ยาด้วยวิธี continuous drip โดยเริ่มให้ยาในขนาด 0.6 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง และเพิ่มอัตราครั้ง

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการให้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)



ละเท่าตัวทุก 30 นาที (ขนาดสูงสุดไม่เกิน 4.8 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง) จนได้อัตราที่ให้ IVIG ได้หมดใน 12 ชั่วโมง

## 6. การติดตามผลการรักษา

- 6.1 ขณะให้ยาควรบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นถ้าไม่พบความผิดปกติให้บันทึกทุก 1 ชั่วโมง
- 6.2 ให้สังเกตการเกิดผื่น และการหายใจ ถ้ามีอาการผิดปกติให้หยุดการให้ยา และรักษาอาการแพ้
- 6.3 ผู้ป่วยโรคความผิดปกติทุกรายที่ยังไม่ได้รับการตรวจ echocardiogram ณ วันที่วินิจฉัยโรค ต้องได้รับการตรวจ echocardiogram ภายในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์
- 6.4 ควรทำ echocardiogram ซ้ำที่ 2 เดือน หลังเริ่มป่วย

**แนวทางกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)  
ข้อบ่งใช้ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases)**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

ขออนุมัติการใช้ยา IVIG จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ดังนี้

**1.1 กรณี Post- Authorization**

กรณีเมื่อผู้ป่วยมาด้วยภาวะฉุกเฉินและจำเป็นต้องได้รับยาในทันที มีเช่นนั้นผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิตได้ (life-threatening) ให้ขออนุมัติการใช้ยา IVIG จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ภายหลังการรักษา พร้อมแนบรายงานการใช้ IVIG โดยเร็วที่สุด โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยหลังทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

**1.2 กรณี Pre-Authorization**

สำหรับในกรณีที่**ไม่ใช่**ภาวะฉุกเฉิน เช่น การให้เพื่อการรักษาตามปกติ (Replacement Therapy) จะต้องมีการลงทะเบียนผู้ป่วยไว้ล่วงหน้ากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์ และก่อนได้รับยาในครั้ง (course) ต่อไป ให้ขออนุมัติการใช้ยา IVIG จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับยาในทันที ยกเว้นในรายที่มีอาการรุนแรง และฉุกเฉินควรทำตามแบบ post-authorization แล้วจึงแจ้งให้หน่วยงานสิทธิประโยชน์ทราบภายหลังการรักษา

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

สถานพยาบาลจำเป็นต้องใช้ยาโดยแพทย์ผู้มีความพร้อมในการใช้ยานี้ทั้งในแง่ความสามารถในการวินิจฉัยโรค การใช้ยาให้ตรงตามข้อบ่งใช้ การระมัดระวังอันตรายจากยา และการติดตามผลการรักษา ได้แก่

3.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในอนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

หมายเหตุ ผู้ป่วยควรพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผู้ให้การวินิจฉัย ทุก 3-6 เดือน

3.2 ในกรณีสถานพยาบาล ไม่มีแพทย์ตามข้อ 3.1 ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาสาขาอายุรศาสตร์ หรือสาขากุมารเวชศาสตร์ ที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้ยาดังกล่าวอย่างน้อย 2 คน ซึ่งสามารถรับคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน หรือเป็นการรักษาตามปกติแบบต่อเนื่องโดยมีหนังสือส่งตัวจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

**4. เกณฑ์การวินิจฉัยโรค**

ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิอาจมีอาการทางคลินิกที่หลากหลาย การวินิจฉัยโรคอาจคลาดเคลื่อนได้หากไม่ได้รับการยืนยันด้วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม ร่วมกับการตรวจพบลักษณะทางคลินิกบางประการที่ช่วยให้วินิจฉัยแยกโรคได้อย่างแม่นยำ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิประกอบด้วย

**4.1 อาการแสดงทางคลินิก (clinical presentation)**

- 4.1.1 มีภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ และระบบอื่นๆ ได้บ่อย เช่น ปอดอักเสบ หูอักเสบ ไช้น้ำ  
 อักเสบ การติดเชื้อในทางเดินอาหาร สมอติดเชื้อ การติดเชื้อบริเวณผิวหนัง การติดเชื้อของระบบ  
 กระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมี spectrum ของเชื้อดังแสดงไว้  
 ในตารางที่ 1
- 4.1.2 การตรวจร่างกายที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค คืออาจพบน้ำหนักร้อยน้อย อาจตรวจไม่พบต่อมน้ำเหลือง  
 หรือต่อมทอนซิล
- 4.1.3 มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนการวินิจฉัยโรค ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 spectrum ของเชื้อที่มักเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ

A. Bacterial respiratory tract and gastrointestinal infections
● <i>Haemophilus influenzae</i>
● <i>Streptococcus pneumoniae</i>
● <i>Staphylococcus aureus</i>
● <i>Neisseria meningitidis</i>
● <i>Pseudomonas aeruginosa</i>
● เชื้ออื่นๆ ที่อาจพบได้ คือ <i>Mycoplasma</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i>
B. Enterovirus
● Echovirus เป็น virus สำคัญที่พบบ่อย
● Coxsackie virus A และ B
● Poliovirus
C. Opportunistic organism เช่น <i>Pneumocystis jirovecii</i> ( <i>Pneumocystis carinii</i> )

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนการวินิจฉัยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ

A. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการวินิจฉัยครั้งแรก
● Complete blood count (CBC)
● Quantitative serum immunoglobulin (IgG, IgA, IgM) levels
B. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรพิจารณาในการวินิจฉัยครั้งแรก เช่น
● CD marker เช่น CD3, CD4, CD8 (T cells), CD19 or CD20 (B cells), CD16/56 (NK cells)
● Serum IgE level
● IgG subclasses
● T cell function
● Antigen specific antibody response

## 4.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิแต่ละชนิด

### 4.2.1 Common Variable Immunodeficiency (CVID)

Male or female, one of major isotypes (IgM, IgG, and IgA) < 2 SD mean for age and all of the following criteria

1. Onset > 2 years of age
2. Absent isohemagglutinin and/or poor response to vaccine
3. Defined causes of hypogammaglobulinemia have been excluded

### 4.2.2 Severe Combined Immunodeficiency (SCID)

Male or female < 2 years of age with either

1. < 20% CD3+T cells, an absolute lymphocyte count < 3,000/mm<sup>3</sup> and proliferative responses to mitogen less than 10% of control or
2. The presence of maternal lymphocytes in the circulation

### 4.2.3 DiGeorge anomaly

Male or female with CD3+T cells < 1,500/mm<sup>3</sup> and at least one of the following:

1. Cardiac defect
2. Hypocalcemia of greater than 3 weeks duration that requires therapy
3. Dysmorphic facies or palatal abnormalities

### 4.2.4 X-linked agammaglobulinemia (XLA or Bruton's agammaglobulinemia)

Male patients with less than 2% CD19+ B cells in whom other causes of hypogammaglobulinemia have been excluded and at least one of the following criteria:

1. Onset of recurrent bacterial infections in the first 5 years of life
2. Serum IgG, IgM, and IgA more than 2 SD below normal for age
3. Absence of isohemagglutinins

### 4.2.5 Autosomal recessive agammaglobulinemia

Male or female patients with less than 2% CD19+ B cells in whom other causes of hypogamma-globulinemia have been excluded and at least one of the following criteria:

1. Onset of recurrent bacterial infections in the first 5 years of life
2. Serum IgG, IgM, and IgA more than 2 SD below normal for age
3. Absence of isohemagglutinins

### 4.2.6 X-linked hyper-IgM syndrome

Male patient with serum IgG concentration < 2 SD below normal for age, normal number of T cells and B cells and one or more of the following:

1. Serum IgM concentration at least 2 SD above normal for age
2. *Pneumocystis jiroveci* in the first year of life
3. Parvovirus-induced aplastic anemia
4. Cryptosporidium-related diarrhea
5. Severe liver disease (sclerosing cholangitis)

#### 4.2.7 Autosomal recessive hyper-IgM syndrome

Male or female patient with serum IgG and IgA concentration < 2 SD below normal for age, serum IgM concentration at least 2 SD above normal for age, normal number of T cells and B cells, and lymphadenopathy

#### 4.2.8 Ataxia telangiectasia

Male or female with progressive cerebellar ataxia and at least one of the following

1. Ocular or facial telangiectasia
2. Serum IgA < 2 SD normal for age
3. Alpha fetoprotein > 2 SD
4. Increased chromosomal breakage after exposure to irradiation

#### 4.2.9 Wiskott-Aldrich syndrome

Male patient with congenital thrombocytopenia (less than 70,000/mm<sup>3</sup>), small platelets, or male patient splenectomized for thrombocytopenia, and at least one of the following

1. Eczema
2. Abnormal antibody response to polysaccharide antigens
3. Recurrent bacterial or viral infections
4. Autoimmune diseases
5. Lymphoma, leukemia, or brain tumors

#### 4.2.10 X-linked lymphoproliferative syndrome (XLP)

Male patient experiencing death, lymphoma/Hodgkin disease, immunodeficiency, aplastic anemia or lymphohistiocytic disorder following acute EBV infection

#### 4.2.11 Isolated IgG subclass deficiency

All of the following

1. Reduction in one or more of IgG subclass (value below 2 SD for age appropriate level)
2. No other cause of other primary immunodeficiency can be identified

#### 4.2.12 IgA with IgG subclass deficiency

All of the following

1. Reduced IgA (value below 2 SD for age appropriate level)
2. Reduction in one or more of IgG subclass (value below 2 SD for age appropriate level)

3. No other cause of other primary immunodeficiency can be identified

#### 4.2.13 Specific antibody deficiency with normal Ig concentrations and numbers of B cells All of the following

1. Abnormal antibody response to vaccine
2. No other cause of other primary immunodeficiency can be identified

#### 4.2.14 Reticular dysgenesis

All of the following without other cause such as malignancy or drug

1. Markedly decreased T cells
  2. Decreased or normal B cells
  3. Decreased serum Immunoglobulin
  4. Granulocytopenia
  5. Thrombocytopenia
- 4.2.15 Omenn syndrome
- All of the following
1. Normal or decreased B cells
  2. Decreased serum immunoglobulin
  3. Elevated serum IgE
  4. Erythroderma
  5. Eosinophilia
  6. Adenopathy
  7. Hepatosplenomegaly
- 4.2.16 Thymoma with immunodeficiency (Good syndrome)
- All of the following
1. Thymoma
  2. Decreased numbers of B cells
  3. Decreased serum immunoglobulin
- 4.2.17 Transient hypogammaglobulinemia of infancy
- At least criteria number 1-4 at the initial diagnosis
1. Age < 2 years old
  2. Decreased serum IgG and IgA
  3. Normal numbers of B cells
  4. No other cause of other primary immunodeficiency can be identified
  5. Recovery after 2 years of age
- 4.2.18 Cartilage hair hypoplasia
- All of the following
1. Normal or decreased numbers of T cells
  2. Normal or decreased numbers of B cells
  3. Short-limbed dwarfism with metaphyseal dysostosis
  4. Sparse hair
  5. Anemia
  6. Neutropenia
- 4.2.19 Hyper-IgE syndrome (sporadic or autosomal dominant form)
- At least criteria number 1-4
1. serum IgE > 2,000 IU/mL or more than 2 SD normal for age
  2. Staphylococcal skin abscess
  3. Pneumonia and pneumatocoele

4. Disorders of bone, joint, and teeth such as osteoporosis, hyperextensible joint, scoliosis, retain primary teeth
  5. Candidiasis
  6. Facial features such as broad nasal bridge, and facial asymmetry
- 4.2.20 WHIM syndrome
- All of the following
1. Hypogammaglobulinemia
  2. Decreased B cells
  3. Severe neutropenia
  4. Warts or human papilloma virus infection

หมายเหตุ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิแต่ละชนิดตามข้อ 4.2 ดัดแปลงจาก

1. Diagnostic criteria for primary immunodeficiencies by Pan-American Group for Immunodeficiency (PAGID) and European Society for Immunodeficiencies (ESID) Clin Immunol 1999;93:190-97.
2. Classification of primary immunodeficiency by Primary Immunodeficiency Diseases Classification Committee, The International Union of Immunological Societies. J Allergy Clin Immunol 2006;117:883-96.

โปรดให้ความสนใจ การใช้ยาโดยขาดการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำจัดเป็นการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล สถานพยาบาลอาจไม่ได้รับการชดเชยหากไม่ระบุการวินิจฉัยโรคตามข้อ 4.2 ข้อใดข้อหนึ่งให้กับผู้ป่วย

## 5. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ IVIG ในโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases) ด้วยเกณฑ์ดังนี้

- 5.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>
- 5.2 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (primary immunodeficiency diseases) ประเภทใดประเภทหนึ่งดังนี้ โดยมีการระบุชื่อโรคอย่างชัดเจนตามตารางที่ 3
  - 5.2.1 ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิประเภทที่ขาด B cell เช่น X-linked agammaglobulinemia, severe combined immunodeficiency
  - 5.2.2 ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิประเภทที่มีปริมาณ immunoglobulin ต่ำ และมีความผิดปกติในการสร้าง specific antibody เช่น common variable immunodeficiency, hyper-IgM syndrome
  - 5.2.3 ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิประเภทที่มีปริมาณ immunoglobulin ปกติ แต่มีความผิดปกติในการสร้าง specific antibody เช่น Wiskott-Aldrich syndrome, hyper-IgE syndrome, specific antibody deficiency
  - 5.2.4 ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิประเภทที่มีปริมาณ immunoglobulin subclass ผิดปกติ ร่วมกับมีการติดเชื้อบ่อยๆ หรือมีความผิดปกติในการสร้าง specific antibody

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- 5.3 ไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีภาวะ selective IgA deficiency เนื่องจากไม่มีข้อบ่งชี้ และอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากเกิดภาวะแอนาฟิแล็กซิสได้ง่ายจากการใช้ IVIG
- 5.4 มีการรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>††</sup>

**ตารางที่ 3** รายชื่อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิแต่ละชนิด ที่ต้องได้รับการระบุในแบบฟอร์มขออนุมัติการใช้ยา

- 01 Common variable immunodeficiency
- 02 Severe combined immunodeficiency (SCID)
- 03 DiGeorge anomaly
- 04 X-linked agammaglobulinemia (XLA or Bruton's agammaglobulinemia)
- 05 Autosomal recessive agammaglobulinemia
- 06 X-linked hyper-IgM syndrome
- 07 Autosomal recessive hyper-IgM syndrome
- 08 Ataxia-telangiectasia and diseases of DNA repair defects
- 09 Wiskott-Aldrich syndrome
- 10 X-linked lymphoproliferative syndrome (XLP)
- 11 Isolated IgG subclass deficiency
- 12 IgA with IgG subclass deficiency
- 13 Specific antibody deficiency with normal Ig concentrations and numbers of B cells
- 14 Reticular dysgenesis
- 15 Omenn syndrome
- 16 Thymoma with immunodeficiency (Good syndrome)
- 17 Transient hypogammaglobulinemia of infancy
- 18 Cartilage hair hypoplasia
- 19 Hyper- IgE syndrome
- 20 WHIM syndrome

## 6. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการให้ยา

เริ่มด้วย 400-600 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อครั้ง ทุก 2-4 สัปดาห์ จากนั้นปรับระดับให้ได้ IgG trough level มากกว่า 500 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ มากกว่า 800 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร กรณีที่มี bronchiectasis หรือการติดเชื้อที่รุนแรง

หมายเหตุ ยาแต่ละบริษัทอาจมีวิธีการให้ยาที่แตกต่างกัน โปรดอ่านวิธีให้ยาจากเอกสารกำกับยาก่อนให้ยา

## 7. ระยะเวลาในการรักษา

ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคและดุลยพินิจของแพทย์ผู้วินิจฉัย โดยประเมินว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ IVIG ต่อเนื่องหรือไม่ เช่นกรณี IgG subclass deficiency อาจพิจารณาหยุดการให้ IVIG หลังการรักษา 6 เดือน ถึง 1 ปี สำหรับผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก ควรให้แพทย์ผู้วินิจฉัยหรือแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้พิจารณาให้ความเห็นในการหยุดการให้ IVIG ตามมาตรฐานการรักษา

<sup>††</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)



## แนวทางกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)

### ข้อบ่งใช้ โรค immune thrombocytopenia ชนิดรุนแรง

#### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

ขออนุมัติการใช้ยา IVIG จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ ภายหลังการรักษา (post-authorization) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีมาด้วยอาการฉุกเฉิน และจำเป็นต้องได้รับยาอย่างทันท่วงทีมีฉะนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยหลังทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

#### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

#### 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด หรืออนุสาขาลอหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

#### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา IVIG ในโรค immune thrombocytopenia ชนิดรุนแรง โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>
- 4.2 ผู้ป่วยแต่ละรายอนุมัติให้ใช้ยา IVIG ได้ไม่เกิน 2 กรัมต่อกิโลกรัม ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง และไม่ให้ยาซ้ำในการรักษาคราวเดียวกัน
- 4.3 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค immune thrombocytopenia ที่มีอาการรุนแรง โดยมีเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้
  - 4.3.1 มีเลือดออกผิดปกติที่เกิดจากจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ
  - 4.3.2 มี isolated thrombocytopenia ร่วมกับมีจำนวน megakaryocyte ในไขกระดูกปกติ
  - 4.3.3 ไม่มีสาเหตุอื่นๆ ของจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ เช่น ติดเชื้อ ยา เป็นต้น
  - 4.3.4 เป็นไปตามเกณฑ์ในข้อ 4.3 absolute indication หรือในข้อ 4.4 relative indication ข้อใดข้อหนึ่ง
- 4.4 กรณีมี absolute indication โดยผู้ป่วยโรค immune thrombocytopenia มีอาการรุนแรง เป็นไปตามเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้
  - 4.4.1 ไม่ใช้ IVIG เป็นยาขนานแรก และไม่ใช้ IVIG เป็นยาเดียวในการรักษา โดยให้ IVIG ร่วมกับเกล็ดเลือดและคอร์ติโคสเตอโรยด์
  - 4.4.2 มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า 20,000/mm<sup>3</sup>
  - 4.4.3 มีภาวะเลือดออกรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต ได้แก่ ภาวะเลือดออกในอวัยวะสำคัญ เช่น สมอง ปอด ช่องท้อง ช่องอก และทางเดินอาหาร

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลานั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- 4.4.4 ใช้ยา IVIG ภายหลังการให้การรักษามาตรฐาน แล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา เช่น anti-Rho (D) immune globulin, คอर्टิโคสเตรอยด์ หรือเกล็ดเลือดร่วมกับคอर्टิโคสเตรอยด์นาน 3-7 วันยังคงมีจำนวนเกล็ดเลือดต่ำมากหรือมีจำนวนลดลง
- 4.5 กรณีมี relative indication โดยผู้ป่วยโรค immune thrombocytopenia ที่จำเป็นต้องได้รับการตัดม้าม โดยมีเกณฑ์ครบถ้วนทุกข้อดังนี้
- 4.5.1 มีจำนวนเกล็ดเลือดน้อยกว่า  $50,000/\text{mm}^3$  ก่อนการผ่าตัด
- 4.5.2 ได้รับ คอर्टิโคสเตรอยด์ และ anti-Rho (D) immune globulin แล้ว แต่ไม่สามารถเพิ่มจำนวนเกล็ดเลือดให้มากกว่า  $50,000/\text{mm}^3$  ได้
- 4.6 มีการรบกวนแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการให้ยา

เด็กและผู้ใหญ่ ให้ยาในขนาด 400 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2-5 วัน หรือ ให้ยาในขนาด 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2 วัน โดยเริ่มให้ยาในขนาด 0.6 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง และเพิ่มอัตราครึ่งละเท่าตัวทุก 30 นาที (ขนาดสูงสุดไม่เกิน 4.8 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง) จนได้อัตราที่ให้ IVIG ได้หมดใน 8-12 ชั่วโมง ให้ยาซ้ำครั้งที่สอง 24 ชั่วโมงหลังการให้ยาครั้งแรก

หมายเหตุ ผู้ป่วยหลังการตัดม้าม ไม่จัดอยู่ในเกณฑ์การอนุมัติการใช้ยา IVIG

---

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

แนวทางกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)  
ข้อบ่งใช้ autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา  
ตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษาและมีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

ขออนุมัติการใช้ยา IVIG จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ ภายหลังการรักษา (post-authorization) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีมาด้วยอาการฉุกเฉิน และจำเป็นต้องได้รับยาอย่างทันท่วงทีมิฉะนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยหลังทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์ หรืออายุรศาสตร์โรคเลือด ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ IVIG ในโรค autoimmune hemolytic anemia (AIHA) เมื่อครบตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค AIHA ตามเกณฑ์ครบทุกข้อต่อไปนี้

4.2.1 เป็นภาวะโลหิตจางชนิด acquired hemolytic anemia

4.2.2 ตรวจร่างกายพบอาการแสดงของโลหิตจาง ดีซ่าน อาจมีตับและม้ามโต

4.2.3 ตรวจสเมียร์เลือด พบ spherocyte, polychromasia และ nucleated red blood cell

4.2.4 ตรวจ direct Coombs' test ให้ผลบวก ร่วมกับการเพิ่มขึ้นของ reticulocyte count และการตรวจพบ bilirubin ในปัสสาวะ (indirect bilirubin เพิ่มขึ้นในเลือด)

4.3 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษา ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อ corticosteroid และการให้เลือด

4.4 มีอาการรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ได้แก่ unstable angina กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด (myocardial infarction) หัวใจวาย และ stroke

4.5 ไม่เป็นผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเด็กส่วนใหญ่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย IVIG แม้ให้ยาในขนาดสูงมาก (เช่น 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เป็นเวลา 5 วัน) แล้วก็ตาม

4.6 มีการรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>††</sup>

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

<sup>††</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการส่งใช้ยาบัญชี จ(2)

## 5. ขนาดยาที่แนะนำ และวิธีการให้ยา

400 – 500 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 4-5 วัน หรือ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2 วัน ขนาดรวมไม่เกิน 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และไม่อนุมัติให้ใช้ยาซ้ำในการรักษาคราวเดียวกัน

ให้ยาด้วยวิธีหยดเข้าหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มให้ยาในขนาด 0.6 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง (30 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง) และเพิ่มอัตราครึ่งละเท่าตัวทุก 30 นาที ขนาดสูงสุดไม่เกิน 4.8 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง (240 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง) และหยดเข้าหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องจนยาหมด

หากให้ยาด้วยวิธีข้างต้นโดยใช้ยาในขนาดสูงสุดคือ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ยาจะหมดในเวลาประมาณ 5-6 ชั่วโมง

หมายเหตุ ยาแต่ละบริษัทอาจมีวิธีการให้ยาที่แตกต่างกัน โปรดอ่านวิธีให้ยาจากเอกสารกำกับยาก่อนให้ยา

## 6. การติดตามผลการรักษา

- 6.1 ขณะให้ยาควรวัดชีพจร และความดันโลหิต ทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นถ้าไม่พบความผิดปกติให้บันทึกทุก 1 ชั่วโมง จนสิ้นสุดการให้ IVIG แล้ว 60 นาที
- 6.2 ให้สังเกตการเกิดผื่น และการหายใจ ถ้ามีอาการผิดปกติให้หยุดการให้ยา และรักษาอาการแพ้
- 6.3 หากเกิดอาการข้างเคียง เช่น มีอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน ให้แก้ไขโดยการลดอัตราการให้ยาลงร้อยละ 25-50

**แนวทางการกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)**  
**ข้อบ่งใช้ โรค Guillain-Barré syndrome ที่มีอาการรุนแรง**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

เนื่องจากการใช้ IVIG ให้ใช้เฉพาะเมื่อผู้ป่วยมาด้วยภาวะฉุกเฉิน เช่น severe type, progressive weakness หรือมี acute respiratory failure จำเป็นต้องได้รับยาในทันที (ไม่นานเกิน 1-2 วัน) มิเช่นนั้นผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิตได้ (Life-threatening) จึงควรกำหนดให้ขออนุมัติการใช้ยา IVIG จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ภายหลังการรักษา (post-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยหลังทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์ หมายเหตุ ควรมีระบบการอนุมัติการใช้ยาภายในโรงพยาบาล (pre-authorization) เนื่องจากไม่ได้เป็นโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องให้ในทันที อาจรอปรึกษาใน 24-48 ชั่วโมงก่อนได้

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่มีคุณสมบัติในการดูแลผู้ป่วย Guillain – Barré syndrome ที่สำคัญ ได้แก่ ICU ที่มี respiration care ยาที่เป็น รวมทั้งมีแพทย์เฉพาะทางตามที่จะระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาประสาทวิทยา หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

**4. เกณฑ์การวินิจฉัยโรค**

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Guillain-Barré syndrome โดยมีลักษณะทางคลินิกครบถ้วนดังต่อไปนี้

4.1 อาการ อาการแสดงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องมี ได้แก่

4.1.1 แขน และขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง

4.1.2 ไม่มี deep tendon reflexes (areflexia) หรือมีการตอบสนองที่ลดลงของข้อเข่าหรือ biceps

4.1.3 มีการดำเนินโรคในช่วงเวลาหลายวัน โดยมีอาการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงรุนแรงที่สุดไม่เกิน 4 สัปดาห์

4.1.4 cerebrospinal fluid (CSF) analysis พบปริมาณของโปรตีนเพิ่มขึ้น โดยพบเซลล์น้อยกว่า 10 เซลล์ต่อมิลลิลิตร (บางครั้งการเพิ่มขึ้นของโปรตีนอาจตรวจไม่พบจนเข้าปลายสัปดาห์ที่สองของโรค)

4.2 อาการ อาการแสดงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนการวินิจฉัย ได้แก่

4.2.1 อาการอ่อนแรงมีลักษณะค่อนข้าง symmetry

4.2.2 มี sensory symptoms หรือ signs เล็กน้อย

4.2.3 มีการอ่อนแรงของอวัยวะที่ควบคุมโดยเส้นประสาทสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าทั้งสองซีก ซึ่งเป็นชนิด LMN

4.2.4 หลังการดำเนินโรคลิ้นสุดลงแล้ว 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการเริ่มดีขึ้น

4.2.5 มี autonomic dysfunction

4.2.6 ไม่มีไข้ขณะเริ่มมีอาการ

4.2.7 กล้ามเนื้อส่วนปลายอาจอ่อนแรงมากกว่า หรือเท่ากับส่วนต้น

#### 4.2.8 พบลักษณะ electrodiagnostic features ที่ตรงแบบ (typical) ดังต่อไปนี้

- slow nerve conduction velocity หรือ conduction block
- พบ normal หรือ small compound muscle action potentials
- absent or prolonged F-waves
- acute denervation หรือ decreased recruitment / interference pattern

หมายเหตุ ผลการตรวจขึ้นกับช่วงเวลาทำการตรวจ electrodiagnostic test

### 5. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ IVIG ในโรค Guillain-Barré syndrome ที่มีอาการรุนแรง ด้วยเกณฑ์ดังนี้

5.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) <sup>†</sup>

5.2 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Guillain-Barré syndrome ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในข้อ 4

5.3 ผู้ป่วยต้องมีอาการรุนแรง ซึ่งหมายถึงอาการหายใจล้มเหลวหรือมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงขึ้นรุนแรงร่วมด้วย (เช่น ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดิน) หรือมีอาการเลวลงอย่างรวดเร็ว

5.4 อนุมัติให้ใช้ IVIG ได้ไม่เกิน 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง โดยอนุมัติในรายที่สามารถให้ IVIG ภายใน 2 สัปดาห์ หลังจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางคลินิก

5.5 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย <sup>††</sup>

### 6. ขนาดยาที่แนะนำ และวิธีการให้ยา

ขนาดยาที่แนะนำ คือ 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง แบ่งให้ 2-5 วัน (เช่น 0.4 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน นาน 5 วัน) ให้ยาด้วยวิธี continuous drip และต้องได้รับ IVIG ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากเริ่มมีอาการทางคลินิก

### 7. ข้อสังเกต

- ประสิทธิภาพของ IVIG เทียบเท่ากับ plasma exchange
- การให้สเตียรอยด์ ร่วมกับ IVIG หรือ plasma exchange พบว่าไม่มีประโยชน์
- การให้ IVIG ร่วมกับ plasma exchange พบว่าไม่มีประโยชน์มากกว่าอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

<sup>††</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

**แนวทางกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)**  
**ข้อบ่งใช้ โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต**  
**(myasthenia gravis, acute exacerbation หรือ myasthenic crisis)**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

ขออนุมัติการใช้ยา IVIG จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ภายหลังการรักษา (post-authorization) เนื่องจากเป็นโรคฉุกเฉินและจำเป็นต้องให้ยาในทันทีฉะนั้นผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิตได้ โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยหลังทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งมีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาประสาทวิทยา หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ IVIG ในโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤตเท่านั้น (ไม่อนุมัติให้ใช้ในโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายในระยะอื่น) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้ายระยะวิกฤต อย่างชัดเจนโดยมีประวัติอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้

4.2.1 มีการหายใจล้มเหลวซึ่งมีสาเหตุจากกะบังลมหรือกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงอ่อนแรง

4.2.2 มีอาการแสดงทางคลินิกข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

4.2.2.1 มีหนังตาตก เห็นภาพซ้อน หรือการกลอกตาผิดปกติ (oculomotor disturbance)

4.2.2.2 มีอาการที่เกี่ยวข้องกับเส้นประสาทสมอง เช่น อัมพาตใบหน้าครึ่งซีก (facial palsy) หรือ bulbar weakness

4.2.2.3 มี generalized weakness หรือ proximal muscle weakness

4.2.2.4 มี fluctuation of weakness

4.2.3 มีประวัติหรือมีผลทางห้องปฏิบัติการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

4.2.3.1 มีบันทึกในประวัติว่าเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้าย (MG)

4.2.3.2 repetition nerve stimulation (RNS) test ให้ผลบวก

4.2.3.3 prostigmine test ให้ผลบวก

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

#### 4.2.3.4 single-fiber electromyography (SFEMG) ให้ผลบวก

- 4.3 อนุมัติให้ใช้ยา IVIG ได้ไม่เกิน 2 กรัมต่อกิโลกรัม ต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง โดยอาจให้ยา 1 หรือ 1.2 กรัมต่อ กิโลกรัมก่อนในวันแรก ถ้าไม่ได้ผลจึงให้ต่อจนครบ 2 กรัมต่อกิโลกรัม หลังการรักษาภาวะ อุกฉกรรจ์ แพทย์ควรให้การรักษาโรคด้วยวิธีการอื่นที่เหมาะสมต่อไป
- 4.4 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

### 5. ขนาดยาที่แนะนำ

ให้ยา IVIG ในขนาด 1-1.2 กรัมต่อกิโลกรัม เป็นเวลา 1 วัน แล้วประเมินผลการรักษา หากไม่ได้ผล จึงให้ต่ออีกจน ครบ 2 กรัมต่อกิโลกรัม โดยมีวิธีการบริหารยาดังนี้

- 5.1 ให้ยา IVIG 0.4 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 3 วัน หากไม่ได้ผลจึงพิจารณาให้ต่ออีก 2 วัน จนครบ 2 กรัมต่อกิโลกรัม (ขนาดยารวม 1.2 กรัมต่อกิโลกรัม มีประสิทธิผลเท่ากับ 2 กรัมต่อกิโลกรัม)
- 5.2 1 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 1 วัน หากไม่ได้ผลจึงพิจารณาให้ต่ออีก 1 วัน จนครบ 2 กรัมต่อกิโลกรัม (ขนาดยารวม 1 กรัมต่อกิโลกรัม มีประสิทธิผลเท่ากับ 2 กรัมต่อกิโลกรัม)

