



เวชบัณฑิตศิริราช

เวชบัณฑิตศิริราช

SIRIRAJ MEDICAL BULLETIN

ISSN 2697-4436

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566

ฉบับพิเศษ





เวชบันทึกศิริราช

จัดพิมพ์โดยอนุมัติของคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

เวชบันทึกศิริราช

เป็นวารสารที่ลงตีพิมพ์ผลงานวิจัยและวิชาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในวงกว้าง ไม่ว่าจะเป็นวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน การแพทย์ประยุกต์ การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก จริยธรรมการวิจัยในคนและสัตว์ทดลอง แพทยศาสตร์ศึกษาทั้งระดับก่อนและหลังปริญญา ตลอดจนการบริหารจัดการองค์กรที่เกี่ยวกับการแพทย์ และการสาธารณสุขในสาขาต่างๆ เป็นวารสารราย 4 เดือน โดยเนื้อหาจะประกอบด้วยผลงานวิจัย บทความทั่วไป แนวทางการดูแลผู้ป่วย และบทความประเภทอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง บทความต่าง ๆ ที่ตีพิมพ์จะผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจากต่างสถาบันด้วยความโปร่งใส (double-blinded)

เวชบันทึกศิริราช

ผ่านการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการกลุ่มที่ 2 ในฐานข้อมูล TCI

วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในวงกว้าง

กำหนดตีพิมพ์

ปีละ 4 เล่ม ในเดือนมกราคม - มีนาคม,
เมษายน - มิถุนายน, กรกฎาคม - กันยายน
และตุลาคม - ธันวาคม

ระบบการจัดการวารสารออนไลน์

เวชบันทึกศิริราช ได้ใช้ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ Thai Journals Online (ThaiJo)

ThaiJo ได้รับการติดตั้ง และดูแลโดยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Citation Index Centre, TCI) จาก การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี เพื่อพัฒนาคุณภาพวารสารไทยในฐานข้อมูล TCI ให้มีมาตรฐานสากล

ขอเชิญชวนผู้สนใจส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ใน “วารสารเวชบันทึกศิริราช” ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ผู้สนใจสามารถส่งบทความผ่านอีเมลหรือศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมที่เว็บไซต์

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/index>





วารสารเวชบัณฑิตศิริราช

เพื่อสืบทอดเอกลักษณ์ ไทยของสารศิริราช มุ่งสู่มาตรฐานวารสารการแพทย์ของไทย
จัดพิมพ์โดยอนุมัติของคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ	บรรณาธิการบริหาร
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธวัชชัย อัครวิพุธ	บรรณาธิการ
ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วรุฒม์ โล่ห์สิริวัฒน์	รองบรรณาธิการ
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์	รองบรรณาธิการ
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเจนจิต ฉายะจินดา	รองบรรณาธิการ
รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์เชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์	รองบรรณาธิการ
รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประวิทย์ อัครเสริณนท์	รองบรรณาธิการ
ผู้ช่วยอาจารย์ แพทย์แผนไทยประยุกต์ แม้นมาศ วรรณภูมิ	รองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ ภายนอกคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 26
รองศาสตราจารย์พิเศษ นาวาอากาศตรี	เจ้าคุณพระประยุรวงศ์ สำนักอนามัย
นายแพทย์สุชุม ศิลปอาชา	แพทย์หญิงฉันทพัทธ์ พฤกษ์วัน
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา จ.ชลบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ	นายแพทย์สรวิทย์ ลิ้มตั้งตระกูล
แพทย์หญิงจิรพร เหลืองเมตตากุล	โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จ.บุรีรัมย์
โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท กรุงเทพมหานคร	แพทย์หญิงวันวิภา พิมพ์รัตน์
แพทย์หญิงปิยนุช อุดมวิบูลย์ชัย	โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จ.บุรีรัมย์
สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์	นายแพทย์เชาวนวัศ พิมพ์รัตน์
กระทรวงสาธารณสุข	โรงพยาบาลสกลนคร จ.สกลนคร
แพทย์หญิงไพลิน พวงเพชร	นายแพทย์นิสิต ตงศิริ
โรงพยาบาลบางปะกอก 1 กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี
นายแพทย์วีร์ สิงห์สถิตย์สุข	นายแพทย์ชัยอนันต์ โสตาภักดิ์
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลเกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี
พันตรี นายแพทย์จักรพันธ์ ศุภเดช	นายแพทย์ทรงยศ ชญาสินีประเมศ
ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย	
นายแพทย์ฐิติสันต์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา	

ผู้วาดภาพประกอบทางการแพทย์

นางสาวนุชประวีรณ สลืออ่อน

พิสูจน์อักษร

นางสาวนุชประวีรณ สลืออ่อน

นางอมรรัตน์ แสงแก้ว

สำนักงาน

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ชั้น 2 ห้อง 207 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700 โทรศัพท์ 0-2419-2888 Email: sijournal92@gmail.com

“บทความต่าง ๆ ที่ปรากฏในเวชบัณฑิตศิริราชเป็นผลงานจากความคิดหรืองานวิจัยของผู้เขียนและ / หรือคณะผู้เขียน
ถือเป็นความรับผิดชอบและลิขสิทธิ์ของผู้เขียนและ / หรือคณะผู้เขียนตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ.2537”

สารบัญ

- 86 การศึกษาเปรียบเทียบตำรับยาสมุนไพรรักษาโรคลมในตำราพระโอสถพระนารายณ์กับยาที่ใช้ในคลินิกอายุรเวช
แพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช
กนกวรรณ กิ่งทอง, ณิชกร ลำเลิศกิจ, ประวิทย์ อัครเสริณนธ์, สุกส์สลิล บุรณะทรัพย์ขจร, กังวล คัชขิมา,
สุภาวดี ตั้งจิตเรจริญ, ธเนศพล พันธุ์เพ็ง
- 97 ยาสมุนไพรรักษาโรคภัยไข้เจ็บในตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1: การวิเคราะห์
ทางเภสัชกรรมไทยและหลักฐานเชิงประจักษ์
ธรรมณพรรธ ดวงดี, กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, ประวิทย์ อัครเสริณนธ์, กังวล คัชขิมา, สุกส์สลิล บุรณะทรัพย์ขจร
- 107 การวิเคราะห์โครงข่ายของสมุนไพรที่ใช้ในการบำบัดโรคผิวหนังในคลินิกอายุรเวชการแพทย์แผนไทยประยุกต์
โรงพยาบาลศิริราช
พนิตสุภา เชื้อซ่ง, ภัสสพณัฐ หุตะแพทย์, ดอกไม้ วิวรรธมมงคล, ธนรักษ์ เขาวนไพระพงศ์, ณิชกร ลำเลิศกิจ,
ประวิทย์ อัครเสริณนธ์
- 119 การศึกษาแบบย้อนกลับของการใช้ตำรับยาสมุนไพรในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ
กุลภัสสรณ์ จำปาเงินทวีศรี, ณิชกร ลำเลิศกิจ, สุกส์สลิล บุรณะทรัพย์ขจร, ประวิทย์ อัครเสริณนธ์
- 131 การศึกษาผลของธาตุเจ้าเรือนกำเนิดกับโรคลมจับโป่งแห้งเข้า
ศลิทา ประชากิจ, อรรคเดช อ่อนสะอาด, ธนรักษ์ เขาวนไพระพงศ์, แม้นมาศ วรรณภูมิ, ศุภกิจ สุวรรณไตรย์,
กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, ประวิทย์ อัครเสริณนธ์
- 138 การพัฒนาแบบบันทึกลักษณะของน้ำนมแม่เพื่อจำแนกประเภทตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย
รุ่งทิพย์ หวังสมบุญศิริ, สุกส์สลิล บุรณะทรัพย์ขจร, ประวิทย์ อัครเสริณนธ์, โสภภาพรณ เงินฉ่ำ, พินภัทร ไตรภัทร
- 147 การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของการนวดไทยในการดูแลสุขภาพ
เกษมณี จงเจียมดี, ธนรักษ์ เขาวนไพระพงศ์, สุกส์ สุกส์, เจริญธรรม อภิจักรยาธรรม, นิเวศน์ บวรกุลวัฒน์,
เอี่ยมพร สุวรรณไตรย์, ประวิทย์ อัครเสริณนธ์
- 155 การกำหนดของมนุษย์ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย
ฉันทณัฐ ทิพย์เจริญธัม, ปาริชาติ พงษ์พานิช, สิริกานต์ ภูโปร่ง, ทัพเพเทพ ทิพย์เจริญธัม, อธิพัฒน์ ต้นตวงศ์คุณากร,
แม้นมาศ วรรณภูมิ, ประวิทย์ อัครเสริณนธ์
- 164 แนวทางการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทย ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู
ชัยวิศา ดรุณสวัสดิ์, วิภาวี จงกลดี, ณัฐกานต์ ชารเลิศ, สุทธดา บุตรแก้ว, ธนรักษ์ เขาวนไพระพงศ์, ศุภกิจ สุวรรณไตรย์,
เอี่ยมพร สุวรรณไตรย์, กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, ประวิทย์ อัครเสริณนธ์
- 173 แนวคิด Gamification สู่การพัฒนาการเรียนการสอนวิชาพหุศาสตร์การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หัวข้อการแพทย์กับ
ชีวิต สำหรับนักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์ชั้นปีที่ 1
อรณิชา เตชวิริยะ, ศรัณยธร เลิศผดุงกิจ, อังคณา อภิชาติวรกิจ, พระปณต คุณวาทโธ (อิสรสกุล), ประวิทย์ อัครเสริณนธ์
- 181 กฎและผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น
ประกาศิต วรรณภาสชัยยง, สิทธิพล บุญมั่น, อรรถนธ์ เขาวงกุลจรัสศิริ

A Comparative Study of Herbal Medicines for Treatment of Wind Diseases in Tamra Phra Osot Phra Narai and Those Used in Ayurved Clinic of Applied Thai Traditional Medicine, Siriraj Hospital

Kanokwan Kingtong*, Natchagorn Lumlerdkij**, Pravitt Akarasereenont**, ***; Suksalin Booranasubkajorn**, Kangvol Khatshima****, Suphawadee Tangchicharoen**, Thanetphon Punpeng**

*Master of Applied Thai Traditional Medicine Program and Master of Science Program in Applied Thai Traditional Medicine, **Center of Applied Thai Traditional Medicine, ***Department of Pharmacology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, **** Faculty of Archaeology, Silpakorn University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(2):86-96

ABSTRACT

Objectives: To compare herbal medicines used in the treatment of wind diseases in Tamra Phra Osot Phra Narai (TAMRA) with current clinical practice and to review scientific evidence related to the actions of herbs in treating wind diseases.

Materials and Methods: Herbal medicines used to treat wind diseases from TAMRA and Ayurved Clinic of applied Thai traditional medicine, Siriraj hospital (the clinic) between 2015 and 2019 were listed. The herbal medicines from both sources were then analyzed and compared according to the Thai traditional pharmacy principles. Scientific evidence of important herbs was searched in PubMed, Scopus, ScienceDirect, and Google Scholar.

Results: Herbal formulas for wind diseases used in both sources were different. However, the medicinal tastes of the whole remedy (Rod Prathan) were the same, which was a hot taste. The hot taste was also the most common medicinal taste for single herbs. Fifty-three crude drugs were common, including 50 plant-derived materials and three minerals. The most used herbs were *Plumbago indica* L., *Piper retrofractum* Vahl., *Nigella sativa* L., *Piper nigrum* L., and *Cuminum cyminum* L. The pharmacological activities related to the treatment of wind diseases possibly were analgesic, anti-inflammatory, anti-hypertensive, and anti-convulsant activities.

Conclusion: Although the Clinic did not use herbal medicines in Tamra Phra Osot Phra Narai for wind diseases treatment in the current practice, the principle of using a hot medicinal taste for this condition was in agreement with each other. Five species were important in the treatment of wind diseases. The lack of scientific evidence suggests that more research on herbs for wind diseases is still needed.

Keywords: Tamra Phra Osot Phra Narai; wind diseases; herbal medicine; Thai traditional medicine; Thai traditional pharmacy

Correspondence to: Natchagorn Lumlerdkij

E-mail: natchagorn.lum@mahidol.ac.th

Received: 18 January 2023

Revised: 2 March 2023

Accepted: 3 March 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i2.260949>

การศึกษาเปรียบเทียบตำรับยาสมุนไพรรักษาโรคลมในตำราพระโอสถพระนารายณ์กับยาที่ใช้ในคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์โรงพยาบาลศิริราช

กนกวรรณ กิ่งทอง*, ณัฏฐ์ ล้ำเลิศกิจ**, ประวิทย์ อัครเสริณนท์**,***, สุกส์ลิล บุรณะทรัพย์ขจร**, กังวล คัชชีมา****, สุภาวดี ตั้งจิตเจริญ**, ธเนศพล พันธุ์เพ็ง**

*หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์มหาวิทยาลัยมหิดล และวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์, **สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์, ***ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ****คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบตำรับยาและยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคลมในตำราพระโอสถพระนารายณ์ (ตำราฯ) กับการใช้ในปัจจุบัน และรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการสรรพคุณรักษาโรคลมของยาสมุนไพร

วิธีการศึกษา: บันทึกตำรายาที่ใช้รักษาโรคลมในตำราฯ และที่ใช้ในคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช (คลินิกฯ) ช่วงพ.ศ. 2558-2562 จากนั้นทำการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบข้อมูลตามหลักเกณฑ์การประเมินยาสมุนไพร แล้วสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของตำรายาสมุนไพรที่มีความสำคัญในฐานข้อมูล PubMed Scopus ScienceDirect และ Google Scholar

ผลการศึกษา: ตำรับยาที่ใช้รักษาโรคลมจากตำราฯ และคลินิกฯ มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม รสประธานของตำรับมีการใช้เหมือนกัน คือ รสร้อน สำหรับรสร้อนของตำรายาเดี่ยว พบว่ามีการใช้ตำรายารสเผ็ดร้อนมากที่สุดเหมือนกันอีกด้วย ทั้งสองแหล่งมีการใช้ยาสมุนไพรเหมือนกัน 53 ชนิด จัดเป็นพืชวัตถุ 50 ชนิด และธาตุวัตถุ 3 ชนิด โดยสมุนไพรที่ใช้บ่อยตรงกันมี 5 ชนิด คือ เจริญผลเพลิงแดง, ดีปลี, เทียนดำ, พริกไทยดำ และเทียนขาว ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการสรรพคุณรักษาโรคลมของตำรายาเหล่านี้ ได้แก่ ฤทธิ์ระงับปวด ด้านการอักเสบ ลดความดันโลหิตสูง และต้านชัก

สรุป: ถึงแม้ว่าคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ รพ.ศิริราช จะไม่ได้ใช้ยาในตำราพระโอสถพระนารายณ์ในการรักษาโรคลม แต่พบว่าหลักการใช้ยา รสร้อนเพื่อรักษาโรคกลุ่มนี้มีความสอดคล้องกัน พบว่ามีตำรายาสมุนไพร 5 ชนิดที่มีความสำคัญในการรักษาโรคลม จากการขาดแคลนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่ายังคงมีความต้องการงานวิจัยเกี่ยวกับตำรายาโรคลม

คำสำคัญ: ตำราพระโอสถพระนารายณ์; โรคลม; ยาสมุนไพร; แพทย์แผนไทย; เภสัชกรรมไทย

บทนำ

ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ร่างกายประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม และไฟ ซึ่งแต่ละธาตุมีหน้าที่การทำงานแตกต่างกันไป การที่มนุษย์มีสุขภาพดี มาจากการที่ธาตุทั้ง 4 นี้ทำงานอย่างสมดุล หากเกิดความไม่สมดุลขึ้น จะเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นได้ ธาตุลม เป็นพลังขับเคลื่อนทำให้เกิดการเคลื่อนไหวหมุนเวียนภายในร่างกาย จำแนกได้ 6 ประการ คือ 1. ลมพัดขึ้น, 2. ลมพัดลง, 3. ลมในท้อง, 4. ลมในลำไส้, 5. ลมพัดทั่วกาย และ 6. ลมหายใจ

หากธาตุลมพิการไปจะทำให้เกิดความผิดปกติ เช่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ และอาการผิดปกติของทางเดินอาหาร จุกเสียด อาหระไม่ย่อย เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของคนในปัจจุบัน¹ จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ปีงบประมาณ 2562 พบ 10 อันดับโรคที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ในสถานบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยทั่วประเทศ อยู่ในกลุ่มโรคลมปลายปัตตชาติ ลมจับโป่ง ลมอัมพฤกษ์ และลมอัมพาต² และหากศึกษาคัมภีร์ หรือตำราทางการแพทย์แผนไทย จะพบว่าอาการ

ปวดตามร่างกายนั้นเป็นอาการของธาตุลมพิการหรือกำเริบ หรือเป็นผลมาจากธาตุอื่นที่ผิดปกติก่อนแล้วมากระทบกับธาตุลม ทำให้ธาตุลมกำเริบหรือมีมากเกินไป จะทำให้มีอาการปวด³ ความผิดปกติของธาตุลมนั้น อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ หรือมีปัจจัยเสริมทำให้เกิดความรุนแรงได้ต่างกัน ได้แก่ 1. ธาตุสมุฏฐาน, 2. อายุสมุฏฐาน, 3. อุตุสมุฏฐาน, 4. กาลสมุฏฐาน และ 5. ประเทศสมุฏฐาน หรืออาจเป็นผลมาจากธาตุอื่นที่ผิดปกติก่อนแล้วมากระทบกับธาตุลม³ โดยแนวทางในการรักษาอาการของธาตุลมผิดปกติสามารถใช้ตำรับยาสมุนไพรที่มีรสร้อน เพื่อช่วยกระจายลม ทำให้ลมเดินสะดวกมากขึ้น⁴

ตำราพระโอสถพระนารายณ์ ถูกเขียนขึ้นในสมัยอยุธยาตอนปลาย ช่วงที่สมเด็จพระนารายณ์มหาราชทรงครองราชย์ (พ.ศ. 2199 – 2231) จัดว่าเป็นหลักฐานสำคัญที่บันทึกทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพรในช่วงเวลานั้น ตำรานี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ว่าด้วยความผิดปกติของธาตุและยา แก่ ส่วนที่ 2 ว่าด้วยตำรับยา และส่วนที่ 3 ว่าด้วยตำรับยาน้ำมันและยาขี้ผึ้ง โดยตำรับยาที่ปรากฏในตำรานี้ มีทั้งหมด 81 ตำรับ ซึ่งเป็นตำรับยาที่มีการประกอบถวายสมเด็จพระนารายณ์มหาราช⁵ เพื่อรักษาอาการของระบบทางเดินอาหาร อาการที่เกี่ยวกับลมเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ ระบบทางเดินหายใจ โรคตา โรคติดเชื้อ โรคไข้ต่าง ๆ แมลงสัตว์กัดต่อย ผอมร่วง เป็นต้น จะเห็นได้ว่าตำรับยารักษาอาการที่เกิดจากโรคลมผิดปกติในตำราฯ นั้น เป็นอาการที่ยังพบอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้น หากมีการศึกษาเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบ อาจพบยาที่นำมาใช้บรรเทาปัญหาสุขภาพในปัจจุบันได้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ตำราพระโอสถพระนารายณ์ฉบับที่เหมือนกับในฉบับโบราณ⁶ มีการเรียบเรียงเนื้อหาเหมือนกับฉบับที่จัดพิมพ์ครั้งแรก ซึ่งก่อนหน้านี้ได้มีการจัดทำหนังสือเพื่ออธิบายเนื้อหาที่เข้าใจได้ยาก และอธิบายเกี่ยวกับเครื่องยา และน้ำกระสายยาเพื่อให้อ่านเข้าใจได้ง่ายขึ้น⁵ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่วิเคราะห์ยาสมุนไพรในการรักษาโรคลมในตำรานี้มาก่อน นอกจากนี้ยังไม่เคยมีการศึกษาว่าตำรับยาหรือยาสมุนไพรในตำรานี้ยังมีการใช้อยู่หรือสามารถหาได้ในปัจจุบันหรือไม่ ซึ่งข้อมูลนี้ มีความสำคัญที่จะช่วยประเมินความเป็นไปได้ในการนำตำรับยาจากตำราพระโอสถพระนารายณ์มาใช้ในปัจจุบัน งานวิจัยนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ตำรับยาสมุนไพรรักษาโรคลมในตำราพระโอสถพระนารายณ์ และนำมาเปรียบเทียบกับที่มีการใช้ในปัจจุบัน โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยของคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช เป็นฐานข้อมูล โดยวิเคราะห์ตามหลักเภสัช 4 ผลจากงานวิจัยนี้จะสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคลม ทั้งด้านเวชกรรมไทย และเภสัชกรรมไทย เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาเวชปฏิบัติ และใช้พัฒนาการเรียนการสอนของหลักสูตรการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนไทยประยุกต์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบตำรับยาและตัวยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคลมในตำราพระโอสถพระนารายณ์กับการใช้ในปัจจุบัน โดยใช้ข้อมูลของคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ รพ.ศิริราชระหว่างพ.ศ. 2558-2562 เป็นข้อมูลนำร่อง
2. เพื่อรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการสรรพคุณรักษาโรคลมของยาสมุนไพร

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยงานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณา และอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ.2563 (เลขที่ COA 610/2020) มีขั้นตอนดังนี้

1. บันทึกตัวยาสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคลมจากตำราพระโอสถพระนารายณ์ จากหอสมุดแห่งชาติ เล่มที่ 970 (ตำราฯ) จากนั้นทำการสืบค้นชื่อวิทยาศาสตร์โดยการอ้างอิงจากแหล่งอ้างอิง ได้แก่ หนังสือไม้เทศเมืองไทย⁷, คำอธิบายตำราพระโอสถพระนารายณ์⁵ และทำการตรวจสอบความถูกต้องของชื่อวิทยาศาสตร์ (accepted name) จากฐานข้อมูล Medicinal Plant Names Services (เข้าถึงได้จาก <https://mpns.science.kew.org/>)
2. สืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาโรคลม ณ คลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ รพ.ศิริราช (คลินิกฯ) ระหว่าง พ.ศ. 2558-2562 จากโปรแกรม Hospital Os เพื่อบันทึกยาสมุนไพรที่มีการส่งจ่ายลงใน case record form โดยแบบบันทึกนี้ได้รับการตรวจสอบและรับรองด้านเนื้อหาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน รพ.ศิริราช (Siriraj Institutional Review Board)
3. วิเคราะห์ข้อมูล
- 3.1 วิเคราะห์ตำรับยาและตัวยาสมุนไพรโดยการจำแนกประเภทตามหลักเภสัช 4 ได้แก่ เภสัชวัตถุ (พืชวัตถุ, สัตว์วัตถุ, ธาตุวัตถุ), สรรพคุณเภสัช (ยารสประธาน, ยา 9 รส และรสยาอื่น ๆ สรรพคุณสมุนไพร), คณาเภสัช (พืชเดี่ยว) และเภสัชกรรม (วิธีการปรุงยา, น้ำกระสายยา)¹ โดยเปรียบเทียบกับแหล่งอ้างอิง ได้แก่ ตำราเภสัชกรรมไทย⁸, หนังสือไม้เทศเมืองไทย⁷, คำอธิบายตำราพระโอสถพระนารายณ์⁵ และหนังสือการปรุงยาสมุนไพรตามกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทย 28 วิธี⁹ ส่วนสรรพคุณและรสยาที่ไม่พบข้อมูลจากแหล่งอ้างอิงดังกล่าว จะใช้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์แผนไทยประยุกต์ด้านเภสัชกรรมไทย ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 2 ท่าน
- 3.2 วิเคราะห์ความสำคัญของสมุนไพร โดยการคำนวณ

จำนวนการใช้ของสมุนไพรแต่ละชนิด (number of use reports, UR) จากนั้นคำนวณเป็นร้อยละของจำนวนการใช้สมุนไพรทั้งหมด แล้วทำการจัดเรียงลำดับตามร้อยละ ด้วย MS Excel version 2016 โดยสมุนไพรที่มีค่าร้อยละสูงสุด 15 ลำดับของแต่ละแหล่งข้อมูล จะถูกจัดว่าเป็นสมุนไพรที่มีความสำคัญในการรักษาโรคลมจากแหล่งข้อมูลนั้น

4. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

4.1 คัดเลือกสมุนไพรเพื่อทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นสมุนไพรที่มีการใช้มาก 15 ลำดับแรกของแต่ละแหล่งข้อมูล และ 2) เป็นสมุนไพรที่มีการใช้ทั้งสองแหล่งข้อมูล

4.2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล ได้แก่ PubMed, Google Scholar, Scopus และ ScienceDirect โดยสืบค้นข้อมูลที่ได้รับการตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2012-2020 ด้วยคำค้นที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคลม (อาการของวายุธาตุพิการ ตามคัมภีร์ธาตุวิงค์) เช่น pain, knee pain, treatment, disease, gastrointestinal และ/หรือชื่อวิทยาศาสตร์ และ/หรือชื่อสามัญของสมุนไพร และประเมินระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแนวของ Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (OCEBM 2011) ที่ปรับปรุงโดยสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยระดับของหลักฐานกำหนดดังนี้ 1 = Systematic review/ meta-analysis ของ RCTs, 2 = RCT หรือ งานวิจัยเชิงสังเกตที่ผลลัพธ์มีผลกระทบมาก, 3 = Cohort studies หรือ Follow-up studies, 4 = Case-series

หรือ Case-control studies และ 5 = ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ หรือการวิจัยในหลอดทดลองหรือสัตว์ทดลอง¹⁰

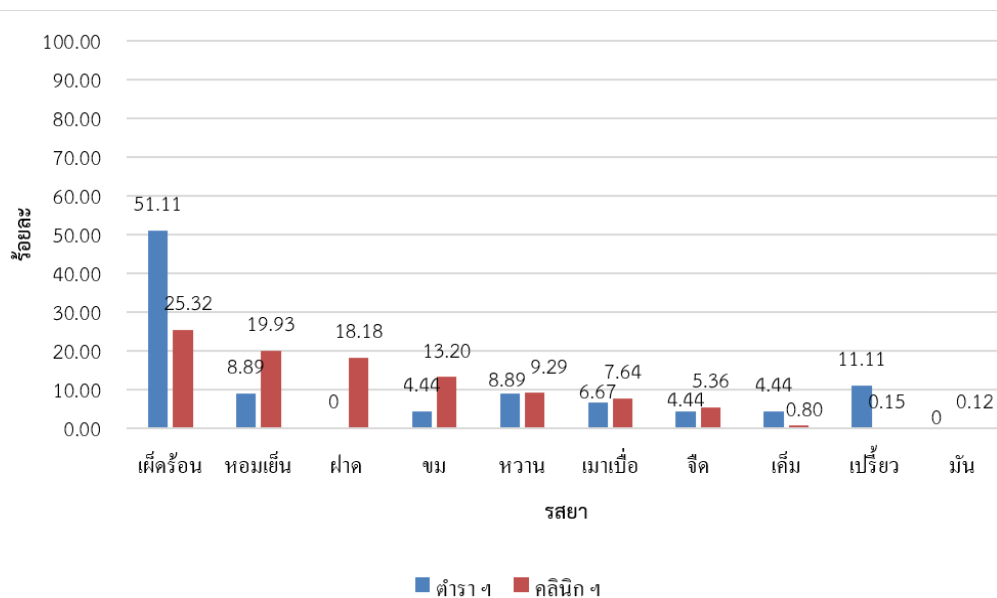
ผลการศึกษา

จากข้อมูลผู้ป่วยของคลินิกฯ ในช่วงเวลาที่ศึกษา พบว่าโรคลมที่พบบ่อย คือ กลุ่มอาการลมปัดฆาฏ ลมจับโปง และลมอัมพาต จากการเปรียบเทียบชนิดของสมุนไพรสำหรับรักษา ในตำราฯ และในคลินิกฯ พบสมุนไพรที่มีชื่อเหมือนกันจำนวน 53 รายการ เมื่อนำสมุนไพรที่มีชื่อเหมือนกันมาจำแนกประเภทตามหลักเภสัชวัตถุ พบว่ามีพืชวัตถุ 50 ชนิด และธาตุวัตถุ 3 ชนิด ที่ใช้ตรงกัน (ตารางที่ 1) โดยมีสมุนไพรหายาก 1 รายการ ได้แก่ กฤษณา

เมื่อวิเคราะห์ตามหลักสรรพคุณเภสัช โดยเปรียบเทียบรสประธานของตำรับยารักษาโรคลมระหว่าง ตำราฯ กับคลินิกฯ และจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์แผนไทย พบว่ารสประธานของตำรับยาของตำราฯ เป็นรสร้อนทั้งหมด ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพาตจับลิ้นหัด ยาจิตรการยพิจรูญ ยามหากทศใหญ่ และยาแก้ลมปัดฆาฏ และลมอื่น ๆ ส่วนของคลินิกฯ เป็นรสร้อน จำนวน 5 ตำรับ คือ ยาสดิศาราร, ยาเกษียเบอร์ 2, ยาธณีสถิตชะตาด, ยาลมเบอร์ 65 และยาลมเบอร์ 66 และรสสุขุม จำนวน 4 ตำรับ คือ ยาสดกวางตะ, ยาหอมอินทจักร์, ยาหอมทิพโอสถ และยาหอมนวโกฐ เมื่อจำแนกตามระบบยา 9 รส และรสยาอื่น ๆ พบว่ามีเครื่องยาที่มีรสยาเหมือนกันระหว่างตำราฯ และคลินิกฯ ได้แก่ รสเผ็ดร้อน, รสหอมเย็น, รสขม, รสหวาน, รสเมาเบื่อ, รสจืด, รสเค็ม และรสเปรี้ยว ซึ่งรสยาที่พบมากที่สุดคือ รสเผ็ดร้อน (แผนภูมิที่ 1)

ตารางที่ 1 ชนิดของยาสมุนไพรรักษาลมปัดฆาฏ ลมจับโปง และลมอัมพาต ที่พบในตำราพระโอสถพระนารายณ์ และคลินิกอายุรเวท แพทย์แผนไทยประยุกต์ รพ.ศิริราช

หัวข้อ	จำนวนที่พบ (รายการ)		
	ตำราฯ	คลินิกฯ	ทั้งสองแหล่ง
ชนิดเครื่องยา	92	224	53
ชนิดเครื่องยาจำแนกตามหลักเภสัชวัตถุ			
1. พืชวัตถุ	76	216	50
2. สัตว์วัตถุ	7	2	0
3. ธาตุวัตถุ	5	6	3
4. ไม่ทราบชนิด	4	0	0



แผนภูมิที่ 1 จำนวนสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคลมปัตฆาฏ ลมจับโปง และลมอัมพาตในตำราพระโอสถพระนารายณ์ และคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ รพ.ศิริราช จำแนกตามระบบยา 9 รส และรสยาอื่น ๆ แสดงเป็นร้อยละของจำนวนสมุนไพรที่พบทั้งหมด

ตารางที่ 2 จำนวนพืชยาที่พบในตำรับยาในการรักษาโรคลมจับโปง ลมปัตฆาฏ และลมอัมพาตในตำราพระโอสถพระนารายณ์และคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ รพ.ศิริราช ตามหลักคณาเภสัช

พิกัด	ตำรา ๑ (จำนวนตำรับ)			คลินิก ๑ (จำนวนตำรับ)		
	ลมจับโปง	ลมปัตฆาฏ	ลมอัมพาต	ลมจับโปง	ลมปัตฆาฏ	ลมอัมพาต
เปลือกทั้งสอง	0	1	1	0	0	0
จันทน์ทั้งสอง	0	0	1	2	19	5
หัตถ์คุดทั้งสอง	0	1	0	0	0	0
แสมทั้งสอง	0	0	0	4	31	2
ข้าวเย็นทั้งสอง	0	0	0	3	32	0
เทียนทั้งสอง	0	0	0	1	14	1
มวกทั้งสอง	0	0	0	0	4	1
มะขามทั้งสอง	0	0	0	0	1	0
กระดาดทั้งสอง	0	0	0	0	1	0
ตริภูก	0	0	1	2	13	0
ตริผลา	0	0	0	0	5	0
ตริสาร	0	0	0	0	2	0
ตริสมอ	0	0	0	0	1	0
จตุผลาติตะ	0	0	0	1	1	0
เบญจเทียน	0	1	3	0	4	2

พิกัด	ตำรา ฯ (จำนวนตำรับ)			คลินิก ฯ (จำนวนตำรับ)		
	ลมจับโป่ง	ลมปฏุมหาต	ลมอัมพาต	ลมจับโป่ง	ลมปฏุมหาต	ลมอัมพาต
เบญจโกฐ	0	0	1	1	3	1
เบญจเกสร	0	0	0	2	12	0
เบญจกุล	0	0	0	1	5	1
เบญจโลกวิเชียร	0	0	0	0	4	0
สัตตะเกสร	0	0	0	0	0	1
เนาวเทียน	0	0	0	1	0	3
เนาวโกฐ	0	0	0	0	0	3
รวม	0	3	7	18	152	20

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบกลุ่มพิกัดยาที่พบในตำราพระโอสถพระนารายณ์ และคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ รพ.ศิริราช สำหรับโรคลมจับโป่ง ลมปฏุมหาต และลมอัมพาต

กลุ่มยาพิกัด	จำนวนที่พบในตำรับ (พิกัด)		
	ตำรา ฯ	คลินิก ฯ	พิกัดยาที่ใช้ตรงกัน
จุลพิกัด	3	7	1
พิกัดตรี	1	4	1
พิกัดจตุ	0	1	0
พิกัดเบญจ	2	5	2
พิกัดสัตตะ	0	1	0
พิกัดเนาวะ	0	2	0

เมื่อวิเคราะห์ตามหลักเภสัชกรรม พบว่าวิธีการปรุงยา สำหรับรักษาโรคลมจับโป่ง ลมปฏุมหาต และลมอัมพาต ในตำราฯ พบ 2 วิธี 1) ยาตำเป็นผงแล้วบดให้ละเอียดละลายน้ำกระสายยา กิน จำนวน 4 ครั้ง และ 2) ยาผสมแล้วใช้เป็นยาทาจำนวน 2 ครั้ง สำหรับคลินิกฯ พบ 9 วิธี คือ 1) ยาต้ม จำนวน 137 ครั้ง 2) ยาชนิดเม็ด จำนวน 7 ครั้ง 3) ยาชนิดลูกกลอน จำนวน 6 ครั้ง 4) ยาหม่อง จำนวน 2 ครั้ง 5) ยาน้ำมัน จำนวน 1 ครั้ง 6) ยาประคบ จำนวน 1 ครั้ง 7) ยาแคปซูล จำนวน 1 ครั้ง 8) ยาอบตัว จำนวน 1 ครั้ง และ 9) ยาผงจำนวน 1 ครั้ง พบวิธีการปรุงยาเหมือนกัน 1 วิธี คือ ยาผง และในตำราฯ พบการใช้ยากระสายยา 7 ชนิด ได้แก่ น้ำกระเทียม, น้ำขิง, น้ำมะนาว, น้ำส้มซ่า, น้ำส้มสายชู, น้ำสุรา และน้ำผึ้ง ส่วนคลินิกฯ ไม่มีการใช้ยากระสายยา

สมุนไพรที่มีการใช้บ่อย 15 อันดับแรกในการรักษา โรคลมจับโป่ง ลมปฏุมหาต และลมอัมพาต ของทั้งในตำราฯ และคลินิกฯ แสดงดังตารางที่ 4 จากนั้นนำรายการสมุนไพรเหล่านี้มาคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อนำไปสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ พบสมุนไพรที่เข้าตามเกณฑ์ 5 ชนิด คือ เจตมูลเพลิงแดง, ดีปลี, เทียนดำ, พริกไทย และเทียนขาว (ตารางที่ 5) และเมื่อเรียงลำดับสมุนไพรตามความถี่ที่ใช้ พบว่า ในตำราฯ ความถี่ของเจตมูลเพลิงแดง ดีปลี เทียนดำ และพริกไทย มีการกล่าวถึงเท่ากัน คือ 4 ครั้ง ส่วนเทียนขาวมีการใช้ 3 ครั้ง ต่างจากลำดับที่ใช้ในคลินิกฯ ที่พบว่า พริกไทยมีการใช้มากที่สุด 802 ครั้ง รองลงมา ได้แก่ เทียนดำ เทียนขาว ดีปลี และเจตมูลเพลิงแดง ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สมุนไพรที่ใช้อยู่ 15 อันดับแรก ในการรักษาโรคลมจับโปง ลมปฏิกษาม และลมอัมพาต ในตำราพระโอสถพระนารายณ์ และคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ รพ.ศิริราช

ลำดับ	ตำรา ฯ			คลินิก ฯ		
	สมุนไพร	UR	ร้อยละ	สมุนไพร	UR	ร้อยละ
1	กระวาน	4	2.86	ไพล	1408	4.93
2	ชิง	4	2.86	ว่านนางคำ	1037	3.63
3	เจตมูลเพลิงแดง	4	2.86	ว่านร้อนทอง	1030	3.61
4	ดีปลี	4	2.86	ว่านเอ็นเหลือง	1030	3.61
5	เทียนดำ	4	2.86	พริกไทย	802	2.81
6	เทียนตาตั๊กกะ แตน	4	2.86	ลูกจันทน์	671	2.35
7	พริกไทย	4	2.86	เถาวัลย์เปรียง	623	2.18
8	ไคร้เครือ	3	2.14	มหาหิงคุ์	570	2.00
9	เทียนขาว	3	2.14	ดอกจันทน์	566	1.98
10	เทียนขาวเปลือก	3	2.14	เทียนดำ	549	1.92
11	เทียนแดง	3	2.14	ว่านน้ำ	549	1.92
12	เปล้าน้อย	3	2.14	เทียนขาว	544	1.90
13	สะค้าน	3	2.14	ดีปลี	542	1.90
14	กานพลู	2	1.43	โกฐเขมา	531	1.86
15	โกฐสอ	2	1.43	เจตมูลเพลิงแดง	481	1.68

UR = number of use reports

ตารางที่ 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ของสมุนไพรที่ใช้อยู่ในการรักษาโรคลมในตำราพระโอสถพระนารายณ์ และคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ รพ.ศิริราช

ลำดับ	ชื่อสมุนไพร	ส่วนที่ใช้	ชื่อวิทยาศาสตร์	ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ และฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา/ผลการวิจัยทางคลินิก ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการรักษาโรคลม			ระดับของหลักฐานสูงสุด ¹⁰
				ในหลอดทดลอง (in vitro)	ในสัตว์ทดลอง (in vivo)	ในคลินิก (clinical trial)	
1	เจตมูลเพลิงแดง	ราก	<i>Plumbago indica</i> L.	-	ฤทธิ์ระงับปวด ¹¹	-	5
		ใบ		-	ฤทธิ์ต้านการอักเสบและระงับปวด ¹²	-	5
2	ดีปลี	ผล	<i>Piper retrofractum</i> Vahl.	-	ฤทธิ์ระงับปวด ¹³	-	5

ลำดับ	ชื่อสมุนไพร	ส่วนที่ใช้	ชื่อวิทยาศาสตร์	ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ และฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา/ผลการวิจัยทางคลินิก ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการรักษาโรค			ระดับของหลักฐานสูงสุด ¹⁰
				ในหลอดทดลอง (in vitro)	ในสัตว์ทดลอง (in vivo)	ในคลินิก (clinical trial)	
3	เทียนดำ	เมล็ด	<i>Nigella sativa</i> L.	-	-	น้ำมันเมล็ดเทียนดำผสมกับน้ำผึ้ง บรรเทาอาการของโรคกระเพาะอาหารแปรปรวนได้ ¹⁴	3
		เมล็ด		-	ฤทธิ์ในการลดความดันโลหิต ¹⁵	น้ำมันเมล็ดมีผลลดความดันโลหิตในอาสาสมัครสุขภาพดี ¹⁶	3
		เมล็ด		-	-	การทาน้ำมันเมล็ดช่วยลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุ ¹⁷	3
		เมล็ด		-	ฤทธิ์ด้านการอักเสบและระงับปวด ¹⁸	-	5
4	พริกไทย	เมล็ด	<i>Piper nigrum</i> L.	-	สาร Piperine มีฤทธิ์ระงับปวด, ต้านชัก ¹⁹ และต้านอักเสบ ²⁰	การสูดดมไอน้ำระเหยจากพริกไทยลดปวดในคนไข้ได้ (ไม่ระบุชนิดของอาการปวด) ²¹ และช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (post-stroke) มีการกลืนที่ดีขึ้น ²²	3
5	เทียนขาว	เมล็ด	<i>Cuminum cyminum</i> L.	-	ฤทธิ์ระงับปวด และต้านการอักเสบ ²³	-	5

อภิปรายผล

ตำราพระโอสถพระนารายณ์ (ตำราฯ) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นฉบับที่เหมือนกับในฉบับโบราณ⁶ โดยมีการเรียบเรียงเนื้อหาเหมือนกับฉบับที่จัดพิมพ์ครั้งแรก โดยมีเนื้อหากล่าวถึงโรคต่าง ๆ รวมถึงโรคลม และยาสมุนไพรที่ใช้แก้อาการที่เกิดจากธาตุลมหลายประเภท

โรคลมที่พบที่คลินิกฯ มี 3 กลุ่มอาการ คือ 1. ลมปัดฆาฏหรือลมปลายปัดฆาฏ เป็นโรคชนิดหนึ่งเกิดจากการแข็งตัวของเลือดสามารถเป็นได้ทุกส่วนของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เยื่อหุ้ม

กระดูก ร้าวหัวต่อกระดูก ยกเว้นตัวกระดูก²⁴, 2. ลมจับโป่ง เป็นโรคในตระกูลลมชนิดหนึ่ง เกิดจากอาหาร อากาศ น้ำ (น้ำมันมะ) และเป็นเฉพาะข้อเข่ากับข้อเท้าเท่านั้น²⁴ และ 3. ลมอัมพาต เป็นโรคที่เกิดจากลมเบื้องสูงกับลมเบื้องต่ำพัดไม่สมดุลกัน (ลมอโรคมาวาตาและลมอุทกังคาวาตา ระคนกัน) จะต้องมีการเคลื่อนหลุดของหัวต่อกระดูกจากเบ้าเสมอ เห็นได้ที่หัวไหล่และสะโพก เรียกว่าอัมพาต²⁴ ดังนั้น ในการเปรียบเทียบตำรับยา และตัวยาที่ใช้ในการรักษาโรคลมระหว่างตำราฯ และคลินิกฯ จึงวิเคราะห์เฉพาะยาที่ใช้รักษา 3 โรคนี้เท่านั้น

จากการเปรียบเทียบระหว่างตำราฯ และคลินิกฯ ไม่พบว่ามีการใช้ตำรายาที่มีชื่อเหมือนกัน หรือตำรายาที่มีองค์ประกอบทั้งตำรับใกล้เคียงกัน ถึงแม้จะมีสมุนไพรหลายชนิดที่ใช้ตรงกัน แต่สมุนไพรเหล่านี้ก็เป็นสมุนไพรที่ใช้มากในการรักษาโรคอยู่แล้ว แสดงว่าแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่คลินิกฯ ไม่ได้ใช้ตำราฯ เป็นแหล่งอ้างอิงในการทำเวชปฏิบัติโรคคม อาจเป็นเพราะว่าตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยนั้น ยังมีคัมภีร์อื่น ๆ ที่ใช้อ้างอิงในการรักษาโรคคม เช่น คัมภีร์โรคนิทาน, คัมภีร์ธาตุวิภังค์ และคัมภีร์ชวตาร นอกจากนี้ การตั้งตำรายา ต้องพิจารณาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสำคัญ ยาในคลินิกฯ จึงมีการปรับเปลี่ยนตามอาการของคนไข้เฉพาะราย

หลังจากทบทวน และบันทึกรายการยาสมุนไพรแล้ว เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักเภสัชกรรมไทย พบข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ตามหลักเภสัชวัตถุ: จากการรวบรวมข้อมูล เปรียบเทียบ วิเคราะห์เครื่องยา เมื่อนำยาสมุนไพรมาเปรียบเทียบกัน มีสมุนไพรที่เหมือนกันทั้งหมด 53 ชนิด ซึ่งเป็นสมุนไพรรสเผ็ดร้อนและรสร้อนมากที่สุดรวมกัน 28 รายการ มีสรรพคุณในการรักษาโรคคม แก้ลมกองหยาบ ลมจุกเสียดแน่น ลมพรตัก และบำรุงธาตุ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของแพทย์แผนไทยในการตั้งตำรายาในการรักษาโรคคม จะใช้รสยาในการรักษาเป็นรสร้อน⁸ และสมุนไพรรสอื่น ๆ รวมกัน 25 รายการได้แก่ รสสุขุม, รสหอมเย็น, รสเค็ม, รสเย็น, รสจืด, รสเปรี้ยว, รสขม, รสมัน และรสหวาน ซึ่งสาเหตุที่สมุนไพรบางชนิดในตำราฯ ไม่พบในการใช้ในคลินิกฯ ในปัจจุบัน อาจเกิดจากการที่สมุนไพรถูกตัดออกจากตำรายาในภายหลังจากข้อมูลความปลอดภัยที่ทราบเพิ่มเติม ได้แก่ ไคร้เครือ²⁵ หรือเกิดจากการที่สมุนไพรชนิดนั้นกลายเป็นสมุนไพรหายาก ทำให้มีราคาแพง หรือถูกจัดเป็นพืชอนุรักษ์ในปัจจุบัน ทำให้มีการควบคุมการซื้อขาย ได้แก่ กฤษณา ซึ่งปัจจุบันจัดอยู่ในพืชอนุรักษ์บัญชีที่ 2²⁶ หรือไม่สามารถระบุได้ว่าสมุนไพรชนิดนั้นคือสมุนไพรอะไร เนื่องจากชื่อเรียกนั้นไม่มีใช้หรืออาจจะมีชื่อเรียกที่แตกต่างไปในปัจจุบันได้แก่ น้ำมันขะตะ น้ำมันกุเลาะ สหัสคันทา และอชระคันทา ดังนั้นตำราฯ จึงเป็นหนึ่งในตำราทางการแพทย์แผนไทยที่นักศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไปในอนาคตในการรักษาโรคคม และโรคอื่น ๆ เป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับศาสตร์การแพทย์แผนไทย

2. การวิเคราะห์ตามหลักสรรพคุณเภสัช: จากผลการเปรียบเทียบรสประธานของตำรายาสมุนไพรรักษาโรคคมระหว่างตำราฯ กับคลินิกฯ พบว่ารสประธานของยาในตำราฯ มีเพียงรสร้อน ส่วนในคลินิกฯ มีการใช้ทั้งรสร้อน และรสสุขุม ตามตำราเภสัชกรรมไทยกล่าวไว้ว่า วาโยธาตุ เมื่อพิจารณาให้แก้ด้วยยารสสุขุม และรสเผ็ดร้อน⁸

จากการวิเคราะห์ตัวยาสุมไพรตามระบบยา 9 รส และรสยาอื่น ๆ ในตำราฯ และคลินิกฯ พบว่า มีรสยา 9 รส เป็นรสเผ็ดร้อน ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับคัมภีร์ทางการแพทย์แผนไทยว่าเป็นรสยาที่ใช้ในการรักษาธาตุลม⁸ อย่างไรก็ตาม การจ่ายยานั้นต้องพิจารณาข้อมูลของผู้ป่วยเฉพาะราย ได้แก่ ธาตุเจ้าเรือน อุตสุมภูฐาน กาลสุมภูฐาน อายุสุมภูฐาน และอาการร่วมอื่นของผู้ป่วยร่วมด้วย³ และ

สัดส่วนในการตั้งตำรายานี้ขึ้นอยู่กับอาการ และกำลังของแต่ละบุคคล จึงทำให้การจ่ายยานี้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษา ซึ่งการจ่ายยาของคลินิกฯ นั้น เนื่องจากมีการพบผู้ป่วยจริง เป็นข้อมูลของผู้ป่วยเฉพาะราย จึงมีการใช้ทั้งยารสร้อน รสเผ็ดร้อนและรสสุขุมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3. การวิเคราะห์พิภคยา: พิภคยาที่พบมากที่สุด คือ จุลพิภค พบ 3 พิภค ของตำราฯ และ 7 พิภค ของคลินิกฯ ผู้วิจัยมีแนวคิดที่ว่าสาเหตุที่พบสมุนไพรในจุลพิภคมากที่สุด เนื่องด้วยจุลพิภคมีจำนวนของในสมุนไพรในพิภคไม่มาก และสรรพคุณของยาจะเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ง่ายต่อการตั้งตำรายาสมุนไพรให้กับผู้ป่วยและง่ายต่อการจดจำ จึงทำให้มีการนำจุลพิภคมาใช้ในการรักษาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสนใจว่า ข้าวเย็นทั้งสอง แสมทั้งสอง และ จันทน์ทั้งสอง ซึ่งเป็นพิภคที่ใช้มากในการรักษาโรคคมของคลินิกฯ แต่ในตำราฯ มีการกล่าวถึงตำรายาที่มีจันทน์ทั้งสองเพียง 1 ตำรับ คือ น้ำมันมหาวิศกรรภราชาโธล อาจเพราะจันทน์ขาว (รสขมหวาน) และจันทน์แดง (รสขมเย็น)⁶ ไม่ใช่ตัวยาหลักในการรักษาโรคคม แต่ใส่ลงไปเพื่อการแก้อาการอื่น ๆ ที่มีร่วมด้วย ส่วนพิภคแสมทั้งสอง พบว่าในตำราฯ มีการใช้แสมทะเลในตำรับน้ำมันมหาประลัยกลีบ ซึ่งใช้แก้ความผิดปกติของอณูพะ แก้กล่อนลม แก้มือเท้าตาย ย่อยเบื่อย อาจเพราะแสมทะเลมีสรรพคุณแก้ลมในกระดุก แต่แสมสารนั้นมีสรรพคุณเด่นเรื่องในการเป็นยาระบาย⁷ จึงไม่ได้ใช้ในตำราฯ สำหรับข้าวเย็นทั้งสองนั้นมีสรรพคุณเด่นด้านการแก้ท้องเสีย⁷ จึงทำให้ไม่มีการใช้ในยาแก้ลมในตำราฯ แต่ที่มีการใช้ในคลินิกฯ น่าจะเป็นเพราะอาการของคนไข้ที่มารับการรักษา

4. วิธีการปรุงยา และน้ำกระสายยา: วิธีการปรุงยาในการรักษาโรคคม พบมากที่สุด ได้แก่ ยาตำเป็นผงแล้วบดให้ละเอียด ละลายน้ำกระสายยา กินของตำราฯ เป็นวิธีที่นิยมในสมัยพระนารายณ์ แสดงให้เห็นว่าความรู้ในการปรุงยาในสมัยอดีต มีการบดให้ละเอียด และมาละลายน้ำกระสายยา กินนั้น จะช่วยทำให้ดูดซึมตัวยาง่ายขึ้น และง่ายต่อการนำไปปรุงยาชนิดอื่นต่อ เช่น ยาดอกเม็ดยาลูกกลอน หรือยาแคปซูล⁸ ในปัจจุบันพบการปรุงยาที่มากที่สุด คือรูปแบบยาต้ม ของคลินิกฯ แสดงให้เห็นว่ายาต้มเฉพาะรายยังเป็นยาที่มีความจำเป็นและใช้ได้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ถึงแม้ว่าจะไม่มีแสดงในตำรายารักษาโรคคมในตำราฯ ใน แต่วิธีการปรุงยาต้มนั้นยังมีการใช้อยู่ในคัมภีร์แพทย์แผนไทยมาอย่างช้านาน สามารถดูดซึมได้ง่าย ออกฤทธิ์เร็ว⁸ ยาต้มเฉพาะรายสามารถรักษาอาการได้เหมาะสมกับอาการป่วยของแต่ละบุคคล รักษาอาการได้ตรงจุด สามารถปรับเปลี่ยนตัวยาดให้เหมาะกับอาการของผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับธาตุเจ้าเรือน โดยไม่ทำให้รสยาหลักนั้นเสียไป และการบริหารยาแบบน้ำช่วยทำให้ยาดูดซึมได้รวดเร็วขึ้นเช่นกัน

ในส่วนของการนำกระสายยาในตำราฯ ที่ช่วยในการรักษาโรคคม จะเห็นได้ว่าในสมัยอดีตนิยมใช้น้ำกระสายยาช่วยทำให้เพิ่มฤทธิ์ยา และทำให้รสรสรับประทานง่ายขึ้น⁸ แต่ในปัจจุบัน ด้วยยุค

สมัยที่เปลี่ยนไป วิธีการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไป เพื่อให้ง่ายต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การปรุงน้ำกระสายยานั้นเพิ่มขึ้นตอนในการรับประทานยา การรับประทานยากับน้ำกระสายยา จึงไม่ค่อยเป็นที่นิยมในปัจจุบัน และวิธีการปรุงยาในคลินิกฯ วิธีการใช้ยาส่วนใหญ่เป็นยาต้ม ซึ่งมีถ้วยที่แต่งกลิ่น แต่งรสยาอยู่ในตำรับ เพื่อให้ยาสมุนไพรรับประทานง่าย^๑ จึงไม่ปรากฏการใช้น้ำกระสายยาควบคู่กับยาสมุนไพร จึงเป็นเพียงตัวเลือกเพิ่มเติมในการรักษาควบคู่กับยาสมุนไพรแต่เพียงเท่านั้น

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของสมุนไพรที่ใช้มากและตรงกันจากทั้งสองแหล่ง 5 ชนิด ได้แก่ เจตมูลเพลิงแดง, ตีป्ली, เทียนดำ, พริกไทยดำ และเทียนขาว ในทางการแพทย์แผนไทย อาการปวดตามร่างกายจัดว่าเป็นสมุฏฐานวาทะ หรือธาตุลมพิการหรือกำเริบ อาจเกิดจากเหตุที่ทำให้ธาตุลมนั้นผิดปกติเอง หรือเป็นผลจากธาตุอื่นที่ผิดปกติอยู่ก่อนแล้วมีผลกระทบต่ธาตุลม ธาตุลมที่กำเริบ หรือมีมากเกินไป จะทำให้เกิดอาการปวด^๔ ซึ่งสมุนไพรเหล่านี้สามารถพบในพิภคต่าง ๆ ดังนี้

1. เจตมูลเพลิงแดง พบในพิภคตริสาร และพิภคเบญจกูล
2. ตีป्ली พบในพิภคตริภูก และพิภคเบญจกูล
3. เทียนดำ พบในพิภคเบญจเทียน และเนาวเทียน
4. พริกไทย พบในพิภคตริภูก
5. เทียนขาว พบในพิภคเทียนทั้งสอง, เบญจเทียน และเนาวเทียน^๓

ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด และการอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับธาตุลม

จากการสืบค้นหลักฐาน พบว่า เทียนดำที่มีสรรพคุณทางการแพทย์แผนไทย คือ ขับลมในลำไส้^๗ มีงานวิจัยทางคลินิกสนับสนุนสรรพคุณในการบรรเทาอาการของโรคกระเพาะอาหารแปรปรวน (functional dyspepsia)^{๑๔} สำหรับพริกไทยนั้น มีงานวิจัยทางคลินิกที่สนับสนุนว่าพริกไทยลดอาการปวดในคนไข้และสามารถเพิ่มการเคลื่อนไหวในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบงานวิจัยในสัตว์ทดลองที่แสดงว่าสารสำคัญในพริกไทยมีฤทธิ์ระงับปวด ด้านอักเสบและด้านชักได้ ซึ่งสนับสนุนสรรพคุณในการรักษาอาการทางธาตุลมที่ผิดปกติจึงทำให้เกิดอาการปวดและการเคลื่อนไหว ส่วนเจตมูลเพลิงแดง ตีป्ली และเทียนขาวนั้น ไม่พบงานวิจัยทางคลินิกที่สนับสนุนฤทธิ์ในการรักษาโรคลม แต่พบว่ามีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาในการระงับปวดและด้านการอักเสบ โดยการยับยั้งเอนไซม์ COX-1 และ COX-2 ซึ่งระดับของหลักฐานที่พบยังไม่สนับสนุนในการใช้แบบดั้งเดิม แสดงให้เห็นว่าสมุนไพรไทยที่ใช้รักษาโรคลมยังต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้มีความครอบคลุม และมีหลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้นอีกเพื่อใช้เป็นข้อมูลนำมาประกอบการทำเวชปฏิบัติ

สรุป

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาขั้นแรกที่ใช้เปรียบเทียบองค์ความรู้ในการรักษาโรคลมจากตำราพระโอสถพระนารายณ์กับเวชปฏิบัติจริงในปัจจุบัน จากการเปรียบเทียบระหว่างตำราฯ และคลินิกฯ ไม่พบว่ามีตำรับยาที่มีชื่อเหมือนกัน หรือตำรับยาที่มีองค์ประกอบทั้งตำรับใกล้เคียงกัน แต่พบว่าหลักการใช้ยารสร้อนเพื่อรักษาโรคลม มีความสอดคล้องกัน อย่างไรก็ตามข้อมูลนี้มาจากการเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลเพียงแหล่งเดียว จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้ข้อมูลจากสถานพยาบาลหลายแหล่งมากขึ้น การศึกษาวิจัยพบว่ามีตัวยาสุมุนไพร 5 ชนิดที่มีความสำคัญในการรักษาโรคลม และจากการขาดแคลนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่ายังคงมีความต้องการงานวิจัยเกี่ยวกับตัวยารักษาโรคลมเพิ่มอีกมาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ประจำหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์มหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำปรึกษาในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิมฯ และโรงเรียนอายุรเวทราช สภามหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศูนวณิชการพิมพ์; 2555.
2. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/>
3. ทวี เลหาพันธ์, เอื้อพงศ์ จตุรธำรง, ธาณี เทพวัลย์. การแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน ๒๕๕๔. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
4. ทวี เลหาพันธ์, เอื้อพงศ์ จตุรธำรง. การแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน ๒๕๕๕. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
5. ชยันต์ พิเชียรสุนทร, แม้นมาส ขวลิต, วิเชียร จีรวงส์. คำอธิบายตำราพระโอสถพระนารายณ์ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา มหาราช 5 ธันวาคม พุทธศักราช 2542. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2558.
6. ขวน ศรสงคราม. ตำราพระโอสถพระนารายณ์. พระนคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์ 112 ถนนบริพัตร; 2508.
7. เสริม พงษ์บุญรอด. ไม้เทศเมืองไทย สรรพคุณของยาเทศและยาไทย. กรุงเทพฯ: เกษมบรรณกิจ; 2522.
8. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม อายุรเวทวิทยาลัย (ชีวโกมารภักจ). ตำราการเภสัชกรรม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อุษาการพิมพ์; 2559.

