

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาประสิทธิภาพของครีมน้ำมันตะไคร้ ในการรักษาโรคกลาก

Topical Study of Antifungal Efficacy and Adverse Effects of Lemon Grass Oil Cream in the Treatment of Dermatophytosis

วิทยา นันทียกุล, พ.บ.*

หน่วยโรคผิวหนัง, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร
จังหวัดสุพรรณบุรี

Wittaya Nuntiyagul, M.D.*

Dermatological unit of Chaoprayayommaraj hospital
Supanburi

บทคัดย่อ

ตะไคร้เป็นพืชสมุนไพร ที่มี Citral ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ fungicidal ต่อเชื้อราที่เป็นสาเหตุของโรคกลากเป็นองค์ประกอบหลัก¹⁻³ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบประสิทธิภาพของครีมน้ำมันตะไคร้ ระดับความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ในผู้ป่วยโรคกลากที่มีขนาดรอยโรคไม่เกินร้อยละ 5 ของพื้นที่ผิวร่างกายที่หน่วยโรคผิวหนัง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จ. สุพรรณบุรี จำนวน 30 ราย โดยการทาวันละ 2 ครั้ง นาน 4 สัปดาห์ ผลการรักษาพบว่า มีผู้ป่วยที่รอยโรคหาย 7 ราย จาก 30 ราย (ร้อยละ 23.33), รอยโรคดีขึ้น 14 ราย (ร้อยละ 46.67) และไม่หาย 9 ราย (ร้อยละ 30) แต่เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 5 ไม่มีผู้ป่วยกลับเป็นโรคซ้ำ และผู้ป่วยที่รอยโรคดีขึ้นมีรอยโรคหายที่สัปดาห์ที่ 5

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ครีมน้ำมันตะไคร้สามารถรักษา ผู้ป่วยโรคกลากให้หายได้ 21 ราย จาก 30 ราย (ร้อยละ 70) โดยมี 95% CI ตั้งแต่ร้อยละ 54 ถึงร้อยละ 86 ไม่พบความเป็นพิษเฉียบพลัน มีเพียงอาการแสบและคันเล็กน้อยในผู้ป่วย 2 ราย โดยที่การตอบสนองของผู้ป่วยต่อครีมน้ำมันตะไคร้ขึ้นกับชนิดของเชื้อราและขนาดของรอยโรค

ABSTRACT

The lemon grass oil cream (Tacrile) was a herbal medicine, that the main component was citral. The citral had fungicidal activity to dermatophytosis. The lemon grass oil cream 2.5% in concentration was tested for antifungal efficacy in 30 patients who have ring worm not more than 5% of BSA at Dermatological unit of Chaoprayayommaraj hospital, Supanburi province, by applied twice daily for 4 weeks.

The result of treatment was cured in 7 from 30 patients (23.33%), better in 14 patients (46.67%) and not cured in 9 patients (30%). No patients had relapsed disease at the fifth week. The patients whom result were better, had turned to cure at the fifth week.

So we may conclude that 21 patients were cured (70%), 95% CI was in range 54% to 86%. Acute toxicity was not found, but 2 patients had mild burning sensation and pruritus (6.66%). The response of patients to the lemon grass oil cream depended on species of dermatophytes and size of lesions.

บทนำ

โรคกลากเป็นโรคผิวหนังที่พบบ่อย เป็นแล้วรักษาหายได้ยาก และต้องใช้เวลารักษานาน การรักษาโรคกลากในปัจจุบัน คือการใช้ยาทาเฉพาะที่กลุ่ม imidazoles, cyclopiroxolamine, bifonazole, allylamines และผู้ป่วยบางรายที่มีรอยโรคขนาดใหญ่ หลายตำแหน่ง หรือมีรอยโรคที่บางอวัยวะ เช่น เล็บ จำเป็นต้องใช้ยารับประทาน griseofulvin, imidazoles และ allylamines เป็นต้น ซึ่งยาเหล่านี้ยังต้องพึ่งพาการนำเข้าวัตถุดิบจากต่างประเทศ ซึ่งมีราคาค่อนข้างสูง