---

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)



**แนวทางกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)**  
**ข้อบ่งใช้ โรค pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยามาตรฐาน**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

ขออนุมัติการใช้ยา IVIG จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ภายหลังการรักษา (post-authorization) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหนัก อาการฉุกเฉินเรื้อรัง และจำเป็นต้องได้รับยาในทันทีเช่นนั้นผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิตได้ โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยหลังทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

3.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิปัตตราจากแพทยสภาในสาขาสาชาตจวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

3.2 ในกรณีสถานพยาบาล ไม่มีแพทย์ตามข้อ 3.1 ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิปัตตราจากแพทยสภาสาขากายวิภาคศาสตร์ หรือสาขากุมารเวชศาสตร์ ที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้ยาดังกล่าวอย่างน้อย 2 คน

**4. เกณฑ์การวินิจฉัยโรค**

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค pemphigus vulgaris โดยมีลักษณะทางคลินิกครบถ้วนดังต่อไปนี้

4.1 อาการ และอาการแสดงเข้าได้กับโรค pemphigus vulgaris

4.2 มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนการวินิจฉัย ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- histopathology พบลักษณะทางพยาธิวิทยาเข้าได้กับโรค pemphigus vulgaris
- direct immunofluorescence study ให้ผลบวกว่ามี IgG หรือ C3 ติดอยู่ที่ช่องว่างระหว่างเซลล์ keratinocyte (intercellular space)
- indirect immunofluorescence study ให้ผลบวก anti-intercellular antibody
- enzyme link immunosorbent assay (ELISA) สำหรับ desmoglein 1 และ 3 ให้ผลบวกชนิดหนึ่งชนิดใด หรือทั้งสองชนิด

**5. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ IVIG ในโรค pemphigus vulgaris ที่มีอาการรุนแรง ด้วยเกณฑ์ดังนี้

5.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

5.2 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค pemphigus vulgaris ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในข้อ 4

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

5.3 ผู้ป่วยต้องมีการรุนแรง ซึ่งหมายถึงมีพื้นที่รอยโรค (body surface area involvement) > 30% ของพื้นที่ผิวกาย

5.4 มีความจำเป็นต้องใช้ IVIG เนื่องจากไม่สามารถใช้ยาอื่นได้ ซึ่งหมายถึงข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

5.4.1 ไม่สามารถควบคุมโรคได้ด้วยยา prednisolone 1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน ร่วมกับยากดภูมิคุ้มกันเช่น cyclophosphamide หรือ azathioprine ในขนาด 100 มิลลิกรัมต่อวัน เมื่อให้ยาดูแลต่อเนื่องนาน 6 สัปดาห์

5.4.2 ไม่สามารถใช้การรักษาที่ใช้อยู่ได้ เนื่องจากผลข้างเคียงของยาหรือพิษของยาที่ใช้อยู่ เช่น โรคติดเชื้อที่รุนแรงเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดี โรคกระดูกพรุนจนยุบตัวลง การกดไขกระดูก

5.4.3 มีข้อห้ามใช้ยากกลุ่ม immunosuppressive drugs

5.5 หากควบคุมโรคได้อนุมัติให้ใช้ IVIG ได้ไม่เกิน 6 cycle แต่ถ้าให้ยาครบ 3 cycle แล้วยังควบคุมโรคไม่ได้ให้พิจารณาหยุดยา

5.6 มีการรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 6. ขนาดยาที่แนะนำ และวิธีการให้ยา

ขนาดยาที่แนะนำ คือ 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อ cycle แบ่งให้ในเวลา 3 วัน โดย 1 cycle มีระยะเวลา 3-4 สัปดาห์ ถ้าให้ 3 cycle แล้วยังควบคุมโรคไม่ได้ให้พิจารณาหยุดยา หากควบคุมโรคได้และไม่มีรอยโรคใหม่นาน 3 สัปดาห์แล้ว ให้ค่อย ๆ ลดขนาดยาลง หรือให้ยาในระยะเวลาที่ห่างออกไป รวมทั้งหมดไม่เกิน 6 cycle แล้วพิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยาอื่น

---

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

**แนวทางกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)  
ข้อบ่งใช้ hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

ขออนุมัติการใช้ยา IVIG จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ภายหลังการรักษา (post-authorization) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมาด้วยอาการฉุกเฉิน และจำเป็นต้องได้รับยาในทันทีเช่นนั้นผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิตได้ โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยหลังทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในอนุสาขาลโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

การใช้ IVIG ในโรค hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) ชนิดรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตมีข้อกำหนดดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค HLH โดยต้องมีการตรวจพบครบถ้วนทั้ง 4 ข้อต่อไปนี้

4.2.1 มีไข้

4.2.2 ม้ามโต

4.2.3 Cytopenia มากกว่า หรือ เท่ากับ 2 cell lines (โดยมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อต่อไปนี้)

- Hemoglobin < 9 g/dL (อายุน้อยกว่า 4 สัปดาห์ Hb < 12 g/dL)
- Absolute neutrophil < 1,000/  $\mu$ L
- Platelet < 100,000/  $\mu$ L

4.2.4 มีการตรวจพบ Hemophagocytosis ในไขกระดูก ต่อม้ำเหลือง

นอกจากนี้อาจมีผลการตรวจอื่น ๆ ที่สนับสนุนการวินิจฉัยโรค HLH ได้แก่

4.2.5 Hypertriglyceridemia และ/หรือ hypofibrinogenemia

- Fasting triglyceride > 2 mmol/L
- Fibrinogen < 1.5 g/L

4.2.6 Serum ferritin > 500  $\mu$ g/L

4.2.7 Soluble interleukin-2 receptor (sCD25) > 2,400 U/mL

4.2.8 Natural killer cell activity ต่ำ หรือ ไม่มี

4.3 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>††</sup>

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

<sup>††</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยาโดยหน่วยงานการกำกับดูแลการส่งใช้ยาบัญชี จ(2)

**แนวทางการกำกับการใช้ยา Human normal immunoglobulin, intravenous (IVIG)**  
**ข้อบ่งใช้ โรค Dermatomyositis ที่มีอาการรุนแรง**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

ขออนุมัติการใช้ยา Intravenous human normal immunoglobulin (IVIG) จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์หลังการรักษา (post-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

- 2.1 เป็นสถานพยาบาลที่มีคุณสมบัติในการดูแลผู้ป่วย dermatomyositis ที่สำคัญ ได้แก่ มีหอผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit) ที่มี respiration care ยาที่เป็น รวมทั้งมีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3
- 2.2 มีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

- 3.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม หรืออายุรศาสตร์สาขาทะลุวิทยา หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์สาขาทะลุวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2
- 3.2 ในกรณีสถานพยาบาล ไม่มีแพทย์ตามข้อ 3.1 ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาสาขาอายุรศาสตร์ หรือกุมารเวชศาสตร์ ที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้ยาดังกล่าวอย่างน้อย 1 คน

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ IVIG ในโรค dermatomyositis ที่มีอาการรุนแรง ด้วยเกณฑ์ทุกข้อ ดังนี้

- 4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>
- 4.2 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น dermatomyositis associated with malignancy
- 4.3 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค dermatomyositis โดยมีผื่นที่เป็นลักษณะจำเพาะสำหรับโรคนี้ ได้แก่ Heliotrope หรือ Gottron's papule หรือ Gottron's sign หรือ V-sign หรือ Shawl's sign หรือ Mechanic's hands ร่วมกับ มีลักษณะทางคลินิกอย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ดังต่อไปนี้
  - 4.3.1 มีกล้ามเนื้อส่วนต้นแขนและต้นขาอ่อนแรงแบบสมมาตร (symmetrical proximal muscle weakness)
  - 4.3.2 มีระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อชนิดใดชนิดหนึ่งสูงขึ้น ได้แก่ creatinine kinase (CK) หรือ aspartate transaminase (AST) หรือ alanine transaminase (ALT) หรือ lactate dehydrogenase (LDH)
  - 4.3.3 ผลตรวจทางพยาธิวิทยาของกล้ามเนื้อเข้าได้กับภาวะกล้ามเนื้ออักเสบ (inflammatory myopathy)

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- 4.3.4 ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อเข้าได้กับภาวะกล้ามเนื้ออักเสบ (inflammatory myopathy)
- 4.4 ผู้ป่วยต้องมีอาการรุนแรงจนอาจถึงแก่ชีวิต (life-threatening condition) ซึ่งหมายถึง กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ (respiratory muscle) หรือการกลืน (esophageal involvement) อ่อนแรงขึ้นรุนแรง ได้แก่ ภาวะการหายใจล้มเหลวชนิดเฉียบพลัน (acute respiratory failure) หรือมีประวัติสำลักอาหารจนเกิดปอดอักเสบเฉียบพลัน (aspiration pneumonia)
- 4.5 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากลุ่มสเตียรอยด์ (steroids) ในขนาดสูงหรือยากดภูมิคุ้มกัน (immunosuppressive agents) หรือเกิดผลข้างเคียงอย่างรุนแรงจากการรักษาดังกล่าว หรือไม่สามารถให้ยากลุ่มสเตียรอยด์หรือยากดภูมิคุ้มกันในการรักษาเบื้องต้นได้ตามคำจำกัดความข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
- 4.5.1 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากลุ่มสเตียรอยด์ในขนาดสูงหรือยากดภูมิคุ้มกัน หมายถึง ได้รับยาดังกล่าวมาแล้วอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ แล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือ
- 4.5.2 เกิดผลข้างเคียงอย่างรุนแรงจากการรักษาด้วยยากลุ่มสเตียรอยด์ในขนาดสูงหรือยากดภูมิคุ้มกัน หมายถึง การเกิดผลข้างเคียงจนอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต เช่น เม็ดเลือดขาวต่ำอย่างรุนแรง (agranulocytosis) เป็นต้น หรือ
- 4.5.3 ไม่สามารถให้การรักษาด้วยยากลุ่มสเตียรอยด์หรือหรือยากดภูมิคุ้มกัน เช่น มีการติดเชื้ออย่างรุนแรง และยังไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาปฏิชีวนะ (antibiotics) เป็นต้น
- 4.6 มีการรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาและวิธีการให้ยา

ขนาดยาที่ใช้ คือ 2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แบ่งให้ 2-5 วัน (เช่น 0.4 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน นาน 5 วัน หรือ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน นาน 2 วัน) ให้ยาด้วยวิธี continuous infusion ถ้าผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้น สามารถให้ IVIG ซ้ำได้อีกทุก 4 สัปดาห์ แต่รวมทั้งหมดไม่เกิน 3 รอบต่อการกำเริบ 1 ครั้ง

## 6. การประเมินระหว่างการรักษา

### 6.1 การประเมินด้านประสิทธิผลของการรักษา

ให้ประเมินผู้ป่วยภายใน 4 สัปดาห์หลังได้รับยา ดังนี้

- 6.1.1 กำลังกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ (respiratory muscle) ได้แก่ peak negative inspiratory pressure และ peak positive expiratory pressure หรือ การกลืนอาหาร
- 6.1.2 ระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อชนิดใดชนิดหนึ่ง ได้แก่ creatinine kinase (CK), aspartate transaminase (AST), alanine transaminase (ALT) หรือ lactate dehydrogenase (LDH)

### 6.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

ให้ติดตามผลข้างเคียงชนิดเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยา IVIG

- 6.2.1 ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นขณะให้ยาทางหลอดเลือดดำ (infusion reaction) ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ใจสั่น ความดันต่ำ แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม
- 6.2.2 อาการแพ้ชนิดรุนแรง (fatal anaphylactoid reaction) ขณะให้ยา ให้ระวังในผู้ที่มีภาวะขาดอิมมูโนโกลบูลินเอ (Immunoglobulin A deficiency)
- 6.2.3 Autoimmune hemolytic anemia (AIHA)
- 6.2.4 Thrombotic event ได้แก่ ischemic stroke จากการที่มีเกร็ดเลือดสูงขึ้นหลังได้ IVIG

<sup>++</sup>โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการส่งจ่ายยาบัญชี จ(2)

#### 6.2.5 ไตวายเฉียบพลัน

### 7. เกณฑ์การหยุดยา

7.1. กรณีที่ให้การรักษาด้วย IVIG เนื่องจากไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือเกิดผลข้างเคียงต่อยา กลุ่มสตีรอยด์ในขนาดสูงหรือยากดภูมิคุ้มกันให้พิจารณาหยุดยาเมื่อ

7.1.1 ตอบสนองต่อการรักษาดีมากภายหลังการรักษา 1-3 ครั้ง กล่าวคือ ไม่มีอาการสำลักอาหาร หรือ peak negative inspiratory pressure และ peak positive expiratory pressure ดีขึ้นจนอยู่ในระดับที่จะสามารถหายใจเองได้ หรือ มีระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อชนิดใดชนิดหนึ่งกลับมาเป็นปกติหรือลดลงมากกว่าร้อยละ 50

7.1.2 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา กล่าวคือ ยังมีการสำลักอาหารหรือไม่สามารถหายใจเองได้เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจยังอ่อนแรงหรือเอนไซม์ของกล้ามเนื้อลดลงไม่ถึงร้อยละ 50 ภายใน 4 สัปดาห์หลังได้รับยาครั้งที่ 2

7.2 กรณีที่ให้การรักษาด้วย IVIG เนื่องจากมีการติดเชื้อรุนแรง ทำให้ไม่สามารถให้การรักษาด้วยยา กลุ่มสตีรอยด์ในขนาดสูงหรือยากดภูมิคุ้มกันในเบื้องต้นให้พิจารณาหยุด IVIG เมื่อผู้ป่วยหายจากการติดเชื้อและสามารถรับการรักษาภาวะโรคกำเริบดังกล่าวด้วยยา กลุ่มสตีรอยด์ในขนาดสูงหรือยากดภูมิคุ้มกันได้อย่างปลอดภัย

**แนวทางกำกับการใช้ยา Letrozole**  
**ข้อบ่งใช้ มะเร็งเต้านมที่มี hormone receptor เป็นบวก**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

ขออนุมัติการใช้ยา letrozole จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) เฉพาะครั้งแรก โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

หมายเหตุ กรณีเป็นสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีความพร้อมในการรักษามะเร็งเต้านม ให้สถานพยาบาลแจ้งความประสงค์ต่อหน่วยงานกำกับดูแลการส่งยาบัญชี จ(2) เพื่อขออนุมัติ และลงทะเบียนสถานพยาบาลแต่ละแห่งเป็นกรณีไป

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา หรืออนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ยา letrozole ในโรคมะเร็งเต้านม ด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 มีผลการตรวจ hormone receptor เป็นบวก

4.3 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหมดประจำเดือน (post menopause) แล้ว ซึ่งหมายถึงข้อหนึ่งข้อใดต่อไปนี้

4.3.1 ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี

4.3.2 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งหมด

4.3.3 ผู้ป่วยหมดประจำเดือนตามธรรมชาติก่อนการเกิดมะเร็งเต้านมนานมากกว่า 1 ปี และควรตรวจระดับของ FSH และ estradiol ว่าอยู่ในภาวะหมดประจำเดือนจริง

หมายเหตุ กรณีหมดประจำเดือนหลังการผ่าตัดเอามดลูกออก หรือหลังจากการให้เคมีบำบัด ไม่จัดเป็นภาวะหมดประจำเดือนตามความหมายข้างต้น

4.4 เป็นการให้ยาในกรณีใดกรณีหนึ่งดังนี้

4.4.1 เป็นโรคระยะแพร่กระจาย (advanced breast cancer)

4.4.2 เป็นโรคระยะแรก โดยใช้นี้เป็นยาเสริม (adjuvant therapy) แบบ switching therapy คือ

- ให้ใช้ยา tamoxifen 2-3 ปี ตามด้วย letrozole จนครบทั้งหมดรวมกันเป็น 5 ปี หรือ
- ให้ letrozole 2 ปี แล้วตามด้วย tamoxifen 3 ปี จนครบทั้งหมดรวมกันเป็น 5 ปี

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

4.5 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการใช้ยา

2.5 มิลลิกรัมต่อวัน

## 6. การประเมินผลการรักษาและเกณฑ์การหยุดยา

6.1 การประเมินว่าการรักษาไม่ได้ผลหรือมี progressive disease ให้พิจารณาจากอาการ (เช่น มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น) การตรวจร่างกาย การตรวจ tumor marker ในผู้ป่วยบางราย หรือการใช้ imaging technique เช่น X-ray, CT เป็นต้น

6.2 ไม่อนุมัติให้มีการใช้ยา letrozole ต่อไป และให้พิจารณาการรักษาในแนวทางอื่น เมื่อ

6.2.1 ใช้ยาในโรคระยะแพร่กระจายแล้วไม่ได้ผล

6.2.2 ใช้ยาแล้วได้ผลแต่ต่อมามี progressive disease

6.2.3 ผู้ป่วยทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้

6.2.4 กรณีใช้รักษาเสริมมะเร็งเต้านมระยะแรก รวมระยะเวลาการใช้ยา letrozole และ tamoxifen มากกว่า 60 เดือน

## 7. ข้อแนะนำเพิ่มเติม

แพทย์ควรป้องกัน ติดตาม และรักษาภาวะกระดูกบางระหว่างให้ยา letrozole โดยให้แคลเซียมเสริมวันละ 1,200–1,500 มิลลิกรัม แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย และหยุดสูบบุหรี่

---

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)



**แนวทางการกำกับการใช้ยา Antithymocyte globulin ชนิด rabbit**  
**ข้อบ่งใช้ภาวะเลือดจางเหตุไขกระดูกฝ่อ ชนิดรุนแรง (severe aplastic anaemia)**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

ในการให้ยาครั้งแรก ให้ขออนุมัติการใช้ยา antithymocyte globulin ชนิด rabbit (ATG) จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์หลังการรักษา (post-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยหลังทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์ กรณีประสงค์จะให้ยาซ้ำอีก 1 ครั้ง ให้ขออนุมัติการใช้ยาและลงทะเบียนก่อนการรักษา (pre-authorization)

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

สถานพยาบาลที่มีการใช้ยาต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค โดย

- 2.1 มีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางที่พร้อมจะดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา
- 2.2 สามารถให้เลือดและเกล็ดเลือด

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด หรือสาขากุมารเวชศาสตร์โรคเลือด หรืออนุสาขาลอहितวิทยาและมะเร็งในเด็ก ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ยา ATG ในภาวะเลือดจางเหตุไขกระดูกฝ่อ ชนิดรุนแรง (severe aplastic anaemia) โดยมีเกณฑ์นี้

- 4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>
- 4.2 ผู้ป่วยไม่มีภาวะ active infection
- 4.3 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเลือดจางเหตุไขกระดูกฝ่อ ชนิดรุนแรง โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยครบทุกข้อดังต่อไปนี้
  - 4.3.1 ตรวจชิ้นเนื้อไขกระดูก (bone marrow biopsy) พบ
    - 1) Cellularity น้อยกว่าร้อยละ 25 ของค่าปกติ หรือ
    - 2) Cellularity น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าปกติ โดยมีเซลล์สร้างเม็ดเลือด (hematopoietic cells) น้อยกว่าร้อยละ 30 ร่วมกับมีผลการตรวจเป็นไปตามเกณฑ์ต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ
      - 2.1) Absolute reticulocyte count น้อยกว่า 40,000 / $\mu$ L หรือ corrected reticulocyte count น้อยกว่า 1%
      - 2.2) Absolute neutrophil count น้อยกว่า 500 / $\mu$ L

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- 2.3) จำนวนเกล็ดเลือด (platelet count) น้อยกว่า 20,000 / $\mu$ L
- 4.3.2 ไม่พบสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดภาวะพร่องเม็ดเลือดทุกชนิด (pancytopenia) เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (acute leukemia), myelodysplastic syndromes, โรค hemophagocytic syndromes ที่เกิดจากเชื้อไวรัส (virus-associated hemophagocytic syndrome: VAHS) เป็นต้น
- 4.4 อาจพิจารณาให้ยา ATG ซ้ำได้อีกไม่เกิน 1 ครั้ง โดยต้องประเมินหลังให้ยาครั้งแรกอย่างน้อย 12 สัปดาห์ และมีผลเป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
- 4.4.1 ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา
- 4.4.2 ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ
- 4.5 มีการรบกวนแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำ\*

- ขนาดยาที่แนะนำ ATG ชนิด rabbit แตกต่างตามชื่อการค้า ในที่นี้ระบุเฉพาะที่มีจำหน่าย ดังนี้
- 5.1 Thymoglobuline<sup>®</sup> ขนาดยาวันละ 2.5 – 3.5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ด้วยวิธี IV infusion เป็นเวลา 12 – 18 ชั่วโมง ติดต่อกัน 5 วัน ทั้งนี้ก่อนให้ยาควรทดสอบการแพ้หรือแอนาฟิแล็กซิส โดยให้ยาประมาณ 2.5 mg ใน normal saline 100 ml ด้วยวิธี IV infusion เป็นเวลา 1 ชั่วโมง หากผู้ป่วยรุนแรงหรือเกิดแอนาฟิแล็กซิสให้หยุดยา
- 5.2 ATG-Fresenius<sup>®</sup> ขนาดยาวันละ 5.0 – 7.5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ด้วยวิธี IV infusion เป็นเวลาอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ติดต่อกัน 5-7 วัน ทั้งนี้ การให้ยา 30 นาทีแรก ให้หยุดยาช้าๆ แล้วปรับเป็นปรกติถ้าไม่พบอาการผิดปกติ (เช่น ปฏิกิริยาแอนาฟิแล็กซิส) และติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดใน 3 วันแรกของการให้ยา
- 5.3 ให้ใช้ ATG ร่วมกับ cyclosporine ในการรักษา severe aplastic anaemia เนื่องจากให้ผลการรักษาเหนือกว่าให้ยาเดี่ยว ยกเว้นมีเงื่อนไขทางการแพทย์ที่ไม่สามารถใช้ยา cyclosporine ได้
- \*ทั้งนี้ ได้พิจารณาขนาดยาดังกล่าวตามหลักฐานการวิจัยทางคลินิกที่เชื่อถือได้ของแต่ละผลิตภัณฑ์แล้ว

## 6. ระยะเวลาในการรักษาและเกณฑ์การหยุดยา

เกณฑ์การหยุดยา มีดังนี้

- 6.1 โดยทั่วไปหยุดยาเมื่อให้ยาครบ 1 ครั้ง กล่าวคือ Thymoglobuline<sup>®</sup> 5 วัน หรือ ATG-Fresenius<sup>®</sup> 5-7 วัน
- 6.2 ผู้ป่วยแพ้ยารุนแรงหรือเกิดแอนาฟิแล็กซิส
- 6.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย ATG ตามเกณฑ์ข้อ 4 แล้ว 2 ครั้ง แล้วยังไม่ตอบสนอง ให้พิจารณาการรักษาด้วยวิธีการอื่นแทน

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)

## แนวทางกำกับการใช้ยา Epoetin alfa/beta (epoetin alpha/beta: EPO)

### ข้อบ่งใช้ ภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรังที่ไม่พบสาเหตุอื่นที่รักษาได้

#### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

ระบบการอนุมัติการใช้ยา epoetin (EPO) ดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรก เป็น pre-authorization หากหน่วยงานสิทธิประโยชน์นั้นมีระบบควบคุมอยู่แล้วให้ดำเนินงานตามขั้นตอนของหน่วยงานสิทธิประโยชน์ หากยังไม่มีระบบควบคุมให้ดำเนินการอนุมัติได้ภายในโรงพยาบาล โดยให้โรงพยาบาลนั้นตั้งคณะกรรมการตรวจสอบความถูกต้องของแนวทางการใช้ยาและอนุมัติการใช้ยา แล้วเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 เป็น post-authorization ในระบบส่วนกลาง (หมายถึงมีคณะกรรมการตรวจสอบจากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ติดตามการใช้ยา) ภายหลังจากมีการใช้ยาแล้ว

สำหรับสถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาล ให้อนุมัติด้วยระบบ pre-authorization ด้วยหน่วยงานสิทธิประโยชน์เท่านั้น

#### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

2.1 เป็นโรงพยาบาลที่มีแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สำหรับกรณีที่โรงพยาบาลมีหน่วยไตเทียม หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาลนั้นต้องได้รับการรับรองจากแพทยสภา

2.2 เป็นสถานพยาบาลที่มีเครื่องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยสถานพยาบาลนั้นจะต้องผ่านการรับรองจากแพทยสภา

#### 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

3.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในอนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคไต หรืออนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคไต ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

3.2 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขากุมารเวชศาสตร์ หรืออายุรศาสตร์ที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคไต หรือที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมอบหมายซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ได้รับการอนุมัติในข้อ 2

#### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

การใช้ epoetin ในภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรังที่ไม่พบสาเหตุอื่นที่รักษาได้ มีข้อกำหนดดังนี้

4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>

4.2 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรังที่ไม่พบสาเหตุอื่นที่รักษาได้

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรังที่ไม่พบสาเหตุอื่นที่รักษาได้ ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

**กรณีที่ 1** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (Chronic kidney disease stage 5) ได้แก่

1.1 ระยะเริ่มให้ยา (Initial Phase)

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ไม่เคยได้รับยา EPO มาก่อน ต้องมีคุณสมบัติ **ครบถ้วนทั้งสามข้อ** ดังนี้

1.1.1 **ต้องตรวจพบ**สิ่งเหล่านี้**ทุกข้อ**ในผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยา EPO

- มีค่า Hb ที่ตรวจได้น้อยกว่า 10 g/dL หรือมีค่า Hct น้อยกว่า 30 %
- ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (มีค่า GFR น้อยกว่า 15 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> หรือ **end-stage renal disease**)<sup>+++</sup>
- มีค่า Serum ferritin มากกว่า 100 ng/mL
- มีค่า TSAT มากกว่าหรือเท่ากับ 20%

1.1.2 **ต้องตรวจไม่พบ**สิ่งเหล่านี้**ทุกข้อ**ในผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยา EPO

- ผู้ป่วยกำลังมีภาวะเลือดออก (active bleeding)
- ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิก หรือ ผลการตรวจทางปฏิบัติการโลหิตวิทยาพื้นฐาน ที่เข้าได้กับกลุ่มโรค
- EPO- resistant bone marrow disease ได้แก่ aplastic anemia, myelodysplastic syndrome, myelofibrosis, myelophthisic anemia หรือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่ามีภาวะ pure red cell aplasia (PRCA)
- ผู้ป่วยมีภาวะ megaloblastic anemia ซึ่งมีหลักฐานน่าเชื่อถือได้ว่าเกิดจากการขาดโฟเลต หรือ วิตามินบี 12

1.1.3 ถ้ามีโรคร่วม (co-morbid disease) ที่ทำให้เกิดภาวะเลือดจาง (anemia) ก็ต้องได้รับการรักษาโรคนั้น**รวม**ไปด้วย เช่น ถ้าตรวจพบ Stool occult blood ให้ผลบวก (Positive) ต้องมีการดำเนินการรักษา

1.2 ระยะการรักษา**ต่อเนื่อง**เพื่อควบคุมภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรัง (Maintenance phase)

การพิจารณาสั่งใช้ EPO ต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เพื่อควบคุมภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรัง(maintenance phase) ผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติ**ครบถ้วนทั้งสามข้อ**ดังนี้

1.2.1 **ต้องตรวจพบ**สิ่งเหล่านี้**ทุกข้อ**ในผู้ป่วยก่อนการขอเบิกยา EPO คราวต่อไป

- ผู้ป่วยเคยได้รับการอนุมัติให้ใช้ยา EPO แล้ว
- ในกรณีที่มีการทำ dialysis แล้ว ต้องมีการแสดงค่า Kt/V ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 3 เดือน (ก่อนวันยื่นขอเบิกยา) โดยค่า Kt/V ที่ได้ควรเป็นดังนี้
  - ควรมีค่า Kt/V ไม่น้อยกว่า 1.8/ครั้ง สำหรับผู้ที่ทำ Hemodialysis 2 ครั้ง/สัปดาห์ หรือ
  - ควรมีค่า Kt/V ไม่น้อยกว่า 1.2/ครั้ง สำหรับผู้ที่ทำ Hemodialysis 3 ครั้ง/สัปดาห์ หรือ
  - ควรมีค่า Kt/V ไม่น้อยกว่า 1.7/สัปดาห์ สำหรับผู้ที่ทำ Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)
- ต้องมีการแสดงค่า Serum ferritin ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือน โดยค่า Serum ferritin ควรมากกว่า 100 ng/mL

<sup>+++</sup> KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease 2006.