9. ธเนศพล พันธุ์เพ็ง. การปรุงยาสมุนไพรตามกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทย 28 วิธี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
10. Lumlerdkij N, Mamak C, Duangdamrong J, Phayak-khawisai T, Trakoolsilp B, Jamparngernthaweesri K, et al. Evaluation of Evidence Related to Medical Uses and Health Claims of Finger-root. *Siriraj Medical Bulletin*. 2021;14(2):61-72.
11. Paul S, Saha D. Analgesic activity of methanol extract of *Plumbago indica* (L.) by acetic acid induced writhing method. *Asian Journal of Pharmacy and Technology*. 2012;2(2):74-6.
12. Ittiyavirah S, Jobin K, Jissa M, Jomy M, Josmi T, Littin B. ANTI-INFLAMMATORY AND ANALGESIC ACTIVITIES OF PLUMBAGO CAPENSIS AND PLUMBAGO INDICA. *Advances in Pharmacology & Toxicology*. 2012;13(1).
13. Sireeratawong S, Itharat A, Lerdvuthisopon N, Piyabhan P, Khonsung P, Boonraeng S, et al. Anti-Inflammatory, Analgesic, and Antipyretic Activities of the Ethanol Extract of *Piper interruptum* Opiz. and *Piper chaba* Linn. *International Scholarly Research Notices*. 2012;2012.
14. Mohtashami R, Huseini HF, Heydari M, Amini M, Sadeqhi Z, Ghaznavi H, et al. Efficacy and safety of honey based formulation of *Nigella sativa* seed oil in functional dyspepsia: A double blind randomized controlled clinical trial. *Journal of ethnopharmacology*. 2015;175:147-52.
15. Enayatfard L, Mohebbati R, Niazmand S, Hosseini M, Shafei MN. The standardized extract of *Nigella sativa* and its major ingredient, thymoquinone, ameliorates angiotensin II-induced hypertension in rats. *Journal of basic and clinical physiology and pharmacology*. 2019;30(1):51-8.
16. Fallah Huseini H, Amini M, Mohtashami R, Gharmarchehre M, Sadeqhi Z, Kianbakht S, et al. Blood pressure lowering effect of *Nigella sativa* L. seed oil in healthy volunteers: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Phytotherapy Research*. 2013;27(12):1849-53.
17. Tuna HI, Babadag B, Ozkaraman A, Alparslan GB. Investigation of the effect of black cumin oil on pain in osteoarthritis geriatric individuals. *Complementary therapies in clinical practice*. 2018;31:290-4.
18. Islam MH, Ahmad IZ, Salman MT. In vivo Evaluation of Anti-inflammatory and Analgesic activities of *Nigella sativa* seed during germination. *Int J Pharm Pharm Sci*. 2013;5(4):451-4.
19. Bukhari I, Alhumayyd M, Mahesar A, Gilani A. The analgesic and anticonvulsant effects of piperine in mice. *Journal of Physiology and Pharmacology*. 2013;64(6):789.
20. Tasleem F, Azhar I, Ali SN, Perveen S, Mahmood ZA. Analgesic and anti-inflammatory activities of *Piper nigrum* L. *Asian Pacific journal of tropical medicine*. 2014;7:S461-S8.
21. Costa R, Machado J, Abreu C. Evaluation of analgesic properties of *piper nigrum* essential oil: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *World Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2016;2(2):60.
22. Ebihara T, Ebihara S, Maruyama M, Kobayashi M, Itou A, Arai H, et al. A randomized trial of olfactory stimulation using black pepper oil in older people with swallowing dysfunction. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54(9):1401-6.
23. Bhat SP, Rizvi W, Kumar A. Effect of *Cuminum cyminum* L. seed extracts on pain and inflammation. *Journal of Natural Remedies*. 2014;14(2):186-92.
24. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย บัญชีรหัสกลุ่มโรค อาการและหัตถการด้านการแพทย์แผนไทย. นนทบุรี: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.
25. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง แก้ไขทะเบียนตำรับยาที่มีโครีเครือเป็นส่วนประกอบ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2556/E/049/55.PDF>.
26. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. ประกาศกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เรื่อง พืชอนุรักษ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.doa.go.th/pvp/wp-content/uploads/2021/07/ประกาศพืชอนุรักษ์-2564.pdf>.

Thai Traditional Herbal Medicines Used in the Treatment of Kasai in The Thai Tradition Medicine Textbook (Phaetthaya-satsongkhro Chabap Anuraks) Volume 1 Compared with the Recipe of Siriraj Ayurved Clinic of Applied Thai Traditional Medicine: Analysis Based on Thai Traditional Pharmacy

Thamnapat Duangdee*, Kamontip Harnphadungkit**, Pravit Akarasereenont***, Kangvol Khatshima****, Suksalin Booranasubkajorn*

*Center of Applied Thai Traditional Medicine, **Department of Rehabilitation Medicine, ***Department of Pharmacology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, ****Department of Oriental Languages, Faculty of Archaeology, Silpakorn University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(2):97-106

ABSTRACT

Objectives: To study and catalogue herbal medicines and recipes used for the treatment of Kasai in the Thai Traditional Medicine Textbook (Phaethysartsongkhraoh Chabab Anuraks) Vol.1, to compare herbal medicines and recipes according to the 4 principles of Thai traditional pharmacy for the treatment of Kasai in the scriptures with Siriraj Ayurved Clinic of Applied Thai Traditional Medicine.

Materials and Methods: This research is qualitative. Herbal recipes and herbs for the treatment of Kasai in the scriptures and Siriraj Ayurved Clinic of Applied Thai were listed. The names of crude drugs and their medicinal tastes were checked by experts, analyzed, and compared herbal medicines and recipes according to the 4 principles of Thai traditional pharmacy with the Siriraj Ayurved Clinic of Applied Thai. Then the literature search was performed using PubMed and Google scholar databases to find scientific evidence related to the treatment of Kasai.

Results: A comparison of data found that 72 medicinal ingredients mentioned in the scriptures were also used for the treatment of Kasai at the clinic. Medicinal ingredients with a pungent taste, the groups of herbs Thian-thang-ha and Kot-thang-ha, and the preparation form of decoction were also found most commonly used for Kasai treatments both in the scriptures and at the clinic. Lastly, out of all the ingredients, 7 herbs were found with scientific evidence supporting their use in the treatment of Kasai. The clinical research supports 4 herbs: *Zingiber officinale* Rosc., *Zingiber cassumunar* Roxb., *Terminalia chebula* Retz. and *Curcuma longa* L.. The preclinical research supports 3 herbs: *Allium Sativum* L., *Orthosiphon aristatus* (Blume) Miq. and *Boesenbergia rotunda* (L.) Mansf.

Conclusion: The Kasai were mentioned in many scriptures of Thai traditional medicine. The use of herbal recipes is more common than single herbs. The lack of scientific evidence suggests that there is a crucial need for research on these remedies to provide rational uses. The data obtained from this study can be further utilized to use in the clinical practice of Thai traditional medicine, especially in the use of herbal medicines for the treatment of Kasai.

Keywords: Kasai; herbal recipe; Single herb; Phaethysartsongkhraoh Chabab Anuraks; evidence based

Correspondence to: Suksalin Booranasubkajorn

Email: suksalin.boo@mahidol.ac.th

Received: 11 November 2022

Revised: 27 January 2023

Accepted: 16 February 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i2.260002>

ยาสมุนไพรรักษาโรคภัยในตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1 เปรียบเทียบกับตำรับในคลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช: การวิเคราะห์ทางเภสัชกรรมไทย

ธรรมณพรรธ ดวงดี*, กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ**, ประวิทย์ อัครเสรินทร์***, กังวล คัชขิมา****, สุกส์สลิล บุรณะทรัพย์ขจร*

*สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์, **ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู, ***ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, ****ภาควิชาภาษาตะวันออก คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสมุนไพรและตำรับยาที่มีสรรพคุณในการรักษาโรคภัยในตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1 เปรียบเทียบตำรับยาและสมุนไพรตามหลักเภสัช 4 ที่ใช้ในการรักษาโรคภัยในคลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์โรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา: เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาสมุนไพรและตำรับยาที่มีการรักษาโรคภัยในตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1 และในคลินิกอายุรเวชศิริราช ตรวจสอบความถูกต้องของ ชื่อสมุนไพรและรสรยาโดยผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนตำรับยาและสมุนไพรรักษาโรคภัยในตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ กับในคลินิกอายุรเวชฯ ตามหลักเภสัช 4 ค้นหาหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคภัยในฐานข้อมูล PubMed และ Google scholar

ผลการศึกษา: เปรียบเทียบข้อมูลในคลินิกอายุรเวชศิริราชกับตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ พบเภสัชวัตถุที่ใช้ตรงกัน 72 ชนิด รสรยาที่ตรงกันมากที่สุดคือสรสร้อน คณาเภสัชที่ตรงกันคือเทียนทั้งห้าและโกฐทั้งห้า เภสัชกรรมที่ใช้ตรงกันคือการต้มดื่ม หลักฐานเชิงประจักษ์ของสมุนไพรทั้ง 27 ชนิด พบว่ามีสมุนไพรเพียง 7 ชนิด ที่มีการวิจัยสนับสนุนการรักษาโรคภัย มีงานวิจัยทางคลินิกรองรับเพียง 4 ชนิด ได้แก่ ขิง พืชสมุนไพร และขมิ้นชัน งานวิจัยพรีคลินิก 3 ชนิด ได้แก่ กระเทียม หนุ่ยหนวดแมว และกระชาย

สรุป: โรคภัยมีการกล่าวถึงในหลายคัมภีร์ การรักษานิยมใช้ยาตำรับมากกว่าสมุนไพรเดี่ยว และจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์ของสมุนไพรที่ใช้อย้มน้อย ดังนั้นการพัฒนาวิทยาไทยที่ใช้รักษาโรคภัยยังต้องการการวิจัยอีกมากเพื่อให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุผล และข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ยังสามารถนำไปใช้ในเวชปฏิบัติของการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะในการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคภัย

คำสำคัญ: ภัย; ตำรับยา; สมุนไพรเดี่ยว; แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์; เวชศาสตร์เชิงประจักษ์

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาวิจัยเป็นหนึ่งในกระบวนการพัฒนางานแพทย์แผนไทย ในอดีตองค์ความรู้ส่วนใหญ่เป็นการบอกสืบทอดต่อกันมา ไม่ได้มีการบันทึกหรือเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ การนำองค์ความรู้มาใช้ก็มีส่วนที่เป็นการตีความและปรับเปลี่ยนโดยใช้ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญส่วนบุคคลของแพทย์แผนไทยผู้รักษา ดังนั้นการศึกษาวิจัยในองค์ความรู้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย จากคัมภีร์โบราณ ตำรายาโบราณ และตำราทางการแพทย์แผนไทย และนำมาเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน จะทำให้สามารถเรียนรู้และขยายองค์

ความรู้เดิมจากการวิเคราะห์ตามหลักการแพทย์แผนไทย ซึ่งจะเป็นหลักฐานที่สำคัญในการนำข้อมูลมาศึกษาวิจัยในอนาคตและทำให้มีการบันทึกหรือเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และยังเป็นการพัฒนางานแพทย์แผนไทยให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การแพทย์แผนไทยคงอยู่อย่างยั่งยืนต่อไป¹

โรคภัย เป็นอาการของโรคหลายชนิดที่ทำให้ร่างกายมีอาการเสื่อมโทรม ส่วนใหญ่มักพบในระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อ และระบบขับถ่าย เป็นกลุ่มโรคที่ทำให้สุขภาพไม่สมบูรณ์ บางรายซับซ้อน อาจเป็นโรคที่กระทำต่อร่างกายเพียงอย่างเดียวหนึ่งหรือหลายอย่างทีละเล็กทีละน้อย โดยบางรายอาจมิได้รับการบำบัดรักษาหรือบางรายรักษาแต่ไม่ถูกต้องกับโรคจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมี

สุขภาพเสื่อมโทรมไป² มีการบันทึกไว้ตามตำรา และปรากฏในคัมภีร์ต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบมีการกล่าวถึงคำว่า กษัย ในตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1 ซึ่งได้พัฒนามาจากตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง^{3,4} เป็นตำราที่ใช้อ้างอิงในการเรียนการสอนและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย รวมถึงโรงเรียนอายุรเวทธารง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ก็ได้ใช้ตำราเล่มนี้อ้างอิงในการเรียนการสอนวิชาการแพทย์แผนไทยมากกว่า 30 ปี นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพของตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1 เช่นยาสมุนไพรรักษาอัมพฤกษ์อัมพาต⁵ และยาสมุนไพรแก้ไข้⁶

วัตถุประสงค์

ปัจจุบันสถานการณ์การแพทย์แผนไทยประยุกต์มีงานบริการในส่วนของคลินิกอายุรเวทศิริราช ซึ่งดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในทุกด้าน รวมถึงการรักษาโรคกษัย ซึ่งเป็นโรคที่พบได้ในคลินิกอายุรเวทศิริราช จึงทำให้มีข้อมูลผู้ป่วยที่น่าสนใจและเพียงพอในการนำมาศึกษาเรื่องการรักษาโรคกษัย และในปัจจุบันได้มีการศึกษาก่อนหน้าที่กล่าวถึงอาการของโรคกษัยในการเปรียบเทียบกับโรคระบบทางเดินอาหาร พบกษัยที่กล่าวอ้างถึง คือ กษัยจุก กษัยเชือกควาย กษัยดาน กษัยเถา กษัยทัน กษัยปฐ กษัยปลา กษัยลิ้นกระปือ เป็นต้น⁷ แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับยาสมุนไพร ตำรับยาหรือรูปแบบการใช้ยาเกี่ยวกับโรคกษัย โดยการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคจะยึดหลักเภสัชกรรม 4 ได้แก่ เภสัชวัตถุ เภสัชคุณเภสัช คณาเภสัช และ เภสัชกรรม⁸

เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ คือหลักการสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ประกอบในการดูแลรักษาและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้การรักษามีความปลอดภัยและมีประสิทธิผล โดยอ้างอิงหลักฐานที่ประจักษ์และเป็นเหตุเป็นผล โดยงานวิจัยทางคลินิก systematic review and meta analysis ของ Randomized controlled trial (RCT) เป็นหลักฐานที่น่าเชื่อถือที่สุด⁹ และจากการศึกษาคัมภีร์ที่ปรากฏเบื้องต้นเกี่ยวกับตำรับยาและยาสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคกษัยแต่ละจำพวก ตำรับที่มีอยู่ในแต่ละตำรับจะมีบางส่วนที่คล้ายคลึงกัน¹⁰ ซึ่งยังไม่ได้มีการจัดกลุ่ม หรือรวบรวมอย่างเป็นระบบและยังไม่มีมีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคกษัยของยาสมุนไพร

ดังนั้น เพื่อให้เกิดความชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและจัดหมวดหมู่โรคกษัยตามระบบแพทย์ตะวันตก ศึกษาสมุนไพรรักษาโรคกษัยในตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1 และทำการวิเคราะห์ตำรับ ด้วยยาสมุนไพรและรูปแบบการใช้ โดยใช้องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยตามหลักเภสัช⁴

เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย เปรียบเทียบวิเคราะห์ยาในคัมภีร์กับยารักษาโรคกษัยในคลินิกอายุรเวทศิริราช และนำไปเปรียบเทียบวิเคราะห์กับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์(ข้อมูลทางเวชศาสตร์เชิงประจักษ์) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วิธีการศึกษา

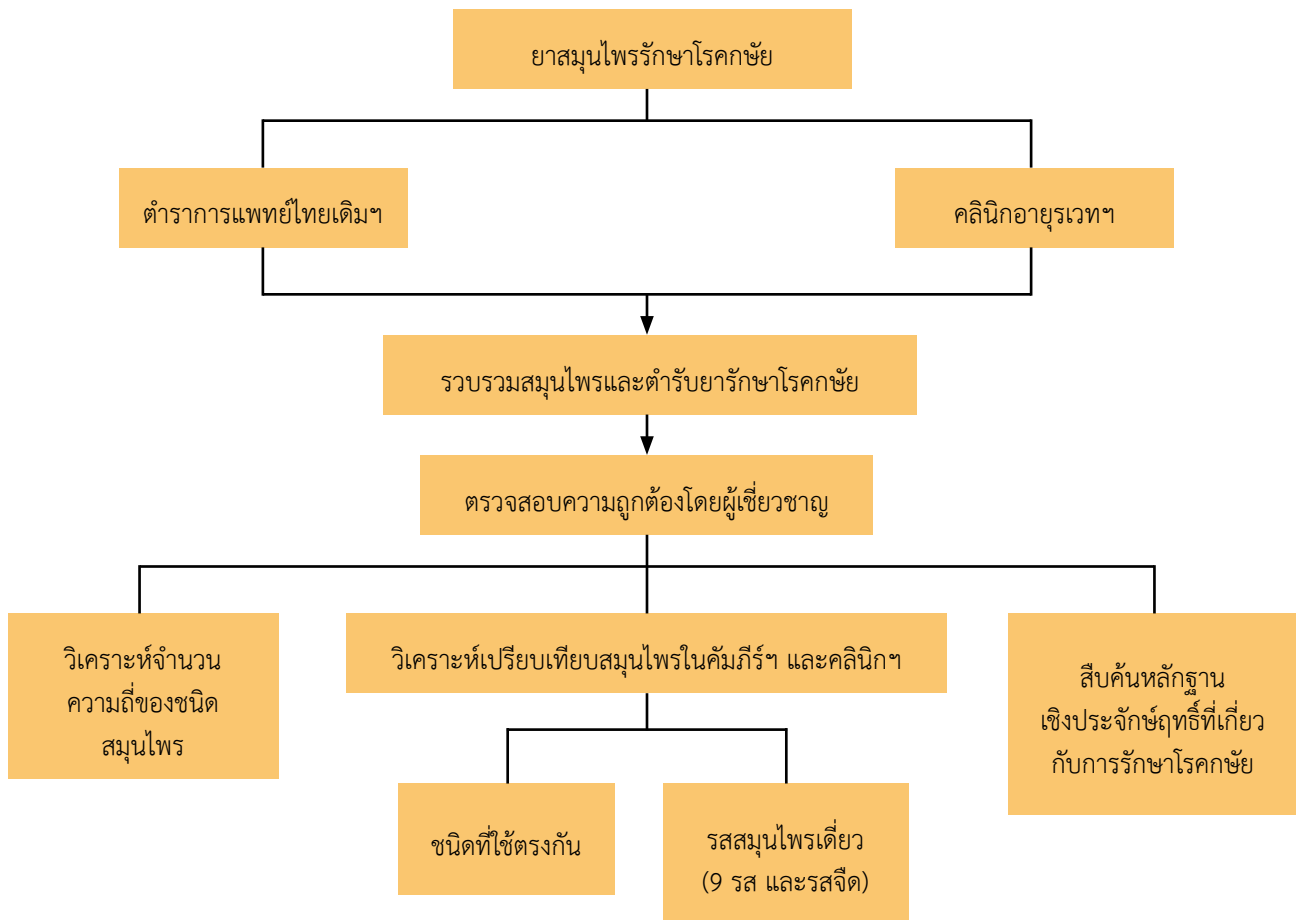
1. รวบรวมรายชื่อสมุนไพรและตำรับยารักษาโรคกษัยในตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ และคลินิกอายุรเวทฯ นับความถี่ของสมุนไพรเดี่ยวและตำรับยารักษาโรคกษัยตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ และสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกษัยทั้งหมดในระบบ Hospital OS ตั้งแต่พ.ศ.2552-2562 จำนวน 101 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคกษัยในคลินิกอายุรเวทฯ ศิริราชซึ่งการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (111/2563(IRB2)) จากนั้นนับความถี่ชื่อสมุนไพรทั้งหมดและนับจำนวนชนิดสมุนไพรโดยนับชนิดที่ไม่ซ้ำกัน ด้วยโปรแกรม MS Excel version 2016

2. วิเคราะห์รสรยาสมุนไพรรักษาโรคกษัย ด้วยหลักเภสัชกรรมแผนไทย คือ สรรพคุณเภสัช หรือรสรยาสมุนไพร โดยการวิเคราะห์จำแนกตามทฤษฎีรสรยา 9 รส ได้แก่ รสผาด รสหวาน รสมัน รสเค็ม รสเปรี้ยว รสขม รสเมาเบื่อ รสเผ็ดหรือรสร้อน และรสหอมเย็น โดยเพิ่มรสจืด รวมเป็น 10 รส

3. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ชื่อและรสรยาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทยในส่วนที่สามารถค้นหาได้จากแหล่งข้อมูลหนังสือหรือตำรา ซึ่งจะใช้เวลาเห็นที่ตรงกัน 3 ใน 5 ท่าน

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนตำรับยาและสมุนไพรรักษาโรคกษัยในตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ กับในคลินิกอายุรเวทฯ ตามหลักเภสัช 4 ว่ามีสมุนไพรตรงกันกี่ชนิด ตำรับยาตรงกันกี่ตำรับ นำสมุนไพรที่ใช้ตรงกันและเป็นชนิดที่มีความถี่สูงสุด 5 อันดับแรกจากตำราการแพทย์แผนไทยเดิมฯ และจากคลินิกอายุรเวทฯ มาค้นหาหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคกษัยในฐานข้อมูล PubMed และ Google scholar โดยการใช้ชื่อวิทยาศาสตร์และชื่อสามัญของสมุนไพร และใช้คำสืบค้นเกี่ยวกับอาการหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคกษัย ได้แก่ Anti-flatulence, dyspepsia, gastroesophageal reflux disease (GERD), lung abscess, lung cancer, pleuritis, dysuria, urinary frequency, urine incontinence, hematuria, bladder stone, kidney stone, polyuria, constipation, intestinal obstruction, dysentery, amenorrhea, oligomenorrhea, muscle strain, muscle pain และ cramp จากนั้นจึงประเมินคุณภาพของหลักฐานโดยใช้แนวปฏิบัติในการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ของ Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2009 (OCEBM)⁹

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการศึกษาวิจัย



ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์จำนวนสมุนไพรและการเปรียบเทียบจำนวนสมุนไพรที่ใช้ตรงกัน

1.1 การวิเคราะห์จำนวนสมุนไพรในส่วนประกอบตำรับยาโรคมะเร็งในตำราการแพทย์ไทยเดิมๆ และในตำรับยาผู้ป่วยโรคมะเร็ง 101 ราย โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ กษัยปฐ ร้อยละ 49.5 กษัยทนต์ ร้อยละ 27.72 กษัยกล่อน ร้อยละ 4.95 กษัยสัน กษัยลิ้น กระบือ กษัยมาน กษัยลม กษัยกล่อนลม กษัยกล่อนเถา พบร้อยละ 1.98 กษัยราก กษัยจุก กษัยเสียด กษัยเต้าร้อยละ 0.99 ในคลินิกอายุรเวชฯ พบตำรับยาโรคมะเร็งในตำราการแพทย์ไทยเดิมๆ พบ 183 ตำรับ ซึ่งจำแนกโรคมะเร็งในตำราการแพทย์ไทยเดิมๆ ตามระบบแพทย์แผนตะวันตกโดยผู้เชี่ยวชาญได้ 6 ระบบประกอบด้วย ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย ระบบกล้ามเนื้อ

ระบบสืบพันธุ์ และระบบปัสสาวะ พบความถี่สมุนไพรเดี่ยวในตำรับยาโรคมะเร็งทั้งสิ้น 2,619 รายการ ได้แก่ พืชวัตถุ 2,364 รายการ สัตว์วัตถุ 140 รายการ ธาตุวัตถุ 115 รายการ และมีชนิดสมุนไพรทั้งหมด 531 ชนิด และตำรับยาโรคมะเร็งในข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งในคลินิกอายุรเวชฯ พบโรคมะเร็ง 4 ระบบประกอบด้วย ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบกล้ามเนื้อ และระบบปัสสาวะ พบยา 12 ตำรับ ความถี่สมุนไพรเดี่ยวในตำรับยาโรคมะเร็งทั้งสิ้น 940 รายการ ได้แก่ พืชวัตถุ 934 รายการ สัตว์วัตถุ 3 รายการ ธาตุวัตถุ 3 รายการ และมีชนิดสมุนไพรทั้งหมด 111 ชนิด

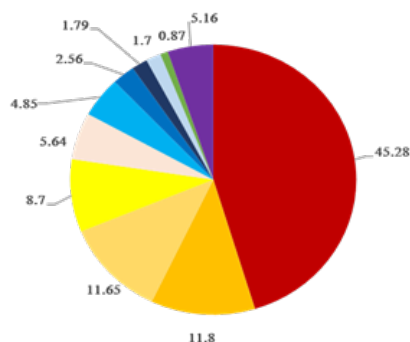
1.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนชนิดสมุนไพรเดี่ยวที่พบในส่วนประกอบตำรับยาโรคมะเร็ง ที่พบในตำราการแพทย์ไทยเดิมๆ และในข้อมูลผู้ป่วยคลินิกอายุรเวชฯ ที่ใช้ตรงกัน พบว่ามีสมุนไพรที่ใช้ตรงกัน 72 ชนิด

ตารางที่ 1 จำนวนความถี่สมุนไพรในส่วนประกอบตำรับยารักษาโรคพิษ

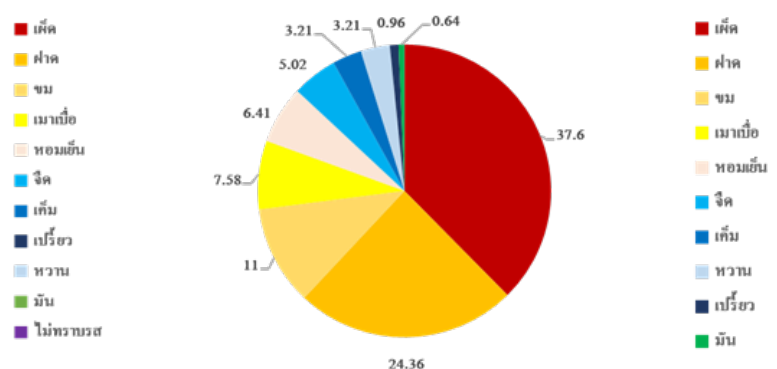
เภสัชวัตถุ	ตำราการแพทย์ไทยเดิมๆ	คลินิกอายุรเวทฯ
พืชวัตถุ	2364	934
สัตว์วัตถุ	140	3
ธาตุวัตถุ	115	3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนชนิดสมุนไพรเดี่ยวที่พบในส่วนประกอบตำรับยารักษาโรคพิษ ที่พบในตำราการแพทย์ไทยเดิมๆ ในคลินิกอายุรเวทฯ ที่ใช้ตรงกัน พบว่ามีสมุนไพรที่ใช้ตรงกัน 72 ชนิด

พืชวัตถุ	สัตว์วัตถุ	ธาตุวัตถุ
1. กระชาย 2. กระดังงา 3. กระลำพัก 4. กระวาน 5. กฤษณา 6. กานพลู 7. กำลังวัวเถลิง 8. โกงก้านพร้าว 9. โกงก้านขมิ้น 10. โกงก้านขมิ้น 11. โกงก้านขมิ้น 12. โกงก้านขมิ้น 13. โกงก้านขมิ้น 14. ขมิ้นอ้อย 15. ขอนดอก 16. ข้าวเย็นใต้ 17. ข้าวเย็นเหนือ 18. ขิง 19. ขี้เหล็ก 20. ครอบจักรวาล 21. คำฝอย 22. คุณขาว 23. โคกกระสุน 24. จันทน์เทศ 25. เจตมูลเพลิงแดง 26. แฉ่ง 27. ชะลูด 28. ชะเอมเทศ 29. ข้าวพลู 30. ดีปลี 31. ตะโกนา 32. ตะไคร้ 33. ตับเต้าน้อย 34. เถาวัลย์เปรียง 35. เถ้ายายม่อม 36. เทียนขาว 37. เทียนขาวเปลือก 38. เทียนดำ 39. เทียนแดง 40. เทียนตาตักแตน 41. เทียนยาว 42. เทียนสัตตบุษย์ 43. บอระเพ็ด 44. บัวหลวง 45. บุนนาค 46. เปราะหอม 47. พญามือเหล็ก 48. พรม 49. พริกไทย 50. พิกุล 51. ไพล 52. มะกา 53. มะขามป้อม 54. มะตูม 55. สน 56. สมอเทศ 57. สมอไทย 58. สมอพิเภก 59. สมุลแว้ง 60. สะค้าน 61. สารภี 62. แสมทะเล 63. แสมสาร 64. หญ้าคา 65. หญ้าชันกาด 66. หัวเต่าเกียด 67. เหงือกปลาหมอ 68. หัวหมู 69. อบเชยเทศ	70. หอยแครง	71. การบูร 72. สารส้ม



2.1 ตำราการแพทย์ไทยเดิมๆ



2.2 คลินิกอายุรเวทฯ

แผนภูมิที่ 2 รสยา 9 รส และรสจิต ของสมุนไพรเดี่ยวในตำรับยารักษาโรคพิษในตำราการแพทย์ไทยเดิมๆ (2.1) และในตำรับยารักษาผู้ป่วยโรคพิษ 101 รายในคลินิกอายุรเวทฯ (2.2)

ตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ							คลินิกอายุรเวชศิริราช				
รศยา	ระบบทางเดินอาหาร	ระบบการหายใจ	ระบบขับถ่าย	ระบบกล้ามเนื้อ	ระบบสืบพันธุ์	ระบบประสาท	รศยา	ระบบทางเดินอาหาร	ระบบขับถ่าย	ระบบกล้ามเนื้อ	ระบบประสาท
ผัด							ผัด				
หวาน							หวาน				
มัน							มัน				
เค็ม							เค็ม				
เปรี้ยว							เปรี้ยว				
ขม							ขม				
เมาเบื่อ							เมาเบื่อ				
เผ็ดร้อน							เผ็ดร้อน				
หอมเย็น							หอมเย็น				
จืด							จืด				
ไม่ทราบรส							จืด				

3.1 ตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ

3.2 คลินิกอายุรเวชฯ

แผนภูมิที่ 3 Heat map แสดงรศยา 9 รส และรสจืด ของสมุนไพรเดี่ยวในตำรับยารักษาโรคภัยไข้เจ็บแยกตามระบบแพทย์แผนตะวันตกในตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ (3.1) และในตำรับยารักษาผู้ป่วยโรคภัยไข้เจ็บในคลินิกอายุรเวชฯ (3.2)

2. การวิเคราะห์สมุนไพรตามหลักเภสัชกรรมแผนไทย

2.1 การวิเคราะห์รสยาสมุนไพร ผลการวิเคราะห์จำแนกรสยาสมุนไพรรักษาโรคภัยไข้เจ็บในตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ รสยาที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ รสเผ็ดร้อนร้อยละ 45.28 รสผัดร้อยละ 11.8 และรสขมร้อยละ 11.65 (แผนภูมิที่ 2.1) และแผนภูมิ heat map แสดงสมุนไพรเดี่ยวในตำรับยารักษาโรคภัยไข้เจ็บในตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ โดยแยกตามระบบแพทย์แผนตะวันตก (แผนภูมิที่ 3.1) ผลการวิเคราะห์จำแนกรสยาสมุนไพรเดี่ยวรักษาในข้อมูลผู้ป่วยโรคภัยไข้เจ็บ 101 ราย ในคลินิกอายุรเวชฯ รสยาที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ รสเผ็ดร้อนร้อยละ 37.6 รสผัดร้อยละ 24.36 และรสขมร้อยละ 11 (แผนภูมิที่ 2.2) และแผนภูมิ heat map แสดงสมุนไพรเดี่ยวในตำรับยารักษาโรคภัยไข้เจ็บในคลินิกอายุรเวชฯ โดยแยกตามระบบแพทย์แผนตะวันตก (แผนภูมิที่ 3.2)

2.2 การวิเคราะห์คณาเภสัชและเภสัชกรรม พบคณาเภสัชที่ใช้ตรงกันในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บระหว่างตำราการแพทย์แผนไทยเดิมฯ และคลินิกอายุรเวชฯ ในจำนวน 2 พิกัด ประกอบด้วย พิกัดเทียนทั้งห้าและพิกัดโกฐทั้งห้า พบวิธีปรุงยาที่ใช้ตรงกันคือการต้มดื่ม ร้อยละ 37.55

3. การวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักเกณฑ์การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ คือหลักการสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้การรักษามีความปลอดภัยและมีประสิทธิผล โดยอ้างอิงหลักฐานที่ประจักษ์และเป็นเหตุเป็นผล งานวิจัยทางคลินิกแบบ Randomized controlled trial (RCT) เป็นหลักฐานที่น่าเชื่อถือ แต่ปัจจุบัน systematic review and meta-analysis ของ RCTs กลายมาเป็นหลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่า

Oxford centre for evidence-based medicine (OCEBM) (ตารางที่ 3 และ 4) เป็นแนวทางที่ใช้ในการจัดระดับของหลักฐานที่เหมาะสมกับการนำมาใช้กับศาสตร์การแพทย์แผนไทย เนื่องจากระดับของหลักฐานและเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินมีความละเอียดสามารถนำมาใช้กับคำถามที่หลากหลาย ได้แก่ ความชุก การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค ผลดีและผลเสียของการรักษา รวมถึงข้อมูลข้อสมมุติฐานที่จะนำมาอ้างอิงหรือให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ เป็นต้น⁹

การสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์สมุนไพรรักษาโรคภัยไข้เจ็บ ผลการสืบค้นพบว่าจากสมุนไพร 27 ชนิด มีสมุนไพรทั้งหมด 7 ชนิด ที่มีหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคภัยไข้เจ็บ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล PubMed และ Google Scholar ของสมุนไพร 7 ชนิด

ชื่อสมุนไพร	ชื่อวิทยาศาสตร์	ชนิดของหลักฐานเชิงประจักษ์และฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา					พบการใช้ รักษาโรค กษัยระบบ
		ในคลินิก	สัตว์ทดลอง	หลอดทดลอง	ระดับ หลักฐาน	ระดับ คำแนะนำ	
ขิง	<i>Zingiber officinale</i> Rosc.	- กระตุ้นการทำงานของ		-	2	B	ทางเดิน
		ลำไส้ (Wu, 2008) ¹¹				(แนะนำ)	อาหาร
		- ฤทธิ์ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ (Black, 2010) ¹²			2	B	กล้ามเนื้อ
				- Inhibition of 5-HT- and K+-induced contractions (Ghayur, 2005) ¹³	5	D	ทางเดิน
กระเทียม	<i>Allium Sativum</i> L.			- เพิ่มการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร (Yamahara, 1990) ¹⁴	5	D	การขับถ่าย
				- Gastroprotective (El-Ashmawy, 2016) ¹⁵	5	D	ทางเดิน
สมอไทย	<i>Terminalia chebula</i> Retz.	- รักษาโรคไส้ติ่งทวาร (An-darkhor, 2019) ¹⁶		-	2	D	การขับถ่าย
				- รักษาอาการท้องผูก (Mard, 2011) ¹⁷	5	B	การขับถ่าย
ไพล	<i>Zingiber cassumunar</i> Roxb.	- Pain reduction (Chongmelaxme, 2017) ¹⁸	-	-	2	B	กล้ามเนื้อ
		-Reduce Muscle soreness (Manimmanakorn, 2016) ¹⁹	-	-	2	B	กล้ามเนื้อ
		- reducing osteoarthritis (OA) and muscle pain (Dhippayom, 2015) ²⁰	-	-	1	A	กล้ามเนื้อ
หญ้าหนวดแมว	<i>Orthosiphon aristatus</i> (Blume) Miq.	- การขับปัสสาวะ (Adam, 2009) ²²	-	-	5	D	ทางเดิน
		- diuretic and hypouricemic effects (Arafat, 2008) ²³	-	-	5	D	ปัสสาวะ
กระชาย	<i>Boesenbergia rotunda</i> (L.) Mansf.	-	-	(Sasmito, 1994) ²⁴	5	D	ทางเดิน
						(เป็นทางเลือก)	ปัสสาวะ

หมายเหตุ

ระดับของหลักฐานตามแนวทางของ OCEBM 2011

- 1 หมายถึง Systematic review/ meta-analysis ของ RCTs
- 2 หมายถึง RCT หรืองานวิจัยเชิงสังเกตที่ผลลัพธ์มีผลกระทบมาก
- 3 หมายถึง Cohort studies หรือ Follow-up studies
- 4 หมายถึง Case-series หรือ Case-control studies
- 5 หมายถึง ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ การวิจัยในหลอดทดลอง และ สัตว์ทดลอง

ระดับของคำแนะนำตามแนวทางของ OCEBM 2011

- | | |
|------------------|---|
| A แนะนำอย่างยิ่ง | หมายถึง ควรทำตามอย่างยิ่ง เว้นแต่จะมีทางเลือกอื่นที่ดีกว่าอย่างเห็นได้ชัด |
| B แนะนำ | หมายถึง น่าทำตาม แต่ควรติดตามข้อมูลใหม่ ๆ อยู่เสมอและควรสอบถามคนไข้อยู่เสมอ |
| C เป็นทางเลือก | หมายถึง แพทย์ควรมีความยืดหยุ่นในการตัดสินใจ |
| D เป็นทางเลือก | หมายถึง แพทย์ควรพิจารณาทุกทางเลือกและติดตามข้อมูลใหม่ ๆ เพื่อดู benefits/harm |

อภิปรายผล

ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพของตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1 เช่น ยาสมุนไพรรักษาอัมพฤกษ์อัมพาต⁵ และยาสมุนไพรแก้ไข้⁶ ซึ่งพบว่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับตำรับยารักษาโรคภัยไข้เจ็บและนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลการรักษาในคลินิก

การศึกษาเปรียบเทียบจำนวนชนิดสมุนไพรเดี่ยวในส่วนประกอบตำรับยารักษาโรคภัยไข้เจ็บในตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ และในคลินิกอายุรเวชฯ ผลการศึกษาพบว่า มีสมุนไพรที่ใช้ตรงกัน 72 ชนิด จะเห็นได้ว่ายังคงมีการนำสมุนไพรมาใช้เป็นส่วนประกอบในการรักษาผู้ป่วยโรคภัยไข้เจ็บตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบัน อาจเกิดจากสมุนไพรที่ยังคงใช้ตรงกันนั้นเป็นตัวยาลึกของตำรับยาที่ใช้ในการรักษาแล้วทำให้เห็นผลการรักษา จึงทำให้ตัวยานั้นยังมีการใช้ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน อีกทั้งตัวยาลูกสามารถหาซื้อได้จึงไม่ได้เปลี่ยนตัวยาลูกหรือใช้ยาสมุนไพรอื่นทดแทนผลการศึกษาตามหลักสรรพคุณเภสัชหรือรสยาที่พบในตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ ยารสประธานของตำรับส่วนใหญ่จะพบว่าเป็นยารสร้อนสุขุม สมุนไพรที่พบมากจึงเป็นรสร้อน เช่น พริกไทย จิง ซึ่งมีสัดส่วนของรสมากที่สุดในตำรับ และในแต่ละระบบด้วย เนื่องจากรสร้อนจะช่วยกระจายเลือดแลลม ทำให้เลือดลมเดินได้สะดวก การเกิดโรคต่าง ๆ รวมถึงโรคภัยไข้เจ็บตั้งแต่เกิดจนถึงสิ้นอายุขัยจะต้องอาศัยเลือดแลลม⁴ ดังนั้นรสรยาที่ใช้รักษา มีความสอดคล้องกับคำกล่าวข้างต้น ยังพบว่าในคลินิกอายุรเวชฯ ตำรับยาที่ใช้รักษาโรคภัยไข้เจ็บพบสมุนไพรที่มีรสร้อนมีสัดส่วนมากที่สุดในตำรับและในแต่ละระบบอีกด้วยเช่นกัน และพบว่าสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบในตำรับรักษาโรคภัยไข้เจ็บนั้นมีรสยาทั้ง 9 รส และรสจัดเนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บเกิดได้หลายระบบ โรคหรืออาการแสดงจะพบได้หลากหลายอาการ ตัวยาลูกที่ใช้ในการรักษาจึงมีหลายรสในแต่ละตำรับ เพื่อช่วยปรับธาตุในร่างกายให้สมดุล²⁵ ตัวอย่างเช่น ยารักษาโรคภัยไข้เจ็บขับถ่าย ยารสร้อนช่วยให้ลมในลำไส้เกิดการเคลื่อนไหว ยารส

เปรี๊ยะและเค็ม ช่วยเพิ่มน้ำขับเมือกมันในลำไส้ ช่วยระบาย รสจัดช่วยปรับสมดุลของยารสร้อนและความร้อนในร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล จะเห็นได้ว่าทั้งหมดล้วนเป็นภูมิปัญญาของคนสมัยโบราณที่มีการคิดตั้งตำรับยาที่มีตัวยาลูกหลาย เพื่อรักษาและปรับธาตุในร่างกายให้เกิดภาวะที่สมดุล

ผลการศึกษาตามหลักคณาเภสัช พบมีการใช้หลักคณาเภสัชในการนำสมุนไพรมาใช้ในการปรุงยาทั้งในตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ และคลินิกอายุรเวชฯ จะเห็นได้ว่าจุดประสงค์ในการใช้พืชกิดในการรักษาเพื่อจัดหมวดหมู่สมุนไพรที่มีสรรพคุณการรักษาโรคไปในแนวทางเดียวกันเพื่อให้การประกอบตั้งตำรับยาให้มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาเภสัชกรรม พบวิธีการปรุงยารักษาโรคภัยไข้เจ็บในตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ หลายหลายวิธี ส่วนใหญ่จะพบกรรมวิธีบิดทำแท่งมากที่สุด แต่ไม่เป็นที่นิยมในปัจจุบัน ส่วนการใช้ในคลินิกอายุรเวชฯ ปัจจุบันจะใช้เป็นยาต้มดื่มเฉพาะรายและยาเม็ด ในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บจะมีขั้นตอนการรักษาที่ซับซ้อนมีกระบวนการหลายอย่างในการรักษาโรค เช่น การรู้ การประจุ การบำรุง⁶ เนื่องจากภัยไข้เจ็บเป็นโรคที่เกิดหลายระบบ หลายอาการ จึงต้องใช้เวลาในการรักษานาน บางโรคมีกรรมวิธีการปรุงยาที่มีส่วนประกอบตรงกับชื่อโรค เช่น โรคภัยไข้เจ็บปลาไหล ก็จะใช้ปลาไหลมาปรุงเป็นส่วนประกอบในยานั้น คนโบราณจะใช้ของแสลงในบางโรคเพื่อให้ตัวโรคปะทุมากขึ้น แล้วขับออกทางอุจจาระ ระบายถ่ายท้อง อีกทั้งยังพบว่าสมุนไพรที่ใช้ปรุงยาในตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ สัตว์วัตถุนั้นมักจะมีพิษมาปรุงยามากกว่าในปัจจุบัน ส่วนคลินิกอายุรเวชฯ จะนิยมใช้เป็นพืชวัตถุ ส่งผลให้ข้อมูลสมุนไพรที่ใช้ตรงกันส่วนใหญ่เป็นพืชวัตถุ ซึ่งตัวยาลูกที่เป็นพืชวัตถุจะหาได้ง่ายในปัจจุบัน เนื่องจากปัจจุบันการใช้สัตว์วัตถุอาจผิดกฎหมายและสัตว์วัตถุในปัจจุบันนั้นจะหาได้ยากกว่าในอดีต จึงมีการใช้สัตว์วัตถุที่สรรพคุณใกล้เคียงและหาได้ในปัจจุบัน ทดแทนสัตว์วัตถุเดิมที่อาจเป็นสัตว์สงวนหรือหายาก เพื่อมาใช้ใน

การบูรณาการรักษาแทน เช่น การใช้ตัววัด แทนตีพิมพ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ของสมุนไพรเดี่ยวที่อยู่ในส่วนประกอบของตำรับยาโรคภัย พบบสมุนไพรที่มีงานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาโรคภัย 7 ชนิด พบในการศึกษาวิจัยในคลินิก 4 ชนิด คือ ขิง สมอไทย ไพล และขมิ้นชัน สมุนไพรที่ใช้รักษาโรคภัยระบบทางเดินอาหารมี พบ 2 ชนิด ได้แก่ ขมิ้นชันใช้รักษาโรคภัย ซึ่งมีการวิจัยว่ารักษาโรคภัยเฉพาะได้ และขิง ที่พบว่าช่วยกระตุ้นการทำงานของลำไส้ สมุนไพรที่ใช้รักษาโรคภัยระบบขับถ่าย พบ 1 ชนิด ได้แก่ สมอไทย การวิจัยพบว่าสามารถรักษาโรคภัยได้ สมุนไพรที่ใช้รักษาโรคภัยระบบกล้ามเนื้อ พบ 2 ชนิด ได้แก่ ขิง พบการทดลองในคลินิกซึ่งมีฤทธิ์ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ และไพล พบว่ามีฤทธิ์ลดปวดกล้ามเนื้อและใช้ลดปวดได้ในผู้ป่วย Osteoarthritis ซึ่งเป็นงานวิจัยที่จัดอยู่ในระดับคุณภาพของหลักฐานตาม OCEBM คือ ระดับ 1 และ 2 ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคภัย และในปัจจุบันยังไม่พบหลักฐานงานวิจัยยาตำรับในการรักษาโรคภัย ซึ่งจะเห็นว่าการศึกษาวิจัยสมุนไพรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคภัยยังมีจำนวนน้อย ควรมีการพัฒนาการศึกษาวิจัยสมุนไพรรักษาโรคภัยให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มหลักฐานด้านความปลอดภัยและประสิทธิผลในการใช้สมุนไพรไปในทางเวชปฏิบัติต่อไป

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าตำราการแพทย์ไทยเดิมๆ ที่ใช้เป็นเอกสารประกอบการสอนมีข้อมูลตำรับยาในการรักษาโรคภัยทั้งหมด 183 ตำรับ รสยาหลักที่ใช้มากที่สุดคือยา รสร้อน พบคนาเภสัชที่ใช้ตรงกันในการรักษาโรคภัย ระหว่างตำราการแพทย์แผนไทยเดิมๆ และคลินิกอายุรเวท 2 พิกัด ประกอบด้วย พิกัดเทียนทั้งห้าและ พิกัดโกฐทั้งห้า พบวิธีปรุงยาที่ใช้ตรงกัน คือการต้มดื่ม และจากการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยจากสมุนไพร 27 ชนิดนั้น มีสมุนไพรที่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาโรคภัยจำนวน 7 ชนิด มีงานวิจัยทางคลินิกรองรับ 4 ชนิด ได้แก่ ขิง ไพล สมอไทยและขมิ้นชัน ส่วนอีก 20 ชนิดยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคภัย ข้อมูลงานวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นของสมุนไพรรักษาโรคภัย และสามารถเป็นข้อมูลเพื่อเลือกสมุนไพรที่มีฤทธิ์น่าสนใจไปศึกษาวิจัยยาที่ใช้รักษาโรคภัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะอาจารย์จากสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล และคณะอาจารย์ภาควิชาภาษาตะวันออก คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. โรงเรียนอายุรเวทราชรัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การแพทย์แผนไทยในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ: ศุภนิขการพิมพ์; 2552.
2. สิริกานต์ ภูโปรง, มนุญ ผิวทอง, ภูมิณภัทร์ แสงสุมาศ. ตัวอย่างการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ การแพทย์แผนไทย: กษัย. ใน: ทวี เลหาพันธ์, เอื้อพงศ์ จตุรธำรง, บรรณาธิการ. การแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน 2555. กรุงเทพฯ: ศุภนิขการพิมพ์; 2555.
3. สำนักหอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร กระทรวงศึกษาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2542.
4. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ และโรงเรียนอายุรเวทราชรัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่ม 1 ฉบับชำระ พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: ศุภนิขการพิมพ์; 2550.
5. นันทวัน ประทุมสุวรรณ, พรนัชชา เสงกระโทก, กมลทิพย์ หายูผดุงกิจ, ประวิทย์ อัครเสริณนธ์, กังวล ศักขิมา, สุกส์กลิต บวรณะทรัพย์ขจร. ยาสมุนไพรรักษาอัมพฤกษ์อัมพาตในตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1: การวิเคราะห์ทางเภสัชกรรมไทยและหลักฐานเชิงประจักษ์. เวชบัณฑิตยราช. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2564.
6. ปิยาอร สิริปฐมอก, ประวิทย์ อัครเสริณนธ์, อุเทน วงศ์สถิตย์. การศึกษาวิเคราะห์ยาจากสมุนไพรแก้ไข้ในตำราการแพทย์สงเคราะห์ฉบับอนุรักษ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาแพทยแผนไทยประยุกต์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
7. ปณิดา แซ่เฮง, ขจี ปิลกศิริ, ประวิทย์ อัครเสริณนธ์, อุเทน วงศ์สถิตย์. การศึกษาเปรียบเทียบโรคเกี่ยวกับทางเดินอาหารในคัมภีร์แพทย์แผนไทยกับ ICD-10-TM และข้อมูลการวินิจฉัยโรคในคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาแพทยแผนไทยประยุกต์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
8. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม อายุรเวทวิทยาลัย (ชีวโกมารภักจ). ตำราการเภสัชกรรมไทย. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์. 2559.
9. ณัฏฐา ลำเลิศกิจ, ปิยาอร สิริปฐมอก, นฤมล พูนไพลย์โรจน์และคณะ. เวชศาสตร์เชิงประจักษ์กับการประเมินหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย. ใน: ทวี เลหาพันธ์, เอื้อพงศ์ จตุรธำรง, บรรณาธิการ. การแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน 2554. กรุงเทพฯ: ศุภนิขการพิมพ์; 2555.
10. สำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ศัพท์แพทย์ไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ประชาชน; 2546.
11. Wu KL, Rayner CK, Chuah SK, Changchien CS, Lu SN, Chiu YC, et al. Effects of ginger on gastric emptying and motility in healthy humans. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2008;20(5):436-40.
12. Black CD, Herring MP, Hurley DJ, O'Connor PJ. Ginger (*Zingiber officinale*) reduces muscle pain caused by eccentric exercise. J Pain. 2010;11(9):894-903.
13. Ghayur MN, Gilani AH. Pharmacological basis for the medicinal use of ginger in gastrointestinal disorders. Dig Dis Sci. 2005;50(10):1889-97.

14. Yamahara J, Huang QR, Li YH, Xu L, Fujimura H. Gastrointestinal motility enhancing effect of ginger and its active constituents. *Chem Pharm Bull (Tokyo)*. 1990;38(2):430-1.
15. El-Ashmawy, Nahla E., et al. Gastroprotective effect of garlic in indomethacin induced gastric ulcer in rats. *Nutrition*. 2016;32:7-8:849-854.
16. Andarkhor, P., Sadeghi, A., Khodadoost, M., Kamalinejad, M., Gachkar, L., Abdi, S., Zargar, A. Gastroprotective effect of garlic in indomethacin induced gastric ulcer in rats. *Nutrition*. 2016;32(7-8):849-54.
17. Mard SA, Veisi A, Naseri MK, Mikaili P. Spasmogenic Activity of the Seed of *Terminalia chebula* Retz in Rat Small Intestine: In Vivo and In Vitro Studies. *Malays J Med Sci*. 2011;18(3):18-26.
18. Chongmelaxme B, Srumsiri R, Dilokthornsakul P, Dhippayom T, Kongkaew C, Saokaew S, et al. Clinical effects of *Zingiber cassumunar* (Plai): A systematic review. *Complement Ther Med*. 2017;35:70-7.
19. Manimmanakorn N, Manimmanakorn A, Boobphachart D, Thuwakum W, Laupattarakasem W, Hamlin MJ. Effects of *Zingiber cassumunar* (Plai cream) in the treatment of delayed onset muscle soreness. *J Integr Med*. 2016;14(2):114-20.
20. Dhippayom T, Kongkaew C, Chaiyakunapruk N, Dilokthornsakul P, Srumsiri R, Saokaew S, et al. Clinical effects of Thai herbal compress: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;2015:942378.
21. Sirijarugul S, et al. Efficacy and side effects of *Curcuma longa* and ranitidine in patients with uninvestigated dyspepsia. Silpakorn university 2007.
22. Adam Y, Somchit MN, Sulaiman MR, Nasaruddin AA, Zuraini A, Bustamam AA, et al. Diuretic properties of *Orthosiphon stamineus* Benth. *J Ethnopharmacol*. 2009;124(1):154-8.
23. Arafat OM, Tham SY, Sadikun A, Zhari I, Houghton PJ, Asmawi MZ. Studies on diuretic and hypouricemic effects of *Orthosiphon stamineus* methanol extracts in rats. *J Ethnopharmacol*. 2008;118(3):354-60.
24. Sasrnito, Ediati. The effect of essential oil of temukunci (*Boesenbergia pandurata* (Roxb.) Schlecht) on calcium kidney stone solubility in vitro. *Maj. farm. Indones*. 5.1994.
25. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม อยุรเวทวิทยาลัย (ชีวโกมารภักจ). ตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์. 2538.

Network Analysis of Herbal Medicine Used for Skin Disease at Ayurved Clinic of Applied Thai Traditional Medicine Siriraj Hospital

Panitsupa Chuachang*, Patpanat Hutapaet*, Dokmai Wiwattamongkol*, Thanaphak Chaowpeerapong*, Natchagorn Lumlerdkij*, Pravit Akarasereenont**

*Center of Applied Thai Traditional Medicine, **Department of Pharmacology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(2):107-118

ABSTRACT

Objective: The present study aims to investigate the relationship between herbal medicine tastes and the herbs utilized in the treatment of skin diseases. Additionally, this study examines the application of combined herbal treatments for skin diseases in the Ayurved Clinic of Applied Thai Traditional Medicine, Siriraj Hospital.

Materials & Methods: This study was retrospective research collected patient data who were diagnosed with Tacho-Phikan (skin diseases) and treated with herbal medicine. Then analyze the relationship between the taste of herbs, herbal medicine, and skin diseases by network analysis, and find relationship herbs that are used together by market basket analysis.

Results: The network analysis revealed that herbal tastes used for treating skin diseases are bitter, spicy, and nauseating. Notably, *Smilax corbularia* Kunth., *Smilax glabra* Roxb., *Lepidium sativum* L., *Cuminum cyminum* L., *Foeniculum vulgare* Mill., *Nigella sativa* L., *Nelumbo nucifera* Gaertn., *Glycyrrhiza uralensis* Fisch., *Smilax corbularia* Kunth. and *Smilax glabra* Roxb. were found to be commonly used all categories of skin diseases. Additionally, market basket analysis techniques were identify frequently co-used herbs. For example, in acne, *Acacia concinna* (Willd.) DC., Alum, *Bridelia ovata* Decne, *Tamarindus indica* L., and *Bauhinia malabarica* Roxb. In psoriasis, *Acanthus ebracteatus* Vahl., *Rhinacanthus nasutus* (L.) Kurz, *Gelonium multiflorum* A.Juss., *Fibraurea tinctoria* Lour, *Smilax corbularia* Kunth., *Smilax glabra* Roxb. etc.

Conclusion: This study found that the herbal tastes commonly used for treating skin diseases were bitter, spicy, and nauseating. And found herbs that were used in all categories of skin diseases, including those that were frequently used in combination to treat each skin diseases. These finding may prove valuable in guiding future research and development aimed at simplifying the selection of herbal medicines for the treatment of skin diseases.

