



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ โรงพยาบาลพิมาย

ที่ นม 0033.204.19/678

วันที่ 4 ตุลาคม 2567

เรื่อง แจ้งรายการยาปรับปรุงเป็นบัญชียาหลักแห่งชาติ

เรียน แพทย์ทุกท่านและคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

สิ่งที่แนบมาด้วย ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ 2)

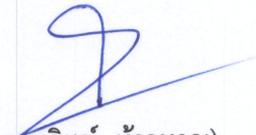
พ.ศ.2567 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2567

ด้วยประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2567 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2567 ได้ออกประกาศการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ นั้น

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จึงขอแจ้งรายการยาในบัญชียาโรงพยาบาลพิมาย ที่มีการปรับปรุงเป็นบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน 2 รายการ เพื่อพิจารณาการสั่งยาในรายการยาที่สั่งใช้ โดยแพทย์เฉพาะทางตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2567 และส่งเสริมการสั่งใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผลและมีประสิทธิภาพ ได้แก่

รายการยา	ราคา	แพทย์ผู้สั่งใช้	บัญชียาเดิม	บัญชียาปรับปรุง
1. Alendronate 70 mg tablet	18.19 บาท/เม็ด	ใช้ได้ทุกสิทธิ์การรักษา เฉพาะแพทย์ออร์โธปิดิกส์	ยานอกบัญชียาหลัก แห่งชาติ	บัญชียา
2. Hydroxyethyl starch 6% 500 ml	417.30 บาท/ถุง	ใช้ได้ทุกสิทธิ์การรักษา เฉพาะวิสัญญีแพทย์		บัญชียา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

  
(นายวิชัญ หัวหวาน)

ประธานคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

  
(นายจรรตม์ ตันตราภรณ์)

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

## ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามสภาพของปัญหาสุขภาพ วิทยาการ และข้อมูลเกี่ยวกับยาที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่องทั้งสถานการณ์

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๘ (๔) ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความใน ๑.๒ Antispasmodics and other drugs altering gut motility ของกลุ่มยา ๑ Gastro-intestinal system ในภาคผนวก ๑ รายการยาในบัญชียาสำหรับโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุข รายการบัญชียาหลักแห่งชาติแนบท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

- |   |  |   |
|---|--|---|
| “1. Dicycloverine hydrochloride (Dicyclomine hydrochloride) | tab  | ก |
| 2. Domperidone  | tab (as base/maleate),<br>susp (as base/maleate) | ก |

## คำเตือนและข้อควรระวัง

1. ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยอายุมากกว่า 80 ปี และไม่ใช้ยาขนาดเกินกว่า 30 mg ต่อวัน ในผู้ใหญ่ และไม่เกิน 0.75 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ในเด็ก
2. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ prolonged QT และห้ามใช้ร่วมกับยาที่มีผลทำให้เกิด prolonged QT

- |  |                       |   |
|--|-----------------------|---|
| 3. Hyoscine butylbromide (Hyoscine-n-butylbromide) | tab, syr, sterile sol | ก |
| 4. Metoclopramide                                  | tab, syr, sterile sol | ก |

## คำเตือนและข้อควรระวัง

ไม่ควรใช้ยาดังกล่าวระยะยาวในเด็ก

- |                             |     |    |
|-----------------------------|-----|----|
| 5. Mebeverine hydrochloride | tab | ข” |
|-----------------------------|-----|----|

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกความในลำดับที่ ๗ ถึง ๘ ของ ๑.๓ Ulcer-healing drugs and drugs used in variceal bleeding ของกลุ่มยา ๑ Gastro-intestinal system ในภาคผนวก ๑ รายการยาในบัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข รายการบัญชียาหลักแห่งชาติ

- |    |                      |                               |   |
|----|----------------------|-------------------------------|---|
| 6. | Conjugated estrogens | sterile powdr                 | ค |
| 7. | Dydrogesterone       | film-coated tab (เฉพาะ 10 mg) | ง |

**เงื่อนไข**

ใช้ในหญิงตั้งครรภ์รายที่มีอาการแท้งซ้ำซาก (recurrent abortion)

- |    |                         |                               |   |
|----|-------------------------|-------------------------------|---|
| 8. | Micronized progesterone | cap (เฉพาะ 100 mg และ 200 mg) | ง |
|----|-------------------------|-------------------------------|---|

**เงื่อนไข**

1. ใช้ป้องกัน preterm birth ในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด (หลัง 16 สัปดาห์ เป็นต้นไป)
2. ใช้ป้องกัน preterm birth ในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มี short cervical length (transvaginal) น้อยกว่า 25 มิลลิเมตร”