- ต้องมีการแสดงค่า TSAT ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือน โดยค่า TSAT ควรมากกว่าหรือเท่ากับ 20%

#### 1.2.2 ต้องตรวจไม่พบสิ่งเหล่านี้ในผู้ป่วยก่อนการขอเบิกยา EPO คราวต่อไป

- ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิก หรือ ผลการตรวจทางปฏิบัติการโลหิตวิทยาพื้นฐาน ที่เข้าได้กับกลุ่มโรค EPO-resistant bone marrow disease ได้แก่ aplastic anemia, myelodysplastic syndrome, myelofibrosis, myelophthisic anemia หรือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า มีภาวะ PRCA

#### 1.2.3 ถ้ามีโรคร่วม (co-morbid disease) ที่ทำให้เกิดภาวะเลือดจาง (anemia) ก็ต้องได้รับการรักษาโรคนั้นร่วมไปด้วย

### กรณีที่ 2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (Chronic kidney disease stage 4) ได้แก่

#### 2.1 ระยะเริ่มให้ยา (Initial Phase)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่ไม่เคยได้รับยา EPO มาก่อน ต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนทั้งสามข้อดังนี้

##### 2.1.1 ต้องตรวจพบสิ่งเหล่านี้ทุกข้อในผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยา EPO

- มีค่า Hemoglobin (Hb) ที่ตรวจได้น้อยกว่า 10 g/dL หรือมีค่า Hematocrit (Hct) น้อยกว่า 30 %
- ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (มีค่า GFR เท่ากับ 15-30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>)
- มีค่า Serum ferritin มากกว่า 100 ng/mL
- มีค่า TSAT มากกว่าหรือเท่ากับ 20%

##### 2.1.2 ต้องตรวจไม่พบสิ่งเหล่านี้ทุกข้อในผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยา EPO

- ผู้ป่วยกำลังมีภาวะเลือดออก (active bleeding)
- ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิก หรือ ผลการตรวจทางปฏิบัติการโลหิตวิทยาพื้นฐาน ที่เข้าได้กับกลุ่มโรค
- EPO-resistant bone marrow disease ได้แก่ aplastic anemia, myelodysplastic syndrome, myelofibrosis, myelophthisic anemia หรือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า มีภาวะ PRCA
- ผู้ป่วยมีภาวะ megaloblastic anemia ซึ่งมีหลักฐานน่าเชื่อถือได้ว่าเกิดจากการขาดโฟเลตหรือวิตามินบี 12

##### 2.1.3 ถ้ามีโรคร่วม (co-morbid disease) ที่ทำให้เกิดภาวะเลือดจาง (anemia) ก็ต้องได้รับการรักษาโรคนั้นร่วมไปด้วย เช่น ถ้าตรวจพบ Stool occult blood ให้ผลบวก (Positive) ต้องมีการดำเนินการรักษา

#### 2.2 ระยะการรักษาต่อเนื่องเพื่อควบคุมภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรัง (Maintenance phase)

การพิจารณาสั่งใช้ยา EPO ต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เพื่อควบคุมภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรัง (maintenance phase) ผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนทั้งสามข้อดังนี้

##### 2.2.1 ต้องตรวจพบสิ่งเหล่านี้ทุกข้อในผู้ป่วยก่อนการขอเบิกยา EPO คราวต่อไป

- ผู้ป่วยเคยได้รับการอนุมัติให้ใช้ยา EPO แล้ว
- ต้องมีการแสดงค่า Serum ferritin ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือน โดยค่า Serum ferritin ควรมากกว่า 100 ng/mL

- ต้องมีการแสดงค่า TSAT ภายในช่วงเวลาไม่เกิน 6 เดือน โดยค่า TSAT ควรมากกว่าหรือเท่ากับ 20%

#### 2.2.2 ต้องตรวจไม่พบสิ่งเหล่านี้ในผู้ป่วยก่อนการขอเบิกยา EPO คราวต่อไป

- ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิก หรือผลการตรวจทางปฏิบัติการโลหิตวิทยาพื้นฐาน ที่เข้าได้กับกลุ่มโรค EPO-resistant bone marrow disease ได้แก่ aplastic anemia, myelodysplastic syndrome, myelofibrosis, myelophthisic anemia หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่ามีภาวะ PRCA

#### 2.2.3 ถ้ามีโรคร่วม (co-morbid disease) ที่ทำให้เกิดภาวะเลือดจาง (anemia) ก็ต้องได้รับการรักษาโรคนั้นรวมไปด้วย

4.3 ให้หยุดใช้ยา EPO ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะ PRCA หลังได้รับยา EPO

4.4 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้งที่ใช้ยากับผู้ป่วย<sup>++</sup>

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายบัญชี จ(2)

## แนวทางการกำกับการใช้ยา Imiglucerase ในข้อบ่งใช้ Gaucher's disease type 1

### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

1.1 กำหนดให้ขออนุมัติการใช้ยา imiglucerase ชนิดฉีดจากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนก่อนทำการรักษา กับหน่วยงานสิทธิประโยชน์ได้แก่ สถานพยาบาล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยาและเวชพันธุศาสตร์และลงทะเบียนผู้ป่วยโดยมีแพทย์สองสาขาวิชาดังกล่าวต่อผู้ป่วย 1 ราย

1.2 แพทย์ผู้ทำการรักษาต่อเนื่องกรอกแบบฟอร์มที่คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดทุก 3 เดือน<sup>++</sup>

### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

2.1 มีความพร้อมในการวินิจฉัยโรคสามารถตรวจและ/หรือ แปลผลการทำงานของเอนไซม์ glucocerebrosidase ได้ หรือ สามารถตรวจและ/หรือ แปลผลการกลายพันธุ์ของยีน *GBA1*

2.2 มีความพร้อมในการรักษาโดยการบริหารยา imiglucerase และ บริหารจัดการในการรักษาต่อด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก

### 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภา และมีความเชี่ยวชาญในอนุสาขาลโลหิตวิทยา หรือ เวชพันธุศาสตร์ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา imiglucerase ในโรค Gaucher's disease type 1 โดยมีเกณฑ์ดังนี้

4.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Gaucher's disease type 1 โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยครบทุกข้อดังนี้

4.1.1 ได้รับการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้

ก) Enzyme analysis แล้วพบว่าเอนไซม์ glucocerebrosidase มีการทำงานที่ลดลงในระดับที่เข้าข่ายการเป็นโรค หรือ

ข) ตรวจพบการกลายพันธุ์ก่อโรคของยีน *GBA1*

4.1.2 ผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์อย่างน้อย 2 ข้อ ดังต่อไปนี้

1) มีภาวะเลือดจางโดย Hb น้อยกว่า 85% ของ lower limit ของค่าปกติ

2) เกล็ดเลือดต่ำกว่า  $50,000/\text{mm}^3$  อย่างน้อย 2 ครั้งต่อเนื่องกันเป็นเวลา ห่างกัน 1 เดือน โดยไม่มีสาเหตุอื่นที่สามารถแก้ไขได้ หรือ มี spontaneous bleeding จากเกล็ดเลือดต่ำ

3) แสดงอาการรุนแรงที่เกิดจาก splenic infarct

4) ตรวจม้ามพบ huge splenomegaly (หมายถึง ขอบล่างของม้ามลงมาถึงขอบบนของ iliac crest หรือ ขอบด้านในข้าม midline)

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)

- 5) มีอาการทางกระดูก ได้แก่ อาการวิกฤติฉับพลัน (acute bone crisis) ได้แก่ ปวดกระดูกรุนแรง ร่วมกับมีไข้และเม็ดเลือดขาวเพิ่มสูงขึ้น โดยไม่พบเชื้อจาก blood culture หรือ avascular necrosis หรือ กระดูกหักเอง
  - 6) มีอาการทางปอดที่รุนแรง เช่น ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดผิดปกติ (เช่น SpO<sub>2</sub> ต่ำกว่า 95% ที่ room air) ความดันเลือดในปอดสูง (pulmonary hypertension ตรวจโดยการสวนหัวใจ หรือ echocardiogram) หรือมีภาวะแทรกซ้อน hepatopulmonary syndrome
  - 7) การเจริญเติบโตของร่างกายช้ามาก (failure to thrive) คือมีน้ำหนักหรือส่วนสูงต่ำกว่า 3<sup>rd</sup> percentile เมื่อเทียบกับอายุทั้งนี้โดยไม่เกิดจากสาเหตุอื่น
- 4.1.3 ตรวจไม่พบอาการรุนแรงทางระบบประสาทซึ่งเป็นลักษณะของ Gaucher's disease type 2 และ 3 ดังนี้
- 1) พัฒนาการช้าในเด็ก
  - 2) พัฒนาการหรือสติปัญญาดกถอยในเด็กและสมองเสื่อมในผู้ใหญ่ (dementia)
  - 3) การกลอกตาผิดปกติ (oculomotor apraxia)
  - 4) กลืนลำบาก
  - 5) อ้าปากไม่ขึ้น (trismus)
  - 6) แขนขาเกร็ง
  - 7) มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น เกร็งหลังแอ่น (opisthotonos) เดินเซ ชัก
- 4.1.4 ผู้ป่วยและผู้ปกครองลงนามรับทราบว่า ต้องมารักษอย่างต่อเนื่องด้วยยาและการปลูกถ่ายไขกระดูก หากไม่มาติดตามตามนัดหรือปฏิเสธการปลูกถ่ายไขกระดูกเมื่อสามารถทำได้ อาจมีผลต่อการได้รับยาต่อ
- 4.2 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>†</sup>
- 4.3 หน่วยงานสิทธิประโยชน์จัดตั้งคณะทำงานฯ (Clinical Review Committee) เพื่อทำการทบทวนข้อมูลผู้ป่วย Gaucher's disease ทุก 6 เดือน

## 5. ขนาดยาที่แนะนำ

ขนาดยา imiglucerase ที่แนะนำ ในที่นี้ระบุเฉพาะที่มีจำหน่าย (Cerezyme<sup>®</sup>) คือ ขนาดยาเริ่มต้น 30-60 U/kg โดยให้หยดทางหลอดเลือดดำอย่างช้าๆ ภายใน 1-2 ชั่วโมง ทุก 2 สัปดาห์ กรณีผลการตอบสนองเป็นไปอย่างเหมาะสม ให้พิจารณาลดขนาดยาลง 10-15 U/kg โดยขนาดยาสูงสุดของผู้ป่วย ไม่เกิน 60 U/kg ทุก 2 สัปดาห์

<sup>†</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ



## 6. ระยะเวลาในการรักษาและเกณฑ์การหยุดยา

- 6.1 ให้ทำการประเมินผลการรักษาทุก 6 เดือน เพื่อพิจารณาปรับขนาดยาตามเกณฑ์ในข้อที่ 5
- 6.2 ให้พิจารณาหยุดยาเมื่อผู้ป่วยมีเกณฑ์เข้ากันได้กับเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - 6.2.1 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแม้จะให้ยาในขนาดสูงสุดเป็นเวลา 6 เดือนแล้ว โดยประเมินจากเกณฑ์บ่งชี้การรักษาที่เริ่มให้ยา ตามตารางที่ 1
  - 6.2.2 มีการกำเริบของระบบอื่น
  - 6.2.3 เกิดปฏิกิริยาการแพ้ยา imiglucerase แบบรุนแรง
  - 6.2.4 ผู้ป่วยไม่มารับการฉีดยาเกิน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน อย่างไม่สมเหตุผล
  - 6.2.5 ได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูกเป็นผลสำเร็จ ด้วยการตรวจเอนไซม์ glucocerebrosidase ในเม็ดเลือดขาว มีการทำงานไม่ต่ำกว่าครึ่งหนึ่งของค่าปกติ
  - 6.2.6 ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองปฏิเสธการปลูกถ่ายไขกระดูก เมื่อสามารถหา donor ได้แล้ว
- 6.3 ให้มีคณะกรรมการที่หน่วยงานสิทธิประโยชน์แต่งตั้ง (Clinical Review Committee) พิจารณาเป็นรายบุคคลในกรณีอื่นๆ

ตารางที่ 1 เกณฑ์บ่งชี้การรักษาและดัชนีวัดผลการรักษา Gaucher's disease type 1 ด้วยยา imiglucerase

อวัยวะ/ระบบร่างกาย (Domain)	เกณฑ์บ่งชี้การรักษา (Indication for therapy)	Therapeutic goals
ระบบโลหิต	1. เลือดจาง Hb น้อยกว่า 85% ของ lower limit ของค่าปกติ	ผู้ชาย ตั้งแต่ 12 g/dL ผู้หญิง ตั้งแต่ 11 g/dL; เด็ก ตั้งแต่ 10 g/dL
	2. เกล็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 /mm <sup>3</sup> โดยไม่มีสาเหตุอื่นที่สามารถแก้ไขได้ <u>หรือ</u> มี spontaneous bleeding	ปริมาณเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นจนถึงระดับที่ไม่เกิดเลือดออกเอง
		ปริมาณเกล็ดเลือดเป็นปกติในผู้ป่วยที่ตัดม้ามแล้ว
		ปริมาณเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า เทียบกับก่อนได้รับการรักษาในผู้ป่วยที่ไม่ได้ตัดม้าม
ตับและม้าม	3.แสดงอาการรุนแรงที่เกิดจาก splenic infarct	ม้ามมีขนาดยุบลงอย่างน้อย 50% ไม่มีอาการจากม้ามขาดเลือดอีก
	4.Huge splenomegaly ขอบล่างของม้ามลงมาถึงขอบบนของ iliac crest <u>หรือ</u> ขอบด้านในข้าม midline ซึ่งวัดขนาดโดยการตรวจร่างกาย	ม้ามมีขนาดยุบลง 50% เทียบกับก่อนได้รับการรักษาหรือ ม้ามมีขนาดยุบลงและใหญ่ไม่เกิน 8 เท่าของคนปกติ ซึ่งตรวจหรือวัดโดยวิธี ultrasonography หรือ MRI

อวัยวะ/ระบบ ร่างกาย (Domain)	เกณฑ์บ่งชี้การรักษา (Indication for therapy)	Therapeutic goals
ตับและม้าม (ต่อ)		<p>ตับมีขนาดยุบลง 30% เทียบกับก่อนได้รับการรักษาหรือ ตับมีขนาดยุบลงและใหญ่ไม่เกิน 1.25 เท่าของคนปกติ ซึ่งตรวจหรือวัดโดยวิธี ultrasonography หรือ MRI</p> <p>หน้าที่ตับที่ผิดปกติมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น</p>
กระดูก	5. อาการวิกฤติฉับพลัน (acute bone crisis) โดยปวดกระดูกรุนแรงร่วมกับมีไข้และเม็ดเลือดขาวเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะเชื้อจากเลือดไม่ขึ้น <u>หรือ</u> มี avascular necrosis <u>หรือ</u> กระดูกหักเอง	<p>ไม่มีอาการวิกฤติฉับพลันเกิดขึ้นอีก</p> <p>อาการปวดลดลง</p> <p>เอกซเรย์หรือ MRI กระดูกมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น(either MRI, QCSI2, or BMD)</p> <p>ไม่มีกระดูกหักเองเพิ่มใหม่อีก</p> <p>เพื่อให้ผลรักษาด้วยการผ่าตัดโรคทางกระดูกดีขึ้น</p>
ปอด	6. มีอาการทางปอดที่รุนแรง เช่น ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำผิดปกติ (SpO <sub>2</sub> less than 95%, room air) ความดันเลือดในปอดสูง (pulmonary hypertension) <u>หรือ</u> มีภาวะแทรกซ้อน hepatopulmonary syndrome	<p>ความดันเลือดในปอดสูงมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น</p> <p>ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่ต่ำ</p> <p>ภาวะ hepatopulmonary syndrome กลับมาดีขึ้นหรือหายไป</p>
การเจริญเติบโต	7. การเจริญเติบโตของร่างกายช้ามาก คือ มีน้ำหนักหรือส่วนสูงต่ำกว่า 3 <sup>rd</sup> percentile เมื่อเทียบกับอายุ	น้ำหนักส่วนสูงค่อยๆ กลับมาดีขึ้นเข้าสู่เกณฑ์ปกติ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก *Modified from Ontario Guidelines for Treatment of Gaucher Disease by Enzyme Replacement with Imiglucerase or Velaglucerase or Substrate Reduction Therapy with Miglustat (Version 9; August 2011) (which is based on Responses are based on those shown for ERT as presented by Pastores et al. Therapeutic Goals in the treatment of Gaucher Disease, Seminars in Hematology, 2004)*

## แนวทางกำกับการใช้ยา Bevacizumab ในข้อบ่งใช้

1. โรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบุ่มจอตา (Wet form of subfoveal, juxtafoveal choroidal neovascularization (CNV) due-to aged related macular degeneration)
2. โรคศูนย์กลางจอตาบวมจากเบาหวาน (Diabetic Macular Edema: DME)
3. โรคหลอดเลือดดำที่จอตาอุดตันที่มีศูนย์กลางจอตาบวม (Retinal Vein Occlusion with Macular Edema)

### 1. ระบบการอนุมัติการใช้ยา

1.1 ขออนุมัติการใช้ยา bevacizumab จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนสถานพยาบาลและแพทย์ก่อนทำการรักษากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

1.2 ลงทะเบียนผู้ป่วยก่อนทำการรักษาเพื่อขออนุมัติการใช้ยาครั้งแรก และขออนุมัติการใช้ยาต่อเนื่องโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาทำการกรอกแบบประเมินผลหลังการให้ยาครบทุก 3 เดือน<sup>++</sup>

1.3 ลงทะเบียนผู้ป่วยก่อนทำการรักษา และขออนุมัติการใช้ยาต่อเนื่อง โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาทำการกรอกแบบประเมินผลการรักษาก่อนการให้ยาครั้งที่ 4, 7 และ 10 สำหรับโรค AMD และครั้งที่ 4 สำหรับ โรค DME หรือ RVO

### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่มีการใช้ยาต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค โดยมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการรักษา/วินิจฉัยโรค เช่น Fundus fluorescein angiography (FFA), Optical Coherence Tomography (OCT) เป็นต้น รวมทั้งมีแพทย์เฉพาะทางตามที่ระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

### 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาจักษุวิทยา และเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านโรคจอตาและน้ำวุ้นตา (ตามที่ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง) ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา bevacizumab ในโรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบุ่มจอตา โรคศูนย์กลางจอตาบวมจากเบาหวาน และโรคหลอดเลือดดำที่จอตาอุดตันที่มีศูนย์กลางจอตาบวม โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 4.1 ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>+</sup>
- 4.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากอาการทางคลินิกว่าเป็นโรคจุดภาพชัดจอตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ใต้รอยบุ่มจอตา หรือ โรคศูนย์กลางจอตาบวมจากเบาหวาน หรือ โรคหลอดเลือดดำที่จอตาอุดตันที่มีศูนย์กลางจอตาบวม โดยอาจยืนยันด้วยเครื่อง OCT หรือ FFA ตามความเหมาะสม และต้องมีผลการถ่ายภาพจอประสาทตามาแสดง
- 4.3 มีระดับความสามารถในการมองเห็น (visual acuity) ในช่วง 20/40-20/400
- 4.4 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ (2) ที่ขออนุมัติใช้ยากับผู้ป่วยตามที่ระบุไว้ในข้อ 1<sup>++</sup>

<sup>+</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

หมายเหตุ ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน เป็นสำคัญ

<sup>++</sup> โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

## 5. ขนาดยาที่แนะนำ

ขนาดยา bevacizumab ที่แนะนำ คือ 1.25 มิลลิกรัม โดยเริ่มต้นด้วยการฉีดเข้าวุ้นตาเดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน หากตอบสนองต่อการรักษาไม่เต็มที่ ให้ฉีดยาต่อได้เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1.25 มิลลิกรัม ตามดุลยพินิจของแพทย์

หมายเหตุ ยา bevacizumab 1 ขวด (ขนาด 100 มิลลิกรัม) ให้แบ่งใช้ไม่น้อยกว่า 30 ครั้ง (ครั้งละ 1.25 มิลลิกรัม)

## 6 การประเมินระหว่างการรักษา

### 6.1 การประเมินด้านประสิทธิภาพของการรักษา

ให้ประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับยาตั้งแต่ครั้งที่ 4 เป็นต้นไป ดังนี้

6.1.1 ระดับความสามารถในการมองเห็น (visual acuity)

6.1.2 การบวมของจอประสาทตา

### 6.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

6.2.1 ภาวะการติดเชื้อภายในลูกตา (endophthalmitis)

6.2.2 เลือดออกในวุ้นลูกตา (vitreous hemorrhage)

6.2.3 ต้อกระจก (cataract)

6.2.4 จอประสาทตาหลุดลอก (retinal detachment)

## 7. ระยะเวลาในการรักษาและเกณฑ์การหยุดยา

ข้อที่	Age-related Macular Degeneration	Diabetic Macular Edema	Retinal vein occlusion with Macular Edema
7.1	ระยะเวลาในการรักษา		
	ใช้ยาได้สูงสุด 12 ครั้ง ของการรักษา ที่รอยโรคเดิมต่อตา 1 ข้าง ภายใน ระยะเวลา 12 เดือน	ใช้ยาได้สูงสุด 6 ครั้ง ของการรักษา ที่รอยโรคเดิมต่อตา 1 ข้าง ภายใน ระยะเวลา 12 เดือน	ใช้ยาได้สูงสุด 6 ครั้ง ของการรักษา ที่รอยโรคเดิมต่อตา 1 ข้าง ภายใน ระยะเวลา 12 เดือน
7.2	เกณฑ์การหยุดยาโดยพิจารณาจาก		
	7.2.1 ตอบสนองต่อการรักษาอย่างเต็มที่โดยความหนาของจอตาบริเวณ จุดภาพชัดเท่าปกติ หรือ ไม่พบการรั่วของสี fluorescein	7.2.1 ตอบสนองต่อการรักษาอย่างเต็มที่โดยระดับการมองเห็น 20/20 และตรวจ OCT พบศูนย์กลางจอตา เป็นปกติ	7.2.1 ตอบสนองต่อการรักษาอย่างเต็มที่โดยระดับการมองเห็น 20/20 และตรวจ OCT พบศูนย์กลางจอตา เป็นปกติ
	7.2.2 ควบคุมโรคได้ คือ การมองเห็นเปลี่ยนแปลงไม่เกินหนึ่งแถว และตรวจ OCT พบความหนาของศูนย์กลางจอตาเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 10% โดยประเมินในช่วงการฉีดยาสามครั้งล่าสุด		
	7.2.3 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยประเมินในช่วงการฉีดยาสามครั้งล่าสุด พิจารณาจาก 1) ระดับของสายตาแย่ง และ ความหนาของจอตาบริเวณจุดภาพชัดเท่าเดิมหรือมากขึ้น หรือ 2) มีการรั่วของสี fluorescein เท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้น		

## แนวทางการกำกับการใช้ยา

Coagulation factors (factor VIII concentrate, factor IX concentrate และ factor IX complex)

### ข้อบ่งใช้โรคฮีโมฟีเลีย

#### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

- 1.1 กรณีการรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงหรือการผ่าตัดเร่งด่วน ขออนุมัติการใช้ยา coagulation factors จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์หลังการรักษา (post-authorization) และกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้ง
- 1.2 กรณีรักษาเลือดออกในระยะเริ่มต้นที่สถานพยาบาลขออนุมัติการใช้ยา coagulation factors จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์หลังการรักษา (post-authorization) และกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ทุกครั้ง
- 1.3 สำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยใหม่ (new case) ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้นที่บ้าน (home care) ขออนุมัติใช้ยาก่อนการรักษา (pre-authorization) และกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ต้องกรอกแบบฟอร์มทุก 6 เดือนระยะเวลาการอนุมัติให้ขึ้นกับหน่วยงานสิทธิประโยชน์กำหนด

#### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

- 2.1 เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมให้บริการทั้งภาวะปกติ และภาวะวิกฤตฉุกเฉินได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง
- 2.2 เป็นสถานพยาบาลที่สามารถดูแลผู้ป่วยฮีโมฟีเลียแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องทั้งการส่งเสริม ป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ
- 2.3 สามารถตรวจหรือส่งตรวจ factor level และ factor inhibitor
- 2.4 เป็นสถานพยาบาลที่มีเครือข่ายหน่วยบริการรับส่งต่อ และดูแลรักษาในทุกระดับพร้อมทั้งระบบสนับสนุนเครือข่ายด้านการจัดการการส่งต่อ ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และวิชาการอย่างต่อเนื่อง
- 2.5 เป็นสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาตามที่ระบุไว้ในข้อ 3

#### 3. คุณสมบัติของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ทำการรักษา

- 3.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาโลหิตวิทยา หรือ สาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด หรือสาขากุมารเวชศาสตร์โรคเลือด หรืออนุสาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก  
กรณีไม่มีแพทย์เฉพาะทางข้างต้น ผู้อำนวยการสามารถแต่งตั้งอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย อย่างน้อย 1 ปี หรือ ผ่านการอบรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ให้เป็นผู้รักษาแทนได้
- 3.2 มีบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ที่ร่วมดูแล ได้แก่ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/นักเทคนิคการแพทย์
- 3.3 มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เฉพาะด้านโลหิตวิทยาอย่างน้อย 1 ปี หรือ ผ่านการอบรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลือดออกง่าย ฮีโมฟีเลีย เป็นหัวหน้าทีมปฏิบัติงานในหน่วยบริการเป็นประจำ

#### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา

อนุมัติการใช้ยา coagulation factors ในโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ตามเกณฑ์ทุกข้อ ดังนี้

4.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียเอหรือบี และอยู่ในระบบทะเบียนตามข้อ 1 หรือให้ดำเนินการลงทะเบียนสำหรับการใช้ยาต่อเนื่อง

4.2 ให้การป้องกันหรือรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียด้วย coagulation factors ในกรณีดังต่อไปนี้

4.2.1 ให้ยาเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกก่อนทำหัตถการทางการแพทย์ ที่มีความเสี่ยงต่อการทำให้เกิดเลือดออก

4.2.2 มีเลือดออกทั้งที่เห็นได้ หรือ ที่ออกภายในอวัยวะต่างๆ

4.2.3 การรักษาภาวะเลือดออกระยะเริ่มต้น (early treatment) ที่หน่วยบริการหรือนำกลับไปใช้ที่บ้าน (home treatment therapy) ตามเงื่อนไขของแต่ละหน่วยงานสิทธิประโยชน์กำหนด

4.3 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ตามที่กำหนด<sup>++</sup>

#### 5. ขนาดยาที่แนะนำ

##### 5.1 การป้องกันหรือรักษาภาวะเลือดออก

หลักการให้ยา coagulation factors ตามระดับความรุนแรงของอาการ หรือตามความจำเป็นก่อนการผ่าตัดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขนาดยาเบื้องต้นสำหรับเพิ่มระดับ coagulation factors\*

ชนิดของอาการเลือดออก	ระดับ coagulation factor(%)	
	จุดเริ่มต้น	ระดับต่ำสุดที่ยอมรับได้
1. เลือดออกในข้อระยะเริ่มต้น เลือดออกที่กล้ามเนื้อขนาดเล็ก การเย็บแผล หัตถการทางทันตกรรม**	20-30	-
2. เลือดออกในกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ (ยกเว้น iliopsoas) เลือดออกในข้อ แผลฉีกลึก	40-50	20-30 (นาน 3-7 วัน)
3. ผ่าตัดขนาดเล็กถึงปานกลาง เช่น ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเลือดออกในสมอง ทางเดินอาหาร ลำคอ อวัยวะสำคัญและ iliopsoas	80-100	40-50 (นาน 7-10 วัน)
4. ผ่าตัดขนาดใหญ่ เช่น ผ่าตัดข้อ หรือผ่าตัดสมอง	80-100	40-50 (นาน 1-2 สัปดาห์หรือจนแผลหาย)

หมายเหตุ:

\* Factor VIII 1 ยูนิต/กิโลกรัม เพิ่มระดับ factor VIII ได้ 2%

factor IX 1 ยูนิต/กิโลกรัม เพิ่มระดับ factor IX ได้ 1%

FFP 10 มิลลิลิตร/กิโลกรัม เพิ่มระดับ factor VIII ได้ 10-15%, factor IX ได้ 7-10%

<sup>++</sup>โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

\*\* การเย็บแผล ตัดไหม ถอนฟัน ให้แฟคเตอร์เข้มข้นเพียงครั้งเดียวในเช้าวันที่จะทำการ ยกเว้นทันตแพทย์ใช้ fibrin glue ร่วมกับ dental splint อาจไม่ต้องให้แฟคเตอร์เข้มข้น

#### **ขนาดยาที่ใช้ตาม protocol**

กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นภาวะเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่น ในข้อ และกล้ามเนื้อ โดยหน่วยบริการรับส่งต่อผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยนอก และสังเกตอาการ ให้การรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียด้วย coagulation factors แก่ผู้ป่วย แต่ไม่เกิน 15,000 IU/ครั้ง โดยจำกัดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วย 1 คนเข้ารับการ รักษา ไม่เกิน 2 ครั้ง/ 1 เดือน (ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในปีงบประมาณ)

### **5.2 การรักษาภาวะเลือดออกรุนแรงมาก**

#### **5.2.1 กรณีผู้ป่วยที่ไม่มีสารต้านแฟคเตอร์**

กรณีผู้ป่วยมีอาการเลือดออกรุนแรงมาก ซึ่งเป็นอันตรายกับชีวิต เช่น ในสมอง ในช่องท้อง ในช่องอก ให้การรักษาด้วย coagulation factor นาน 7-10 วัน ขึ้นกับตำแหน่งเลือดออก และการผ่าตัด การให้ coagulation factor อาจไม่เพียงพอในการควบคุมอาการเลือดออก ต้องใช้พลาสมาสดแช่แข็ง (fresh frozen plasma) และ ไครโอพรีซิปีเตทร่วมด้วย ดังแสดงในตารางที่ 1

#### **ขนาดยาที่ใช้ตาม protocol**

กรณีเลือดออกรุนแรงที่เป็นภาวะเลือดออกรุนแรงในส่วนประกอบของอวัยวะที่มีเลือดออกบ่อย เช่น ในข้อ และกล้ามเนื้อ อาการเลือดออกรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงพิการ เสียชีวิต หรือผ่าตัดฉุกเฉิน โดยหน่วยบริการรับส่งต่อผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ให้การรักษาโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียด้วย coagulation factors แก่ผู้ป่วย แต่ไม่เกิน 30,000 IU/ครั้งของการเข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาล(ไม่จำกัดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานที่นอน โรงพยาบาลใน ปีงบประมาณ)

#### **5.2.2 กรณีผู้ป่วยที่มีสารต้านแฟคเตอร์**

ผู้ป่วยที่มีสารต้านแฟคเตอร์ในขนาดต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 Bethesda unit) แพทย์อาจจำเป็นต้องให้แฟคเตอร์ในขนาดที่สูงกว่าที่ระบุไว้ตาม ตารางที่ 1

ผู้ป่วยที่มีสารต้านแฟคเตอร์ในขนาดสูง (มากกว่า 5 Bethesda unit) แนะนำให้รักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาวิชาโลหิตวิทยา เพื่อพิจารณาใช้ แฟคเตอร์เข้มข้นชนิดพิเศษ (Bypassing agent) เพื่อหยุดอาการเลือดออกได้ทันทีหรือ เพื่อการผ่าตัด ทั้งนี้ การรักษาผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย เป็นไปตามเงื่อนไขที่แต่ละหน่วยงานสิทธิประโยชน์กำหนด

### **5.3 การรักษาภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น**

เป็นการจ่าย แฟคเตอร์ให้ผู้ป่วยไปเก็บไว้ที่บ้าน (home treatment therapy) เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติที่ได้รับการฝึกอบรมการฉีดยามาก่อน สามารถฉีดแฟคเตอร์ให้ผู้ป่วยได้ทันทีที่มีอาการเลือดออกในระยะเริ่มต้น หรือบางรายอาจใช้วิธีไปฉีดที่สถานพยาบาลใกล้บ้านวิธีการนี้ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นและประหยัดค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการที่ต้องมาฉีดแฟคเตอร์ที่โรงพยาบาลทุกครั้ง

เมื่อมีเลือดออก แนะนำให้พักการใช้อวัยวะส่วนนั้น และประคบน้ำแข็งหรือความเย็น เพื่อหยุดอาการเลือดออก ประเมินอาการเลือดออก หากอาการตึงขัดไม่หายไปภายในเวลา 2 ชั่วโมง ให้รีบฉีดแฟคเตอร์เข้มข้น 250 ยูนิต สำหรับผู้ป่วยเด็กอายุ <10 ปี และ 500 ยูนิต สำหรับผู้ป่วยเด็กอายุ >10 ปี และผู้ใหญ่

### ขนาดยาที่ใช้ตาม protocol

แนะนำให้จ่ายแฟคเตอร์แก่ผู้ป่วยไปเก็บไว้ (home treatment therapy) ตามปริมาณในตารางที่ 2  
 ตารางที่ 2 แฟคเตอร์เข้มข้นขั้นต่ำที่แนะนำให้จ่ายแก่ผู้ป่วยไปเก็บไว้ที่บ้านเพื่อการรักษา (home treatment therapy) ภาวะเลือดออกในระยะเริ่มต้น แยกตามอายุผู้ป่วยและความรุนแรงของฮีโมฟีเลีย

ประเภทของ ผู้ป่วย	ระดับแฟคเตอร์ในเลือด	ลักษณะของภาวะที่ทำให้ เลือดออก	ฮีโมฟีเลียเอ (ยูนิต/ราย)		ฮีโมฟีเลียบี (ยูนิต/ราย)	
ลักษณะ ความ รุนแรง			ต่อ เดือน	ต่อปี	ต่อ เดือน	ต่อปี
อายุน้อยกว่า 10 ปี						
รุนแรงมาก	<1IU/dl(<0.01IU/ml)หรือ <1%ของค่าปกติ	เลือดออกเองในข้อหรือ กล้ามเนื้อโดยไม่มีการบาดเจ็บ ใดๆ นำมาก่อน	2,500	30,000	2,000	24,000
รุนแรงปาน กลาง	1-5IU/dl(0.01-0.05IU/ml) หรือ 1-5%ของค่าปกติ	เลือดออกเองเป็นบางครั้ง หรือ เลือดออกหยุดยากหลังการ บาดเจ็บเล็กน้อยหรือผ่าตัดเล็ก	1,250	15,000	1,000	12,000
รุนแรงน้อย	5-40IU/dl(0.05-0.40IU/ml) หรือ 5-<40%ของค่าปกติ	ไม่ค่อยเกิดเลือดออกเอง แต่มี เลือดออกรุนแรงหลังการ บาดเจ็บรุนแรงหรือผ่าตัดใหญ่	250	3,000	500	6,000
อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป						
รุนแรงมาก	<1IU/dl(<0.01IU/ml)หรือ <1%ของค่าปกติ	เลือดออกเองในข้อหรือ กล้ามเนื้อโดยไม่มีการบาดเจ็บ ใดๆ นำมาก่อน	3,000	36,000	2,500	30,000
รุนแรงปาน กลาง	1-5IU/dl(0.01-0.05IU/ml) หรือ 1-5%ของค่าปกติ	เลือดออกเองเป็นบางครั้ง หรือ เลือดออกหยุดยากหลังการ บาดเจ็บเล็กน้อยหรือผ่าตัดเล็ก	1,500	18,000	1,500	18,000
รุนแรงน้อย	5-40IU/dl(0.05-0.40IU/ml) หรือ 5-<40%ของค่าปกติ	ไม่ค่อยเกิดเลือดออกเอง แต่มี เลือดออกรุนแรงหลังการ บาดเจ็บรุนแรงหรือผ่าตัดใหญ่	500	6,000	500	6,000