Keywords: Thai traditional medicine; herbs; skin diseases; network analysis; market basket analysis

Correspondence to: Dokmai Wiwattamongkol

E-mail: dakmai.wiw@mahidol.edu

Received: 17 January 2023

Revised: 21 March 2023

Accepted: 21 March 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i2.260919>

การวิเคราะห์โครงข่ายของสมุนไพรที่ใช้ ในการบำบัดโรคผิวหนังในคลินิกอายุรเวช การแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช

พนิตสุภา เชื้อซัง*, ภัสสพณัฐ หุตะแพทย์*, ดอกไม้ วิวรรณมงคล*, ธนภักษ์ เขาวนพิระพงศ์*, ณัฏชร ลำเลิศกิจ*, ประวิทย์ อัครเสรินนท์**

*สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์, **ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของรสรยาสมุนไพร และสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคผิวหนัง กับโรคผิวหนัง และ ศึกษาหาความสัมพันธ์ของสมุนไพรที่ถูกใช้ร่วมกัน ในการรักษาโรคผิวหนัง ของคลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นตะไคร้ (โรคผิวหนัง) ที่มีการรักษาด้วยยาสมุนไพร จากนั้นทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของรสรยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษา สมุนไพรที่ใช้ในการรักษา และโรคผิวหนังที่พบ โดยใช้การวิเคราะห์โครงข่ายความสัมพันธ์ (network analysis) ในการวิเคราะห์ และวิเคราะห์หาสมุนไพรที่มีการใช้ร่วมกันโดยใช้การวิเคราะห์ตะกร้าตลาด (market basket analysis)

ผลการศึกษา: จากการวิเคราะห์โครงข่ายความสัมพันธ์ พบว่า จำนวนชนิดของสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาในโรคผิวหนัง ส่วนใหญ่จะมีรส ขม, ร้อน, และเมาเบื่อ พบสมุนไพรที่ใช้รักษาในทุกกลุ่มของโรคผิวหนัง ได้แก่ ข้าวเย็นเหนือ, ข้าวเย็นใต้, รากชะเอมเทศ, เกสรบัวหลวง, เทียนดำ, เทียนแดง, เทียนขาว, และ เทียนข้าวเปลือก และ จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของสมุนไพรที่มักใช้ร่วมกันด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ตะกร้าตลาด เช่น ในโรคสิว มักจะใช้ใบส้มป่อย (*Acacia concinna* (Willd.) DC., สารส้ม (Alum), ใบมะกอก (*Bridelia ovata* Decne), ใบมะขาม (*Tamarindus indica* L.) และ ใบส้มเลี้ยว (*Bauhinia malabarica* Roxb.) โรคสะเก็ดเงิน ได้แก่ เหงือกปลาหมอ (*Acanthus ebracteatus* Vahl.), ทองพันชั่ง (*Rhinacanthus nasutus* (L.) Kurz), ขันทองพยาบาท (*Gelonium multiflorum* A.Juss.), ขมิ้นเครือ (*Fibraurea tinctoria* Lour), ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth.), ข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.) เป็นต้น

สรุป: จากการศึกษาพบว่าโรคผิวหนังมักมีการใช้สมุนไพร รส ขม, ร้อน, และ เมาเบื่อ และพบสมุนไพรที่มีการใช้ในทุกกลุ่มโรคผิวหนัง รวมไปถึง สมุนไพรที่มักใช้ร่วมกันในแต่ละโรค ซึ่งอาจนำไปศึกษาพัฒนาต่อยอด เพื่อช่วยลดความซับซ้อนในการเลือกใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคผิวหนังได้

คำสำคัญ: การแพทย์แผนไทย; สมุนไพร; โรคผิวหนัง; การวิเคราะห์โครงข่าย; การวิเคราะห์ตะกร้าตลาด

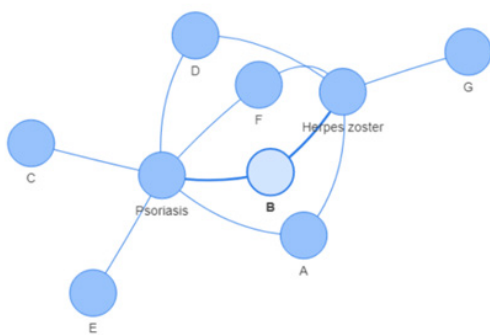
บทนำ

ศาสตร์การแพทย์แผนไทย เป็นศาสตร์ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริม และป้องกันสุขภาพที่มีการใช้ในประเทศไทยกันมาอย่างยาวนาน ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกล่าวว่า ร่างกายประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน, น้ำ, ลม, และ ธาตุไฟ โดยในภาวะปกติธาตุทั้ง 4 ทำงานร่วมกันอย่างสมดุล ในการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยประกอบด้วยการทำหัตถการ และการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งในการเลือกใช้ยาสมุนไพรจะมีการเลือกใช้ตามหลักรสยา โดยจะแบ่งเป็นรสประธาน คือ ร้อน, เย็น, และ สุขุม และมีการแบ่งตามรสรยา 9 รส คือ รส ฝาด, หวาน, มัน, เค็ม, เปรี้ยว, ขม, เมาเบื่อ, เผ็ดร้อน และ รสหอมเย็น¹⁻⁴

โรคผิวหนัง หรือ ตะไคร้ ในศาสตร์การแพทย์แผนไทย เป็นโรคที่มีการแสดงออกทางธาตุดิน ซึ่งก็คือ ผิวหนัง หรือที่เรียกว่า ตะไคร้ ซึ่งตามคัมภีร์โรคนิทาน ตะไคร้จะมีอาการคือ ให้ร้อนผิวหนังทั่วสรรพางค์กาย บางทีให้เป็นผื่นแดงเป็นผื่นสลับร้อนอยู่เนื่องๆ ตามคัมภีร์ธาตุวิภังค์ ตะไคร้จะมีอาการคือ มักให้ร้อนผิวหนังทั่วสรรพางค์กาย บางทีเป็นผื่นขึ้นทั้งตัวแดงหัวผด ให้ปวดสลับปวดร้อนเป็นกำลัง 4 ตามบัญญัติสกลกลุ่มโรค อาการ และหัตถการด้านการแพทย์แผนไทย (ICD-10-TM) ได้กำหนดรหัสโรคคือ U58.04⁵

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วย Network analysis เป็นเทคนิคหนึ่งในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กัน แต่มีความซับซ้อน ซึ่งมีการใช้เทคนิคนี้ในงานวิจัยของ

Dong Hoon Yang ได้นำมาแสดงความสัมพันธ์ของสมุนไพร กับ อาการต่างๆ ที่ปรากฏเป็นตำรับในคัมภีร์ Bangyakhappyeon⁶ โดย การแสดงด้วยแผนภาพ เครือข่ายซึ่งประกอบด้วย Node ซึ่งแสดงถึง ข้อมูลที่สนใจ และ Edge ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ของแต่ละ Node เช่นสมุนไพร A ใช้รักษาโรคสะเก็ดเงิน(Psororiasis), โรคงูสวัด (Herpes zoster) สมุนไพร B ใช้รักษาโรคสะเก็ดเงิน, โรคงูสวัด สมุนไพร C ใช้รักษาในโรค สะเก็ดเงิน สมุนไพร D ใช้รักษาในโรค สะเก็ดเงิน และงูสวัด สมุนไพร E ใช้รักษาโรคสะเก็ดเงิน สมุนไพร F ใช้รักษา โรคสะเก็ดเงินและงูสวัด และ สมุนไพร G ใช้ในโรค งูสวัด ถูกแสดง ความสัมพันธ์ในรูปแบบ Network analysis ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ตัวอย่างความสัมพันธ์ของการใช้สมุนไพร กับโรค
ที่มา: ภัสสพณัฐ หุตะแพทย์ สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Apriori algorithm เป็นอีกหนึ่งเทคนิคในการหาความสัมพันธ์แบบ Market basket analysis ดังเช่นในงานวิจัยของ Ping Xia และคณะ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ดังกล่าว เพื่อหาความสัมพันธ์ของตำรับยาที่ใช้ร่วมกันในการรักษากลุ่มโรคไตเรื้อรัง⁷ ซึ่งเทคนิคนี้ใช้หาความสัมพันธ์ว่า หากมีการเลือกหยิบของ A หรือ Left hand side (LHS) จะมีโอกาสที่จะหยิบ B หรือ Right hand side (RHS) ร่วมด้วยเป็นอัตราส่วนเท่าไร และมีความจำเพาะเจาะจงในการหยิบหรือไม่ โดยมีการกำหนดค่า Support คือ สัดส่วนของ จำนวนในการเลือก A และ B ต่อจำนวนการเลือกของทั้งหมด เช่น ในการซื้อของทั้งหมด 100 รายการ [A,B] มีค่า Support = 0.2 หมายความว่า มีการเลือก A คู่กับ B 20 รายการจากทั้งหมด 100 รายการ, ค่า Confidence คือ อัตราส่วน เมื่อมีการหยิบของ A จะมีการหยิบของ B เป็นอัตราส่วนเท่าไร เช่น [A,B] มีค่า Confidence = 0.5 หมายความว่าในการหยิบ A ขึ้นมาจะมีการหยิบ B ร่วมด้วยเป็นอัตราส่วน 50 เปอร์เซ็นต์ ต่อการหยิบ A ทั้งหมด และค่า Lift คือ การหยิบของ A จะส่งผลให้มีโอกาสในการหยิบ ของ B เป็นเท่าไร เช่น ค่า[A,B] มีค่า Lift = 1.5 หมายความว่า ในการหยิบ A จะส่งผลให้มีโอกาสในการหยิบ B

ร่วมด้วย 1.5 เท่าโดยหากค่า Lift มีค่าเท่ากับ 1 หมายความว่า การหยิบของ A ไม่ได้มีความจำเพาะเจาะจงต่อการหยิบของ B ซึ่งสูตรในการคำนวณค่า Support คือ ผลรวมของจำนวนครั้งในการหยิบของ A คู่กับ Bหารด้วย จำนวนครั้งในการเลือกหยิบของทั้งหมด, Confidence คือ ผลรวมของจำนวนครั้งที่มีการหยิบของ A คู่กับ B หารด้วยผลรวมของจำนวนครั้งที่มีการหยิบของ A ทั้งหมด, และค่า Lift คือ ค่า Confidence ของการหยิบของ A คู่กับ หยิบของ B หารด้วยผลรวมของจำนวนครั้งที่มีการหยิบของ B ดังภาพที่ 2

$$\text{Support}(A \text{ to } B) = \frac{\sigma(A \cup B)}{N}$$

$$\text{Confidence}(A \text{ to } B) = \frac{\sigma(A \cup B)}{\sigma(A)}$$

$$\text{Lift}(A \text{ to } B) = \frac{\text{confidence}(A \text{ to } B)}{\sigma(B)}$$

ภาพที่ 2 สูตรในการคำนวณค่า Support, Confidence และ Lift
ที่มา: ภัสสพณัฐ หุตะแพทย์ สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ในปัจจุบันมีการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคผิวหนังในศาสตร์การแพทย์แผนไทยหลากหลายชนิด ขึ้นกับประสบการณ์การใช้ของแพทย์แผนไทยแต่ละบุคคล ส่งผลให้การเก็บและสรุปข้อมูลยาสมุนไพรเป็นไปได้อย่าง จึงได้นำเครื่องมือการวิเคราะห์ Network analysis ที่จะมาช่วยวิเคราะห์ และ แสดงภาพ ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่าง สมุนไพร รสของยาสมุนไพร และ โรค ใช้ Market basket analysis ช่วยวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ของสมุนไพรที่มักจะใช้ร่วมกัน ซึ่งเมื่อทราบความสัมพันธ์ดังกล่าวแล้ว ส่งผลให้ง่ายต่อการตัดสินใจเลือกสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย และการศึกษาต่อยอดในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของรสาสมุนไพร และสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคผิวหนัง และ ศึกษาหาสมุนไพรที่ถูกใช้ร่วมกัน ในการรักษาโรคผิวหนัง ของคลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่คลินิกอายุรเวท การแพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช โรงพยาบาลศิริราช โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 - 2564 โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมในคน เลขที่ 437/2564 (IRB3) โดยเก็บข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ, อายุ, วัน เดือน ปี เกิด, อาการสำคัญ, ประวัติปัจจุบัน, การวินิจฉัยและข้อมูลการรักษาโดยใช้ยา และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

กลุ่มตัวอย่าง

จากการสืบค้นข้อมูลระหว่างช่วง ปี พ.ศ. 2553 ถึง ปี พ.ศ. 2564 ได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 1,518 ราย ที่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเลือกข้อมูลประกอบด้วย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ตะโຈพิการ หรือ สิว หรือ สะเก็ดเงิน หรือ เริม หรือ งูสวัด ที่มีรอยโรคที่ผิวหนัง และมีการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพร รวมถึงมีข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา

1. การสืบค้นข้อมูลผ่านระบบเวชระเบียนผ่านระบบโปรแกรม HospitalOS version 3.9
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยอัลกอริทึม network analysis และ market basket analysis ด้วยโปรแกรม Alteryx designer x64 version 2021.4.2.07064

วิธีการศึกษา

1. ทำการสืบค้น และ ทำการเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ, อายุ, วัน เดือน ปี เกิด และแปลงเป็นธาตุเจ้าเรือน กำเนิด โดยกำหนดให้ ผู้ป่วยที่เกิดเดือน ธันวาคม ถึง กุมภาพันธ์ เป็นธาตุ ไฟ, เดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม เป็นธาตุ ลม, เดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม เป็นธาตุ น้ำ และ เดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน เป็นธาตุ ดิน อาการสำคัญ, ประวัติปัจจุบัน, การวินิจฉัย และข้อมูลการรักษาโดยการใช้ยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

2. ทำการคัดกรองข้อมูลโดยเลือกข้อมูลผู้ป่วยที่มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบออก เช่น วัน เดือน ปี เกิด, อาการสำคัญ, ประวัติปัจจุบัน, การวินิจฉัย และ การรักษา

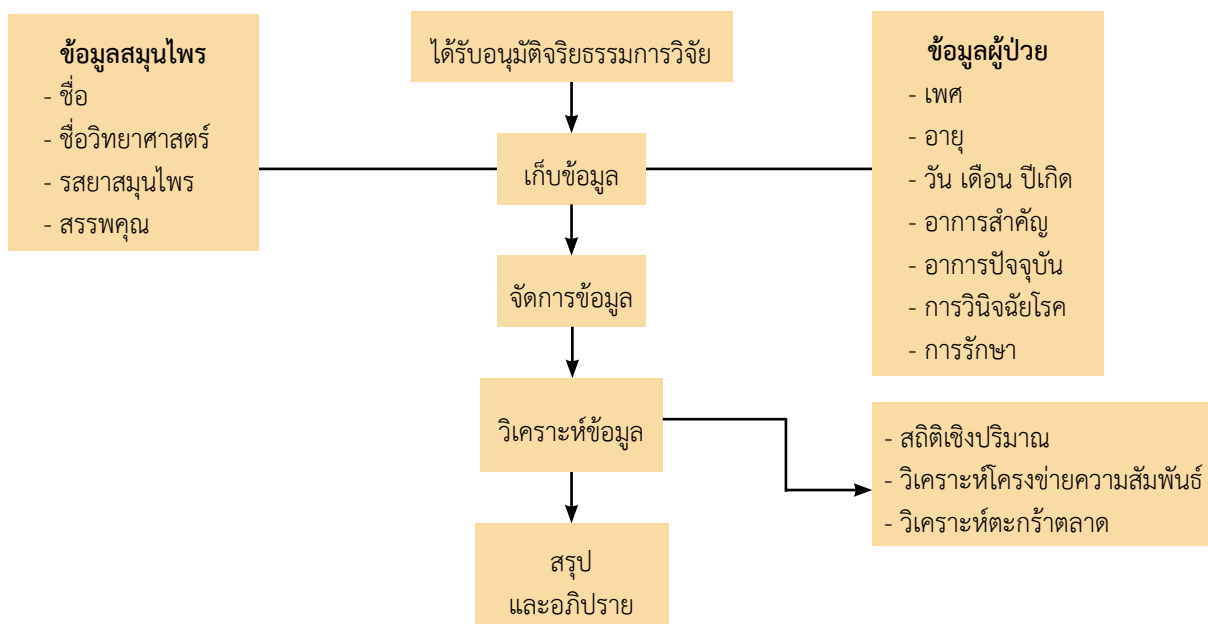
3. ทำการเก็บข้อมูลสมุนไพรที่ใช้ในการรักษา โดยทำการเก็บข้อมูลชื่อ, ชื่อวิทยาศาสตร์, รสของสมุนไพร และสรรพคุณของสมุนไพร

4. นำข้อมูลผู้ป่วย การวินิจฉัย และสมุนไพรที่ใช้ในการรักษา มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วย network analysis โดยกำหนดให้สมุนไพร และ การวินิจฉัยเป็น Node และ ความสัมพันธ์ของการใช้ยาสมุนไพร กับ การวินิจฉัยเป็น Edge และนำข้อมูลการใช้สมุนไพรในแต่ละโรคมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของสมุนไพรที่ใช้ร่วมกันในแต่ละโรค ด้วยการวิเคราะห์แบบ market basket analysis

- คำนวณค่า support ของการเลือกใช้สมุนไพร A ร่วมกับการใช้สมุนไพร B หาได้จาก ผลรวมของจำนวนครั้งที่มีการใช้สมุนไพร A คู่กับสมุนไพร B หารด้วย จำนวนครั้งของการใช้สมุนไพรทั้งหมด

- คำนวณค่า confidence ของการเลือกใช้สมุนไพร A ร่วมกับการใช้สมุนไพร B หาได้จาก ผลรวมของจำนวนครั้งที่มีการใช้สมุนไพร A คู่กับสมุนไพร B หารด้วย จำนวนครั้งของการใช้สมุนไพร A

- คำนวณค่า Lift ของการเลือกใช้สมุนไพร A ร่วมกับการใช้สมุนไพร B หาได้จาก ค่า confidence ของสมุนไพร A ที่ใช้ร่วมกับ สมุนไพร B หารด้วย จำนวนครั้งของการใช้สมุนไพร B โดยมีการแสดงผังวิธีการศึกษา ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3: ภาพแผนผังการศึกษา

ที่มา: ภัสสพณัฐ หุตะแพทย์ สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ ของข้อมูล ดังนี้ เพศ, อายุ, วัน เดือน ปี (ที่แปลงเป็นธาตุเจ้าเรือนกำเนิด), อาการสำคัญ, ประวัติปัจจุบัน, การวินิจฉัย และข้อมูลการรักษาโดยการชื้อยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

ผลการศึกษา

จากข้อมูลตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมด 1,518 รายที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคตะก้อพิการ และได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพร เป็นผู้ป่วยเพศชาย 381 ราย และผู้ป่วยเพศหญิง 1,137 ราย ผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 0-16 ปี จำนวน 34 ราย, 16-30 ปี จำนวน 445 ราย และ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 30 ปี จำนวน 1,039 ราย ผู้ป่วยที่มีธาตุเจ้าเรือน

กำเนิด เป็นธาตุดิน มีจำนวน 424 ราย, ธาตุน้ำ 339 ราย, ธาตุลม 350 ราย และธาตุไฟ 405 ราย ดังตารางที่ 1

ผลจากการวิเคราะห์โดยใช้ วิเคราะห์โครงข่ายความสัมพันธ์ (network analysis) (ความสัมพันธ์ระหว่างการชื้อยาสมุนไพร กับโรคผิวหนัง) ในการวิเคราะห์รูปแบบ วิเคราะห์โครงข่ายความสัมพันธ์ (network analysis) แสดงถึงความสัมพันธ์ของยาสมุนไพรที่ใช้ กับ โรคหรืออาการทางโรคผิวหนังโดย Node แสดงถึงสมุนไพร และ โรค โดย สีของ Node แสดงถึงรสของยาสมุนไพร และ เส้นแต่ละเส้นหรือ Edge แสดงถึงการใช้สมุนไพรกับโรคต่างๆ ดังแสดงในภาพที่ 5 และแสดงจำนวนชนิดของสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคผิวหนังต่าง ๆ โดยแบ่งตามรสรยาสมุนไพร ดังแสดงในตารางที่ 2

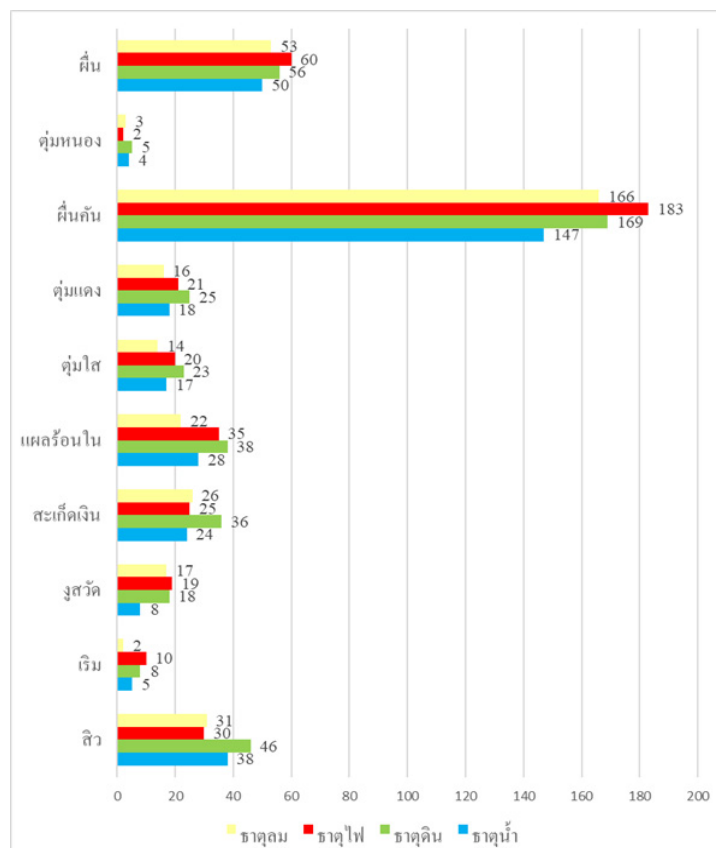
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	ผลการศึกษา (n = 1,518)
เพศ	
ชาย (n, %)	381 (25)
หญิง (n, %)	1137 (75)
อายุ	
0-16 (n, %)	34 (2.24)
16-30 (n, %)	445 (29.31)
>30 (n, %)	1039 (68.45)
เฉลี่ย (mean ±S.D.)	41.15±17.11
ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด	
ปถวี (ธาตุดิน) (n,%)	424 (27.93)
อาโป (ธาตุน้ำ) (n,%)	339 (22.33)
วาโย (ธาตุลม) (n,%)	350 (23.06)
เตโช (ธาตุไฟ) (n,%)	405 (26.68)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวนสมุนไพรตามรสรยา ในกลุ่มโรคต่าง ๆ

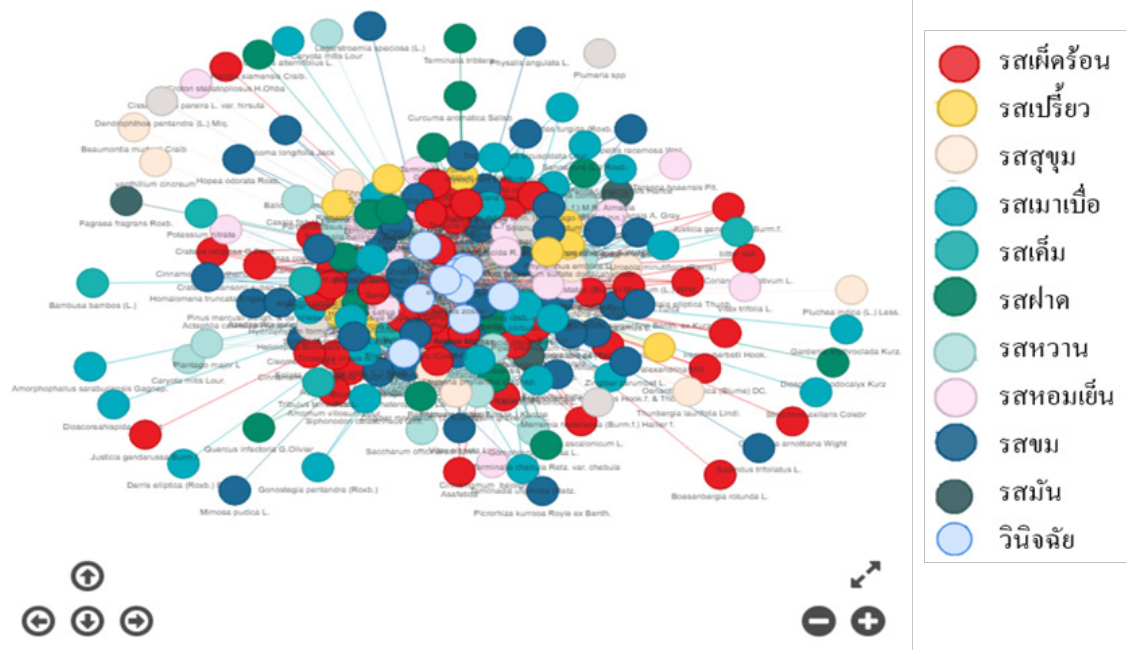
	รส ขม	รส ร้อน	รส เมาเบื่อ	รส ฝาด	รส หอมเย็น	รส หวาน	รส เปรี้ยว	รส จืด	รส เค็ม	รส มัน
กลุ่มโรคผิวหนัง	28	28	13	12	12	8	8	7	6	3
กลุ่มโรคสะเก็ดเงิน	37	27	21	5	13	9	8	4	3	2

	รส ขม	รส ร้อน	รส เมาเบื่อ	รส ฝาด	รส หอมเย็น	รส หวาน	รส เปรี้ยว	รส จืด	รส เค็ม	รส มัน
กลุ่มโรคเรื้อรัง	16	7	2	2	5	5	1	2	2	0
กลุ่มโรคถุงวัด	23	18	9	5	9	5	2	2	3	1
กลุ่มตุ่มน้ำใส	29	30	17	6	10	9	9	4	4	1
กลุ่มตุ่มแดง	22	24	14	7	10	0	8	2	3	1
กลุ่มตุ่มหนอง	15	16	10	6	2	4	1	1	2	0
กลุ่มผื่นคัน	36	39	23	11	13	13	9	7	5	2
กลุ่มผื่นไม่คัน	36	30	19	8	13	9	7	5	5	2



ภาพที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยโรค ลิว, เริม, งูสวัด, สะเก็ดเงิน, ตะไคร้ที่มือเท้า, ตุ่มใส, ตุ่มหนอง, ตุ่มแดง, ผื่น, ผื่นคัน และอาการร้อนใน โดยแบ่งตามธาตุเจ้าเรือนกำเนิดเป็นธาตุ ดิน, น้ำ, ลม, ไฟ

ที่มา: ภัสสพณัฐ หุตะแพทย์ สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



ภาพที่ 5 network analysis แสดงความสัมพันธ์ของสมุนไพรและ โรคหรืออาการทางโรคผิวหนัง

ที่มา: ภัสสพณัฐ หุตะแพทย์ สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

จากภาพที่ 5 จะพบว่ามีสมุนไพรที่มีการใช้รักษาในทุกโรค และทุกอาการของโรคผิวหนังได้แก่ เทียนแดง (*Lepidium sativum* L.), เทียนขาว (*Cuminum cyminum* L.), เทียนข้าวเปลือก (*Foeniculum vulgare* Mill.), เทียนดำ (*Nigella sativa* L.), เกสรบัวหลวง (*Nelumbo nucifera* Gaertn.), ชะเอมเทศ (*Glycyrrhiza uralensis* Fisch.), หัวข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth.) และ หัวข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.)

ผลจากการวิเคราะห์โดยใช้ market basket analysis (ความสัมพันธ์ระหว่างการไ้ยาสมุนไพรที่ใช้ร่วมกัน)

กลุ่มโรคผิวหนัง พบสมุนไพรที่ใช้ร่วมกันคือ ใบส้มป่อย (*Aca-cia concinna* (Willd.) DC.), สารส้ม (Alum), ใบมะกอก (*Bridelia ovata* Decne.), ใบมะขามไทย (*Tamarindus indica* L.), ใบส้มเลี้ยว (*Bauhinia malabarica* Roxb.): support ที่ 0.2, lift = 3.75 แก่นแสมทะเล (*Avicennia marina* (Forssk.) Vierh.), ใบส้มเลี้ยว (*Bauhinia malabarica* Roxb.), ดอกคำฝอย (*Carthamus tinctorius* L.), แก่นฝาง (*Caesalpinia sappan* L.), แก่นแสมสาร (*Cassia garrettiana* Craib), เถาวัลย์เปรียง (*Derris scandens* (Roxb.) Benth.), แก่นแกแล (*Maclura cochinchinensis* (Lour.) Corner), ลูกสมอไทย (*Terminalia chebula* Retz.): support = 0.2, lift = 3.75 โรคสะเก็ดเงิน พบสมุนไพรที่ใช้ร่วมกันคือ เหงือกปลาหมอ (*Acanthus ebracteatus* Vahl.), ทองพันชั่ง (*Rhinacanthus nasutus* (L.) Kurz), ขันทองพยาบาท (*Gelonium multiflorum* A.Juss.), เถากำแพงเจ็ดชั้น (*Fibraurea tinctoria* Lour.), หัวข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth.), หัวข้าวเย็น

ใต้ (*Smilax glabra* Roxb.): support = 0.5455, lift = 1.31 โรคเริ่ม พบสมุนไพรที่ใช้ร่วมกันคือ รากมะปราง (*Bouea macrophylla* Griff.), รากมะนาว (*Citrus aurantifolia* (Christm.) Swingle), รากมะกรูด (*Citrus hystrix* DC.), เกสรบัวหลวง (*Nelumbo nucifera* Gaertn), ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth.), ข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.): support = 0.5, lift = 2.0

ในโรคงูสวัด พบสมุนไพรที่ใช้ร่วมกันคือ รากมะกรูด (*Citrus hystrix* DC.), รากมะปราง (*Bouea macrophylla* Griff.): support = 0.6061, lift = 1.50 ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth), ข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.): support = 0.7879, lift = 1.27 รากมะปราง (*Bouea macrophylla* Griff.), ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth), ข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.): support = 0.6364, lift = 1.27 ในโรคตะก้อการที่มีอาการตุ่มน้ำใส พบสมุนไพรที่ใช้ร่วมกันคือ ขันทองพยาบาท (*Gelonium multiflorum* A.Juss.), ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth): support = 0.3250, lift = 2.11 ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth), ขันทองพยาบาท (*Gelonium multiflorum* A.Juss.), ทองพันชั่ง (*Rhinacanthus nasutus* (L.) Kurz): support = 0.3, lift = 2.11 เหงือกปลาหมอ (*Acanthus ebracteatus* Vahl.), ขันทองพยาบาท (*Gelonium multiflorum* A.Juss.), หัวข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth): support = 0.3, lift = 2.11 ในโรคตะก้อการที่มีอาการตุ่มแดง พบสมุนไพรที่ใช้ร่วมกันคือ เทียนดำ (*Nigella sativa* L.), โกฐสอ (*Angelica dahurica* (Hoffm.)), โกฐหัวบัว (*Ligusticum striatum* DC.), เทียนขาว

(*Cuminum cyminum* L.), แก่นจันทน์แดง (*Dracaena cochinchinensis* (Lour.)), เทียนข้าวเปลือก (*Foeniculum vulgare* Mill.), เปราะหอม (*Kaempferia galanga* L.), โกฐกระดูก (*Saussurea lappa* (Decne.) Sch.Bip.), สันพร้าวหอม (*Eupatorium fortunei* Turcz.): support = 0.0909, lift = 11 เหงือกปลาหมอ (*Acanthus ebracteatus* Vahl.), ถั่วลิสง (*Cajanus cajan* (L.) Millsp.), ขมิ้นเครือ (*Fibraurea tinctoria* Lour), ทองพันชั่ง (*Rhinacanthus nasutus* (L.) Kurz), หัวข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth), หัวข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.), แก่นสัก (*Tectona grandis* L.) : support = 0.0909, lift = 11.

ในโรคตะกั่วพิการที่มีอาการผื่นคัน พบสมุนไพรที่ใช้ร่วมกันคือ รากเต้ายายม่อม (*Clerodendrum indicum* (L.) Kuntze), รากมะเดื่อชุมพร (*Ficus racemosa* L.), รากคนทา (*Harrisonia perforata* (Blanco) Merr.), และ รากชิงช้า (*Capparis micracantha* DC.): support = 0.083, lift = 11.54. โกฐสอ (*Angelica dahurica* (Hoffm.) Benth.), แก่นกฤษณา (*Aquilaria malaccensis* Lam.),

โกฐหัวบัว (*Conioselinum univittatum* Turcz.), แก่นกระลำพัก (*Euphorbia antiquorum* L.), เทียนข้าวเปลือก (*Foeniculum vulgare* Mill.), โกฐเชียง (*Levisticum officinale* W.D.J.Koch), แก่นจันทน์หอม (*Mansonia gagei* J.R.Drumm.), แก่นขนดอก (*Mimusops elengi* L.), ผักกระโดน (*Limnophila rugosa* (Roth) Merr.), และ เทียนดำ (*Nigella sativa* L.) : support = 0.0712, lift = 10.09. ในโรคตะกั่วพิการที่มีอาการผื่น แต่ไม่คัน พบสมุนไพรที่ใช้ร่วมกันคือ ข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.), ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth): support = 0.5333, lift = 1.74 เหงือกปลาหมอ (*Acanthus ebracteatus* Vahl.), รากชะเอมเทศ (*Glycyrrhiza glabra* L.), หัวข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth), หัวข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.): support = 0.3067, lift = 1.74 เหงือกปลาหมอ (*Acanthus ebracteatus* Vahl.), ทองพันชั่ง (*Rhinacanthus nasutus* (L.) Kurz), หัวข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth): support = 0.3067, lift = 1.67 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ใน Market basket analysis ของสมุนไพรที่ใช้ร่วมกัน ในโรคในโรคผิวหนัง

การวินิจฉัย	Left Hand Side	Right Hand Side	Support	Confidence	Lift
สิว	ใบส้มป่อย (<i>Acacia concinna</i> (Willd.) DC., สารส้ม (Alum), ใบมะกา (<i>Bridelia ovata</i> Decne), ใบมะขาม (<i>Tamarindus indica</i> L.)	ใบส้มเสี้ยว (<i>Bauhinia malabarica</i> Roxb.)	0.2	1.0	3.75
	แก่นสมทะเล (<i>Avicennia marina</i> (Forssk.) Vierh.), ใบส้มเสี้ยว (<i>Bauhinia malabarica</i> Roxb), ดอกคำฝอย (<i>Carthamus tinctorius</i> L), แก่นฝาง (<i>Caesalpinia sappan</i> L.), ถั่วลิสงเปรี้ยว (<i>Derris scandens</i> (Roxb.) Benth.), แก่นแกแล (<i>Maclura cochinchinensis</i> (Lour.) Corner)	สมอไทย (<i>Terminalia chebula</i> Retz)	0.2	1.0	3.75
สะเก็ดเงิน	เหงือกปลาหมอ (<i>Acanthus ebracteatus</i> Vahl.), ทองพันชั่ง (<i>Rhinacanthus nasutus</i> (L.) Kurz), ขันทองพยาบาท (<i>Gelonium multiflorum</i> A.Juss.), ขมิ้นเครือ (<i>Fibraurea tinctoria</i> Lour), ข้าวเย็นเหนือ (<i>Smilax corbularia</i> Kunth.)	ข้าวเย็นใต้ (<i>Smilax glabra</i> Roxb.)	0.5455	0.95	1.31
เรื้อรัง	รากมะปราง (<i>Bouea macrophylla</i> Griff.), รากมะนาว (<i>Citrus aurantifolia</i> (Christm.) Swingle), รากมะกรูด (<i>Citrus hystrix</i> DC.), เกสรบัวหลวง (<i>Nelumbo nucifera</i> Gaertn), ข้าวเย็นเหนือ (<i>Smilax corbularia</i> Kunth.)	ข้าวเย็นใต้ (<i>Smilax glabra</i> Roxb.)	0.5	1.0	2.0

การวินิจฉัย	Left Hand Side	Right Hand Side	Support	Confidence	Lift
งูสวัด	รากมะกรูด (Citrus hystrix DC.)	รากมะปราง (Boea macrophylla Griff.)	0.6061	1.0	1.50
	ข้าวเย็นเหนือ (Smilax corbularia Kunth.)	ข้าวเย็นใต้ (Smilax glabra Roxb.)	0.7879	1.0	1.27
	รากมะปราง (Boea macrophylla Griff.), ข้าวเย็นเหนือ (Smilax corbularia Kunth.)	ข้าวเย็นใต้ (Smilax glabra Roxb.)	0.6364	1.0	1.27
ตุ้มไส	ชันทองพญาบาท (Gelonium multiflorum A.Juss.)	ข้าวเย็นเหนือ (Smilax corbularia Kunth)	0.3250	1.0	2.11
	ข้าวเย็นเหนือ (Smilax corbularia Kunth), ชันทองพญาบาท (Gelonium multiflorum A.Juss.)	ทองพันชั่ง (Rhinacanthus nasutus (L.) Kurz)	0.3	1.0	2.11
	เหงือกปลาหมอ (Acanthus ebracteatus Vahl.), ชันทองพญาบาท (Gelonium multiflorum A.Juss.)	ข้าวเย็นเหนือ (Smilax corbularia Kunth)	0.3	1.0	2.11
ตุ้มแดง	เทียนดำ (Nigella sativa L.), โกงสุอ (Angelica dahurica (Hoffm.)), โกงหัวบัว (Ligusticum chuanxiong Hort.), เทียนขาว (Cuminum cyminum L.), แก่นจันทน์แดง (Dracaena cochinchinensis (Lour.)), เทียนข้าวเปลือก (Foeniculum vulgare Mill.), เปราะหอม (Kaempferia galanga L.), โกงกระดูก (Saussurea lappa (Decne.) Sch.Bip.)	สันพร้าวหอม (Eupatorium fortunei Turcz)	0.0909	1.0	11
ตุ้มแดง	เหงือกปลาหมอ (Acanthus ebracteatus Vahl.), ถั่วลิสง (Cajanus cajan (L.) Millsp.), ขมิ้นเครือ (Fibraea tinctoria Lour), ทองพันชั่ง (Rhinacanthus nasutus (L.) Kurz), ข้าวเย็นเหนือ (Smilax corbularia Kunth), ข้าวเย็นใต้ (Smilax glabra Roxb.)	แก่นสัก (Tectona grandis L.)	0.0909	1.0	11
	รากท้ายยมมอ (Clerodendrum indicum (L.) Kuntze), รากมะเดื่อชุมพร (Ficus racemosa L.), รากคนทา (Harrisonia perforata (Blanco) Merr.)	รากชิงช้า (Capparis micracantha DC.)	0.083	1.0	11.54

การวินิจฉัย	Left Hand Side	Right Hand Side	Support	Confidence	Lift
ผื่นคัน	โกฐสอ (<i>Angelica dahurica</i> (Hoffm.) Benth.), แก่นกฤษณา (<i>Aquilaria malaccensis</i> Lam.), โกฐหัวบัว (<i>Conioselinum univittatum</i> Turcz.), แก่นกระลำพัก (<i>Euphorbia antiquorum</i> L.), เทียนข้าวเปลือก (<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.), โกฐเชียง (<i>Levisticum officinale</i> W.D.J.Koch), แก่นจันทน์หอม (<i>Mansonia gagei</i> J.R.Drumm.), แก่นขนดอก (<i>Mimusops elengi</i> L.), ผักกระโดน (<i>Limnophila rugosa</i> (Roth) Merr.)	เทียนดำ (<i>Nigella sativa</i> L.)	0.0712	1.0	10.09
ผื่น	เหงือกปลาหมอ (<i>Acanthus ebracteatus</i> Vahl.), รากชะเอมเทศ (<i>Glycyrrhiza glabra</i> L.), ข้าวเย็น เหนือ (<i>Smilax corbularia</i> Kunth.)	ข้าวเย็นใต้ (<i>Smilax glabra</i> Roxb.)	0.3067	1.0	1.74
	เหงือกปลาหมอ (<i>Acanthus ebracteatus</i> Vahl.), ทองพันชั่ง (<i>Rhinacanthus nasutus</i> (L.) Kurz)	ข้าวเย็นเหนือ (<i>Smilax corbularia</i> Kunth.)	0.3067	1.0	1.67

อภิปรายผล

จากการศึกษาจะพบว่าสมุนไพรสรหม, เมาเบือ และ รสร้อนจะเป็นรสที่มีการเลือกใช้มากที่สุดในกลุ่มโรคผิวหนัง โดยสรหม เมาเบือจะมีสรรพคุณในการแก้คันแก้แสบ และแก้พิษโลหิตและดี ซึ่ง น้ำเหลืองเสียก็เป็นสาเหตุของโรคผิวหนังในหลาย ๆ โรค เช่น สะเก็ดเงิน รสรหมจะมีสรรพคุณในการลดความร้อนให้กับร่างกาย และช่วยให้ธาตุไฟกลับสู่สมดุล มักพบใช้มากในกลุ่มของโรคผิวหนังที่มีความร้อนมาก เช่น สิว ภูมิแพ้ ส่วนสมุนไพรสรหมร้อน มีสรรพคุณช่วยกระจายลม และเป็นสมุนไพรที่ช่วยเสริมการทำงานของตับยาหลัก โดยพบว่าในบางกลุ่มโรคจะมีชนิดของสมุนไพรสรหมร้อนมากกว่า รสรหม และ รสรหม เมาเบือ เช่น ตะไคร้พิการที่มีอาการ ตุ่มใส ตุ่มแดง และ ผื่นคัน ซึ่งต่างจากในทฤษฎีที่ว่า ต้องจ่ายยาเมาเบือ หรือ ยารสรหมเป็นหลัก แต่เมื่อตรวจสอบรายละเอียดในการจ่ายยา พบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อาการนอนไม่หลับ หรืออาการท้องอืดร่วมด้วย แพทย์จึงทำการจ่ายสมุนไพรสรหมร้อนเพิ่มหลายชนิดเพื่อไปบรรเทาอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย ส่งผลให้ชนิดของยาสมุนไพรที่มีสรหมร้อนจะมากกว่าสมุนไพรอื่น ๆ

นอกจากนี้ยังพบว่าสมุนไพรที่ใช้รักษาในทุกโรคทางโรคผิวหนังทางแพทย์แผนไทยแบ่งตามรสยา มีการใช้สมุนไพร 4 รส ประกอบด้วย เมาเบือ ได้แก่ หัวข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth), หัวข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.) ซึ่งมีสรรพคุณในการรักษาโรคทางน้ำเหลืองเสีย แก้ประดง แก้คุดทะราด และมักใช้เป็นตัวยาลหลักในยาต้มเพื่อรักษาโรคทางผิวหนัง และมีการศึกษาพบ

ว่า หัวข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth), มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ และ หัวข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb) มีฤทธิ์ Anti-inflammatory และ Antioxidant⁸⁻⁹ ซึ่งในกลุ่มรสรหมทางแผนไทยใช้เพื่อลดธาตุไฟในร่างกาย เมื่อธาตุไฟในร่างกายลดลงก็ส่งผลให้ความร้อนมากจนแสดงออกทางผิวหนังก็จะลดลง รสรหม พบ รากชะเอมเทศ (*Glycyrrhiza uralensis* Fisch.) สรรพคุณของสมุนไพรชนิดนี้ คือ ขับเลือดเน่า แก้กำเดา แก้เสมหะเป็นพิษ ทำให้ชุ่มคอ และเป็นยาระบายอ่อน ๆ โดยสมุนไพรตัวนี้อาจไม่ใช่สมุนไพรหลักที่ส่งผลต่อการรักษาโรคทางผิวหนัง แต่จะเป็นเพียงตัวช่วยเสริมในการลดความร้อน และช่วยทำให้รสรหมของยาสามารถรับประทานได้ง่ายมากขึ้น และมีการศึกษาพบว่าใช้สมุนไพรชนิดนี้ร่วมกับสมุนไพรอื่นในการรักษา โรคสะเก็ดเงิน¹⁰ รสรหมเย็น พบการใช้ เกสรบัวหลวง (*Nelumbo nucifera* Gaertn.) ซึ่งมีสรรพคุณทำให้ชื่นใจ ชูกำลัง ในทางแผนไทยก็จะมองว่าสมุนไพรชนิดนี้ เป็นสมุนไพรรองที่ช่วยเสริมฤทธิ์ให้กับ ตำรับยาที่ใช้รักษาโรคผิวหนัง และมีการศึกษาพบว่า สารสกัด ethanol ของเมล็ด มีผลในการลดจำนวนการแบ่งตัวของ Herpes simplex virus-1 (HSV-1) ที่ขนาด 100 µg/ml ด้วย¹¹ รสรหม พบสมุนไพร เทียนแดง (*Lepidium sativum* L.), เทียนขาว (*Cuminum cyminum* L.), เทียนข้าวเปลือก (*Foeniculum vulgare* Mill.), และ เทียนดำ (*Nigella sativa* L.) ซึ่งในทางแผนไทยก็จัดว่าเป็นสมุนไพรตัวรอง ที่ช่วยเสริมฤทธิ์ให้กับตำรับยาหลัก และเป็นสมุนไพรที่มีส่วนช่วยเรื่องของอาการกระจายธาตุลม ให้ไหลเวียนได้ดียิ่งขึ้น จากผลการศึกษาพบว่า ในประเทศอินเดียมีการใช้ เทียน

แดง (*Lepidium sativum* L.) ในการรักษาโรคผิวหนังเช่นเดียวกัน และพบว่ามีการใช้ เทียนดำ (*Nigella sativa* L.) ในการรักษา โรคผิวหนังที่เกิดจากเชื้อรา¹²⁻¹³

ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของสมุนไพรที่มีการรักษา ร่วมกัน โดยใช้ Market basket analysis พบว่า สมุนไพรที่ใช้ร่วมกันในกลุ่มโรคผิวหนังเป็นสมุนไพรที่มีรสเปรี้ยวซึ่งมีสรรพคุณในการพอก และบำรุงโลหิต คือ ใบส้มป่อย (*Acacia concinna* (Willd.) DC., สารส้ม (Alum), ใบมะกา (*Bridelia ovata* Decne), ใบมะขาม (*Tamarindus indica* L.) และ ใบส้มเลี้ยว (*Bauhinia malabarica* Roxb.)^{3,14}

ในโรคสะเก็ดเงิน ตะโจไฟการที่มีตุ่มน้ำใส และ ผื่นที่ไม่คัน จะมีการใช้สมุนไพรที่ใช้ร่วมกันเป็นกลุ่ม เม้าเปื้อที่มีสรรพคุณในการ รักษาโรคผิวหนัง เช่น คือ เหงือกปลาหมอ (*Acanthus ebracteatus* Vahl.), ทองพันชั่ง (*Rhinacanthus nasutus* (L.) Kurz), ขันทอง พยาบาท (*Gelonium multiflorum* A.Juss.), ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth.), ข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.) ซึ่งเป็นด้วยสมุนไพรส่วนใหญ่เป็นรสเมาเปื้อสำหรับรักษาโรคทางน้ำ เหลืองเสีย¹⁴

ในโรคเรื้อรัง และ งูสวัด พบสมุนไพรที่มีรสขมเย็น พบ ราก มะปราง (*Bouea macrophylla* Griff.), รากมะนาว (*Citrus aurantifolia* (Christm.) Swingle), รากมะกรูด (*Citrus hystrix* DC.), เกสรบัวหลวง (*Nelumbo nucifera* Gaertn), ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth.), และ ข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.) ร่วมกัน ซึ่งสำหรับโรคเรื้อรัง ที่มีสาเหตุต่างจากโรคสะเก็ดเงิน ก็จะมีพบว่ามีสมุนไพรส่วนใหญ่ ที่เป็นรสเย็น และ รสเมาเปื้อ ซึ่ง สอดคล้องกับ โรคเรื้อรัง ในเรื้อรังน้ำค่างที่พบในตักศิลา^{3-4,14} เป็นโรคที่ เกี่ยวข้องกับไข้ ต้องมีการใช้ยารสเย็นเข้าเพื่อลดไข้ ดังนั้นในการวิเคราะห์ อาจปรากฏยาหลักที่มักใช้ร่วมกันเป็นยาที่มีรสเย็น สรรพคุณรสไข้ ดัง เช่น รากมะปราง (*Bouea macrophylla* Griff.), รากมะนาว (*Citrus aurantifolia* (Christm.) Swingle), รากมะกรูด (*Citrus hystrix* DC.) และมียารสเมาเปื้อเพื่อล้างพิษของโลหิตดัง เช่น ข้าวเย็นเหนือ (*Smilax corbularia* Kunth.), และ ข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb.)^{3,14} ในโรคตะโจไฟการที่มีอาการตุ่มแดง จะพบว่ามีสมุนไพรที่ใช้ ร่วมกัน เป็นกลุ่มรสเผ็ดร้อน และพบว่าเป็นส่วนหนึ่งของ พิกัด เทียน ทั้ง 5 ซึ่งมีสรรพคุณแก้เสมหะ และ ตีระคนกัน แก้พิษโลหิต^{3,14}

จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้พบสมุนไพรที่มีการใช้รักษาในทุก กลุ่มโรคผิวหนัง รวมไปถึงสมุนไพรบางชนิด ที่พบว่ามีการใช้ร่วมกัน ในแต่ละกลุ่มโรคผิวหนัง ซึ่งน่าจะนำไปศึกษาต่อยอด เพื่อพัฒนาสูตร ตำรับยาสมุนไพร ในการรักษาโรคผิวหนัง เพื่อลดความซับซ้อนต่อการเลือกใช้สมุนไพร แต่ทั้งนี้อาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึง สาร สำคัญที่ของสมุนไพรที่เป็นตัวหลัก ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการรักษา รวมถึงความปลอดภัย และ ผลข้างเคียงในอนาคตด้วย

สรุป

จากการศึกษาจากการวิเคราะห์ด้วย โครงข่ายความสัมพันธ์ (network analysis) พบว่า ยาสมุนไพรที่มี รสขม, เม้าเปื้อ และรสร้อน เป็นกลุ่มรสรยาที่มักใช้มากที่สุดในการรักษาโรคผิวหนัง และ สมุนไพรที่ใช้รักษาในโรคผิวหนังทุกกลุ่ม ได้แก่ ข้าวเย็นเหนือ, ข้าวเย็นใต้, รากชะเอมเทศ, เกสรบัวหลวง, เทียนดำ, เทียนแดง, เทียนขาว, และ เทียนข้าวเปลือก รวมไปถึงพบความสัมพันธ์ของ สมุนไพรที่ใช้ร่วมกัน จากการวิเคราะห์ แบบ ตะกร้าตลาด (market basket analysis) เช่น ในกลุ่มโรคสะเก็ดเงิน พบ สมุนไพรที่ใช้ร่วมกันคือ ข้าวเย็นเหนือ, ข้าวเย็นใต้, เหงือกปลาหมอ และทองพันชั่ง เป็นต้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ อาจนำไปศึกษาพัฒนา ต่อยอด เพื่อให้เกิดความซับซ้อนในการเลือกใช้ยาสมุนไพรในกลุ่ม โรคผิวหนังได้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้การสนับสนุน ในการทำงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.ตำราพื้นฐาน วิชาชีพรักษาแผนไทย เล่ม ๑ ปรัชญาและพื้นฐานการแพทย์แผนไทย. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี; 2561
2. พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2556.2556 ราชกิจจานุเบกษา.หน้า 2.
3. โรงเรียนอายุรเวท (ชีวโกมารภักจ) มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ แผนไทยเดิมฯ. ตำราเภสัชกรรมไทย.กรุงเทพฯ: พิมพ์ ณ พรินทร์ตั้ง เซ็นเตอร์; 2548
4. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม และโรงเรียนอายุรเวทธำรง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย มหิดล.ตำราการแพทย์ไทยเดิม(แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1 ฉบับชำระ พ.ศ.2550. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการพิมพ์; 2555
5. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการ แพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ICD-10-TM บัญชีรหัสกลุ่มโรค อาการ และหัตถการด้านการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักกักการโรงพิมพ์ องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558
6. Yang, D. H., et al. (2013). Association Rule Mining and Network Analysis in Oriental Medicine. PLOS ONE 8(3): e59241.
7. Xia, P., et al. (2020). Data Mining-Based Analysis of Chinese Medicinal Herb Formulae in Chronic Kidney Disease Treatment. Evid Based Complement Alternat Med 2020: 9719872.
8. Reanmongkol W, Itharat A, Bouking P. Evaluation of the anti-inflammatory, antinociceptive and antipyretic activities of the extracts from *Smilax corbularia* Kunth rhizomes in mice and rats (in vivo). Evaluation. 2007 Mar;29(1):59-67

9. Wu H, Wang Y, Zhang B, Li YL, Ren ZX, Huang JJ, Zhang ZQ, Lin ZJ, Zhang XM. *Smilax glabra* Roxb.: A Review of Its Traditional Usages, Phytochemical Constituents, Pharmacological Properties, and Clinical Applications. *Drug Design, Development and Therapy*. 2022 Jan 1:3621-43.
10. Na Takuathung M, Wongnoppavich A, Pitchakarn P, Panthong A, Khonsung P, Chiranthanut N, Soonthornchareonnon N, Sireeratawong S. Effects of wannachawee recipe with antipso-riatic activity on suppressing inflammatory cytokine production in hacat human keratinocytes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2017 Oct;2017.
11. Mukherjee PK, Mukherjee D, Maji AK, Rai S, Heinrich M. The sacred lotus (*Nelumbo nucifera*)–phytochemical and ther-apeutic profile. *Afr. J. Pharm. Pharmacol*. 2009 Apr;61(4):407-22.
12. Manohar D, Viswanatha GL, Nagesh S, Jain V, Shivaprasad HN. Ethnopharmacology of *Lepidium sativum* Linn (Brassicaceae): a review. *Int J Phytother Res*. 2012;2(1):1-7.
13. Ahmad A, Husain A, Mujeeb M, Khan SA, Najmi AK, Siddique NA, Damanhour ZA, Anwar F. A review on therapeutic potential of *Nigella sativa*: A miracle herb. *Asian Pacific journal of tropical biomedicine*. 2013 May 1;3(5):337-52.
14. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.พจนานุกรมคัมภีร์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. 2559. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2560

A Retrospective Study of Suk Sai Yad Recipe Uses in Patients with Insomnia

Kulphassorn Jamparngernthaweesri*, Natchagorn Lumlerdkij*, Suksalin Booranasubkajorn*, Pravit Akarasereenont*, **

*Center of Applied Thai Traditional Medicine, **Department of Pharmacology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(2):119-130

ABSTRACT

Objective: The primary objective of this study was to evaluate the effect on quality of life and sleep quality and safety of Suk sai yad recipe in patients with insomnia. The secondary objective was to investigate the relationship between various factors and effect of Suk sai yad recipe.

Materials and Methods: This study was a retrospective study conducted between August 2019 and June 2021 in 110 patients with insomnia, who were prescribed Suk sai yad recipe from 8 hospitals, by purposive sampling technique. The main outcomes were EQ-5D-5L quality of life score and perceived sleep quality collected at 1, 2, 3, 4, 8, 12 or 20 weeks after the treatment at least 1 time. Adverse effects and innate body elements were also recorded.

Results: The results showed that 59.1% of patients reported a better quality of life after the medication. The average EQ-5D-5L score after the medication (0.940 ± 0.128) was significantly increased from that of before (0.842 ± 0.183) ($p < 0.001$). For overall perceived sleep quality, 80% of patients reported an improved condition. Among these, there were 44.5% with better sleep quality and 27.3% with less waking up at night. There were 34.5% of patients who reported some adverse effects. The non-serious adverse effects were dried mouth and throat, dizziness, and heartburn. In addition, our analysis showed that the history of drug/herb allergy was associated with the incident of adverse effects ($p < 0.001$). Patients whose innate body elements were Fire had more opportunities of adverse effects than others.

Conclusion: This study shows that Suk sai yad recipe was effective and safe in relieving insomnia and improving the quality of life. However, uses of Suk sai yad recipe in some patients, such as those whose innate body element was Fire, should be careful due to the increased risk of adverse effects.

Keywords: Suk sai yad recipe; cannabis; insomnia; quality of life; Thai traditional medicine

Correspondence to: Natchagorn Lumlerdkij

Email: natchagorn.lum@mahidol.ac.th

Received: 15 January 2023

Revised: 13 March 2023

Accepted: 13 March 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i2.260891>

การศึกษาแบบย้อนกลับของการใช้ตำรับยา คุชไสยาสน์ในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ

กุลภัสสรณ์ จำปาเงินทวีศรี*, ณิชกร ลำเลิศกิจ*, สุกส์สลิล บุรณะทรัพย์ขจร*, ประวิทย์ อัครเสริณนท์*, **

*สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์, **ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: วัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อศึกษาผลต่อคุณภาพชีวิตและการนอนหลับและความปลอดภัยของตำรับยาคุชไสยาสน์ในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ สำหรับวัตถุประสงค์รอง คือ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับผลของตำรับยาคุชไสยาสน์

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 และ มิถุนายน พ.ศ. 2564 ในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับที่ได้รับตำรับยาคุชไสยาสน์จากสถานพยาบาล 8 แห่ง จำนวน 110 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประเมินผลด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L และคุณภาพการนอนหลับที่ประเมินด้วยผู้ป่วยเอง หลังรับการรักษาในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 8, 12 และ 20 อย่างน้อย 1 ครั้ง ร่วมกับการบันทึกอาการไม่พึงประสงค์และประเมินสาเหตุเจ้าเรือนของผู้ป่วยตามเดือนเกิด

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยร้อยละ 59.1 มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังรับประทานยา คะแนนคุณภาพชีวิตหลังรับประทานยาเฉลี่ย (0.940 ± 0.128) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนรับประทานยา (0.842 ± 0.183) ด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L สำหรับคุณภาพการนอนหลับที่ประเมินด้วยผู้ป่วยเอง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 80 ระบุว่ามีอาการดีขึ้น โดยร้อยละ 44.5 มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น และร้อยละ 27.3 ตื่นกลางดึกลดลง สำหรับความปลอดภัย ผู้ป่วยร้อยละ 34.5 พบอาการไม่พึงประสงค์ อาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรงที่พบ เช่น อาการปากคอแห้ง วิงเวียนศีรษะ และแสบร้อนกลางอก นอกจากนี้ยังพบว่า ประวัติการแพ้ยา/สมุนไพรมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ผู้ป่วยที่มีสาเหตุเจ้าเรือนเป็นธาตุไฟมีโอกาสพบอาการไม่พึงประสงค์หลังจากรับประทานตำรับยาคุชไสยาสน์มากกว่าผู้ป่วยที่มีสาเหตุเจ้าเรือนอื่น ๆ

สรุป: การใช้ตำรับยาคุชไสยาสน์ช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย แต่อย่างไรก็ตามควรใช้ตำรับยาคุชไสยาสน์อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ที่มีสาเหตุเจ้าเรือนเป็นธาตุไฟ เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากกว่าธาตุอื่น

คำสำคัญ: ตำรับยาคุชไสยาสน์; ภัยสุขภาพ; นอนไม่หลับ; คุณภาพชีวิต; การแพทย์แผนไทย

บทนำ

"คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์" ได้บันทึกตำรับยาไว้หลายขนาน รวมถึงตำรับยาตำรับยาคุชไสยาสน์ ซึ่งมีสรรพคุณ คือ "แก้สรรพโรคทั้งปวงหายสิ้น มีกำลัง กินข้าวได้นอนเป็นสุข"¹ ตำรับยานี้มีกัญชาเป็นส่วนประกอบหลัก โดยช่วยให้เจริญอาหารและทำให้นอนหลับสบายมากขึ้น² แสดงให้เห็นว่า มีการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ในอดีตโดยนำกัญชามาปรุงเป็นตำรับยาสมุนไพรต่าง ๆ ต่อมากัญชาถูกถอดออกจากทุกตำรับยาสมุนไพร เนื่องจากถูกจัดเป็น ยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522³ นับตั้งแต่นั้น ก็ไม่พบข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์อีก จนกระทั่งปี พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้อนุญาตให้นำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์อีกครั้ง ภายใต้ พ.ร.บ. ยาเสพติดฉบับที่ 7⁴ แม้ตำรับยาคุชไสยาสน์จะถูกส่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วยเป็น

จำนวนมากในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยาคุชไสยาสน์ยังไม่มากเพียงพอ ดังนั้นการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบจากการใช้ตำรับยานี้ในปัจจุบัน จึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาก่อนหน้านี้คล้ายคลึงจำนวน 3 งานวิจัย ได้แก่ การศึกษาของณัชชา เตังเติมวงศ์⁵ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงสังเกตแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยจำนวน 25 คนที่มีอาการนอนไม่หลับ หลังจากผู้ป่วยรับประทานตำรับยาคุชไสยาสน์ขนาดวันละ 0.5 กรัมก่อนนอน เป็นเวลา 4 – 6 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับ ประเมินโดยแบบประเมิน Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) และคุณภาพชีวิต ประเมินโดยแบบสอบถาม EQ-5D-5L ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีผลการศึกษาวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ

ศศิพงศ์และคณะ⁶ แต่สำหรับการศึกษาของศศิพงศ์นั้นเป็นการศึกษาวิจัยเชิงสังเกตแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าในผู้ป่วยจำนวน 60 คน จากงานวิจัย 2 ชิ้นนี้ จะเห็นได้ว่า ตำรับยาสมุนไพรไทยมีส่วนช่วยในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ แต่อย่างไรก็ตาม งานวิจัยทั้ง 2 ชิ้นมีกลุ่มตัวอย่างที่จำนวนน้อย และเก็บข้อมูลในระยะเวลาที่สั้นสำหรับการศึกษาของอาการและคณะ⁷ ได้มีการศึกษารูปแบบของยา ขนาดยาเริ่มต้นและขนาดยาที่ใช้การรักษาแบบพหุของตำรับยาสมุนไพรไทย รวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการยุติการกินยาผู้ป่วย แต่จากข้อมูลดังกล่าว ยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับผลการรักษาของผู้ป่วยหลังจากได้รับตำรับยาสมุนไพรไทย รวมไปถึงปัจจัยที่อาจมีผลต่อการเกิดอาการพึงประสงค์ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลต่อคุณภาพชีวิตและการนอนหลับ และความปลอดภัยของตำรับยาสมุนไพรไทยในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากรูปแบบการรักษา ที่ส่งผลต่อผลการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อศึกษาผลต่อคุณภาพชีวิตและการนอนหลับและความปลอดภัยของตำรับยาสมุนไพรไทยในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ สำหรับวัตถุประสงค์รอง คือ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับผลของตำรับยาสมุนไพรไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษารูปแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากสถานพยาบาลจำนวน 8 แห่ง ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ คือ

1. เป็นสถานพยาบาลของรัฐ
2. ได้รับอนุญาตให้จัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย
3. มีการจ่ายตำรับยาสมุนไพรไทยให้แก่ผู้ป่วยมากกว่า 60 รายในช่วงเวลาที่งานวิจัยนี้ต้องการจะเก็บข้อมูล
4. มีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม EQ-5D-5L
5. อนุญาตให้สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับตำรับยาสมุนไพรไทย ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลโพธาราม (จังหวัดราชบุรี) โรงพยาบาลหนองฉาง (จังหวัดอุทัยธานี) โรงพยาบาลลาดบัวหลวง (จังหวัดพระนครศรีอยุธยา) โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 (จังหวัดสุพรรณบุรี) โรงพยาบาลสิงห์บุรี (จังหวัดสิงห์บุรี) โรงพยาบาลเมืองปาน (จังหวัดลำปาง) โรงพยาบาลพนัสนิคม (จังหวัดชลบุรี) และโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา (จังหวัดสระบุรี) โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่รับรอง 029/2564 (IRB1)

กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$n_1 = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{pq(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, q_1 = 1 - p_1, q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

กำหนดค่าสัดส่วนโดยอ้างอิงจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่มีความคล้ายคลึงกัน⁸ นอกจากนี้ยังได้กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ค่าความผิดพลาดชนิดที่ 2 (Beta) เท่ากับ 0.20 และค่า Ratio (r) เท่ากับ 1 เมื่อคำนวณตามสูตรดังกล่าว จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 108 ราย ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 110 ราย และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling technique) เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือ

1. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ หรือ คะแนนรวมของแบบประเมิน Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ≤ 5 คะแนน
2. แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นผู้วินิจฉัยและพิจารณาว่าเห็นสมควรว่าให้การรักษาด้วยตำรับยาสมุนไพรไทย
3. เพศชาย หรือ เพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
4. มีสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกคงที่
5. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี

เกณฑ์คัดออก คือ

1. ผู้ป่วยที่ไม่มีการติดตามผลการรักษา
2. ไม่มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาหลังจากรับประทานตำรับยาสมุนไพรไทย
3. ไม่ได้ประเมินแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L

การเก็บข้อมูล

การศึกษานี้เก็บข้อมูล 5 ส่วน จากโรงพยาบาลทั้งหมด 8 แห่งที่กล่าวมาข้างต้น โดยการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล หรือสืบค้นเวชระเบียนของระบบโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
2. ข้อมูลรายละเอียดการรักษา ประกอบด้วย วันที่มาพบแพทย์ ผลการวินิจฉัยโรค รูปแบบของยาสมุนไพรไทย ขนาดรับประทานยาสมุนไพรไทยเริ่มต้น การปรับขนาดรับประทานยาสมุนไพรไทย ขนาดรับประทานยาสมุนไพรไทยที่ใช้รักษา ระยะเวลาที่รับประทานยาสมุนไพรไทย
3. ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน และผลการรักษา

หลังจากได้รับประทานยาสุขไสยาสน์ที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในมิติต่าง ๆ โดยเก็บข้อมูลหลังรับการรักษาในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 8, 12 และ 20 อย่างน้อย 1 ครั้ง

4. การประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของ EuroQol Group EQ-5D⁹ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจาก EuroQol Group เป็นที่เรียบร้อย ในส่วนของแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และ ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า โดยเก็บข้อมูลหลังรับการรักษาในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 8, 12 และ 20 อย่างน้อย 1 ครั้ง

5. ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นหลังรับประทานยาสุขไสยาสน์ ซึ่งจะประเมินทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาติดตามอาการโดยหัวข้อ 1-4 เก็บข้อมูลโดยแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลแต่ละแห่ง สำหรับหัวข้อ 5 ประเมินโดยแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือ เภสัชกรประจำโรงพยาบาลนั้น