ตะไคร้เป็นพืชสมุนไพรชนิดหนึ่ง สามารถเพาะปลูกได้ในประเทศอย่างกว้างขวาง และคนไทยนิยมนำมาบริโภคเป็นเครื่องเทศในอาหารหลายประเภท สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทยได้ทำการศึกษาคะไ้ ผลการวิจัยทางด้านเคมีของตะไคร้ พบว่าใบและลำต้นประกอบด้วยน้ำมันหอมระเหย (Essential Oil) ในปริมาณสูงมาก ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก คือ Citral ประมาณร้อยละ 30 - 80 ของส่วนประกอบทั้งหมด¹⁻³ โดยที่ต้นและใบแก่มีน้ำมันมากกว่าต้นและใบอ่อน⁴ ผลการวิจัยทางเภสัชวิทยา พบว่าตะไคร้สามารถขับลมในกระเพาะ ลดอาการอาหารไม่ย่อย แก้ไอขับเสมหะ⁵ มีฤทธิ์ขับระดูในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ช่วยขับปัสสาวะ⁶ มีฤทธิ์ขับพยาธิได้เดือนในคน ที่สำคัญคือมีฤทธิ์ต่อเชื้อแบคทีเรียทั้งชนิดที่ติดสีแกรมบวกและแกรมลบ และมีฤทธิ์ต่อเชื้อราที่เป็นสาเหตุของโรคกลาก ได้แก่ *Microsporum gypseum*, *Epidermophyton floccosum*, *Trichophyton metagro-*

phytes และ *Trichophyton rubrum*⁷⁻¹⁵ เป็นต้น

โครงการพัฒนายาต้านเชื้อราจากตะไคร้ ได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยยาอย่างครบถ้วนแล้ว ตามลำดับ พบว่าสารสำคัญที่น่าจะเป็นสารออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อรา (Fungicidal) คือ Citral และเมื่อพัฒนาเป็นรูปครีม น้ำมันแล้ว ระดับความเข้มข้นร้อยละ 2.5 จะเป็นระดับที่เหมาะสมที่สุด¹⁶ ไม่มีความเป็นพิษเฉียบพลันจากการทดสอบในหนู¹⁷ และการทดสอบความระคายเคืองต่อผิวหนังของครีมน้ำมันตะไคร้ พบว่ามีได้มีความระคายเคืองต่อผิวหนังมากไปกว่าครีมที่ใช้รักษาโรคกลากในปัจจุบัน¹⁸⁻¹⁹

ดังนั้น การนำเอาครีมน้ำมันตะไคร้มาใช้ในการรักษาโรคกลากในผู้ป่วย จะเพิ่มรายได้ให้กับเกษตรกร และช่วยลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ ซึ่งเหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำอยู่ในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

เพื่อทดสอบประสิทธิภาพ ความเป็นพิษ อาการข้างเคียง และการยอมรับในรูปแบบของยา ครีมน้ำมันตะไคร้ ในการรักษาโรคกลากในผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการ

ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2542 ถึงเดือน กรกฎาคม 2544 ได้ทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 1 - 70 ปี จำนวน 30 ราย จากผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยโรคผิวหนัง โรงพยาบาลเจ้าพระยา-ยมราช จ. สุพรรณบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกลาก

บริเวณลำตัวหรือรอยพับ ขนาดรอยโรคไม่เกินร้อยละ 5 ของพื้นที่ผิวกาย โดยอาศัยลักษณะทางคลินิกร่วมกับการตรวจพบเชื้อราจากรอยโรค โดยการตรวจ KOH และ Culture

ผู้ป่วยทุกรายที่นำมาศึกษาจะต้องไม่ได้รับยากินหรือยาฉีดใด ๆ ที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ หรือต้านเชื้อรามาก่อนในระยะเวลา 1 เดือน และไม่ได้รับยาทาใด ๆ ที่บริเวณรอยโรคในระยะ 2 สัปดาห์ ก่อนเริ่มเข้าทำการรักษา และระหว่างการรักษาผู้ป่วยต้องไม่ใช้ยารักษาเชื้อราใด ๆ อื่นนอกจากครีมน้ำมันตะไคร้ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 จากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทยที่ให้ทาบริเวณรอยโรควันละ 2 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์