### หมายเหตุ:

- Factor VIII 1 ยูนิต/กิโลกรัม เพิ่มระดับ factor VIII ได้ 2%
- factor IX 1 ยูนิต/กิโลกรัม เพิ่มระดับ factor IX ได้ 1%
- Coagulation factor เมื่อผสมแล้วไม่สามารถเก็บไว้ได้ จึงควรปรับขนาดยาให้ใช้จนหมดขวดไม่เหลือทิ้ง



## 6. การประเมินผลการรักษา

### 6.1 การประเมินด้านประสิทธิผลของการรักษา

6.1.2 เลือดหยุดไหลโดยดูจากอาการทางคลินิก และ/หรือ ภาพรังสี และ/หรือ ระดับฮีโมโกลบิน

6.1.2 ถ้าต้องให้ coagulation factor นานกว่า 3 วันขึ้นไป ควรตรวจติดตามค่า APTT หรือระดับการทำงานของแฟคเตอร์ว่าอยู่ในระดับเป้าหมายหรือไม่

6.1.3 ผู้ป่วยเลือดออกรุนแรง หรือ ผ่าตัดใหญ่ หรือ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย coagulation factor (เลือดไม่หยุด หรือ APTT ยาว หรือ ระดับแฟคเตอร์ยังต่ำ) ควรตรวจหาสารต้านแฟคเตอร์

หมายเหตุ หากพบสารต้านแฟคเตอร์สูงกว่า 5 Bethesda Unit ให้แพทย์ผู้ดูแลขออนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษาจากหน่วยงานสิทธิประโยชน์เป็นแต่ละกรณีไป

### 6.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

6.2.1 ติดตามอาการแพ้ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย

6.2.2 ติดตามภาวะลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วย

## 7. เกณฑ์การหยุดยา

7.1 กรณีรักษาภาวะเลือดออก ให้หยุดยาได้เมื่อเลือดผู้ป่วยหยุดไหล อาการปวดบวม หรือการกดเบียดอวัยวะดีขึ้นแล้ว

7.2 กรณีใช้ป้องกันก่อนการผ่าตัด ให้หยุดยาได้เมื่อผู้ป่วยได้รับยาครบตามขนาดที่จำเป็นต่อการป้องกัน

7.3 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ หรือเกิดความเสี่ยงเกินกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ

7.4 ตรวจพบ สารต้านแฟคเตอร์สูงกว่า 5 Bethesda Unit

## แนวทางการกำกับการใช้ยา Micafungin

ข้อบ่งใช้: ใช้เป็นยารักษาโรคติดเชื้อ candida ที่ดื้อยา fluconazole หรือไม่สามารถใช้ยา amphotericin B ได้

### 1. ระบบอนุมัติการใช้ยา

1.1 กำหนดให้ขออนุมัติใช้ยา micafungin จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์สถานพยาบาล และผู้ป่วย ก่อนการรักษากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

1.2 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรกที่ใช้ยากับผู้ป่วย และทุกๆ 7 วัน

### 2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลที่มีการใช้นี้ต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรคคือ

- เป็นสถานพยาบาลที่มีแพทย์ผู้รักษาตามคุณสมบัติตามข้อ 3 หรือสามารถปรึกษาและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ดังกล่าว โดยให้สถานพยาบาลนั้นแจ้งความประสงค์ต่อหน่วยงานสิทธิประโยชน์เพื่อขออนุมัติและลงทะเบียนสถานพยาบาลแต่ละแห่งเป็นกรณีไป โดยมีการลงทะเบียนสถานพยาบาลกับหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย
- สามารถตรวจหรือส่งตรวจเพาะเชื้อรา candida และทดสอบความไวของเชื้อต่อยาได้

### 3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

3.1 เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในอนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ หรือ อนุสาขายูโรศาสตร์โรคติดเชื้อ ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามข้อ 2

3.2 ในกรณีที่สถานพยาบาลในข้อ 2 ไม่มีแพทย์ตามข้อที่ 3.1 ให้ผู้อำนวยการแต่งตั้งแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการใช้ยาดังกล่าว โดยสามารถรับคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามข้อ 3.1 หรือจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับอนุมัติโดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินหรือรักษาต่อเนื่อง โดยมีหนังสือส่งตัวจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

### 4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา/เกณฑ์การวินิจฉัยโรค

อนุมัติการใช้ยา micafungin เป็นยาทดแทนในการรักษา invasive candidiasis ดื้อยา fluconazole หรือ ไม่สามารถใช้ยา amphotericin B ได้ครบทุกข้อดังนี้

4.1 ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>1</sup>

4.2 เป็น invasive candidiasis โดยมีผลเพาะเชื้อจากเลือดหรือสิ่งส่งตรวจจากตำแหน่งปราศจากเชื้อ (sterile fluid, tissue) ขึ้นเชื้อ candida

4.3 เข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

4.3.1. ดื้อยา fluconazole หมายถึง

- มีผลทดสอบความไวของเชื้อ candida ยืนยันว่าดื้อต่อยา fluconazole หรือ

<sup>1</sup>ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้น ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

- มีความเสี่ยงสูงที่จะเชื้อจะดื้อยา fluconazole ได้แก่ เป็น non-albicans candida ร่วมกับมีประวัติใช้ยา กลุ่ม triazoles มาก่อนมากกว่า 7 วันภายใน 3 เดือน หรือ
- ให้การรักษาด้วยยา fluconazole ไปแล้วนาน 5 วัน และยังมีผลเพาะเชื้อในเลือดขึ้นเชื้อ candida อยู่

4.3.2. **ไม่สามารถใช้ยา amphotericin B ได้** เนื่องจากเกิดหรือเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา amphotericin B มีความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป<sup>2</sup> และไม่สามารถควบคุมด้วยวิธีการอื่นๆ ได้ เช่น eGFR < 60 mL/min (ทั้งนี้ต้องไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการทำ long term renal replacement therapy อยู่เดิม) ผื่นแพ้ยา

4.4. มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ตามที่กำหนด<sup>++</sup>

## 5. ขนาดยาที่แนะนำ

### 5.1 ขนาดยาที่แนะนำในผู้ใหญ่

ให้ยา micafungin 100 มิลลิกรัมหยดเข้าเส้นเลือดดำนานอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ทุก 24 ชั่วโมง

ผู้ป่วยตับแข็ง

ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคตับ

ผู้ป่วยโรคไต

ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต

### 5.2 ขนาดยาที่แนะนำในเด็ก

ให้ยา micafungin 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม หยดเข้าเส้นเลือดดำนานอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ทุก 24 ชั่วโมง

(ไม่เกิน 100 มก.ต่อวัน)

หมายเหตุ: ขนาดยา micafungin ในเด็กอาจปรับตามความเหมาะสมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

## 6. การประเมินระหว่างการรักษา

### 6.1 การประเมินด้านประสิทธิผลของการรักษา

6.1.1 ประเมินอาการทางคลินิกโดยการตรวจร่างกายเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา

6.1.2 ประเมินการตอบสนองทางจุลชีววิทยา ในกรณี candidemia ควรเพาะเชื้อจากเลือดอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จนกว่าจะได้ผลลบ ในกรณีติดเชื้อในอวัยวะอื่นๆ ให้เพาะเชื้อทุกครั้งที่มีการเจาะดูดสารคัดหลั่งหรือหนองจากตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ จนกว่าจะได้ผลลบ

6.1.3 ประเมินการตอบสนองด้วยภาพรังสี ถ้ามีการติดเชื้อในอวัยวะภายในร่างกาย เช่น ฝีหนองที่ตับ ม้าม ไต

### 6.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

การประเมินด้านความปลอดภัย ให้ใช้การตรวจติดตามตามแนวทางของแต่ละหน่วยงานสิทธิประโยชน์กำหนด

<sup>2</sup>การประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ ควรพิจารณาตาม Division of AIDS Table for Grading the Severity of Adult and Pediatric Adverse Events Version 1.0, December, 2004; Clarification August 2009

<sup>++</sup>โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)

## 7 เกณฑ์การหยุดยา

### 7.1 ผู้ป่วยตอบสนองโดยสมบูรณ์

7.1.1 candidemia อาการทางคลินิกหายขาด และผลเพาะเชื้อในเลือดเป็นลบ โดยแนะนำให้ใช้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 14 วันหลังผลเพาะเชื้อในเลือดเป็นลบ

7.1.2 กรณี deep organ infection ให้ยาได้จนกว่าลักษณะทางคลินิกหายไป และรอยโรคในภาพรังสีหายไป หรือเหลือน้อยที่สุดโดยทั่วไปประมาณ 4-12 สัปดาห์

7.2 ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ความรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไป<sup>3</sup> และไม่สามารถควบคุมด้วยวิธีการอื่นๆ ได้

7.3 มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าเชื้อไวต่อยา fluconazole

7.4 ผู้ป่วยเปลี่ยนสถานะเป็น terminally ill

---

<sup>3</sup> การประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ ควรพิจารณาตาม Division of AIDS Table for Grading the Severity of Adult and Pediatric Adverse Events Version 1.0, December, 2004; Clarification August 2009

**แนวทางกำกับการใช้ยา Rituximab**  
**ข้อบ่งใช้ non-Hodgkin lymphoma ชนิด diffuse large B-cell (DLBCL)**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

1.1 ขออนุมัติการใช้ยากลุ่ม rituximab จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล และผู้ป่วยก่อนทำการรักษากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์

1.2 การเบิกจ่ายค่ายาในรายการนี้ เป็นไปตามที่หน่วยงานสิทธิประโยชน์กำหนด

1.3 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรกที่ใช้ยากับผู้ป่วย และก่อนการประเมินการตอบสนองในทุกครั้ง

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

2.1 เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรค non-Hodgkin lymphoma ชนิด diffuse large B-cell (DLBCL) ได้

2.2 มีแพทย์เฉพาะทางตามทีระบุไว้ในข้อ 3 และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นซึ่งพร้อมจะร่วมดูแลรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและ/หรือการรักษา

**3. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา**

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาโลหิตวิทยา หรือ อายุรศาสตร์โรคเลือด หรือ กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด หรือ สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก ซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่ได้รับการอนุมัติในข้อ 2

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

อนุมัติการใช้ยา rituximab ใน non-Hodgkin lymphoma ชนิด DLBCL โดยมีเกณฑ์ครบทุกข้อดังนี้

4.1 ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill)<sup>1</sup>

4.2 ผู้ป่วยต้องมีอายุไม่เกิน 80 ปี

4.3 ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพร่างกายดีพอสมควรคือมี Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status ตั้งแต่ 0 ถึง 2 (หรือมี ECOG 0-2) ในกรณีที่ ECOG performance status 3-4 นั้น ต้องเป็นผลจากโรค DLBCL เอง (ไม่ได้เกิดจาก co-morbidity อื่น)

4.4 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น DLBCL โดยผลการตรวจทางพยาธิวิทยา และตรวจพบ CD-20 positive โดยวิธี Immunohistochemistry

4.5 ผู้ป่วย DLBCL ต้องอยู่ในระยะของโรค (staging) ระดับ II-IV โดยยืนยันด้วยการตรวจร่างกายทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการภาพรังสีช่องอก (chest X-ray หรือ CT scan) ภาพรังสีช่องท้อง (ultrasound หรือ CT scan) และการตรวจไขกระดูก (bone marrow aspiration/ biopsy)

---

<sup>1</sup> ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill) หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางกายซึ่งไม่สามารถรักษาได้ (incurable) และไม่สามารถช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (irreversible) ซึ่งในความเห็นของแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้น ผู้ป่วยดังกล่าวควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมุ่งหวังให้ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นสำคัญ

#### 4.6 อนุมัติให้ใช้ยา rituximab ในผู้ป่วยดังต่อไปนี้

4.6.1 ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับ first-line therapy มาก่อน

4.6.2 ผู้ป่วยที่วางแผนจะให้ R-CHOP เป็น first-line therapy แต่ไม่สามารถรอการอนุมัติ rituximab ได้และมีความจำเป็นต้องให้ CHOP ไปก่อน

หมายเหตุ: First-line therapy หมายถึง การรักษาสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่และไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน

4.7 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ตามที่กำหนด<sup>++</sup>

### 5 ขนาดยาและวิธีการให้ยา

ขนาดยา rituximab ที่แนะนำคือ 375 mg/m<sup>2</sup> ให้โดยการหยดทางหลอดเลือดดำ (intravenous infusion) ไม่เกิน 8 รอบ โดยห่างกันรอบละประมาณ 3 สัปดาห์

หมายเหตุ:

- การให้ยาในครั้งแรกให้เริ่มด้วยอัตราเร็ว 50 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง หากไม่เกิดอาการแพ้ยาสามารถเพิ่มอัตราเร็วในการให้ยาขึ้นอีก 50 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ทุก 30 นาที (อัตราเร็วในการให้ยาสูงสุดไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง)
- ให้สอบถามอาการของ infusion reaction จากยา rituximab ทุกครั้งก่อนการให้ยา กรณีที่มีภาวะ infusion reaction จากยา rituximab ให้ทำการปรับอัตราเร็วในการให้ยาหรือหยุดการให้ยาชั่วคราวตามตามเอกสารกำกับยา

### 6 การประเมินระหว่างการรักษา

#### 6.1 การประเมินด้านประสิทธิผลของการรักษา

- 6.1.1 ตรวจประเมินการตอบสนองด้วยการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน ในทุกรอบของการให้ยา
- 6.1.2 ตรวจติดตามด้วยภาพรังสี (radiologic imaging) ซ้ำ ในบริเวณที่เคยตรวจพบรอยโรคหลังได้รับยาไปแล้ว 3-4 รอบของการรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- 6.1.3 กรณีตรวจพบรอยโรคในไขกระดูกตั้งแต่เริ่มต้น ให้ตรวจ bone marrow aspiration/biopsy ซ้ำหลังได้รับยาไปแล้ว 3-4 รอบของการรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษา

#### 6.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

- 6.2.1 ให้มีการตรวจเพื่อติดตามความปลอดภัยตามมาตรฐาน ตามรายการดังต่อไปนี้
  - ตรวจ CBC ก่อนการให้ยาครั้งแรกและทุกครั้งก่อนการให้ยาในรอบถัดไป
  - ตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg, anti-HBcIgG และ anti-HBs) ก่อนการให้ยาครั้งแรกหากตรวจพบการติดเชื้อ
    - กรณี HBsAg positive ให้ส่ง HBV viral load แล้วเริ่มยาด้านไวรัส
    - กรณี anti-HBcIgG positive ให้ส่ง HBV viral load แล้วเริ่มยาด้านไวรัส
    - ให้ใช้ยาป้องกันการกำเริบของไวรัสตับอักเสบบีอย่างน้อย 1 ปีหลังจากหยุดยา rituximab แล้วและติดตาม liver function ทุก 3 เดือน
  - ตรวจการทำงานของหัวใจ (cardiac function) ก่อนให้การรักษา

<sup>++</sup>โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งจ่ายยาบัญชี จ(2)

- ตรวจ BUN/Cr, electrolyte, uric acid, LDH ก่อนการให้ยาครั้งแรก

หมายเหตุ: หากผู้ป่วยมีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิด tumor lysis syndrome ให้รักษาหรือป้องกันก่อนการให้ยา rituximab

## 7 เกณฑ์การหยุดยา

ให้หยุดยา rituximab เมื่อตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 7.1 ผู้ป่วยที่มีผลการประเมินเป็น no response (stable disease หรือ progressive disease) หลังจากได้ยาไปแล้ว 4 รอบ
- 7.2 ใช้ยา rituximab จนครบ 6-8 รอบ
- 7.3 ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

**แนวทางการกำกับการใช้ยา Deferasirox**  
**ข้อบ่งใช้ ธาลัสซีเมีย (transfusion dependence)**

**1. ระบบอนุมัติการใช้ยา**

- 1.1 ขออนุมัติการใช้ยา deferasirox จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา (pre-authorization) โดยมีการลงทะเบียนแพทย์ สถานพยาบาล ก่อนทำการรักษากับหน่วยงานสิทธิประโยชน์
- 1.2 กรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ในครั้งแรกที่ใช้ยากับผู้ป่วย และทุกๆ 12 เดือน

**2. คุณสมบัติของสถานพยาบาล**

- 2.1 เป็นสถานพยาบาลที่สามารถดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องทั้งการส่งเสริม ป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ
- 2.2 สามารถวินิจฉัย และ ตรวจหรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหล็กเกิน
- 2.3 เป็นสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาตามที่ระบุไว้ในข้อ 3

**3. คุณสมบัติของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ทำการรักษา**

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรืออุทธรณ์จากแพทยสภา ในสาขาโลหิตวิทยา หรือ สาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด หรือ สาขากุมารเวชศาสตร์โรคเลือด หรือ อนุสาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก

กรณีไม่มีแพทย์เฉพาะทางข้างต้น ผู้อำนวยการสามารถแต่งตั้งอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยธาลัสซีเมียอย่างน้อย 1 ปี ให้เป็นผู้รักษาแทนได้

**4. เกณฑ์อนุมัติการใช้ยา**

- อนุมัติการใช้ยา deferasirox ในโรคธาลัสซีเมีย โดยมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ครบทุกข้อ ดังนี้
- 4.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย และอยู่ในระบบทะเบียนตามข้อ 1.1 หรือให้ดำเนินการลงทะเบียนสำหรับการใช้ยาต่อเนื่อง
  - 4.2 มีการตรวจการมองเห็น การได้ยิน การทำงานของไต และการทำงานของตับ เพื่อเป็นค่าพื้นฐานในการติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยา deferasirox
  - 4.3 ให้การรักษาโรคธาลัสซีเมียด้วย deferasirox ในกรณีดังต่อไปนี้
    - 4.3.1 กรณีผู้ป่วยอายุ 2-6 ปี**
      - 1) ใช้เป็นยาลำดับแรกในผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด\* ที่มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
        - 1.1) serum ferritin มากกว่า 1000 ng/mL ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยวัดห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน หรือ
        - 1.2) Liver Iron Concentration (LIC) จากการผ่าตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) หรือ MRI เกิน 7 mg ต่อกรัมของน้ำหนักเนื้อตับแห้ง
      - \* การพึ่งพาเลือด (transfusion dependence) หมายถึง ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
        - ก) ได้รับ hypertransfusion มามากกว่า 1 ปี หรือ
        - ข) ได้รับเลือด (transfusion) มาแล้วมากกว่า 10 ครั้ง
    - 2) เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับยา deferasirox มีอายุครบ 6 ปี ให้เปลี่ยนไปใช้ยา deferiprone แทน



#### 4.3.2 กรณีอายุมากกว่า 6 ปี

ใช้เป็นยาลำดับถัดไปในผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ที่ไม่สามารถใช้ยา deferiprone ได้ เนื่องจาก สาเหตุข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จาก deferiprone ตามข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
  - 1.1) มีอาการแพ้ยาที่แสดงด้วย systemic allergic reaction รุนแรงที่ได้รับการยืนยันแล้ว
  - 1.2) มีการเพิ่มขึ้นของ ALT และ/หรือ AST มากกว่า 2.5 เท่าของ upper limit ของค่าปกติ
  - 1.3) มีภาวะ neutropenia (absolute neutrophil count < 1,000/ $\mu$ L) และเกิดซ้ำอีกหลังจากได้รับ การ rechallenge
  - 1.4) มีภาวะ severe neutropenia (absolute neutrophil count < 500/ $\mu$ L)
  - 1.5) มี severe arthropathy ได้แก่ ยังคงมีอาการปวดรุนแรงหลังจากได้ยาแก้ปวดอย่างเต็มที่แล้ว หรือรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันอย่างชัดเจน (disturbance of daily life activity and/or dysfunction) จนต้องหยุดยา และเกิดซ้ำอีกหลังจากได้รับการ rechallenge
  - 1.6) มีภาวะ intolerance ต่อการให้ยา deferiprone โดยมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา deferiprone ที่มีความรุนแรง grade 2 ตาม CTCAE เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น และเกิดซ้ำอีกหลังจากได้รับการ rechallenge ยกเว้น ความรุนแรง ตั้งแต่ grade 3 ขึ้นไปไม่ต้อง rechallenge
- 2) ผู้ป่วยที่ล้มเหลวจากการใช้ deferiprone ตามเกณฑ์ทุกข้อดังต่อไปนี้
  - 2.1) มีการใช้ยา deferiprone ในขนาดสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถทนได้ หรือถึงระดับ 100 mg/kg/day
  - 2.2) มีระดับ serum ferritin > 2500 ng/mL โดย
    - 2.2.1) ระดับ serum ferritin ไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้นหลังรับยาไปแล้วเป็นเวลา 1 ปี หรือ
    - 2.2.2) ระดับ serum ferritin ลดลงไม่ถึง 15% จากค่าเริ่มต้นหลังรับยาไปแล้วเป็นเวลา 2 ปี

หมายเหตุ: ทุกข้อข้างต้นต้องผ่านการประเมินและยืนยันโดยระบบ Adverse Drug Reactions ของสถานพยาบาลแล้ว

(CTCAE = Common Terminology Criteria for Adverse Events)

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่ถือว่าล้มเหลวจากการใช้ deferiprone จะต้องผ่านการประเมินว่าให้ความร่วมมือในการใช้ยาแล้ว

4.4 มีการกรอกแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชี จ(2) ตามที่กำหนด<sup>++</sup>

#### 5. ขนาดยาที่แนะนำ

ให้ยา deferasirox รูปแบบรับประทาน ตามขนาดที่แนะนำ ดังนี้

<sup>++</sup>โปรดเก็บรักษาข้อมูลไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบการใช้ยา โดยหน่วยงานการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ(2)

ขนาดยาเริ่มต้น 20 mg/kg/day สามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นครั้งละ 5-10 mg/kg/day ทุก 3-6 เดือน  
ขนาดยาสูงสุด 40 mg/kg/day

## 6. การประเมินผลการรักษา

### 6.1 การประเมินด้านประสิทธิภาพของการรักษา

พิจารณาปริมาณธาตุเหล็กในร่างกายจาก serum ferritin ทุก 3 เดือน

### 6.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

6.2.1 ติดตามอาการแพ้ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย

6.2.2 ติดตามการทำงานของตับและไตในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 หลังจากได้รับยาหรือเพิ่มขนาดยา จากนั้น  
ตรวจทุก 3 เดือน

6.2.3 ตรวจการมองเห็นของผู้ป่วยที่ค่าเริ่มต้น (baseline) และจากนั้นทุก 12 เดือน

6.2.4 ตรวจการได้ยินของผู้ป่วยที่ค่าเริ่มต้น (baseline) และจากนั้นทุก 12 เดือน

## 7. เกณฑ์การหยุดยา

7.1 ระดับ serum ferritin ลดเหลือต่ำกว่า 500 ng/ml ให้พิจารณาลดขนาดยา และหยุดยาหากระดับ  
serum ferritin ลดเหลือต่ำกว่า 300 ng/mL และสามารถเริ่มใช้ยา deferasirox ได้ใหม่หาก serum  
ferritin มากกว่า 500 ng/mL

7.2 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

7.2.1 การทำงานของไตผิดปกติ (ค่า Cr > 2 mg/dL)

7.2.2 มีปัญหาการมองเห็นซึ่งเกิดจากยา

7.2.3 มีปัญหาการได้ยินซึ่งเกิดจากยา

7.3 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยเป็นไปตามเกณฑ์ทุกข้อ ดังนี้

7.3.1 มีการใช้ยา deferasirox ในขนาดสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถทนได้ หรือถึงระดับ 40 mg/kg/day

7.3.2 มีระดับ serum ferritin > 2500 ng/mL โดย

1) ระดับ serum ferritin ไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้นหลังรับยาไปแล้วเป็นเวลา 1 ปี หรือ

2) ระดับ serum ferritin ลดลงไม่ถึง 15% จากค่าเริ่มต้นหลังรับยาไปแล้วเป็นเวลา 2 ปี

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่ถือว่าล้มเหลวจากการใช้ deferasirox จะต้องผ่านการประเมินว่าให้ความร่วมมือในการใช้ยา  
แล้ว

## ภาคผนวก 4

### บัญชียาจากสมุนไพร

กลุ่มที่ 1 ยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ 50 รายการ

#### 1.1 ยารักษากลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม)

- |                        |  |
|------------------------|--|
| (1) ยาหอมทิพโอสถ       | ยาผง ยาเม็ด<br>ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.) |
| (2) ยาหอมเทพจิตร       | ยาผง ยาเม็ด<br>ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.) |
| (3) ยาหอมนวโกฐ         | ยาผง ยาเม็ด<br>ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.) |
| (4) ยาหอมแก้ลมวิงเวียน | ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)                |
| (5) ยาหอมอินทจักร์     | ยาผง ยาเม็ด<br>ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.) |

#### 1.2 ยารักษากลุ่มอาการทางระบบทางเดินอาหาร

##### 1.2.1 กลุ่มยาขับลม บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ

- |                     |  |
|---------------------|--|
| (1) ยาธาตุบรรจบ     | ยาแคปซูล ยาผง ยาลูกกลอน<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)     |
| (2) ยาธาตุอบเชย     | ยาน้ำ (รพ.)  |
| (3) ยาเบญจกูล       | ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.) |
| (4) ยาประสะกะเพรา   | ยาผง ยาเม็ด<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)                    |
| (5) ยาประสะกานพลู   | ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด<br>ยาผง (รพ.)                                       |
| (6) ยาประสะเจตพังคี | ยาแคปซูล ยาผง<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)                  |
| (7) ยามันทธาตุ      | ยาผง ยาเม็ด<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)                    |
| (8) ยามหาจักร์ใหญ่  | ยาเม็ด<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)                         |
| (9) ยาวิสัมพะยาใหญ่ | ยาผง   |
| (10) ยาอภัยสาลี     | ยาลูกกลอน ยาเม็ด   |

##### 1.2.2 กลุ่มยาบรรเทาอาการท้องผูก

- |                        |   |
|------------------------|---|
| (1) ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง | ยาแคปซูล ยาเม็ด   |
| (2) ยาธรณีสันตะฆาต     | ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) |

##### 1.2.3 กลุ่มยาบรรเทาอาการท้องเสีย

- |                      |  |
|----------------------|--|
| (1) ยาธาตุบรรจบ      | ยาแคปซูล ยาผง ยาลูกกลอน<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.) |
| (2) ยาเหลียงปิดสมุทร | ยาเม็ด   |

ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

#### 1.2.4 กลุ่มยาบรรเทาโรคผิวหนัง

- |                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| (1) ยาผสมเพอร์ซิงฆาต | ยาแคปซูล<br>ยาแคปซูล (รพ.)         |
| (2) ยาริดสีดวงมหากาฬ | ยาเม็ด ยาลูกกลอน<br>ยาแคปซูล (รพ.) |

#### 1.3 ยารักษาภูมิอากาศทางสูติศาสตร์รีเวชวิทยา

- |                     |   |
|---------------------|---|
| (1) ยาประสะไพล์     | ยาแคปซูล ยามง ยาเม็ด ยาลูกกลอน<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.) |
| (2) ยาปลูกไฟธาตุ    | ยาแคปซูล (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)  |
| (3) ยาไฟประลัยกัลป์ | ยาแคปซูล ยามง ยาเม็ด<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)              |
| (4) ยาไฟห่ากอง      | ยามง<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)                              |
| (5) ยาเลือดงาม      | ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.)   |
| (6) ยาสตรีหลังคลอด  | ยาต้ม (รพ.)   |

#### 1.4 ยาแก้ไข้

- |                      |  |
|----------------------|--|
| (1) ยาเขียวหอม       | ยามง<br>ยาเม็ด (รพ.) ยามง (รพ.)                                |
| (2) ยาจันทร์ลีลา     | ยาแคปซูล ยามง ยาเม็ด<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.) |
| (3) ยาประสะจันทร์แดง | ยาแคปซูล ยามง ยาเม็ด<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.) |
| (4) ยาประสะเปราะใหญ่ | ยามง ยาเม็ด<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)          |
| (5) ยามหานิลแห่งทอง  | ยาเม็ด<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)               |
| (6) ยาหาราก          | ยาแคปซูล ยามง ยาเม็ด   |

#### 1.5 ยารักษาภูมิอากาศของระบบทางเดินหายใจ

##### 1.5.1 ยาบรรเทาอาการไอ

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| (1) ยาแก้ไอผสมกานพลู     | ยาลูกกลอน (รพ.)                               |
| (2) ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม  | ยาน้ำ (รพ.)                                   |
| (3) ยาแก้ไอผสมมะนาวดอง   | ยาลูกกลอน (รพ.)                               |
| (4) ยาแก้ไอพื้นบ้านอีสาน | ยาน้ำ (รพ.)                                   |
| (5) ยาตรีผลา             | ยาเม็ด ยาลูกกลอน<br>ยาแคปซูล (รพ.) ยาขง (รพ.) |
| (6) ยาประสะมะแว้ง        | ยาเม็ด<br>ยามง (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)          |
| (7) ยาอำมฤควาที          | ยามง ยาลูกกลอน<br>ยามง (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)  |

### 1.5.2 ยาบรรเทาอาการหวัด

- (1) ยาปราบชมพูทวีป ยาแคปซูล (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

### 1.6 ยาบำรุงโลหิต

- (1) ยาบำรุงโลหิต ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด  
ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

### 1.7 ยารักษากลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก

#### 1.7.1 ยาสำหรับรับประทาน

- (1) ยากษัยเส้น ยาลูกกลอน (รพ.)  
(2) ยาแก้ลมอัมพฤกษ์ ยาผง (รพ.)  
(3) ยาธรณีสุนทระฆาต ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน  
ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.)  
(4) ยาผสมโคคลาน ยาขง (รพ.) ยาต้ม (รพ.)  
(5) ยาผสมเถาวัลย์เปรียง ยาลูกกลอน (รพ.)  
(6) ยาสหัชธารา ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน  
ยาแคปซูล (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

#### 1.7.2 ยาสำหรับใช้ภายนอก

- (1) ยาขี้ผึ้งไหล ยาขี้ผึ้ง (รพ.)  
(2) ยาประคบ ยาประคบสมุนไพร (สด/แห้ง) (รพ.)

### 1.8 ยาบำรุงธาตุ ปรับธาตุ

- (1) ยาตรีเษสมาศ ยาขง (รพ.)  
(2) ยาตรีพิภักต ยาแคปซูล (รพ.)  
(3) ยาเบญจกุล ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน  
ยาแคปซูล (รพ.) ยาขง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)  
(4) ยาปลูกไฟธาตุ ยาแคปซูล (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

### กลุ่มที่ 2 ยาพัฒนาจากสมุนไพร 24 รายการ

#### 2.1 ยารักษาอาการของระบบทางเดินอาหาร

##### 2.1.1 กลุ่มยาขับลม บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ

- (1) ยาขมิ้นชัน ยาแคปซูล ยาเม็ด  
ยาแคปซูล (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)  
(2) ยาขิง ยาแคปซูล ยาขง  
ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาขง (รพ.)