ข้อ ๒๗ ให้ยกเลิกความในลำดับที่ ๑ ของ ๖.๖ Drugs affecting bone metabolism ของกลุ่มยา ๖ Endocrine system ในภาคผนวก ๑ รายการยาในบัญชียาสำหรับโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุข รายการบัญชียาหลักแห่งชาติแนบท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนา ระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๗ และให้ใช้ ความต่อไปนี้แทน

- |     |                    |                   |   |
|-----|--------------------|-------------------|---|
| “1. | Alendronate sodium | tab (เฉพาะ 70 mg) | ง |
|-----|--------------------|-------------------|---|

**เงื่อนไข**

ใช้กับผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนเป็นระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี เมื่อมีเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

1. ชายและหญิงอายุ 50 ปีขึ้นไป
  - 1.1. มีประวัติกระดูกสะโพกหรือกระดูกสันหลังหัก หรือ
  - 1.2. มีประวัติกระดูกหักที่บริเวณปลายแขน (distal forearm), ต้นแขน (humerus) หรือ เเชิงกราน (pelvis) โดยมีค่า BMD T-score ที่กระดูกสันหลัง หรือ กระดูกสะโพก น้อยกว่า หรือเท่ากับ -2.5
2. ชายและหญิงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่ไม่เคยมีประวัติกระดูกสะโพกหรือกระดูกสันหลังหัก แต่ได้รับการตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - 2.1. มีค่า BMD T-score ที่กระดูกสันหลัง หรือ กระดูกสะโพก น้อยกว่าหรือเท่ากับ -2.5
  - 2.2. มีค่า BMD T-score ที่กระดูกสันหลัง หรือ กระดูกสะโพก อยู่ระหว่าง -1.0 และ -2.5 และมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกหักในช่วงเวลา 10 ปี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3 (FRAX สำหรับประเทศไทย)”

ข้อ ๒๘ ให้ยกเลิกความใน ๖.๗.๒ Drugs affecting gonadotrophins ๖.๗ Other endocrine drugs ของกลุ่มยา ๖ Endocrine system ในภาคผนวก ๑ รายการยาในบัญชียา สำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข รายการบัญชียาหลักแห่งชาติแนบท้ายประกาศ

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

- “1. Leuprorelin acetate sterile pwdr (เฉพาะ 11.25 mg) จ(2)  
**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับภาวะ central (gonadotrophin dependent) precocious puberty โดยมีแนวทางกำกับ การใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

**หมายเหตุ**

ยาฉีด leuprorelin acetate ขนาด 11.25 มิลลิกรัม ที่ต่อรองได้เข็มละไม่เกิน 7,000 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดยื่นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 24 มีนาคม 2567 เงื่อนไข และรายละเอียดอื่น ๆ ให้ดูตามแบบเสนอยาในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)

2. Triptorelin pamoate sterile pwdr (เฉพาะ 11.25 mg) จ(2)  
**เงื่อนไข**

ใช้สำหรับภาวะ central (gonadotrophin dependent) precocious puberty โดยมีแนวทางกำกับ การใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3

**หมายเหตุ**

ยาฉีด triptorelin pamoate ขนาด 11.25 มิลลิกรัม ที่ต่อรองได้ไวแอลละไม่เกิน 7,000 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดยื่นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 24 มีนาคม 2567 เงื่อนไข และรายละเอียดอื่น ๆ ให้ดูตามแบบเสนอยาในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)”

ข้อ ๒๙ ให้ยกเลิกความใน ๗.๑ Drugs used in obstetrics ของกลุ่มยา ๗ Obstetrics, gynaecology and urinary-tract disorders ในภาคผนวก ๑ รายการยาในบัญชียาสำหรับโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุข รายการบัญชียาหลักแห่งชาติแนบท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“7.1.1 Prostaglandins, prostaglandins antagonists and oxytocics

1. Methylergometrine maleate sterile sol ก  
 2. Misoprostol tab (เฉพาะ 200 mcg) ก

**เงื่อนไข**

- ใช้สำหรับเตรียมปากมดลูกในการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางศัลยกรรม
- ใช้สำหรับยุติการตั้งครรภ์กรณีที่มีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ร่วมกับยา misoprostol (200 ไมโครกรัม) + mifepristone (200 มิลลิกรัม) tablet ชนิด combination pack ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 มาตรา 301 และ 305

3. ยาฉีด triptorelin pamoate ขนาด 11.25 มิลลิกรัม ที่ต่อรองไตไวแอลละไม่เกิน 7,000 บาท (ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) กำหนดยื่นราคา 730 วัน นับจากวันที่ 24 มีนาคม 2567 เงื่อนไข และรายละเอียดอื่น ๆ ให้ดูตามแบบเสนอยาในเว็บไซต์ [http://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national/](http://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/)”

ข้อ ๓๖ ให้ยกเลิกความในลำดับที่ ๑๓ ของ ๙.๒ Fluids and electrolytes ของกลุ่มยา ๙ Nutrition and blood ในภาคผนวก ๑ รายการยาในบัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข รายการบัญชียาหลักแห่งชาติแนบท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

- “13. Human albumin sterile sol (เฉพาะ 20% albumin solution) (50 mL) ง

#### เงื่อนไข

ใช้กับผู้ป่วยโรคตับแข็งที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ Spontaneous Bacterial Peritonitis (SBP) โดยใช้ในวันที่ 1 และ 3 ของการวินิจฉัยโรค

#### หมายเหตุ

ให้อัลบูมินทดแทนทางหลอดเลือดขนาด 1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัวของผู้ป่วยในวันแรก ตามด้วยขนาด 1 กรัมต่อน้ำหนักตัวของผู้ป่วยในวันที่ 3 โดยควรเลือกพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด hepatorenal syndrome ได้แก่ มีระดับ bilirubin >4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ serum creatinine > 1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ BUN >30 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ข้อใดข้อหนึ่ง”

ข้อ ๓๗ ให้เพิ่มความต่อไปนี้ เป็นลำดับ ๑๔ ของ ๙.๒ Fluids and electrolytes ของกลุ่มยา ๙ Nutrition and blood ในภาคผนวก ๑ รายการยาในบัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข รายการบัญชียาหลักแห่งชาติ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๗

- “14. Hydroxyethyl starch (HES) with electrolytes balanced salt sterile sol (เฉพาะ Hydroxyethyl starch (HES) 6%) ง

**เงื่อนไข**

1. ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ขาดสารน้ำหรือมีการสูญเสียเลือดปริมาณมาก โดยที่ไม่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด และไม่มีประวัติเป็นโรคไตวายมาก่อน เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุหรือการผ่าตัด
2. ขนาดที่ใช้ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และทั้งนี้ขนาดสูงสุดไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน

**คำเตือนและข้อควรระวัง**

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยกรณีต่าง ๆ ดังนี้
  - 1.1. ผู้ป่วยมีภาวะ bleeding disorder
  - 1.2. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือด
  - 1.3. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคไตวายมาก่อน
2. ห้ามใช้รูปแบบที่มีมันฝรั่งเป็นวัตถุดิบ ในผู้ป่วย severe hepatic impairment
3. ห้ามใช้รูปแบบ unbalanced salt เนื่องจากอาจทำให้เกิด hyperchloremic acidosis ได้

**หมายเหตุ**

รูปแบบ balanced salt หมายความว่า ยามีปริมาณของ  $\text{Na}^+$  ใกล้เคียงกับปริมาณของ  $\text{Na}^+$  ในเลือด (plasma) (โดยปกติปริมาณ  $\text{Na}^+$  อยู่ระหว่าง 130-145 mmol/L)”

ข้อ ๓๘ ให้ยกเลิกความในลำดับที่ ๘ ของ ๑๐.๑.๒ Disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) ๑๐.๑ Drugs used in rheumatic diseases and gout ของกลุ่มยา ๑๐ Musculoskeletal and joint diseases ในภาคผนวก ๑ รายการยาในบัญชียาสำหรับโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุข รายการบัญชียาหลักแห่งชาติแนบท้ายประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๗ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

- “8. Adalimumab sterile sol (เฉพาะ 40 mg/0.8 ml จ(2) และ 20 mg/0.4 ml)

**เงื่อนไข**

1. ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน (psoriatic arthritis) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3 (เฉพาะ 40 มิลลิกรัมต่อ 0.8 มิลลิลิตร)
2. ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) โดยมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3 (เฉพาะ 40 มิลลิกรัมต่อ 0.8 มิลลิลิตร)
3. ใช้สำหรับรักษาโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุในเด็ก ชนิดไม่มีอาการทาง systemic (non-systemic juvenile idiopathic arthritis; non-sJIA) โดยให้ใช้ไม่เกิน 2 คอร์สการรักษาตลอดชีวิต และมีแนวทางกำกับการใช้ยาเป็นไปตามรายละเอียดในภาคผนวก 3 (เฉพาะ 40 มิลลิกรัมต่อ 0.8 มิลลิลิตร และ 20 มิลลิกรัมต่อ 0.4 มิลลิลิตร)