การประเมินธาตุเจ้าเรือน

"ธาตุเจ้าเรือน" ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย คือ ธาตุหลักประจำตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม หรือ ธาตุไฟ โดยตามศาสตร์การแพทย์ไทยเชื่อว่าในร่างกายมนุษย์แต่ละคนมีธาตุเจ้าเรือนที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการเกิดโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งธาตุเจ้าเรือนจะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ "ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด" หมายถึง ธาตุที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด และ "ธาตุเจ้าเรือนปกติลักษณะ" หมายถึง ธาตุที่แสดงออกจากบุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล¹⁰ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ประเมินธาตุเจ้าเรือนของผู้ป่วยตามธาตุเจ้าเรือนกำเนิด โดยนำข้อมูลเดือนเกิดของผู้ป่วยจากเวชระเบียนมาเทียบตามคัมภีร์ประถมจินดา ดังนี้ ผู้ที่เกิดเดือนธันวาคม มกราคม หรือ กุมภาพันธ์ มีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุไฟ ผู้ที่เกิดเดือนมีนาคม เมษายน หรือ พฤษภาคม มีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุลม ผู้ที่เกิดเดือนมิถุนายน กรกฎาคม หรือ สิงหาคม มีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุน้ำ และผู้ที่เกิดเดือนกันยายน ตุลาคม หรือ พฤศจิกายน มีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุดิน¹⁰

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ IBM SPSS Statistics 25 โดยข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนา จะแสดงเป็นการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L โดยรวมและคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละมิติ จะนำมาเปรียบเทียบผลการรักษา

ภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการรักษา ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Paired t-test และใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression) ในหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับ และอาการไม่พึงประสงค์ สำหรับความสัมพันธ์ของประวัติการแพ้ยา/สมุนไพร กับ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ โดยใช้สถิติ McNemar test ทุกการวิเคราะห์ทางสถิติกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า 0.05

ผลการศึกษา

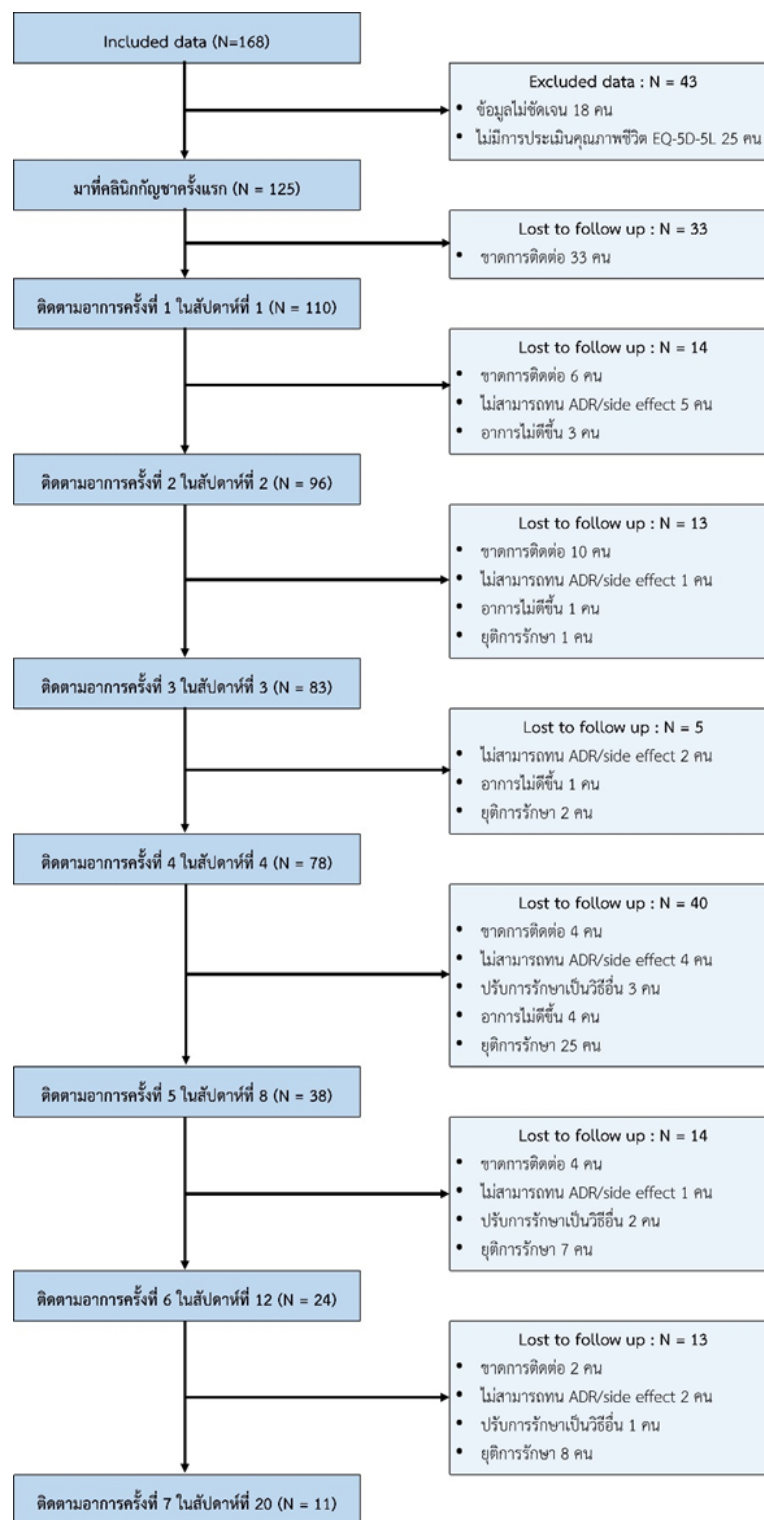
1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับมาพบแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ในคลินิกสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง จำนวน 168 ราย แต่มีผู้ป่วยมาติดตามอาการครั้งที่ 1 จำนวน 110 คน จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยมาติดตามอาการในสัปดาห์ที่ 8, 12 และ 20 เหลือจำนวน 38, 24 และ 11 คน ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 1

ผู้ป่วยจำนวน 110 ราย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.27 ± 11.27 ปี มีสัดส่วนระหว่างเพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาธาตุเจ้าเรือนตามเดือนเกิด พบว่าผู้ป่วยมีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุไฟมากที่สุด (ร้อยละ 36.4) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแพ้ยาและสมุนไพร (ร้อยละ 87.3) และ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 63.6) ดังแสดงในตารางที่ 1

2. รายละเอียดการรักษา

ผู้ป่วยร้อยละ 87.3 เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมารับการรักษาตามที่แพทย์นัดสม่ำเสมอ ไม่ทิ้งช่วงการรักษาเกิน 4 สัปดาห์ ส่วนระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับประทานยาสุขไสยาสน์ มีตั้งแต่ 1 – 46 สัปดาห์ โดยค่ามัธยฐานอยู่ 5 สัปดาห์ จึงกำหนดนิยามของระยะเวลาการรักษาด้วยค่ามัธยฐาน โดยกำหนดนิยามของการรักษาแบบระยะสั้นคือ น้อยกว่า 5 สัปดาห์ และระยะยาวคือ ตั้งแต่ 5 สัปดาห์เป็นต้นไป ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่มารักษาแบบระยะยาว (ร้อยละ 55.5) ส่วนขนาดรับประทานยาสุขไสยาสน์เริ่มต้นมีตั้งแต่ 0.5 – 2 กรัม โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับยาสุขไสยาสน์ขนาดเริ่มต้น 1 กรัม จึงกำหนดนิยามของขนาดรับประทานยาสุขไสยาสน์ด้วยค่ามัธยฐานเช่นกัน โดยกำหนดนิยามของขนาดรับประทานสูงคือ มากกว่า 1 กรัม และ ขนาดรับประทานต่ำคือ 0.5 - 1 กรัม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับยังไม่ดีขึ้น แพทย์จะพิจารณาเพิ่มขนาดรับประทาน และในกรณีที่ผู้ป่วยพบอาการไม่พึงประสงค์ แพทย์จะพิจารณาลดขนาดรับประทาน แต่หากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง แพทย์จะพิจารณาให้หยุดรับประทานยาแทน รายละเอียดการรักษาดังแสดงในตารางที่ 2



ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาและจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามอาการในแต่ละครั้ง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่อาการนอนไม่หลับจำนวน 110 คน

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	54	49.1
60 ปี เป็นต้นไป	56	50.9
เพศ		
ชาย	46	41.8
หญิง	64	58.2
สาเหตุเรื้อรังตามเดือนเกิด		
ธาตุไฟ	40	36.4
ธาตุลม	22	20
ธาตุน้ำ	22	20
ธาตุดิน	26	23.6
ประวัติแพ้ยา/สมุนไพร		
ปฏิเสธการแพ้ยา/สมุนไพร	96	87.3
มีประวัติแพ้ยา/สมุนไพร	14	12.7
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	40	36.4
มีโรคประจำตัว	70	63.6

3. ผลการรักษาด้านคุณภาพชีวิต

จากการประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนรับประทานตำรับยาสุขไสยาสน์คือ 0.842 ± 0.183 และหลังจากผู้ป่วยได้รับประทานตำรับยาสุขไสยาสน์มีค่าเฉลี่ยคะแนนคือ 0.940 ± 0.128 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังจากผู้ป่วยได้รับประทานตำรับยาสุขไสยาสน์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) เมื่อเทียบกับก่อนรับประทาน และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์ของคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ พบว่าหลังรับประทานตำรับยาสุขไสยาสน์ ค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์ของคุณภาพชีวิตในมิติที่ 3 - 5 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เมื่อเทียบกับก่อนรับประทาน กล่าวคือ มิติคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้นคือ การทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้ดีขึ้น อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัวที่น้อยลง และ ความวิตกกังวล/ซึมเศร้าที่น้อยลง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 รายละเอียดในการรักษาของผู้ป่วยที่อาการนอนไม่หลับจำนวน 110 คน

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความต่อเนื่องในการรักษา		
รักษาไม่ต่อเนื่อง	14	12.7
รักษาต่อเนื่อง	96	87.3
ระยะเวลาที่รับประทานยาสุขไสยาสน์		
ระยะสั้น (น้อยกว่า 5 สัปดาห์)	49	44.5
ระยะยาว (ตั้งแต่ 5 สัปดาห์เป็นต้นไป)	61	55.5
ขนาดรับประทานยาสุขไสยาสน์เริ่มต้น (กรัม)		
0.5 กรัม	30	27.3
1 กรัม	46	41.8
1.5 กรัม	5	4.5
2 กรัม	29	26.4
การปรับขนาดรับประทานยาสุขไสยาสน์		
ไม่ปรับขนาดรับประทาน	62	56.4
เพิ่มขนาดรับประทาน	33	30
ลดขนาดรับประทาน	15	13.6
ขนาดรับประทานยาสุขไสยาสน์ที่ใช้รักษา (กรัม)		
0.5 กรัม	14	12.7
1 กรัม	60	54.6
1.5 กรัม	5	4.5
2 กรัม	31	28.2
รูปแบบของยาสุขไสยาสน์		
ยาผง	103	93.6
ยาแคปซูล	7	6.4

ตารางที่ 3 คะแนนคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L เปรียบเทียบก่อนและหลังรับประทานยาศุขไสยาสน์

	ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L		P-value
	ก่อนรับประทานยา	หลังรับประทานยา	
คะแนนรวมคุณภาพชีวิต	0.842 ± 0.183	0.940 ± 0.128	< 0.001**
มิติสุขภาพ	ค่าเฉลี่ยของค่าสัมประสิทธิ์ของคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L แต่ละมิติ [#]		P-value
	ก่อนรับประทานยา	หลังรับประทานยา	
1. การเคลื่อนไหว	0.0103 ± 0.036	0.0098 ± 0.036	0.3195
2. การดูแลตนเอง	0.0052 ± 0.028	0.0039 ± 0.028	0.2133
3. กิจกรรมที่เป็นประจำ	0.0083 ± 0.026	0.0053 ± 0.022	0.004**
4. อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว	0.0602 ± 0.083	0.0174 ± 0.043	< 0.001**
5. ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า	0.0736 ± 0.087	0.0233 ± 0.051	< 0.001**

[#]ค่าสัมประสิทธิ์ของคุณภาพชีวิตแต่ละมิติคำนวณจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของ EuroQol Group EQ-5D⁹

ข้อมูลแสดงเป็นค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน กำหนด * P < 0.05, ** P < 0.01 โดยใช้สถิติ Paired t-test

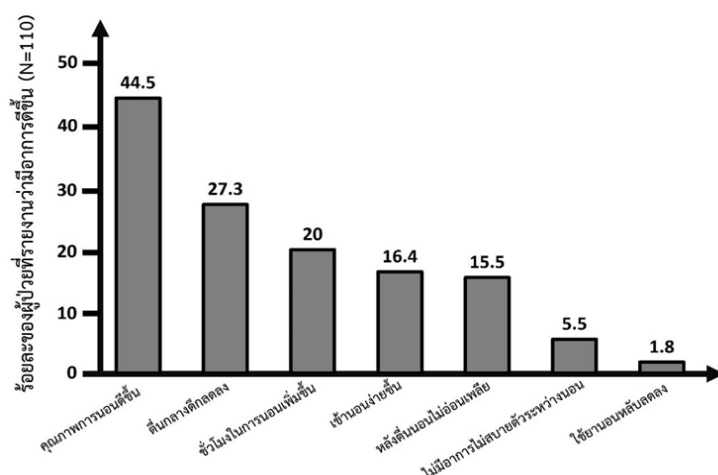
4. ผลการรักษาด้านคุณภาพการนอนหลับ

ผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ 110 คน พบว่า มีผู้ป่วยที่อาการดีขึ้น ร้อยละ 80 โดยผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นนั้น ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ามีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น (หลับสนิทมากขึ้น) ร้อยละ 44.5 รองลงมาคือ การตื่นกลางดึกลดลง ร้อยละ 27.3 และมีจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 รายละเอียดแสดงในภาพที่ 2 เมื่อทำการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ชาติพันธุ์ตามเดือนเกิด โรคประจำตัว ความต่อเนื่องในการรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา และขนาดรับประทานยา ที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับพบว่า จากการคัดเลือกปัจจัยที่เป็นอิสระทุกตัวเข้าสมการ logistic regression

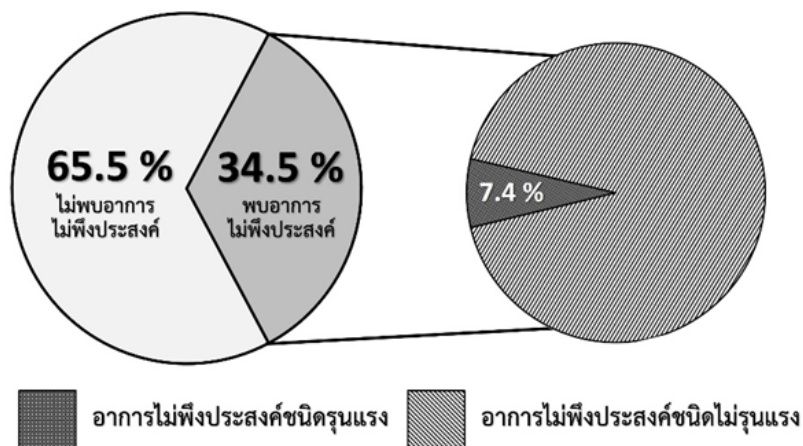
ด้วยเทคนิค Enter method ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับคุณภาพการนอนหลับในทางสถิติ

5. อาการไม่พึงประสงค์

จากผู้ป่วยทั้งหมด 110 คน พบอาการไม่พึงประสงค์หลังรับประทานยาศุขไสยาสน์ ร้อยละ 34.5 อาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรงที่พบได้มากที่สุดคือ ปากคอแห้ง รองลงมาคือ เวียนศีรษะและแสบร้อนอก ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงที่พบได้แก่ อาการใจสั่น ความดันโลหิตลดลง เหงื่อออก และ พบผื่นแพ้ยา แต่พบในสัดส่วนที่น้อย คือ ร้อยละ 1.5 – 2.9 ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 2 ผลการรักษาด้านคุณภาพการนอนหลับที่ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยแสดงเป็นร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานว่ามีอาการดีขึ้น



อาการไม่พึงประสงค์ชนิดไม่รุนแรง	N	%
• ปากแห้งคอแห้ง	15	22.1
• วิงเวียนศีรษะ	14	20.6
• แสบร้อนกลางอก	7	10.3
• แสบร้อนคอ	4	5.9
• แสบร้อนท้อง	4	5.9
• คลื่นไส้	3	4.4
• แน่นท้อง	3	4.4
• กระหายน้ำ	2	2.9
• ท้องผูก	2	2.9
• ปวดศีรษะ	2	2.9
• จ่วงซึม	2	2.9
• ร้อนภายในร่างกาย	2	2.9
• น้ำหนักขึ้น	2	2.9
• อุจจาระแข็ง	1	1.5

ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงความถี่ร้อยละของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาเคมีบำบัด

ตารางที่ 4 การหาความสัมพันธ์ของประวัติการแพ้ยาสมุนไพรกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ

ประวัติการเคยแพ้ยาสมุนไพร	การเกิดอาการไม่พึงประสงค์		P-Value
	ไม่มี n (%)	มี n (%)	
ไม่มีประวัติการเคยแพ้ยาสมุนไพร	63 (65.6)	33 (34.4)	< 0.001*
มีประวัติการเคยแพ้ยาสมุนไพร	9 (64.3)	5 (35.7)	

กำหนด *P < 0.05, **P < 0.01 โดยใช้สถิติ McNemar test

เมื่อนำมาวิเคราะห์ประวัติการแพ้ยาสมุนไพรของกลุ่มตัวอย่างร่วมกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาเคมีบำบัดมีค่าสัดส่วนของการเคยแพ้ยาสมุนไพร (ร้อยละ 35.7) ซึ่งมากกว่าค่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่เคยมีอาการแพ้ (ร้อยละ 34.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อทำการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ชาติเจ้าเรือนตามเดือนเกิด โรคประจำตัว ความต่อเนื่องในการรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา และขนาดรับประทานยา ที่ส่งผลต่ออาการไม่พึงประสงค์พบว่า เมื่อทำการคัดเลือกปัจจัยที่เป็นอิสระทุกตัวเข้าสมการ logistic regression ด้วยเทคนิค Enter method จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ชาติเจ้าเรือน โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีชาติเจ้าเรือนเป็นชาตุนี มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากกว่าผู้ป่วยที่มีชาติเจ้าเรือน

เป็นชาตุนีร้อยละ 29.8 อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับตัวแปรอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

อภิปรายผล

ตามทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทยต้องพิจารณาของ “สมุฏฐาน” หรือ สาเหตุของโรคจากปัจจัยต่างๆ เช่น ชาติสมุฏฐาน (ชาติเจ้าเรือนของผู้ป่วย) อายุสมุฏฐาน (ช่วงวัยของผู้ป่วย) และมูลเหตุการเกิดโรคต่าง ๆ¹⁰ จากผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในการศึกษานี้ เท่ากับ 59.27 ± 11.27 ปี ซึ่งตรงกับช่วงปัจฉิมวัย (อายุ 32 ปีจนถึงสิ้นอายุไข) ซึ่งมีชาตุนีเป็นเจ้าเรือนประจำช่วงอายุนี ดังนั้นจะมีความเจ็บป่วยด้วยที่เกิดจากชาตุนีที่ผิดปกติ ซึ่งอาการนอนไม่หลับตามมุมมองทางการแพทย์แผนไทย เกิดจากชาตุนีที่พิการ¹⁰ ดังนั้นจึงมีความสอดคล้องกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย

ตารางที่ 5 ตารางแสดงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์

ปัจจัย	อาการไม่พึงประสงค์ ไม่เกิด n (%)		Crude OR	95%CI of Crude OR		P-value	Adjust OR	95%CI of Adjust OR		P-value
	เกิด n (%)			Lower	Upper			Lower	Upper	
อายุ										
น้อยกว่า 60 ปี	34 (63)	20 (37)	1	-	-	-	1	-	-	-
60 ปี เป็นต้นไป	38 (67.9)	18 (32.1)	0.805	0.367	1.769	0.589	0.925	0.381	2.244	0.863
เพศ										
ชาย	32 (69.6)	14 (30.4)	1	-	-	-	1	-	-	-
หญิง	40 (62.5)	24 (37.5)	1.371	0.612	3.072	0.591	1.227	0.518	2.906	0.642
ธาตุเจ้าเรือนตามเดือนเกิด										
ธาตุไฟ	20 (50)	20 (50)	1	-	-	-	1	-	-	-
ธาตุดิน	17 (77.3)	5 (22.7)	0.294	0.091	0.951	0.041	0.298	0.089	1.000	0.050 *
ธาตุน้ำ	17 (77.3)	5 (22.7)	0.294	0.091	0.951	0.041	0.299	0.088	1.015	0.053
ธาตุลม	18 (69.2)	8 (30.8)	0.444	0.157	1.255	0.126	0.447	0.153	1.302	0.140
โรคประจำตัว										
ไม่มี	25 (62.5)	15 (37.5)	1	-	-	-	1	-	-	-
มี	47 (67.1)	23 (32.9)	0.816	0.362	1.836	0.622	0.843	0.328	2.168	0.723
ความต่อเนื่องในการรักษา										
ไม่ต่อเนื่อง	7 (50)	7 (50)	1	-	-	-	1	-	-	-
ต่อเนื่อง	65 (67.7)	31 (32.3)	0.477	0.154	1.479	0.193	0.668	0.184	2.428	0.540
ระยะเวลาในการรักษา										
ระยะสั้น (น้อยกว่า 5 สัปดาห์)	35 (71.4)	14 (28.6)	1	-	-	-	1	-	-	-
ระยะยาว (ตั้งแต่ 5 สัปดาห์เป็นต้นไป)	37 (60.7)	24 (39.3)	1.622	0.725	3.627	0.238	1.619	0.646	4.059	0.304
ขนาดรับประทาน										
ขนาดต่ำ (0.5 – 1 กรัม)	48 (64.9)	26 (35.1)	1	-	-	-	1	-	-	-
ขนาดสูง (มากกว่า 1 กรัมเป็นต้นไป)	24 (66.7)	12 (33.3)	0.923	0.398	2.141	0.852	1.011	0.392	2.607	0.982
หมายเหตุ: OR หมายถึง odd ratio และกำหนดค่านัยสำคัญอยู่ที่ต่ำกว่า 0.05 (*P < 0.05)										

ในการศึกษานี้มีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุไฟมากที่สุด โดยในทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ธาตุไฟ หมายถึง ความร้อนในร่างกาย ประกอบด้วยไฟที่ทำให้ร่างกายอบอุ่น ไฟย่อยอาหาร ไฟที่ทำให้แก่คร่ำคร่า รวมถึงไฟที่ทำให้ร้อนระส่ำระสาย ดังนั้นจะมีความเจ็บป่วยที่เกิดจากธาตุไฟที่ผิดปกติ¹⁰ ซึ่งงานวิจัยก่อนหน้านี้ได้ระบุว่า ความเครียดและความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการนอนไม่หลับได้¹¹ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับในการศึกษานี้ อาจเป็นผลมาจากไฟปรัทัยหคคิ (ไฟที่ทำให้ร้อนระส่ำระสาย) ซึ่งเป็นธาตุไฟที่จะกำเริบจากการเกิดความเครียดและความวิตกกังวล¹⁰ ดังนั้นจึงมีความสอดคล้องกัน

ขนาดรับประทานยาสมุนไพรที่ใช้รักษาส่วนใหญ่จะอยู่ที่ 1 กรัม ซึ่งขนาดรับประทานในการศึกษานี้สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก¹² ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกปรับขนาดรับประทานของยาสมุนไพรจากแพทย์ผู้ทำการรักษา ทั้งนี้การปรับขนาดรับประทานอาจขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่อยู่ที่ 5 สัปดาห์ ทั้งนี้อาจจะขึ้นอยู่กับกรอบของยาของผู้ป่วยแต่ละคนและความพึงพอใจที่จะใช้ยาของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์พิจารณาแล้วว่า การรักษาด้วยยาสมุนไพรไม่เหมาะสม อาจปรับวิธีการรักษาแทน เช่น การส่งต่อจิตแพทย์ในผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตเวชร่วมด้วย หรือ ปรับเป็นน้ำมันกัญชาตามความพึงพอใจของผู้ป่วย

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L หลังรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนรับประทานยา สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ซึ่งศึกษาในรูปแบบเก็บข้อมูลเชิงสังเกตในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับเช่นกัน⁵⁻⁷ แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยว่าคะแนนโดยรวมจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L เป็นผลมาจากมิติสุขภาพใดซึ่งผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าคะแนนคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ที่ดีขึ้นหลังรับประทานยา เป็นผลมาจากผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในมิติสุขภาพที่ 3 – 5 ซึ่งได้แก่ การทำกิจกรรมที่ให้เป็นประจำได้ดีขึ้น อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัวที่น้อยลง และ ความวิตกกังวล/ซึมเศร้าที่น้อยลง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์ของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ 1 การเคลื่อนไหวและมิติสุขภาพที่ 2 การดูแลตนเอง พบว่าก่อนและหลังรับประทานตำรับยาสมุนไพรไม่พบความแตกต่างทางสถิติ อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยแต่ละรายประเมินตนเองว่าไม่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเองตั้งแต่ก่อนเริ่มรักษา ดังนั้นหลังจากรับประทานตำรับยาสมุนไพรจึงไม่เห็นความแตกต่างในมิติสุขภาพที่ 1 และ 2 สำหรับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในมิติสุขภาพที่ 4 อาจเป็นผลจากฤทธิ์บรรเทาอาการปวดจากสมุนไพรในตำรับ ซึ่งได้แก่ กัญชา¹³⁻¹⁶ โดยมีการศึกษารูปแบบ systematic review และ meta-analysis จำนวน 4 การศึกษาที่ยืนยันว่าสารกลุ่ม Cannabinoids ได้แก่ Cannabidiol, Dronabinol, Nabilone และ Nabiximol สามารถ

ลดอาการปวดได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่อาการปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่ มะเร็ง ได้แก่ โรค Fibromyalgia¹³⁻¹⁶ โรค Rheumatoid arthritis¹⁴⁻¹⁶ และอาการปวดจากความผิดปกติของระบบประสาท (neuropathic pain)¹⁴⁻¹⁶ พบการศึกษารูปแบบ systematic review และ meta-analysis ในเชิงกับการรักษาอาการปวดได้หลากหลาย ได้แก่ อาการปวดจากโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) การบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา และ อาการปวดท้องประจำเดือน¹⁷ ส่วนน้ำมันหอมระเหยจากพริกไทยช่วยลดระดับความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาหลอก¹⁸ และพบการศึกษารูปแบบ systematic review และ meta-analysis สนับสนุนว่า สาร Thymoquinone จากเทียนดำและน้ำมันจากเมล็ดเทียนดำช่วยลดอาการปวดได้ในผู้ป่วยโรค Rheumatoid arthritis¹⁹ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยในระดับสัตว์ทดลอง พบว่าน้ำมันจากลูกจันทน์ช่วยต้านการอักเสบในหนูทดลองผ่านกลไกยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ชนิด COX-2²⁰ ส่วนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในมิติสุขภาพที่ 5 อาจเป็นผลจากฤทธิ์คลายกังวลและต้านอาการซึมเศร้าจากสมุนไพรในตำรับ ซึ่งได้แก่ กัญชา^{21, 22} โดยมีการศึกษารูปแบบ systematic review และ meta-analysis จำนวน 2 การศึกษาที่ยืนยันว่าสารกลุ่ม Cannabinoids ได้แก่ Cannabidiol และ Delta-9-tetrahydrocannabinol ช่วยรักษาอาการของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า^{21, 22} โรควิตกกังวล²¹ และสภาวะผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบสถานการณ์รุนแรง (post-traumatic stress disorder)²¹ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยในระดับสัตว์ทดลอง พบว่าสารสกัดจากใบเสมาช่วยลดความกังวลในหนูทดลอง²³

ผู้ป่วยร้อยละ 80 ระบุว่านอนหลับดีขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากสาร Tetrahydrocannabinol, Cannabidiol, Dronabinol และ Nabilone ในกัญชา ช่วยทำให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้นและลดระยะเวลาดังแต่เข้านอนจนถึงเริ่มหลับ (sleep latency)²⁴⁻²⁷ หากพิจารณาตามทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย การนอนหลับที่ดีขึ้นอาจเป็นผลมาจากสรรพคุณของกัญชา ซึ่งระบุในคัมภีร์สรรพคุณยาว่า “กัญชา แก้ไข้ผอมเหลือง หากำลังมิได้ ให้อาหารสั่นเสียวสั่น แก้นอนมิหลับ”¹⁰ และอาจเป็นผลมาจากพิภคตริกฏก ซึ่งประกอบด้วย ขิง พริกไทย ดีปลี มีสรรพคุณ แก้วตาในกองสมุนไพร (ความผิดปกติที่เกิดจากธาตุลม) ซึ่งอาการนอนไม่หลับในทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย ถือเป็นอาการแสดงของธาตุลมที่ผิดปกติ¹⁰ นอกจากนี้สมุนไพรสร้อยชนิดอื่นๆในตำรับ เช่น หัสศุนเทศ ลูกจันทน์ สมุลแว้ง เทียนดำ โกฐกระดูก ยังมีสรรพคุณช่วยกระจายเลือดลม² ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตไหลเวียนได้ดีขึ้น ซึ่งอาจมีส่วนช่วยให้การนอนไม่หลับดีขึ้น

อาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรงในการศึกษานี้ ได้แก่ อาการปากแห้ง^{25, 28} ปวดศีรษะ^{25, 28} เวียนศีรษะ²⁸ คลื่นไส้อาเจียน²⁸ ท้องผูก²⁸ อาจเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากสารสำคัญจากกัญชา ได้แก่ สาร 9-Tetrahydrocannabinol และ Nabilone ส่วนอาการง่วงซึม อาจเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากสาร Cannabidiol ในกัญชา^{26, 27} ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงในการศึกษานี้ ได้แก่

อาการใจสั่น และ ความดันโลหิตลดลง อาจเป็นผลจากกลไกเช่น กัน สอดคล้องกับรายงานผู้ป่วย (Case report) ซึ่งระบุว่า พบผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) ภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) และ ภาวะที่ความดันโลหิตในร่างกายลดต่ำลงอย่างฉับพลันจากการเปลี่ยนท่าทางกะทันหัน (Orthostatic hypotension) หลังจากบริโภคกัญชาทั้งในรูปแบบวัตถุดิบ สารสกัด หรือสารสำคัญ²⁹

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการแพ้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยอย่างร่วมกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยแพ้ยาหรือสมุนไพรมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติแพ้ยาหรือสมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าประวัติการแพ้ยา แพ้สารเคมีหรือสิ่งใด ๆ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้³⁰ ดังนั้นในทางเวชปฏิบัติ หากพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติเคยแพ้ยาหรือสมุนไพร ควรจะวางแผนการรักษาอย่างระมัดระวังและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุไฟมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากกว่าผู้ป่วยที่มีธาตุเจ้าเรือนอื่น ๆ อาจเป็นผลมาจากตำรับยาสมุนไพรที่มีรสร้อน เนื่องจากมีส่วนประกอบของสมุนไพรรสร้อน จำนวนมาก ได้แก่ ขิง พริกไทย ตีบลิ หัสคุณเทศ² ซึ่งสมุนไพรเหล่านี้อาจไปกระตุ้นธาตุไฟในร่างกายของผู้ป่วยที่มีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุไฟ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องการเก็บข้อมูล เนื่องจากไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ในบางส่วน เช่น ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ระยะเวลาที่มีอาการนอนไม่หลับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งได้แก่ ค่าเอนไซม์ตับ และ ค่าการทำงานของไต ทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างครอบคลุม ประกอบกับการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลหลากหลายแหล่ง ส่งผลให้ข้อมูลมีความหลากหลาย เช่น ประสบการณ์และความชำนาญของแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย หลักในการพิจารณาขนาดรับประทานของยาสมุนไพรและการปรับขนาดรับประทานของยาสมุนไพร ระยะเวลาที่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วย รวมถึงการปรับการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ สำหรับการประเมินผลการรักษาเกี่ยวกับการนอนหลับ เป็นการเก็บข้อมูลจากการที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (subjective measurement) ทำให้ข้อมูลในบางส่วนอาจตกหล่น หรือไม่ชัดเจนมากเพียงพอ ดังนั้นการศึกษาวิจัยในอนาคตจึงควรใช้เครื่องมือที่สามารถวัดคุณภาพการนอนหลับได้ชัดเจน (objective measurement) เช่น เครื่อง Polysomnography หรือ เครื่อง Actigraphy มาใช้ในการประเมินประสิทธิภาพในการรักษาอาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้การศึกษานี้ในอนาคตควรศึกษาในรูปแบบงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ควรมีการสุ่มตัวอย่าง มีการควบคุมปัจจัยที่อาจรบกวนผลการรักษา และศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สรุป

การใช้ตำรับยาสมุนไพรขนาด 0.5 - 2.0 กรัมต่อวัน ช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ แม้จะพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แต่ส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่รุนแรง แต่อย่างไรก็ตาม ควรใช้ตำรับยาสมุนไพรอย่างระมัดระวังในผู้ป่วยบางกลุ่มโดยเฉพาะผู้ที่เคยมีประวัติแพ้ยาหรือสมุนไพรและผู้ป่วยที่มีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุไฟ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจากโรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โรงพยาบาลหนองฉาง โรงพยาบาลลาดบัวหลวง โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลเมืองปาน และ โรงพยาบาลพนสนิมคม ที่อนุญาตให้นำข้อมูลมาใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณ พท.ป.มณจิรา จานงค์ พท.ป. เปมิกา ศิริบุญส่ง และ พท.ป.กมลกานต์ โพธินาม ที่ช่วยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และขอขอบคุณ อ.จุฬารักษ์ พูลเอี่ยม หน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิเคราะห์ทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. หอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร. “คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์”. คัมภีร์ใบลาน 1 ผูก. อักษรไทย. ภาษาไทย. เส้นจาร. ฉบับลานดับ. เลขที่ 1143 หมวดเวชศาสตร์.
2. เสี่ยม พงษ์บุญรอด. ไม่เทศเมืองไทย สรรพคุณของยาเทศและยาไทย. กรุงเทพฯ: กรุงธน; 2522.
3. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 96, ตอนที่ 63 ฉบับพิเศษ (ลงวันที่ 27 เมษายน 2522).
4. กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 136, ตอนที่ 19 ก (ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562).
5. ณัฏฐา เต็งเต็มวงศ์. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของตำรับยาสมุนไพรสมุนไพรในโรคนอนไม่หลับเรื้อรัง : การศึกษาย้อนหลังเบื้องต้นในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2564;19(2):331 – 43.
6. ศศิพงศ์ ทิพย์ธาดาพร, จริยา สีทา, พิพัฒพงศ์ ป้อมไชยา, สมฤทัย บุญญารธรรม, กัญญาภัค ศิลารักษ์. ประโยชน์และความปลอดภัยของตำรับยาสมุนไพรในผู้ป่วยที่มีภาวะนอนไม่หลับ. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2564;19(2): 317 – 30.
7. อาภากร บุญธรรม, ปรีชา หนูทิม, ปิยะเมธ ดิลกธรรณกุล. รูปแบบการสั่งใช้ ความปลอดภัย และผลต่อคุณภาพชีวิตของตำรับยาสมุนไพร. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2565; 20(2):295-310.
8. Gulbransen G, Xu W, Arroll B. Cannabidiol prescription in clinical practice: an audit on the first 400 patients in New Zealand. BJGP Open. 2020;4(1).

9. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res.* 2011;20(10):1727-36.
10. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมและโรงเรียนอายุรเวทচারัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล. ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ ๑. กรุงเทพฯ 2550. 458 หน้า.
11. Brenes GA, Miller ME, Stanley MA, Williamson JD, Knudson M, McCall WV. Insomnia in older adults with generalized anxiety disorder. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009 Jun;17(6):465-72. doi: 10.1097/jgp.0b013e3181987747. PMID: 19472436; PMCID: PMC2699110.
12. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Guidance on the use cannabis in Thai traditional medicine. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019.
13. Kurlyandchik I, Tiralongo E, Schloss J. Safety and Efficacy of Medicinal Cannabis in the Treatment of Fibromyalgia: A Systematic Review. *J Altern Complement Med.* 2021;27(3):198-213.
14. Lynch ME, Campbell F. Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain; a systematic review of randomized trials. *Br J Clin Pharmacol.* 2011;72(5):735-44.
15. Martín-Sánchez E, Furukawa TA, Taylor J, Martin JL. Systematic review and meta-analysis of cannabis treatment for chronic pain. *Pain Med.* 2009;10(8):1353-68.
16. Stockings E, Campbell G, Hall WD, Nielsen S, Zagic D, Rahman R, et al. Cannabis and cannabinoids for the treatment of people with chronic noncancer pain conditions: a systematic review and meta-analysis of controlled and observational studies. *Pain.* 2018;159(10):1932-54.
17. Terry R, Posadzki P, Watson LK, Ernst E. The use of ginger (*Zingiber officinale*) for the treatment of pain: a systematic review of clinical trials. *Pain Med.* 2011;12(12):1808-18.
18. Costaa R, Machadoa J, Abreu C. Evaluation of Analgesic Properties of *Piper Nigrum* Essential Oil: a Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Study. *World J Tradit Chin Med.* 2016;2(2):60-4.
19. Khabbazi A, Javadivala Z, Seyedsadjadi N, Malek Mahdavi A. A Systematic Review of the Potential Effects of *Nigella sativa* on Rheumatoid Arthritis. *Planta Med.* 2020;86(7):457-69.
20. Zhang WK, Tao SS, Li TT, Li YS, Li XJ, Tang HB, et al. Nutmeg oil alleviates chronic inflammatory pain through inhibition of COX-2 expression and substance P release in vivo. *Food Nutr Res.* 2016;60:30849.
21. Black N, Stockings E, Campbell G, Tran LT, Zagic D, Hall WD, et al. Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(12):995-1010.
22. El-Alfy AT, Ivey K, Robinson K, Ahmed S, Radwan M, Slade D, et al. Antidepressant-like effect of delta9-tetrahydrocannabinol and other cannabinoids isolated from *Cannabis sativa* L. *Pharmacol Biochem Behav.* 2010;95(4):434-42.
23. Jaiswal AK, Bhattacharya SK, Acharya SB. Anxiolytic activity of *Azadirachta indica* leaf extract in rats. *Indian J Exp Biol.* 1994;32(7):489-91.
24. Bhagavan C, Kung S, Doppen M, John M, Vakalalabure I, Oldfield K, et al. Cannabinoids in the treatment of insomnia disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs.* 2020;34(12):1217-28.
25. Roitman P, Mechoulam R, Cooper-Kazaz R, Shalev A. Preliminary, open-label, pilot study of add-on oral Δ9-tetrahydrocannabinol in chronic post-traumatic stress disorder. *Clin Drug Investig.* 2014;34(8):587-91.
26. Shannon S, Lewis N, Lee H, Hughes S. Cannabidiol in Anxiety and Sleep: A Large Case Series. *Perm J.* 2019;23:18-041.
27. Suraev AS, Marshall NS, Vandrey R, et al. Cannabinoid therapies in the management of sleep disorders: A systematic review of preclinical and clinical studies. *Sleep Med Rev.* 2020;53:101339.
28. Ware MA, Fitzcharles MA, Joseph L, Shir Y. The effects of nabilone on sleep in fibromyalgia: results of a randomized controlled trial. *Anesth Analg.* 2010;110(2):604-10.
29. Goyal H, Awad HH, Ghali JK. Role of cannabis in cardiovascular disorders. *J Thorac Dis.* 2017;9(7):2079-92.
30. Agrawal V, Pandey S, Gupta U. Severity, Preventability and Predisposing Factors Assessment of Adverse Cutaneous Drug Reaction: A Prospective Hospital Based Observational Study. *Indian J Appl Res.* 2015;5(7): 520-522.

The Effect of Innate Body Elements (Innate Dhātu Chao Ruean, IDCR) with Lom Chapping Haeng Khao Disease

Slita Prachakit*, Akadet Onsa-ard**, Thanaphak Chaowpeerapong*, Manmas Vannabhum*, Supakij Suwannatrai*, Kamontip Harnphadungkit***, Pravrit Akarasereenont*

*Center of Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, ** Independent scholar,

***Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(2): 131-137

ABSTRACT

Objective: To study the effect of innate body elements (innate Dhātu Chao Ruean, IDCR) in symptoms of Lom Chapping Haeng Khao disease.

Materials and Methods: The pilot study using a survey in 60 participants who had knee pain for at least 6 months and were diagnosed Lom Chapping Haeng Khao disease by the applied Thai traditional medicine practitioner with over 10 years' work experience. This study collected data with questionnaires such as birthdates and symptoms including numeric rating pain scale (NRS), the surface temperature of knees, ROM of knee joints, modified WOMAC questionnaires, and a 30-second chair stand test.

Result: All participants were classified into 4 groups according to IDCR; 12 earth elements, 15 water element, 17 wind element, and 16 fire elements. The 4 element groups were no statistically significant difference in NRS, the surface temperature of knees, ROM of knee joints, a 30-second chair stand test, and assessment of symptoms and severity of Lom Chapping Haeng Khao disease with modified WOMAC questionnaires.

Conclusion: This study found that the IDCR had no effect in Lom Chapping Haeng Khao disease. However, this study shows a trend toward wind element which is correspond with disease of wind element commonly found in aging. Therefore, in future studies, the number of participants in the study should be increased and to study other factors that may influence the symptoms in Lom Chapping Haeng Khao disease, such as season, age, time, place of residence and different behavior.

Keywords: Lom Chapping Haeng Khao disease; innate body elements; innate Dhātu Chao Ruean

Correspondence to: Kamontip Harnphadungkit

Email: kamontip.har@gmail.com

Received: 13 January 2023

Revised: 7 March 2023

Accepted: 16 March 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i2.260875>

การศึกษาผลของธาตุเจ้าเรือนกำเนิดกับโรคลมจับโปงแห้งเข้า

ศลิทา ประชากิจ*, อรรถเดช อ่อนสอาด**, ธนภักษ์ เขาวนพีระพงศ์*, แม้นมาศ วรรณภูมิ*, ศุภกิจ สุวรรณไตรย์*,
กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ***, ประวิทย์ อัครเสริณนท์*

*สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, **นักวิชาการอิสระ, ***ภาควิชาเวชศาสตร์
ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของธาตุเจ้าเรือนกำเนิดกับลักษณะอาการของโรคลมจับโปงแห้งเข้า

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาสำรวจ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ ในอาสาสมัครจำนวน 60 คน ที่มีอาการปวดเข้ามาอย่างน้อย 6 เดือน และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมจับโปงแห้งเข้า โดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี การศึกษาครั้งนี้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม เพื่อสำรวจข้อมูลวันเดือนปีเกิด และลักษณะอาการของโรคลมจับโปงแห้งเข้า ประกอบด้วย ระดับความปวด (NRS) อุณหภูมิพื้นผิวของเข้า องศาของข้อเข้า แบบสอบถามประเมินอาการข้อเข้าเสื่อม (modified WOMAC) และ 30-second chair stand test

ผลการศึกษา: อาสาสมัครทั้งหมด จำแนกออกเป็น 4 กลุ่มตามธาตุเจ้าเรือนกำเนิด ได้แก่ ธาตุดิน 12 คน ธาตุน้ำ 15 คน ธาตุลม 17 คน และธาตุไฟ 16 คน โดยพบว่าทั้ง 4 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยของระดับความปวด อุณหภูมิบริเวณข้อเข้า ค่าองศาของข้อเข้า ผลการทดสอบ 30-second chair stand test และการประเมินลักษณะอาการปวดเข้า โดยใช้ modified WOMAC ในมิติต่าง ๆ ของโรคลมจับโปงแห้งเข้า

สรุป: การศึกษานี้พบว่าธาตุเจ้าเรือนกำเนิด ไม่มีผลต่อลักษณะอาการของโรคลมจับโปงแห้งเข้า แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ทำให้เห็นแนวโน้มว่า อาสาสมัครมีธาตุกำเนิดเป็นธาตุลมมากที่สุด คือ 17 ราย โดยทั้งหมดมีอายุอยู่ในช่วงปฏิมวัย ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนอาสาสมัครในการศึกษา และศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่ออาการของโรคลมจับโปงแห้งเข้า ได้แก่ ฤดูกาล อายุ ช่วงเวลา ถิ่นที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมต่าง ๆ

คำสำคัญ: โรคลมจับโปงแห้งเข้า; ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด

บทนำ

ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ ซึ่งในสภาวะร่างกายปกติธาตุทั้ง 4 จะทำงานสมดุลกัน เมื่อธาตุใดธาตุหนึ่งทำงานผิดปกติจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ปัจจัยที่ส่งผลให้ธาตุในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงจนส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยมีหลายประการประกอบด้วย ธาตุที่เป็นสาเหตุของโรค ธาตุเจ้าเรือน ฤดูกาล อายุ ช่วงเวลา ถิ่นที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การอดนอน การอยู่ในอิริยาบถเดิมนาน ๆ การกระทบความร้อน ความเย็น ในทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยจะซักประวัติอาการและปัจจัยต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ และวางแผนการรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ธาตุเจ้าเรือนเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความเจ็บ

ป่วยและการดูแลสุขภาพได้ ในทางการแพทย์แผนไทยธาตุเจ้าเรือนหมายถึง ธาตุที่มีอัตราส่วนในร่างกายมากกว่าธาตุอื่น แบ่งเป็น 2 แบบ คือ ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด และธาตุเจ้าเรือนปกติลักษณะ ซึ่งธาตุเจ้าเรือนกำเนิดสามารถประเมินได้จากเดือนเกิด สามารถแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ คือ บุคคลที่เกิดในเดือนธันวาคม มกราคม และ กุมภาพันธ์ มีธาตุกำเนิดเป็นธาตุไฟ มักเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากธาตุไฟ เช่น ภาวะท้องผูก ร้อนใน ผื่นผิวหนัง เป็นต้น บุคคลที่เกิดเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคมมีธาตุกำเนิดเป็นธาตุลม มักเจ็บป่วยด้วยอาการที่เกิดจากธาตุลม เช่น ท้องอืดท้องเฟ้อ ปวดเสียวตามร่างกาย ปวดศีรษะ อาการอ่อนแรง บุคคลที่เกิดเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคมมีธาตุกำเนิดเป็นธาตุน้ำ มักเจ็บป่วยด้วยอาการที่เกิดจากธาตุน้ำ เช่น น้ำหนักตัวเพิ่มได้ง่าย โรคผิวหนัง และบุคคลที่เกิด

ในเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายนเป็นฤดูหนาว มักมีอาการเจ็บป่วยจาก โรคเรื้อรัง และโรคที่เกิดจากโครงสร้างของร่างกาย เนื่องจากฤดูหนาว เป็นฤดูที่เป็นโครงสร้างของร่างกาย และฤดูเจ้าเรือนปกติลักษณะ คือฤดูของร่างกายที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายใน และ ภายนอก สามารถประเมินได้จาก แบบประเมินฤดูเจ้าเรือน ซึ่งแบ่ง เป็น 4 ลักษณะ ประกอบด้วย ปิตตะ วาตะ เสมหะ และสันนิบาต คือลักษณะรวมกันของปิตตะวาตะและเสมหะ¹⁻³

โรคลมจับโป่งแห้งเข่า เป็นโรคในตระกูลลมชนิดหนึ่ง เกิด จากอาหาร อากาศ น้ำดื่มมา และเกิดเฉพาะบริเวณของข้อเข่า ทำให้มีอาการปวดน้อยกว่าลมจับโป่งน้ำ มีภาวะข้อติด ข้อฝืดรูป ขณะเดินในเข่าจะมีเสียงดังกรอบแกรบ อาการปวดมากเวลาเปลี่ยน อิริยาบถและก้าวขึ้นบันได และอาจจะมีอาการบวม แดง มีความร้อน และมีน้ำในข้อเล็กน้อย ซึ่งสาเหตุของโรคเกิดจาก ความเสื่อมของข้อ เข่า น้ำหนักตัวมาก⁴ และพบว่าลมจับโป่งแห้งเข่ามีความใกล้เคียงกับ โรคเข่าเสื่อมมากที่สุด⁵ ตามเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยจะให้การ รักษาด้วยการนวดไทยตามแนวเส้นพื้นฐาน จุดสัญญาณ รวมถึงการ ให้รับประทานยาสมุนไพรที่มีสรรพคุณช่วยเพิ่มธาตุน้ำและกระจาย ธาตุลมบริเวณข้อเข่า เช่น ยาสหศาสตร์⁶ นอกจากนี้ยังสามารถให้คำ แนะนำเพิ่มเติมในเรื่องของ การประคบความร้อน การบริหารร่างกาย การหลีกเลี่ยงอาหารแสลง ได้แก่ ข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ เหล้า เบียร์ และยาแก้ปวด ตลอดจนอิริยาบถที่ต้องยืนนาน หรือเดิน นาน ๆ ในผู้ป่วยโรคลมจับโป่งแห้งเข่าได้⁷

ในปัจจุบันมีการศึกษาความสัมพันธ์ของฤดูกำเนิดกับโรค ความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียว พบว่า ฤดูกำเนิดฤดูไฟพบบว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด⁸ ทำให้มีความสนใจศึกษาอิทธิพล ของฤดูกำเนิดกับโรคลมจับโป่งแห้งเข่าซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากธาตุลม และเป็นโรคที่พบอัตราการป่วยเป็นอันดับต้น ๆ ของประชากรโดย เฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายประการ ได้แก่ คุณภาพชีวิต ลดลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง มีค่าใช้จ่ายใน การรักษาเพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการทำ เวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย เช่น การพยากรณ์โรค การวางแผนการ รักษา ตลอดจนให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อไปได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษามลของฤดูเจ้าเรือนกำเนิดกับลักษณะอาการ ของโรคลมจับโป่งแห้งเข่า

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่อง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิง สำรวจโดยเก็บข้อมูลอาสาสมัครที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรเวช แพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 273/2015

กลุ่มตัวอย่าง

เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ป่วยเพศชาย หรือหญิง อายุอยู่ระหว่าง 50 – 70 ปี มีอาการปวด เข่ามาอย่างน้อย 6 เดือน ระดับดัชนีมวลกายอยู่ที่ 20 – 30 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร ระดับความปวดอยู่ที่ 4 – 6 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคลมจับโป่งแห้งเข่าโดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีประสบการณ์ใน การทำงานมากกว่า 10 ปี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และลง นามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดออก คือ มีลักษณะของอาการอักเสบ บวม แดง กระดุกแตก หัก ร้าวบริเวณ ข้อเข่า มีแผลเปิดบริเวณเท้า ขา สะโพก มีประวัติการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่า มีโรคประจำตัว ประกอบด้วย โรครูมาตอยด์ โรคเกาต์ โรค ภูมิแพ้ตัวเองลูปัส โรคผิวหนังติดเชื้อ โรคเนื้องอกและมะเร็ง โรคที่ เกี่ยวข้องหลอดเลือดบริเวณสะโพก ขา และเท้า

วิธีการวัด และเครื่องมือ

1. การเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ปัจจุบัน และที่อยู่ตามภูมิลำเนา และข้อมูลความเจ็บป่วยใช้ แบบสอบถาม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย
 - การประเมินระดับความปวด ใช้แผ่นประเมินระดับความ ปวด Numeric rating scale (NRS) ที่ใช้ในคลินิกอายุรเวชแพทย์ แผนไทยประยุกต์ศิริราช โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 10
 - การวัดองศาของข้อเข่าโดยใช้ goniometer
 - การวัดอุณหภูมิพื้นผิวของบริเวณเข่า ใช้เครื่องวัดอุณหภูมิ แบบอินฟราเรด รุ่น Tesco 830 T1 infrared thermometer, บริษัท Tesco Inc.
 - การวัดอาการปวดเข่าโดยใช้ modified WOMAC ฉบับ แปลภาษาไทย⁹
 - การทดสอบความแข็งแรง และความทนทานของกล้ามเนื้อต้นขา วัดโดย 30-second chair stand test โดยใช้เก้าอี้สูง 42 เซนติเมตร¹⁰ และนาฬิกาจับเวลา

วิธีการศึกษา

1. อาสาสมัครที่มีความสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการชี้แจง และขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยอาสา สมัครจะต้องผ่านเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก
2. อาสาสมัครตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ วันเดือนปีเกิด จังหวัดที่อยู่ปัจจุบัน และจังหวัดที่อยู่ตาม ภูมิลำเนา ลักษณะความเจ็บป่วย ประเมินระดับความปวด และตอบ แบบสอบถาม modified WOMAC ฉบับภาษาไทย หลังจากตอบ แบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว อาสาสมัครจะได้รับการตรวจร่างกาย โดยประเมินจากผู้วิจัย ดังนี้

- 2.1 การวัดอุณหภูมิพื้นผิวของเข่าข้างที่ปวดโดยใช้ เครื่อง วัดอุณหภูมิแบบอินฟราเรด โดยวัดที่ตำแหน่งกึ่งกลางของสะบ้าเข่าขึ้น

ไปด้านต้นขา 4 เซนติเมตร และวัดห่างจากผิว 10 เซนติเมตร

2.2 การวัดองศาของข้อเข่าข้างที่มีอาการ โดยให้ผู้ป่วย นอนหงาย และงอเข่าชิดกัน ซึ่งเป็นการวัดองศาของเข่าในมุม งอ เข่า (knee flexion)

2.3 การทดสอบความแข็งแรง และความทนทานของข้อ เข่า โดยใช้ 30-second chair stand test โดยมีวิธีการดังนี้ ให้ อาสาสมัครสวมใส่รองเท้าที่ใส่สบาย ให้นั่งบนเก้าอี้ที่มีความสูง 42 เซนติเมตร โดยนั่งหลังตรงไม่พิงพนัก งอเข่า 90 องศา ให้ฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้างวางสัมผัสพื้น และให้อาสาสมัครงอข้อศอกให้มือทั้ง 2 ข้าง สัมผัสที่ไหล่ด้านตรงข้าม จากนั้นจับเวลา 30 วินาที ให้อาสาสมัคร ลุกจากเก้าอี้ และนั่งลง ให้ได้จำนวนมากที่สุดภายใน 30 วินาที¹⁰

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลอาการของโรคลัมบาร์ โป่งหลังเข่า ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยง

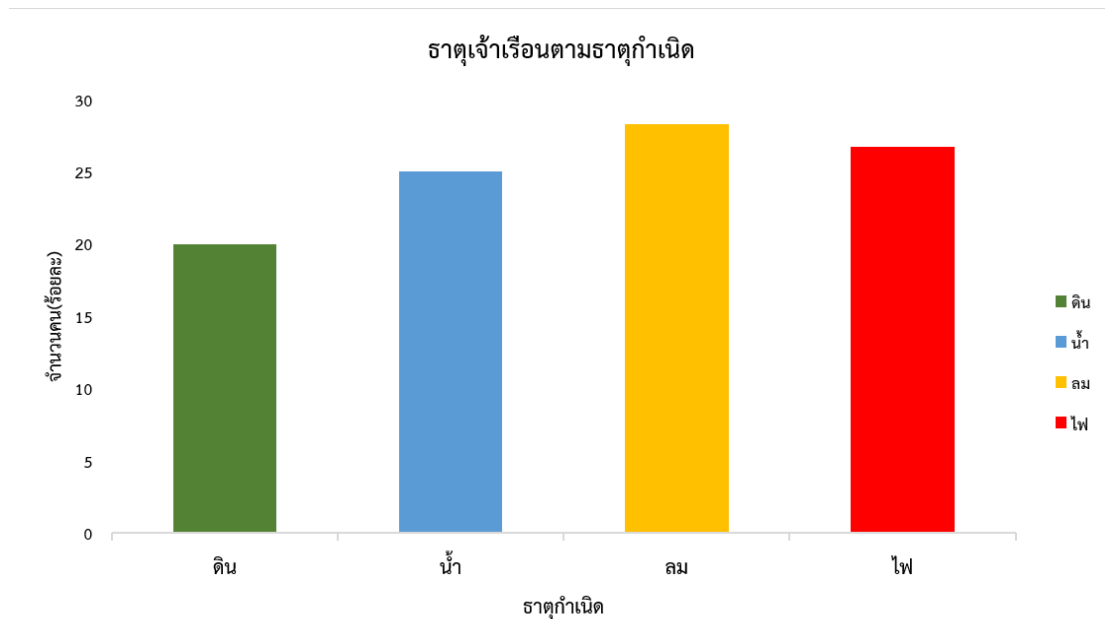
เบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของธาตุเจ้า เรือนกำเนิด ระดับความปวด อุณหภูมิพื้นผิวของบริเวณเข่า แบบ ประเมินคุณภาพชีวิต (WOMAC score) และองศาการเคลื่อนไหว ของข้อเข่า ใช้สถิติ Two-way ANOVA กำหนดความแตกต่างทาง สถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคลัมบาร์โป่งหลังเข่า ที่ เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 60 ราย พบว่า เป็นเพศหญิง 56 ราย เพศชาย 4 ราย โดยแบ่งเป็นตามธาตุเจ้าเรือนกำเนิด ประกอบด้วย ธาตุดิน จำนวน 12 ราย ธาตุน้ำ 15 ราย ธาตุลม 17 ราย และธาตุไฟ 16 ราย โดย อาสาสมัครมีค่าเฉลี่ยของอายุ และดัชนีมวลกาย ดัง แสดงในตารางที่ 1 โดยอาสาสมัครทั้ง 4 กลุ่ม มีที่อยู่ตามภูมิลำเนา อยู่ที่ภาคกลางจำนวน 58 คน ภาคตะวันออก 1 คน และภาคอีสาน 1 คน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร

ข้อมูล	ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด			
	ดิน	น้ำ	ลม	ไฟ
ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด [n(%)]	12(20)	15(25)	17(28.3)	16(26.7)
เพศ [n(%)]				
ชาย	0(0)	3(6)	0(0)	1(2)
หญิง	12(20)	12(20)	17(28.3)	15(25)
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี) [Mean+SD]	59.33+6.6	60.7+6.9	58.6+4.9	59.25+4.9
ค่าเฉลี่ยน้ำหนัก (kg) [Mean+SD]	60.6+9.7	66.4+9.3	57.1+6.6	58.3+5.9
ค่าเฉลี่ยส่วนสูง (cm) [Mean+SD]	153.9+5.6	159.5+6.7	156.3+5.8	156.6+3.2
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²) [Mean+SD]	25.5+3.3	26.0+2.4	23.3+2.5	23.8+2.4
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
สมส่วน (18.5-24.9)	6(10)	6(10)	13(21.7)	10(16.7)
เกินเกณฑ์ (25.0-29.9)	6(10)	9(15)	4(6.7)	6(10)
อ้วน (> 30.0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
ภูมิลำเนา [n(%)]				
ภาคกลาง	12(20)	14(23.3)	17(28.3)	15(25)
ภาคตะวันออก	0	1(1.7)	0	0
ภาคอีสาน	0	0	0	1(1.7)



ภาพที่ 1 ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด

ที่มา: สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะอาการปวดเข้าของอาสาสมัคร

การประเมิน	ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด				p-value
	ดิน	น้ำ	ลม	ไฟ	
1. ระดับความปวด (Numeric rating scale; NRS) [Mean+SD]	4.6±0.8	4.5±0.8	4.9±0.2	4.7±0.9	0.681
2. อุณหภูมิบริเวณเข้า (OC) [Mean+SD]	33.3±3.1	32.0±2.4	31.7±2.8	31.9±2.7	0.433
3. จำนวนข้างที่เป็น [n]					
• ข้างซ้าย หรือ ข้างขวา	7	8	8	7	-
• ทั้ง 2 ข้าง	5	7	9	9	-
4. ลักษณะอาการ [n]					
• ปวดในข้อเข่า	12	15	17	16	-
• ปวดเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ	12	15	17	16	-
• ข้อเข่าติด ขาผิดรูป นั่งไม่ได้	1	3	3	2	-
• มีเสียงกรอบแกรบเมื่อเคลื่อนไหว	12	15	16	16	-
5. แบบสอบถามประเมินอาการข้อเข่าเสื่อม Modified WOMAC (คะแนนเต็ม 10)					
5.1 ระดับความปวด [Mean+SD]					
• ปวดขณะเดิน	4.3±1.9	3.9±1.5	4.2±1.6	3.9±2.0	0.927
• ปวดขณะขึ้นลงบันได	5.1±1.2	4.6±1.4	5.0±1.8	5.8±1.9	0.268
• ปวดข้อต่อนกลางคืน	3.7±1.9	3.5±2.2	2.9±2.3	3.4±2.6	0.786