##### 2.1.2 กลุ่มยาบรรเทาอาการท้องผูก

- (1) ยาชุมเห็ดเทศ ยาแคปซูล ยาขง  
ยาแคปซูล (รพ.) ยาขง (รพ.)  
(2) ยามะขามแขก ยาแคปซูล ยาเม็ด ยาขง  
ยาแคปซูล (รพ.) ยาขง (รพ.)

##### 2.1.3 กลุ่มยาบรรเทาอาการท้องเสีย

- (1) ยากล้วย ยาผง (รพ.)  
(2) ยาฟ้าทะลายโจร ยาแคปซูล ยาเม็ด ยาลูกกลอน  
ยาแคปซูล (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

##### 2.1.4 กลุ่มยารักษาแผลในกระเพาะอาหาร

- (1) ยากล้วย ยาผง (รพ.)

### 2.1.5 กลุ่มยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

- |           |                                       |
|-----------|---------------------------------------|
| (1) ยาชิง | ยาแคปซูล ยาซอง                        |
|           | ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาซอง (รพ.) |

### 2.2 ยารักษาอาการของระบบทางเดินหายใจ

- |                   |                                |
|-------------------|--------------------------------|
| (1) ยาฟ้าทะลายโจร | ยาแคปซูล ยาเม็ด ยาลูกกลอน      |
|                   | ยาแคปซูล (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.) |

### 2.3 ยารักษาอาการทางระบบผิวหนัง

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| (1) ยาทิงเจอร์ทองพันชั่ง | ยาทิงเจอร์ (รพ.)                              |
| (2) ยาทิงเจอร์พลู        | ยาทิงเจอร์ (รพ.)                              |
| (3) ยาบัวบก              | ยาครีม  |
|                          | ยาครีม (รพ.)                                  |
| (4) ยาเปลือกมังคุด       | ยาน้ำใส (รพ.)                                 |
| (5) ยาพญายอ              | ยาครีม ยาโลชั่น สารละลาย (สำหรับป้ายปาก)      |
|                          | ยาโลชั่น (รพ.) สารละลาย (สำหรับป้ายปาก) (รพ.) |
|                          | ยาขี้ผึ้ง (รพ.) ยาทิงเจอร์ (รพ.)              |
| (6) ยาวานหางจระเข้       | ยาเจล ยาโลชั่นเตรียมสด (รพ.)                  |
| (7) ยาเมล็ดน้อยหน่า      | ยาครีม  |

### 2.4 ยารักษาอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก

#### 2.4.1 ยาสำหรับรับประทาน

- |                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| (1) ยาเถาวัลย์เปรียง        | ยาแคปซูล (รพ.) |
| (2) ยาสกัดจากเถาวัลย์เปรียง | ยาแคปซูล       |

#### 2.4.2 ยาสำหรับใช้ภายนอก

- |                 |  |
|-----------------|--|
| (1) ยาพริก      | ยาเจล                                    |
|                 | ยาครีม (รพ.) ยาเจล (รพ.) ยาขี้ผึ้ง (รพ.) |
| (2) ยาไพล       | ยาครีม                                   |
| (3) ยาน้ำมันไพล | ยาน้ำมัน (รพ.)                           |

### 2.5 ยารักษาอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| (1) ยากระเจี๊ยบแดง | ยาซอง (รพ.)       |
| (2) ยาหญ้าหนวดแมว  | ยาซอง ยาซอง (รพ.) |

### 2.6 ยาแก้ไข้ แก้ร้อนใน

- |                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| (1) ยาบัวบก       | ยาแคปซูล (รพ.) ยาซอง (รพ.) |
| (2) ยามะระขึ้นนก  | ยาแคปซูล ยาซอง ยาเม็ด      |
|                   | ยาแคปซูล (รพ.) ยาซอง (รพ.) |
| (3) ยารางจืด      | ยาแคปซูล (รพ.) ยาซอง (รพ.) |
| (4) ยาหญ้าปักกิ่ง | ยาแคปซูล (รพ.) ยาซอง (รพ.) |

### 2.7 ยาถอนพิษเบื่อเมา

- |              |             |
|--------------|-------------|
| (1) ยารางจืด | ยาซอง (รพ.) |
|--------------|-------------|

### 2.8 ยาลดความอยากบุหรี่

- |                  |             |
|------------------|-------------|
| (1) ยาหญ้าดอกขาว | ยาซอง (รพ.) |
|------------------|-------------|

#### หมายเหตุ

- รายละเอียดของยาแต่ละรายการตามภาคผนวก 5
- รพ. ในเครื่องหมายวงเล็บ หมายถึง รูปแบบยาจากสมุนไพรที่เป็นเภสัชตำรับโรงพยาบาล

## ภาคผนวก 5

### รายละเอียดรายการยาตามบัญชียาจากสมุนไพร

กลุ่มที่ 1 ยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ 50 รายการ

#### 1.1 ยารักษากลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม)

##### (1) ยาหอมทิพโอสถ ยาผง ยาเม็ด ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 142 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>ดอกพิกุล ดอกบุนนาค ดอกสารภี ดอกมะลิ เกสรบัวหลวง ดอกกระดังงา ดอกจำปา ดอกบัวจงกลณี หัวแห้วไทย กระจับ แก่นฝาง แก่นจันทน์แดง แก่นจันทน์ขาว แก่นจันทน์เทศ กฤษณา เปลือกชะลูด เปลือกอบเชย เปลือกสมุลแว้ง แก่นสนเทศ เหง้าว่านน้ำ เหง้ากระชาย หัวเปราะหอม ดอกคำไทย รากชะเอมเทศ แก่นสุรามฤต ลำต้นข่าต้น ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ หนักสิ่งละ 4 กรัม</li> <li>โกฐสอ โกฐเขมา โกฐหัวบัว โกฐเชียง โกฐจุฬาลัมพา โกฐกระดูก โกฐก้านพร้าว โกฐพุงปลา โกฐขมิ้นชัน หนักสิ่งละ 2 กรัม</li> <li>เทียนดำ เทียนแดง เทียนขาว เทียนขาวเปลือก เทียนตาตุ๊กแตน เทียนยาวพาดิ เทียนสัตตบุษย์ เทียนเกล็ดหอย เทียนตากบ หนักสิ่งละ 1 กรัม</li> <li>พิมเสน หนัก 2 กรัม การบูร หนัก 1 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	แก้ลมวิงเวียน
ขนาดและวิธีใช้	<p><b>ชนิดผง</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 – 1.4 กรัม ละลายน้ำกระสายยา เมื่อมีอาการ ทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง</p> <p><b>น้ำกระสายยาที่ใช้</b></p> <p>น้ำดอกไม้น้ำหรือน้ำสุก</p> <p><b>ชนิดเม็ด</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 – 1.4 กรัม เมื่อมีอาการ ทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง</p>
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)</li> <li>- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้</li> <li>- ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้</li> </ul>
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

##### (2) ยาหอมเทพจิตร ยาผง ยาเม็ด ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 366 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>ดอกพิกุล ดอกบุนนาค ดอกสารภี เกสรบัวหลวง ดอกบัวขม ดอกบัวเผื่อน หนักสิ่งละ 4 กรัม ดอกมะลิ หนัก 183 กรัม</li> </ol>
-----------	--

	<p>2. ผิวมะกรูด ผิวมะงั่ว ผิวมะนาว ผิวส้มตรังกานูหรือส้มจุก ผิวส้มจีน ผิวส้มโอ ผิวส้มเขียวหวาน หนักร้อยละ 4 กรัม ผิวส้มซ่า หนัก 28 กรัม</p> <p>3. โกฐสอ โกฐเขมา โกฐหัวบัว โกฐเชียง โกฐจุฬาลัมพา โกฐกระดูก โกฐก้านพร้าว โกฐพุงปลา โกฐขุขาวมั่งสี หนักร้อยละ 4 กรัม</p> <p>4. เทียนดำ เทียนแดง เทียนขาว เทียนข้าวเปลือก เทียนตาตุ๊กแตน เทียนยาวพาณี เทียนสัตตบุษย์ เทียนเกล็ดหอย เทียนตากบ หนักร้อยละ 4 กรัม</p> <p>5. ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ ลูกกระวาน ดอกกานพลู แก่นจันทน์แดง แก่นจันทน์ขาวหรือ แก่นจันทน์ชะมด กฤษณา กระลำพัก ขอนดอก เปลือกชะลูด เปลือกอบเชย หัวเปราะหอม รากแฝกหอม หนักร้อยละ 2 กรัม</p> <p>6. พิมเสน หนัก 4 กรัม การบูร หนัก 1 กรัม</p>
ข้อบ่งใช้	แก้ลมกองละเอียด ได้แก่ อาการหน้ามืด ตาลาย สวิงสวาย (อาการที่รู้สึกใจหวิวเวียน คลื่นไส้ ตาพร่าจะเป็นลม) ใจสั่น และบำรุงดวงจิตให้ชุ่มชื้น
ขนาดและวิธีใช้	<p><b>ชนิดผง</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 - 1.4 กรัม ละลายน้ำสุก เมื่อมีอาการ ทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกิน วันละ 3 ครั้ง</p> <p><b>ชนิดเม็ด</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 - 1.4 กรัม เมื่อมีอาการ ทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง</p>
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	<p>- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)</p> <p>- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้</p> <p>- ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้</p>
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### (3) ยาหอมนวโกฐ ยาผง ยาเม็ด ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

สูตรตำรับยา	<p>ในผงยา 212 กรัม ประกอบด้วย</p> <p>1. โกฐสอ โกฐเขมา โกฐหัวบัว โกฐเชียง โกฐจุฬาลัมพา โกฐกระดูก โกฐก้านพร้าว โกฐพุงปลา โกฐขุขาวมั่งสี หนักร้อยละ 4 กรัม</p> <p>2. เทียนดำ เทียนแดง เทียนขาว เทียนข้าวเปลือก เทียนตาตุ๊กแตน เทียนยาวพาณี เทียนสัตตบุษย์ เทียนเกล็ดหอย เทียนตากบ หนักร้อยละ 4 กรัม</p> <p>3. เปลือกสมุลแว้ง หล้าตีนนก รากแฝกหอม เปลือกชะลูด หัวเปราะหอม กระลำพัก ขอนดอก เนื้อไม้กฤษณา หนักร้อยละ 4 กรัม</p> <p>4. เหง้าชิงแห้ง ดอกดีปลี รากเจตมูลเพลิงแดง เกาสะค้าน รากข้าพลู หนักร้อยละ 3 กรัม</p> <p>5. หัวแห้วหมู ลูกกระวาน ดอกกานพลู ดอกจันทน์ ลูกจันทน์ เปลือกอบเชยญวน ลูกผักชีลา แก่นสน หนักร้อยละ 4 กรัม</p> <p>6. แก่นสักชี ลูกราชดัด ลูกสารพัดพิษ แก่นจันทน์เทศ แก่นจันทน์แดง ลูกกระดอม เถาบอระเพ็ด หนักร้อยละ 4 กรัม</p> <p>7. เกสรบัวหลวง ดอกบุนนาค ดอกพิกุล ดอกสารภี ดอกมะลิ หนักร้อยละ 4 กรัม</p>
-------------	--



	<p>8. เนื้อลูกมะขามป้อม เนื้อลูกสมอพิเภก รากชะเอมเทศ หนักสิ่งละ 4 กรัม</p> <p>9. พิมเสน หนัก 1 กรัม</p>
ข้อบ่งใช้	<p>1. แก้มวิงเวียน คลื่นเหียน อาเจียน (ลมจุกแน่นในอก) ในผู้สูงอายุ</p> <p>2. แก้มปลายไข้ (หลังจากฟื้นไข้แล้วยังมีอาการ เช่น คลื่นเหียน วิงเวียน เบื่ออาหาร ท้องอืด และอ่อนเพลีย)</p>
ขนาดและวิธีใช้	<p><b>ชนิดผง</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ละลายน้ำกระสาย เมื่อมีอาการ ทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง</p> <p><b>น้ำกระสายยาที่ใช้</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรณีแก้มวิงเวียน คลื่นเหียน อาเจียน (ลมจุกแน่นในอก) ในผู้สูงอายุ ใช้น้ำลูกผักชี (15 กรัม) หรือเทียนดำ (15 กรัม) ต้มเป็นน้ำกระสายยา</li> <li>● กรณีแก้มปลายไข้ (หลังจากฟื้นไข้แล้วยังมีอาการ เช่น คลื่นเหียน วิงเวียน เบื่ออาหาร ท้องอืด อ่อนเพลีย) ใช้ก้านสะเดา (33 ก้าน หรือ 15 กรัม) ลูกกระดอม (7 ลูก หรือ 15 กรัม) และเถาบอระเพ็ด (7 องคุลี หรือ 15 กรัม) ต้มเป็นน้ำกระสายยา</li> <li>● ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำสุกแทน</li> </ul> <p><b>ชนิดเม็ด</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง</p>
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่
ข้อควรระวัง	<p>- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)</p> <p>- ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้</p>
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	<p>ในสูตรตำรับได้ตัดไคร้เครือออก เนื่องจากมีข้อมูลงานวิจัยบ่งชี้ว่าไคร้เครือที่ใช้และมีการจำหน่ายในท้องตลาด เป็นพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> ซึ่งพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> มีรายงานพบว่าก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อไต (nephrotoxicity) และเมื่อปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้พืชสกุล <i>Aristolochia</i> เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์</p>

#### (4) ยาหอมแก้มวิงเวียน ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

สูตรตำรับ	<p>ในผงยา 225 กรัมประกอบด้วย</p> <p>1. รากชะเอมเทศ หนัก 32 กรัม แก่นจันทน์เทศ หนัก 24 กรัม</p> <p>2. ดอกกานพลู โกฐเชียง โกฐหัวบัว รากแฝกหอม เกสรบัวหลวง หนักสิ่งละ 12 กรัม</p> <p>3. เปลือกสมุลแว้ง หนัก 10 กรัม เปลือกอบเชยญวน เปลือกอบเชยเทศ กฤษณา กระลำพัก โกฐจุฬาลัมพา โกฐพุงปลา เปลือกชะลูด หนักสิ่งละ 8 กรัม</p> <p>4. พิมเสน ขอนดอก ดอกบุนนาค ดอกพิกุล ดอกสารภี หนักสิ่งละ 6 กรัม</p> <p>5. เถามวกแดง 5 กรัม น้ำประสานทองสะอาด แก่นจันทน์แดง หนักสิ่งละ 4 กรัม</p>
ข้อบ่งใช้	แก้มวิงเวียน อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ
ขนาดและวิธีใช้	<p>รับประทานครั้งละ 600 มิลลิกรัม - 1 กรัม ละลายน้ำสุก เมื่อมีอาการ ทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง</p>
ข้อห้ามใช้	-

ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

#### (5) ยาหอมอินทจักร์ ยาผง ยาเม็ด ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 98 กรัม ประกอบด้วย เถาสะค้าน รากข้าวฟ่าง เหง้าขิง ดอกดีปลี รากเจตมูลเพลิงแดง ลูกผักชีลา โกฐสอ โกฐเขมา โกฐก้านพร้าว โกฐพุงปลา โกฐจุฬาลัมพา โกฐเชียง โกฐกั๊กกรา โกฐน้ำเต้า โกฐกระดูก เทียนดำ เทียนขาว เทียนแดง เทียนข้าวเปลือก เทียนยาวพาณี แก่นจันทน์แดง แก่นจันทน์เทศ เถามวกแดง เถามวกขาว รากย่านาง เปลือกชะลูด เปลือกอบเชย เปลือกสมุลแว้ง กฤษณา กระลำพัก เถาบอระเพ็ด ลูกกระดอม กำยาน ขอนดอก ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ ลูกกระวาน ดอกกานพลู ลำพันแดง ดอกสารภี ดอกพิบูล ดอกบุนนาค ดอกจำปา ดอกกระดังงา ดอกมะลิ ดอกคำไทย แก่นฝางเสน ดีวัว พิมเสน หนักสิ่งละ 2 กรัม
ข้อบ่งใช้	1. แก้ลมบาดทะจิต 2. แก้กลิ้นเหียนอาเจียน 3. แก้ลมจุกเสียด
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> รับประทานครั้งละ 1 – 2 กรัม ละลายน้ำกระสายยา ทุก 3 – 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง <b>น้ำกระสายยาที่ใช้</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีแก้ลมบาดทะจิต ใช้น้ำดอกมะลิ</li> <li>• กรณีแก้กลิ้นเหียนอาเจียน ใช้น้ำลูกผักชี เทียนดำต้ม ถ้าไม่มีใช้น้ำสุก</li> <li>• กรณีแก้ลมจุกเสียด ใช้น้ำขิงต้ม</li> </ul> <b>ชนิดเม็ด</b> รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	ในสูตรตำรับได้ตัดไคร้เครือออก เนื่องจากมีข้อมูลงานวิจัยบ่งชี้ว่าไคร้เครือที่ใช้และมีการจำหน่ายในท้องตลาด เป็นพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> ซึ่งพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> มีรายงานพบวก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อไต (nephrotoxicity) และเมื่อปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้พืชสกุล <i>Aristolochia</i> เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์

## 1.2 ยารักษากลุ่มอาการทางระบบทางเดินอาหาร

## 1.2.1 กลุ่มยาขับลม บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ

### (1) ยาระบายบรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ยาแคปซูล ยาม่วง ยาลูกกลอน ยาแคปซูล (รพ.) ยาม่วง (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 104 กรัม ประกอบด้วย 1. เนื้อมะขามเทศ 16 กรัม 2. โกฐก้านพร้าว 8 กรัม 3. เหง้าชิง โกฐเขมา โกฐพุงปลา โกฐเชียง โกฐสอ เทียนดำ เทียนขาว เทียนสัตตบุษย์ เทียนยาวพาณี เทียนแดง ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ ดอกกานพลู เปลือกสมุลแว้ง ลูกกระวาน ลูกผักชีลา ใบพิมเสนต้น ดอกดีปลี หัวเปราะหอม การบูร หนังกิ่งละ 4 กรัม
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำกระสายยา วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เมื่อมีอาการ <b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม ละลายน้ำกระสายยา วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เมื่อมีอาการ <b>น้ำกระสายยาที่ใช้</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• กรณีแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ใช้กระเทียม 3 กลีบ ทุบขงน้ำร้อนหรือใช้ใบกะเพรา ต้มเป็นน้ำกระสายยา</li><li>• ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ให้ใช้น้ำสุกแทน</li></ul> <b>ชนิดแคปซูลและชนิดลูกกลอน</b> <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เมื่อมีอาการ <b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เมื่อมีอาการ
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	ในสูตรตำรับได้ตัดไคร้เครือออก เนื่องจากมีข้อมูลงานวิจัยบ่งชี้ว่าไคร้เครือที่ใช้และมีการจำหน่ายในท้องตลาด เป็นพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> ซึ่งพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> มีรายงานพบว่าก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อไต (nephrotoxicity) และเมื่อปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้พืชสกุล <i>Aristolochia</i> เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์

### (2) ยาระบายอบเชย ยาน้ำ (รพ.)

สูตรตำรับ	ในยาน้ำ 100 มิลลิลิตร ประกอบด้วย 1. เปลือกอบเชยเทศ เปลือกสมุลแว้ง ลูกกระวาน ดอกกานพลู รากชะเอมเทศ หนังกิ่งละ 800 มิลลิกรัม
-----------	---

ข้อบ่งใช้	2. เกล็ดสะระแห่น การบูร หน้าสังกะ 50 มิลลิกรัม
ขนาดและวิธีใช้	ขับลม บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ
ข้อห้ามใช้	รับประทานครั้งละ 15 - 30 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร
ข้อควรระวัง	-
อาการไม่พึงประสงค์	ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต
ข้อมูลเพิ่มเติม	เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

### (3) ยาเบญจกูล ยาแคปซูล ยามง ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาแคปซูล (รพ.) ยาขง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย
ข้อบ่งใช้	ดอกดีปลี รากข้าวหลาม เถาสะค้าน รากเจตมูลเพลิงแดง เหง้าขิงแห้ง หน้าสังกะ 20 กรัม
ขนาดและวิธีใช้	ขับลม บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ
ข้อห้ามใช้	ชนิดขง
ข้อควรระวัง	รับประทานครั้งละ 1.5 - 2 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร
อาการไม่พึงประสงค์	ชนิดผง
ข้อมูลเพิ่มเติม	รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร
	ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ด และชนิดลูกกลอน
	รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร
	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ และเด็กเล็ก
	- ไม่ควรใช้ยานี้ในฤดูร้อน เนื่องจากอาจทำให้ไฟธาตุกำเริบ
	- ไม่ควรรับประทานติดต่อกันนานเกิน 7 วัน

### (4) ยาประสะกะเพรา ยามง ยาเม็ด ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 92 กรัม ประกอบด้วย
ข้อบ่งใช้	1. ใบกะเพราแดง หน้า 47 กรัม
ขนาดและวิธีใช้	2. ผิวมะกรูด หน้า 20 กรัม
	3. รากชะเอมเทศ มหาหิงค์ หน้าสังกะ 8 กรัม
	4. พริกไทยล่อน เหง้าขิง ดอกดีปลี หัวกระเทียม หน้าสังกะ 2 กรัม
	5. เกลือสินเธาว์ หน้า 1 กรัม
	ขับลม บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ จุกเสียด
	ชนิดผงและชนิดเม็ด (แบบอัดเปียก)
	เด็ก อายุ 1 - 3 เดือน รับประทานครั้งละ 100 - 200 มิลลิกรัม
	อายุ 4 - 6 เดือน รับประทานครั้งละ 200 - 300 มิลลิกรัม
	อายุ 7 - 12 เดือน รับประทานครั้งละ 400 - 600 มิลลิกรัม
	โดยนำยาละลายน้ำกระสายยา (ทั้งไว้ให้ตกตะกอน แล้วใช้หลอดหยดดูดส่วนน้ำใส)
	รับประทานวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น เมื่อมีอาการ
	น้ำกระสายยาที่ใช้

- กรณีแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ใช้น้ำสุก หรือน้ำใบกะเพราต้ม
- กรณีแก้จุกเสียด ใช้โพลีเอทไฟพอสูก ฝนกับน้ำสุก

#### ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด

เด็ก อายุ 6 - 12 ปี

รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น เมื่อมีอาการ

ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่

ข้อห้ามใช้

ข้อควรระวัง

อาการไม่พึงประสงค์

ข้อมูลเพิ่มเติม

-  
-  
-

#### (5) ยาประสะกานพลู ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาผง (รพ.)

สูตรตำรับ

ในผงยา 250 กรัม ประกอบด้วย

1. ดอกกานพลูหนัก 125 กรัม
2. เปลือกขี้เหล็กหนัก 10 กรัม เหง้าขมิ้นชันหนัก 8 กรัม เปลือกเพกา เปลือกขี้ไต้หนัก 4 กรัม
3. เหง้าขิงแห้ง ดอกดีปลีหนัก 3 กรัม เหง้าไพล รากเจตมูลเพลิงแดง เถาสะค้าน รากข้าวพาลหนัก 2 กรัม พริกไทยอ่อนหนัก 1 กรัม เหง้าว่านน้ำ หัวกระชาย การบูรหนัก 4 กรัม
4. รากแฝกหอม หัวเปราะหอม รากกรงเข็ม ใบกระวาน ลูกกระวาน ลูกผักชีลาหนัก 4 กรัม เนื้อไม้ ลูกจันทน์หนัก 8 กรัม
5. เทียนดำ เทียนขาว โกฐสอ โกฐกระดูกหนัก 4 กรัม
6. รากข้าวสารหนัก 8 กรัม รากแฉ่งหนัก 4 กรัม
7. กำมะถันเหลืองหนัก 4 กรัม

ข้อบ่งใช้

ขนาดและวิธีใช้

บรรเทาอาการปวดท้อง จุกเสียด แน่นเฟ้อจากอาหารไม่ย่อย เนื่องจากธาตุไม่ปกติ

ชนิดผง

รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำกระสายยา วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เมื่อมีอาการ  
น้ำกระสายยาที่ใช้

- ใช้โพลีเอทไฟพอสูกฝนกับน้ำปูนใสเป็นน้ำกระสาย
- ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ให้ใช้น้ำสุกแทน

#### ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด

รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เมื่อมีอาการ

ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่

ข้อห้ามใช้

ข้อควรระวัง

อาการไม่พึงประสงค์

ข้อมูลเพิ่มเติม

ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต  
เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

-

ในสูตรตำรับได้ตัดไคร้เครือออก เนื่องจากมีข้อมูลงานวิจัยบ่งชี้ว่าไคร้เครือที่ใช้และมีการ  
จำหน่ายในท้องตลาด เป็นพืชในสกุล *Aristolochia* ซึ่งพืชในสกุล *Aristolochia*  
มีรายงานพบว่าก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อไต (nephrotoxicity) และเมื่อปี ค.ศ. 2002  
องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้พืชสกุล *Aristolochia* เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์

(6) ยาประสะเจตพังคี ยาแคปซูล ยามง ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)	
สูตรตำรับ	ในผงยา 66 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รากเจตพังคี หนัก 33 กรัม</li> <li>2. เหง้าข่า หนัก 16 กรัม</li> <li>3. รากระย่อม พริกไทยล่อน เถาบอระเพ็ด หนักสิ่งละ 2 กรัม</li> <li>4. ดอกจันทน์ ลูกจันทน์ ลูกกระวาน ใบกระวาน ดอกกานพลู รากกรงเขมา เนื้อลูกสมอทะเล รากพญารากขาว เปลือกต้นหว่า เกลือสินเธาว์ การบูร หนักสิ่งละ 1 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	แก้พิษยุงกัดเสียด ขับผายลม
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ก่อนอาหาร <b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีไข้
ข้อควรระวัง	ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	ในสูตรตำรับได้ตัดไคร้เครือออก เนื่องจากมีข้อมูลงานวิจัยบ่งชี้ว่าไคร้เครือที่ใช้และมีการจำหน่ายในท้องตลาด เป็นพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> ซึ่งพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> มีรายงานพบว่าจะก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อไต (nephrotoxicity) และเมื่อปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้พืชสกุล <i>Aristolochia</i> เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์
(7) ยามันทรธาตุ ยามง ยาเม็ด ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)	
สูตรตำรับ	ในผงยา 93 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เหง้าขิง ลูกเบญจกานี หนักสิ่งละ 9 กรัม</li> <li>2. โกฐสอ โกฐเขมา โกฐหัวบัว โกฐเชียง โกฐจุฬาลัมพา เทียนดำ เทียนแดง เทียนขาว เทียนขาวเปลือก เทียนตาตุ๊กแตน ลูกผักชีล้อม ลูกผักชีลา หัวกระเทียม เปลือกสมุลแว้ง เปลือกโมกมัน แก่นจันทน์แดง แก่นจันทน์เทศ ดอกกานพลู ดอกดีปลี รากข้าพูลู เถาสะค้าน รากเจตมูลเพลิงแดง พริกไทยล่อน ลูกจันทน์ การบูร หนักสิ่งละ 3 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แก้อาตุไม่ปกติ
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม <b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม ละลายน้ำสุก วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร <b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b> <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร <b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	- ห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ขวบ เนื่องจากเป็นยารสร้อน ทำให้ลิ้น ปากแสบร้อนได้ - ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีไข้

ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)</li> <li>- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้</li> </ul>
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	<p>ในสูตรตำรับได้ตัดไคร้เครือออก เนื่องจากมีข้อมูลงานวิจัยบ่งชี้ว่าไคร้เครือที่ใช้และมีการจำหน่ายในท้องตลาด เป็นพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> ซึ่งพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> มีรายงานพบว่าก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อไต (nephrotoxicity) และเมื่อปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้พืชสกุล <i>Aristolochia</i> เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์</p>
<b>(8) ยามหาจักรใหญ่ ยาเม็ด ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)</b>	
สูตรตำรับ	<p>ในผงยา 114 กรัม ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไบอะเพกซ์โหม หนัก 60 กรัม</li> <li>2. ยาดำสะตุ หนัก 8 กรัม</li> <li>3. โกฐสอ โกฐเขมา โกฐพุงปลา โกฐก้านพร้าว โกฐกระดูกเทียนดำ เทียนแดง เทียนขาว เทียนข้าวเปลือก เทียนยาวพาดิ เนื้อลูกสมอไทย เนื้อลูกสมอพิเภก เนื้อลูกมะขามป้อม ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ ลูกกระวาน ดอกกานพลู รากชะเอมเทศ เมล็ดโหระพา ลูกผักชีลา สารส้มสะตุ เหง้าขมิ้นอ้อย หัวกระเทียม หนักสิ่งละ 2 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แก้กลมชาง</li> <li>2. บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ</li> </ol>
ขนาดและวิธีใช้	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แก้กลมชาง</li> </ol> <p><b>ชนิดผงและชนิดเม็ด (แบบอัดเปียก)</b></p> <p><b>เด็ก อายุ 1 – 5 ขวบ</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1.5 กรัม ละลายน้ำสุก เพิ่มและลดได้ตามส่วนวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ก่อนอาหาร</p> <p><b>2. บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ</b></p> <p><b>ชนิดผงและชนิดเม็ด (แบบอัดเปียก)</b></p> <p><b>เด็ก อายุ 1 – 5 ขวบ</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1.5 กรัม ละลายน้ำสุก เพิ่มและลดได้ตามส่วนวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ก่อนอาหาร</p> <p><b>ชนิดเม็ดและชนิดแคปซูล</b></p> <p><b>เด็ก อายุ 6 – 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 1.5 กรัม วันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ก่อนอาหาร</p>
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)</li> <li>- หากรับประทานแล้วมีอาการท้องเสีย ควรหยุดรับประทานยา</li> </ul>
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-



### (9) ยาวิสมปยาใหญ่ ยามง

สูตรตำรับ	ในผงยา 108 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"><li>1. ดอกดีปลี หนัก 54 กรัม</li><li>2. ลูกผักชีลา ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ หนักสิ่งละ 8 กรัม</li><li>3. ลูกกระวาน ดอกกานพลู โกฐสอ โกฐเขมา โกฐหัวบัว โกฐเชียง โกฐจุฬาลัมพา เปลือกอบเชย เปลือกสมุลแว้ง เนื้อลูกสมอเทศ เนื้อลูกสมอไทย เหง้าว่านน้ำ เถาบอระเพ็ด เหง้าชิงแห้ง รากพญารากขาว หนักสิ่งละ 2 กรัม</li></ol>
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ จุกเสียด
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำสุกหรือผสมน้ำผึ้งปั้นเป็นลูกกลอน ทุก 4 ชั่วโมง
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีไข้
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีดอกดีปลีในปริมาณสูง
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	ในสูตรตำรับได้ตัดไคร้เครือออก เนื่องจากมีข้อมูลงานวิจัยบ่งชี้ว่าไคร้เครือที่ใช้และมีการจำหน่ายในท้องตลาด เป็นพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> ซึ่งพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> มีรายงานพบว่าก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อไต (nephrotoxicity) และเมื่อปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้พืชสกุล <i>Aristolochia</i> เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์