ผู้ป่วยทุกรายต้องไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น DM, SLE หรือเป็น immunocompromised host หรือมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมอยู่ด้วย ผู้ป่วยหญิงต้องไม่มีการตั้งครรภ์หรืออยู่ในระยะให้นมบุตร ผู้ป่วยทุกรายจะต้องยินยอมเข้ารับการรักษ และสามารถกลับมารับการตรวจรักษาเป็นระยะ ๆ ได้ในระหว่างการรักษา 4 สัปดาห์ และในสัปดาห์ที่ 5 (หลังสิ้นสุดการรักษา 1 สัปดาห์) เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำ หากเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นรุนแรงจากการรักษา เช่น ผื่นแดงคัน ระคายเคืองผิวหนัง ภาวะแพ้อย่างรุนแรง หรือผู้ป่วยมีเหตุผลสำคัญที่จำเป็นไม่สามารถร่วมโครงการต่อได้ สามารถยกเลิกจากการศึกษาวิจัยได้ และถ้ารักษาด้วยครีมน้ำมันตะไคร้เมื่อสิ้นสุด 4 สัปดาห์แล้วไม่หายก็จะเปลี่ยนเป็นการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน (คือใช้ยาทาเฉพาะที่กลุ่ม imidazoles, cyclopiroxolamine, bifonazole, allylamines เป็นต้น) ต่อไปจนโรคหายเป็นปกติ

การติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจบันทึกอาการ ลักษณะของรอยโรค ขนาดของรอยโรค (วัดเส้นผ่าศูนย์กลางเป็นเซนติเมตร) บันทึกภาพรอยโรค ตรวจ KOH และเพาะหา

เชื้อกลากจากบริเวณรอยโรคก่อนเริ่มการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจบันทึกอาการ ลักษณะของรอยโรคและขนาดของรอยโรคระหว่างการรักษาทุก 1 สัปดาห์จนครบ 4 สัปดาห์ และจุดเชื้อ เพาะเชื้ออีกครั้งเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 และ 5 เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำ

การประเมินผลการรักษา

1) การประเมินผลการรักษาทางคลินิก (Clinical assessment)

หาย หมายถึง อาการและรอยโรคหายอย่างสมบูรณ์ เมื่อสิ้นสุดการรักษานาน 4 สัปดาห์

ดีขึ้น หมายถึง ยังมีรอยโรคอยู่ แต่น้อยกว่าเมื่อเริ่มรักษา ร้อยละ 50 เมื่อสิ้นสุดการรักษา 4 สัปดาห์

ไม่ดีขึ้น หมายถึง รอยโรคยังมีลักษณะเหมือนเดิมก่อนการรักษา หรือยังมีรอยโรคมากกว่า ร้อยละ 50 เมื่อสิ้นสุดการรักษา 4 สัปดาห์

2) การประเมินประสิทธิผลของการรักษาทางจุลชีววิทยา (Microbiological Assessment)

หาย หมายถึง การเพาะเชื้อจากรอยโรค เมื่อสิ้นสุดการรักษาให้ผลลบในรายที่ตรวจพบเชื้อก่อโรคจากรอยโรคก่อนการรักษา

ไม่หาย หมายถึง การเพาะเชื้อจากรอยโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษายังพบเชื้อเดิม

โรคกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การเพาะเชื้อจากรอยโรคในสัปดาห์ที่ 5 ยังพบเชื้อเดิม

โรคไม่กลับเป็นซ้ำ หมายถึง การเพาะเชื้อจากรอยโรคในสัปดาห์ที่ 5 ไม่พบเชื้อใด ๆ

การวัดอาการข้างเคียงของยา โดยการสอบถามว่ามีอาการผื่นแดงคัน ระคายเคืองผิวหนัง ภาวะแพ้อย่างรุนแรงเกิดขึ้นขณะทาครีมน้ำมันตะไคร้หรือไม่ รวมทั้งได้รับการสอบถามถึงความครบถ้วนของการใช้ยา และความพึงพอใจในรูปแบบของยา

ตารางที่ 1 Paired samples T test เปรียบเทียบขนาดรอยโรคก่อน (Before) และหลัง (After) การรักษาด้วยครีม น้ำมันตะไคร้

	Paired Differences							
	Mean	Std.Deviation	Std.Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference (CI)		t	df	Sig.(2-tailed)
				Lower	Upper			
Before - After	1.4700	1.3350	.2437	.9715	1.9685	6.031	29	.000