การประเมิน	ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด				p-value
	ดิน	น้ำ	ลม	ไฟ	
• ปวดข้อขณะอยู่เฉย ๆ	3.1±2.5	3.5±2.2	2.9±2.3	3.4±2.6	0.617
• ปวดข้อขณะยืนลงน้ำหนัก	4.5±2.4	4.5±1.3	4.8±1.6	4.5±1.5	0.966
5.2 การยืดติดของข้อเข่า [Mean+SD]					
• ข้อฝืดช่วงเช้า (ขณะตื่นนอน)	4.3±2.0	4.1±2.2	3.5±2.0	4.1±2.2	0.724
• ข้อฝืดในช่วงระหว่างวัน	4.3±1.5	3.5±1.9	3.5±1.9	3.0±1.9	0.380
5.3. ระดับความสามารถในการใช้งานข้อเข่า [Mean+SD]					
• การลงบันได	4.4±1.7	4.9±1.4	4.8±1.7	5.0±1.9	0.834
• การขึ้นบันได	5.4±1.6	4.9±1.4	5.1±2.1	5.0±1.8	0.870
• การลุกยืนจากท่านั่ง	5.5±1.9	5.1±1.8	5.3±2.3	5.3±1.5	0.949
• การยืน	4.1±2.2	3.9±1.9	3.9±1.4	3.1±2.2	0.465
• การเดินบนพื้นราบ	3.8±1.5	3.7±1.7	3.4±1.5	2.8±2.0	0.434
• การขึ้นลงรถยนต์	4.6±2.2	4.5±1.4	4.4±1.8	4.3±1.9	0.958
• การไปซื้อของนอกบ้านหรือการไปจ่ายตลาด	4.5±1.3	4.4±1.5	4.4±1.4	4.1±2.0	0.888
• การใส่กางเกง	4.0±2.2	4.1±1.4	3.8±1.8	3.7±2.3	0.949
• การลุกจากเตียง	3.6±2.0	4.1±1.8	4.1±2.3	4.4±2.2	0.806
• การถอดกางเกง	3.8±2.0	3.7±1.5	3.8±1.7	3.9±2.3	0.997
• การเข้าออกจากห้องอาบน้ำ	3.5±1.4	3.4±1.5	3.2±1.7	3.7±2.3	0.875
• การนั่ง	4.4±1.6	3.8±1.2	4.0±2.0	4.1±2.5	0.875
• การเข้า-ออกจากส้วม	4.4±1.2	4.1±1.2	3.6±2.0	4.8±2.4	0.383
• การทำงานบ้านหนัก ๆ	5.7±1.9	4.7±1.6	5.5±1.7	5.4±2.5	0.610
• การทำงานบ้านเบา ๆ	3.5±1.6	3.3±1.6	3.8±1.3	3.4±1.7	0.814
6. องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า [Mean+SD]	135.7±9.4	131.9±7.1	134.5±11.3	131.1±10.6	0.565
7. 30-second chair stand test [Mean+SD]	7.5±1.9	8.2±2.6	8.5±2.2	8.6±2.1	0.561

จากการศึกษาลักษณะอาการของโรคลมจับโป่งแห้งเข่าของอาสาสมัครในกลุ่มธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ พบว่าระดับความปวดเฉลี่ย อุณหภูมิบริเวณข้อเข่า ค่าองศาของข้อ ผลการทดสอบ 30-second chair stand test และการประเมินลักษณะอาการปวดเข่า โดยใช้ modified WOMAC ในมิติต่าง ๆ แสดงในตารางที่ 2 ซึ่งทั้ง 4 ธาตุไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของธาตุเจ้าเรือนกำเนิดกับลักษณะอาการของโรคลมจับโป่งแห้งเข่า โดยประเมินจากระดับความปวด อุณหภูมิพื้นผิวของข้อเข่า องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า การประเมินอาการของข้อเข่าโดยใช้ modified WOMAC และการประเมินความแข็งแรงทนทานของข้อเข่า ซึ่งพบว่า ในกลุ่มธาตุเจ้า

เรือนกำเนิด ไม่พบความแตกต่างกันซึ่งอาจจะเกิดจาก โรคลมจับโปง แห่งเข้านั้น เป็นโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมถึงสาเหตุของโรคเกิดจากความเสื่อมของร่างกาย น้ำหนักตัวมาก⁴ ซึ่งทำให้ธาตุเจ้าเรือนกำเนิด มีผลน้อย หรือ ไม่มีผลต่อลักษณะอาการของโรคดังกล่าว ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือนปกติลักษณะ ซึ่งมีในเรื่องของ รูปร่าง การเคลื่อนไหว และปัจจัยต่าง ๆ¹¹ ที่ส่งผลต่อลักษณะโรคอาจจะทำให้เห็นความแตกต่างในแต่ละธาตุมากขึ้น จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า อาสาสมัครที่มีธาตุกำเนิดเป็นธาตุดิน และธาตุน้ำซึ่งเป็นธาตุหนักตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย จะมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มเกินเกณฑ์ ซึ่งมีความแตกต่างของกลุ่มธาตุลมกับธาตุไฟ ซึ่งอยู่ในกลุ่มดัชนีมวลกายปกติ ซึ่งธาตุเจ้าเรือนปกติ ลักษณะ หรือปัจจัยอื่น ๆ อาจจะส่งผลในการเกิดโรค ที่จะต้องศึกษาเพิ่มเติม ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดในการกำหนดดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์รับเข้าด้วย แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ทำให้เห็นแนวโน้มจากผลการศึกษาว่า อาสาสมัครที่มีธาตุกำเนิดเป็นธาตุลมมากที่สุด คือ 17 ราย และอาสาสมัครทั้งหมดอยู่ในช่วงปฏิมวัย คือ อายุตั้งแต่ 30 หรือ 32 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่จะเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคของธาตุลม¹ และโรคที่ทำการศึกษานี้เป็นโรคที่เกิดจากธาตุลม ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าธาตุกำเนิดที่เป็นธาตุลม เป็นหนึ่งในปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ธาตุกำเนิดอาจจะมีผลต่อน้ำหนัก และดัชนีมวลกาย และเห็นแนวโน้มลักษณะอาการของโรคลมจับโปงแห่งเขาในธาตุกำเนิดได้ เช่น ธาตุกำเนิดที่เป็นธาตุดิน อาจจะพบผู้ป่วยโรคลมจับโปงแห่งเขาที่พบความร้อนได้มากกว่าธาตุอื่น ๆ ความแข็งแรงทนทานของข้อเข่าน้อยกว่าธาตุอื่น และมีการยึดติดของข้อมากกว่าธาตุอื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อการวางแผนการรักษา และการให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการบริหารร่างกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของข้อเข่าซึ่งส่งผลต่อตัวโรคได้

นอกจากนี้การที่ไม่เห็นความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มธาตุเจ้าเรือนกำเนิดอาจเกิดจากการที่มีอาสาสมัครจำนวนน้อย ซึ่งตามงานวิจัยในเรื่องของการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนกำเนิดกับลักษณะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำการศึกษาในอาสาสมัครทั้งหมด 374 ราย⁸ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนอาสาสมัครในการศึกษา และศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่ออาการของโรคลมจับโปงแห่งเขา ได้แก่ ฤดูกาล อายุ ช่วงเวลา ถิ่นที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมต่าง ๆ

สรุป

จากการศึกษาวิจัยยังไม่สามารถสรุปแน่ชัดได้ว่า ธาตุเจ้าเรือนกำเนิดมีผลต่อลักษณะอาการของโรคลมจับโปงแห่งเขาอย่างไร แต่การศึกษานี้แสดงให้เห็นแนวโน้มในเรื่องของ อิทธิพลของธาตุเจ้าเรือนกำเนิดกับการเกิดโรค ลักษณะรูปร่าง และลักษณะอาการในแต่ละธาตุ ซึ่งควรที่จะทำการศึกษาในรายละเอียดต่อไปจะทำให้เกิดประโยชน์ในการพยากรณ์โรค และการทำเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยได้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนในการทำงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ และโรงเรียนอายุรเวทธารัง. ตำราการแพทย์แผนไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศุภนิขการพิมพ์; 2550.
2. ทวี เลหาพันธ์, เอื้อพงศ์ จตุรธารัง, ชัชภาม จันทบุตร, เทียมจิต ทองลือ, ประมวล คำแก้ว, ประสพพร พันธุ์เพ็ง, และคณะ. การแพทย์แผนไทย ในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ศุภนิขการพิมพ์; 2552.
3. พิศณุประศาสตร์เวช, พระยาตำราเวชศึกษาแพทยศาสตร์สังเขป. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทย; ร.ศ.127.
4. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ โรงเรียนอายุรเวท. หัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก). กรุงเทพฯ: บริษัท พิชเนตพรินต์ติ้งเซ็นเตอร์; 2548.
5. ศุภกิจ สุวรรณไตรย์, ธเนศพล พันธุ์เพ็ง, นันทิพัฒน์ คำแก้ว, ปิยาพร สิริบุหมก, พชรพล อุดมเกียรติ, อารัตต์ โชติวิจิตร, และคณะ. การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อมทางแพทย์แผนตะวันตกกับโรคลมจับโปงแห่งเขาทาง แพทย์แผนไทย. เวชบัณฑิตศิริราช 2561;11(2):88-95.
6. Pinsornsak P, Kanokkangsadal P, Itharat A. The clinical efficacy and safety of the Sahastara Remedy versus Diclofenac in the treatment of osteoarthritis of the knee: a double-blind, randomized, and controlled trial. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2015;1-8
7. สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน 2555. กรุงเทพมหานคร: ศุภนิขการพิมพ์; 2555.
8. ทัพเพทพ ทิพย์เจริญธัม, ผ่องพิมล ดาศรี, ศุภกิจ สุวรรณไตรย์, สุวีวรรณ ลัมสุวรรณ, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์, ประวิทย์ อัครเสริณนทร์. การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างธาตุเจ้าเรือนกำเนิดกับลักษณะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกอายุรเวท แพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช. เวชบัณฑิตศิริราช 2561;3:158-66.
9. Kuptniratsaikul V, Rattanachaiyanont M. Validation of a modified Thai version of the Western Ontario and McMaster (WOMAC) osteoarthritis index for knee osteoarthritis. Clin Rheumatol. 2007;26(10):1641-5.
10. Dobson F, Hinman RS, Roos EM, Abbott JH, Stratford P, Davis AM, et al. OARSI recommended performance-based tests to assess physical function in people diagnosed with hip or knee osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2013;21(8):1042-52.
11. สุราทิพย์ มหาเจริญศิริ, แม้นมาศ วรรณภูมิ, อรุษา ธรรมเสริมสร้าง, สร้อยศรี เอี่ยมพรชัย, ประวิทย์ อัครเสริณนทร์, ทวี เลหาพันธ์. การพัฒนาแบบประเมินเพื่อการวินิจฉัยธาตุเจ้าเรือนปกติลักษณะทางการแพทย์แผนไทย. เวชบัณฑิตศิริราช 2560;2:65-73.

The Development of Human Milk Characteristics Record Form for Human Milk Classification in Thai Traditional Medicine

Rungthip Wangsomboonsiri*, Suksalin Booranasubkajorn*, Pravrit Akarasereenont*, Sopapan Ngerncham**, Pinpat Tripatara***

*Center of Applied Thai Traditional Medicine, **Division of Neonatology, Department of Pediatrics, ***Department of Pharmacology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(2):138-146

ABSTRACT

Objective: To develop a record form of human milk characteristics for classification based on knowledge in Thai traditional medicine (TTM).

Materials & Methods: The content in this record form was retrieved from extensive review from textbooks and scriptures. The first version was commented by 5 TTM specialists, then content validity and consistency were tested using the index of item objective congruence (IOC) analysis. Any topics with IOC <0.5 were revised and commented by the same 5 TTM specialists. The final version of record form with IOC >0.5 in all topics was used by 3 TTM specialists to classified 25 human milk samples. The reliability test was performed using the SPSS statistics 18.0 program to calculate the intraclass correlation coefficient (ICC).

Results: Human milk characteristics record form based on knowledge from Thai traditional medical scriptures content was developed. The record form was revised once and eventually achieved IOC 0.8-1.0 for all topics. The second version of the record form had 6 topics including color, smell, viscosity characteristics, attribution of the milk in the test container, milk taste and summary of types of milk. Three TTM specialists used the record form to classify 25 human milk samples according to agreement of at least 2 out of 3 experts, the type of milk for all samples could be concluded. The confidence value for evaluating the scores of good milk, number 1, good milk, number 2 and bad milk were 0.70, 0.75 and 0.84, respectively.

Conclusion: The human milk characteristics record form was a prototype of an assessment tool, which passed the content validity test with IOC values = 0.8-1.0 and passed the confidence test (Reliability) with ICC = 0.70, 0.75 and 0.84, for human milk classification according to Thai traditional medicine. This study suggests that the form is useful for diagnosis and have benefits for the development of Thai traditional medicine and to collect research on testing or evaluating the quality of breast milk in future clinical trials.

Keywords: Human milk; quality of milk; record form; Thai traditional medicine

Correspondence to: Pinpat Tripatara

E-mail: pinpat.tri@mahidol.edu

Received: 1 February 2023

Revised: 14 March 2023

Accepted: 23 March 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i2.261095>

การพัฒนาแบบบันทึกลักษณะของน้ำนมแม่ เพื่อจำแนกประเภทตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

รุ่งทิพย์ หวังสมบูรณ์ศิริ*, สุกกัสนันท์ บุรณะทรัพย์ขจร*, ประวิทย์ อัครเสรินทร์*, โสภภาพรรณ เงินฉ่ำ**, พินภัทร ไตรภทร***

*สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์, **สาขาวิชาทารกแรกเกิด ภาควิชากุมารเวชศาสตร์, ***ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแบบบันทึกลักษณะของน้ำนมแม่สำหรับใช้จำแนกประเภทตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

วิธีการศึกษา: ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยรวบรวมเนื้อหาจากตำราและคัมภีร์ มาสรุปและจัดทำเป็นแบบบันทึก ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทางวิชาชีพ 5 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหาของข้อคำถาม (Index of item objective congruence: IOC) นำหัวข้อที่มีค่า IOC <0.5 มาปรับปรุง และตรวจสอบซ้ำโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านเดิม เมื่อทุกหัวข้อมีค่า IOC >0.5 จึงให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดลองใช้กับน้ำนมแม่ 25 ตัวอย่าง สรุปประเภทของน้ำนมแม่ตามความเห็นที่ตรงกันอย่างน้อย 2 ใน 3 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยโปรแกรม SPSS statistics 18.0 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass correlation coefficient: ICC)

ผลการศึกษา: แบบบันทึกลักษณะของน้ำนมแม่ฉบับแรกที่ยังอิงเนื้อหาจากคัมภีร์ มีทั้งหมด 7 หัวข้อ หลังจากการปรับปรุงเพื่อให้ง่ายต่อการประเมินและตรวจสอบซ้ำจนได้ค่า IOC 0.8-1.0 ทุกข้อ ทำให้ได้แบบบันทึกฉบับปรับปรุงที่มี 6 หัวข้อ ได้แก่ สีของน้ำนม กลิ่นของน้ำนม ลักษณะความข้น ลักษณะน้ำนมในภาชนะทดสอบ รสของน้ำนม และสรุปประเภทของน้ำนม เมื่อผู้เชี่ยวชาญใช้แบบบันทึกประเมินประเภทน้ำนมแม่ โดยใช้เกณฑ์ความเห็นที่ตรงกันอย่างน้อย 2 ใน 3 ของผู้เชี่ยวชาญ พบว่าสามารถสรุปประเภทของน้ำนมได้ครบทุกตัวอย่าง และมีค่าความเชื่อมั่นในการประเมินคะแนนน้ำนมเอก น้ำนมโท และน้ำนมโทษ เท่ากับ 0.70, 0.75 และ 0.84 ตามลำดับ

สรุป: แบบบันทึกลักษณะของน้ำนมแม่ที่พัฒนาขึ้นฉบับนี้ เป็นแบบบันทึกต้นแบบ ซึ่งผ่านการทดสอบค่าความเที่ยงตรง (Content Validity) มีค่า IOC เท่ากับ 0.8-1.0 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) น้ำนมเอก เท่ากับ 0.70 น้ำนมโท เท่ากับ 0.75 และน้ำนมโทษเท่ากับ 0.84 ดังนั้น แบบบันทึกดังกล่าว สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการจำแนกประเภทของน้ำนมแม่ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยได้ในเบื้องต้น ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยเพื่อการรักษาและเก็บรวบรวมวิจัยเกี่ยวกับการทดสอบหรือประเมินคุณภาพของน้ำนมแม่ในงานวิจัยทางคลินิกในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: น้ำนมแม่; คุณภาพของน้ำนม; แบบบันทึก; การแพทย์แผนไทย

บทนำ

ศาสตร์การแพทย์แผนไทย เป็นศาสตร์ที่ดูแลสุขภาพของ คนในสังคมทุกช่วงวัย ตั้งแต่ทารกแรกเกิดไปจนถึงผู้สูงอายุ โดยใช้หลักการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดูแลเมื่อมีภาวะความเจ็บป่วยและส่งเสริมป้องกันก่อนเจ็บป่วย ซึ่งแนวทางในการดูแลรักษานั้น หากจะรักษาให้ถูกโรค แพทย์ผู้รักษาจะต้องซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบมูลเหตุการเกิดโรค และที่ดั่งที่แรกเกิดของโรค จึงจะให้การรักษาได้ถูกโรค และเหมาะสมตามแนวทางเวชปฏิบัติของการแพทย์แผนไทย¹

คัมภีร์ของการแพทย์แผนไทยได้กล่าวถึงการดูแลทารกแรกเกิดว่า “ถ้าแพทย์ผู้ใดจะรักษากุมารไปเบื้องหน้า ให้พิจารณาดูน้ำนม

แห่งแม่นม แลน้ำนมแห่งมารดานั้นก่อน ถ้าเห็นว่าน้ำมนั้นยังเป็นมลทินอยู่ ท่านให้แต่งยาประสะน้ำมนั้นเสียก่อน จึงจะสิ้นมลทินแลโทษทั้งปวง”² จึงกล่าวได้ว่า การดูแลรักษากุมารหรือทารกนั้น แพทย์ผู้รักษาจะต้องพิจารณาน้ำนมของผู้เป็นแม่เพื่อประกอบการดูแลรักษา หากน้ำนมดี ทารกจะเปรียบเหมือนได้ดื่มกินโอสถทิพย์ หากน้ำมนั้นไม่ดี เมื่อทารกดื่มกิน ก็จะทำให้เป็นโรคได้

การตรวจพิจารณาน้ำนมของผู้เป็นแม่ว่าดีหรือไม่ดีนั้น ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยจะให้หยดน้ำนมลงในน้ำ แล้วสังเกตลักษณะของน้ำนม ซึ่งสามารถจำแนกประเภทของน้ำนมได้เป็น 3 ประเภท คือ น้ำนมเอก น้ำนมโท น้ำนมโทษหรือน้ำนมชั่ว² โดยน้ำนมเอกคือน้ำนมที่ติดอันดับหนึ่ง น้ำนมโทคือน้ำนมที่ติดอันดับสอง ส่วน

น้ำมันโศหรือน้ำมันขี้ผึ้งคือน้ำมันที่ไม่ดี ซึ่งลักษณะของน้ำมันโศหรที่ปรากฏในรูปแบบต่าง ๆ ยังสามารถบ่งบอกถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของน้ำมันนั้น ๆ ด้วย เมื่อทราบสาเหตุการเกิดความผิดปกติ ก็จะทำให้แพทย์ผู้รักษาสามารถวางแผนตามหลักการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม

ปัจจุบันแม้มีการจำแนกประเภทของน้ำมันไว้หลากหลายรูปแบบ ทั้งการแยกน้ำมันส่วนหน้าและส่วนหลัง³ หรือแยกประเภทน้ำมันตามช่วงระยะเวลาหลังจากคลอดบุตร⁴ เพื่อศึกษาความแตกต่างขององค์ประกอบในน้ำมันแม่แต่ละการแยกประเภท แต่ยังไม่มีการศึกษาวิธีการตรวจแยกประเภทของน้ำมันแม่ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ซึ่งแบ่งชนิดของน้ำมันแม่เพื่อให้การดูแลรักษาจ่ายยาสมุนไพรบำรุงให้น้ำมันแม่บริสุทธิ์มากขึ้น โดยไม่ขึ้นกับช่วงเวลาหลังคลอด อย่างไรก็ตาม วิธีการตรวจตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยดังกล่าวยังไม่มียุทธวิธีรูปแบบและวิธีการประเมินที่เป็นแบบแผนชัดเจน เนื่องจากอาศัยประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของแพทย์แต่ละ

บุคคล รวมทั้งยังไม่เคยมีการจัดทำแบบประเมิน ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงได้พัฒนาแบบบันทึกลักษณะของน้ำมันแม่ขึ้น เพื่อเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ได้ใช้ในการตรวจประเมินและจำแนกประเภทของน้ำมันแม่ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยได้อย่างมีแบบแผน เพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มุ่งเน้นศึกษาเพื่อพัฒนาแบบบันทึกการตรวจลักษณะของน้ำมันแม่ ในการตรวจแยกประเภทของน้ำมันแม่ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยประยุกต์มาจากการศึกษาการพัฒนาแบบประเมินเพื่อการวินิจฉัยธาตุเจ้าเรือนปกติลักษณะทางการแพทย์แผนไทย⁵ และมีขั้นตอนการศึกษาตามขั้นตอนพัฒนาเครื่องมือใหม่ 4 ขั้นตอน⁶ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิแสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล; ตัวย่อ IOC, Index of item objective congruence; ตัวย่อ ICC, Intraclass correlation coefficient

ที่มา: ดัดแปลงจาก สุราทิพย์ มหาเจริญศิริ (2017)⁵

ขั้นตอนที่ 1 สืบค้นข้อมูลและรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับน้ำมันแม่ทางการแพทย์แผนไทย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2565 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2565 โดยรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับน้ำมันแม่ทางการแพทย์แผนไทยทั้งหมด จากตำราและคัมภีร์ และสรุปข้อมูลเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ โดยได้สืบค้นและรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 รวบรวมข้อมูลวิธีการทดสอบน้ำมันแม่ และลักษณะของน้ำมันแม่แต่ละประเภท จากคัมภีร์ประถมจินดา (คัมภีร์ปฐมจินดา) และคัมภีร์ฉันทศาสตร์ ในตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1 ฉบับชำระ พ.ศ. 2550

1.2 สืบค้นและรวบรวมข้อมูลจากตำราและคัมภีร์ที่กล่าวถึงน้ำมันแม่ ในบัญชีสังเขปหมวดเวชศาสตร์ ณ หอสมุดแห่งชาติ รายการตำราและคัมภีร์ที่กล่าวถึงน้ำมันแม่ ประกอบด้วย คัมภีร์ประถมจินดา (คัมภีร์ปฐมจินดา), คัมภีร์ฉันทศาสตร์, สมุดตำรายา กลอนร้อยลิลิต กลอนลำนำ 16, 11 ส่วน จันทบูรกล่อมเล่ม 1, ตำราขางคำกลอน, คัมภีร์ปฐมธาตุคำกลอน, ตำราครุภรรักษา และคัมภีร์พรหมปริโรธ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบบันทึกลักษณะของน้ำมันแม่ และกำหนดเกณฑ์การประเมิน

2.1 สร้างแบบบันทึก ซึ่งหัวข้อประเมินประกอบด้วย สีของน้ำมัน กลิ่นของน้ำมัน ลักษณะความข้น ลักษณะน้ำมันในภาชนะทดสอบ ลักษณะน้ำมันที่ปรากฏเมื่อจุ่มลงกันชั้น และรสของน้ำมัน ในรูปแบบตารางและให้เลือกตอบข้อที่ตรงกับลักษณะที่ตรวจพบมากที่สุด

2.2 กำหนดเกณฑ์การประเมิน เพื่อแยกประเภทของน้ำมันแม่เป็น 3 ประเภท คือ น้ำมันเอก น้ำมันโท และน้ำมันโทษ เริ่มจากการดูสีของน้ำมัน หากไม่ใช่สีขาว ให้สรุปเป็นน้ำมันโทษโดยไม่ต้องทดสอบด้วยวิธีการหยदन้ำมัน หากเป็นสีขาว จึงประเมินลักษณะต่าง ๆ ของน้ำมันแม่ตามแบบบันทึก โดยขั้นตอนการหยदन้ำมันเพื่อประเมินนั้น เมื่อเก็บน้ำมันส่วนแรก (ปริมาณ 20-30 มิลลิลิตร) จากมารดาหลังคลอดที่อยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ถึง 6 เดือนหลังคลอดเรียบร้อยแล้ว จะนำน้ำมันมาทดสอบ โดยเตรียมน้ำอุณหภูมิห้องในภาชนะขามเสียวเรียบไม่มีลวดลาย สามารถสังเกตลักษณะของน้ำมันได้ชัดเจน ผิวหน้าสูงจากกันภาชนะ 4.5 ซม. โดยประมาณ รอจนผิวหน้านิ่ง จากนั้นใช้หลอดหยดบีบน้ำมัน โดยตั้งหลอดหยดเป็นแนวตรงให้ปลายหลอดหยดอยู่สูงจากผิวน้ำ ½ นิ้ว และน้ำมันหยดลงตรงกึ่งกลางภาชนะ ที่ละหยด แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีประสบการณ์ทางวิชาชีพมากกว่า 10 ปี จำนวน 3 ท่านประเมินพร้อมกัน โดยไม่ให้มีการพูดคุยปรึกษากัน ในกรณีที่สีของน้ำมันแม่เป็นสีขาว ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านสรุปผลการตรวจโดยนับคะแนนข้อละ 1 คะแนน แล้วจึงสรุปประเภทของน้ำมันตาม

คะแนนที่มากที่สุด จากนั้นผลการประเมินประเภทของน้ำมันแต่ละการทดสอบจะสรุปรวมผลอย่างน้อยจาก 2 ใน 3 ของผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความเห็นตรงกัน

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ด้านความเที่ยงตรง (Validity)

3.1 การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาหรือทฤษฎี การวัดและการประเมินผล คัดเลือกจากกลุ่มแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีประสบการณ์ทางวิชาชีพมากกว่า 10 ปี โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในด้านเวชกรรมแผนไทยหรือผดุงครรภ์แผนไทย ซึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลมารดาหลังคลอดหรือน้ำมันแม่ทางการแพทย์แผนไทย มาเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในโครงการ

3.2 วิเคราะห์แบบบันทึก โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นแพทย์แผนไทยประยุกต์ สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่มีประสบการณ์ทางวิชาชีพมากกว่า 10 ปี จำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ประเมิน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหาของข้อคำถาม (Index of item objective congruence: IOC)⁷ โดยให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณา ดังนี้

ให้คะแนน +1 เมื่อแน่ใจว่า ข้อความที่อธิบายลักษณะนั้น ๆ วัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ และความหมายไม่ผิดไปจากคัมภีร์

ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่า ข้อความที่อธิบายลักษณะนั้น ๆ วัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ หรืออาจสื่อความผิดไปจากคัมภีร์

ให้คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่า ข้อความที่อธิบายลักษณะนั้น ๆ วัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ หรือความหมายผิดไปจากคัมภีร์

จากนั้นใช้สูตรการหาค่า IOC คือ $IOC = (\Sigma R)/N$

IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหาของข้อคำถาม

ΣR หมายถึง ผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N หมายถึง จำนวนของผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การแปลผลของค่า IOC คือ หัวข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1.0 มีค่าความเที่ยงตรง สามารถนำมาใช้ได้ หัวข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ต้องปรับปรุง ยังไม่สามารถนำมาใช้ได้ ซึ่งผู้วิจัยจะรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญนำมาปรับปรุงและแก้ไขแบบบันทึกลักษณะของน้ำมันแม่ แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านเดิมพิจารณาอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ด้านความเชื่อมั่น (Reliability)

4.1 นำแบบบันทึกที่ได้มาทดลองใช้จริงในกลุ่มอาสาสมัครโครงการวิจัยที่ให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมโครงการการศึกษาองค์ประกอบของสารอาหารในน้ำมันแม่ที่แบ่ง

ประเภทตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยจะประเมินตัวอย่าง น้ำนมจากการตำหลังคลอด 25 ราย แล้วจึงสรุปผลการใช้แบบบันทึก

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบบันทึก ผู้วิจัย จะนำผลคะแนนรวมของน้ำนมเอก น้ำนมโท และน้ำนมโทษ ซึ่งเป็น คะแนนที่ใช้ในการสรุปผลประเภทน้ำนมของผู้ประเมินแต่ละท่าน ไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม SPSS Statistics 18.0 ในการคำนวณเชิงสถิติ เพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินในการใช้แบบบันทึก (Interrater reliability) โดยใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass correlation coefficient: ICC) และนำเสนอข้อมูลด้วยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 แบ่งเป็นเกณฑ์การแปลผล ได้ดังนี้ ค่า ICC อยู่ระหว่าง 0.00 - 0.50 มีความเชื่อมั่นในระดับต่ำ, 0.50 - 0.75 มีความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง, 0.75 - 0.90 มีความเชื่อมั่นในระดับดี และ 0.90 - 1.00 มีความน่าเชื่อถือในระดับดีมาก^๑

ผลการศึกษา

1. ผลการสืบค้นข้อมูลและรวบรวมข้อมูลจากองค์ความรู้หรือตำรา รายการตำราและคัมภีร์ที่กล่าวถึงน้ำนมแม่ ในบัญชีสังเขปหมวดเวชศาสตร์ ณ หอสมุดฯ มีทั้งสิ้น 18 รายการ จากทั้งหมด 92 รายการ โดยเนื้อหาที่กล่าวถึง มีความสอดคล้องใกล้เคียงกับคัมภีร์ ประถมจินดาและคัมภีร์ฉันทศาสตร์ ในตำราการแพทย์ไทยเดิมฯ ซึ่งเป็นตำราหลักที่ใช้ในการเรียนการสอน ณ ปัจจุบัน แต่จะมีการร้อยเรียงประโยคและรูปคำที่ใช้แตกต่างกัน
2. ผลการสร้างแบบบันทึกลักษณะของน้ำนมแม่และกำหนดเกณฑ์การประเมิน

2.1 แบบบันทึกฉบับแรก มีหัวข้อสำหรับการประเมินทั้งหมด 7 หัวข้อ ได้แก่ 1) สีของน้ำนม 2) กลิ่นของน้ำนม 3) ลักษณะความข้น 4) ลักษณะน้ำนมในภาชนะทดสอบ 5) ลักษณะน้ำนมที่ปรากฏเมื่อจุ่มลงก้นช้น 6) รสของน้ำนม และ 7) การสรุปผลประเภทของน้ำนม โดยข้อความที่อธิบายลักษณะของน้ำนมในแต่ละหัวข้อ เป็นภาษาจากในคัมภีร์เป็นหลัก นำมาเรียบเรียงปรับคำใหม่บางส่วน เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น และสามารถแยกลักษณะที่กล่าวในคัมภีร์ตามหัวข้อประเมินได้ โดยข้อความที่มีการปรับเปลี่ยน จะมีข้อความเดิมจากคัมภีร์กำกับไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ เพื่อให้ผู้ประเมินใช้อ้างอิงประกอบการพิจารณา ดังภาพที่ 1

2.2 แบบบันทึกฉบับปรับปรุง เมื่อนำแบบบันทึกฉบับแรกมาปรับปรุงโดยการปรับคำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นและจัดหมวดหมู่ให้สอดคล้องกับหัวข้อประเมิน ปรับหัวข้อลักษณะน้ำนมในภาชนะทดสอบรวมกับหัวข้อลักษณะน้ำนมที่ปรากฏเมื่อจุ่มลงก้นช้น เพื่อให้หัวข้อการประเมินมีความซ้ำซ้อน แบบบันทึกฉบับปรับปรุงจึงประกอบด้วยหัวข้อสำหรับการประเมิน ทั้งหมด 6 หัวข้อ ได้แก่ 1) สีของน้ำนม 2) กลิ่นของน้ำนม 3) ลักษณะความข้น 4) ลักษณะน้ำนม

ในภาชนะทดสอบ 5) รสของน้ำนม และ 6) การสรุปผลประเภทของน้ำนม ดังภาพที่ 2

2.3 การกำหนดเกณฑ์การประเมินและสรุปประเภทของน้ำนม การนำแบบบันทึกลักษณะของน้ำนมแม่ฉบับปรับปรุง มาใช้ในการตรวจประเมินตัวอย่างน้ำนมแม่จากการตำหลังคลอด 25 ราย เป็นจำนวน 25 ตัวอย่าง พบว่า ผู้เชี่ยวชาญสามารถให้คะแนนตามหัวข้อในแบบบันทึกและสรุปรวมคะแนนได้โดยไม่มีข้อขัดข้อง ผลการให้ความเห็นตรงกันทั้ง 3 ท่าน จำนวน 20 ตัวอย่าง (80%) ความเห็นตรงกัน 2 ใน 3 จำนวน 5 ตัวอย่าง (20%) และไม่มีตัวอย่างที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นไม่ตรงกันเลย (0%) จึงสามารถสรุปประเภทของน้ำนมแม่ได้ครบทั้ง 25 ตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

3. ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity)

3.1 การหาค่า IOC ครั้งที่ 1 จากการประเมินแบบบันทึกฉบับแรก โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พบว่า มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 จำนวน 5 หัวข้อ คือ กลิ่น ลักษณะความข้น ลักษณะน้ำนมที่ปรากฏเมื่อจุ่มลงก้นช้น รสของน้ำนม และหัวข้อการสรุปประเภทของน้ำนม เนื่องจากข้อความที่อธิบายลักษณะต่าง ๆ ไม่ชัดเจน ยากต่อการทำความเข้าใจ ทำให้ผู้ประเมินเข้าใจผิด

3.2 การหาค่า IOC ครั้งที่ 2 จากการประเมินแบบบันทึกฉบับปรับปรุง โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านเดิม พบว่า มีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.8 - 1.0 ทุกหัวข้อ

4. ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ด้านความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินในการใช้แบบบันทึก (Interrater reliability)

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของการใช้แบบบันทึกโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เมื่อทดลองใช้ประเมินผลการทดสอบน้ำนม ในอาสาสมัคร 25 ราย พบว่า คะแนนรวมของน้ำนมเอก มีค่าสถิติ ICC เท่ากับ 0.70 ซึ่งมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวมของน้ำนมโท มีค่าสถิติ ICC เท่ากับ 0.75 และคะแนนรวมของน้ำนมโทษ มีค่าสถิติ ICC เท่ากับ 0.84 ซึ่งมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีทั้งคู่

ตารางที่ 1 สรุปผลการใช้แบบบันทึกฉบับปรับปรุงตรวจแยกประเภทของน้ำนมจำนวน 25 ตัวอย่าง

ประเภทของน้ำนม	จำนวนตัวอย่างที่ความเห็นตรงกัน 2 ใน 3 (%)	จำนวนตัวอย่างที่ความเห็นตรงกัน 3 ใน 3 (%)
น้ำนมเอก	0	0
น้ำนมโท	5 (20%)	19 (76%)
น้ำนมโทษ	0	1 (4%)

หมายเหตุ ความเห็นตรงกัน 2 ใน 3 ประกอบด้วย ความเห็นเป็นน้ำนมโทหรือน้ำนมเอก 4 ตัวอย่าง และความเห็นเป็นน้ำนมโทหรือน้ำนมโทษ 1 ตัวอย่าง

แบบบันทึก 4 : แบบบันทึกการตรวจลักษณะของน้ำนม

SAMPLE CODE

คำชี้แจง : แบบบันทึกนี้ ใช้ในการบันทึกลักษณะของน้ำนมที่ตรวจประเมินตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญผู้ตรวจประเมินทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับลักษณะที่ตรวจพบมากที่สุด และกรณำให้ข้อมูลในทุกข้อ

แหล่งอ้างอิง: มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม. (1992). คัมภีร์ปฐมจินดาและคัมภีร์ฉันทศาสตร์, ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ ๑ ฉบับชำระ พ.ศ. ๒๕๕๐. (น. 111-116, 126, 246-247). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการพิมพ์.

	หัวข้อประเมิน	ลักษณะที่ตรวจพบ (อ้างอิงภาษาจากคัมภีร์)			
		น้ำนมเอก	น้ำนมโท	น้ำนมโทษ	อื่น ๆ
1.	สีของน้ำนม	☐ ขาวบริสุทธิ์ ☐ ขาวดั่งสังข์ / ขาวดั่งสีสังข์ / สีขี้ขาว	☐ น้ำเหลืองใส / เป็นน้ำเหลือง ☐ จางเป็นสายโลหิต ☐ เลือดกับน้ำนมระคนกัน <i>(คัมภีร์-สายโลหิตกับน้ำนมระคนกัน)</i> ☐ เขียว ☐ เขียวดั่งน้ำหอยแมลงภู่มืด / ดั่งน้ำหอยแมลงภู / ชุ่มเขียว	☐ ไม่ตรงกับข้อใด ระบุ ☐ ไม่สามารถประเมินได้	
2.	กลิ่นของน้ำนม		☐ คาว <i>(คัมภีร์-มีกลิ่นอันคาว)</i> ☐ คาวเหมือนสาบแพะ <i>(คัมภีร์-รสน้ำนมอันคาว กลิ่นเหม็นดังสาบแพะ / ลิ้เขียวคาว กลิ่นร้ายราวแพะเทศ)</i>	☐ ไม่ตรงกับข้อใด ระบุ ☐ ไม่สามารถประเมินได้	
3.	ลักษณะความข้น	☐ ข้น	☐ จาง ☐ จางใส	☐ ไม่ตรงกับข้อใด ระบุ ☐ ไม่สามารถประเมินได้	
4.	ลักษณะน้ำนมในภาชนะทดสอบ	☐ จมลงกันชั้น	☐ ลอยเรี่ยรายอยู่ ไม่คุ้มกันเข้าได้ / ไม่คุ้มกันเป็นสาย ลอยกระจายทั่วไป ☐ ละลายไปกับน้ำ / หายไปกับน้ำ ☐ เป็นฟองลอย	☐ ไม่ตรงกับข้อใด ระบุ ☐ ไม่สามารถประเมินได้	
5.	ลักษณะน้ำนมที่ปรากฏเมื่อจมน้ำ	☐ สันฐานเหมือนดังลูกบัวเกราะ ☐ กลม	☐ น้ำมนั้นกระจายแต่จมน้ำกันชั้น แต่ไม่กลมเข้า ☐ น้ำนมมีเป็นสายแต่จมน้ำแล้วไม่กลม <i>(คัมภีร์-ไม่กลมมีเป็นสาย)</i>	☐ ไม่ตรงกับข้อใด ระบุ ☐ ไม่สามารถประเมินได้	
6.	รสของน้ำนม (แม่เป็นผู้ชิม)	☐ หวาน มัน	☐ เปรี้ยว ☐ เฝื่อนฝาด ☐ ขม ☐ จืด ☐ ขื่น ☐ จาง ☐ ฝาด ☐ คาว <i>(คัมภีร์-รสน้ำมนั้นคาว)</i>	☐ ไม่ตรงกับข้อใด ระบุ ☐ ไม่สามารถประเมินได้	
สรุป					

สรุปประเภทของน้ำนม

☐ น้ำนมเอก
☐ น้ำนมโท
☐ น้ำนมโทษ
☐ ระบุสาเหตุเกิดจาก
☐ ไม่สามารถระบุสาเหตุได้แน่ชัด
☐ อื่น ๆ ระบุ

วันที่ประเมิน เวลา
 ลงชื่อผู้ประเมิน

ภาพที่ 1 แบบประเมินฉบับแรก
ที่มา: นางสาวรุ่งทิพย์ หวังสมบูรณ์ศิริ

แบบบันทึก 4 : แบบบันทึกการตรวจลักษณะของน้ำมัน

SAMPLE CODE

คำชี้แจง : แบบบันทึกนี้ ใช้ในการบันทึกลักษณะของน้ำมันที่ตรวจประเมินตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยให้แพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจประเมินและทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับลักษณะที่ตรวจพบมากที่สุด และกรณีนให้ข้อมูลในทุกข้อ

แหล่งอ้างอิง: มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม. (1992). คัมภีร์ปฐมนิเทศและคัมภีร์ชั้นทศศาสตร์, ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ ๑ ฉบับชำระ พ.ศ. ๒๕๕๐. (น. 111-116, 126, 246-247). กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์.

	หัวข้อประเมิน	ลักษณะที่ตรวจพบ (อ้างอิงมาจากคัมภีร์)			
		น้ำมันเอก	น้ำมันโท	น้ำมันโทษ	
1.	สีของน้ำมัน	☐ ขาวบริสุทธิ์ ☐ ขาวดั่งสังข์ / ขาวดั่งสีสังข์ / สีงาช้าง		☐ น้ำเหลืองใส / เป็นน้ำเหลือง ☐ แดงจาง (คัมภีร์-จางเป็นสายโลหิต) ☐ แดง เลือดกับน้ำมันระคนกัน (คัมภีร์-สายโลหิตกับน้ำมันระคนกัน) ☐ เขียว ☐ เขียวดั่งน้ำหอยแมลงภู่มืด / ดั่งน้ำหอยแมลงภู / ชุ่นเขียว	☐ ไม่ตรงกับข้อใด ระบุ
2.	กลิ่นของน้ำมัน	☐ กลิ่นหอมของน้ำมัน ไม่มีกลิ่นคาว		☐ คาว (คัมภีร์-มีกลิ่นอันคาว) ☐ คาว เหมือนเหมือนสบปะพะ (คัมภีร์-รสน้ำมันคาว กลิ่นเหมือนสบปะพะ / สีเขียวคาว กลิ่นร้ายราวปะพะเทศ)	☐ ไม่ตรงกับข้อใด ระบุ
3.	ลักษณะความข้น	☐ ข้น		☐ จาง ☐ จางใส	☐ ไม่ตรงกับข้อใด ระบุ
4.	ลักษณะน้ำมันในภาชนะทดสอบ	☐ จมลงก้นชั้น สันฐานเหมือนดังลูกบัวเกราะ ☐ กลม จมลงก้นชั้น (คัมภีร์-กลมจมน้ำอย่างดี)	☐ น้ำมันนั้นกระจาย แต่ จมถึงก้นชั้น และไม่กลม เข้า ☐ น้ำมันมีเป็นสาย แต่ จมลงก้นชั้นและไม่กลม (คัมภีร์-ไม่กลมมีเป็นสาย แต่จมปลายเป็นกลาง)	☐ ลอยเรี่ยรายอยู่ ไม่เกาะกลุ่มกัน (คัมภีร์-ลอยเรี่ยรายอยู่ ไม่คุมกันเข้าได้) / ไม่คุมกันเป็นสาย ลอยกระจายทั่วไป ☐ ละลายไปกับน้ำ / หายไปกับน้ำ ☐ เป็นฟองลอย	☐ ไม่ตรงกับข้อใด ระบุ
5.	รสของน้ำมัน (แม่เป็นผู้ชิม)	☐ หวาน ☐ มัน ☐ หวานมัน		☐ เปรี้ยว ☐ ผาด ☐ ขม ☐ เผื่อน ☐ ชื่น ☐ จืด	☐ ไม่ตรงกับข้อใด ระบุ
รวมคะแนน					

สรุปประเภทของน้ำมัน ☐ น้ำมันเอก ☐ น้ำมันโท ☐ น้ำมันโทษ

บันทึกเพิ่มเติม(ถ้ามี).....

ลงชื่อผู้ประเมิน
 วันที่ประเมิน เวลา

คำอธิบายเพิ่มเติม : คำแปลความหมายตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554

คาว กลิ่นเหม็นอย่างหนึ่งอย่างกลิ่นปลาสดเนือสด

สบ กลิ่นเหม็นชนิดหนึ่ง เช่นกลิ่นเสื้อผ้าที่ใส่แล้วแต่ยังไม่ได้ซัก, กลิ่นตัวที่มีประจำอยู่กับสัตว์บางชนิด เช่น สบเสือ สบปะพะ, กลิ่นอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงเช่นนั้น.

ชื่น รสผาดเผื่อนชวนให้คลืนไล่ ไม่ชวนกิน

ผาด รสชนิดหนึ่งอย่างรสหมากดิบทำให้ผิดคอ กลิ่นไม่ลง น้ำลายแห้ง.

เผื่อน รสที่เจือผาดและชื่นอย่างรสดีเกลือ

จืด มีรสไม่เค็มไม่เปรี้ยวเป็นต้น เช่น น้ำจืด ไข่จืด

จาง น้อยไป, ลดไป, ไม่เข้ม, (โดยมากใช้แก่สี รส กลิ่น)

ภาพที่ 2 แบบประเมินฉบับปรับปรุง
ที่มา: นางสาวรุ่งทิพย์ หวังสมบูรณ์ศิริ

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบบันทึกลักษณะของน้ำมันแม่เพื่อจำแนกประเภทตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยฉบับนี้ เป็นการศึกษาครั้งแรก โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยตามแนวทางการพัฒนาเครื่องมือใหม่⁶ มาประยุกต์ร่วมกับการศึกษาพัฒนาแบบประเมินธาตุเจ้าเรือน⁵ โดยเริ่มจากรวบรวมองค์ความรู้จากตำราและคัมภีร์ นำมาสร้างเครื่องมือที่ช่วยในการประเมิน โดยแยกเป็นหัวข้อตามหมวดหมู่ลักษณะของน้ำมันแม่ที่ปรากฏให้ผู้ประเมินได้สังเกตและบันทึกลักษณะที่พบได้บ่อยยิ่งขึ้น ซึ่งจากเดิมจะเป็นข้อความที่ร้อยเรียงกันโดยไม่แยกหมวดหมู่ลักษณะและมีการกล่าวซ้ำโดยใช้ข้อความที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ที่ประเมินอาจไม่ได้สังเกตลักษณะของน้ำมันแม่อย่างครบถ้วน หรือเกิดการตีความ และสรุปประเภทของน้ำมันแม่คลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้การพัฒนาเครื่องมือในรูปแบบตารางซึ่งรวบรวมลักษณะทั้งหมดที่ระบุไว้ในคัมภีร์ ยังทำให้ผู้ใช้เครื่องมือได้เห็นภาพรวมลักษณะของน้ำมันดีและน้ำมันโทษด้วย

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการคำนวณหาค่า IOC นั้น สามารถชี้ให้เห็นถึงหัวข้อที่ต้องปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์มากขึ้นได้ และเมื่อปรับปรุงแบบบันทึกแล้ว นำมาทดสอบโดยใช้ค่า IOC พบว่าทุกหัวข้อมีค่า IOC อยู่ในเกณฑ์ดี โดยเนื้อหาในแต่ละหัวข้อสามารถอธิบายลักษณะของน้ำมันได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการประเมิน และความหมายไม่ผิดไปจากที่กล่าวไว้ในคัมภีร์ ซึ่งการคงค่าบางส่วนตามคัมภีร์นั้นมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องการระบุรายละเอียดของลักษณะที่ปรากฏตามคัมภีร์ เช่น จมลงในก้นขัน สันฐานเหมือนดังลูกบัวเกราะ ควรเพิ่มรูปภาพการตรวจประเมินน้ำมันที่เห็นลักษณะเป็นดังลูกบัวเกราะชัดเจน ซึ่งคาดว่าจะทำให้ผู้ที่ใช้งานแบบบันทึกสามารถอ้างอิง และบันทึกการตรวจประเมินได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น แต่จากการทดลองใช้แบบบันทึกฉบับปรับปรุงในการตรวจประเมินน้ำมันจากการตลาดหลังคลอดจำนวน 25 ตัวอย่าง พบว่าสามารถสรุปประเภทของน้ำมันแม่ได้ครบทั้ง 25 ตัวอย่าง แสดงให้เห็นว่าแบบบันทึกสามารถใช้ในการประเมินเพื่อจำแนกประเภทน้ำมันแม่ได้ในเบื้องต้น และเนื่องจากผู้วิจัยยังไม่พบลักษณะน้ำมันแม่ที่เป็นลูกบัวเกราะชัดเจน จึงยังไม่สามารถปรับปรุงรูปภาพดังกล่าวลงในแบบบันทึกได้ นอกจากนี้ ในการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ระหว่างผู้ประเมินในการใช้แบบบันทึก ด้วยวิธีการคำนวณเชิงสถิติหาค่า ICC ซึ่งคำนวณจากคะแนนรวมของน้ำมันแต่ละประเภทที่ผู้ประเมินใช้ในการตัดสินใจสรุปผลนั้น พบว่า น้ำมันเอามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับปานกลาง น้ำมันโทและน้ำมันโทษอยู่ในระดับดี ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินและการสรุปผลการตรวจน้ำมันมีความน่าเชื่อถือและสอดคล้องกันในการใช้แบบบันทึก

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบน้ำมันเพียง 2 ประเภท คือ น้ำมันโทและน้ำมันโทษ โดยน้ำมันโทษมีเพียง 1 ตัวอย่างเท่านั้น

และในการให้ความเห็นยังมีส่วนที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นตรงกัน 2 ใน 3 อยู่ร้อยละ 20 นอกจากนั้น กลุ่มผู้ใช้แบบบันทึก จะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทางวิชาชีพมากกว่า 10 ปี ในการตรวจประเมินด้วย ดังนั้น จากผลการศึกษาและข้อจำกัดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นของการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้แบบบันทึกต้นแบบนี้ในการตรวจประเมินตัวอย่างน้ำมันแม่ในจำนวนที่มากขึ้น เพื่อค้นหาตัวอย่างที่แสดงถึงลักษณะของน้ำมันแม่แต่ละประเภทได้อย่างชัดเจน และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบบันทึกในเวชปฏิบัติมาพัฒนารายละเอียดในแบบบันทึกให้เข้าใจง่ายขึ้น และลดความแตกต่างที่อาจเกิดจากประสบการณ์ทางวิชาชีพของผู้ประเมินที่ต่างกัน เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานยิ่งขึ้นในการตรวจวินิจฉัยแยกประเภทของน้ำมันได้อย่างแม่นยำในลำดับต่อไป

กระบวนการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดบางประการที่ควรศึกษาเพิ่มเติม แต่ยังคงเป็นประโยชน์และสามารถใช้เป็นต้นแบบของการพัฒนาเครื่องมือใหม่จากองค์ความรู้เดิมตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพื่อใช้ในการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยในอนาคตสืบต่อไป

สรุป

การพัฒนาแบบบันทึกลักษณะของน้ำมันแม่ฉบับนี้ เป็นแบบบันทึกต้นแบบที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) มีค่า IOC 0.8-1.0 ทุกหัวข้อ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี มีหัวข้อการประเมินที่ชัดเจนทั้งหมด 6 หัวข้อ ได้แก่ สีของน้ำมัน กลิ่นของน้ำมัน ลักษณะความข้น ลักษณะน้ำมันในภาชนะทดสอบ รสของน้ำมัน สรุปประเภทของน้ำมัน และผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ระหว่างผู้ใช้แบบบันทึกในการประเมินผลการทดสอบน้ำมันจากกลุ่มอาสาสมัครมารดาหลังคลอด 25 ราย โดยได้ค่า ICC คะแนนรวมของน้ำมันเอาก 0.70 อยู่ในระดับปานกลาง น้ำมันโท 0.75 อยู่ในระดับดี และน้ำมันโทษ 0.84 อยู่ในระดับดี ดังนั้น แบบประเมินดังกล่าว สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ในเบื้องต้น เพื่อใช้ในการทดสอบหรือประเมินคุณภาพของน้ำมันแม่ในการตรวจวินิจฉัยเพื่อวางแผนการรักษา และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับน้ำมันแม่ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยได้ ซึ่งยังมีข้อจำกัดด้านประเภทน้ำมันที่พบ การให้ความเห็นที่ยังไม่ตรงกันและจำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บริหารจัดการโดยหน่วยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย รหัสโครงการวิจัย (IO) R016535054 และทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอขอบคุณสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และ
สำนักหอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากรสำหรับสถานที่เก็บข้อมูล ผศ.
พท.ป.เอื้อมพร สุวรรณไตรย์ ผศ. พท.ป.ทัฬหเทพ ทิพย์เจริญธัม
พท.ป.พัชรภรณ์ ศุภวงศ์วัฒนะ พท.ป.ฉันทฉัตร ทิพย์เจริญธัม และ
พท.ป.เปี่ยมฤทัย บุตรดาพันธ์ ที่สละเวลาตรวจสอบคุณภาพของแบบ
บันทึก

เอกสารอ้างอิง

1. สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการ
แพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน 2555. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2555.
2. มุลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม. ตำราการแพทย์ไทย
เดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ ๑ ฉบับชำระ พ.ศ. ๒๕๕๐.
กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 1992.
3. Van Sadelhoff JH, Mastorakou D, Weenen H, Stahl
B, Garssen J, Hartog A. Differences in levels of free amino acids
and total protein in human foremilk and hindmilk. *Nutrients*.
2018;10(12):1828.
4. Wu K, Zhu J, Zhou L, Shen L, Mao Y, Zhao Y, et
al. Lactational changes of fatty acids and fat-soluble antioxi-
dants in human milk from healthy Chinese mothers. *Br J Nutr*.
2020;123(8):841-8.
5. สุธาทิพย์ มหาเจริญศิริ. การพัฒนาแบบประเมินเพื่อการ
วินิจฉัยธาตุเจ้าเรือนปกติลักษณะ ทางการแพทย์แผนไทย. *Siriraj Med J*.
2017;10(2):65-73.
6. Davis AE. Instrument development: getting started. *J
Neurosci Nurs*. 1996;28(3):204-8.
7. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content
specialists in the assessment of criterion-referenced test item
validity. *Laboratory of Psychometric and Evaluative Research
Report No.24. Proceedings of the 60th Annual Meeting of the
American Educational Research Association; 1976 Apr 19-23;
San Francisco, California. Massachusetts: The University of
Massachusetts; 1976.*
8. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting
intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr
Med*. 2016;15(2):155-63.

Evaluation of Evidence-Based Medicine Related to Health Care of Thai Traditional Massage

Ketmanee Jongjiamdee*, Thanaphak Chaowpeerapong*, Sukree Kade*, Tientham Apichanyatham**, Nives Bavornkullawat**, Ueamphon Suwannatrai*, Pravit Akarasereenont*

*Center of Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, **Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(2):147-154

ABSTRACT

Thai massage is a knowledge of Thai traditional medicine. At present, there are three forms of Thai massage. First, the court-type Thai traditional massage uses only the thumb(s), fingers, and palm. Second, the general-type Thai traditional massage uses not only the various parts of the body to massage but also might use any specific tool to massage. Lastly, the Thai folk massage, which local folk healer uses. These three types of massage have been widely used in Thai traditional medicine for clinical practice and health promotion. The search for clinical research in Thai massage between 2009-2022 A.D. found 24 and 111 studies in PubMed and Google Scholar, respectively. The studies of Thai massage have related to the effects of pain reduction, relief of muscle stiffness, stimulation of blood circulation, effect on the digestive system, urinary and reproductive system, and also impact on mindfulness and stress. The evidence level assessment and the Oxford Center for Evidence-Based Medicine (OCEBM) 2011 recommendations found that most of the evidence levels of court-type Thai traditional massage and general-type Thai traditional massage are levels 2-3, which is recommendation grade B, which can be used in clinical practice for Thai traditional medicine and recommended to service the clients. Whereas Thai folk massage has no evidence, it operates under the folk healer's experience.