### (10) ยาภัยสาลี ยาลูกกลอน ยาเม็ด

สูตรตำรับ	ในผงยา 181 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"><li>1. หัศคุณเทศ หนัก 24 กรัม พริกไทยล่อน แก่นจันทน์เทศ หนักสิ่งละ 16 กรัม รากเจตมูลเพลิงแดง หนัก 12 กรัม</li><li>2. หัวบุงรอก หนัก 15 กรัม เนื้อลูกสมอไทย เนื้อลูกสมอเทศ หนักสิ่งละ 13 กรัม</li><li>3. เทียนแดง หนัก 11 กรัม เทียนขาวเปลือก หนัก 10 กรัม เทียนตาตักแตน หนัก 9 กรัม เทียนขาว หนัก 8 กรัม</li><li>4. โกฐเขมา หนัก 9 กรัม โกฐสอ หนัก 8 กรัม</li><li>5. เหง้าว่านน้ำ หนัก 7 กรัม ดอกกานพลู หนัก 4 กรัม ลูกกระวาน หนัก 3 กรัม ดอกจันทน์ หนัก 2 กรัม ลูกจันทน์ หนัก 1 กรัม</li><li>6. ลูกพิลังกาสา หนัก 6 กรัม</li></ol>
ข้อบ่งใช้	บำบัดโรคลม บรรเทาอาการจุกเสียดแน่น
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 1.5 – 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีไข้
ข้อควรระวัง	ควรระวังในการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-



## 1.2.2 กลุ่มยาบรรเทาอาการท้องผูก

### (1) ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาแคปซูล ยาเม็ด

สูตรตำรับ	ในผงยา 117 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>ดีเกลือฝรั่ง หนัก 60 กรัม ยาตำสะตุ หนัก 12 กรัม</li> <li>ใบมะกา ใบมะขาม ใบส้มป่อย เนื้อในฝักคูน รากขี้กาแดง รากขี้กาขาว รากทองแตก ฝักส้มป่อย เนื้อลูกสมอไทย เนื้อลูกสมอติงู เถาวัลย์เปรียง หนักสิ่งละ 3 กรัม ขี้เหล็กทั้ง 5 หนัก 3 กรัม</li> <li>หัวหอม หนัก 3 กรัม</li> <li>หญ้าไทร ใบไผ่ป่า หนักสิ่งละ 3 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	ใช้บรรเทาอาการท้องผูกเฉพาะในรายที่ท้องผูกมากหรือในรายที่มีอาการท้องผูกเรื้อรัง และใช้ยาอื่นแล้วไม่ได้ผล
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b> ครั้งแรก รับประทาน 1 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ถ้าไม่ถ่าย วันต่อไป รับประทานเพิ่มเป็น 1.5 กรัม แต่ไม่เกิน 2.5 กรัม ต่อวัน (ตามธาตุหนักธาตุเบา)
ข้อห้ามใช้	<ul style="list-style-type: none"> <li>ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และเด็ก</li> <li>ห้ามใช้ในภาวะทางเดินอาหารอุดตัน (gastrointestinal obstruction/ileus)</li> <li>ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติเฉียบพลันที่ทางเดินอาหาร (acute gastro-intestinal conditions) เช่น คลื่นไส้ อาเจียน</li> </ul>
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>เนื่องจากเป็นยาถ่ายอย่างแรง ไม่ควรใช้ยานี้ในผู้ป่วยอ่อนเพลียมากหรือมีภาวะขาดน้ำ</li> <li>เมื่อถ่ายแล้ว ให้เว้นอย่างน้อย 2 วัน แล้วจึงใช้ยาอีกครั้ง</li> <li>ควรระวังการใช้ยาในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไตหรือตับ (renal/hepatic impairment) เนื่องจากยามีส่วนประกอบของแมกนีเซียม</li> </ul>
อาการไม่พึงประสงค์	ปวดเสียดท้อง
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### (2) ยาธรณีสันตะฆาต ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 160 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>พริกไทยล่อน หนัก 96 กรัม</li> <li>ยาตำสะตุ หนัก 20 กรัม</li> <li>เนื้อลูกสมอไทย มหาหิงค์ การบูร หนักสิ่งละ 6 กรัม</li> <li>รงทอง (ประสะ) หนัก 4 กรัม</li> <li>ผักแพวแดง (ทั้งต้น) เนื้อลูกมะขามป้อม หนักสิ่งละ 2 กรัม</li> <li>ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ ลูกกระวาน ดอกกานพลู เทียนดำ เทียนขาว หัวทองดี หัวบุก หัวกลอย หัวกระดาดขาว หัวกระดาดแดง ลูกเร่ว เหง้าชิง รากชะเอมเทศ รากเจตมูลเพลิงแดง โกฐกระดุก โกฐเขมา โกฐน้ำเต้า หนักสิ่งละ 1 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	แก้เถาดาน ท้องผูก
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม ละลายน้ำสุกหรือผสมน้ำผึ้ง ปั่นเป็นลูกกลอน วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าหรือก่อนนอน

ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง	<b>ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ด และชนิดลูกกลอน</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าหรือก่อนนอน ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ และเด็ก
	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้ - ควรระวังการใช้ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง - ควรระวังการใช้ในผู้สูงอายุ
อาการไม่พึงประสงค์ ข้อมูลเพิ่มเติม	- -

### 1.2.3 กลุ่มยาบรรเทาอาการท้องเสีย

<b>(1) ยาธาตุบรรจบ ยาแคปซูล ยาม่วง ยาลูกกลอน ยาแคปซูล (รพ.) ยาม่วง (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)</b>	
สูตรตำรับ          ข้อบ่งใช้	ในผงยา 104 กรัม ประกอบด้วย 1. เนื้อมะนาวไทย หนัก 16 กรัม 2. โกรฐก้านพร้าว หนัก 8 กรัม 3. เหง้าขิง โกรฐเขมา โกรฐพุงปลา โกรฐเชียง โกรฐสอ เทียนดำ เทียนขาว เทียนสัตตบุษย์ เทียนยาวพวง เทียนแดง ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ ดอกกานพลู เปลือกสมุลแว้ง ลูกกระวาน ลูกผักชีลา ใบพิมเสนต้น ดอกดีปลี หัวเปราะหอม การบูร หนักสิ่งละ 4 กรัม บรรเทาอาการอุจจาระธาตุพิการ ท้องเสียชนิดที่ไม่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น อุจจาระไม่เป็นมูกหรือมีเลือดปน ท้องเสียชนิดที่ไม่มีไข้ เป็นต้น
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำกระสายยา วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เมื่อมีอาการ <b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม ละลายน้ำกระสายยา วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เมื่อมีอาการ <b>น้ำกระสายยาที่ใช้</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรณีบรรเทาอาการอุจจาระธาตุพิการ ท้องเสียชนิดที่ไม่เกิดจากการติดเชื้อ ใช้เปลือกแคหรือเปลือกสะเดา หรือเปลือกลูกท้อหิมตำ แทรกกับน้ำปูนใสเป็นน้ำกระสายยา</li> <li>● ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ให้ใช้น้ำสุกแทน</li> </ul> <b>ชนิดแคปซูลและชนิดลูกกลอน</b> <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เมื่อมีอาการ <b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เมื่อมีอาการ

ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่								
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)</li> <li>- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้</li> <li>- ในกรณีท้องเสียชนิดที่ไม่เกิดจากการติดเชื้อ ใช้ไม่เกิน 1 วัน หากอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์</li> </ul>								
อาการไม่พึงประสงค์	-								
ข้อมูลเพิ่มเติม	-								
<b>(2) ยาเหล็องปิดสมุทร</b>									
สูตรตำรับ	ยาเม็ด ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.) ในผงยา 90 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เหน้้ำมันชัน หนัก 30 กรัม</li> <li>2. ชันย้อย ครั้ง สีเสียดเทศ เปลือกสีเสียดไทย ใบเทียน ใบทับทิม หัวหัวหมู เหน้้ำมันอ้อย เปลือกเพกา รากกล้วยดิบ หัวกระเทียมคั่ว ดอกดีปลี หนักสิ่งละ 5 กรัม</li> </ol>								
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการท้องเสียชนิดที่ไม่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น อุจจาระไม่เป็นมูกหรือมีเลือดปน ท้องเสียชนิดที่ไม่มีไข้ เป็นต้น								
ขนาดและวิธีใช้	<p><b>ชนิดผงและชนิดเม็ด (แบบอัดเปียก)</b></p> <p><b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำกระสายยา ทุก 3 – 5 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ</p> <p><b>เด็ก</b></p> <table border="0"> <tr> <td>อายุ 3 – 5 เดือน</td><td>รับประทานครั้งละ 200 มิลลิกรัม</td></tr> <tr> <td>อายุ 6 – 12 เดือน</td><td>รับประทานครั้งละ 300 – 400 มิลลิกรัม</td></tr> <tr> <td>อายุ 1 – 5 ขวบ</td><td>รับประทานครั้งละ 500 – 700 มิลลิกรัม</td></tr> <tr> <td>อายุ 6 – 12 ปี</td><td>รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม – 1 กรัม</td></tr> </table> <p>ละลายน้ำกระสายยา ทุก 3 – 5 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ</p> <p><b>น้ำกระสายยาที่ใช้</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ใช้น้ำเปลือกลูกทับทิมหรือเปลือกแคตมัม แทรกกับน้ำปูนใสเป็นน้ำกระสายยาสำหรับเด็กเล็กให้บดผสมกับน้ำกระสายยา ใช้รับประทานหรือกวาดก็ได้</li> <li>● ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำสุกแทน</li> </ul> <p><b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b></p> <p><b>เด็ก อายุ 6 – 12 ปี</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม – 1 กรัม เมื่อมีอาการ</p> <p><b>ผู้ใหญ่</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 กรัม ทุก 3 - 5 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ</p>	อายุ 3 – 5 เดือน	รับประทานครั้งละ 200 มิลลิกรัม	อายุ 6 – 12 เดือน	รับประทานครั้งละ 300 – 400 มิลลิกรัม	อายุ 1 – 5 ขวบ	รับประทานครั้งละ 500 – 700 มิลลิกรัม	อายุ 6 – 12 ปี	รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม – 1 กรัม
อายุ 3 – 5 เดือน	รับประทานครั้งละ 200 มิลลิกรัม								
อายุ 6 – 12 เดือน	รับประทานครั้งละ 300 – 400 มิลลิกรัม								
อายุ 1 – 5 ขวบ	รับประทานครั้งละ 500 – 700 มิลลิกรัม								
อายุ 6 – 12 ปี	รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม – 1 กรัม								
ข้อห้ามใช้	-								
ข้อควรระวัง	ใช้ไม่เกิน 1 วัน หากอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์								
อาการไม่พึงประสงค์	-								
ข้อมูลเพิ่มเติม	-								

## 1.2.4 กลุ่มยาบรรเทาโรคหลอดเลือดหัวใจ

### (1) ยาผสมเพอร์สซิมมัต ยาแคปซูล ยาแคปซูล (รพ.)

#### สูตรที่ 1

รูปแบบยา	ยาแคปซูล ยาแคปซูล (รพ.)
สูตรตำรับ	ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย เถาเพอร์สซิมมัต หนัก 70 กรัม รากอัคคีทวาร หนัก 20 กรัม โกฐน้ำเต้า หนัก 10 กรัม
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 1.2 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	ควรระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร
อาการไม่พึงประสงค์	ท้องเสีย
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

#### สูตรที่ 2

รูปแบบ	ยาแคปซูล (รพ.)
สูตรตำรับ	ในผงยา 85 กรัม ประกอบด้วย เถาเพอร์สซิมมัต หนัก 50 กรัม กะเม็ง (ทั้งต้น) หนัก 15 กรัม โกฐน้ำเต้า หัวกระชาย หนักสิ่งละ 10 กรัม
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	ควรระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร
อาการไม่พึงประสงค์	ท้องเสีย มวนท้อง
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### (2) ยาริดสีดวงมหากาฬ ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาแคปซูล (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 110 กรัม ประกอบด้วย 1. มดยอบคั่ว หนัก 5 กรัม 2. ขอบชะนางแดง (ทั้งต้น) ขอบชะนางขาว (ทั้งต้น) หนักสิ่งละ 5 กรัม 3. โกฐกั๊กกรา โกฐสอ โกฐจุฬาลำพา โกฐก้านพร้าว โกฐพุงปลา หนักสิ่งละ 5 กรัม 4. เทียนดำ เทียนแดง เทียนขาว เทียนข้าวเปลือก เทียนตาตุ๊กแตน หนักสิ่งละ 5 กรัม 5. แก่นสนเทศ ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ เถาสะค่าน เปลือกสมุลแว้ง ดอกดีปลี พริกไทยล่อน แห้งขิง เปลือกอบเชยเทศ หนักสิ่งละ 5 กรัม
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และ ยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร
อาการไม่พึงประสงค์	-

### 1.3 ยารักษากลุ่มอาการทางสูติศาสตร์รีเวชวิทยา

#### (1) ยาประสะไพล ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 162 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เหม้าไพล หนัก 81 กรัม</li> <li>2. ผิวมะกรูด เหม้าว่านนํ้า หัวกระเทียม หัวหอม พริกไทยล่อน ดอกดีปลี เหม้าขิง เหม้าขมิ้นอ้อย เทียนดำ เปลือกสนเหว็ด หนักสิ่งละ 8 กรัม</li> <li>3. การบูร หนัก 1 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระดูมาไม่สม่ำเสมอหรือน้อยกว่าปกติ</li> <li>2. บรรเทาอาการปวดประจำเดือน</li> <li>3. ขับน้ำคาวปลาในหญิงหลังคลอดบุตร</li> </ol>
ขนาดและวิธีใช้	<p><b>กรณีระดูมาไม่สม่ำเสมอหรือน้อยกว่าปกติ</b></p> <p><b>ชนิดผง</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เป็นเวลา 3 - 5 วัน เมื่อระดูมา ให้หยุดรับประทาน</p> <p><b>ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ด และชนิดลูกกลอน</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เป็นเวลา 3 - 5 วัน เมื่อระดูมา ให้หยุดรับประทาน</p> <p><b>กรณีปวดประจำเดือน</b> ในกรณีที่มีอาการปวดประจำเดือนเป็นประจำ ให้รับประทานยาก่อนมีประจำเดือน 2 - 3 วันไปจนถึงวันแรกและวันที่สองที่มีประจำเดือน</p> <p><b>ชนิดผง</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร</p> <p><b>ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ด และชนิดลูกกลอน</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร</p> <p><b>กรณีขับน้ำคาวปลาในหญิงหลังคลอดบุตร</b></p> <p><b>ชนิดผง</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร ให้รับประทานจนกว่าน้ำคาวปลาจะหมด แต่ไม่เกิน 15 วัน</p> <p><b>ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ด และชนิดลูกกลอน</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร ให้รับประทานจนกว่าน้ำคาวปลาจะหมด แต่ไม่เกิน 15 วัน</p>
ข้อห้ามใช้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้ามใช้ในหญิงตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่</li> <li>- ห้ามรับประทานในหญิงที่มีระดูมากกว่าปกติ เพราะจะทำให้มีการขับระดูออกมามากขึ้น</li> </ul>
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้</li> <li>- กรณีระดูมาไม่สม่ำเสมอหรือน้อยกว่าปกติ ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 1 เดือน</li> </ul>

อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

(2) ยาปลูกไฟธาตุ ยาแคปซูล (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)	
สูตรตำรับ	ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พริกไทยล่อน นึก 50 กรัม</li> <li>2. ดอกดีปลี รากข้าวพุด ผักแพวแดง (ทั้งต้น) เกาสะค่าน เหง้าชิงแห้ง ลูกผักชีล้อม เหง้าว่านน้ำ หัวเห็ดหมู ผิวมะกรูด ลูกพิลังกาสา นึกสิ่งละ 5 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	กระตุ้นน้ำนม กระจายเลือดลมในหญิงหลังคลอด
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ และผู้มีไข้
ข้อควรระวัง	ควรระวังการใช้ ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
อาการไม่พึงประสงค์	แสบร้อนยอดอก
ข้อมูลเพิ่มเติมอื่น ๆ	แพทย์แผนไทยดั้งเดิมใช้เป็นยาแทนการอยู่ไฟของหญิงหลังคลอด

(3) ยาไฟประลัยกัลป์ ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)	
สูตรตำรับ	ในผงยา 71 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รากเจตมูลเพลิงแดง สารส้มสะตุ แก่นแสมทะเล ผิวมะกรูด การบูร นึกสิ่งละ 6 กรัม</li> <li>2. เหง้าขมิ้นอ้อย เหง้ากระทือ เหง้าข่า เหง้าไพล เปลือกมะรุมน นึกสิ่งละ 5 กรัม</li> <li>3. พริกไทยล่อน เหง้าชิง ดอกดีปลี หัวกระเทียม นึกสิ่งละ 4 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	ขับน้ำคาวปลาในเรือนไฟ ช่วยให้มีดลูกเข้าอู่
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร รับประทานจนกว่าน้ำคาวปลาจะหมด แต่ไม่เกิน 15 วัน <b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร รับประทานจนกว่าน้ำคาวปลาจะหมด แต่ไม่เกิน 15 วัน
ข้อห้ามใช้	- ห้ามใช้ในหญิงตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ และผู้มีไข้ - ห้ามใช้ในหญิงที่ผ่าคลอด เนื่องจากทำให้แผลหายช้า
ข้อควรระวัง	ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

(4) ยาไฟห่ากอง ยาผง ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)	
สูตรตำรับ	ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รากเจตมูลเพลิงแดง เหง้าชิง พริกไทยล่อน สารส้มสะตุ ผักส้มป่อย นึกสิ่งละ 20 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	ขับน้ำคาวปลาในเรือนไฟ ช่วยให้มีดลูกเข้าอู่
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b>

	<p>รับประทานครั้งละ 1 – 1.5 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร รับประทานจนกว่าน้ำคาวปลาจะหมด แต่ไม่เกิน 15 วัน</p> <p><b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร รับประทานจนกว่าน้ำคาวปลาจะหมด แต่ไม่เกิน 15 วัน</p>
ข้อห้ามใช้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้ามใช้ในหญิงตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่</li> <li>- ห้ามใช้หญิงที่ผ่าคลอด เนื่องจากทำให้แผลหายช้า</li> </ul>
ข้อควรระวัง	-
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-
<b>(5) ยาเลือดงาม ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.)</b>	
สูตรตำรับ	<p>ในผงยา 102 กรัม ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เหง้าชิงแห้ง ตะไคร้บ้าน (ลำต้น) สะระแหน่ (ทั้งต้น) เหง้ากระชาย เหง้ากระเทียม ผิวมะกรูด ใบมะนาว รากและใบกะเพรา หัวกระเทียม เปลือกเพกา โกงจุกพาลัมพา ข่าพลู (ทั้งต้น) ลูกเร่วหอม ลูกจันทร์ ดอกกานพลู ดอกดีปลี เหง้าไพล พริกไทยล่อน รากเจตมูลเพลิงแดง รากชะเอมเทศ หนักสิ่งละ 5 กรัม</li> <li>2. พิมเสน การบูร หนักสิ่งละ 1 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการปวดประจำเดือน ช่วยให้ประจำเดือนมาเป็นปกติ แก้มุตกิต
ขนาดและวิธีใช้	<p><b>ชนิดผง</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 – 2 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร</p> <p><b>ชนิดแคปซูล</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 – 2 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร</p>
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่
ข้อควรระวัง	ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-
<b>(6) ยาสตรีหลังคลอด ยาต้ม (รพ.)</b>	
สูตรตำรับ	<p>ในยา 130 กรัม ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แก่นแกล แก่นขนุน ร่วนซีกมดลูก แก่นฝางเสน เถาสะค้าน รากเจตมูลเพลิงแดง ดอกดีปลี โกงเจียง เถากำแพงเจ็ดชั้น หนักสิ่งละ 10 กรัม</li> <li>2. พริกไทยล่อน รากข่าพลู ดอกคำฝอย ดอกมะลิ ดอกพิกุล ดอกบุนนาค ดอกสารภี เกสรบัวหลวง หนักสิ่งละ 5 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	ขับน้ำคาวปลา บำรุงเลือด ช่วยให้นมดลูกเข้าอู่เร็วในหญิงหลังคลอด
ขนาดและวิธีใช้	<p>นำยาใส่น้ำพอท่วม ต้มด้วยไฟปานกลาง นานครึ่งชั่วโมง นำเฉพาะส่วนน้ำมารับประทาน ครั้งละ 250 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร หรือดื่มแทนน้ำ</p> <p>รับประทานติดต่อกัน 1 สัปดาห์หรือจนกว่าน้ำคาวปลาจะหมด แต่ไม่เกิน 15 วัน</p>
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่

ข้อควรระวัง	- ควรระวังในการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติมอื่น ๆ	- แพทย์แผนไทยดั้งเดิมใช้เป็นยาแทนการอยู่ไฟของหญิงหลังคลอด
	- ยา 1 ห่อ สามารถใช้ติดต่อกันประมาณ 5 - 7 วัน โดยให้อุ่นน้ำสมุนไพรทุกครั้งก่อนการรับประทานยา

## 1.4 ยาแก้ไข้

### (1) ยาเขียวหอม ยาผง ยาเม็ด (รพ.) ยาผง (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 90 กรัม ประกอบด้วย ใบพิมเสน ใบผักกระฉอม ใบหมากผู้ ใบหมากเมีย ใบสันพร้าวหอม รากแฝกหอม หัวเปราะหอม แก่นจันทน์ขาวหรือจันทน์ชะมด แก่นจันทน์แดง ว่านกีบแรด ว่านร้อนทอง เนระพูสี พืชนาศน์ มหาสดำ ดอกพิกุล ดอกบุนนาค ดอกสารภี เกสรบัวหลวง หนักสิ่งละ 5 กรัม
ข้อบ่งใช้	1. บรรเทาอาการไข้ ร้อนในกระหายน้ำ 2. แก้พิษหัด พิษอีสุกอีใส (บรรเทาอาการไข้จากหัดและอีสุกอีใส)
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำกระสายยา ทุก 4 – 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ <b>เด็ก อายุ 6 – 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม ละลายน้ำกระสายยา ทุก 4 – 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ <b>น้ำกระสายยาที่ใช้</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีบรรเทาอาการไข้ ร้อนในกระหายน้ำ ใช้น้ำสุก หรือน้ำดอกมะลิ เป็นน้ำกระสายยา</li> <li>• กรณีแก้พิษหัด พิษอีสุกอีใส ละลายน้ำรากผักชีต้ม เป็นน้ำกระสายยา ทั้งรับประทาน และชโลม</li> </ul> <b>หมายเหตุ</b> การชโลมใช้ยาผงละลายน้ำ 1 ต่อ 3 แล้วชโลม (ประพรม) ทัวตามตัวบริเวณที่ตุ่มใสยังไม่แตก <b>ชนิดเม็ด</b> <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ทุก 4 – 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ <b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม ทุก 4 – 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้



<b>อาการไม่พึงประสงค์</b> <b>ข้อมูลเพิ่มเติม</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก</li> <li>- หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์</li> <li>-</li> <li>- ทางกรมแพทย์แผนไทย แนะนำให้ผู้ป่วยหัด อีสุกอีใส ห้ามรับประทานอาหารทะเล ไข่ และน้ำเย็น เนื่องจากผิดสำแดง</li> <li>- ในสูตรตำรับได้ตัดไคร้เครือออก เนื่องจากมีข้อมูลงานวิจัยบ่งชี้ว่าไคร้เครือที่ใช่และมีการจำหน่ายในท้องตลาด เป็นพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> ซึ่งพืชในสกุล <i>Aristolochia</i> มีรายงานพบว่าก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อไต (nephrotoxicity) และเมื่อปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้พืชสกุล <i>Aristolochia</i> เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์</li> </ul>
---	---

## (2) ยาจันทน์ลีลา ยาแคปซูล ยามง ยาเม็ด ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

<b>สูตรตำรับ</b>  <b>ข้อบ่งใช้</b> <b>ขนาดและวิธีใช้</b>	<p>ในผงยา 99 กรัม ประกอบด้วย</p> <p>โกฐสอ โกฐเขมา โกฐจุฬาลัมพา แก่นจันทน์ขาวหรือจันทน์ชะมด แก่นจันทน์แดง ลูกกระดอม เกาปอระพีต รากปลาไหลเผือก หนักสิ่งละ 12 กรัม พิมเสน หนัก 3 กรัม บรรเทาอาการไข้ตัวร้อน ไข้เปลี่ยนฤดู</p> <p><b>ชนิดผง</b></p> <p><b>ผู้ใหญ่</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ละลายน้ำสุก ทุก 3 - 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ</p> <p><b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม ละลายน้ำสุก ทุก 3 - 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ</p> <p><b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b></p> <p><b>ผู้ใหญ่</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ</p> <p><b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ</p> <p><b>ข้อห้ามใช้</b></p> <p>-</p> <p><b>ข้อควรระวัง</b></p> <p>- ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก</p> <p>- หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์</p> <p>-</p> <p><b>อาการไม่พึงประสงค์</b></p> <p>-</p> <p><b>ข้อมูลเพิ่มเติม</b></p> <p>แนะนำให้ใช้ยาจันทน์ลีลาได้ในหญิงที่มีไข้หวัดหรือไข้ระหว่างมีประจำเดือน</p>
---	---

## (3) ยาประสะจันทน์แดง ยาแคปซูล ยามง ยาเม็ด ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

<b>สูตรตำรับ</b>  <b>ข้อบ่งใช้</b> <b>ขนาดและวิธีใช้</b>	<p>ในผงยา 64 กรัม ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แก่นจันทน์แดง หนัก 32 กรัม</li> <li>2. รากเหมือดคน รากมะปรางหวาน รากมะนาว หัวเปราะหอม โกฐหัวบัว แก่นจันทน์เทศ แก่นฝางเสน หนักสิ่งละ 4 กรัม</li> <li>3. เกสรบัวหลวง ดอกบุนนาค ดอกสารภี ดอกมะลิ หนักสิ่งละ 1 กรัม</li> </ol> <p>บรรเทาอาการไข้ตัวร้อน (ไข้พิษ) แก้อ่อนในกระหายน้ำ</p> <p><b>ชนิดผง</b></p>
---	---

	<p><b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำกระสายยา ทุก 3 - 4 ชั่วโมง</p> <p><b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม ละลายน้ำกระสายยา ทุก 3 - 4 ชั่วโมง</p> <p><b>น้ำกระสายยาที่ใช้</b> ใช้ น้ำสุก หรือน้ำดอกมะลิ</p> <p><b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b></p> <p><b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง</p> <p><b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง</p>
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้</li> <li>- ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก</li> <li>- กรณีบรรเทาอาการไข้ ร้อนในกระหายน้ำ หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วันแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์</li> </ul>
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

#### (4) ยาประสะเปราะใหญ่ ยาผง ยาเม็ด ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

สูตรตำรับ	<p>ในผงยา 80 กรัม ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. หัวเปราะหอมหนัก 40 กรัม</li> <li>2. โกฐสอ โกฐเขมา โกฐหัวบัว โกฐเชียง โกฐจุฬาลัมพา เทียนดำ เทียนแดง เทียนขาว เทียนขาวเปลือก เทียนตาตุ๊กแตน ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ ลูกกระวาน ดอกกานพลู แก่นจันทน์เทศ แก่นจันทน์แดง ดอกบุนนาค ดอกสารภี ดอกพิทูรีย เกสรบัวหลวงหนักสิ่งละ 2 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	ถอนพิษไข้ตานซางสำหรับเด็ก
ขนาดและวิธีใช้	<p><b>ชนิดผงและชนิดเม็ด (แบบอัดเปียก)</b></p> <p><b>เด็ก อายุ 1 - 5 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม ละลายน้ำกระสายยา ทุก 3 - 4 ชั่วโมง</p> <p><b>น้ำกระสายยาที่ใช้</b> น้ำดอกไม้มะลิหรือน้ำสุก</p> <p><b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b></p> <p><b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง</p>
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรระวังในการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)</li> <li>- ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้</li> <li>- ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก</li> </ul>

อาการไม่พึงประสงค์	- หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์
ข้อมูลเพิ่มเติม	-
<b>(5) ยามหานิลแท่งทอง ยาเม็ด ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)</b>	
สูตรตำรับ	ในผงยา 103 กรัม ประกอบด้วย 1. เนื้อมะลิสดสะบ้ามอญ (สุ่ม) หวายตะค้า (สุ่ม) เมล็ดมะกอก (สุ่ม) ลูกมะคำดีควาย (สุ่ม) ถ่านไม้สัก แก่นจันทน์แดง แก่นจันทน์เทศ ใบพิมเสน ใบย่านาง หมักหอม หนักสิ่งละ 10 กรัม 2. เบี้ยจั่นคั่วให้เหลือง 3 กรัม
ข้อบ่งใช้	1. แก้ไข้กาฬ หัด อีสุกอีใส (บรรเทาอาการไข้จากไข้กาฬ หัด และอีสุกอีใส) 2. แก้อ่อนในกระหายน้ำ
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1.5 - 2 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ก่อนอาหาร <b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ก่อนอาหาร <b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b> <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1.5 - 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ก่อนอาหาร <b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	- ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก - หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

<b>(6) ยาहारาก ยาแคปซูล ยามง ยาเม็ด</b>	
สูตรตำรับ	ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย รากย่านาง รากคนทา รากมะเดื่อชุมพร รากชิงชี รากไม้เท้ายายม่อม หนักสิ่งละ 20 กรัม
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการไข้
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 - 1.5 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เมื่อมีอาการ <b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม ละลายน้ำสุก วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เมื่อมีอาการ

## ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด

### ผู้ใหญ่

รับประทานครั้งละ 1 – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เมื่อมีอาการ

### เด็ก อายุ 6 - 12 ปี

รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เมื่อมีอาการ

ข้อห้ามใช้

-

ข้อควรระวัง

- ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก
- หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์
- ไม่แนะนำให้ใช้ในหญิงที่มีไข้หรือใช้ยาคุมกำเนิดเป็นประจำเดือน

อาการไม่พึงประสงค์

-

ข้อมูลเพิ่มเติม

-

## 1.5 ยารักษาอาการของระบบทางเดินหายใจ

### 1.5.1 ยาบรรเทาอาการไอ

#### (1) ยาแก้ไอผสมกานพลู ยาลูกกลอน (รพ.)

สูตรตำรับ

ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย

รากชะเอมเทศ หนัก 48 กรัม บัว หนัก 16 กรัม มะนาวดองแห้ง หนัก 10 กรัม น้ำตาลกรวด หนัก 4 กรัม พิมเสน เกล็ดสระระแหง หนักสิ่งละ 3 กรัม เหม่าวาน้ำ ฝลมะแว้งเครือ ดอกกานพลู เนื้อลูกสมอพิเภก เปลือกอบเชย เนื้อลูกมะขามป้อม ดอกเก็กฮวย หล่อฮังก้วย ผิวส้มจีน หนักสิ่งละ 2 กรัม

ข้อบ่งใช้

บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ

ขนาดและวิธีใช้

อมครั้งละ 200 - 300 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการไอ ทุก 4 ชั่วโมง

ข้อห้ามใช้

-

ข้อควรระวัง

ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยที่ท้องเสียง่าย เนื่องจากมะขามป้อมมีฤทธิ์เป็นยาระบาย

อาการไม่พึงประสงค์

ท้องเสีย

ข้อมูลเพิ่มเติม

-

#### (2) ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม ยาน้ำ (รพ.)

สูตรตำรับที่ 1

ในยา 100 มิลลิลิตร ประกอบด้วย

สารสกัดน้ำมะขามป้อมเข้มข้น (ความเข้มข้น 40 เปอร์เซ็นต์) 60 มิลลิลิตร สารสกัดใบเสนียด (ความเข้มข้น 10 เปอร์เซ็นต์) 10 มิลลิลิตร กลีเซอริน 5 มิลลิลิตร สารสกัดรากชะเอมเทศ 0.45 มิลลิลิตร เกลือแกง 0.5 กรัม เกล็ดสระระแหง 0.01 มิลลิกรัม

สูตรตำรับที่ 2

ในยา 100 มิลลิลิตร ประกอบด้วย

สารสกัดน้ำมะขามป้อมเข้มข้น (ความเข้มข้น 25 เปอร์เซ็นต์) 30 มิลลิลิตร มะนาวดองแห้ง 8 มิลลิกรัม สารสกัดรากชะเอมเทศ 5 มิลลิลิตร ผิวส้มจีน 3.3 มิลลิกรัม บัว 3 มิลลิกรัม เนื้อลูกสมอพิเภก 3 มิลลิกรัม เนื้อลูกสมอไทย 1 มิลลิกรัม หล่อฮังก้วย 2 มิลลิกรัม เกล็ดสระระแหง 0.08 มิลลิกรัม น้ำตาลทรายแดง 40 มิลลิกรัม

ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ
ขนาดและวิธีใช้	จิบเมื่อมีอาการไอ ทุก 4 ชั่วโมง
ข้อห้ามใช้	ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
ข้อควรระวัง	ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยที่ท้องเสียง่าย เนื่องจากมะขามป้อมมีฤทธิ์เป็นยาระบาย
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### (3) ยาแก้ไอผสมมะนาวดอง ยาลูกกลอน (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 99 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มะนาวดองแห้ง บิวย น้ำส้ม 35 กรัม รากชะเอมเทศ 17 กรัม รากชะเอมไทย น้ำส้ม 3 กรัม ผลมะแว้งเครือ น้ำส้ม 2 กรัม เนื้อลูกมะขามป้อม 1 กรัม</li> <li>2. เปลือกอบเชยญวน 3 กรัม ดอกกานพลู 1 กรัม</li> <li>3. เกล็ดสะระแหน่ 2 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 200 - 300 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการไอ ทุก 4 ชั่วโมง
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	-
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### (4) ยาแก้ไอพื้นบ้านอีสาน ยาน้ำ (รพ.)