การวิเคราะห์ทางสถิติ

จะนำค่าที่ได้จากการวัดขนาดของรอยโรค (วัดเส้นผ่าศูนย์กลางของรอยโรคเป็นเซนติเมตร) ก่อนและหลังการรักษาที่ 4 สัปดาห์ มาเปรียบเทียบโดยใช้ paired sampled T test และถ้าหาก ค่า $P < 0.05$ แสดงว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยโรคผิวหนัง โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จ. สุพรรณบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2542 ถึงเดือนกรกฎาคม 2544 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกลากบริเวณลำตัวหรือรอยพับมีขนาดรอยโรคไม่เกินร้อยละ 5 ของพื้นที่ผิวกาย ทั้งหมด 37 ราย ได้รับการรักษาด้วยการทาครีมน้ำมันตะไคร้ความเข้มข้น ร้อยละ 2.5 ตาม Protocol ที่กำหนดไว้ และมีอยู่ 7 ราย ต้องตัดออกจากการศึกษาเนื่องจากขาดการติดต่อ

ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 1 - 70 ปี อายุเฉลี่ย 20 ± 15.71 ปี เป็นเพศชาย 17 ราย (ร้อยละ 56.7) เพศหญิง 13 ราย (ร้อยละ 43.3)

- ขนาดรอยโรคก่อนการรักษา มีขนาดตั้งแต่ 1 - 5 cm, mean = 2.72 ± 1.52 cm.

- ขนาดรอยโรคหลังรักษา มีขนาดตั้งแต่ 0 - 5

cm, mean = 1.25 ± 1.27 cm.

โดยมีความแตกต่างของขนาดรอยโรคเฉลี่ยก่อนและหลังการรักษา = 1.47 ± 1.34 cm. และคำนวณ 95% CI ของค่า mean ความแตกต่างของขนาดรอยโรคก่อนและหลังการรักษาอยู่ในช่วง 0.97 - 1.97 cm. ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$

- คำนวณ Relative Risk Reduction (RRR)

$$\text{ได้} = \frac{2.72 - 1.25}{2.72} \times 100 = 54\%$$

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการขูดรอยโรคดู KOH และส่งเพาะเชื้อ ตาม Protocol พบว่าเชื้อราที่ขึ้นก่อนการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

เมื่อสิ้นสุดการรักษาสัปดาห์ที่ 4 จากการประเมินทางคลินิก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า โรคหาย (Cure) มีจำนวน 7 ราย, รอยโรคดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 ของรอยโรคเดิม (Improve) มีจำนวน 14 ราย, รอยโรคไม่ดีขึ้นมีขนาดเท่ากับรอยโรคเดิมและยังตรวจพบเชื้ออยู่ (Not cure) มีจำนวน 9 ราย ดังแสดงในตารางที่ 2

- ผู้ป่วย 7 ราย ที่รอยโรคหาย มีขนาดรอยโรคก่อนการรักษาตั้งแต่ 1 - 3.5 cm, mean 1.64 ± 0.85 cm. ผลการเพาะเชื้อจากรอยโรคก่อนการรักษาขึ้นเป็นเชื้อ MG 2 ราย, TM 5 ราย

ตารางที่ 2 แสดงผลการเพาะเชื้อรา จากรอยโรคก่อนการรักษาด้วยครีมน้ำมันตะไคร้

Organism*	Result of treatment		
	Cure (Number of pt.)	Improve (Number of pt.)	Not cure (Number of pt.)
MC			3
MG	2	1	1
TM	5	7	
TR		6	5

*หมายเหตุ MC = Microsporum canis
TM = Trichophyton mentagrophytes

MG = Microsporum gypseum
TR = Trichophyton rubrum

- ผู้ป่วย 9 ราย ที่รอยโรคไม่หาย มีขนาดรอยโรคก่อนการรักษาดังแต่ 1 - 5 cm, mean 2.5 ± 1.52 cm. ผลการเพาะเชื้อจากรอยโรคก่อนการรักษาขึ้นเป็นเชื้อ MC 3 ราย, MG 1 ราย, TR 5 ราย

- ผู้ป่วย 14 ราย ที่รอยโรคดีขึ้น มีขนาดรอยโรคก่อนการรักษาดังแต่ 1 - 5 cm, mean 3.4 ± 1.5 cm.