Keywords: Thai massage; court-type Thai massage; general-type Thai traditional massage; evidence-based medicine

Correspondence to: Sukree Kade

Email: sukree.kad@mahidol.edu

Received: 11 February 2023

Revised: 22 March 2023

Accepted: 23 March 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i2.261279>

การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของการนวดไทย ในการดูแลสุขภาพ

เกษมณี จงเจียมดี*, ธนรักษ์ เขาวาน์พิระพงศ์*, สุกกรี กาเดร์*, เจริญธรรม อภิจักรยาธรรม**, นิเวศน์ บวรกุลวัฒน์**, เอี่ยมพร สุวรรณไตรย์*, ประวิทย์ อัครเสรินนท์*

*สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร, **กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

บทคัดย่อ

การนวดไทยเป็นองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ในปัจจุบันมี 3 รูปแบบ คือ การนวดไทยแบบราชสำนัก การนวดไทยแบบทั่วไป และการนวดไทยพื้นบ้าน ซึ่งมีการนำไปใช้ในเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยและการสร้างเสริมสุขภาพกันอย่างแพร่หลาย จากการสืบค้นโดยใช้คำค้นเกี่ยวกับการนวดไทย ระหว่างพ.ศ. 2552-2565 จากฐานข้อมูล PubMed และ Google Scholar พบงานวิจัยระดับคลินิกของการนวดไทยแบบราชสำนัก และการนวดไทยแบบทั่วไป จำนวน 24 และ 111 เรื่องตามลำดับ โดยงานวิจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับ การศึกษาผลการนวดไทยต่อการลดอาการปวด การคลายกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ ด้านจิตใจและความเครียด จากการประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์และคำแนะนำตามหลัก OCEBM พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นรูปแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม จัดระดับหลักฐานอยู่ในระดับ 2-3 ซึ่งอยู่ในคำแนะนำระดับ B จึงสรุปได้ว่าการนวดไทยแบบราชสำนัก และการนวดไทยแบบทั่วไปสามารถนำไปใช้ในการทำเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย และแนะนำให้ผู้ที่สนใจมารับบริการได้ ในขณะที่การนวดไทยพื้นบ้านมีการใช้ตามองค์ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญหรือตามประสบการณ์ แต่ยังขาดข้อมูลด้านงานวิจัย

คำสำคัญ: การนวดไทย; การนวดไทยแบบราชสำนัก; การนวดไทยแบบทั่วไป; เวชศาสตร์เชิงประจักษ์

บทนำ

การนวดไทย เป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยแขนงหนึ่งที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีมาก่อนประวัติศาสตร์ไทย พบหลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับการนวดไทยเกิดขึ้นในยุคกรุงศรีอยุธยา สมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ^{1,2} และเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ.2562 การนวดไทยได้รับการรับรองจากองค์การศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO) เป็นมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ของมนุษยชาติ (Intangible Cultural Heritage: ICH)¹

การนวดแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การนวดไทยเพื่อการรักษาโรค คือ การกดนวดตามแนวเส้น หรือจุดสัญญาณบนร่างกายที่สัมพันธ์กับอาการหรือโรคนั้น ๆ มีจุดมุ่งหมายในการบรรเทาโรคหรืออาการผิดปกติ รวมทั้งใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ซึ่งเป็นที่นิยมในการรักษาโรคเกี่ยวกับระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ให้การบำบัดรักษาโดยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง

2. การนวดไทยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ ทำให้มีสุขภาพดี ให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง หรือผู้ที่ขึ้นทะเบียนผู้ให้บริการกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การนวดไทย แบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การนวดไทยแบบราชสำนัก โดยผู้นวดจะใช้เฉพาะนิ้วมือ หรือส่วนของมือในการกดนวด ทำท่าทางและวิธีการนวดมีความสุภาพ มีระเบียบแบบแผนตามแบบราชสำนัก และไม่ใช้กำลังรุนแรงในการดึงหรือดัดองส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เรียกว่า การนวดไทยแบบราชสำนัก

2. การนวดไทยแบบทั่วไป โดยผู้นวดจะกดนวดตามแนวเส้นหรือจุดตามเส้นประธานสิบ หรือส่วนอื่น ๆ บนร่างกายด้วยมือ แขน ข้อศอก เท้า หรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งสามารถใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ มาช่วยในการกดนวดได้ ตามแบบแผนของการนวดไทยทั่วไป

3. การนวดไทยพื้นบ้าน มีหลากหลายรูปแบบขึ้นกับภูมิปัญญาของท้องถิ่นนั้น เช่น การตอกเส้น เป็นการนวดโดยใช้

อุปกรณ์ 2 ชั้น โดยชั้นแรกคือ ค้อน เป็นตัวตอกลงบนอุปกรณ์ชั้นที่ 2 คือ ลิ่ม ที่วางแนบอยู่บนร่างกาย ซึ่งจะนำมาตอกตามกล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น การเหยียบยา เหยียบขางหรือย่ำขาง เหยียบไฟ เหยียบฉ่า เป็นการให้ความร้อนและแรงกดจากเท้า ผู้นวดจะใช้เท้าจุ่มน้ำยา เหยียบลงบนขาที่เผาไฟจนร้อนแดง แล้วนำเหยียบลงบนร่างกาย นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการนวดอื่น ๆ ได้แก่ การเขี่ยเส้น การบ่งหรือ ปีบเส้น³ การเอาเอ็นเอาม่าน การขยำเส้นหรือขยี้มเส้น การคลึงเส้น การรีดเส้น การดึงเส้น การทุบและสับเส้น การบิดอ้าวหรือบิดเส้น การกดเส้นหรือเต็ก การจกเส้นหรือล้วงเส้น การหยิกเส้น หรือหุ้ม การเกาะเส้น การเกาะเส้น การขีดเส้น การจับเส้น การตีเส้น การเหยียบเหล็กหรือ نابเหล็ก การตบเหล็ก⁴ และอื่น ๆ

ในปัจจุบันมีการนำการนวดไทยมาใช้ในการดูแลสุขภาพโรค และอาการต่าง ๆ โดยประเมินจากองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย ประสบการณ์ในการทำเวชปฏิบัติ และงานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย แต่ด้วยความหลากหลายของการศึกษาวิจัยในปัจจุบัน ทำให้เกิดความสับสนและขาดมั่นใจในการทำเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทย รวมถึงการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยในการเลือกใช้ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับงานวิจัย และระดับคำแนะนำของการนวดไทยในด้านต่าง ๆ โดยใช้แนวทางประเมินของ

Oxford Center for Evidence-based Medicine (OCEBM) 2011⁵ เพื่อประเมินคุณภาพของงานวิจัย จากนั้นนำมาประเมินระดับคำแนะนำเพื่อให้แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการทำเวชปฏิบัติและเป็นข้อแนะนำให้แก่ผู้รับบริการ

การสืบค้นข้อมูล

ข้อมูลการใช้ตามเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ ทำการสืบค้นในเดือน มกราคม พ.ศ.2566 โดยสืบค้นในฐานข้อมูล PubMed และ Google Scholar โดยใช้คำค้น ได้แก่ นวดไทย, นวดไทยแบบทั่วไป, นวดไทยแบบราชสำนัก, Thai traditional massage, Nuad Thai, court-type Thai traditional massage, general-type Thai traditional massage จากนั้นคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยฉบับเต็ม (original article) ที่เป็นงานวิจัยในระดับคลินิก ระหว่างพ.ศ.2552-2565 โดยงานวิจัยต้องเกี่ยวข้องกับการใช้การนวดไทยแบบราชสำนัก หรือการนวดไทยแบบทั่วไป ที่ไม่มีการประยุกต์วิธี หรือรูปแบบการนวดไทยแบบอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพอาการ และโรคต่างๆ รวมทั้งผู้ที่ให้การดูแลจะต้องเป็นแพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนไทย หรือผู้ที่มีใบประกาศนียบัตรการนวดไทย

ตารางที่ 1 ระดับของหลักฐานตามแนวทางของ OCEBM 2011 สำหรับหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการรักษา (แปลจากเกณฑ์ของ OCEBM 2011⁵) โดยระดับของหลักฐานอาจลดลงตามคุณภาพ ซึ่งพิจารณาได้จากระเบียบวิธีวิจัย

ระดับของหลักฐาน	ชนิดของหลักฐาน
1	การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review: SR) ของงานวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT)
2	- งานวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม - งานวิจัยเชิงสังเกตที่ผลลัพธ์มีผลกระทบมาก
3	- การศึกษาตามแผน (Cohort studies) หรืองานวิจัยที่ไม่มีการสุ่ม - การศึกษาติดตาม (Follow-up study)
4	- การศึกษารายงานผู้ป่วย (Case-series) - งานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม (Case-control studies)
5	Mechanism-based reasoning เช่น ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ การวิจัยในหลอดทดลองหรือสัตว์ทดลอง ตำราหรือคัมภีร์

ที่มา: OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence

ตารางที่ 2 ระดับคำแนะนำในการนำไปใช้⁶⁻⁷

ระดับคำแนะนำ	ระดับของหลักฐานที่สนับสนุน	คำนิยาม	ความหมาย
A	หลักฐานระดับ 1 หรือ ผลที่เป็นไปในทางเดียวกันจากหลักฐานระดับ 2, 3 หรือ 4	แนะนำอย่างยิ่ง	ควรนำมาใช้ในการรักษา เว้นแต่ว่ามีทางเลือกอื่นที่ดีกว่าอย่างเห็นได้ชัด
B	หลักฐานระดับ 2, 3 หรือ 4 ที่ผลเป็นไปในทางเดียวกัน	แนะนำ	น่านำมาใช้ในการรักษา แต่ควรติดตามข้อมูลใหม่ ๆ อยู่เสมอ และควรสอบถามผู้ป่วยอยู่เสมอ
C	หลักฐานระดับ 2, 3 หรือ 4 แต่ผลไม่เป็นไปในทางเดียวกัน	เป็นทางเลือก	สามารถเลือกใช้ได้หากไม่ใช่อาการที่รุนแรงหรือเร่งด่วน และควรนัดติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ
D	หลักฐานระดับ 5 หรือ ไม่มีหรือมีหลักฐานที่เป็นประสพการณ์ที่เป็นระบบน้อยมาก	เป็นทางเลือก (ที่ไม่ค่อยแนะนำ)	ควรพิจารณาทางเลือกอื่นก่อน (ถ้ามี) และติดตามข้อมูลใหม่ ๆ เพื่อดูประโยชน์หรือผลไม่พึงประสงค์ และควรนัดติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

ที่มา: ณัฏฐกร ล้าเลิศกิจ, นฤมล พูนไพบูลย์โรจน์, ประวิทย์ อัครเสริณนธ์. เวชศาสตร์เชิงประจักษ์กับการแพทย์แผนไทย

ผลการสืบค้น

จากการสืบค้นฐานข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูล PubMed พบงานวิจัยทั้งหมด 24 เรื่อง และจากฐานข้อมูล Google Scholar พบงานวิจัย 111 เรื่อง โดยแบ่งผลของการนวดไทยออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ ผลต่อการลดความปวด ผลต่อการคลายกล้ามเนื้อ ผลต่อการกระตุ้นระบบการไหลเวียนเลือด ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ผลต่อจิตใจและความเครียด และอื่น ๆ รายละเอียดของงานวิจัย และระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังแสดง

การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของการนวดไทย การนวดไทยแบบราชสำนัก

ผลต่อการลดความปวด

การศึกษาแบบ RCT ในอาสาสมัครที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการปวดศีรษะตามเกณฑ์ของสมาคมปวดศีรษะนานาชาติและมีระดับความปวด (Visual Analogue Scale: VAS) มากกว่า 4 คะแนน จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มด้วยวิธีการสุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับยา Amitriptyline 25 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในการติดตามอาการสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 พบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักมีระดับอาการปวดศีรษะ 3.73 ± 1.22 , 2.9 ± 0.95 และ 2.60 ± 0.72 คะแนน (ค่า

เฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ตามลำดับ ซึ่งลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยา Amitriptyline อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

การศึกษาแบบ RCT ในหญิงหลังคลอดช่วงแรก (24 ชั่วโมง หลังคลอด) ที่มีอาการปวดหลัง จำนวน 100 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 50 ราย คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักและประคบสมุนไพรเป็นเวลา 60 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักและประคบสมุนไพรมีระดับความปวดเท่ากับ 4 คะแนน กลุ่มควบคุมมีระดับความปวดเท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก (Minimal clinically important improvement: MCII) พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก และพบว่าความพึงพอใจต่อผลการบำบัดรักษาในระดับสูง 8-10 ร้อยละ 82 และไม่พบอาการแทรกซ้อนระหว่างการศึกษ⁹

ผลต่อการคลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น

จากการสืบค้นงานวิจัย ไม่พบงานวิจัยนวดไทยแบบราชสำนักที่เกี่ยวข้องกับการคลายกล้ามเนื้อ แต่ในปัจจุบันมีการนำการนวดไทยแบบราชสำนักมาใช้ในการนวดเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ช่วยคลายความแข็งตึงเป็นก้อน เป็นลิ่ม หรือเกร็งของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น¹⁰ โดยใช้การนวดในแนวเส้นพื้นฐาน

ผลการกระตุ้นการไหลเวียนเลือด

การศึกษาประสิทธิผลของการนวดเท้าเพื่อลดอาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน มีรูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาลดอาการชาจำนวน 50 คน ได้รับการนวดตามแนวทางการนวดของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการกดจุดนาคาบาทและแนวเส้นบริเวณขาท่อนล่าง วัดผลด้วยเครื่อง Monofilament ใช้ตรวจประเมินความรู้สึกบริเวณฝ่าเท้าร่วมกับการใช้แบบสอบถาม พบว่าอาการชาเท้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹

การศึกษาผลของการไหลเวียนเลือด และอุณหภูมิที่ผิวหนังต่อการกดจุดสัญญาณที่ใช้ในการนวดไทยแบบราชสำนักบริเวณคอไหล และแขน พบว่าหลังกดจุดสัญญาณ จุดละ 30 วินาที มีการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น และอุณหภูมิที่ผิวหนังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เป็นระยะเวลา 30-60 วินาที¹² เช่นเดียวกับการศึกษาผลการไหลเวียนเลือดและอุณหภูมิที่ผิวหนังต่อการกดจุดสัญญาณที่ใช้ในการนวดไทยแบบราชสำนักบริเวณขา เข่า ท้อง และศีรษะ พบว่ามีการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น และอุณหภูมิที่ผิวหนังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากนั้นกลับสู่ระดับปกติ¹³ ซึ่งการศึกษาวิจัยที่ได้กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าการกดนวดแต่ละจุดมีความสำคัญ และส่งผลต่อการกระตุ้นการไหลเวียนเลือดเฉพาะที่ แต่อย่างไรก็ตามการนวดไทยแบบราชสำนักในสถานการณ์จริงจะเป็นการกดนวดไล่เรียงจุดทีละจุด และกดต่อเนื่องติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่งตามจุดประสงค์ของการนวดครั้งนั้น ๆ น่าจะทำให้เห็นผลต่อการไหลเวียนเลือดได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งต้องศึกษาต่อไปในอนาคต

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร

การศึกษาแบบ RCT ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลังแบบ Laminectomy จำนวน 88 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลมาตรฐานทางพยาบาลร่วมกับการนวดไทยราชสำนักบริเวณท้อง และกลุ่มที่ได้รับการดูแลมาตรฐานทางพยาบาลอย่างเดียว พบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระภายใน 3 วันหลังผ่าตัดได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการนวด และพบว่าการนวดไทยแบบราชสำนักช่วยบรรเทาอาการท้องอืด และสร้างความพึงพอใจให้กับกลุ่มตัวอย่างมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴

ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์

การศึกษาแบบ RCT ในผู้ป่วยเพศชาย ที่มีอาการเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะส่วนล่างความรุนแรงปานกลาง (IPSS 8-19 คะแนน) จำนวน 58 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักบริเวณท้อง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการยาแทนซูโลซิน 0.4 มิลลิกรัม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้

รับการนวดไทยแบบราชสำนักมีระดับคะแนน IPSS ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

ผลต่อจิตใจและความเครียด

การศึกษาผลของการนวดไทยที่มีต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Myofascial pain syndrome) มีรูปแบบของการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ได้รับการนวดติดต่อกัน 3 ครั้ง/สัปดาห์ พบว่าหลังได้รับการนวดผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลเฉลี่ย 5.35 ± 1.63 ความซึมเศร้าเฉลี่ย 4.5 ± 2.46 และระดับความปวดเฉลี่ย 1.8 ± 1.28 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶

การศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทยต่อภาวะซึมเศร้าแบบ RCT ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 34 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 17 ราย คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักและประคบสมุนไพร จำนวน 4 ครั้ง ติดต่อกัน (วันเว้นวัน) และกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดด้วยกิจกรรมผ่อนคลาย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดไทยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า (Thai geriatric depression scale: TGDS) ลดลงจากระดับความเศร้าปานกลางเป็นระดับปกติ แต่ในกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง¹⁷

การศึกษาผลของการนวดพื้นฐานแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรต่อความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจในอาสาสมัครที่มีภาวะความเครียด จำนวน 90 ราย โดยมีรูปแบบ RCT แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดพื้นฐานแบบราชสำนัก 45 นาที, กลุ่มที่ได้รับการนวดร่วมกับประคบสมุนไพร 60 นาที และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการนวด พบว่า กลุ่มนวดพื้นฐานแบบราชสำนักมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว หรือความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure), ค่าอัตราการเต้นของหัวใจ (mean HRT) และค่าความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย (Fatigue index) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (ANS activity) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸

การนวดไทยแบบทั่วไป

ผลต่อการลดความปวด

การศึกษาแบบ RCT ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง (Non-specific low back pain) จำนวน 120 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดไทยเส้นสืบและกลุ่มที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดด้วยการขยับข้อ (Joint mobilization) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดไทยมีระดับความปวดหลังนวดเฉลี่ยเท่ากับ 0.4 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการนวด คุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยแบบประเมิน Oswestry Disability index (ODI) หลังได้รับการนวดดีขึ้น ร้อยละ 67.1 และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม¹⁹

การศึกษาแบบ RCT ในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (Non-specific chronic low back pain) จำนวน 140 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดไทยเส้นสืบและกลุ่มที่ได้รับการนวดไทยเส้นสืบพร้อมประคบสมุนไพร พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความปวด ค่า ODI การเคลื่อนไหวของหลังส่วนล่าง (Thoracolumbar spine range of motion) และคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF THAI) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰

การศึกษาแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง (Non-specific low back pain) จำนวน 23 ราย ได้รับการนวดไทยเส้นสืบ 15 นาที จำนวน 1 ครั้ง พบว่าหลังการนวดไทยระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในกล้ามเนื้อ (Muscle oxygen saturation: SmO₂) ความทนของกล้ามเนื้อหลัง (Sorensen's test) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความปวดและความวิตกกังวล (State-trait anxiety inventory Y1; STAI-Y1) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹

ผลต่อการคลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น

จากการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการนวดไทยแบบทั่วไป ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลายกล้ามเนื้อ แต่ในปัจจุบันมีการนำการนวดไทยแบบทั่วไปมาใช้ในการนวดเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการกระตุ้นการไหลเวียนเลือด

การศึกษาแบบ quasi-experimental ในอาสาสมัครสุขภาพดี จำนวน 10 ราย ได้รับการนวดฝ่าเท้า เป็นเวลา 15 นาที พบว่า หลังนวดฝ่าเท้าปริมาตรการไหลเวียน

เลือด (volume flow) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าดัชนีความต้านทานการไหลเวียนเลือด (Resistive index) ความเร็วของการไหลเวียนเลือดสูงสุดขณะหัวใจบีบตัว (Peak systolic velocity) ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการนวด²²

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร

จากการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการนวดไทยแบบทั่วไป ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร

ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์

จากการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการนวดไทยแบบทั่วไป ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ ผลต่อจิตใจและความเครียด

การศึกษาผลของการนวดไทยเส้นสืบในนักศึกษากายภาพบำบัดที่มีภาวะเครียด แบบ RCT จำนวน 36 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการนวดไทย และกลุ่มควบคุม (นอนพัก) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดไทยมีระดับคอร์ติซอล (Cortisol) และอัตราการเต้นของหัวใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความเครียด (Self perceived stress score) ลดลง 2 ระดับ เท่ากับ ร้อยละ 61.11 ในกลุ่มควบคุมระดับ Cortisol ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มนวดไทย²³

การศึกษาแบบ Crossover RCT ในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยล้า (Fatigue and depleted energy) จำนวน 20 คน ได้รับการนวดไทยติดต่อกัน 3 ครั้ง/สัปดาห์ และนวดสรีดดิชติดต่อกัน 3 ครั้ง/สัปดาห์ พบว่า การนอนหลับ ความรู้สึกผ่อนคลาย ความเครียด และความตึงของกล้ามเนื้อดีขึ้นในการนวดทั้ง 2 แบบ²⁴

ตารางที่ 3 สรุปการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ของการนวดไทยจากการสืบค้นและระดับคำแนะนำ ตามหลัก OCEBM

หัวข้อการประเมิน	ประสิทธิภาพของการนวดไทยรายสำนัก		ประสิทธิภาพของการนวดไทยแบบทั่วไป	
	ระดับของหลักฐาน	ระดับคำแนะนำ	ระดับของหลักฐาน	ระดับคำแนะนำ
1. ผลต่อการลดอาการปวด	2 ⁸ , 2 ⁹	B	2 ¹⁹ , 2 ²⁰ , 3 ²¹	B
2. ผลต่อการคลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น	N/A	N/A	N/A	N/A
3. ผลต่อการกระตุ้นการไหลเวียนเลือด	3 ¹¹ , 3 ¹² , 3 ¹³	B	3 ²²	B
4. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร	2 ¹⁴	B	N/A	N/A
5. ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์	3 ¹⁵	C	N/A	N/A
6. ผลต่อจิตใจและความเครียด	3 ¹⁶ , 2 ¹⁷ , 2 ¹⁸	B	2 ²³ , 2 ²⁴	B

สรุป

การนวดไทยแบบราชสำนัก และการนวดไทยแบบทั่วไป สามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพทางด้านการลดความปวด^{8,9,19,20,21} กระตุ้นการไหลเวียนเลือด^{11,12,13,22} และผ่อนคลายความเครียด^{16,17,18,23,24} โดยมีระดับของหลักฐานอยู่ในระดับ 2 และ 3 ซึ่งเป็นงานวิจัยแบบ RCT และ Cohort studies นอกจากนี้การนวดไทยแบบราชสำนักยังสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร¹⁴ และระบบทางเดินปัสสาวะ¹⁵ ซึ่งสามารถนำไปทำเวชปฏิบัติ หรือให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการได้ และควรมีการติดตามข้อมูลอยู่เสมอ ทั้งนี้จากการสืบค้นยังไม่พบงานวิจัยในฐานข้อมูล PubMed และ Google Scholar เกี่ยวกับผลของการนวดไทยแบบราชสำนัก และการนวดไทยแบบทั่วไปต่อการคลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น แต่มีข้อมูลการใช้ตามประสบการณ์ และองค์ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญ¹⁰ ดังนั้นในการใช้การนวดไทยแบบราชสำนักเพื่อคลายกล้ามเนื้อ และเส้นเอ็นจะต้องพิจารณาตามแนวทางเวชปฏิบัติ และควรพิจารณาถึงข้อห้าม และข้อควรระวังในการนวดไทยร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ที่เปิดโอกาสให้ทีมผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลสำหรับประกอบการเขียนบทความในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร. หนังสืองานฉลองนวดไทย มรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ (Nuad Thai celebration, the intangible cultural heritage). กรุงเทพฯ: คณะสงฆ์วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ราชวรมหาวิหาร, 2563.
2. มงซิเออร์ เดอ ลาบูร์. จดหมายเหตุ ลา บูร์ ราชอาณาจักรสยาม. นนทบุรี: ศรีปัญญา; 2548.
3. สถานการแพทย์แผนไทย. ประกาศสภาการแพทย์แผนไทย เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานและกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137 ตอนพิเศษ 162 ง (ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2563).
4. กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย. คู่มือประกอบการรับรองหมอพื้นบ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2562 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. The 2011 Oxford CEBM Levels of Evidence [Internet]. 2011 [cited 2023 Jan 7]. Available from: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebml-levels-of-evidence>.

6. ณิชกร ลำเลิศกิจ, นฤมล พูนไพบูลย์โรจน์, ประวิทย์ อัครเสริ นนท์. เวชศาสตร์เชิงประจักษ์กับการแพทย์แผนไทย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. พ.ศ. 2554;9(2):94-9.
7. ณิชกร ลำเลิศกิจ, ชุติตา มามาก, จินตภาพ ดั่งดำรงค์, ธัญญา ศิริ พยัคฆ์, เบญญทิพย์ ตระกูลศิลป์, ฤกษ์สรณ์ จำปาเงินทวีศรี, และคณะ. การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของกระชายขาวกับการใช้ทางการแพทย์และการกล่าวอ้างทางสุขภาพ. เวชบัณฑิตศิริราช. 2564;14(2):61-72.
8. Damapong P, Kanchanachan N, Eungpinichpong W, Putthapitak P, Damapong P. A Randomized Controlled Trial on the Effectiveness of Court-Type Traditional Thai Massage versus Amitriptyline in Patients with Chronic Tension-Type Headache. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:930175.
9. สร้อยศรี เอี่ยมพรชัย, สิริกานต์ ภูโปร่ง, สภาวดี หนองบัวดี, ดอกไม้ วิวรรณมงคล, พัชรภรณ์ ศุภวงศ์วรรณะ, สุรางค์ วิเศษมณี, และคณะ. การนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบด้วยสมุนไพร: ประสิทธิภาพในการลดอาการปวดหลังระยะหลังคลอด. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2552;7(2-3):181-8.
10. โรงเรียนอายุรเวทธารัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การแพทย์แผนไทยในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2559.
11. จิตต์สกุล ศกุนะสิงห์. ประสิทธิภาพของการนวดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการขา. วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม. 2555;19(1):36-43.
12. Plakomkul V, Vannabhum M, Viravud Y, Roongruangchai J, Mutirangura P, Akarasereenont P, et al. The effects of the court-type Thai traditional massage on anatomical relations, blood flow, and skin temperature of the neck, shoulder, and arm. BMC Complement Altern Med. 2016;16:363.
13. Viravud Y, Apichartvorakit A, Mutirangura P, Plakomkul V, Roongruangchai J, Vannabhum M, et al. The anatomical study of the major signal points of the court-type Thai traditional massage on legs and their effects on blood flow and skin temperature. J Integr Med. 2017;15(2):142-50.
14. Siripohn P, Visavajarn P, Suwannatnai U, Suwannatnai S, Butdapan P, Ruangchainikom M. The Effects of the Thai Traditional Medicine of Abdominal Massage on Defecation in Post Lumbar Laminectomy Patients. Siriraj Medical Journal. 2019;71(3):214-9.
15. Sinsomboon O, Noppakulsatit P, Tassanarong A, Tungsukruthai P, Sriyakul K. A comparison of effectiveness of Thai traditional massage and Tamsulosin in lower urinary tract symptoms: A randomized controlled trial. J Evid Based Integr Med. 2022;27:2515690X211068825.
16. จิรภรณ์ นวนบุตร, บุรณี กาญจนถวัลย์. ผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวลความซึมเศร้าและอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2557;3(60): 314-27.
17. Klungsri P, Aniwattanapong D. Effect of Thai traditional massage for reduction of depression in Social Welfare Development Center for Older Persons. Chula Med Bull. 2019;1(2):135-46.

18. ปริญญาทร สิงห์ทอง, วาริณี แสงประไพ, วิมลรัตน์ ผำผิวดิ, พิรณัย ศรีวงศ์. ผลทันทีของการนวดพื้นฐานแบบราชสำนักร่วมกับการประคบสมุนไพรต่ออัตราการแปรปรวนของการเต้นของหัวใจในอาสาสมัครที่มีภาวะเครียด. วารสารหมอไทยวิจัย 2561;4(2):27-38.
19. Juntakarn C, Prasarithra T, Petrakard P. The Effectiveness of Thai Massage and Joint Mobilization. *Int J Ther Massage Bodywork*. 2017;10(2):3-8.
20. Laosee O, Sritoomma N, Wamontree P, Rattanapan C, Sitthi-Amorn C. The effectiveness of traditional Thai massage versus massage with herbal compress among elderly patients with low back pain: a randomised controlled trial. *Complement Ther Med*. 2020;48:102253.
21. Oatyimprai K, Eungpinichpong W, Buranruk O, Konharn K, Tudpor K. Effect of traditional Thai massage on muscle oxygen saturation in low back pain patients: A preliminary study. *Int J GEOMATE*. 2020;19(72):54-61.
22. ธนารัตน์ ศรีผ่องงาม, วิชัย อึ้งพินิจพงศ์, จตุรัตน์ กันต์พิทยา, กมลวรรณ ตั้งวรพงศ์ชัย. ผลทันทีของการนวดฝ่าเท้าที่เพิ่มต่อการไหลเวียนเลือดของไตในผู้ที่มีสุขภาพดี: การเปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลัง. วารสารกายภาพบำบัด 2556;35(3):141-7.
23. Bennett S, Bennett MJ, Chatchawan U, Jenjaiwit P, Pantumethakul R, Kunhasura S, et al. Acute effects of traditional Thai massage on cortisol levels, arterial blood pressure and stress perception in academic stress condition: A single blind randomised controlled trial. *J Bodyw Mov Ther*. 2016;20(2):286-92.
24. MacSween A, Lorrimer S, van Schaik P, Holmes M, van Wersch A. A randomised crossover trial comparing Thai and Swedish massage for fatigue and depleted energy. *J Bodyw Mov Ther*. 2018;22(3):817-28.

The Origin of Human Beings in Thai Traditional Medicine

Chantanat Thippayacharoentam*, Parichard Pongpanich*, Sirikan Poopong*, Thapthep Thippayacharoentam*, Athipatt Tantiwongsekunakorn*, Manmas Vannabhum*, Pravit Akarasereenont*

**Center of Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(2):155-163

ABSTRACT

Thai traditional medicine records the origin of humans in Prathom-Jinda scripture and Buddhist scriptures such as Chakkavaladipani scripture and picturebook of Tri-Phum-Phra-Ruang, which refer to the various wildlife worlds in the universe. These, consisting of Rūpa (body) and Nāma (mind), consistently demonstrate the connection between human life and origin. These two components comprise a complete life. The body cannot perform its mission or activities effectively unless it has a dominant mind. Humans are the result of karma between the mother, father, and him/her. Once parents have sexual intercourse, their four elements combine to form Rūpa, or the body, which supports the mind. Following fertilization, the embryo develops gradually in the mother's womb. Thai traditional medical practitioners are experts in caring for pregnant women, known as Pregnancy Treatment or Kann-Pa-Ruk-Sa in Thai. This article was based on primary documents such as the Tipitaka, Chakkavaladipani scripture, picturebook of Tri-Phum-Phra-Ruang, and Prathom-Jinda scripture. The article provides an overview of human birth and prenatal care according to Thai traditional medicine, as well as a discussion of medical science to help modern people understand and appreciate the wisdom of the ancestors who have long cared for the Thai people.

Keywords: Human beings; Thai traditional medicine; Prathom-Jinda scripture

Correspondence to: Parichard Pongpanich

Email: Parichard.phn@mahidol.edu

Received: 20 January 2023

Revised: 6 March 2023

Accepted: 17 March 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i2.260967>

การกำเนิดของมนุษย์ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ฉันทนัฐ ทิพย์เจริญธัม*, ปาริชาติ พงษ์พานิช*, สิริกานต์ ภูโปรง*, ทัพพ์เทพ ทิพย์เจริญธัม*, อธิพัฒน์ ต้นติววงศ์คุณากร*,
แมนมาศ วรรณภูมิ*, ประวิทย์ อัครเสรินนท์*

*สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การกำเนิดของมนุษย์ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีการบันทึกไว้ในคัมภีร์ประถมจินดาและคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนา เช่น คัมภีร์จักรวาทพิณี สมุดภาพไตรภูมิ ที่กล่าวถึงภพภูมิต่าง ๆ ของสัตว์ทั้งหลายในจักรวาล ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงเกี่ยวกับการมีชีวิตของมนุษย์ และการกำเนิดของมนุษย์ที่ประกอบด้วยสองส่วน คือ รูป (กาย) และนาม (จิต) อย่างสอดคล้องกัน ชีวิตที่สมบูรณ์ต้องประกอบด้วยทั้งสองส่วนนี้ หากร่างกายไม่มีจิตครอง ก็จะไม่สามารถปฏิบัติภารกิจหรือกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเกิดของมนุษย์หนึ่งคนนั้นต้องเกิดจากกรรมของบิดา มารดา และบุตร ทั้งสามส่วนประกอบกัน เมื่อบิดาและมารดามีเพศสัมพันธ์กัน ชาติทั้ง 4 ของพ่อและแม่จะรวมกันเกิดเป็นรูปหรือร่างกายขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องรับจิตวิญญาณ เมื่อครรภ์ปฏิสนธิขึ้นแล้ว จากนั้นทารกจะค่อย ๆ เจริญเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ ในครรภ์ของมารดา ซึ่งแพทย์แผนไทยมีศาสตร์ในการดูแลครรภ์ที่เรียกว่า ครรภ์รักษา บทความนี้ได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารชั้นต้นที่ได้รับทราบยอมรับ ได้แก่ พระไตรปิฎก คัมภีร์จักรวาทพิณี สมุดภาพไตรภูมิ และคัมภีร์ประถมจินดา สารสำคัญของบทความแสดงให้เห็นภาพรวมเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องกำเนิดของมนุษย์และการดูแลรักษาครรภ์ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ประกอบกับบทวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อให้คนสมัยใหม่เข้าใจ และเกิดความชื่นชมภูมิปัญญาของบรรพบุรุษที่ช่วยดูแลประชาชนคนไทยมาเป็นเวลาช้านาน

คำสำคัญ: การกำเนิดมนุษย์; การแพทย์แผนไทย; คัมภีร์ประถมจินดา

บทนำ

การแพทย์แผนไทยมีความเชื่อมโยงกับพระพุทธศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรมของคนไทย โดยวัฒนธรรมท้องถิ่นในแต่ละภูมิภาคมีการผสมผสานกันอย่างลงตัว หลักฐานเรื่องราวเกี่ยวกับการเกิดของมนุษย์ มีการบันทึกไว้หลายพันปี ทั้งในพระไตรปิฎก คัมภีร์จักรวาทพิณี และสมุดภาพไตรภูมิ ซึ่งเป็นเอกสารทางพระพุทธศาสนา ส่วนการแพทย์แผนไทยนั้นมีการบันทึกไว้หลายคัมภีร์ ที่สำคัญคือคัมภีร์ประถมจินดา กล่าวถึงการดูแลมารดาและทารก เช่น ครรภ์รักษา ครรภ์ประมณฑล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ สารสำคัญในส่วนนี้ได้อธิบายความสัมพันธ์ของชีวิตที่ประกอบด้วยกาย หรือรูป และนาม ซึ่งรูปเป็นส่วนประกอบของธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ และส่วนที่เรียกว่า จิตหรือนาม มี 4 ลักษณะ คือ เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ รูป 1 อย่าง และนาม 4 อย่าง รวมเรียกว่า ขันธ์ 5¹ ซึ่งตรงตามหลักการในพระพุทธศาสนา กล่าวคือ นอกจากการเกิดของมนุษย์หรือร่างกายแล้ว ต้องมีการปฏิสนธิของจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นส่วนของนามหรือจิต ในคัมภีร์จักรวาทพิณีและสมุดภาพไตรภูมิ กล่าวถึงภพภูมิต่าง ๆ ของสัตว์

ทั้งหลายในจักรวาล คือ สัตว์นรก เปรต อสุร สัตว์เดรัจฉาน มนุษย์ เทวดา และพรหม จิตวิญญาณจากภพภูมิต่าง ๆ จะมีการเวียนว่ายตายเกิดกันเป็นธรรมดา² การเกิดของบุคคลและสัตว์นั้นต้องมีเหตุ คือกรรมผูกพันกันมาแต่ปางก่อน หากไม่มีกรรมผูกพันกันมาก่อน หรือไม่มีเหตุปัจจัยที่เหมาะสม ชีวิตของสัตว์ก็อาจจะไม่เกิดขึ้น

บทความเรื่องการกำเนิดของมนุษย์ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยบทนี้เป็นเชิงพรรณนา ซึ่งได้นำเสนอสาระสำคัญประกอบด้วย ครรภ์ปฏิสนธิ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การดูแลรักษาครรภ์หรือครรภ์รักษา และตัวอย่างเวชปฏิบัติในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการแพ้ท้อง ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1 เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจและเห็นความงดงามขององค์ความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่บรรพบุรุษได้สั่งสมมาเป็นเวลาช้านาน ซึ่งได้ยกตัวอย่างการใช้องค์ความรู้ในการทำเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อดูแลสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นประโยชน์ในการศึกษาด้านองค์ความรู้ ใช้ประกอบการเรียนการสอนทางการผดุงครรภ์ของแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสามารถนำแนวทางเวชปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ในบริบทของงานบริหาร

สุขภาพในแต่ละท้องถิ่น นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันต่อไป

ครรภ์ปฏิสนธิ

การแพทย์แผนไทยได้รับอิทธิพลเรื่องชีวิตมาจากพระพุทธศาสนา ซึ่งมีความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตว่าประกอบด้วยกายและจิต (รูปและนาม) การกำเนิดชีวิตหนึ่ง ๆ ขึ้นมาได้ขึ้นอยู่กับเหตุผูกพันซึ่งกันและกัน กล่าวคือพ่อและแม่มีบุพกรรม คือการกระทำที่ทำได้แต่ชาติก่อน หรือเรียกอีกอย่างว่า กรรมเก่า³ ที่สัมพันธ์กันกับบุตรมาก่อน บุตรผู้นั้นจึงจะเกิดได้ ซึ่งเมื่อธาตุของบิดาและมารดาผสมกันก็จะตั้งธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ ผสมระคนรวมกันเข้าเป็นก้อนขึ้นเนื้อเล็ก ๆ ขึ้นมาก่อน ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1 ในคัมภีร์ประณมจินตากล่าวว่า “ในเมื่อสัตรจะปฏิสนธิขึ้นท่านกล่าวไว้ว่า สุขุม ปรมาณู ละเอียดนัก เปรียบด้วยขนทรายจามรีเส้น 1 เอามาขุบน้ำมันงาที่ใส่นั้น แล้วเอามาสลัดเสียให้ได้ 7 ครั้ง แต่ยั้งติดอยู่ที่ปลายขนทรายจามรีมาน้อยเท่าใด อันมูลปฏิสนธิแห่งสัตรทั้งหลาย สุขุม ละเอียดดุจนั่น แต่ตั้งขึ้นในครรภ์มารดาแล้วละลายไปได้วันละ 7 ครั้ง กว่าจะตั้งขึ้นได้เป็นอันยากนัก”¹

จากข้อความข้างต้น สุขุม ปรมาณู คือมีความละเอียดดียวนัก เปรียบด้วยขนทรายจามรีเส้น 1 เอามาขุบน้ำมันงาที่ใส่นั้น แล้วเอามาสลัดเสียให้ได้ 7 ครั้ง แต่ยั้งติดอยู่ที่ปลายขนทรายจามรีมาน้อยเท่าใด อันมูลปฏิสนธิแห่งสัตรทั้งหลาย ก็ละเอียดดุจนั่น แล้วค่อยมีพัฒนาการเจริญเติบโตขึ้น ซึ่งมีข้อความที่กล่าวไว้ในคัมภีร์ประณมจินตากล่าวว่า จึงบังเกิดขึ้นด้วยธาตุน้ำ คือต่อมโลหิตแห่งมารดา ก็ให้บังเกิดตั้งขึ้นเป็นอนุโลมปฏิสนธิขึ้น ในเมื่อสัตรจะปฏิสนธิขึ้นท่านกล่าวไว้ว่า แต่ตั้งขึ้นในครรภ์มารดาแล้วละลายไปได้วันละ 7 ครั้ง กว่าจะตั้งขึ้นได้เป็นอันยากนัก เมื่อการปฏิสนธิขึ้น โลหิตตั้งขึ้นได้แล้วอยู่ 7 วัน ก็บังเกิดเป็นก้อนขึ้นเนื้อที่เล็กละเอียด และมีระดูล้างหน้า ที่ 1 ถ้ามีดังนั้น ก็ให้มารดาฝั้นเห็นวิปริต ก็รู้ว่าการตั้งครรภ์ขึ้นแล้ว

เมื่อธาตุตั้งขึ้นแล้ว มารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ระดูขาดหายไป เต้านมขยายใหญ่ขึ้น สีของหัวนมและปากมดลูกมีสีคล้ำขึ้น⁴ ในคัมภีร์ประณมจินตากล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของมารดาไว้ว่า เมื่อสตรีภาพทั้งปวงนี้ มีครรภ์อันตั้งขึ้นได้ 15 วันก็ดี เดือนหนึ่งก็ดี แสดงกายให้ปรากฏแก่คนทั้งหลาย ให้รู้ว่าตั้งครรภ์ขึ้นแล้ว เพราะว่าเอ็นผ่านหน้าอกนั้นเขียวหัวนมมันคล้ำดำเข้า แล้วตั้งขึ้นเป็นเม็ดรอบหัวมนั้น ก็ให้แพทย์พึงรู้ว่าสตรีผู้นั้นมีครรภ์โดยสมบูรณ์¹

เมื่อธาตุทั้ง 4 ตั้งขึ้นบริบูรณ์แล้วจึงมีวิญญาณมาปฏิสนธิในครรภ์แห่งมารดา ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1 ซึ่งการที่จะรู้ว่ามีวิญญาณมาปฏิสนธิหรือไม่นั้น ให้สังเกตจากเหตุ 2 ประการ คือ

1. เมื่อมีวิญญาณมาปฏิสนธิในครรภ์ มารดาจะมีนิมิตบอกเหตุต่าง ๆ เช่น มารดาตั้งครรภ์จะอยากกินอาหารต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากแรงบันดาลใจของวิญญาณที่มาปฏิสนธิในครรภ์ ซึ่งสามารถบอกถึงภพ

ภูมิในอดีตของวิญญาณดังกล่าวได้ ดังข้อความในคัมภีร์ประณมจินตากล่าวว่า เมื่อสัตรจะปฏิสนธิในครรภ์มารดานั้น กล่าวนิมิตต่าง ๆ¹ ได้แก่

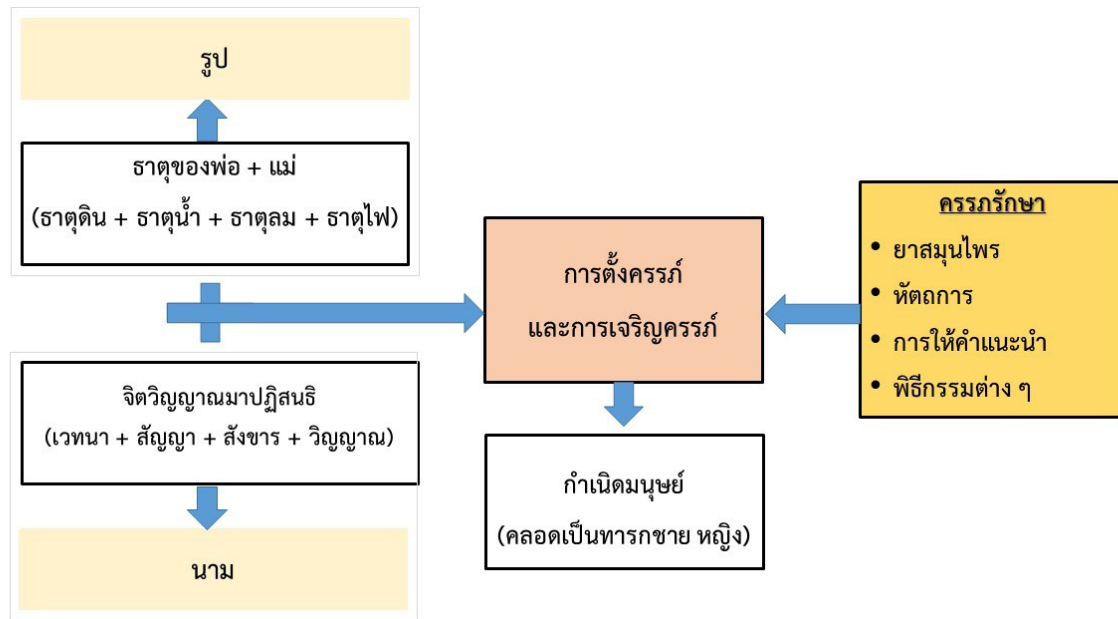
- 1) ถ้ามารดาอยากมีฉะ มังสา เนื้อปลา แลสิ่งของเป็นสิ่งอันคาว ท่านว่าสัตรนรกมาปฏิสนธิ
- 2) ถ้าแลมารดาอยากสิ่งอันเปรี้ยวแลขม ท่านว่ามาแต่ป่าหิมพานต์มาปฏิสนธิ
- 3) ถ้าแลมารดาอยากน้ำผึ้ง น้ำอ้อย น้ำตาล ท่านว่ามาแต่สวรรค์ลงมาเอากำเนิดปฏิสนธิ
- 4) ถ้าแลมารดาอยากสรรพผลไม้ทั้งปวง ท่านว่ามาแต่ไตรภพ มาปฏิสนธิ
- 5) ถ้าแลมารดาอยากกินดิน ท่านว่ามาแต่พรหมลงมาปฏิสนธิ
- 6) ถ้าแลมารดาอยากกินสิ่งที่เผ็ดแลร้อน ท่านว่ามาแต่มนุษย์มาปฏิสนธิ

2. เมื่อเกิดการปฏิสนธิขึ้นแล้วครรภ์ก็จะเจริญเติบโตขึ้นตามลำดับ และเมื่อวิญญาณมาปฏิสนธิแล้ว ทารกจะมีการรับรู้ถึงความร้อนความเย็นและอารมณ์ของมารดา ดังข้อความในคัมภีร์ประณมจินตากล่าวว่า “เมื่อครรภ์ได้ 5 เดือนจึงมีจิตแลเบญจขันธ์พร้อมเมื่อตั้งเป็นรูปคนเข้าแล้ว ก็ให้วิญญาณรู้จักว่าร้อนว่าเย็น ถ้าแลมารดาบริโภคอาหารสิ่งอันเผ็ดร้อนเข้าไปเมื่อใด ก็ให้ร้อนทรมนทุรายตื่นเลือกไปมา”¹

การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

เมื่อครรภ์ปฏิสนธิแล้วก็เจริญเติบโตไปตามลำดับ ในคัมภีร์ประณมจินตากล่าวว่า “ครรภ์ตั้งขึ้นแล้ว มีได้วิปริต ครบ 7 วัน ก็ขึ้นเข้าดั่งน้ำล้างเนื้อ เมื่อไปอีก 7 วัน เป็นขึ้นเนื้อ ไปอีก 7 วัน เป็นสันฐานดุจไข่มุข ไปอีก 7 วัน ก็แตกออกเป็นปมธุสา 5 แห่ง คือ ศีรษะ และมือ แลเท้า ไปอีก 7 วัน ก็เกิด เกศา โลมา ขน ทันทาลำดับกันไป ในขณะที่ครรภ์ตั้งขึ้นได้เดือน 1 กับ 12 วันนั้น โลหิตจึงบังเกิดเวียนเข้าเป็นตานกยูง ที่หัวใจเป็นเครื่องรับดวงจิตวิญญาณ ถ้าหญิงเวียนซ้าย ถ้าชายเวียนขวา แต่มิได้ปรากฏออกมาครั้งเมื่อครรภ์ถ้วนไตรมาสแล้ว โลหิตนั้นก็แตกออกไปตามปมธุสา เมื่อได้ 4 เดือน จึงตั้งอาการ 32 นั้น จึงบังเกิดตาแลหน้าผากก่อน สิ่งทั้งปวงจึงบังเกิดเป็นอันดับกันไป เมื่อครรภ์ได้ 5 เดือนจึงมีจิตแลเบญจขันธ์พร้อม”¹ ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1 “เมื่อตั้งเป็นรูปคนเข้าแล้วก็ให้วิญญาณรู้จักว่าร้อนว่าเย็น ถ้าแลมารดาบริโภคอาหารสิ่งอันเผ็ดร้อนเข้าไปเมื่อใด ก็ให้ร้อนทรมนทุรายตื่นเลือกไปมา เวทนาขันธ์ก็บังเกิดขึ้นตามกัน คือที่อยู่ในท้องของมารดานั้นลำบากทนทุกเวทนาดุจสัตว์ในนรก คือนั่งยองกอดเข้าเอากำมือใส่ใต้คาง ผินหน้าเข้าสู่กระดูกสันหลังของมารดา ผินหลังออกข้างนอก ก็มีอุปมาดังลูกวานรอนั่งอยู่ในโพรงไม้”¹

จากข้อความดังกล่าวข้างต้น หากนำมาวิเคราะห์กับองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์จะพบว่ามีความสอดคล้องกันที่น่าสนใจ ดังการเปรียบเทียบในตารางที่ 1 ทั้ง ๆ ที่องค์ความ



แผนภูมิที่ 1 แสดงความคิดรวบยอดเกี่ยวกับการกำเนิดมนุษย์ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ที่มา: ทัณฑ์เทพ ทิพย์เจริญธัม และอธิพัฒน์ ต้นตึงศ์คุณากร สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รู้ทางการแพทย์แผนไทยมีมานานหลายพันปี ดังข้อความนี้ที่เขียนโดยหมอชีวกโกมารภัจจ์ ซึ่งเป็นหมอประจำองค์พระพุทธเจ้า เมื่อครั้งพุทธกาล 2,500 ปีล่วงมาแล้ว และในประวัติเล่าว่าท่านได้เรียนวิชามาจากท่านมหาเถรดำแย ซึ่งได้เรียนวิชามาจากท่านโรคามฤตินทร์อีกทอดหนึ่ง

ข้อความที่ว่า “เมื่อครรภ์ตั้งขึ้นได้เดือน 1 กับ 12 วันนั้น โลหิตจึงบังเกิดเวียนเข้าเป็นตานกยูง ที่หัวใจเป็นเครื่องรับดวงจิตวิญญาณ ถ้าหญิงเวียนซ้าย ถ้าชายเวียนขวา”¹ ในเรื่องนี้ยังไม่มีการศึกษาหรือพิสูจน์ด้วยวิทยาศาสตร์การแพทย์ แต่ยังคงเป็นความเชื่อที่คนไทยเชื่อถือต่อ ๆ กันมาเสมอ เช่น ผู้ป่วยชายที่เป็นโรคอัมพฤกษ์ ถ้ามีอาการอ่อนแรงข้างขวาจะมีอาการหนักและรักษายากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงด้านซ้าย เพราะพลังงานชีวิตหรือระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ชายจะเวียนด้านขวา การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยชายที่เป็นโรคอัมพฤกษ์ข้างซ้ายจะทำได้ง่ายและมีโอกาสหายได้ เช่นเดียวกันหากผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ถ้ามีอาการอ่อนแรงข้างซ้ายจะมีอาการหนักและรักษายากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงด้านขวา ดังที่ชาวบ้านมักพูดสั้น ๆ ว่า หญิงเป็นซ้าย ชายเป็นขวา จะรักษายาก ซึ่งอาจจะต้องทำการศึกษาวิจัยต่อไป

การดำรงอยู่ของทารกในครรภ์เป็นอย่างไรนั้น คนโบราณรู้ได้อย่างไร ในเมื่อไม่มีเครื่องฉายเอกซเรย์อย่างในปัจจุบัน ที่บรรยายว่า “นั่งยองกอดเข่าเอากำมือใส่ใต้คาง ผินหน้าเข้าสู่กระดูกสันหลังของมารดา ผินหลังออกข้างนาภี ก็มีอุปมาดังลูกวานรอันนั่งอยู่ใน

โพรงแม่นั้น”¹ ซึ่งก็ตรงกับความเป็นจริงตามวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 1

การดูแลรักษาครรภ์หรือครรภ์รักษา

การดูแลรักษาครรภ์ คือ การดูแลรักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ให้เป็นปกติ⁹ ทางการแพทย์แผนไทยเรียกว่า ครรภ์รักษา เป็นการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กัน ได้แก่ การรักษาด้วยยาสมุนไพร การหัตถการด้วยการนวด การประคบสมุนไพร การให้คำแนะนำ และกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยต่าง ๆ นอกจากนี้ในสมัยโบราณที่มีความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณ จึงมักมีพิธีกรรมประกอบในกระบวนการการดูแลรักษาครรภ์ด้วย ในคัมภีร์ประถมจินดาได้กล่าวถึง การดูแลรักษาครรภ์ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงครบถ้วนไตรมาส หรือ 10 เดือน ตามอายุการตั้งครรภ์ ซึ่งแนวทางในการดูแลรักษาครรภ์ในแต่ละเดือนประกอบด้วยการใช้ยาสมุนไพรเพื่อรักษาอาการที่เกิดขึ้น ร่วมกับการใช้พิธีกรรมควบคู่กันไป ยกตัวอย่างการดูแลรักษาสตรีมีครรภ์ที่อายุครรภ์ได้ 1 เดือน ดังนี้

“ถ้าสตรีมีครรภ์ได้เดือนหนึ่งก็ดี ถ้าใช้รำเพราพัด คือให้รำก ให้จุกในอุทร แลให้แตกขึ้น แลแตกลงเป็นกำลัง แลให้ละเมอเพื่อพกดังผีเข้า แพทย์ไม่รู้ว่าเป็นใช้สันนิบาตนั้นหาได้เลย บังเกิดโทษในครรภ์รักษานั้นเอง ถ้าจะแก้ให้ทำตามโบราณเสียก่อน ท่านให้ทำบัตร 4 มุม เอาแป้งคลึงท้อง ด้วยมนต์นี้ 7 ที โอม ชู ภู ภา สวาหะ

ตารางที่ 1 แสดงพัฒนาการของทารกตามคัมภีร์ประณจินดาเปรียบเทียบกับข้อมูลวิทยาศาสตร์การแพทย์

ข้อความในคัมภีร์ประณจินดา ¹	ข้อมูลวิทยาศาสตร์การแพทย์ ⁵
การปฏิสนธิเมื่อธาตุของบิดาและมารดาผสมกันก็จะตั้งธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ ผสมระคนรวมกันเข้าเป็นก้อนขึ้นเนื้อเล็ก ๆ ขึ้นมาก่อน สุกมั่ง ปรมาณ คือมีความละเอียดยิ่งนักเปรียบด้วยขนทรายจามรีเส้น 1 เอามาชุบน้ำมันงาที่ใส่นั้น แล้วเอามาสลัดเสียให้ได้ 7 ครั้ง แต่ยั้งติดอยู่ที่ปลายขนทรายจามรีมาน้อยเท่าใด อันมูลปฏิสนธิแห่งสัตว์ทั้งหลาย ก็ละเอียดดุนั้น ครรภ์ตั้งขึ้นแล้ว มิได้วิปริต ครบ 7 วัน ก็ขึ้นเข้าดั่งน้ำล้างเนื้อ	สัปดาห์ที่ 1 - วันที่ 0 ปฏิสนธิ (fertilization) - วันที่ 1 มีการแบ่งเซลล์แบบ mitosis เรียกว่า cleavage - วันที่ 2-4 morula (16 blastomere) เดินทางอยู่ในปีกมดลูก - วันที่ 5-6 จาก morula เจริญเปลี่ยนแปลงเป็น blastocyst ภายในมี embryoblast
เมื่อไปอีก 7 วัน เป็นขึ้นเนื้อ	สัปดาห์ที่ 2 (วันที่ 7-14) - การฝังตัวเสร็จสมบูรณ์ ได้ bilaminar embryonic disc - มีการพัฒนาของเยื่อนอกตัวอ่อนประกอบด้วย amnion, yolk sac และ chorion
ไปอีก 7 วัน เป็นสัณฐานดุจไข่	สัปดาห์ที่ 3 (วันที่ 15-20) - มีการ form primitive streak ได้ trilaminar embryonic disc - มีการ form neural plate
ไปอีก 7 วัน ก็แตกออกเป็นปญจสาขา 5 แห่ง คือ ศีรษะ และมือ แลเท้า	สัปดาห์ที่ 4 (วันที่ 21-28) - มีการยกตัวของ embryonic disc ได้ลักษณะ tubular structure ของ embryo มีการเต้นของหัวใจ
ไปอีก 7 วัน ก็เกิด เกศา โลมา นขา ทันตา ลำดับกันไป	สัปดาห์ที่ 5-9 - เป็นช่วงเวลาเริ่มต้นการ form อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย (period of organogenesis)
เมื่อได้ 4 เดือน จึงตั้งอาการ 32 นั้น จึงบังเกิดตาแลหน้าผากก่อน สิ่งทั้งปวงจึงบังเกิดเป็นอันดับกันไป	สัปดาห์ที่ 13-16 - ตาที่เคยอยู่ห่างค่อนข้างเคลื่อนมาอยู่ทางด้านหน้ามากขึ้น ตาปิด หูเคลื่อนมาใกล้ตำแหน่งปกติ ระยะนี้ทารกมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว สัดส่วนของศีรษะมีขนาดลดลงเมื่อเทียบกับลำตัว ขยายขึ้น การเคลื่อนไหวของแขน ขา เริ่มตั้งแต่วัยสัปดาห์ที่ 13 และจะมีมากขึ้นจนแม่รู้สึกได้ในสัปดาห์ที่ 16 ปลายสัปดาห์ที่ 14 สามารถบอกความแตกต่างของอวัยวะภายนอกได้
เมื่อครรภ์ได้ 5 เดือนจึงมีจิตแลเบญจขันธ์พร้อม	สัปดาห์ที่ 17-20 - ศีรษะมีขนาดเล็กลงเมื่อเทียบกับลำตัว แขน ขยายได้สัดส่วนระบบอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายเจริญอย่างรวดเร็

ที่มา: ทัฬหีเทพ ทิพยเจริญธัม สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

แล้วจึงเอาแป้งที่คั้นนั้นมาปั้นรูปหญิงคน 1 คน รูปภูเขา 1 อัน รูปไก่ 1 ตัว รูปม้า 1 ตัว เอาผลไม้ 7 สิ่ง ดอกไม้ 7 สิ่ง แล้วเอาข้าวสารโปรยกลางผลไม้ บูชา แล้วเอาไปส่งที่ทิศอาคเนย์ หรือทิศตะวันออกเฉียงใต้ ทำ 3 วัน หาย

ถ้าไม่หาย ให้แต่งยาขานานี้กิน ท่านให้เอา จันทน์หอม ดอกบัวเผื่อน รากบัวหลวง ข้าวเหนียวกัญญา สิริยา 4 สิ่งนี้ บดทำแท่งไว้ ละลายน้ำนมโค กิน หาย

ถ้าไม่หายให้ เอายาขานานี้ เนื้อไคอย่าง 1 ข้าวตอกข้าวเหนียวกัญญา 1 บดละลายน้ำผึ้ง กิน หาย

ถ้าให้ร้อน ยาขานานี้ท่านให้เอา ใบไทรย้อย ใบหญ้าแพรก ใบพรมมิ ใบตำลึง ดินประสิวขาว สิริยา 5 สิ่งนี้ บดละลายน้ำข้าวข้าวชโลม หาย กินก็ได้ ใช้มาากแล้ว”¹

จากข้อความดังกล่าวจะเห็นว่า ความรู้ความเข้าใจในเรื่องวิญญานก็มีปรากฏในศาสตร์การแพทย์แผนไทยเช่นกัน ซึ่งความรู้ความเข้าใจดังกล่าวส่งอิทธิพลต่อประชาชนคนไทยผ่านรูปแบบของพิธีกรรม ควบคู่กันไปกับวิถีปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทย การ

ประกอบพิธีกรรมดังกล่าวอาจช่วยให้จิตใจของมารดาสบายขึ้น ช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากการตั้งครรภ์และอาการที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ พิธีกรรมเหล่านี้มีอยู่จำนวนมากในคัมภีร์แพทย์แผนไทย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของการแพทย์กับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณีในสังคมไทยได้เป็นอย่างดี

จากข้อความที่กล่าวว่า ถ้าสตรีมีครรภ์ได้เดือนหนึ่งก็ดี ถ้าใช้รำเพราพัด คือให้ราก ให้ลูกในอุทร แลให้แตกขึ้น แลแตกลงเป็นกำลัง แลให้ละเมอเพื่อพกดั่งผีเข้า เป็นการเปรียบเทียบอาการของใช้รำเพราพัดว่ามีอาการเหมือนคนที่ถูกผีเข้าสิงสู่ในร่างกาย ดังนั้นในการรักษาจึงมีทั้งส่วนที่เป็นยาสมุนไพร และส่วนที่เป็นพิธีกรรมตามความเชื่อร่วมอยู่ในกระบวนการรักษาด้วย สำหรับยาสมุนไพรที่แก้อาการใช้รำเพราพัด คือ อาเจียน จุกในอก แดกขึ้นแตกลงเป็นกำลัง ละเมอเพื่อพกดั่งผีเข้า เป็นอาการของธาตุลมพิการแปรปรวน หากวิเคราะห์ตำรับยาทั้ง 3 ตำรับ จะพบว่าทั้ง 3 ตำรับ มีความสอดคล้องกันระหว่างศาสตร์การแพทย์แผนไทยและวิทยาศาสตร์การแพทย์ อย่างน่าสนใจ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงรสนาและสรรพคุณของสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบในตำรับยาแก้ไขรำเพราพัด

ตำรับยา	วิธีการบริหารยา	สมุนไพร	รสนา	สรรพคุณ
ตำรับที่ 1 จันทน์หอม ดอกบัวเผื่อน รากบัวหลวง ข้าวเหนียวกัญญา สิริยา 4 สิ่งนี้ บดทำแท่ง ไว้ ละลายน้ำนมโค	ยารับประทาน	จันทน์หอม	รสหอมร้อนเล็กน้อย ¹	ขับลมบำรุงธาตุ แก้วัณโรค แลบาดแผล ทั้งปวง ¹
		ดอกบัวเผื่อน	กลิ่นหอม ⁶	แก้ไข้เป็นด้วยธาตุทั้ง 4 กำเริบ ให้ปวดหัว จุกอก เพื่อโลหิตพิการ ให้ท้องขึ้น ¹
		รากบัวหลวง	รสหวานเย็นมัน ⁷	แก้ร้อนกระหาย ¹
		ข้าวเหนียวกัญญา หรือ ข้าวเหนียวดำ	รสมันจี๊ด ⁸	แก้อัมพฤกษ์ อัมพาต ⁸
ตำรับที่ 2 เนื้อไคอย่าง 1 ข้าวตอก ข้าวเหนียวกัญญา 1 บดละลายน้ำผึ้ง	ยารับประทาน	น้ำนมโค	รสหวานมัน ¹⁰	บำรุงกำลัง บำรุงร่างกาย เจริญไฟธาตุ ขอบแก้โรค ในอก ¹⁰
		เนื้อไคอย่าง	-	บำรุงร่างกาย บรรเทา อาการอ่อนเพลียของ ร่างกายได้ และมีสาร อาหารพวกโปรตีนและ ไขมัน

ตำรับยา	วิธีการบริหารยา	สมุนไพร	รสรยา	สรรพคุณ
ตำรับที่ 2 เนื้อโคอย่าง 1 ข้าวตอก ข้าวเหนียวกัญญา 1 บดละลายน้ำผึ้ง		ข้าวตอกข้าวเหนียว กัญญา (การนำข้าว เหนียวกัญญาหรือข้าว เหนียวดำไปคั่วให้เป็น ข้าวตอก)	รสมันจืด ⁸	บำรุงร่างกาย บรรเทา อาการอ่อนเพลีย ⁸
		น้ำผึ้ง	รสหวาน ^{1,10}	บรรเทาอาการอ่อนเพลีย บำรุงร่างกาย ^{1,10}
ตำรับที่ 3 ใบไทรย้อย ใบหญ้า แพรก ใบพรมมิ ใบตำลึง ดินประสิวขาว สิริยา 5 สิ่งนี้ บดละลาย น้ำข้าวข้าว	ยารับประทาน ยาขโลม	ใบไทรย้อย	รสอันหวานผาดเผื่อน ¹	แก้ท้อง แก้ไข้เปื่อยพัง แก้บวม แก้ตัวพยาธิ แก้ ตกโลหิต ¹
		ใบหญ้าแพรก	รสจืดเย็น ¹	แก้สรรพพิษอันกระทำให้ คันแลร้อน ¹
		ใบพรมมิ	รสหวาน ¹	แก้ไข้สางสวาย แก้หืดไอ ¹
		ใบตำลึง	รสเย็น ¹¹	แก้ไข้เพื่อเตโชธาตุกำเริบ ให้เจ็บท้อง ให้คลื่นเหียน ให้สะอึก ¹
		ดินประสิวขาว	รสเค็มปร่า เย็น ^{11,12}	ขับลมที่คั่งค้างตาม เส้น ^{11,12}

ตัวอย่างเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยในหญิงตั้งครรภ์

ปัจจุบันหากมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคล้ายในคัมภีร์
ประถมจินตาดังกล่าวมาพบแพทย์แผนไทยประยุกต์ ให้ประวัติ
ว่า มีอาการอาเจียน วิงเวียนศีรษะ และอ่อนเพลียจากอาการ
แพ้ท้อง แพทย์แผนไทยประยุกต์จะทำการสอบถามประวัติและตรวจ
ร่างกายเพิ่มเติม และอาจให้การดูแลบรรเทาอาการด้วยยาสมุนไพร
หัตถการทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การนวดไทยแบบราชสำนัก
การประคบสมุนไพร และการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น
ตามตัวอย่างแนวทางดังนี้

1. การรักษาด้วยยาสมุนไพร: อาจเลือกใช้สมุนไพรที่ปรุง
ขึ้นเองสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายก็ได้ หรือเลือกตำรับยาในคัมภีร์ดัง
ตัวอย่างที่กล่าวมาแล้ว หรือยาในบัญชียาหลักแห่งชาติก็ได้ เช่น ยา
ขงชิงหรือยาชิงแคปซูล สรรพคุณ แก้คลื่นเหียนอาเจียน ชงดื่มหรือ
รับประทานเมื่อมีอาการ รับประทานวันละ 1 – 2 กรัม¹³ ยาหอม
แก้ลมวิงเวียนชนิดผงชงดื่มหรือชนิดเม็ด สรรพคุณ แก้ลมวิงเวียน
อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ รับประทานครั้งละ 600 มิลลิกรัม – 1 กรัม

ละลายน้ำสุก เมื่อมีอาการ ทุก 3 – 4 ชั่วโมง ไม่ควรรับประทานเกิน
วันละ 3 ครั้ง¹³ ยาทั้งสองขนานยังไม่มีรายงานความเป็นพิษต่อแม่
และเด็ก¹³ จึงควรใช้ตามคำแนะนำของแพทย์แผนไทยหรือแพทย์
แผนไทยประยุกต์¹³

2. การนวดไทยแบบราชสำนัก: เป็นการนวดตามแนวเส้น
พื้นฐานบ่า คอ หลัง¹⁴ และนวดจุดสัญญาณ 4 และ 5 หลัง เพื่อช่วย
บรรเทาอาการคลื่นเหียนอาเจียน¹⁵ นอกจากนี้แพทย์ผู้ทำการนวด
บำบัดอาจพิจารณาแนวเส้นพื้นฐานและจุดสัญญาณอื่น ๆ ได้อีก
ตามความเหมาะสม เช่น หญิงตั้งครรภ์มักมีอาการเป็นตะคริวที่น่อง
อยู่เป็นประจำ อาจพิจารณานวดแนวเส้นพื้นฐานขาต่อนอกและ
ขาด้านในเพิ่มเติม การนวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่แข็งตึง
จึงจนทำให้ปวดกล้ามเนื้อและเป็นตะคริวเกิดการคลายตัว กระตุ้น
การไหลเวียนของเลือดลม บรรเทาอาการปวดได้^{14,15,16} โดยการ
กดนวดด้วยแรงขนาดเบา ใช้ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดตาม
แนวเส้นพื้นฐานประมาณ 10-15 วินาที และตามจุดสัญญาณแต่ละ
จุดประมาณ 30 - 45 วินาที รวมระยะเวลาในการนวดแต่ละครั้ง

ประมาณ 20 – 30 นาที¹⁷ สามารถนวดรักษาได้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือตามดุลพินิจของแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์

3. การประคบสมุนไพร: เป็นการนำลูกประคบสมุนไพร ไปนึ่งให้ร้อนแล้วนำมาประคบตามร่างกายช่วยให้กล้ามเนื้อคลาย ช่วยบรรเทาอาการปวดตึงตึงของกล้ามเนื้อ ทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น¹⁷ กลิ่นของสมุนไพรในลูกประคบมีน้ำมันหอมระเหย จะช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายร่างกายและใจร่วมด้วย¹⁷ กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ชอบกลิ่นของสมุนไพร หรือมีอาการมีศีรษะจากกลิ่นสมุนไพร อาจเลือกใช้วิธีการอื่นแทนการประคบสมุนไพร เช่น การประคบด้วยผ้าชุบน้ำร้อน¹⁷

4. การให้คำแนะนำตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย: แพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์อาจให้คำแนะนำตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีอาการแพ้กลิ่นอาหาร ดอกไม้ ผลไม้ หรือผักบางชนิด ก็ให้หลีกเลี่ยงสิ่งนั้น การพักผ่อนที่เพียงพอ การทำจิตใจให้ผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง หรือสวดมนต์ภาวนาตามศาสนาหรือความเชื่อของตนเอง การสวดมนต์จะช่วยลดภาวะความเครียดได้¹⁸ การรับประทานอาหารให้เพียงพอเพื่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์¹⁹ การบริหารร่างกายเบา ๆ เพื่อให้เลือดลมไหลเวียนสะดวก รวมถึงการปฏิบัติตนตามหลักธรรมานามัย¹⁶ ได้แก่ กายานามัยคือการบริหารร่างกาย เช่น ฤๅษีตัดตน โยคะ จะช่วยลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ได้²⁰ จิตตานามัย คือการดูแลสุขภาพของจิตใจ และชีวิตานามัย คือการดูแลการดำรงชีวิตให้สมดุล หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและใช้ชีวิตให้สมดุล¹⁶

สรุป

บทความนี้แสดงให้เห็นถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับการสูติศาสตร์และการผดุงครรภ์ของคนในอดีตที่มีความเชื่อมโยงระหว่างศาสตร์การแพทย์แผนไทย พระพุทธศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรมของคนไทย ซึ่งทั้งหมดมีความสอดคล้องประสานเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน หากมีการศึกษาวิจัยอย่างจริงจัง อาจพบองค์ความรู้ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในระบบสาธารณสุขของประเทศได้ การผสมผสานเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยและวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้าด้วยกันจะช่วยทำให้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยมีความน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น และเกิดความเชื่อมั่นในการที่จะรับบริการการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยจึงไม่ใช่แค่เรื่องนวดไทยหรือสมุนไพรไทยเท่านั้น แต่รวมถึงวัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชีวิตของคนไทย จากตัวอย่างเวชปฏิบัติจะเห็นว่า ศาสตร์การแพทย์แผนไทยสามารถใช้ในเวชปฏิบัติเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตก ซึ่งบทความนี้จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจการใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย ซึ่งดูแลรักษาไม่เพียงแต่ด้านร่างกาย แต่รวมถึงด้านจิตใจด้วย โดยแพทย์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยสามารถเลือกการ

ดูแลรักษาที่เหมาะสม ได้แก่ การรักษาด้วยยาสมุนไพร การนวดไทยแบบราชสำนักและการประคบสมุนไพร และการให้คำแนะนำตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ในด้านการเรียนการสอนทางการผดุงครรภ์ของแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสามารถนำแนวทางเวชปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ในบริบทของงานบริหารสุขภาพแต่ละท้องถิ่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนด้านตำราและข้อมูลในการเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. โรงเรียนอายุรเวทราชสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. ตำราการแพทย์แผนไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2563.
2. คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ ในคณะกรรมการจัดงานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จัดพิมพ์เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542, สมุดภาพไตรภูมิ ฉบับกรุงศรีอยุธยา-ฉบับกรุงธนบุรี เล่ม 2. กรุงเทพฯ: หอสมุดแห่งชาติ; 2542.
3. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน; 2556.
4. จตุพล ศรีสมบูรณ์. คู่มือสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: บริษัท แมคโคร-ฮิล อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล เอ็นเตอร์ไพรส์, อิงค์; ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.
5. คณาจารย์ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. ตำรากายวิภาคศาสตร์พื้นฐาน BASIC ANATOMY. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศุภนิชการพิมพ์; 2552.
6. เสี่ยม พงษ์บุญรอด. ไม่เทคเมืองไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรุงธน; 2522.
7. พรทิพย์ เต็มวิเศษ และคณะ (บรรณาธิการ). ประมวลสรรพคุณยาไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
8. วีระศักดิ์ ทินกร (หม่อมหลวง). เกสัชกรรมไทย (ฉบับถ่ายเอกสาร). ไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์: ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์; ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.
9. สำนักงานราชบัณฑิตยสภา และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสภา พ.ศ. 2559 เนื่องในโอกาสมหามงคลเสด็จเถลิงถวัลยราชสมบัติครบ 70 ปี 9 มิถุนายน 2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2560.
10. ชัยนัต พิเชียรสุนทร และวิเชียร จีรวงส์. คู่มือเภสัชกรรมแผนไทย เล่ม 3 เครื่องยาสัตว์วัตถุ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อมรินทร์; 2546.
11. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิมฯ โรงเรียนอายุรเวท (ชีวโกมารภัจจ์). ตำราเภสัชกรรมแผนไทย. กรุงเทพฯ: พิมพ์ศ พรินต์ติ้งเซ็นเตอร์; 2548.

12. ชัยนัต พิเชียรสุนทร และวิเชียร จีรวงส์. คู่มือเภสัชกรรมแผนไทย เล่ม 4 เครื่องยาธาตุวัตถุ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อัมรินทร์; 2546.

13. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2564. (2564, 20 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา หน้า 13 เล่มที่ 138 ตอนพิเศษ 165 ง.

14. โรงเรียนอายุรเวทธารัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดไทยแบบราชสำนัก) ตอนที่ 1 การนวดพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญ พี.เอส.เพรส; 2564.

15. โรงเรียนอายุรเวทธารัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดไทยแบบราชสำนัก) ตอนที่ 2 การนวดจุดสัญญาณ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญ พี.เอส.เพรส; 2559.

16. โรงเรียนอายุรเวทธารัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การแพทย์แผนไทยในคณะ

แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญ พี.เอส.เพรส; 2563.

17. สุภัทราพร โสดี, ไพลิน อ่อนโพธิ์อารีย์, ดอกไม้ วิวรรณมงคล, วิดี บุญเลี้ยง, เอี่ยมพร สุวรรณไตรย์. แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในห้วงคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย. เวชบัณฑิตศิริราช. 2565;15:172-80.

18. พัสนนธ์ คุ่มทวีพร, พุทธวรรณ ชูเชิด, และสุจิตรา สุทธิพงศ์. การเปรียบเทียบผลการปวดมดและการฟังเสียงปวดมดต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15:386-94.

19. ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข และจิตติารีย์ ดิษายภิรมย์. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2561;29:174-85.

20. รุจา แก้วเมืองฝาง, พริยา ศุภศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. ผลของการฝึกโยคะต่อการลดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. กรุงเทพฯ: วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560;27:73-84.

The Development of Thai Traditional Medicine for Inpatient Service at Rehabilitation Ward

Chanticha Darunsawat*, Wipavee Jongkoldee*, Nuttakan Karnlert*, Sutthada Buatkaew**, Thanapak Chaowpeerapong*, Supakij Suwannatrai*, Ueamphon Suwannatrai*, Kamontip Harnphadungkit***, Pravit Akarasereenont*

*Center of Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, **Senior Wellness Center, Chiang Mai University, Chiangmai, ***Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(2):164-172

ABSTRACT

Nowadays, Thai Traditional medicine has developed outpatient and inpatient care services with a multidisciplinary team. From the practical experience of applied Thai Traditional medicine, it was found that problems are caused by the following reasons; there are more complications and comorbidities than outpatient, no treatment guideline for certain groups of diseases or illnesses in inpatient group established in Thai Traditional medicine scriptures, and also problems in communication between professions. As a result, Thai traditional medicine services have unclear clinical practice guidelines. This may affect treatment effectiveness and patient safety. The Institute of Applied Thai Traditional Medicine has been working with the Department of Rehabilitation Medicine Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, at the Rehabilitation Ward. The goal is to provide holistic patient care with multidisciplinary care. Therefore, guidelines for providing Thai traditional medicine services have been developed with the following steps: first, knowledge management in Thai Traditional medicine and western medicine, second are the development of clinical practice guidelines, case record form, and operational procedures, third is pilot work with interdisciplinary professionals, fourth is skill training, and evaluation. The fifth is sustainable knowledge development, respectively. As a result of the guideline, it was found that Thai Traditional medicine services had standardized medical practices, efficient data recording, and operation form which is beneficial to the patient and has no incidence from treatment. Moreover, it helps to promote research and academic creation of Thai traditional medicine for empirical evidence and is a source of training and experience for applied Thai traditional medicine students, Thai Traditional medicine and applied Thai Traditional medicine doctors from hospitals in various networks, which can further be developed expand knowledge and can contribute to the development of the country's health system.

Keywords: Rehabilitation ward; Thai traditional medicine; interdisciplinary; knowledge management; development clinical practice guideline

Correspondence to: Thanapak Chaowpeerapong

Email: thanaphak.cha@mahidol.edu

Received: 6 December 2022

Revised: 1 February 2023

Accepted: 1 February 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i2.260269>

แนวทางการพัฒนางานบริการ ด้านการแพทย์แผนไทย ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ชัยทิตา ดรณสวัสดิ์*, วิภาวี จงกลดี*, ญัฐกานต์ ชารุเลิศ*, สุทธดา บุตรแก้ว**, ธนภักษ์ เขาวนพิระพงศ์*, ศุภกิจ สุวรรณไตรย์*, เอื้อมพร สุวรรณไตรย์*, กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ***, ประวิทย์ อัครเสรินนท์*

*สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร, **ศูนย์ส่งเสริมพหุพลังผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่, ***ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้พัฒนางานบริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในร่วมกับสหวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทยประยุกต์ในหอผู้ป่วยพบว่าปัญหาในการปฏิบัติงานเกิดจากสาเหตุ ดังนี้ มีภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมมากกว่าผู้ป่วยนอก โรคหรือภาวะความเจ็บป่วยบางกลุ่มในหอผู้ป่วยยังไม่มีแนวทางการรักษามาก่อนหรือไม่พบในคัมภีร์แพทย์แผนไทย นอกจากนี้พบปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพ ทำให้งานบริการการแพทย์แผนไทยมีแนวทางการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย จากการที่สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ร่วมงานกับภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยมีเป้าหมายดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมร่วมกับสหวิชาชีพ จึงพัฒนาแนวทางการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย มีขั้นตอนดังนี้ การจัดการองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน, การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและขั้นตอนการปฏิบัติงาน, การนำร่องปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพ, การจัดอบรมทักษะและประเมินผลของแพทย์แผนไทยประยุกต์ และการพัฒนาองค์ความรู้ให้ยั่งยืน ตามลำดับ ผลจากการดำเนินการพบว่า งานบริการแพทย์แผนไทยมีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีมาตรฐาน แบบบันทึกข้อมูลและการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและไม่เกิดอุบัติเหตุจากการรักษา นอกจากนี้ยังส่งเสริมการสร้างงานวิจัยวิชาการของการแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ รวมถึงศึกษาฐานของนักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ของโรงพยาบาลเครือข่าย สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ และร่วมพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศได้

คำสำคัญ: หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู; การแพทย์แผนไทย; สหวิชาชีพ; การจัดการองค์ความรู้; การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ

บทนำ

หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตั้งอยู่ที่อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 11 โรงพยาบาลศิริราช มีเตียงผู้ป่วยจำนวน 25 เตียง แบ่งเป็นเตียงสามัญ 20 เตียง ประกอบด้วย ชาย 10 เตียง หญิง 10 เตียง และห้องพิเศษ 5 เตียง จำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการ 21 รายต่อวัน และเฉลี่ย 180 - 200 รายต่อปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง และโรคที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นต้น และอาการที่พบส่วนใหญ่ คือ อาการอ่อนแรง ปวด หรือเกร็งส pastic โดยมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักนันทนาการบำบัด นักอรรถบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักกายอุปกรณ์ โดยก่อนหน้านี้นี้แพทย์แผนไทยประยุกต์มีโอกาสดูแลผู้ป่วยในผ่านการเขียนใบส่งปรึกษา (consultation request) ของแพทย์แผนปัจจุบันมาที่ คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ ศิริราช เพื่อ

พิจารณารับการรักษาดูแลตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย จากนั้นแพทย์แผนไทยประยุกต์ไปประเมินอาการผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยด้วยตนเอง เพื่อดูข้อบ่งชี้กลุ่มอาการหรือโรคที่สามารถให้การรักษารวมถึงข้อห้ามในการรักษา เช่น มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส บริเวณที่มีกระดูกแตก หัก ปริ้ว บริเวณที่ผ่าตัดมาในระยะเวลา 1 เดือน เป็นต้น และข้อควรระวังที่ต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน ข้อต่อหลวมหรือข้อเคลื่อน เป็นต้น¹ โดยสื่อสารกับแพทย์เจ้าของไข้ผ่านการตอบกลับใบใบส่งปรึกษาเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยมีลักษณะตรงกับข้อห้ามจะไม่ทำการรักษาและส่งกลับแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยจะช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนของเลือด น้ำเหลืองและระบบประสาทให้ทำงานดีขึ้น²⁻⁴ ให้ผลดีในเรื่องรักษาอาการปวด ตึง ลำตัวตามร่างกาย 5-8 และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่เกิดภาวะผิดปกติ^{1,9-11} ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 แพทย์แผนไทยประยุกต์มีโอกาสดำเนินงานร่วมกับภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีการตรวจเยี่ยมและประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แต่ระยะแรกของการปฏิบัติงานพบปัญหาเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงาน และองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษา ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ จากกระบวนการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (Root cause analysis: RCA)¹² โดยการอภิปรายปัญหาร่วมกันระหว่างอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 ท่าน อาจารย์แพทย์แผนไทยประยุกต์ 5 ท่าน และแพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้ปฏิบัติงาน 10 ท่าน พบสาเหตุของปัญหา ดังนี้

1. โรคหรือภาวะบางอย่างเป็นโรคอุบัติใหม่ หรือเป็นโรคหรือภาวะที่แพทย์แผนไทยประยุกต์ยังขาดประสบการณ์ในการรักษา หรือเป็นโรคที่ไม่ได้ปรากฏในคัมภีร์แพทย์แผนไทย และไม่มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลรักษา รวมถึงไม่ทราบข้อมูลในด้านข้อห้ามตลอดจนข้อควรระวังของแพทย์แผนปัจจุบันและสหวิชาชีพต่าง ๆ

2. องค์ความรู้ และประสบการณ์ของแพทย์แผนไทยประยุกต์ในการรักษาโรคเป็นความรู้ที่อยู่ภายในตัวบุคคล (Tacit knowledge) ซึ่งขาดการถ่ายทอด และการนำความรู้มาพัฒนาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

3. แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนไม่จำเพาะต่อโรค ทำให้ข้อมูลมีความหลากหลายซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้บันทึก ส่งผลให้ข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วนซึ่งส่งผลต่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับสหวิชาชีพ กับแพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงส่งผลต่อการเก็บข้อมูล และพัฒนาองค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

4. ขั้นตอนการปฏิบัติงานเดิมของแพทย์แผนไทยประยุกต์ส่วนมากเป็นการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนอก ทำให้ไม่ทราบถึงขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ส่งผลให้ไม่มีแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับหอผู้ป่วยในของแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่เป็นเอกสารชัดเจน

5. การสื่อสารระหว่างแพทย์แผนไทยประยุกต์ กับสหวิชาชีพขาดประสิทธิภาพ และช่องทางที่ใช้ในการสื่อสารไม่ชัดเจน และรูปแบบไม่เหมาะสม

6. ขาดความรู้ความเข้าใจในขอบข่ายความรู้ความสามารถ และศักยภาพของแต่ละวิชาชีพ

ซึ่งจากสาเหตุดังกล่าวแพทย์แผนไทยประยุกต์ได้พัฒนาแนวทางการให้บริการหอผู้ป่วยใน เพื่อสร้างงานบริการด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับหอผู้ป่วยในที่มีมาตรฐาน ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และเป็นแนวทางให้แก่โรงพยาบาลเครือข่ายอื่น ๆ ต่อไป

แนวทางการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทย ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู

แนวทางการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทยในหอผู้ป่วยนี้ เกิดจากการประยุกต์กระบวนการจัดการความรู้ และการพัฒนางานคุณภาพ โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ การจัดการองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและขั้นตอนการปฏิบัติงาน การนำร่องปฏิบัติงานร่วมกับภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู การจัดอบรมและประเมินแพทย์แผนไทยประยุกต์ และการพัฒนาองค์ความรู้ให้ยั่งยืน (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดงแนวทางในการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทย ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ที่มา: วาดโดย ชัญจิรา ดรณสวดี

ขั้นตอนที่ 1 การจัดการองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนปัจจุบัน (knowledge management)

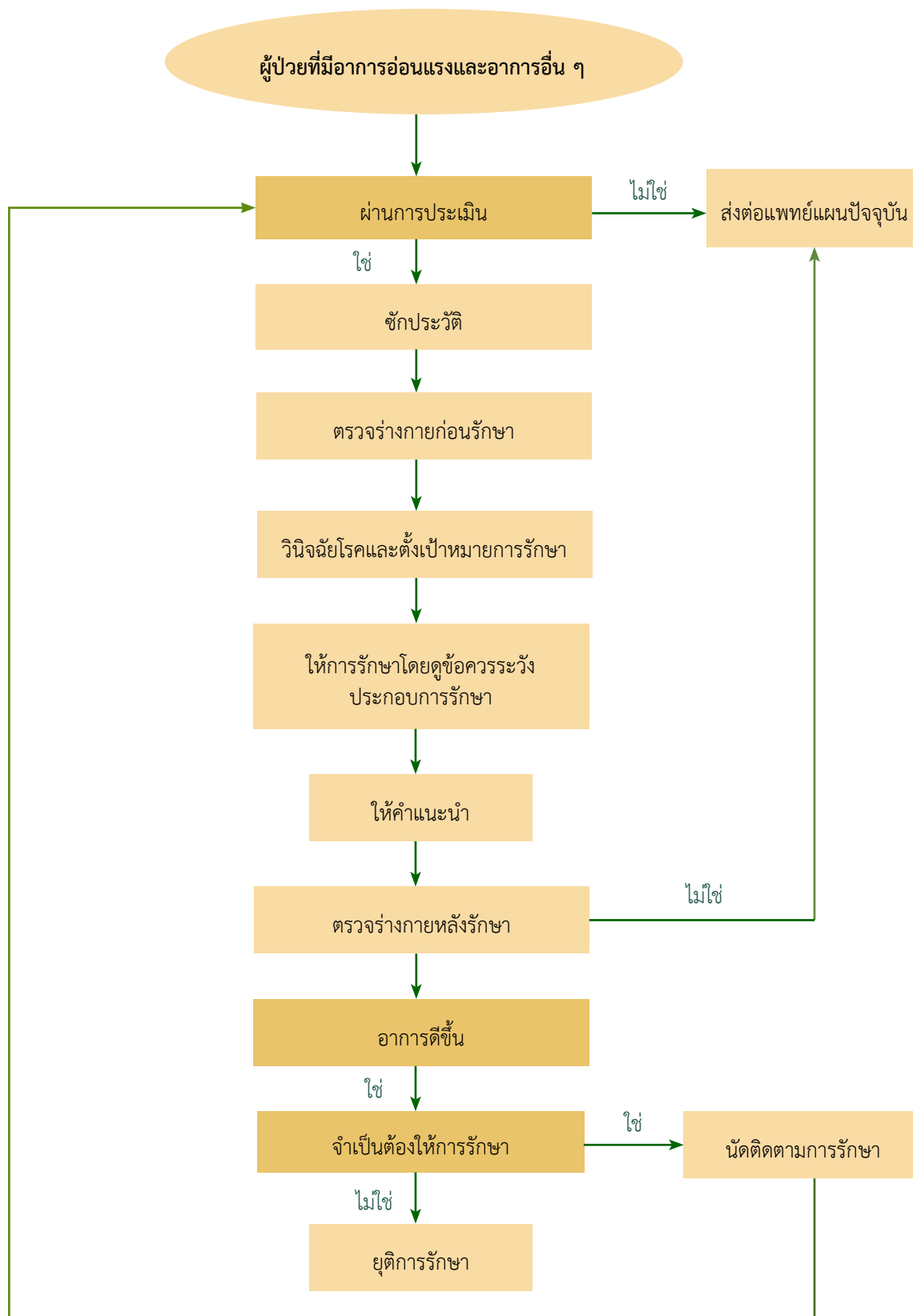
เนื่องจากองค์ความรู้ของศาสตร์แพทย์แผนไทยส่วนหนึ่งเป็นองค์ความรู้แบบไม่มีโครงสร้าง (Tacit Knowledge) คือไม่มีรูปแบบชัดเจน อาจได้มาจากประสบการณ์และความชำนาญเฉพาะบุคคล จึงควรเกิดกระบวนการจัดการเพื่อพัฒนาให้เป็นองค์ความรู้แบบมีโครงสร้าง (Explicit Knowledge) ที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหา ตัดสินใจ กำหนดนโยบายหรือกลยุทธ์ได้ และงานบริการด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับหอผู้ป่วยในเป็นประสบการณ์ใหม่ จึงมีความจำเป็นจะต้องจัดการองค์ความรู้เพื่อสร้างระบบจัดเก็บที่ดี ปรับปรุงการเข้าถึงให้สะดวกมากขึ้น ยกย่องสภาพแวดล้อมขององค์ความรู้ให้ดีขึ้น และสร้างให้เป็นทรัพย์สินทางปัญญาขององค์กร ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการทำงาน โดยสามารถจัดการแบ่งองค์ความรู้ออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ 1. องค์ความรู้จากการสืบค้นคัมภีร์แผนไทย เช่น คัมภีร์ชวตาร คัมภีร์แผนนวด ตำรายาแก้ลม ตำรายาต่างๆ 2. องค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย 3. องค์ความรู้จากงานวิจัยวิชาการต่าง ๆ^{2-11,13-14} 4. องค์ความรู้ของศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งหอผู้ป่วยแห่งนี้มักพบกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ที่มีอาการอ่อนแรง ปวด หรือเกร็งส pastic เป็นส่วนใหญ่ จึงรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคหรืออาการดังกล่าว เช่น ลักษณะอาการ วิธีการรักษา ตำรายาต่าง ๆ รวมทั้งคำนิยามของโรคอัมพฤกษ์-อัมพาตที่เป็นกรณีวิจัยโรคหลักทางการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรง เพื่อรวบรวมและจัดการองค์ความรู้มาพัฒนาเพื่อปรับใช้จริง ผลจากการทดลองปฏิบัติงานในระยะ 1 เดือนแรกพบปัญหาดังนี้ เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยของแพทย์แผนไทยประยุกต์ยังไม่ชัดเจนและอาจไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อแนวทางการรักษา ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัญหาด้านการสื่อสารขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการร่วมกันระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยประยุกต์ เช่น การใช้ศัพท์เฉพาะ เป็นต้น การบันทึกข้อมูลของแพทย์แผนไทยประยุกต์แต่ละคนมีความแตกต่างกันในบางส่วน ทำให้ข้อมูลขาดความครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อการติดตามการรักษาและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในอนาคต การบันทึกข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกเวชระเบียนแผนไทยใช้เวลานาน ทำให้แพทย์แผนไทยประยุกต์ต้องทำงานล่วงเวลาบ่อยครั้ง และจากการประเมินความพึงพอใจการใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยพบว่า ควรปรับปรุง

เมื่อกระบวนการจัดการองค์ความรู้เกิดประสิทธิภาพ จึงมีการจัดประชุมอบรมโครงการศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับการบริหารผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างภาควิชาเวชศาสตร์

ฟื้นฟู และสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีสาขาวิชาต่าง ๆ เข้าร่วม ดังนี้ 1. อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู อธิบายลักษณะอาการระยะของโรค การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการรักษามาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบัน 2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน อธิบายลักษณะการปฏิบัติงาน หน้าที่และวิธีการดูแลผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยแห่งนี้ 3. นักกายภาพบำบัด อธิบายหลักการและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการฝึกกายภาพบำบัด 4. อาจารย์และแพทย์แผนไทยประยุกต์ อธิบายหลักการและองค์ความรู้ทางศาสตร์การแพทย์แผนไทยสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรง รวมทั้งอาจารย์แพทย์แผนปัจจุบันและอาจารย์แพทย์แผนไทยประยุกต์มีการสาธิตการตรวจร่างกายร่วมกันในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองรายเดียวกัน เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งขั้นตอนการปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทยประยุกต์ในลำดับต่อไป โดยในขั้นตอนที่ 1 นี้ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และขั้นตอนการปฏิบัติงาน (development clinical practice guideline and case record form)

หลังจากจัดการองค์ความรู้ในขั้นตอนที่ 1 แล้วจึงนำมาสู่การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติซึ่งพัฒนาขึ้นภายใต้หลักสำคัญคือ มีเป้าหมายหลักอยู่ที่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับประโยชน์สูงสุด ส่งเสริมการทำงานของสหวิชาชีพ ลดโอกาสเกิดความผิดพลาดในการทำงาน ที่สำคัญคือตัวชี้วัดคุณภาพดีขึ้น เช่น อัตราการตาย ความพิการ อุบัติการณ์ลดลง ในขณะที่คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น^{8,9} ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 ท่าน อาจารย์แพทย์แผนไทยประยุกต์ 9 ท่านที่มีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงแมกกว่า 10 ปี และแพทย์แผนไทยประยุกต์ 5 ท่าน มาร่วมจัดทำโดยคำนึงถึงข้อห้ามข้อควรระวังในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยในมีความเสี่ยงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย จึงสร้างเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อความปลอดภัยและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา พัฒนาแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรูปแบบใหม่ เพื่อการบันทึกข้อมูลที่มีคุณภาพ เพิ่มความสะดวกในการใช้งาน เป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการปรับขั้นตอนการปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยแห่งนี้ให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้ระยะเวลาในการพัฒนางาน 2 เดือน (ภาพที่ 2-3)



แผนภาพที่ 2 แสดงแนวทางเวชปฏิบัติการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงและอาการอื่น ๆ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ณ หอผู้ป่วย เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ที่มา: วาดโดย ชัญธิชา ดรณสวัสต์

จากแผนภาพที่ 2 เป็นแนวทางเวชปฏิบัติการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงหรืออาการอื่น ๆ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและแพทย์แผนไทยประยุกต์ร่วมประเมินเพื่อพิจารณาให้ผู้ป่วยรับการดูแลรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินดังภาพที่ 3 ซึ่งเป็นข้อห้ามในการรักษา

หากไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินดังกล่าว เช่น ความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด, ค่า International Normalized Ratio (INR) เกิน 3 เป็นต้น ต้องส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อปรึกษาและปรับวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย จากนั้นแพทย์แผนไทย

ประยุกต์ จึงซักประวัติและตรวจร่างกายทางแผนไทยก่อนรักษา เพื่อวินิจฉัยแยกโรคและและตรวจร่างกายทางแผนไทยก่อนรักษา เพื่อวินิจฉัยแยกโรคและตั้งเป้าหมายการรักษา ให้การรักษาตาม ศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมโดยดูข้อควรระวังประกอบ เสมอ เช่น ผู้ป่วยผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุน ต้องระมัดระวังการนวดให้ นุ่มนวล, ข้อต่อหลวมและข้อเคลื่อน ระวังการเขยื้อน หรือการงอ ข้อต่อที่มีปัญหา เป็นต้น1 มีการให้คำแนะนำและตรวจร่างกายหลัง รักษาเพื่อประเมินผลการรักษา หากผู้ป่วยอาการดีขึ้นประเมินว่า จำเป็นต้องให้การรักษาต่อเนื่องหรือสามารถยุติการรักษาได้ หาก อาการไม่ดีขึ้นให้ส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน โดยข้อมูลการรักษาจะ ถูกบันทึกลงแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้ง (ภาพที่ 4)

เกณฑ์การประเมิน

☐ ลักษณะทั่วไป.....

☐ Glasgow Coma Score E.....V.....M..... (11-15)

☐ Temp.....°C (36.0 °C – 38.5 °C) ☐ RR.....t/min (12 – 24 ต่อนาที)

☐ PR.....t/min (50 – 120 t/min หรือตามที่แพทย์กำหนด) ลักษณะ.....

☐ BP.....mmHg (90/60 – 160/100 mmHg)

☐ Lesion.....

☐ โรคติดต่อทางผิวหนัง บริเวณ.....

☐ ค่า INR.....(ไม่เกิน 3) ☐ ค่าPLT.....(>50,000)

☐ มีกระดูกแตกหัก ร้าวบริเวณ.....

☐ บริเวณที่ผ่าตัด.....ระยะเวลา.....(>1เดือน)

ภาพที่ 3 แสดงเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยสำหรับการดูแลรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
ที่มา: วาดโดย ชัญธิชา ดรณสวัสดิ์

[illegible]

ภาพที่ 4 แบบบันทึกการบริบาลผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงและอาการอื่นๆ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู
ที่มา: วาดโดย ชัญธิชา ทรณสวัสดิ์

ขั้นตอนที่ 3 นำร่องปฏิบัติงานร่วมกับภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู (pilot operation)

เมื่อพัฒนางานต่าง ๆ ในขั้นตอนที่ 2 แล้วจึงนำไปทดลอง นำร่องปฏิบัติจริงเป็นระยะเวลา 2 เดือน ปกติแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู มีการแบ่งสายการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยออกเป็น 5 สาย แต่ ทีมนำร่องแพทย์แผนไทยประยุกต์ร่วมตรวจเยี่ยมเพียง 2 สาย แต่ละสายประกอบด้วย อาจารย์แพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้เชี่ยวชาญด้าน เวชกรรมแผนไทยหรือหัตถเวชกรรมแผนไทย 1 คน และแพทย์แผนไทยประยุกต์จำนวน 2 คน ขณะตรวจเยี่ยมจะประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยนำเกณฑ์การประเมินผู้ป่วย แนวทางเวชปฏิบัติ และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง ขณะปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อนำปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่รวบรวมจากแพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้ปฏิบัติงานมาพัฒนาปรับปรุงโดยการปรับแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้กระชับมากขึ้น เช่น ตัดส่วนที่ไม่จำเป็นออก และเพิ่มเติมช่องให้เลือกแทนการเขียนเพื่อลดระยะเวลาในการบันทึก เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 จัดอบรมทักษะ และประเมินผลแพทย์แผนไทยประยุกต์ (training and evaluation)

หลังจากทีมนำร่องพัฒนาระบบงานจนเกิดมาตรฐาน จึงดำเนินการจัดโครงการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงและอาการอื่น ๆ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ให้แก่แพทย์แผนไทยประยุกต์ท่านอื่น ๆ และประเมินเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และช่วยเพิ่มกำลังคนทำให้อาการที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในการอบรมแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดดังนี้ อธิบายแผนผังของสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้ทราบถึงตำแหน่งของเอกสารและอุปกรณ์ที่ต้องใช้ รวมทั้งห้องฝึกกิจกรรมต่าง ๆ อธิบายทฤษฎีองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคที่พบบ่อย เช่น โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในสมอง เป็นต้น เพื่อเป็นการเพิ่มพูนและทบทวนความรู้ก่อนปฏิบัติงาน ทบทวนทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการที่พบบ่อยคือ อาการอ่อนแรง ปวด และเกร็งส pastic การวินิจฉัยแยกโรคทางการแพทย์แผนไทย รวมถึงวิธีการดูแลรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพื่อทบทวนองค์ความรู้, ชี้แจงขั้นตอนการปฏิบัติงาน เช่น แนวทางเวชปฏิบัติ เกณฑ์การประเมิน แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ขั้นตอนการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การส่งการรักษา และวิธีการรักษา เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง และเกิดความคล่องแคล่ว ทบทวนพร้อมสาธิตการตรวจร่างกายทางการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงซึ่งเป็นอาการหลักที่พบบ่อยที่สุดในหอผู้ป่วยนี้ รวมทั้งให้ผู้เข้าร่วมอบรมทดลองปฏิบัติจริง และประเมินผลการอบรมของผู้เข้าร่วมผ่านการทดสอบความรู้ในรูปแบบปรนัย อัตนัย และภาคปฏิบัติ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ ผลรวมคะแนนจะต้องมากกว่า

หรือเท่ากับร้อยละ 80 ของผลรวมคะแนนทั้งหมด จึงจะสามารถปฏิบัติงานจริงที่หอผู้ป่วยแห่งนี้ได้

สำหรับแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ผ่านการประเมินจะทดลองปฏิบัติงานร่วมกับทีมนำร่องในเดือนถัดไป ซึ่งทีมนำร่องจะประเมินระหว่างปฏิบัติงานหลังจากปฏิบัติงานนาน 2 สัปดาห์ เพื่อพิจารณาความสามารถและผลการปฏิบัติงานรวมทั้งความจำเป็นในการฝึกอบรมเพิ่มเติม นอกจากนี้ทางทีมนำร่องวางแผนยังจัดอบรมเพื่อทบทวนการบริหารผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู สำหรับหอผู้ป่วยนี้เป็นประจำทุกปี เพื่อพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทยประยุกต์ให้มีประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ

ขั้นตอนที่ 5 การพัฒนาองค์ความรู้ให้ยั่งยืน (routine to research)

จากกระบวนการพัฒนางานบริการนำมาสู่การพัฒนาองค์ความรู้ให้ยั่งยืน ผ่านกระบวนการ routine to research เป็นการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคน พัฒนางาน และขับเคลื่อนองค์กร โดยการนำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในหอผู้ป่วยนี้มาวิเคราะห์และสร้างสรรค์ผลงานวิชาการต่าง ๆ เพื่อสืบทอดองค์ความรู้เดิมและสร้างองค์ความรู้ใหม่ทางด้านการแพทย์แผนไทย นำไปสู่การยืนยันและพิสูจน์ว่าศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้การบริการผู้ป่วยในกลุ่มใดได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ และสามารถเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะช่วยสนับสนุนผลการรักษาในอนาคตได้อีกทั้งมีการนำประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาสังเคราะห์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนางานบริการ งานการศึกษา และงานวิจัยวิชาการด้านการแพทย์แผนไทยของประเทศได้ในอนาคต

ผลของการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทย ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ ศิริราชร่วมงานกับสหวิชาชีพในหอผู้ป่วยแห่งนี้ เป็นระยะเวลา 4 ปี และต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน มีแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ผ่านการอบรมไปปฏิบัติงานทั้งหมด 67 คน ถึงแม้ระยะแรกพบปัญหาหลักคือ การสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพไม่มีประสิทธิภาพ หรือข้อจำกัดอย่างเรื่ององค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ได้จากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญหรือคัมภีร์ เนื่องจากยังมีงานวิจัยรองรับไม่มากนัก แต่ผลจากการพัฒนางานบริการพบว่า จากสถิติรายงานจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 153 ราย หลังจากได้รับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับสหวิชาชีพอื่น ๆ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 86.5 จากทั้งหมด โดยวัดผลจากการตรวจร่างกายก่อนรักษาครั้งแรกและครั้งสุดท้ายเปรียบเทียบกับกัน เช่น ระดับความปวดหรืออาการเกร็งส pasticของกล้ามเนื้อที่ลดลง กำลังของกล้ามเนื้อที่มากขึ้น เป็นต้น และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษา รวมทั้งไม่พบอุบัติ

การที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีการนำข้อมูลมาพัฒนางานวิจัยวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยมีผลงานที่ได้รับรางวัล ดังนี้ รางวัลดีเด่น ประเภท poster presentation จากงาน Mahidol Quality Fair 2020 ของมหาวิทยาลัยมหิดล และรางวัลโครงการติดตาม ประเภทหน่วยงาน จากงาน Quality Fair 2021 ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จากหัวข้อเรื่อง “แบบบันทึกการบริหารผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงและอื่น ๆ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ณ หอผู้ป่วยใน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 11” และผลงานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ เช่น รายงานกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์ร่วมกับการรักษาฟื้นฟูมาตรฐาน¹⁰ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาเอกสารคุณภาพ เช่น ระเบียบปฏิบัติงาน (work instruction) ระเบียบปฏิบัติ (system procedure) เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพและเป็นมาตรฐาน

เดียวกัน อีกทั้งยังเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ของนักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์ นักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาต่าง ๆ ที่ได้ศึกษาเรียนรู้และเข้าใจถึงบทบาทของแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อสามารถนำไปพัฒนาต่อยอด ขยายองค์ความรู้ของศาสตร์การแพทย์แผนไทยในอนาคต

สรุป

การพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทย ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช ทำให้งานบริการด้านการแพทย์แผนไทยมีมาตรฐานมากขึ้น ช่วยส่งเสริมทั้งด้านงานบริการ งานการศึกษา งานคุณภาพ และงานวิชาการ เกิดแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจน มีความปลอดภัยและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย รวมทั้งสามารถนำข้อมูลไปพัฒนาต่อยอดเพื่อสร้าง

ตารางที่ 1 แสดงหัวข้อ ตัวชี้วัด และผลการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนางานบริการด้านการแพทย์แผนไทย ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ปี พ.ศ. 2561 - 2565

หัวข้อ	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
1. การเกิดอุบัติเหตุ	0 ครั้ง	0 ครั้ง
2. ประสิทธิภาพของการรักษา	ร้อยละ 80	ร้อยละ 86.5
3. ระดับความพึงพอใจ	ร้อยละ 80 ของระดับพึงพอใจมาก-มากที่สุด (คะแนน 4-5)	ร้อยละ 95
4. จำนวนแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ผ่านการอบรม	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
5. การเป็นแหล่งศึกษาดูงาน/แหล่งฝึกปฏิบัติงาน	2 สถาบันต่อปี	ปัจจุบันเป็นแหล่งศึกษาดูงาน และฝึกปฏิบัติในรายวิชา ศรพท 451 ฝึกปฏิบัติหัตถเวชกรรมแผนไทย, ศรพท 452 ประสบการณ์หัตถเวชกรรมแผนไทย, ศรพท 484 ประสบการณ์คัดสรรทางหัตถเวชกรรมแผนไทย และรายวิชาของแพทย์ประจำบ้านต่อยอดในด้านการระงับปวด และมีการศึกษาดูงานของ นักศึกษาต่างชาติ เช่น Kyung Hee University จากประเทศเกาหลี
6. ผลงานทางวิชาการ และรางวัลต่าง ๆ หรือกิจกรรมทางวิชาการ	1 ชิ้น/2 ปี	ปัจจุบันมีการตีพิมพ์งานวิจัยในวารสารเวชบันทึกศิริราช 17 ในปี 2565, รางวัล Mahidol Quality Fair ปี 2563, รางวัลโครงการติดตาม ปี 2564, กิจกรรม KM ร่วมกับโรงพยาบาลหัวเฉียว ปี 2565 และในปัจจุบันกำลังดำเนินการทำงานวิจัย และ Siriraj Clinical Tracer Plus (SiCT Plus)

หลักฐานเชิงประจักษ์ จึงคาดหวังว่าบทความนี้จะเป็นประโยชน์ต่อสถานพยาบาลอื่น ๆ โดยข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้คือ ควรมีการสื่อสารและวางแผนระหว่างสหวิชาชีพให้ชัดเจนเพื่อการบริการผู้ป่วยร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยยกระดับมาตรฐานการรักษา ร่วมกันสืบทอดองค์ความรู้ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน และพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศสู่ระดับสากล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้จัดทำขอขอบพระคุณสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์และภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่เห็นความสำคัญและให้โอกาสแพทย์แผนไทยประยุกต์ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยในร่วมกับสหวิชาชีพ ณ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 11 โรงพยาบาลศิริราช

เอกสารอ้างอิง

1. มุลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯและโรงเรียนอายุรเวธธำรง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดไทยแบบราชสำนัก) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2: การนวดพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: ศุภนิขการพิมพ์; 2554.
2. จิตต์สกุล ศกุนะสิงห์. ประสิทธิภาพของการนวดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชา. วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม. 2555;19(1):36-43.
3. Plakornkul V, Vannabhum M, Viravud Y, Roongruangchai J, Mutirangura P, Akarasereenont P, et al. The effects of the court-type Thai traditional massage on anatomical relations, blood flow, and skin temperature of the neck, shoulder, and arm. BMC complementary and alternative medicine. 2016;16(1):363.
4. Viravud Y, Apichartvorakit A, Mutirangura P, Plakornkul V, Roongruangchai J, Vannabhum M, et al. The anatomical study of the major signal points of the court-type Thai traditional massage on legs and their effects on blood flow and skin temperature. Journal of integrative medicine. 2017;15(2):142-50.
5. Damapong P., Damapong P., Eungpinichpong W., Kanchanachan N., Putthapitak P. A randomized controlled trial on the effectiveness of court-type traditional Thai massage versus amitriptyline in patients with chronic tension-type headache. eCAM. 2015;2015:930175.
6. สร้อยศรี เอี่ยมพรชัย และคณะ. การนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับการประคบด้วยสมุนไพร: ประสิทธิภาพในการลดอาการปวดหลังระยะหลังคลอด. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2552;7(2):181-188.
7. Juntakarn C, Prasarithra T, Petrakard P. The effectiveness of Thai massage and joint mobilization. Int J Ther Massage Bodywork. 2017;10(2):3-8.
8. ชนะวงศ์ หงษ์สุวรรณ, วิชัย อึ้งพิณพงศ์ และอุไรวรรณ ชวัลลภ. ผลของการนวดไทยประยุกต์ต่อการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายของนักศึกษา: การศึกษานำร่อง. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 2557; 26(2):197.
9. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร: บริษัท สามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ) จำกัด; 2559.
10. สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน 2554. กรุงเทพฯ: ศุภนิขการพิมพ์; 2554.
11. สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน 2555. กรุงเทพฯ: ศุภนิขการพิมพ์; 2555.
12. การวิเคราะห์หาสาเหตุราก [Internet]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_qd/admin/news_files/49_72_1.pdf.
13. จิรายุ ชาติสุวรรณ, พระระวี เพียรผดุงรัชต์, อรุณพร อัฐรัตน์, ณภัทร พานิชการ. เปรียบเทียบประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทยต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ. ธรรมชาติเวชสาร. 2560;3:356-64.
14. Thanitta Thanakiatpinyo, Supakij Suwannatrat, Ueapphon Suwannatrat, Phanitanong Khumkaew, Dokmai W Wattamonkol, Manmas Vannabhum, et al. The efficacy of traditional Thai massage in decreasing spasticity for elderly stroke patients. Clinical Interventions in Aging. 2014;9:1311-9.
15. หลักการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ของ รวท. พ.ศ. 2559 [Internet]. 2016. Available from: <https://www.thaipediatrics.org/?p=696>.
16. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. วารสารสภาการพยาบาล. 2548;20(2):63-76.
17. วิภาวี จงกลดี, ชัญธิชา ธรรมสวัสดิ์, ธนภัทร์ เขาวนพิระพงศ์, ศุภกิจ สุวรรณไตรย์, กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, ประวิทย์ อัครเสรินทร์. รายงานกลุ่มผู้ป่วย เรื่อง การศึกษาผลของการนวดไทยแบบราชสำนัก และประคบสมุนไพรร่วมกับการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. เวชบันทึกศิริราช. 2565;15(1):5-11.

The Theme of Gamification to Develop Teaching in the Introduction to Applied Thai Traditional Medicine Subjects For 1st Year Applied Thai Traditional Medical Students

Onnicha Tachaviriya*, Saranyatorn Lertphadungkit*, Angkana Apichartworokij*, Phra Panot Gunavaddho (Isarasakul)**, Pravit Akarasereenont*

*Center of Applied Thai Traditional Medicine Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok,

**Wat Nyanavesakavan, Nakhon Pathom, Thailand

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(2):173-180

ABSTRACT

“Medical and life” in the introduction to applied Thai traditional medicine (SITT 165) provides to 1st year of applied Thai traditional medical students, faculty of medicine Siriraj hospital, Mahidol university. This topic aims for students to realize the value of education, the target of life, life development, and develop happiness. In the former, this topic was almost taught by lectures. The assessment result on the academic year 2017-2019, although the students said that it was useful, but some people were bored, did not participate in learning and wanted to reduce teaching time. In the academic year 2020, the instructor team revised the teaching method and applied gamification to design and motivate learning by using the ADDIE Model framework, which comprises student, goal, and problem of teaching and learning analysis, design activities, lesson plan, assessment, and game development. Students learned from the simulation situation and game conditions through the focus group for reflection. Two years ago, the satisfaction score with this topic was excellent (4.5 from 5). Satisfaction with the teaching method and activity increased. Students reflected that they were fun, exciting, and energetic. They learned new things, exchanged ideas, got inspired, etc. This result showed that the gamification concept has been use of in learning design, and can stimulate student learning well, and likely reduce student that no participation and boredom as observed in the classroom. Moreover, the idea of the game can adapt and apply to holding activities at the department and societal level to develop holistic humans, especially in the target and value of improving their lifestyle.

Keywords: Gamification; active learning; online teaching; life skill

Correspondence to: Saranyatorn Lertphadungkit

Email: saranyatorn.ler@mahidol.edu

Received: 13 December 2022

Revised: 1 February 2023

Accepted: 14 February 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i2.260346>

แนวคิด Gamification สู่การพัฒนาการเรียนการสอนวิชาบทนำการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หัวข้อการแพทย์กับชีวิต สำหรับนักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์ชั้นปีที่ 1

อรณิชา เทชวิริยะ*, ศรัณยธร เลิศผดุงกิจ*, อังคณา อภิชาติวรภกิจ*, พระปณต คุณวาทโธ (อิสรสกุล)**, ประวิทย์ อัครเสริณนัท*

*สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร, **วัดญาณเวศกวัน นครปฐม

บทคัดย่อ

หัวข้อ “การแพทย์กับชีวิต” ในวิชาบทนำการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (ศรพท 165) จัดสำหรับนักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์ชั้นปีที่ 1 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล มีจุดประสงค์ให้ผู้เรียนตระหนักคุณค่าของการศึกษา การตั้งเป้าหมาย การพัฒนาชีวิตและการพัฒนาความสุข เดิมหัวข้อนี้สอนด้วยวิธีการบรรยายเป็นหลัก จากผลการประเมินในปีการศึกษา 2560-2562 ถึงแม้ผู้เรียนจะบอกว่าได้ประโยชน์แต่ก็มีบางส่วนที่รู้สึกเบื่อ ไม่มีส่วนร่วมในการเรียน อยากให้ลดเวลาสอน ปีการศึกษา 2563 ทีมผู้สอนจึงทบทวนรูปแบบการเรียนการสอนและนำแนวคิด Gamification มาใช้ออกแบบและกระตุ้นการเรียนรู้ผ่านเกม โดยใช้กรอบแนวคิด ADDIE Model ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ผู้เรียน เป้าหมายและปัญหาการจัดการเรียนการสอน การออกแบบกิจกรรม แผนการสอน การประเมินผล และการพัฒนาตัวเกม โดยให้ผู้เรียนเรียนรู้จากสถานการณ์ที่สร้างขึ้นตามเงื่อนไขของเกม และชวนพิจารณา ไตร่ตรอง ผ่านกระบวนการกลุ่มย่อย ผลการประเมินใน 2 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (4.5 จาก 5) มีความพึงพอใจรูปแบบและลักษณะกิจกรรมเพิ่มขึ้น ผู้เรียนสะท้อนคิดว่ารู้สึกสนุก ตื่นเต้น มีพลัง ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีแรงบันดาลใจ แสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิด Gamification มาใช้ในการออกแบบการเรียนรู้อาจกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ดี และน่าจะลดความไม่มีส่วนร่วมและความเบื่อของผู้เรียนได้ ดังที่สังเกตได้ในห้องเรียน นอกจากนี้แนวคิดของเกมนำไปปรับใช้และพัฒนาต่อในการจัดกิจกรรมระดับหน่วยงานและสังคม เพื่อการพัฒนามนุษย์แบบองค์รวม โดยเฉพาะเรื่องเป้าหมายและคุณค่าในการพัฒนาชีวิต

คำสำคัญ: เกมมิฟิเคชัน; การจัดการเรียนรู้เชิงรุก; สอนออนไลน์; ทักษะชีวิต

บทนำ

หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต เป็นหลักสูตร 4 ปี ภายใต้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อสร้างบัณฑิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีความรู้ ความสามารถ และเจตคติในการบริหารสุขภาพด้านศาสตร์การแพทย์แผนไทย พัฒนาวิชาชีพให้ยั่งยืนในระบบสาธารณสุข และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 นอกจากการเรียนร่วมกับคณะอื่น ๆ ตามที่มหาวิทยาลัยจัดการเรียนการสอนแล้ว หลักสูตรได้จัดการเรียนการสอนรายวิชาศรพท 165 บทนำการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อเตรียมความพร้อมในการศึกษาในหลักสูตร ทั้งด้านการเตรียมความพร้อมของวิชาชีพในการเรียน และแนวทางการศึกษาข้อมูล แต่สิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้คือ การเตรียมความพร้อมของวิชาชีพ เพื่อให้ตระหนักในคุณค่าของการดำเนินชีวิต การพัฒนาตนเองและการสร้างสุขภาวะให้ตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พระ

พรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตโต)¹ กล่าวว่า การพัฒนามนุษย์ให้สมบูรณ์ต้องมีครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การพัฒนากาย (ความสัมพันธ์ทางกาย) การพัฒนาศีล (ความสัมพันธ์ทางสังคม) การพัฒนาจิตใจ (คุณธรรม ความมั่นคง ความสุข) และการพัฒนาปัญญา (ความรู้-คิดเข้าใจ หยั่งเห็น) ซึ่งในระดับสากลจะกล่าวถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต (life skills)² ด้วยเช่นกัน ดังนั้นหัวข้อ “การแพทย์กับชีวิต” เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนเพื่อสนับสนุนสาระนี้ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2559 โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนตระหนักคุณค่าของการศึกษา การตั้งเป้าหมาย การพัฒนาชีวิตและการพัฒนาความสุข โดยสอนแบบบรรยาย และทำกิจกรรมตัวอย่างเพื่อชวนพิจารณา ทักษะชีวิต การตั้งเป้าหมายชีวิต การสื่อสาร การจัดการอารมณ์ การพิจารณาคุณค่าของชีวิตจากบุคคลต้นแบบและความสำเร็จในการพัฒนาชีวิต แต่ละปีทีมผู้สอนจะลดการบรรยายและเพิ่มกิจกรรมเพื่อปฏิบัติและถอดบทเรียนการเรียนรู้ดังกล่าว ผลการประเมินใน

ช่วงปีการศึกษา 2560-2562 ถึงแม้ผู้เรียนจะบอกว่าได้ประโยชน์ แต่ก็มีส่วนที่รู้สึกเบื่อ ไม่มีส่วนร่วมในการเรียน อยากให้ลดเวลา การสอน อยากให้มีกิจกรรมเพิ่มความสนุก แต่ด้วยสถานการณ์การ แพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้กิจกรรมที่วางแผนไว้ต้องปรับเปลี่ยน เป็นออนไลน์ จึงเป็นโอกาสให้ทีมผู้สอนทบทวนคั่นหาอุปสรรคที่ สามารถทำร่วมกันแบบออนไลน์ได้ แต่ยังคงใช้จุดประสงค์การศึกษา เดิมเพื่อให้ผู้เรียนได้ตระหนักถึงศักยภาพผู้เรียน และการเตรียมความ พร้อมในการเรียน การดำเนินชีวิต เพื่อการพัฒนาชีวิตของตนเอง ตลอดชีวิต (life long learning)

Gamification เป็นการนำรูปแบบและแนวคิดของ การเล่นเกมมาใช้เพื่อสร้างความสนใจและกระตุ้นให้เกิดการมี ส่วนร่วม แต่ไม่ใช้การเล่นเกมเพื่อความมันและสนุก เทคนิคจาก gamification ในบริบทห้องเรียนคือการใช้ motivation ของผู้ เรียนเพื่อให้เขาเปลี่ยนพฤติกรรมการเรียนรู้ของตัวเอง จากงาน วิจัยของเบญจกัศ จงหมื่นไวย³ กล่าวว่า เกมเพื่อการศึกษามีส่วน ช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน มีอิทธิพลโดยตรงต่อ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน และที่สำคัญเป็นเครื่องมือ ช่วยสร้างแรงจูงใจและความสนใจในการเรียนของผู้เรียนเป็น อย่างดี ทางทีมผู้สอนจึงนำแนวคิดของ Gamification มาใช้ เป็นส่วนหนึ่งในการออกแบบการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาการเรียน บรรยายที่น่าเบื่อ ให้มีความสนุกและน่าสนใจมากขึ้น

แนวทางการพัฒนาการเรียนการสอน

ทีมผู้สอนได้นำกรอบแนวคิดของขั้นตอนในการผลิตสื่อ การเรียนการสอนตามรูปแบบ ADDIE Model⁴ มาประยุกต์ใช้ในการ พัฒนาการเรียนการสอน ให้มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การวิเคราะห์ (analysis)

ขั้นตอนการวิเคราะห์ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการ ผลิตสื่อการเรียนการสอน โดยสิ่งที่พิจารณาในขั้นตอนนี้ได้แก่

1.1. ผู้เรียน คือ นักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์ชั้นปีที่ 1 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นกลุ่ม คน Generation Z ที่เติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยีและสื่อ social media สามารถใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารและรวบรวมข้อมูลต่างๆ ได้เป็นอย่างดี^{5,6}

1.2. เป้าหมายของการเรียนการสอน คือ การเตรียมความ พร้อมในการศึกษาเล่าเรียน ได้ตระหนักถึงความหมายของชีวิต คุณค่าของการศึกษา เป้าหมายของการเรียน การพัฒนาชีวิต และ บอกแนวทางการพัฒนาความสุขในการดำเนินชีวิตได้ โดยหลังสิ้น สุดการเรียนการสอนในหัวข้อนี้ นักศึกษาควรจะต้องตอบได้ว่า ชีวิต คืออะไร ความสุขคืออะไร เป้าหมายในการเรียน การทำงานของผู้ เรียนแต่ละคนเป็นอย่างไร จากเป้าหมายดังกล่าวผู้เรียนมีแนวทาง ในการพัฒนาตนเองและเตรียมตัวในการเรียนอย่างไร

1.3. การวิเคราะห์ปัญหาในการจัดการเรียนการสอน จาก ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนในช่วงปีการศึกษา 2560- 2562 ซึ่งใช้วิธีการสอนด้วยการบรรยายเป็นหลักและทำกิจกรรม พบ ว่าผู้เรียนรู้สึกเบื่อเนื่องจากมีการบรรยายนาน อยากให้มีกิจกรรมเพิ่ม ความสนุก แสดงให้เห็นว่าผู้เรียนไม่ชอบการสอนด้วยวิธีการบรรยาย เป็นเวลานาน และต้องการรูปแบบการสอนหรือกิจกรรมที่มีการ กระตุ้นการเรียนรู้ตลอดเวลาจึงต้องหาวิธีการสอนที่ดึงดูดความสนใจ กระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ การจัดกลุ่มผู้เรียนและเวลาให้เหมาะ สมกับกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 : การออกแบบ (design)

การออกแบบการเรียนการสอนหัวข้อ “การแพทย์กับชีวิต” มีขั้นตอนดังนี้

2.1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ จากการ วิเคราะห์เป้าหมาย สามารถกำหนดจุดประสงค์ของหัวข้อได้ดังนี้ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถ

- 1) อธิบายความหมายของชีวิตตนเองและผู้อื่น
- 2) อธิบายความหมายของหมอ
- 3) วิเคราะห์คุณค่าของการศึกษา
- 4) วิเคราะห์เป้าหมายของ “การเรียน ” และ “การทำงาน”
- 5) ตระหนักถึงแนวทางการพัฒนาชีวิตตลอดชีวิต (life long learning)