สูตรตำรับ	ในยาน้ำ 100 มิลลิกรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เนื้อลูกมะขามป้อมแห้ง 2 กรัม รากชะเอมไทย 1.8 กรัม เนื้อลูกสมอไทย 1.6 กรัม รากชะเอมเทศ 600 มิลลิกรัม</li> <li>2. เหย้าขมิ้นอ้อย กะเพราแดง (ทั้งต้น) น้ำส้ม 600 มิลลิกรัม ดอกดีปลี เหย้าขิง 200 มิลลิกรัม พริกไทยอ่อน ข้าวพูน (ทั้งต้น) น้ำส้ม 100 มิลลิกรัม ดอกกานพลู 60 มิลลิกรัม</li> <li>3. เกล็ดสินเชอร์สะตุ 400 มิลลิกรัม สารส้มสะตุ 140 มิลลิกรัม</li> <li>4. โขจุฬาลัมพา 100 มิลลิกรัม</li> <li>5. น้ำตาลทรายแดง 5 กรัม เกล็ดสะระแหน่ 30 มิลลิกรัม น้ำผึ้ง 5 มิลลิกรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ
ขนาดและวิธีใช้	จิบเมื่อมีอาการไอ ทุก 4 ชั่วโมง
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	-
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### (5) ยาตรีผลา ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาแคปซูล (รพ.) ยาขง (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 90 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> <li>เนื้อลูกสมอไทย เนื้อลูกสมอพิเภก เนื้อลูกมะขามป้อม น้ำส้ม 30 กรัม</li> </ol>
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ

ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดชง</b> รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร ทิ้งไว้ 3 - 5 นาที ดื่มในขณะยังอุ่น เมื่อมีอาการไอ ทุก 4 ชั่วโมง <b>ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ด และชนิดลูกกลอน</b> รับประทานครั้งละ 300 - 600 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการไอ วันละ 3 - 4 ครั้ง
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยที่ท้องเสีย
อาการไม่พึงประสงค์	ท้องเสีย
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

#### (6) ยาประสมมะแว้ง ยาเม็ด ยาผง (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 96 กรัม ประกอบด้วย 1. ผลมะแว้งต้น ผลมะแว้งเครือ หนักสิ่งละ 24 กรัม 2. ใบสวาด ใบตานหม่อน ใบกะเพรา หนักสิ่งละ 12 กรัม 3. เหน้ขมิ้นอ้อย หนัก 9 กรัม สารส้มสะตุ หนัก 3 กรัม
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการไอ มีเสมหะ ทำให้ชุ่มคอ ช่วยขับเสมหะ
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> ละลายน้ำมะนาวแทรกเกลือรับประทาน <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 - 1.4 กรัม เมื่อมีอาการ <b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 200 - 400 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการ <b>ชนิดเม็ดและชนิดลูกกลอน</b> ละลายน้ำมะนาวแทรกเกลือรับประทานหรือใช้อม <b>ผู้ใหญ่</b> รับประทานครั้งละ 1 - 1.4 กรัม เมื่อมีอาการ <b>เด็ก อายุ 6 - 12 ปี</b> รับประทานครั้งละ 200 - 400 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการ
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	- ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 15 วัน หากอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์ - ไม่ควรใช้น้ำมะนาวแทรกเกลือ กับผู้ป่วยที่ต้องจำกัดการใช้เกลือ
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

#### (7) ยาอำมฤควาที ยาผง ยาลูกกลอน ยาผง (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 70 กรัม ประกอบด้วย 1. รากชะเอมเทศ หนัก 35 กรัม 2. โกงฐพุงปลา เทียนขาว ลูกผักชีลา เนื้อมะขามป้อม เนื้อมะขามป้อม หนักสิ่งละ 7 กรัม
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> <b>ผู้ใหญ่</b>

รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำกระสายยา เมื่อมีอาการ

เด็ก อายุ 6 - 12 ปี

รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม ละลายน้ำกระสายยา เมื่อมีอาการ

น้ำกระสายยาที่ใช้ ละลายน้ำมะนาวแทรกเกลือ ใช้จิบหรือกวาดคอ

ชนิดลูกกลอน

ผู้ใหญ่

รับประทานครั้งละ 1 กรัม เมื่อมีอาการ

เด็ก อายุ 6 - 12 ปี

รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการ

ข้อห้ามใช้

-

ข้อควรระวัง

ไม่ควรใช้น้ำมะนาวแทรกเกลือ กับผู้ป่วยที่ต้องจำกัดการใช้เกลือ

อาการไม่พึงประสงค์

-

ข้อมูลเพิ่มเติม

ในสูตรตำรับได้ตัดไคร้เครือออก เนื่องจากมีข้อมูลงานวิจัยบ่งชี้ว่าไคร้เครือที่ใช้และมีการจำหน่ายในท้องตลาด เป็นพืชในสกุล *Aristolochia* ซึ่งพืชในสกุล *Aristolochia* มีรายงานพบว่าก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อไต (nephrotoxicity) และเมื่อปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้พืชสกุล *Aristolochia* เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์

#### 1.5.2 ยาบรรเทาอาการหวัด

(1) ยาปราบชมพูทวีป ยาแคปซูล (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

สูตรตำรับ

ในผงยา 465 กรัม ประกอบด้วย

1. เหมือกปลาหมอ (ทั้งต้น) พริกไทยดำ ใบกัญชาเทศ หนังกิ่งละ 120 กรัม
2. หัสศุณเทศ ดอกกานพลู หนังกิ่งละ 10 กรัม หัวบุงกรอ เนื้อลูกสมอเทศ เนื้อลูกสมอไทย รากเจตมูลเพลิงแดง เหง้าขิง หนังกิ่งละ 8 กรัม
3. เทียนแดง เทียนตาตึกแต่น เทียนกลบ หนังกิ่งละ 6 กรัม เทียนดำ โกฐสอ โกฐเขมา ลูกพิลังกาสา ลำพันทางหนู หนังกิ่งละ 4 กรัม
4. ดอกดีปลี การบูร หนังกิ่งละ 2 กรัม ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ ลูกกระวาน หนังกิ่งละ 1 กรัม

ข้อบ่งใช้

บรรเทาอาการหวัดในระยะแรก และอาการที่เกิดจากการแพ้อากาศ

ขนาดและวิธีใช้

รับประทานครั้งละ 750 มิลลิกรัม – 1.5 กรัม วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนนอน

ข้อห้ามใช้

- ห้ามใช้เมื่อพบภาวะแทรกซ้อนจากการแพ้อากาศ เช่น ไซนัสอักเสบ การติดเชื้อแบคทีเรียที่มีอาการเจ็บบริเวณไซนัส ไข้สูง น้ำมูกและเสมหะเขียว เป็นต้น
- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ เด็ก

ข้อควรระวัง

- ควรระวังการใช้กับผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจ โรคแผลเปื่อยเพปติก และโรคกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
- ควรระวังการใช้ยาเกินขนาดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไตหรือทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากอาจเกิดพิษจากการบูร
- ควรระวังการใช้ยานี้ ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง

อาการไม่พึงประสงค์

แสบร้อนยอดอก

ข้อมูลเพิ่มเติมอื่น ๆ

-

## 1.6 ยาบำรุงโลหิต

### (1) ยาบำรุงโลหิต ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 75 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"><li>1. แก่นฝาง ดอกคำไทย หนักสิ่งละ 10 กรัม</li><li>2. ครั้ง หนัก 4 กรัม</li><li>3. เหง้าชิงแห้ง ดอกดีปลี รากเจตมูลเพลิงแดง เถาสะค้าน รากข้าพลุ เถาขมิ้นเครือ เถามวกแดง แก่นกำลั่งวัวเถลิง ดอกสารภี ดอกพิกุล ดอกบุนนาค เกสรบัวหลวง หนักสิ่งละ 2 กรัม</li><li>4. ดอกจันทน์ ลูกจันทน์ ลูกกระวาน ดอกกานพลู เทียนดำ เทียนแดง เทียนขาว เทียนขาวเปลือก เทียนตาตุ๊กแตน โกรฐสอ โกรฐเขมา โกรฐหัวบัว โกรฐเขียง โกรฐจุฬาลัมพา หนักสิ่งละ 1 กรัม</li><li>5. เนื้อลูกสมอไทย เนื้อลูกสมอติ่ง เนื้อลูกสมอพิเภก เปลือกชะลูด เปลือกอบเชยเทศ แก่นจันทน์แดง แก่นแสมสาร แก่นแสมทะเล กฤษณา หนักสิ่งละ 1 กรัม</li></ol>
ข้อบ่งใช้	บำรุงโลหิต
ขนาดและวิธีใช้	<b>ชนิดผง</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ละลายน้ำกระสายยาวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ก่อนอาหาร <b>น้ำกระสายยาที่ใช้</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ใช้น้ำต้มดอกคำไทย หรือดอกคำฝอย เป็นน้ำกระสายยา</li><li>• ถ้าหาน้ำกระสายยาไม่ได้ให้ใช้น้ำสุกแทน</li></ul> <b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการใช้ยากับผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้ - ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

## 1.7 ยารักษากลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก

### 1.7.1 ยาสำหรับรับประทาน

#### (1) ยากษัยเส้น ยาลูกกลอน (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 236 กรัม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"><li>1. ดอกดีปลี หนัก 40 กรัม เหง้าชิง หนัก 20 กรัม รากข้าพลุ หนัก 24 กรัม เถาสะค้าน หนัก 12 กรัม รากเจตมูลเพลิงแดง หนัก 8 กรัม</li></ol>
-----------	---



	<p>2. เถาโคคลาน กำลั้งวัวเถลิง เถาวัลย์เปรียง เถาพริกไทย เถาม้ากระต๊อบโรง หัวกระชาย แก่นแสมสาร เหง้าไพล หนักสิ่งละ 10 กรัม</p> <p>3. การบูร หนัก 6 กรัม ลูกจันทน์ ดอกกานพลู เหง้าว่านน้ำ เหง้ากระเทียม ลูกกระวาน พริกไทยล่อน รากชะเอมเทศ เปลือกอบเชยเทศ หนักสิ่งละ 4 กรัม</p> <p>4. ดอกจันทน์ โกฐน้ำเต้า ดอกมะลิ ดอกพิทูร ดอกบุนนาค ดอกสารภี เกสรบัวหลวง หนักสิ่งละ 2 กรัม</p>
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเมื่อยตามร่างกาย
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 750 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนนอน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็ก
ข้อควรระวัง	<p>- ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้</p> <p>- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)</p> <p>- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้</p>
อาการไม่พึงประสงค์	แพ้บร็อนยอดอก
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

(2) ยาแก้ลมอัมพฤกษ์ ยาผง (รพ.)	
สูตรตำรับ	<p>ในผงยา 70 กรัม ประกอบด้วย</p> <p>1. เหง้าไพล เหง้าขมิ้นอ้อย เหง้าข่า หัวกระเทียม รากเจตมูลเพลิงแดง พริกไทยล่อน ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ การบูร หนักสิ่งละ 5 กรัม</p> <p>2. ผักเสี้ยนผี (ทั้งต้น) เปลือกต้นทองหลาง เปลือกต้นกุ่มบก เปลือกต้นกุ่มน้ำ เกลือสินเธาว์ หนักสิ่งละ 5 กรัม</p>
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการปวดตามเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ มือ เท้า ตึงหรือชา
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 1 กรัม ชงน้ำร้อนดื่มประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ และเด็ก
ข้อควรระวัง	ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้
อาการไม่พึงประสงค์	แพ้บร็อนยอดอก
ข้อมูลเพิ่มเติมอื่น ๆ	-

(3) ยาธรณีสันตะฆาต ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.)	
สูตรตำรับ	<p>ในผงยา 160 กรัม ประกอบด้วย</p> <p>1. พริกไทยล่อน หนัก 96 กรัม</p> <p>2. ยาดำสะตุ หนัก 20 กรัม</p> <p>3. เนื้อมะขามป้อม หนัก 20 กรัม</p> <p>4. รงทองประสะ หนัก 4 กรัม</p> <p>5. ผักแพ้วแดง เนื้อมะขามป้อม หนักสิ่งละ 2 กรัม</p>

<b>ข้อบ่งใช้</b> <b>ขนาดและวิธีใช้</b>	6. ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ ลูกกระวาน ดอกกานพลู เทียนดำ เทียนขาว หัวทองดี หัวบุก หัวกลอย หัวกระดาดขาว หัวกระดาดแดง ลูกเร่ว เหง้าชิง รากชะเอมเทศ รากเจตมูลเพลิงแดง โกฐกระดูก โกฐเขมา โกฐน้ำเต้า หนักสิ่งละ 1 กรัม แก้วชัยเส้น
	<b>ชนิดผง</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม ละลายน้ำสุกหรือผสมน้ำผึ้งปั้นเป็นลูกกลอนวันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าหรือก่อนนอน <b>ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ด และชนิดลูกกลอน</b> รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าหรือก่อนนอน
<b>ข้อห้ามใช้</b>	ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ และเด็ก
<b>ข้อควรระวัง</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรระวังการรับประทานร่วมกับยาในกลุ่มสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)</li> <li>- ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้</li> <li>- ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง</li> <li>- ควรระวังการใช้ในผู้สูงอายุ</li> </ul>
<b>อาการไม่พึงประสงค์</b>	-
<b>ข้อมูลเพิ่มเติม</b>	-

#### (4) ยาผสมโคคลาน ยาขง (รพ.) ยาต้ม (รพ.)

<b>สูตรตำรับที่ 1</b>	
<b>รูปแบบ</b>	ยาขง
<b>สูตรตำรับ</b>	ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย เกลาโคคลาน โดไม้รู้ลัม ผลมะตูมอ่อน ทองพันชั่ง (ทั้งต้น) หนักสิ่งละ 25 กรัม
<b>สูตรตำรับที่ 2</b>	
<b>รูปแบบ</b>	ยาต้ม
<b>สูตรตำรับ</b>	ในยา 105 กรัม ประกอบด้วย เกลาโคคลาน หนัก 50 กรัม ส่วนเหนือดินทองพันชั่ง หนัก 25 กรัม โดไม้รู้ลัม ผลมะตูมอ่อน หนักสิ่งละ 15 กรัม
<b>สูตรตำรับที่ 3</b>	
<b>รูปแบบ</b>	ยาต้ม
<b>สูตรตำรับ</b>	ในยา 100 กรัม ประกอบด้วย เกลาโคคลาน เกลาเอ็นอ่อน แก่นฝาง เกลาสะค้าน หนักสิ่งละ 20 กรัม โดไม้รู้ลัม ทองพันชั่ง (ทั้งต้น) หนักสิ่งละ 10 กรัม
<b>ข้อบ่งใช้</b>	บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย
<b>ขนาดและวิธีใช้</b>	<b>ชนิดขง</b> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร <b>ชนิดต้ม</b>

	นำตัวยาทั้งหมดมาเติมให้น้ำท่วมตัวยา ต้มน้ำเคี่ยว สามส่วนเหลือหนึ่งส่วน ต้มครั้งละ 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	-
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	โคคลานในที่นี้ คือ โพลาน ซึ่งเป็นสมุนไพรที่มีชื่อพฤกษศาสตร์ว่า <i>Mallotus repandus</i> (Willd.) Müll. Arg. วงศ์ Euphorbiaceae

#### (5) ยาผสมเถาวัลย์เปรียง ยาลูกกลอน (รพ.)

สูตรตำรับที่ 1	ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย เถาวัลย์เปรียง แก่นดุกหิน (มะดุก) แก่นดุกใส (ชันทองพญาบาท) เหง้าไพล หนักสิ่งละ 25 กรัม
สูตรตำรับที่ 2	ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย เหง้าไพล หนัก 40 กรัม เถาวัลย์เปรียง แก่นดุกหิน (มะดุก) แก่นดุกใส (ชันทองพญาบาท) หนักสิ่งละ 20 กรัม
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้ง 900 มิลลิกรัม – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยที่เป็นแผลในกระเพาะอาหารเนื่องจากเถาวัลย์เปรียงมีกลไกออกฤทธิ์เช่นเดียวกับยาแก้ปวดในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: NSAIDs) - การใช้ยานี้อาจทำให้เกิดการระคายเคืองของระบบทางเดินอาหาร
อาการไม่พึงประสงค์	ปวดท้อง ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง ใจสั่น
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

#### (6) ยาสหัสธารา ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาแคปซูล (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 1,000 กรัม ประกอบด้วย 1. พริกไทยล่อน หนัก 240 กรัม รากเจตมูลเพลิงแดง หนัก 224 กรัม ดอกดีปลี หนัก 96 กรัม หัสศุณเทศ หนัก 48 กรัม 2. เนื้อมะขาม หนัก 104 กรัม รากทองแดง หนัก 80 กรัม 3. เหง้าว่านน้ำ หนัก 88 กรัม 4. การบูร หนัก 14 กรัม ดอกจันทน์ หนัก 13 กรัม เทียนแดง หนัก 11 กรัม ลูกจันทน์ หนัก 12 กรัม เทียนดาตักแตน มหาหิงค์ หนักสิ่งละ 10 กรัม เทียนสัตตบุษย์ หนัก 9 กรัม เทียนขาว รากจิงจ้อ หนักสิ่งละ 8 กรัม เทียนดำ หนัก 7 กรัม โกฐกั๊กกรา หนัก 6 กรัม โกฐเขมาหนัก 5 กรัม โกฐก้านพร้าว หนัก 4 กรัม โกฐพุงปลา หนัก 3 กรัม
ข้อบ่งใช้	ขับลมในเส้น แก่โรคลมกองหยาบ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 1 – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มิใช่
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการบริโภคในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจ โรคแผลเปื่อยเพปติก และโรคกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน - ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูรและเกิดพิษได้

อาการไม่พึงประสงค์	- ควรระวังการใช้ยานี้ ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
ข้อมูลเพิ่มเติม	ร้อนท้อง แสบท้อง คลื่นไส้ คอแห้ง ผื่นคัน
	-

## 1.7.2 ยาสำหรับใช้ภายนอก

### (1) ยาขี้ผึ้งไฟล ยาขี้ผึ้ง (รพ.)

สูตรตำรับที่ 1	ในยา 100 กรัม ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ น้ำมันไฟล 30 กรัม ที่ได้จากการทอดไฟลกับน้ำมันพืชในสัดส่วนน้ำหนัก 2 ต่อ 1 น้ำมันระกำ 10 กรัม
สูตรตำรับที่ 2	ยา 100 กรัม ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ น้ำมันไฟลจากการกลั่น 14 กรัม น้ำมันระกำ 10 กรัม
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการปวดเมื่อย
ขนาดและวิธีใช้	ทาและถูเบา ๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2 - 3 ครั้ง
ข้อห้ามใช้	- ห้ามทายานี้บริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน - ห้ามทายานี้บริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด
ข้อควรระวัง	-
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### (2) ยาประคบ ยาประคบสมุนไพรสด (รพ.) ยาประคบสมุนไพรแห้ง (รพ.)

สูตรตำรับ	ในยา 130 กรัม ประกอบด้วย 1. เหง้าไฟล 50 กรัม ใบมะขาม 30 กรัม ผิวมะกรูด 20 กรัม เหง้าขมิ้นชัน 10 กรัม ตะไคร้ (ลำต้น) 10 กรัม ใบส้มป่อย 10 กรัม 2. เกลือเม็ด 1 ช้อนโต๊ะ การบูร 2 ช้อนโต๊ะ
ข้อบ่งใช้	ประคบเพื่อลดอาการปวด ช่วยคลายกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อ
ขนาดและวิธีใช้	นำยาประคบไปนึ่ง แล้วใช้ประคบ ขณะยังอุ่น วันละ 1 - 2 ครั้ง ลูกประคบ 1 ลูกสามารถใช้ได้ 3 - 4 ครั้ง โดยหลังจากใช้แล้วผึ่งให้แห้ง ก่อนนำไปแช่ตู้เย็น
ข้อห้ามใช้	- ห้ามประคบบริเวณที่มีบาดแผล - ห้ามประคบเมื่อเกิดการอักเสบเฉียบพลัน เช่น ข้อเท้าแพลง หรือมีอาการอักเสบ บวมแดง ร้อน ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะทำให้มีอาการอักเสบบวมมากขึ้น และอาจมีเลือดออกมากตามมาได้ โดยควรประคบหลังเกิดอาการ 24 ชั่วโมง
ข้อควรระวัง	- ไม่ควรใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เคยเป็นแผลมาก่อนหรือ บริเวณที่มีกระดูกยื่น และต้องระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อัมพาต เด็ก และ ผู้สูงอายุ เพราะมักมีความรู้สึกในการรับรู้และตอบสนองช้า อาจทำให้ผิวหนังไหม้พองได้ง่าย - หลังจากประคบสมุนไพรเสร็จใหม่ ๆ ไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะเป็นการล้างตัวยาจาก ผิวหนัง และร่างกายยังไม่สามารถปรับตัวได้ทัน (จากร้อนเป็นเย็นทันทีทันใด) อาจทำให้ เป็นไข้ได้ - ควรระวังการใช้กับผู้ที่มีแพ้ส่วนประกอบของยาประคบ

อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	<p>1) ยาประคบสมุนไพรสด ผลิตจากสมุนไพรสด (เก็บได้ประมาณ 3 วัน) น้ำหนักไม่น้อยกว่า ลูกละ 400 กรัม</p> <p>2) ยาประคบสมุนไพรแห้ง ผลิตจากสมุนไพรแห้ง (เก็บได้ประมาณ 2 ปี) น้ำหนักไม่น้อยกว่า ลูกละ 200 กรัม</p>

## 1.8 ยาบำรุงธาตุ ปรับธาตุ

### (1) ยาตรีเษรมาศ ยาขง (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 90 กรัม ประกอบด้วย เปลือกฝิ่นต้น เกสรบัวหลวง ลูกมะตูมอ่อน หนักสิ่งละ 30 กรัม
ข้อบ่งใช้	แก้ท้องเฟ้อ ขับลมในผู้ป่วยที่เฟื่องฟูจากการเจ็บป่วย เช่น ไข้ ท้องเสีย
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 1 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร ดื่มขณะยาเย็นวันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนนอน
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	<p>- ไม่ควรรับประทานติดต่อกันเกิน 1 เดือน</p> <p>- หากใช้เกินขนาดที่แนะนำ อาจจะทำให้ท้องผูก</p> <p>- ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้</p>
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### (2) ยาตรีพิภัก ยาแคปซูล (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 90 กรัม ประกอบด้วย 1. เนื้อลูกสมอไทย เนื้อลูกสมอพิเภก เนื้อลูกมะขามป้อม หนักสิ่งละ 10 กรัม 2. เหง้าขิงแห้ง พริกไทยอ่อน ดอกดีปลี หนักสิ่งละ 10 กรัม 3. รากเจตมูลเพลิงแดง รากข้าพลุ เกาสะค่าน หนักสิ่งละ 10 กรัม
ข้อบ่งใช้	ปรับสมดุลธาตุ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 250 - 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้
ข้อควรระวัง	<p>- ไม่ควรใช้ยานี้ในฤดูร้อน ส่งผลให้ไฟธาตุกำเริบ</p> <p>- ควรระวังการใช้ร่วมกับยา phenytonin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยและดอกดีปลีในปริมาณสูง</p>
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### (3) ยาเบญจกุล ยาแคปซูล ยาผง ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาแคปซูล (รพ.) ยาขง (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย ดอกดีปลี รากข้าพลุ เกาสะค่าน รากเจตมูลเพลิงแดง เหง้าขิงแห้ง หนักสิ่งละ 20 กรัม
ข้อบ่งใช้	บำรุงธาตุ แก้ธาตุให้ปกติ
ขนาดและวิธีใช้	<p>ชนิดขง</p> <p>รับประทานครั้งละ 1.5 - 2 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร</p> <p>ชนิดผง</p>

	รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 เวลา หลังอาหาร
	<b>ชนิดแคปซูล ชนิดเม็ด และชนิดลูกกลอน</b>
	รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ และเด็กเล็ก
ข้อควรระวัง	- ไม่ควรใช้ยานี้ในฤดูร้อน จะส่งผลให้ไฟธาตุกำเริบ - ไม่ควรรับประทานติดต่อกันนานเกิน 7 วัน
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

#### (4) ยาปลูกไฟธาตุ ยาแคปซูล (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

สูตรตำรับ	ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย 1. พริกไทยล่อน หนัก 50 กรัม 2. ดอกดีปลี รากข้าวพุล ผักแพวแดง (ทั้งต้น) เถาสะค้าน เหง้าชิงแห้ง ลูกผักชีล้อม เหง้าว่านน้ำ หัวแห้วหมู ผิวมะกรูด ลูกพลิงกาสา หนักสิ่งละ 5 กรัม
ข้อบ่งใช้	ปลูกไฟธาตุให้บริบูรณ์ ปรับระบบการย่อยอาหารให้ดีขึ้น
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้กับหญิงตกเลือดหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีไข้
ข้อควรระวัง	ควรระวังการใช้ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง
อาการไม่พึงประสงค์	แสบร้อนยอดอก
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

## กลุ่มที่ 2 ยาพัฒนาจากสมุนไพร 24 รายการ

### 2.1 ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหาร

#### 2.1.1 กลุ่มยาขับลม บรรเทาอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ

##### (1) ยาขมิ้นชัน ยาแคปซูล ยาเม็ด ยาแคปซูล (รพ.) ยาเม็ด (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงเหง้าขมิ้นชัน ( <i>Curcuma longa</i> L.) มีสารสำคัญ curcuminoids ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 โดยน้ำหนัก (w/w) และน้ำมันระเหยง่ายไม่น้อยกว่าร้อยละ 6 โดยปริมาตรต่อน้ำหนัก (v/w)
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการแน่นจุกเสียด ท้องอืด ท้องเฟ้อ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้กับผู้ที่มีท่อน้ำดีอุดตัน หรือผู้ที่ไวต่อยา
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"><li>- ควรระวังการใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจในถุงน้ำดี ยกเว้นภายใต้การดูแลของแพทย์</li><li>- ควรระวังการใช้กับหญิงตั้งครรภ์ ยกเว้นภายใต้การดูแลของแพทย์</li><li>- ควรระวังการใช้กับเด็ก เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย</li><li>- ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)</li><li>- ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยาที่กระบวนกรเมแทบอลิซึม ผ่านเอนไซม์ Cytochrome P450 (CYP 450) เนื่องจากสาร curcumin ยับยั้ง CYP 3A4, CYP 1A2 แต่กระตุ้นเอนไซม์ CYP 2A6</li><li>- ควรระวังการใช้ร่วมกับยารักษาโรคมะเร็งบางชนิด เช่น doxorubicin, chlormethine, cyclophosphamide และ camptothecin เนื่องจาก curcumin อาจมีผลต้านฤทธิ์ยาดังกล่าว</li></ul>
อาการไม่พึงประสงค์	ผิวหนังอักเสบจากการแพ้
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

##### (2) ยาขิง ยาแคปซูล ยาขง ยาแคปซูล (รพ.) ยาผง (รพ.) ยาขง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงเหง้าขิง ( <i>Zingiber officinale</i> Rosc.) ที่มีน้ำมันหอมระเหย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2 โดยปริมาตรต่อน้ำหนัก (v/w)
ข้อบ่งใช้	<ol style="list-style-type: none"><li>1. บรรเทาอาการท้องอืด ขับลม แน่นจุกเสียด</li><li>2. ป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่มีสาเหตุจากการเมาเรือ</li><li>3. ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัด</li></ol>
ขนาดและวิธีใช้	<ul style="list-style-type: none"><li>- บรรเทาอาการท้องอืด ขับลม แน่นจุกเสียด</li></ul> รับประทานวันละ 2 - 4 กรัม <ul style="list-style-type: none"><li>- ป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการเมาเรือ</li></ul> รับประทานวันละ 1 - 2 กรัม ก่อนเดินทาง 30 นาที - 1 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการ <ul style="list-style-type: none"><li>- ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัด</li></ul> รับประทานครั้งละ 1 กรัม ก่อนการผ่าตัด 1 ชั่วโมง
ข้อห้ามใช้	-

ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)</li> <li>- ควรระวังการใช้กับผู้ป่วยโรคนี้ในหญิงน้ำดี ยกเว้นภายใต้การดูแลของแพทย์</li> <li>- ไม่แนะนำให้รับประทานในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ขวบ</li> </ul>
อาการไม่พึงประสงค์	อาการแสบร้อนบริเวณทางเดินอาหาร อาการระคายเคืองบริเวณปากและคอ
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

## 2.1.2 กลุ่มยาบรรเทาอาการท้องผูก

### (1) ยาชุมเห็ดเทศ ยาแคปซูล ยาขง ยาแคปซูล (รพ.) ยาขง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงใบชุมเห็ดเทศ [ <i>Senna alata</i> (L.) Roxb., <i>Cassia alata</i> L. (ชื่อพ้อง)] ที่มีสารสำคัญ hydroxyanthracene derivatives โดยคำนวณเป็น rhein-8-glucoside ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.0 โดยน้ำหนัก (w/w)
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการท้องผูก
ขนาดและวิธีใช้	<p><b>ชนิดขง</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 3 – 6 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร นาน 10 นาที วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน</p> <p><b>ชนิดแคปซูล</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 3 – 6 กรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน</p>
ข้อห้ามใช้	ผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินอาหารอุดตัน (gastrointestinal obstruction) หรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรระวังการใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี หรือผู้ป่วย inflammatory bowel disease</li> <li>- การรับประทานยานี้ในขนาดสูงอาจทำให้เกิดไตอักเสบ (nephritis)</li> <li>- ไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เพราะจะทำให้ท้องเสีย ซึ่งส่งผลให้มีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่มากเกินไปโดยเฉพาะโพแทสเซียม และทำให้ลำไส้ใหญ่ชินต่อยา ถ้าไม่ใช้ยาจะไม่ถ่าย</li> <li>- ควรระวังการใช้ในหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร</li> </ul>
อาการไม่พึงประสงค์	อาจทำให้เกิดอาการปวดมวนท้อง เนื่องจากการบีบตัวของลำไส้ใหญ่
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### (2) ยามะขามแขก ยาแคปซูล ยาเม็ด ยาขง ยาแคปซูล (รพ.) ยาขง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงใบ หรือผงใบและฝักมะขามแขก ( <i>Senna alexandrina</i> Mill.)
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการท้องผูก
ขนาดและวิธีใช้	<p><b>ชนิดขง</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 2 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร ก่อนนอน</p> <p><b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม – 1.2 กรัม ก่อนนอน</p>
ข้อห้ามใช้	ผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินอาหารอุดตัน (gastrointestinal obstruction) หรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรระวังการใช้ยานี้ในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี หรือในผู้ป่วย inflammatory bowel disease</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับประทานยาในขนาดสูง อาจทำให้เกิดไตอักเสบ (nephritis)</li> <li>- ไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเป็นเวลานาน เพราะจะทำให้ท้องเสีย ซึ่งส่งผลให้มีการสูญเสีย น้ำและเกลือแร่มากเกินไปโดยเฉพาะโพแทสเซียม และการใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้ลำไส้ใหญ่ชินต่อยา ถ้าไม่ใช้ยาจะไม่ถ่าย</li> <li>- ควรระวังการใช้ยานี้กับหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร</li> </ul>
อาการไม่พึงประสงค์	ปวดมวนท้อง ผื่นคัน
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### 2.1.3 กลุ่มยาบรรเทาอาการท้องเสีย

#### (1) ยากล้วย ยาผง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงกล้วยน้ำว้าชนิดแก้จืด [ <i>Musa</i> sp.(ABB group) "kluai namwa"] หรือกล้วยหักมุก ชนิดแก้จืด [ <i>Musa</i> sp.(ABB group) "kluai hakmuk"]
ข้อบ่งใช้	รักษาแผลในกระเพาะอาหาร บรรเทาอาการท้องเสียชนิดที่ไม่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น อุจจาระไม่เป็นมูก หรือมีเลือดปน
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 10 กรัม ชงน้ำร้อน 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ควรใช้กับผู้ท้องผูก</li> <li>- การรับประทานยานี้ติดต่อกันนาน ๆ อาจทำให้ท้องอืดได้</li> </ul>
อาการไม่พึงประสงค์	ท้องอืด
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

#### (2) ยาฟ้าทะลายโจร ยาแคปซูล ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาแคปซูล (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงจากส่วนเหนือดินของฟ้าทะลายโจร [ <i>Andrographis paniculata</i> (Burm. f.) Wall. ex Nees] ที่มีสารสำคัญ total lactone โดยคำนวณเป็น andrographolide ไม่น้อยกว่าร้อยละ 6.0 โดยน้ำหนัก (w/w) และปริมาณ andrographolide ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.0 โดยน้ำหนัก (w/w)
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการท้องเสียชนิดที่ไม่เกิดจากการติดเชื้อ เช่น อุจจาระไม่เป็นมูก หรือมีเลือดปน
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 2 กรัม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน
ข้อห้ามใช้	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้ามใช้ในผู้ที่มีอาการแพ้ฟ้าทะลายโจร</li> <li>- ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร เนื่องจากอาจทำให้เกิดทารกวิรูปได้</li> </ul>
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หากใช้ยานี้ติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้แขนขามีอาการชาหรืออ่อนแรง</li> <li>- หากใช้ฟ้าทะลายโจรติดต่อกัน 3 วัน แล้วไม่หาย หรือ มีอาการรุนแรงขึ้นระหว่างใช้ยา ควรหยุดใช้และพบแพทย์</li> <li>- ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)</li> <li>- ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยาลดความดันเลือดเพราะอาจเสริมฤทธิ์กันได้</li> <li>- ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยาที่กระบวนการเมแทบอลิซึม ผ่านเอนไซม์ Cytochrome P450 (CYP 450) เนื่องจากฟ้าทะลายโจรมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ CYP 1A2, CYP 2C9 และ CYP 3A4</li> </ul>

อาการไม่พึงประสงค์	อาจทำให้เกิดอาการผิดปกติของทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร วิงเวียนศีรษะ ใจสั่น และอาจเกิดลมพิษได้
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

#### 2.1.4 กลุ่มยารักษาแผลในกระเพาะอาหาร

##### (1) ยากล้วย ยามง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงกล้วยน้ำว้าชนิดแก้จืด [ <i>Musa</i> sp.(ABB group) "kluai namwa"] หรือกล้วยหักมุก ชนิดแก้จืด [ <i>Musa</i> sp.(ABB group) "kluai hakmuk"]
ข้อบ่งใช้	รักษาแผลในกระเพาะอาหาร
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 10 กรัม ชงน้ำร้อน 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	- ไม่ควรใช้กับผู้ท้องผูก - การรับประทานติดต่อกันนานๆ อาจทำให้ท้องอืดได้
อาการไม่พึงประสงค์	ท้องอืด
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

#### 2.1.5 กลุ่มยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน

##### (1) ยาขิง ยาแคปซูล ยาขง ยาแคปซูล (รพ.) ยามง (รพ.) ยาขง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงเหง้าขิง ( <i>Zingiber officinale</i> Rosc.) ที่มีน้ำมันหอมระเหย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2 โดยปริมาตรต่อน้ำหนัก (v/w)
ข้อบ่งใช้	1. บรรเทาอาการแน่นจุกเสียด ท้องอืด ท้องเฟ้อ 2. ป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่มีสาเหตุจากการเมาเรือ 3. ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัด
ขนาดและวิธีใช้	- บรรเทาอาการท้องอืด ขับลม แน่นจุกเสียด รับประทานวันละ 2 - 4 กรัม - ป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่มีสาเหตุจากการเมาเรือ รับประทานวันละ 1 - 2 กรัม ก่อนเดินทาง 30 นาที - 1 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการ - ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัด รับประทานครั้งละ 1 กรัม ก่อนการผ่าตัด 1 ชั่วโมง
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการใช้ร่วมกับสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดี ยกเว้นภายใต้การดูแลของแพทย์ - ไม่แนะนำให้รับประทานในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ขวบ
อาการไม่พึงประสงค์	อาการแสบร้อนบริเวณทางเดินอาหาร อาการระคายเคืองบริเวณปากและคอ
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

#### 2.2 ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินหายใจ

### (1) ยาฟ้าทะลายโจร ยาแคปซูล ยาเม็ด ยาลูกกลอน ยาแคปซูล (รพ.) ยาลูกกลอน (รพ.)

ตัวยาลำคัญ	ผงจากส่วนเหนือดินของฟ้าทะลายโจร [ <i>Andrographis paniculata</i> (Burm. f.) Wall. ex Nees] ที่มีสารสำคัญ total lactone โดยคำนวณเป็น andrographolide ไม่น้อยกว่าร้อยละ 6.0 โดยน้ำหนัก (w/w) และปริมาณ andrographolide ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.0 โดยน้ำหนัก (w/w)
ข้อบ่งใช้	1. บรรเทาอาการเจ็บคอ 2. บรรเทาอาการของโรคหวัด (common cold) เช่น เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
ขนาดและวิธีใช้	บรรเทาอาการหวัด เจ็บคอ รับประทานครั้งละ 1.5 – 3 กรัม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร และก่อนนอน
ข้อห้ามใช้	- ห้ามใช้กับผู้ที่มีการแพ้ฟ้าทะลายโจร - ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร เนื่องจากอาจทำให้เกิดทารกวิรูปได้ - ห้ามใช้ฟ้าทะลายโจรสำหรับแก้เจ็บคอในกรณีต่าง ๆ ต่อไปนี้ - ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอเนื่องจากติดเชื้อ <i>Streptococcus</i> group A - ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคไตอักเสบ เนื่องจากเคยติดเชื้อ <i>Streptococcus</i> group A - ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจรั่วหัตมาตค - ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรีย และมีอาการรุนแรง เช่น มีตุ่มหนองในคอ มีไข้สูง และหนาวสั่น
ข้อควรระวัง	- หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้แขนขามีอาการชาหรืออ่อนแรง - หากใช้ฟ้าทะลายโจรติดต่อกัน 3 วัน แล้วไม่หาย หรือ มีอาการรุนแรงขึ้นระหว่างใช้ยา ควรหยุดใช้และพบแพทย์ - ควรระวังการใช้ร่วมกับสารกันเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets) - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาลดความดันเลือดเพราะอาจเสริมฤทธิ์กันได้ - ควรระวังการใช้ร่วมกับยาที่กระบวนกรเมแทบอลิซึม ผ่านเอนไซม์ Cytochrome P450 (CYP 450) เนื่องจากฟ้าทะลายโจรมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ CYP 1A2, CYP 2C9 และ CYP 3A4
อาการไม่พึงประสงค์	อาจทำให้เกิดอาการผิดปกติของทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร วิงเวียนศีรษะ ใจสั่น และอาจเกิดลมพิษได้
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

## 2.3 ยารักษากลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง

### (1) ยาทิงเจอร์ทองพันชั่ง ยาทิงเจอร์ (รพ.)

ตัวยาลำคัญ	สารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (70 เปอร์เซ็นต์) ของใบทองพันชั่งสด ( <i>Rhinacanthus nasutus</i> (L.) Kurz) ร้อยละ 10 โดยน้ำหนักต่อปริมาตร (w/v)
ข้อบ่งใช้	ทาแก้กลากเกลื้อน โรคผิวหนังที่เกิดจากเชื้อรา น้ำกัดเท้า
ขนาดและวิธีใช้	ทาบริเวณที่มีอาการ วันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น ทาจนกว่าจะหาย และใช้ต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 2 สัปดาห์
ข้อห้ามใช้	- ห้ามทาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน - ห้ามทาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด

ข้อควรระวัง	-
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

## (2) ยาทิงเจอร์พลู ยาทิงเจอร์ (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	สารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (70 เปอร์เซ็นต์) ของใบพลูสด ( <i>Piper betle</i> L.) ร้อยละ 50 โดยน้ำหนักต่อปริมาตร (w/v)
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการผิวหนังอักเสบ อาการอักเสบจากแมลง กัด ต่อย
ขนาดและวิธีใช้	ทาบริเวณที่มีอาการ วันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น
ข้อห้ามใช้	- ห้ามทาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน - ห้ามทาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด
ข้อควรระวัง	-
อาการไม่พึงประสงค์	เมื่อทาติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้ผิวหนังเป็นสีดำ แต่เมื่อหยุดยาแล้วอาการจะหายไป
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

## (3) ยาบัวบก ยาครีม ยาครีม (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	สารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (70 เปอร์เซ็นต์) ของใบบัวบกแห้ง [ <i>Centella asiatica</i> (L.) Urb.] ร้อยละ 7 โดยน้ำหนัก (w/w)
ข้อบ่งใช้	ใช้สมานแผล
ขนาดและวิธีใช้	ทำความสะอาดแผลด้วยยาฆ่าเชื้อก่อนทายา ใช้ทาบริเวณที่เป็นแผลวันละ 1 - 3 ครั้ง หรือ ตามแพทย์สั่ง
ข้อห้ามใช้	- ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้พืชในวงศ์ <i>Apiaceae</i> ( <i>Umbelliferae</i> ) เช่น ยี่หระ ผักชี - ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติเป็นโรคเมรังผิวหนัง - ห้ามใช้ในแผลเปิด
ข้อควรระวัง	ควรหลีกเลี่ยงการใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน
อาการไม่พึงประสงค์	มีรายงานว่า การทาสารสกัดใบบัวบกชนิดขี้ผึ้งหรือผง อาจทำให้เกิดผื่นแพ้สัมผัสได้
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

## (4) ยาเปลือกมังคุด ยาน้ำใส (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	สารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (95 เปอร์เซ็นต์) ของเปลือกมังคุดแห้ง ( <i>Garcinia mangostana</i> L.) ร้อยละ 10 โดยน้ำหนักต่อปริมาตร (w/v)
ข้อบ่งใช้	ทาแผลสด และแผลเรื้อรัง
ขนาดและวิธีใช้	ทาบริเวณที่เป็นแผล วันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น
ข้อห้ามใช้	ห้ามทาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน
ข้อควรระวัง	-
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	แพทย์แผนโบราณใช้เปลือกมังคุดฝนกับน้ำปูนใสในการรักษาแผลเบาหวาน

**(5) ยาพญายอ** ยาครีม ยาโลชั่น สารละลาย (สำหรับป้ายปาก) ยาโลชั่น (รพ.) สารละลาย (สำหรับป้ายปาก) (รพ.) ยาขี้ผึ้ง (รพ.) ยาทิงเจอร์ (รพ.)

<b>ตัวยาสำคัญ</b>	<p>สารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ของใบพญายอแห้ง [<i>Clinacanthus nutans</i> (Burm. f.) Lindau] โดยมีปริมาณแตกต่างกันตามรูปแบบยา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ยาครีม ที่มีสารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (95 เปอร์เซ็นต์) ของพญายอ ร้อยละ 4 - 5 โดยน้ำหนัก (w/w)</li> <li>2. สารละลาย (สำหรับป้ายปาก) ที่มีสารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (70 เปอร์เซ็นต์) ของพญายอในกลีเซอริน ร้อยละ 2.5 - 4 โดยน้ำหนัก (w/w)</li> <li>3. ยาโลชั่น ที่มีสารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (70 เปอร์เซ็นต์) ของพญายอ ร้อยละ 1.25 โดยน้ำหนัก (w/w)</li> <li>4. ยาขี้ผึ้ง ที่มีสารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (95 เปอร์เซ็นต์) ของพญายอ ร้อยละ 4 - 5 โดยน้ำหนัก (w/w)</li> <li>5. ยาทิงเจอร์ ที่มีสารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (70 เปอร์เซ็นต์) ของพญายอสด ร้อยละ 10 โดยน้ำหนักต่อปริมาตร (w/v)</li> </ol>
<b>ข้อบ่งใช้</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ยาครีม บรรเทาอาการของริมและงูสวัด</li> <li>2. สารละลาย (สำหรับป้ายปาก) รักษาแผลในปาก (aphthous ulcer) แผลจากการฉายรังสีและเคมีบำบัด</li> <li>3. ยาโลชั่น บรรเทาอาการผดผื่นคัน ลมพิษ ตุ่มคัน</li> <li>4. ยาขี้ผึ้ง บรรเทาอาการอักเสบ ปวด บวมจากแมลงกัดต่อย</li> <li>5. ยาทิงเจอร์ บรรเทาอาการของริม และงูสวัด</li> </ol>
<b>ขนาดและวิธีใช้</b>	ทาบริเวณที่มีอาการ วันละ 5 ครั้ง
<b>ข้อห้ามใช้</b>	-
<b>ข้อควรระวัง</b>	-
<b>อาการไม่พึงประสงค์</b>	-
<b>ข้อมูลเพิ่มเติม</b>	-

**(6) ยาวานหางจระเข้** ยาเจล ยาโลชั่นเตรียมสด (รพ.)

<b>ตัวยาสำคัญ</b>	<p><b>ชนิดเจล</b></p> <p>ยาที่มีปริมาณของวุ้นวานหางจระเข้ [<i>Aloe vera</i> (L.) Burm.f.] ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 โดยน้ำหนัก (w/w)</p> <p><b>ชนิดโลชั่นเตรียมสด</b></p> <p>ยาที่มีปริมาณของวุ้นวานหางจระเข้ [<i>Aloe vera</i> (L.) Burm.f.] ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 โดยน้ำหนัก (w/w)</p>
<b>ข้อบ่งใช้</b>	รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (burn)
<b>ขนาดและวิธีใช้</b>	<p><b>ชนิดเจล</b></p> <p>ทาบริเวณผิวหนังที่ถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก วันละ 3-4 ครั้ง</p> <p><b>ชนิดโลชั่นเตรียมสด</b></p> <p>ทาบริเวณผิวหนังที่ถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก วันละ 3-4 ครั้ง</p>
<b>ข้อห้ามใช้</b>	-
<b>ข้อควรระวัง</b>	ไม่ควรใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้วานหางจระเข้ หรือผลิตภัณฑ์ที่ผสมวานหางจระเข้

อาการไม่พึงประสงค์	อาจทำให้เกิดอาการคัน มีผื่นแดง หรือผื่นแพ้สัมผัสได้ หากมีอาการดังกล่าวให้หยุดใช้ยา
ข้อมูลเพิ่มเติม	ยาโลชันเตรียมสด มีอายุการเก็บ 7 วัน เก็บยาไว้ในตู้เย็น (อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส)

#### (7) ยามะลัดน้อยหน่า ยาครีม

ตัวยาสำคัญ	ยาที่มีปริมาณน้ำมันบีบเย็นจากมะลัดน้อยหน่า [ <i>Annona squamosa</i> Linn.] ร้อยละ 20 โดยน้ำหนัก (w/w)
ข้อบ่งใช้	กำจัดเหา
ขนาดและวิธีใช้	ขโลมครีม 20 - 30 กรัม ที่ผม ทั้งไว้ประมาณ 3 ชั่วโมง ใช้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	ควรระวังอย่าให้ครีมเข้าตา และอย่าใช้บริเวณที่มีแผลหรือแผลถลอก
อาการไม่พึงประสงค์	อาจทำให้เกิดอาการคัน มีผื่นแดง หรือผื่นแพ้สัมผัสได้ หากมีอาการดังกล่าว ให้หยุดใช้ยา
ข้อมูลเพิ่มเติม	- ควรใส่ครีมหมักผมติดต่อกันอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง เพื่อฆ่าตัวเหาใหม่ที่ออกมาจากไข่เหาให้ได้ทั้งหมด - ควรเก็บยาไว้ในตู้เย็น (อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส)

## 2.4 ยารักษาอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก

### 2.4.1 ยาสำหรับรับประทาน

#### (1) ยาเถาว์ลยเปรียง ยาแคปซูล (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงจากเถาของเถาว์ลยเปรียง [ <i>Solori scandens</i> (Roxb.) Sirich. & Adema], [ <i>Derris scandens</i> (Roxb.) Benth. (ชื่อพ้อง)]
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการใช้กับผู้ป่วยโรคแผลเปื่อยเพปติก เนื่องจากเถาว์ลยเปรียงออกฤทธิ์คล้ายยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: NSAIDs) - อาจทำให้เกิดการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร
อาการไม่พึงประสงค์	ปวดท้อง ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง ใจสั่น
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

#### (2) ยาสารสกัดจากเถาว์ลยเปรียง ยาแคปซูล

ตัวยาสำคัญ	สารสกัดจากเถาของเถาว์ลยเปรียง [ <i>Solori scandens</i> (Roxb.) Sirich. & Adema], [ <i>Derris scandens</i> (Roxb.) Benth. (ชื่อพ้อง)] ที่สกัดด้วย 50 เปอร์เซ็นต์ของเอทิลแอลกอฮอล์
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง (low back pain) และอาการปวดจากข้อเข่าเสื่อม (Knee Osteoarthritis)
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 400 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารทันที

ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้กับหญิงตั้งครรภ์
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคแผลเปื่อยเพปติก เนื่องจากเอนไซม์เปริยงออกฤทธิ์คล้ายยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: NSAIDs)
	- อาจทำให้เกิดการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร
อาการไม่พึงประสงค์	เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ อูจจาละเหลว
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

## 2.4.2 ยาสำหรับใช้ภายนอก

### (1) ยาพริก ยาเจล ยาครีม (รพ.) ยาเจล (รพ.) ยาขี้ผึ้ง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ยาที่มีสารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (95 เปอร์เซ็นต์) จากผลพริกแห้ง ( <i>Capsicum annum</i> L., <i>Capsicum frutescens</i> L.) โดยควบคุมความแรงของสาร capsaicin ในผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปร้อยละ 0.025 โดยน้ำหนัก (w/w)
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ (musculoskeletal pain)
ขนาดและวิธีใช้	ทาบริเวณที่ปวด 3 - 4 ครั้ง ต่อวัน
ข้อห้ามใช้	- ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ capsaicin - ห้ามสัมผัสบริเวณตา - ระวังอย่าทายาพริกบริเวณผิวหนังที่บอบบางหรือบริเวณผิวหนังที่แตก เนื่องจากทำให้เกิดอาการระคายเคือง
ข้อควรระวัง	- การใช้ร่วมกับยารักษาโรคหัวใจ กลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACE inhibitor) อาจทำให้เกิดอาการไอเพิ่มขึ้น - อาจเพิ่มการดูดซึมของยาโรคหอบหืด คือ theophylline ชนิดออกฤทธิ์เนิ่นนาน - ควรระวังเมื่อใช้ยาพริกพร้อมกับยากลุ่มต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angiotensin converting enzyme inhibitors</li> <li>• Anticoagulants</li> <li>• Antiplatelet agents</li> <li>• Barbiturates</li> <li>• Low molecular weight heparins</li> <li>• Theophylline</li> <li>• Thrombolytic agents</li> </ul>
อาการไม่พึงประสงค์	ผิวหนังแดง ปวด และแสบร้อน
ข้อมูลเพิ่มเติม	สาร capsaicin เป็นสารที่ได้จากการสกัดผลพริกแห้ง

### (2) ยาไพล ยาครีม

ตัวยาสำคัญ	ยาที่มีปริมาณน้ำมันหอมระเหยง่ายจากเหง้าไพล [ <i>Zingiber montanum</i> (Koenig) Link ex Dietr.] ร้อยละ 14 โดยปริมาตรต่อน้ำหนัก (v/w)
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก
ขนาดและวิธีใช้	ทาและถูเบา ๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2 - 3 ครั้ง
ข้อห้ามใช้	- ห้ามทาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน



	- ห้ามทาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด
ข้อควรระวัง	-
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### (3) ยาน้ำมันไพล ยาน้ำมัน (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ยาที่มีสารสกัดน้ำมันไพล [ <i>Zingiber montanum</i> (Koenig) Link ex Dietr.] ที่ได้จากการทอด (hot oil extract) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ในตำรับ
ข้อบ่งใช้	บรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก
ขนาดและวิธีใช้	ทาและถูเบา ๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2 - 3 ครั้ง
ข้อห้ามใช้	ห้ามทาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน ห้ามทาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด
ข้อควรระวัง	-
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

## 2.5 ยารักษาอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ

### (1) ยากระเจี๊ยบแดง ยาขง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงกระเจี๊ยบแดง ( <i>Hibiscus sabdariffa</i> L.)
ข้อบ่งใช้	ขับปัสสาวะ แก้ขัดเบา
ขนาดและวิธีใช้	รับประทาน ครั้งละ 2 - 3 กรัม ชงน้ำร้อน 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้กับผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง
ข้อควรระวัง	กระเจี๊ยบแดงอาจทำให้เกิดอาการท้องเสียได้ เนื่องจากมีฤทธิ์เป็นยาระบาย
อาการไม่พึงประสงค์	อาจมีอาการปวดมวนท้องได้
ข้อมูลเพิ่มเติม	- ควรหลีกเลี่ยงการกินกระเจี๊ยบแดงติดต่อกันเป็นเวลานาน เนื่องจากผลการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า ทำให้เกิดพิษต่อเซลล์ของอวัยวะและตัวอสุจิได้ - ควรหลีกเลี่ยงการกินกระเจี๊ยบแดงติดต่อกันเป็นเวลานานในหญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตร เนื่องจากผลการศึกษาในหนู (rat) พบว่าอาจทำให้ลูกหนูเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ช้าลง - ส่วนที่ใช้ของกระเจี๊ยบแดง ได้จากส่วนกลีบเลี้ยง

### (2) ยาหญ้าหนวดแมว ยาขง ยาขง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงจากใบและส่วนยอดของหญ้าหนวดแมว [ <i>Orthosiphon aristatus</i> (Blume) Miq.]
ข้อบ่งใช้	ขับปัสสาวะ แก้ขัดเบา ขับนิ่วขนาดเล็ก
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 2 - 3 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร ดื่มวันละ 2 - 3 ครั้ง
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้กับผู้ป่วยที่มีการทำงานของหัวใจและ/หรือไตบกพร่อง
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการใช้ยานี้กับผู้ป่วยที่ต้องจำกัดปริมาณโพแทสเซียม เช่น ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ เนื่องจากยาหญ้าหนวดแมวมีปริมาณโพแทสเซียมสูง - ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยาลดน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน (Oral hypoglycemic)



อาการไม่พึงประสงค์	agents) หรือร่วมกับการฉีดอินซูลิน เพราะอาจเสริมฤทธิ์กันได้
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

## 2.6 ยาแก้ไข้ แก้ร้อนใน

### (1) ยาบัวบก ยาแคปซูล (รพ.) ยาชง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงจากส่วนเหนือดินของบัวบก [ <i>Centella asiatica</i> (L.) Urb.]
ข้อบ่งใช้	แก้ไข้ แก้ร้อนใน ขับน้ำ
ขนาดและวิธีใช้	<p><b>ชนิดชง</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 2 - 4 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร</p> <p><b>ชนิดแคปซูล</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 400 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร</p>
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้กับผู้ป่วยที่แพ้สมุนไพรวงศ์ <i>Apiaceae</i> ( <i>Umbelliferae</i> )
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่แนะนำให้ใช้กับผู้สูงอายุที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกเนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก</li> <li>- หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้นควรปรึกษาแพทย์</li> <li>- หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ติดต่อกันเป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้เกิดพิษต่อตับได้ในผู้ป่วยบางราย</li> <li>- ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยาที่มีผลต่อดับ ยาขับปัสสาวะ และยาที่มีผลข้างเคียงทำให้ง่วงนอน เพราะอาจเสริมฤทธิ์กันได้</li> <li>- บัวบกอาจเพิ่มระดับน้ำตาลและคอเลสเตอรอลในเลือด และทำให้ประสิทธิภาพของยาลดน้ำตาลและยาลดคอเลสเตอรอลลดลง</li> <li>- ควรระวังการใช้ร่วมกับยาที่มีกระบวนการเมแทบอลิซึมผ่าน Cytochrome P450 (CYP 450) เนื่องจากบัวบกมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ CYP 2C9 และ CYP 2C19</li> </ul>
อาการไม่พึงประสงค์	ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน แสบท้อง มวนท้อง ท้องอืด และปัสสาวะบ่อย
ข้อมูลเพิ่มเติม	-

### (2) ยามะระขี้นก ยาแคปซูล ยาชง ยาเม็ด ยาแคปซูล (รพ.) ยาชง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ	ผงจากเนื้อผลแก่ที่ยังไม่สุกของมะระขี้นก ( <i>Momordica charantia</i> L.)
ข้อบ่งใช้	แก้ไข้ แก้ร้อนใน เจริญอาหาร
ขนาดและวิธีใช้	<p><b>ชนิดชง</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 1 - 2 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร</p> <p><b>ชนิดแคปซูลและชนิดเม็ด</b></p> <p>รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร</p>
ข้อห้ามใช้	ห้ามใช้ในเด็กหรือหญิงให้นมบุตร เนื่องจากมีรายงานว่าทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมากจนเกิดอาการชักได้
ข้อควรระวัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่แนะนำให้ใช้กับผู้สูงอายุที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก</li> <li>- หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วันแล้ว อาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์</li> </ul>

- ควรระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยาลดน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน (Oral Hypoglycemic Agents) อื่น ๆ หรือร่วมกับการฉีดอินซูลิน เพราะอาจทำให้เกิดการเสริมฤทธิ์กันได้

- ควรระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยโรคตับ เพราะเคยมีรายงานว่าทำให้เกิดตับอักเสบได้

อาการไม่พึงประสงค์ คลื่นไส้ วิงเวียน ชาปลายมือปลายเท้า hypoglycemic coma อาการชักในเด็ก ท้องเดิน ท้องอืด ปวดศีรษะ และอาจเพิ่มระดับเอนไซม์ gamma-glutamyl transferase และ alkaline phosphatase ในเลือดได้

ข้อมูลเพิ่มเติม -

### (3) ยารางจืด ยาแคปซูล (รพ.) ยาขง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ ผงใบรางจืดโตเต็มที่ (*Thunbergia laurifolia* Lindl.)

ข้อบ่งใช้ ถอนพิษไข้ แก้อ่อนใน

ขนาดและวิธีใช้ ชนิดขง

รับประทานครั้งละ 2 - 3 กรัม ชงน้ำร้อน 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร หรือเมื่อมีอาการ

ชนิดแคปซูล

รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม - 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร

ข้อห้ามใช้ -

ข้อควรระวัง - ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก เนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก

- หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วันแล้ว อาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์

- ควรระวังการใช้ยานี้กับผู้ป่วยเบาหวาน เพราะอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

- ควรระวังการใช้ยานี้กับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง เพราะยารางจืดอาจเร่งการขับยาเหล่านั้นออกจากร่างกาย ทำให้ประสิทธิผลของยาลดลง

อาการไม่พึงประสงค์ -

ข้อมูลเพิ่มเติม ในทางการแพทย์แผนไทย จะใช้ใบหรือราก ตำและคั้นน้ำชาขำขาว รับประทานแก้พิษผิดสำแดง

### (4) ยาหญ้าปักกิ่ง ยาแคปซูล (รพ.) ยาขง (รพ.)

ตัวยาสำคัญ ผงหญ้าปักกิ่ง [*Murdannia loriformis* (Hassk.) R.S. Rao & Kammathy ]

ข้อบ่งใช้ แก้ไข้ แก้อ่อนใน แก้น้ำเหลืองเสีย

ขนาดและวิธีใช้ ชนิดขง

รับประทานครั้งละ 2 - 3 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร

ชนิดแคปซูล

รับประทานครั้งละ 400 - 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร

ข้อห้ามใช้ -

ข้อควรระวัง - ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกเนื่องจากอาจบดบังอาการของไข้เลือดออก

- หากใช้ยาเป็นเวลานานเกิน 3 วัน แล้วอาการไม่ดีขึ้นควรปรึกษาแพทย์

อาการไม่พึงประสงค์ -

ข้อมูลเพิ่มเติม

ตามภูมิปัญญาเดิมใช้ทั้งต้น คั้นน้ำแล้วตั้งทิ้งไว้เพื่อให้ตกตะกอน แล้วนำส่วนใสไปรับประทาน

## 2.7 ยาถอนพิษเบื่อเมา

### (1) ยารางจืด ยาขง (รพ.)

ตัวยาสําคัญ	ผงใบรางจืดโตเต็มที ( <i>Thunbergia laurifolia</i> Lindl.)
ข้อบ่งใช้	ถอนพิษเบื่อเมา
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 2 – 3 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร หรือเมื่อมีอาการ
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	- ควรระวังการใช้น้ำกับผู้ป่วยเบาหวาน เพราะอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ - ควรระวังการใช้น้ำกับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง เพราะยารางจืด อาจเร่งการขับยาเหล่านั้นออกจากร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง
อาการไม่พึงประสงค์	-
ข้อมูลเพิ่มเติม	ในทางการแพทย์แผนไทย จะใช้ใบหรือราก ตำและคั้นน้ำชาวจ้าว รับประทานแก้พิษผิดสำแดง

## 2.8 ยาลดความอยากบุหรี่

### (1) ยาหญ้าดอกขาว ยาขง (รพ.)

ตัวยาสําคัญ	ผงหญ้าดอกขาว [ <i>Vernonia cinerea</i> (L.) Less.]
ข้อบ่งใช้	ลดความอยากบุหรี่
ขนาดและวิธีใช้	รับประทานครั้งละ 2 กรัม ชงน้ำร้อนประมาณ 120 - 200 มิลลิลิตร หลังอาหาร วันละ 3 - 4 ครั้ง
ข้อห้ามใช้	-
ข้อควรระวัง	ควรระวังการใช้น้ำกับผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคไต เนื่องจากยาหญ้าดอกขาวมีโพแทสเซียมสูง
อาการไม่พึงประสงค์	ปากแห้ง คอแห้ง
ข้อมูลเพิ่มเติม	-