ผลการเพาะเชื้อจากรอยโรคก่อนการรักษารับขึ้นเป็นเชื้อ MG 1 ราย, TM 7 ราย, TR 6 ราย

- ตำแหน่งรอยโรคในผู้ป่วยที่หาย 7 ราย เป็นที่บริเวณมือ 2 ราย, ใบหน้า 2 ราย, ขา 3 ราย



รูปที่ 1 ครีมน้ำมันตะไคร้ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 จากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย



ก่อนการรักษา

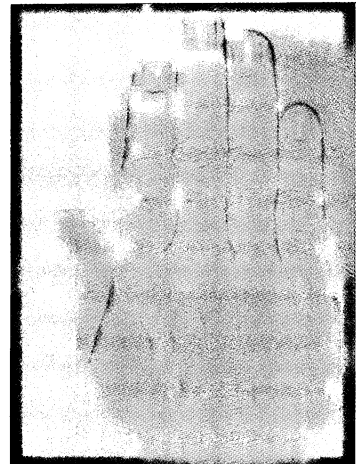


หลังการรักษา 4 สัปดาห์

รูปที่ 2 รอยโรคผู้ป่วยที่หลังมือ ก่อนและหลังการรักษาด้วยครีมน้ำมันตะไคร้



ก่อนการรักษา



หลังการรักษา 4 สัปดาห์

รูปที่ 3 รอยโรคผู้ป่วยที่หลังมือ ก่อนและหลังการรักษาด้วยครีมน้ำมันตะไคร้



ก่อนการรักษา



หลังการรักษา 4 สัปดาห์

รูปที่ 4 รอยโรคผู้ป่วยที่จมูก ก่อนและหลังการรักษาด้วยครีมน้ำมันตะไคร้

- ตำแหน่งรอยโรคในผู้ป่วยที่ไม่หาย 9 ราย เป็น
ที่บริเวณมือ 3 ราย, ไหล่ 1 ราย, ก้น 1 ราย, น่อง 1 ราย,
ท้อง 1 ราย, ใบหน้า 2 ราย

- ตำแหน่งรอยโรคในผู้ป่วยที่อาการดีขึ้น 14 ราย
เป็นที่บริเวณ ขาหนีบ 2 ราย, เท้า 2 ราย, ก้น 1 ราย,
ใบหน้า 3 ราย, ใบหู 2 ราย, หน้าอก 1 ราย, แขน

1 ราย, มือ 1 ราย, ไหล่ 1 ราย

เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 5 (หลังสิ้นสุดการรักษา 1
สัปดาห์) ผู้ป่วยที่รอยโรคดีขึ้น พบว่ารอยโรคหายเมื่อถึง
สัปดาห์ที่ 5 และผู้ป่วยทุกรายที่รอยโรคหาย ไม่พบรอย
โรคกลับเป็นซ้ำ ส่วนผู้ป่วยที่รอยโรคไม่หายได้รับการ
รักษาทดแทนด้วยวิธีมาตรฐานต่อไป