โดยการสอนในหัวข้อนี้ผู้สอนต้องการสอนด้านเจตคติ ซึ่ง เป็นเรื่องยากต้องมีการสอนที่ต่อเนื่องและมีปัจจัยสนับสนุนจากรอบ ข้าง ซึ่งจุดประสงค์การสอนเจตคติดังตั้ง การรับรู้ ตอบสนอง ให้ คุณค่า สร้างระบบค่านิยมและมีระบบค่านิยมนั้นภายในตนเอง ดัง นั้นการสร้างปัจจัยทางการเรียนรู้ จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่ต้องให้ผู้เรียน ได้รู้ เห็น และพิจารณาไตร่ตรองสิ่งเหล่านั้นเพื่อให้ยังลึกในจิตใจมี แนวทางในการพัฒนาตนเองเพื่อการศึกษาวิชาชีพต่าง ๆ ทาง การแพทย์แผนไทย

2.2 การออกแบบกิจกรรม จากผลการประเมินความพึง พ้อใจของผู้เรียนที่ไม่ชอบการเรียนแบบบรรยายนาน ๆ และอยาก ให้มีกิจกรรมเพิ่มความสนุก ทีมผู้สอนจึงเลือกรูปแบบกิจกรรมที่ กระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนจากภายในสู่การรับรู้ให้มากที่สุด โดย ใช้หลักการจัดการเรียนรู้เชิงรุก (active learning)⁷ ซึ่งเป็นรูปแบบ การเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ (learn- er-centered) และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม นอกจากนี้ ยังเลือกใช้แนวคิด Gamification ซึ่งเป็นการประยุกต์หลักการของ เกมกับกระบวนการการเรียนรู้เข้าด้วยกันเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการ เรียนรู้ กระตุ้นการเรียนรู้ผู้เรียนให้ “เรียนให้สนุก ได้สาระ” โดยนำ เนื้อหาที่ไม่ใช่เกมมาสร้างเป็นเกม ซึ่งสามารถ ช่วยส่งเสริม active learning ของผู้เรียน ตัวเกมจะสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ ปรับ พฤติกรรม และการแก้ไขปัญหา ช่วยให้ผู้เรียน บรรลุผลการเรียนรู้ ที่คาดหวังได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸ รูปแบบของเกมที่จะนำมาใช้ ได้แก่

2.2.1 เกมการจำลองสถานการณ์ โดยมีสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ผู้เรียนได้เลือก ได้ตัดสินใจเพื่อเป้าหมายที่ตนเองได้ตั้งไว้ภายใต้เงื่อนไขหรือข้อจำกัดต่าง ๆ

2.2.2 เกมภารกิจ โดยมีภารกิจประมาณ 10 ภารกิจให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แต่ละภารกิจเพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนตนเองตามหลักทฤษฎี 4 ได้แก่ ด้านกาย ด้านศีล ด้านจิต และด้านปัญญา

หลังจากทำกิจกรรมเสร็จจะมีช่วงเวลาให้ได้สะท้อนคิด (reflection) สิ่งที่ทำและสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้ โดยแบ่งกลุ่มผู้เรียนออกเป็น 4 กลุ่มเพื่อสนทนาแลกเปลี่ยน

2.3. การออกแบบแผนการสอนและการประเมินผล การออกแบบแผนการสอน ให้มีการเรียนการสอนจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง โดยในแต่ละครั้งจะมีการแทรกการทำกิจกรรมกลุ่ม เล่นเกมจำลองสถานการณ์ และถอดบทเรียนจากสิ่งที่ได้ การเรียนทั้ง 2 ครั้งใช้ระยะเวลาห่างกันประมาณ 1 เดือน โดยตลอด 1 เดือนนี้จะมีงานมอบหมาย ในรูปแบบเกมภารกิจให้ผู้เรียนได้ร่วมทำกิจกรรมเพื่อฝึกฝนตนเองผ่าน Facebook ที่เป็น private group ระยะเวลาการเรียนรู้อยู่ 2 ครั้งนี้ แบ่งเป็นบรรยายร้อยละ 10 เกมร้อยละ 10 กิจกรรมกลุ่มร้อยละ 25 ประเมินตนเองร้อยละ 5 และงานมอบหมายเพื่อฝึกพัฒนาตนเองแต่ละด้านร้อยละ 50

การออกแบบแบบประเมิน เป็นแบบประเมินความพึงพอใจของผู้เรียน โดยให้ประเมินท้ายคาบเรียนผ่าน google form เพื่อนำข้อมูลผลการประเมินไปใช้ในการวิเคราะห์และออกแบบการเรียนการสอนในปีถัดไป โดยหัวข้อการประเมินได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหาสาระ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของวิทยากร รูปแบบและลักษณะของกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม การประยุกต์ความรู้ที่ได้รับต่อการดำเนินชีวิต ความรู้สึกในการเรียน สิ่งที่ได้เรียนรู้

สิ่งที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือพัฒนาตนเองต่อ และข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 : การพัฒนา (development)

ในขั้นตอนการพัฒนา ได้ดำเนินการพัฒนาเกมที่จะนำมาใช้โดยเริ่มจาก

3.1. การสร้าง story board หรือการกำหนดกรอบเนื้อหาที่ต้องการในสถานการณ์ที่จะจำลองขึ้นมา

3.2. การเขียน flow chart กำหนดทิศทางของสถานการณ์จากการเลือกหรือตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ

3.3. การเขียน content details โดยให้สอดคล้องกับจุดประสงค์ของหัวข้อ

3.4. หา platform ที่เหมาะสมในการจะสร้างเกม

3.5. create and generate สร้างเกมที่จะนำไปใช้ โดยสามารถเล่นได้บนเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต เมื่อสร้างเกมเรียบร้อยแล้วผู้สอนได้มีการทดลองใช้และปรับปรุง (tester and development) ก่อนที่จะนำไปใช้ในการเรียนการสอนจริง เกมจำลองสถานการณ์ที่ได้มีทั้งหมด 2 เกม คือ

1. L-I-F-E-LINE-ATTM : เป็นเกมออนไลน์ที่จำลอง

สถานการณ์การตัดสินใจบนเส้นทางชีวิตของแพทย์แผนไทยประยุกต์

2. SPACE Missions : เป็นเกมออนไลน์ที่จำลอง

สถานการณ์เสมือนจริงที่ต้องตัดสินใจภายใต้ความกดดัน

ขั้นตอนที่ 4 : การนำไปใช้ (implementation)

เมื่อออกแบบการเรียนการสอนและการพัฒนาสื่อการเรียนเรียบร้อยแล้ว ได้มีการนำไปใช้จัดการเรียนการสอนรายวิชาศัลยศาสตร์ 165 บทนำการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หัวข้อ การแพทย์กับชีวิต ทั้ง 2 หัวข้อ ในปีการศึกษา 2563 และ ปีการศึกษา 2564 โดยมีรายละเอียดการจัดกิจกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดแผนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนหัวข้อ การแพทย์กับชีวิต 1 และ การแพทย์กับชีวิต 2 ในปีการศึกษา 2563-2564

หัวข้อ/สาระ	รูปแบบ/ระยะเวลา	สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้	บทบาทของผู้สอน	บทบาทของผู้เรียน
การแพทย์กับชีวิต 1				
intro: ชี้แจงวัตถุประสงค์ของหัวข้อที่เรียน แนะนำ วิทยากร และให้ ทบทวน เป้าหมายของตนเองต่อ ความชัดเจนในวิชาชีพ ระดับ 0-10	บรรยาย 5 นาที กิจกรรม 5 นาที	- power point - แบบประเมินเป้าหมาย (google form)	บรรยาย	ทำความเข้าใจและทำแบบประเมิน

หัวข้อ/สาระ	รูปแบบ/ระยะเวลา	สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้	บทบาทของผู้สอน	บทบาทของผู้เรียน
กิจกรรมเกม online “L-I-F-E-LINE-ATTM” เพื่อจำลองการตัดสินใจในทางเดินในแต่ละก้าวบนเส้นทางชีวิตของแพทย์แผนไทยประยุกต์	กิจกรรม 35 นาที	- เกม online	อธิบายและตอบคำถาม การเล่นเกม	ทำความเข้าใจและเล่นเกม
“กิจกรรมปักเป้า” แบ่งนักศึกษาเข้ากลุ่มย่อย 4 กลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิด ไตร่ตรอง ประสพการณ์ ถอดการเรียนรู้จากเกม	กิจกรรม 105 นาที	- break out room ใน application ZOOM	ชวนผู้เรียนร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิด	ฟัง คิด วิเคราะห์และร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิด
บรรยายสรุปบทเรียน เพื่อชวนผู้เรียนวิเคราะห์คุณค่าของการศึกษา การพัฒนาตนเองสู่การพัฒนาสังคม	บรรยาย 30 นาที	- power point	บรรยาย	ทำความเข้าใจ
“ภารกิจโค้ชชีวิต พิชิตใจ” งานมอบหมายรายบุคคล ทั้งหมด 10 ภารกิจ ผ่าน Facebook page แบบกลุ่มปิด (2 กิจกรรม/สัปดาห์) เพื่อ ฝึกการพัฒนาชีวิตในด้าน กาย จิต ปัญญา	งานมอบหมายรายบุคคล	- Facebook page - สื่อภาพภารกิจ - แบบประเมินความพึงพอใจ(google form)	การมอบหมายงาน	ทำความเข้าใจ เข้าร่วม Facebook page
การแพทย์กับชีวิต 2				
intro: นักศึกษาประเมินตนเองในการทำ “ภารกิจโค้ชชีวิต พิชิตใจ” และแสดงผลการประเมินในด้าน กาย จิต ปัญญา และบรรยายสรุป	บรรยาย 15 นาที กิจกรรม 15 นาที	- แบบประเมินตนเอง (google form) - power point	บรรยาย	ทำความเข้าใจและทำแบบประเมินตนเอง
กิจกรรมเกม online “SPACE Missions” เพื่อจำลองสถานการณ์การเลือกและการตัดสินใจของตนเองที่จะส่งผลกระทบต่อผู้อื่น	กิจกรรม 40 นาที	- เกม online	อธิบายและตอบคำถาม การเล่นเกม	ทำความเข้าใจและเล่นเกม

หัวข้อ/สาระ	รูปแบบ/ระยะเวลา	สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้	บทบาทของผู้สอน	บทบาทของผู้เรียน
“กิจกรรมปักเป้า” แบ่ง นักศึกษาเข้ากลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ร่วมกันแลกเปลี่ยน ความคิด ไตร่ตรอง ประสบการณ์ ถอดการ เรียนรู้จากเกม	กิจกรรม 80 นาที	- break out room ใน application ZOOM	ชวนผู้เรียนร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิด	ฟัง คิด วิเคราะห์และร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิด
บรรยายสรุปบทเรียน ในสิ่งที่ได้เรียนรู้ และ แนวทางการพัฒนา ทำแบบประเมินการเรียน การสอน	บรรยาย 30 นาที	- power point - แบบประเมินความพึง พอใจ(google form)	บรรยาย	ทำความเข้าใจและทำ แบบประเมิน

ที่มา: อังคณา อภิชาติวรกิจ และ ศรัณยธร เลิศผดุงกิจ สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ (พ.ศ.2564)

ขั้นตอนที่ 5 : การประเมินผล (evaluation)

5.1. การประเมินผลตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ได้แก่ ประเมินจากการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในคาบเรียน เช่น การตอบคำถาม การสะท้อนการเรียนรู้ในกลุ่มย่อยหรือกลุ่มใหญ่ท้ายคาบเรียน และการประเมินจากการทำงานมอบหมาย เช่น การประเมินความตั้งใจและความซื่อสัตย์ในการทำกิจกรรมของตนเอง

5.2. การประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนท้ายคาบเรียน หัวข้อการประเมิน ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหาสาระ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของวิทยากร รูปแบบและลักษณะกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม การประยุกต์ความรู้ที่ได้รับต่อการดำเนินชีวิต ความรู้สึก และสิ่งที่ได้จากการเรียน

5.3. การประเมินจากการทำ after action review (AAR)

กับทีมผู้สอนร่วมกัน

จากผลการประเมินของผู้เรียนดังตารางที่ 2 พบว่าปีการศึกษา 2560-2562 ที่ยังไม่ได้มีการนำเกมมาใช้มีผลการประเมินเฉลี่ยภาพรวมการเรียนการสอนเท่ากับ 4.35 และในปีการศึกษา 2563 - 2564 ที่มีการนำเกมมาใช้พบว่าผลการประเมินเฉลี่ยภาพรวมของการเรียนการสอนเท่ากับ 4.52 เมื่อพิจารณาหัวข้อการประเมิน พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจในรูปแบบและลักษณะกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ได้รับประโยชน์จากการกิจกรรมได้มากขึ้น โดยที่สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์กับการดำเนินชีวิตในระดับเท่าเดิม

ตารางที่ 2 ผลการประเมินเฉลี่ยภาพรวมของการเรียนการสอน ตั้งแต่ปีการศึกษา 2560 - 2564

การประเมินภาพรวมของการเรียนการสอน	ปีการศึกษา				
	onsite กิจกรรมกลุ่ม ไม่มีเกม			online มีเกม	
	2560	2561	2562	2563	2564
1. ความเหมาะสมของเนื้อหาสาระ (5 คะแนน)	4.61	4.69	4.27	4.56	4.45
2. ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของวิทยากร (5 คะแนน)	4.66	4.77	4.53	4.70	4.58
3. รูปแบบและลักษณะกิจกรรม (5 คะแนน)	3.68	4.18	4.38	4.52	4.29
4. ประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม (5 คะแนน)	3.89	4.41	4.29	4.60	4.47
5. การประยุกต์ความรู้ที่ได้รับต่อการดำเนินชีวิต (5 คะแนน)	3.95	4.55	4.40	4.58	4.43
ผลประเมินเฉลี่ยรวมแต่ละปีการศึกษา	4.16	4.52	4.37	4.59	4.44
ผลประเมินเฉลี่ยรวม		4.35		4.52	

ตารางที่ 3 ตัวอย่างผลการประเมินหัวข้อความรู้สึกที่ได้จากการเรียน ปีการศึกษา 2560-2564

การประเมิน ภาพรวมของ การเรียนรู้ การสอน	ปีการศึกษา				
	onsite กิจกรรมกลุ่ม ไม่มีเกม			online มีเกม	
	2560	2561	2562	2563	2564
ความรู้สึกที่ได้ จากการเรียน	- การสอนบางครั้ง น่าเบื่อเกินไป - ควรเป็นกิจกรรมที่ เป็นรูปธรรมกว่านี้ - อยากให้กิจกรรม ขณะสอนสนุกกว่านี้	- เมื่อย ง่วง - เพิ่มความสนุกสนาน กว่านี้ - อยากให้มีกิจกรรม เพิ่ม - ชอบกิจกรรมที่ สะท้อนความคิด	- มีเวลาทำกิจกรรม มากกว่านี้ - สนุก ครบมี กิจกรรมเยอะ ๆ - อยากให้ใช้เวลา แบ่งกลุ่มย่อย มากกว่านี้ เพราะ รู้สึกสบายใจที่จะ คุยกับกลุ่มเล็ก ๆ มากกว่า - อยากให้อธิบาย เห็นภาพมากขึ้น	- อยากให้มีเกมมา อีก เกมสนุก ทำท่าย - เป็นคาบที่เรียน สนุกและดีมาก - การจัดการเรียน การสอนมีความน่า สนใจ มีกิจกรรมที่ หลากหลาย เป็นสื่อ การเรียนรู้ที่ดี - เวลาในการสอน ช่วงท้ายยืดยาว ไป เนื้อหาค่อนข้าง เข้าใจยาก ต้อง พยายามทำความเข้าใจ ต้องตั้งใจฟัง - อยากให้มีเวลาเล่น เกมให้มากขึ้น	- สนุก ตื่นเต้น ดี น่าสนใจ ประทับใจ มีแรงบันดาลใจ ไม่น่าเบื่อ - เป็นการเปิดโลก ทัศน์ทางความคิด ได้ แลกเปลี่ยนความคิด - กระตุ้นการเรียนรู้ สิ่งใหม่ ๆ - รู้สึกยินดีที่ได้เรียน รู้อะไรใหม่ ๆ

ที่มา: อังคณา อภิชาติวรกิจ และ ศรัณยธร เลิศผดุงกิจ สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (พ.ศ.2564)

จากผลการประเมินของผู้เรียนดังตารางที่ 3 พบว่าเมื่อนำเกมมาใช้ ผลการประเมินภาพรวมหัวข้อความรู้สึกที่ได้จากการเรียน ผู้เรียนมีความสุข ตื่นเต้น ประทับใจ และมีส่วนร่วมมากขึ้น ไม่มีความรู้สึกเบื่อ ง่วง แต่อยากให้เพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรมมากขึ้น

สรุป

การนำแนวคิดของ Gamification โดยการเล่นเกมที่จำลองสถานการณ์ ควบคู่กับ การชวนพิจารณา ไตร่ตรอง ผ่านกระบวนการกลุ่มย่อย สามารถทำให้ผู้เรียนรู้สึกสนุก ไม่เบื่อ และสามารถกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนได้มากขึ้น โดยที่สามารถประยุกต์ความรู้กับการดำเนินชีวิตได้ในระดับเท่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับบทความของเบญจภาค จงหมื่นไวย³ ว่า Gamification ทำให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการเรียน รวมทั้งสามารถบูรณาการโครงสร้างของเกมมาใช้ในการออกแบบบทเรียน ทำให้เนื้อหาที่มีความน่าสนใจ และส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมกับการเรียนได้ อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจและตระหนักถึงคุณค่าของชีวิต และการพัฒนา

ตนเองอย่างต่อเนื่อง คือ การสอนด้านเจตคติ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญและยากต่อการวัดผลให้เป็นรูปธรรม ต้องอาศัยการกระตุ้นอย่างมากพอ ต่อเนื่อง มีปัจจัยแวดล้อมที่สนับสนุนเป็นแบบอย่าง และทางที่ผู้สอนจะพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนต่อไปเพื่อให้เหมาะสมกับผู้เรียน และยังคงวัตถุประสงค์ของหัวข้อการเรียนรู้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดกิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่ รศ.นพ. ทวี เลหาพันธ์ ผู้เริ่มต้นแนวคิดการเตรียมความพร้อมผู้เรียนตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 โดยกำหนดให้มีการจัดการเรียนการสอนรายวิชา ศรพท 165 บทนำการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในหลักสูตร ทีมพระอาจารย์จาก วัดญาณเวศกวัน ในการช่วยออกแบบ และพัฒนากิจกรรมมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มจัดการเรียนการสอน ปีการศึกษา 2559 และเป็นหลักในการสร้างเกมรูปแบบออนไลน์จนเป็นรูปธรรมใช้งานได้จริง และพท.ป.วิมลมาศ ชัยวรศิลป์ และ พท.ป. พศิณ พันธุนิช ในการออกแบบการตูนในการกิจของงานมอบหมายรายบุคคลของนักศึกษาเพื่อชวนพัฒนา เรียนรู้ชีวิต และสุดท้ายคณาจารย์และผู้

บริหารสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ให้การสนับสนุนทุกด้าน เพื่อการพัฒนาการสอน และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ภายในหน่วยงาน ตลอดจนบุคลากรทุกส่วนงานที่ร่วมอนุรักษ์ให้คุณค่ากับการพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทย

เอกสารอ้างอิง

1. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตโต). การศึกษาทั่วไปเพื่อสร้างบัณฑิต. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2559
2. Shek DT, Lin L, Ma C, Yu L, Leung JT, Wu FK, Leung H, Dou D. Perceptions of adolescents, teachers and parents of life skills education and life skills in high school students in Hong Kong. *Applied Research in Quality of Life*. 2021 Oct;16(5):1847-60.
3. เบญจภัค จงหมื่นไวย, กริช กองศรีมา, แสงเพชร พระฉาย, สายสุนีย์ จัปโจร, อรัญ ชูกระเดื่อง. เกมมิฟิเคชันเพื่อการเรียนรู้. วารสารโครงการวิทยการคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ 2561;4:34-43.
4. ADDIE model diagram by Steven J. McGriff, Instructional Systems, College of Education, Penn State University 2000.
5. Bejtkovský J. The Current Generations: The Baby Boomers, X, Y and Z in the Context of Human Capital Management of the 21st Century in Selected Corporations in the Czech Republic. *Littera Scripta*. 2016;9(2):25-45.
6. Töröcsik M, Szűcs K, Kehl D. How generations think: research on Generation Z. *Acta universitatis Sapientiae, communicatio*. 2014;1(2014):23-45.
7. Graffam B. Active learning in medical education: Strategies for beginning implementation. *Medical Teacher*. 2007;29(1):38-42
8. Murillo-Zamorano LR, López Sánchez JÁ, Godoy-Caballero AL, Bueno Muñoz C. Gamification and active learning in higher education: is it possible to match digital society, academia and students' interests? *International Journal of Educational Technology in Higher Education*. 2021;18(1):15.

Cannabis And Its Effects on the Health of Children and Adolescents

Prakasit Wannapaschaiyong*, Sitthiphon Bunman**, Orarat Choukuljaratsiri***

Division of Developmental and Behavioral Pediatrics, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, **Department of Community and Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University, *Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Bangkok, Thailand*

Siriraj Medical Bulletin 2023;16(2):181-187

ABSTRACT

Cannabis is an herbal medicine that contains two essential cannabinoids: Cannabidiol (CBD) and Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC). CBD acts as an anti-inflammatory agent, helps improve sleep quality, and provides antiepileptic effects while THC has psychoactive effects and inhibits brain growth, especially in children and adolescents with developing brains. Currently, only pure CBD and CBD-enriched cannabis extracts are used in children and adolescents only for treating uncontrolled severe epilepsy. On the other hand, children and adolescents who use cannabis and cannabis products containing a large amount of THC can experience physical, mental health, and cognitive problems. Physical symptoms of cannabis use include restlessness or lethargy, abdominal pain, and severe nausea and vomiting while mental health issues are depression, anxiety, suicidal thoughts and behaviors, and severe aggressive behavior. Additionally, the use of cannabis also has negative impacts on cognitive functions and learning processes which include decreased cognitive levels, poor memory, and impaired executive functions, leading to failure in future academic and work performances. Therefore, all healthcare professionals should provide accurate information about cannabis to parents, children, and adolescents to prevent the adverse effects of cannabis use in children and adolescents after the implementation of “cannabis legalization.”

Keywords: Cannabis; CBD; THC; physical health; mental health

Correspondence to: Prakasit Wannapaschaiyong

Email: geawsi116@gmail.com

Received: 22 November 2022

Revised: 3 January 2023

Accepted: 11 January 2023

<http://dx.doi.org/10.33192/smb.v16i3.260132>

กัญชาและผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น

ประกาศิต วรรณภัสชัยยง*, สิทธิพล บุญมัน **, อรรถัน เชาวกุลจรัสศิริ***

*สาขาวิชาพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร,

สถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี, *สถาบันสุขภาพจิตเด็กและ

วัยรุ่นราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีสารแคนนาบินอยด์สำคัญ 2 ชนิด ได้แก่ cannabidiol (CBD) มีฤทธิ์ช่วยลดการอักเสบ นอนหลับดีขึ้น และลดอาการชักเกร็ง อย่างไรก็ตามหากได้รับ CBD ปริมาณมาก อาจเกิดอาการง่วงซึมและตับอักเสบได้ ขณะที่ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ส่งผลต่อจิตประสาท และยับยั้งการเจริญเติบโตของสมอง โดยเฉพาะเด็กและวัยรุ่นที่สมองกำลังพัฒนา ปัจจุบันสารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ที่ใช้ในเด็กและวัยรุ่นมีเพียงแค่สารสกัดบริสุทธิ์เฉพาะ CBD (pure CBD) และสารสกัดจากกัญชาที่มีสัดส่วน CBD ที่สูง (CBD-enriched) เท่านั้น ซึ่งใช้สำหรับการรักษาเฉพาะโรคลมชักรุนแรงที่ควบคุมได้ยาก ในทางกลับกัน เด็กและวัยรุ่นที่ใช้กัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชาที่มีสาร THC ในปริมาณสูง ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกาย ได้แก่ กระสับกระส่ายหรือซึมลง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล ความคิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และปัญหาทางการเรียนและสติปัญญา ได้แก่ ระดับสติปัญญาลดลง ความจำแย่ลง ทักษะความคิดเชิงบริหารบกพร่อง ซึ่งอาจนำไปสู่ความล้มเหลวด้านการเรียน รวมถึงการทำงานในอนาคตด้วย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนจึงควรเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับกัญชาที่ถูกต้องแก่ผู้ปกครอง เด็กและวัยรุ่น เพื่อเตรียมป้องกันผลกระทบเชิงลบจากการใช้กัญชาในเด็กและวัยรุ่น ภายหลังการประกาศกฎหมาย “กัญชาเสรี”

คำสำคัญ: กัญชา; CBD; THC; สุขภาพร่างกาย; สุขภาพจิต

บทนำ

กัญชา เป็นพืชสกุล Cannabis ซึ่งมีอยู่ 3 สายพันธุ์ที่พบบ่อย ได้แก่ สายพันธุ์ชาติวา (cannabis sativa) สายพันธุ์อินดิกา (cannabis indica) และสายพันธุ์รูเดราลิส (cannabis ruderalis) หากนำกัญชามาสกัดจะได้สารเคมีมากกว่า 550 ชนิด และมีสารที่มีโครงสร้างเป็น C21 terpenophenolic หรือสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) มากกว่า 120 ชนิด แต่สารกลุ่มแคนนาบินอยด์ที่มีความสำคัญและถูกนำมาใช้ทางการแพทย์มี 2 ชนิด ได้แก่ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD)¹

ปัจจุบันมีการนำกัญชามาใช้เพื่อการรักษาโรคและความผิดปกติต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลการรักษาโรคและอาการบางอย่างยังมีจำกัด โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่น รวมถึงสารประกอบสำคัญของกัญชาอย่าง THC มีกลไกการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างมาก² ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ควรมีความรู้ความเข้าใจเรื่องของกัญชาและสารสกัดจากกัญชา เพื่อนำความรู้เหล่านี้ไปเผยแพร่แก่ผู้ปกครอง

รวมถึงเด็กและวัยรุ่น เพื่อลดผลกระทบเชิงลบต่อทั้งสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นไทยภายหลังการประกาศกฎหมาย “กัญชาเสรี”

กลไกการออกฤทธิ์ของสารสกัดกัญชา

โดยปกติร่างกายของมนุษย์มีระบบเอ็นโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoid system) มีหน้าที่ควบคุมสมดุลของร่างกายให้ทำงานเป็นปกติ เมื่อต้องเผชิญหน้ากับความเครียด ความวิตกกังวล สภาวะทางอารมณ์ที่ไม่คงที่ รวมถึงการปรับเปลี่ยนการตอบสนองต่อความเจ็บปวด และการอักเสบ ซึ่งระบบเอ็นโดแคนนาบินอยด์ประกอบด้วยสารแคนนาบินอยด์ที่ร่างกายสร้างขึ้นเองตามธรรมชาติ และตัวรับสารแคนนาบินอยด์ (cannabinoid receptor; CB receptor)³

สารแคนนาบินอยด์สำคัญที่พบในต้นกัญชา ได้แก่ THC และ CBD สารเหล่านี้ออกฤทธิ์โดยการจับกับตัวรับแคนนาบินอยด์

ซึ่งมี 2 ชนิด ได้แก่ ตัวรับแคนนาบินอยด์ชนิดที่ 1 (CB1 receptor) และตัวรับแคนนาบินอยด์ชนิดที่ 2 (CB2 receptor) โดยตัวรับ CB1 ส่วนใหญ่พบได้ในสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ขณะที่ตัวรับ CB2 ส่วนใหญ่พบในเซลล์บางชนิดของระบบภูมิคุ้ม และระบบทางเดินอาหาร^{2,3}

THC จะกระตุ้นตัวรับ CB1 ในสมองหลายแห่ง มีผลทั้งยับยั้งการเจริญเติบโตของสมอง ทำลายวงจรประสาท และขัดขวางการสื่อสารไฟฟ้าระหว่างเซลล์สมอง ซึ่งส่งผลอย่างมากต่อเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงที่มีการพัฒนาของสมองอย่างมาก ทำให้เกิดความผิดปกติของพัฒนาการและพฤติกรรม รวมถึงยังสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางจิตประสาทและปัญหาความจำในวัยผู้ใหญ่⁴

CBD ทำหน้าที่กระตุ้นตัวรับ CB2 ซึ่งส่วนใหญ่พบในเซลล์ของระบบภูมิคุ้ม จึงช่วยเรื่องลดการอักเสบ (anti-inflammatory) มีฤทธิ์คลายกังวล (anxiolytic) ช่วยให้นอนหลับดีขึ้น เพิ่มความอยากอาหาร และลดอาการชักเกร็งได้ แต่ตัวรับ CB2 พบน้อยในสมองและระบบประสาท ดังนั้นจึงมักไม่มีผลต่ออาการทางจิตประสาท และไม่ให้เสพติดหรือทำให้เกิดอาการมึนเมา⁴

บทบาทการใช้กัญชาสำหรับการรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น

ข้อบ่งชี้เดียวสำหรับการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาในผู้ป่วยเด็ก คือ โรคลมชัก โดยเริ่มมีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ในการรักษาโรคลมชักตั้งแต่ในช่วงปี ค.ศ. 1800 โดย William O'Shaughnessy และ Sir William Gowers แต่อย่างไรก็ตามหลังจากที่มีการผลิตยากันชักกลุ่ม Phenobarbital ในปีค.ศ.1900 ความนิยมในการใช้สารสกัดกัญชาสำหรับการรักษาโรคลมชักจึงลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพในการรักษาที่ด้อยกว่ายากันชักที่ถูกผลิตขึ้นมาใหม่ รวมถึงยังมีผลข้างเคียงต่อจิตประสาทมาก ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ.1937 จึงได้มีการออกประกาศให้สารสกัดจากกัญชาเป็นยาที่ผิดกฎหมาย⁵

จนกระทั่ง 10 ปีก่อน มีการรายงานผู้ป่วยชื่อ Charlotte Figi เด็กผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคลมชักรุนแรงชนิด Dravet syndrome ที่ไม่ตอบสนองต่อยากันชักทุกชนิด แต่กลับตอบสนองต่อการรักษาด้วยการใช้สารสกัดบริสุทธิ์เฉพาะ CBD ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมการชักได้ดีขึ้น กลับมาทำกิจวัตรประจำวันเองได้ และมีระดับพัฒนาการที่ดีขึ้นใกล้เคียงปกติ⁶ จากรายงานผู้ป่วยคนดังกล่าว ส่งผลให้เกิดการปฏิวัติวงการการรักษาโรคลมชักในเด็กขึ้นในเวลาต่อมา

หลักฐานจากการศึกษาแบบ Meta-analysis ที่ติดตามผลของการรักษาโรคลมชักรุนแรงด้วยสารสกัดบริสุทธิ์เฉพาะ CBD ภายในระยะเวลา 16 สัปดาห์ พบว่าช่วยลดจำนวนครั้งของการชักในผู้ป่วยโรคลมชักรุนแรงชนิด Dravet syndrome มากกว่ายาหลอกถึง 2.26 เท่า และลดจำนวนครั้งของการชักในผู้ป่วยโรคลมชักรุนแรงชนิด Lennox-Gastaut syndrome มากกว่ายาหลอกถึง 2.98 เท่า⁷ ปัจจุบันองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) จึงอนุญาต

เฉพาะสารสกัดบริสุทธิ์ CBD (pure CBD) สำหรับรักษาโรคลมชักที่ควบคุมได้ยากชนิด Lennox-Gastaut syndrome และ Dravet syndrome ในเด็กที่มีอายุมากกว่า 2 ปี⁸ แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานถึงผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้สารสกัดบริสุทธิ์เฉพาะ CBD มากถึงร้อยละ 90 โดยผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยได้แก่ ง่วงซึม (ร้อยละ 22) ความอยากอาหารลดลง (ร้อยละ 18) ท้องเสีย (ร้อยละ 15) และค่าการทำงานของตับสูงขึ้น (ร้อยละ 15)⁹ อย่างไรก็ตามสารสกัดบริสุทธิ์เฉพาะ CBD ไม่ได้มีผลลดระดับเซาว์ปัญญาและความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยเด็ก¹⁰

เนื่องจากสารสกัดบริสุทธิ์เฉพาะ CBD มีราคาที่สูง (ราคาต่อขวด 100 มิลลิกรัม เท่ากับ 1,200 ดอลลาร์สหรัฐ)¹¹ ดังนั้นหลายๆ ประเทศรวมถึงประเทศไทยจึงนำสารสกัดกัญชาที่มีสัดส่วน CBD สูง (CBD-enriched) ซึ่งมีอัตราส่วนของ CBD ต่อ THC เท่ากับ 20:1 มาใช้แทน โดยมีการศึกษาจากประเทศอิสราเอลที่พบว่า ร้อยละ 55 ของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่ได้รับการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาที่มีสัดส่วน CBD สูง สามารถลดจำนวนครั้งของการชักมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับก่อนการรักษา ซึ่งในการศึกษานี้ใช้สารสกัดกัญชาที่มีสัดส่วน CBD สูงในโรคลมชักหลายชนิด ได้แก่ focal seizures, generalized tonic/tonic seizures, generalized tonic clonic seizures, myoclonic seizures และ absence seizures เป็นต้น¹²

สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาย้อนหลังถึงผลการใช้สารสกัดกัญชาที่มีสัดส่วน CBD สูง ในผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำนวน 14 คน พบว่าภายใน 3 เดือนแรก ร้อยละ 36 ของผู้ป่วยมีจำนวนการชักที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 และเมื่อติดตามจนครบ 1 ปี พบว่าร้อยละ 67 ของผู้ป่วยมีจำนวนการชักที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับก่อนการรักษา แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเด็กทุกคนในการศึกษานี้มีผลข้างเคียงจากการรักษา ได้แก่ ง่วงนอน (ร้อยละ 64) อารมณ์หงุดหงิด (ร้อยละ 42) เบื่ออาหาร (ร้อยละ 28) และ ตัวอึดเสบ (ร้อยละ 7)¹³

ถึงแม้ว่าการรักษาโรคลมชักรุนแรงในผู้ป่วยเด็กด้วยด้วยสารสกัดกัญชาที่มีสัดส่วน CBD สูงอาจจะได้ประโยชน์ แต่ในทางตรงข้ามผลข้างเคียงของสารสกัดนี้ก็มีความเสี่ยงเช่นกัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการสั่งยาและติดตามอาการโดยกุมารประสาทแพทย์เท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามมีการสำรวจผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักในประเทศไทยจำนวน 166 คน พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ปกครองไม่ทราบถึงผลข้างเคียงจากสารสกัดบริสุทธิ์เฉพาะ CBD และร้อยละ 77 ของผู้ปกครองแสดงความต้องการที่จะเข้าร่วมการรักษาด้วยการใช้สารสกัด CBD ในอนาคต นอกจากนี้ร้อยละ 10 ของผู้ปกครองแจ้งว่าได้ให้สารสกัดกัญชาที่มีสัดส่วน CBD สูงแก่ผู้ป่วยเด็กก่อนมาปรึกษาแพทย์¹⁴ ดังนั้นจึงเป็นที่น่ากังวลใจ หากการกระจายข้อมูลเรื่องข้อบ่งชี้ในการรักษาและผลข้างเคียงจากสารสกัดกัญชาที่มีสัดส่วน CBD สูง ไม่ถูกต้องและทั่วถึง อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยเด็กอย่างมาก

ผลกระทบทางด้านสุขภาพร่างกายจากการใช้กัญชาในเด็กและวัยรุ่น

สารสกัดจากกัญชาเพียงบางชนิดเท่านั้นที่อาจมีประโยชน์ทางการแพทย์ แต่คนในสังคมไทยส่วนหนึ่งยังเข้าใจว่ากัญชาและสารสกัดของกัญชาทั้งหมดมีประโยชน์ ซึ่งเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ครบถ้วน ประกอบกับการประกาศพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด ปีพ.ศ.2565 ที่ระบุว่าทุกส่วนของกัญชาไม่ถือเป็นยาเสพติด¹⁵ หรือในอีกมุมหนึ่งคือการเปิดให้มีการใช้กัญชาได้อย่าง “เสรี” ส่งผลทำให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงการใช้กัญชาได้ง่าย รวมถึงเด็กและวัยรุ่น

กรณีวัยเด็ก มักได้รับกัญชาหรือสารสกัดกัญชาโดยไม่ตั้งใจ เนื่องจากผลิตภัณฑ์จากกัญชามีหลายรูปแบบ เช่น ผสมกับขนม หรือเครื่องดื่ม เป็นต้น อาการแสดงที่พบบ่อยในเด็กเล็ก ได้แก่ หลับมาก ปลุกตื่นยาก รุ่มาตาหดตัว อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจช้าลง¹⁶

ตรงข้ามกับอาการในวัยรุ่น ที่ส่วนใหญ่ตั้งใจและแสวงหากัญชามาใช้เพื่อการสันทนาการ โดยผลิตภัณฑ์ที่ถูกนำมาใช้ ได้แก่ บุหรี่กัญชา ใช้น้ำมันกัญชาสูบผ่านเครื่องสูบไอ (vaping) หรือผลิตภัณฑ์ butane hash oil ที่นำมาสูบไอผ่านกระบอกสูบ (bongs) เป็นต้น ซึ่งวิธีการเหล่านี้ทำให้ได้รับสารกลุ่ม THC ปริมาณสูง ส่งผลต่อจิตประสาทอย่างมาก เช่น รู้สึกมีความสุข (euphoria) ง่วงหลับ แต่หากใช้ปริมาณที่มากจะทำให้มีอาการกระสับกระส่าย ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ตาแกว่ง (nystagmus) เดินเซ (ataxia) เห็นภาพหลอน (visual hallucination) อาการหวาดระแวงฉับพลัน (acute paranoid psychosis) และความจำระยะสั้นบกพร่อง (impaired short-term memory) เป็นต้น¹⁷

หากมีการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องนานมากกว่า 6 เดือน อาจมีอาการของโรค Cannabinoid hyperemesis syndrome¹⁸ โดยอาการจะแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

- ระยะเริ่มแรก (prodromal phase) ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียน คลื่นไส้บ่อย
- ระยะอาเจียนรุนแรง (hyperemetic phase) ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมาก คลื่นไส้และอาเจียนมาก ซึ่งอาการมักไม่ดีขึ้น แม้ได้รับยาลดอาการอาเจียนแล้วก็ตาม
- ระยะฟื้นตัว (recovery phase) ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและหยุดอาเจียน หลังจากหยุดใช้กัญชาเป็นระยะเวลาหลายสัปดาห์

ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาจำเพาะต่ออาการที่เกิดจากการใช้กัญชาปริมาณมากอย่างฉับพลัน หรืออาการที่เกิดจากการใช้กัญชาในระยะยาว เพียงแต่นำการรักษาตามอาการ ได้แก่ การปล่อยให้สงบ พิจารณาใช้ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepines) เพื่อลดความกระสับกระส่าย ใช้ยาในกลุ่มเบต้า บล็อกเกอร์ (beta-blockers) กรณีที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วกว่าปกติ เป็นต้น^{18,19}

นอกจากผลเสียของการใช้กัญชาต่อสุขภาพร่างกายของเด็กและวัยรุ่นแล้ว กระบวนการใช้เสพยาสูบก็ส่งผลต่อร่างกายเช่น

กัน เช่น ภาวะ EVALI (E-cigarette, or Vaping, product use Associated Lung Injury)²⁰ โดยผู้ป่วยมักมีไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นผลจากผลิตภัณฑ์สารสกัดกัญชาที่มีการผสมสารโพรพิลีนไกลคอล (propylene glycol) หรือวิตามินอี อะซิเตท (Vitamin-E acetate) ซึ่งเป็นสารเคมีที่ถูกผสมเพื่อช่วยให้สารสกัดจากกัญชาคงตัว เมื่อผ่านกระบวนการเผาไหม้และความร้อน จะกลายเป็นไอที่ถูกสูดเข้าไปแล้วทำให้เกิดการอักเสบของปอด หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะนี้ เน้นการรักษาตามอาการร่วมกับการให้ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) เพื่อลดการอักเสบของเนื้อปอด²¹

ผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตและสติปัญญาจากการใช้กัญชาในเด็กและวัยรุ่น

งานวิจัยจำนวนมากพบความสัมพันธ์ระหว่างการเสพยาสูบในเด็กและวัยรุ่นต่อปัญหาทางอารมณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล มีการศึกษาพบทวนวรรณกรรมพบว่า เด็กวัยรุ่นที่มีประวัติใช้กัญชาจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ถึง 1.37 เท่า²² ในขณะที่การใช้กัญชาระยะยาวในเด็กและวัยรุ่นทำให้มีอาการวิตกกังวลมากขึ้น²³ ซึ่งความถี่ของการใช้กัญชาที่สูงเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการเกิดปัญหาทางอารมณ์ที่ได้กล่าวมา โดยมีการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นหญิงที่เสพยาสูบทุกวัน จะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลได้มากถึง 5 เท่า เมื่อเทียบกับวัยรุ่นหญิงที่ไม่ได้เสพยาสูบ ในขณะที่วัยรุ่นหญิงที่เสพยาสูบแค่สัปดาห์ละครั้ง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลเพิ่มเพียง 2 เท่า²⁴

นอกจากนี้การใช้กัญชายังสัมพันธ์กับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น โดยมีการศึกษาวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่ใช้กัญชามีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า และมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงขึ้น 3.45 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กและวัยรุ่นที่ไม่ได้มีประวัติใช้กัญชา²² ซึ่งปัญหาทางอารมณ์และการฆ่าตัวตายจากการใช้กัญชา อาจอธิบายได้จากการร่างกายได้รับสารกลุ่มแคนนาบินอยด์อย่างต่อเนื่อง ทำให้กระบวนการสร้างสารเอ็นโดแคนนาบินอยด์ของร่างกายที่ลดลง ดังนั้นเมื่อเด็กและวัยรุ่นเผชิญหน้ากับภาวะความเครียด จึงไม่สามารถจัดการกับอารมณ์สั่นไหวได้นั้นได้²⁵

ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่นที่มีการใช้กัญชา จากการสำรวจเด็กและวัยรุ่นชาวเดนมาร์กพบว่า ความถี่ของการใช้กัญชาที่มากสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว และการก่ออาชญากรรมที่เพิ่มมากขึ้น²⁶ ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์พบว่า การใช้กัญชาในวัยเด็กเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยผู้ใหญ่ได้อีกด้วย²⁷ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการใช้กัญชาเป็นจุดเริ่มต้น (gateway drug) ของการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ ตามมา โดยปัจจัยที่ส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นมีโอกาสใช้ยาเสพติดชนิดอื่นในอนาคตเพิ่มขึ้น ได้แก่ การเริ่มใช้กัญชาตั้งแต่อายุน้อย และความสัมพันธ์ในการใช้กัญชาที่สูง เป็นต้น²⁸

สำหรับปัญหาด้านการเรียนรู้และสติปัญญา มีการศึกษา

ระยะยาวเปรียบเทียบระหว่างเด็กและวัยรุ่นที่มีประวัติเสพยาเสพติดกับกลุ่มที่ไม่ได้เสพยา พบว่ากลุ่มที่เสพยาเสพติดมีระดับสติปัญญา (IQ) ที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เสพยา²⁹ โดยระดับสติปัญญาด้านภาษา (verbal IQ) มีระดับที่ลดลงมากที่สุด³⁰ นอกจากนี้กลุ่มที่ใช้กัญชามีโอกาสที่จะเรียนไม่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาสูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เสพยาอีกด้วย²⁹ ยิ่งไปกว่านั้นการใช้กัญชายังส่งผลต่อทักษะความคิดเชิงบริหาร (executive function) ของเด็กและวัยรุ่นด้วย โดยมีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่เริ่มต้นใช้กัญชาตั้งแต่อายุน้อยจะมีทักษะความคิดเชิงบริหารที่บกพร่องมากกว่ากลุ่มผู้ที่เริ่มต้นใช้ตอนอายุมาก และทักษะความคิดเชิงบริหารที่บกพร่องจากการใช้กัญชา ได้แก่ การตัดสินใจ ความจำใช้งาน และการควบคุมยับยั้งตนเอง เป็นต้น³¹

อย่างที่ได้อธิบายไป กัญชามีส่วนประกอบสำคัญคือ THC ซึ่งเป็นสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตประสาทได้ มีอาการแสดงได้ตั้งแต่ ความคิดหวาดระแวง หูแว่ว หรือภาพหลอน³² จากการศึกษาพบว่าการใช้กัญชาตั้งแต่วัยเด็ก ปริมาณการใช้กัญชาที่สูง และการใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาที่มีสาร THC มีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดอาการทางจิตที่มากขึ้น³³ ขณะเดียวกัน การใช้กัญชายังมีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดโรคจิตเภท (schizophrenia) สูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรมของโรคจิตเภท รวมถึงผู้ที่เริ่มใช้กัญชาตั้งแต่อายุน้อย^{33, 34} แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ที่กำลังเสพยาสามารถเลิกใช้กัญชาได้ ก็สามารถลดโอกาสเกิดโรคจิตเภทในอนาคตได้มากถึงร้อยละ 8³⁵

ความแตกต่างระหว่างผลกระทบจากการใช้กัญชาของเด็กและวัยรุ่นกับผู้ใหญ่

แม้ว่าผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายจากการใช้กัญชาในผู้ใหญ่ไม่ได้มีความแตกต่างกับผลกระทบที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น แต่พบผลกระทบต่อสุขภาพจิตระยะยาวจากการใช้กัญชาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นมากกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งอธิบายได้จากการที่สมองของเด็กและวัยรุ่นยังพัฒนาไม่เต็มที่ จึงไวต่อสาร THC ในกัญชา ส่งผลขัดขวางการพัฒนาและทำลายวงจรประสาทของสมอง นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่มากกว่า⁴ จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ใหญ่ที่มีประวัติเสพยาติดกัญชาในช่วงวัยรุ่นและหยุดใช้กัญชาก่อนเข้าสู่ผู้ใหญ่ มีอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลมากกว่าผู้ที่เพิ่งเสพยาติดกัญชาในวัยผู้ใหญ่³⁶ นอกจากนี้ยังพบอัตราการเกิดโรคจิตเภทสูงขึ้นในผู้ที่เริ่มมีการใช้กัญชาตั้งแต่เด็กและวัยรุ่นด้วย³³

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบของการใช้กัญชาต่อระดับสติปัญญา ความจำ และสมาธิ ระหว่างเด็กและวัยรุ่นกับผู้ใหญ่ แต่ด้วยการพัฒนาของสมองที่ยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะในส่วนของสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมทักษะความคิดเชิงบริหาร สมาธิ และความจำ³⁷ จึงกล่าวได้ว่าเด็กและวัยรุ่นที่ใช้กัญชาอาจได้รับผลกระทบในด้านนี้มากกว่า

สิ่งที่ควรเฝ้าระวังภายหลังการประกาศ “กัญชาเสรี” ในพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด ปีพ.ศ.2565

เมื่อถอดบทเรียนจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่หลายรัฐมีประกาศการใช้กัญชาได้อย่างถูกกฎหมาย พบว่าเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 9 ปีที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาเข้าสู่ร่างกาย มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยผลสำรวจในปีค.ศ.2017 พบเด็กจำนวน 223 คนที่ได้รับผลิตภัณฑ์จากกัญชา และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1068 คนในปีค.ศ.2019 ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นการได้รับผลิตภัณฑ์จากกัญชาโดยไม่ตั้งใจ³⁸ นอกจากนี้มีการสำรวจพบว่าภายหลังการมีกฎหมายการใช้กัญชาเสรี รายงานผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับเด็กอายุน้อยกว่า 9 ปีจากการใช้กัญชาที่มารพแพทย์แผนกฉุกเฉินหรือโทรสอบถามศูนย์พิษวิทยามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการประกาศอนุญาตให้ใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมาย (p-value = 0.02)³⁹ ส่วนข้อมูลจากการสำรวจในวัยรุ่นประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเกือบหนึ่งในสี่มีการใช้กัญชา และเกือบทั้งหมดใช้เพื่อการเสพยา⁴⁰ นอกจากนี้ภายหลังการประกาศกฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมาย พบว่าวัยรุ่นอายุ 13 ถึง 21 ปีมีอัตราการมารพแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการที่เกิดจากการใช้กัญชา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)⁴¹

สำหรับข้อมูลในประเทศไทย จากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบว่ามียารายใหม่ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้กัญชาภายในปีพ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นจากเดือนมกราคม จำนวน 306 คน เป็น 639 คนในเดือนกันยายน⁴² ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีรวบรวมข้อมูลที่ชัดเจนในเด็กและวัยรุ่น แต่จากการรายงานผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการใช้กัญชาของทั้งประเทศและข้อมูลการใช้กัญชาในเด็กและวัยรุ่นของต่างประเทศภายหลังการประกาศให้มีการใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมาย คาดการณ์ว่าเด็กและวัยรุ่นไทยจำนวนมากอาจตกอยู่ในภาวะความเสี่ยงต่อการใช้กัญชา รวมถึงเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตจากการใช้กัญชาด้วย

ดังนั้น ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยจึงได้มีคำแนะนำเพื่อป้องกันผลกระทบที่เกิดจากกัญชาต่อเด็กและวัยรุ่น⁴³ ดังนี้

1. เด็กที่อายุน้อยกว่า 20 ปีไม่ควรเข้าถึงและบริโภคกัญชา เนื่องจากสมองยังพัฒนาไม่เต็มที่ ยกเว้นกรณีมีความจำเป็นทางการแพทย์
2. เผยแพร่ความรู้กับประชาชนถึงโทษของการใช้กัญชา กับเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อการเข้าถึงกัญชาในเด็กและวัยรุ่นเพื่อนันทนาการ
3. มีมาตรการควบคุม การผลิต และขายอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่มีกัญชาผสม โดยระบุ “ห้ามเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริโภค”
4. ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควบคุมการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่

มีกัญชาเป็นส่วนผสมไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดว่าเป็นอาหารหรือขนมที่เด็กและวัยรุ่นบริโภคได้

5. ควรมีหน่วยงานที่ติดตามผลกระทบของกัญชาต่อเด็กอย่างต่อเนื่องหลังจากใช้กฎหมายกัญชาเสรี

อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่สุดคือการสร้างความตระหนักรู้ถึงอันตรายของกัญชา รวมถึงแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและผลิตภัณฑ์จากกัญชา หากผู้ใหญ่ทุกคนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาอย่างถูกต้อง และสื่อสารกับบุตรหลานอย่างสร้างสรรค์ ก็สามารถลดความเสี่ยงต่อปัญหาการใช้กัญชาที่เด็กและวัยรุ่นได้

สรุป

กัญชามีสารเคมีที่มีบทบาทสำคัญในทางการแพทย์คือ THC และ CBD แต่สำหรับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น มีเพียงสารสกัดบริสุทธิ์เฉพาะ CBD (pure CBD) และสารสกัดที่มี CBD สูง (CBD-enriched) เท่านั้นที่มีรายงานถึงประสิทธิภาพของการรักษาโรคลมชักชนิดรุนแรง ส่วนการใช้กัญชาและสารสกัดกัญชาประเภทอื่นที่มีส่วนประกอบของ THC ซึ่งเป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต สติปัญญาและพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนจึงควรมีความรู้ที่ถูกต้อง สามารถเผยแพร่ข้อมูลและสร้างความตระหนักรู้แก่คนในสังคมถึงอันตรายที่เกิดจากการใช้กัญชาและสารสกัดจากกัญชาในเด็กและวัยรุ่น รวมถึงเป็นกระบอกเสียงของสังคมในการผลักดันให้มีมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงของการใช้กัญชาในเด็กและวัยรุ่นไทยในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. VanDolah HJ, Bauer BA, Mauck KF. Clinicians' Guide to Cannabidiol and Hemp Oils. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(9):1840-51.
2. Schonhofen P, Bristot IJ, Crippa JA, Hallak JEC, Zuardi AW, Parsons RB, et al. Cannabinoid-Based Therapies and Brain Development: Potential Harmful Effect of Early Modulation of the Endocannabinoid System. *CNS Drugs.* 2018;32(8):697-712.
3. Legare CA, Raup-Konsavage WM, Vrana KE. Therapeutic Potential of Cannabis, Cannabidiol, and Cannabinoid-Based Pharmaceuticals. *Pharmacology.* 2022;107(3-4):131-49.
4. Nahtigal I, Blake A, Hand A, Friedberg J. The pharmacological properties of cannabis. *J Pain Manage.* 2016;9(4):481-91.
5. Russo EB. History of cannabis as medicine: nineteenth century Irish physicians and correlations of their observations to modern research. In: Chanda S, Lata H, ElSohly M, editors. *Cannabis sativa L: Botany and Biotechnology.* Switzerland: Springer International Publishing; 2017.
6. Maa E, Figi P. The case for medical marijuana in epilepsy. *Epilepsia.* 2014;55(6):783-6.
7. Talwar A, Estes E, Aparasu R, Reddy DS. Clinical efficacy and safety of cannabidiol for pediatric refractory epilepsy indications: A systematic review and meta-analysis. *Experimental Neurology.* 2023;359.
8. Ben-Zeev B. Medical Cannabis for Intractable Epilepsy in Childhood: A Review. *Rambam Maimonides Med J.* 2020;11(1).
9. Lattanzi S, Brigo F, Cagnetti C, Trinka E, Silvestrini M. Efficacy and Safety of Adjunctive Cannabidiol in Patients with Lennox-Gastaut Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs.* 2018;32(10):905-16.
10. Thompson MD, Martin RC, Grayson LP, Ampah SB, Cutter G, Szaflarski JP, et al. Cognitive function and adaptive skills after a one-year trial of cannabidiol (CBD) in a pediatric sample with treatment-resistant epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2020;111:107299.
11. Gulbransen G, Xu W, Arroll B. Cannabidiol prescription in clinical practice: an audit on the first 400 patients in New Zealand. *BJGP Open.* 2020;4(1).
12. Uliel-Sibony S, Hausman-Kedem M, Fattal-Valevski A, Kramer U. Cannabidiol-enriched oil in children and adults with treatment-resistant epilepsy-does tolerance exist? *Brain Dev.* 2021;43(1):89-96.
13. Lusawat A, Suwannachote S, Sudachan P, Sri-udomkajorn S, Sattatporn C, Wechapinan T, et al. CBD-enriched Medical Cannabis Product for Pediatric Drug Resistant Epilepsy Treatment in Thailand: Experience from 2 Centers in Department of Medical Services, Ministry of Public Health. *Journal of the Department of Medical Services.* 2021;46(3):60-72.
14. Ngampoopun M, Nabangchang C, Suwanpakdee P. Survey of local cannabidiol use in parents of children with epilepsy in Thailand: the prevalence, perceptions, and knowledge. *J Cannabis Res.* 2022;4(1):43.
15. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2565. ฉบับที่ 139 ตอนที่ 129 ง. หน้า 21.
16. Claudet I, Le Breton M, Brehin C, Franchitto N. A 10-year review of cannabis exposure in children under 3-years of age: do we need a more global approach? *Eur J Pediatr.* 2017;176(4):553-6.
17. Grotenhermen F. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clin Pharmacokinet.* 2003;42(4):327-60.
18. Chu F, Cascella M. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome. *StatPearls. Treasure Island (FL)2022.*
19. Patel J, Marwaha R. Cannabis Use Disorder. *StatPearls. Treasure Island (FL)2022.*
20. Schier JG, Meiman JG, Layden J, Mikosz CA, VanFrank B, King BA, et al. Severe Pulmonary Disease Associated with Electronic-Cigarette-Product Use - Interim Guidance. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2019;68(36):787-90.

21. Hage R, Schuurmans MM. Suggested management of e-cigarette or vaping product use associated lung injury (EVALI). *J Thorac Dis.* 2020;12(7):3460-8.
22. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, et al. Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(4):426-34.
23. Stiles-Shields C, Archer J, Zhang J, Burnside A, Draxler J, Potthoff LM, et al. A Scoping Review of Associations Between Cannabis Use and Anxiety in Adolescents and Young Adults. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2021.
24. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ.* 2002;325(7374):1195-8.
25. Moreno-Mansilla S, Ricarte JJ, Hallford DJ. Cannabis use among early adolescents and transdiagnostic mental health risk factors. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2021;26(2):531-43.
26. Monshouwer K, S VAND, Verdurmen J, Bogt TT, R DEG, Vollebergh W. Cannabis use and mental health in secondary school children. Findings from a Dutch survey. *Br J Psychiatry.* 2006;188:148-53.
27. McGee R, Williams S, Poulton R, Moffitt T. A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction.* 2000;95(4):491-503.
28. Hall WD, Lynskey M. Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug Alcohol Rev.* 2005;24(1):39-48.
29. Lorenzetti V, Hoch E, Hall W. Adolescent cannabis use, cognition, brain health and educational outcomes: A review of the evidence. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2020;36:169-80.
30. Pope HG, Jr., Gruber AJ, Hudson JI, Cohane G, Huestis MA, Yurgelun-Todd D. Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug Alcohol Depend.* 2003;69(3):303-10.
31. Tamm L, Epstein JN, Lisdahl KM, Molina B, Tapert S, Hinshaw SP, et al. Impact of ADHD and cannabis use on executive functioning in young adults. *Drug Alcohol Depend.* 2013;133(2):607-14.
32. Fergusson DM, Poulton R, Smith PF, Boden JM. Cannabis and psychosis. *BMJ.* 2006;332(7534):172-5.
33. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *J Psychopharmacol.* 2005;19(2):187-94.
34. Di Forti M, Morgan C, Dazzan P, Pariante C, Mondelli V, Marques TR, et al. High-potency cannabis and the risk of psychosis. *Br J Psychiatry.* 2009;195(6):488-91.
35. Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry.* 2004;184:110-7.
36. Guttamannova K, Kosterman R, White HR, Bailey JA, Lee JO, Epstein M, Jones TM, Hawkins JD. The association between regular marijuana use and adult mental health outcomes. *Drug and Alcohol Dependence.* 2017;179:109-16.
37. Cass D, Flores-Barrera E, Thomases D, et al. CB1 cannabinoid receptor stimulation during adolescence impairs the maturation of GABA function in the adult rat prefrontal cortex. *Mol Psychiatry.* 2014;19:536-43.
38. Whitehill JM, Dille JA, Brooks-Russell A, Terpak L, Graves JM. Edible Cannabis Exposures Among Children: 2017-2019. *Pediatrics.* 2021;147(4).
39. Wang GS, Le Lait MC, Deakyn SJ, Bronstein AC, Bajaj L, Roosevelt G. Unintentional Pediatric Exposures to Marijuana in Colorado, 2009-2015. *JAMA Pediatr.* 2016;170(9):e160971.
40. Terry-McElrath YM, Patrick ME, O'Malley PM, Johnston LD. Self-reported perceived negative consequences of marijuana use among U.S. young adult users, 2008-2019. *Addict Behav.* 2022;124:107098.
41. Wang GS, Davies SD, Halmo LS, Sass A, Mistry RD. Impact of Marijuana Legalization in Colorado on Adolescent Emergency and Urgent Care Visits. *J Adolesc Health.* 2018;63(2):239-41.
- 42.ฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยรายใหม่และจำนวนสะสมของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพติดยา (F12.XX) ปีพ.ศ.2565 [updated 2022 November 16; cited 2022 November 16]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/>
43. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แอลกอฮอล์ในของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง ผลกระทบของกฎหมายกัญชาเสรีต่อสุขภาพเด็กและวัยรุ่น [updated 2022 June 10; cited 2022 November 16]. Available from: <https://www.thaipediatrics.org/?p=1606>.



Mahidol University
Faculty of Medicine
Siriraj Hospital



Siriraj
International Conference
in Medicine and Public Health

มา **อิน**
กันทั่วหน้า

formation
novation
tegration

19 -23 June, 2023

Srisavarindhira Bldg
Faculty of Medicine Siriraj Hospital

- รวมเรื่องต้องรู้สำหรับนักศึกษาแพทย์
แบบเต็มพิกัด
- เติมเต็มความมั่นใจให้กับแพทย์เวชปฏิบัติ
- Upskill & Update ความรู้เกี่ยวกับบุคลากร
ทางการแพทย์
- เนื้อหาเข้มข้น x 2 ตอบโจทย์ VUCA world

Scan & Register