วิจารณ์

จากผลการศึกษานี้พบว่า ครีมน้ำมันตะไคร้สามารถนำมาใช้เป็นยาทาเฉพาะที่ในการรักษาโรคกลากที่บริเวณลำตัวและรอยพับได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของทวิศักดิ์ สุนทรนศาสตร์ และคณะ¹⁶ จากการศึกษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาสัปดาห์ที่ 4 มีผู้ป่วยที่รอยโรคหาย 7 ราย จาก 30 ราย (ร้อยละ 23.33), รอยโรคดีขึ้น 14 ราย จาก 30 ราย (ร้อยละ 46.67) และไม่หาย 9 ราย จาก 30 ราย (ร้อยละ 30) แต่เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 5 ไม่มีผู้ป่วยกลับเป็นโรคซ้ำ และผู้ป่วยที่รอยโรคดีขึ้น มีรอยโรคหายที่สัปดาห์ที่ 5 จึงอาจกล่าวได้ว่า ครีมน้ำมันตะไคร้สามารถรักษาผู้ป่วยโรคกลากให้หายได้ 21 รายจาก 30 ราย (ร้อยละ 70) ค่าความ 95% CI โดยอัตราการหายมีความแปรปรวน ตั้งแต่ร้อยละ 54 ถึงร้อยละ 86 ซึ่งอาจอธิบายได้จากการศึกษาของ ทวิศักดิ์ สุนทรนศาสตร์ และคณะ¹⁶ พบว่าเชื้อรา *E.Floccosum* เป็นเชื้อที่ไวต่อการถูกทำลายด้วย ครีมน้ำมันตะไคร้มากที่สุด รองลงมาคือ *T.mentagrophytes*, *T.rubrum* และ *M.gypseum* ตามลำดับ แต่ในการศึกษานี้ เชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็น *T.rubrum* (11 ราย) และ *T.mentagrophytes* (12 ราย) และผู้ป่วยที่ไม่หาย 9 ราย เพาะเชื้อขึ้น *T.rubrum* 5 ราย, *M.gypseum* 1 ราย และ *M.canis* 3 ราย ซึ่งเชื่อดังกล่าวไวต่อยาน้อยกว่า จึงเป็นเหตุผลที่อธิบายได้ว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยครีมน้ำมันตะไคร้ ร้อยละ 70 และมีอยู่ร้อยละ 46.67 ที่ตอบสนองช้ากว่าและได้ผลเมื่อสัปดาห์ที่ 5 เมื่อคำนวณ 95% CI ของค่า mean ความแตกต่างของรอยโรคก่อนและหลังการรักษาอยู่ในช่วง 0.97 - 1.97 cm ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.001$) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1 นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่าขนาดรอยโรคที่เล็กจะตอบสนองดีกว่าขนาดรอยโรคที่ใหญ่

จากการสอบถามถึงผลข้างเคียงของยา พบว่ามีเพียงอาการแสบและคันเล็กน้อยจากผู้ป่วย 2 รายใน

30 ราย ไม่พบมีผลข้างเคียงที่รุนแรง และไม่มีผลสำคัญทางคลินิก สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรพงษ์ ลิ้ม-ปณฺสธรณ์ และคณะ¹⁷⁻¹⁸ ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจในรูปแบบและกลิ่นของยา มีผู้ป่วย 2 ราย ที่บอกว่ายามีกลิ่นฉุน

สรุป

จากการศึกษาอาจกล่าวได้ว่า ครีมน้ำมันตะไคร้สามารถใช้เป็นยาทาเฉพาะที่รักษาโรคกลาก บริเวณรอยพับและลำตัว ขนาดไม่เกินร้อยละ 5 ของพื้นที่ผิวกายได้ การตอบสนองของผู้ป่วยต่อครีมน้ำมันตะไคร้ ขึ้นกับชนิดของเชื้อราและขนาดของรอยโรค โดยเฉพาะขนาดรอยโรคที่เล็กและเป็น 1 ตำแหน่งจะได้ผลดีกว่าขนาดรอยโรคที่ใหญ่หรือเป็นมากกว่า 1 ตำแหน่ง นอกจากนี้การเตรียมยาโดยวิธีกลั่นด้วยไอน้ำ (Steam distillation) อาจทำให้ปริมาณของสารออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อรา (Citral) ลดลง ถึงแม้ประสิทธิภาพของครีมน้ำมันตะไคร้ จะไม่สามารถเทียบเท่ากับยาตามมาตรฐานที่ใช้ในปัจจุบันแต่เมื่อคำนึงถึงสภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทยแล้ว การเลือกให้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จะช่วยสนับสนุนการนำสมุนไพรมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ และพัฒนายาสมุนไพรให้มีมาตรฐานสามารถเพิ่มรายได้ให้กับเกษตรกร ลดดุลการค้าของประเทศได้ นอกจากนี้ยาสมุนไพรมีราคาถูกกว่า ปลอดภัย และผลข้างเคียงน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย, ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข, ศาสตราจารย์ นพ. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ช่วยสนับสนุนในงานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. British Pharmacopoeia (1988). Monographs. Formulation Preparations Vol 2.
2. Zamureenko VA, Klyuev NA, Grandberg II, Dmitriev LB, Esvafidzhiya CA. Composition of the Essential Oil of Lemongrass (*Cymbopogon citratus* DC.) I2v. Timiryazevsk S-kh Akad 1981 : 2 : 167-9.
3. Brazil e Silva, Gilherto A deA, Baner L. Essential oil of *Cymbopogon citratus* in Rio Grande do Sul. Rev brazil Farm 1971 ; 52 : 193-6.
4. คุณสมบัติ คุณจิตรัตนวรรณ. ข่าวสารวัตถุดิบพืช 2526 ; 10(5) ก.ย. - ต.ค.
5. Gupta MP, Arias TO, Correa M, Lamba S. Ethnopharmacognosis observations on Panamanicus Medicinal Plants. Part I. Quan J Crude Drug Res 1970 ; 17 : 115-30.
6. Locksley HD, Favez MBE, Rodwan AS, Chari VM, Cardell GA, Wagner H. Constituents of Local Plants XXV, Constitution of the Antispasmodic Principle of *Cymbopogon prosoimus*.
7. Bose MS, Bhima Rao CN, Subrahmanyam V., Some factors affecting the bactericidal property of lemon grass oil emulsions. J Sci Indust Res 1950 9B, 12-8.
8. Hemtanont A, Leungsakul S, Supasiri T. Fungicidal activities of the extracts from *Cymbopogon citratus* Stapf. Locksley HD, Favez MBE, Rodwan AS, prosoimus. on some dermatophytic fungi. J Sci Srinakarinwirot Univ 1991 ; 5(2) : 115-23.
9. Kokate CK, Verma KC. A note of antimicrobial activity of volatile oils of *Cymbopogon nardus* (Linn.) Rendle and *C. citratus* Stapf. Sci Culture 1971 ; 37 : 196-8.
10. Kurita N, Miyaji M, Kurane R, Takahara Y. Antifungal activity of components of essential oils. Agric Biol Chem. 1981 ; 45(4) : 945-52.
11. Molever V, Narasimham P. Fungitoxicity of binary mixtures of citral, cinnamic aldehyde, menthol and lemon grass oil against *Aspergillus niger* and *Rhizopus stolonifer*. Lebensm Wissu Technol 1988 ; 2 : 100-2.
12. Onawunmi GO. Evaluation of antifungal activity of lemon grass oil. Int. J. Crude Drug Res. 1989 ; 27 : 121-6.
13. Onawunmi GO, Ogunlana EO. A study of antibacterial activity of the essential oil of lemon grass (*Cymbopogon citratus* (DC) Stapf). Int. J. Crude Drug Res 1986 ; 24 : 64-8.
14. Onawunmi GO, Yisak WA, Ogunlana EO. Antibacterial constituents in the essential oil of *Cymbopogon citratus* (DC.) stapf. J. Ethnopharmacol. 12. 279-86.
15. Wannissorn B, Jarikasem S, Soonthornantasart T. Antifungal activity of Lemon Grass Oil and Lemon Grass Oil Cream. Phytotherapy Res 1996 ; 10 : 551-4.
16. ภูษิตา วรรณิสสร, อัจฉราพร พันธุ์รักสิงค์, ศิริเพ็ญ จิระเกษม, จรัส ทิธยากร, ทวีศักดิ์ สุนทรธนาศาสตร์. ประสิทธิภาพการต้านเชื้อของครีมน้ำมันตะไคร้. รายงานของสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย.
17. จักรพงษ์ ลิ้มปญฺสสรณ์, ประไพภัทร คลังทรัพย์, บัทยา สุนทรสารกุล. การศึกษาความเป็นพิษเฉียบพลันของครีมต้านเชื้อราจากตะไคร้ในหนู. รายงานของสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย.
18. จักรพงษ์ ลิ้มปญฺสสรณ์, ประไพภัทร คลังทรัพย์, บัทยา สุนทรสารกุล. เติมนดา เสมาทอง. การศึกษาการก่อความระคายเคืองเบื้องต้นของครีมต้านเชื้อราจากตะไคร้บนผิวหนังตาย. รายงานของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย.
19. ประไพภัทร คลังทรัพย์, จักรพงษ์ ลิ้มปญฺสสรณ์, บัทยา สุนทรสารกุล, เติมนดา เสมาทอง. การศึกษาการก่ออาการแพ้ของครีมต้านเชื้อราครีมไทรลอลในหนู. รายงานของสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย.