



การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาสมุนไพรตำราหลวง กับยาคาเฟออร์กอต (Cafergot®) ต่อการรักษาโรคไมเกรนในกลุ่มวัยทำงาน A Comparative Study of the Effectiveness and Safety of Pha Tam Ra Luang Medication and Cafergot® on the Treatment of Migraine in a Working Age Group

นิติรัตน์ มีกาย¹ ยงยุทธ วัชรตุลย์² ศุภลักษณ์ พักคำ² วุฒิชัย วิสุทธิพรต³

Nitirat Meekai¹ Yongyudh Vajaradul² Supalak Fakkham² Wudtichai Wisuitiprot³

¹นักศึกษาลัทธิศาสตร์ปรัชญาสุขภาพบัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

²มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

³วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สถาบันพระบรมราชชนก

¹Ph.D. Student Applied Thai Traditional Medicine Suan Sunandha Rajabhat University

²Suan Sunandha Rajabhat University

³Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Nitirat Meekai; Email: Nitirat@scphpl.ac.th

Received: March 4, 2021 Revised: March 21, 2021 Accepted: March 22, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาสมุนไพรตำราหลวงกับยาคาเฟออร์กอต (Cafergot®) ต่อการรักษาโรคไมเกรนในกลุ่มวัยทำงาน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 ถึง 59 ปี ผ่านการประเมินโรคไมเกรนจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นไมเกรนที่ไม่มีอาการเตือน (Migraine without aura) และไมเกรนที่มีอาการเตือน (Migraine with aura) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้มีอาการปวดไมเกรนระดับปานกลาง ถึงรุนแรงในโรงพยาบาลเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง จำนวน 35 คน และกลุ่มยาคาเฟออร์กอต จำนวน 35 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยก่อน และหลัง ของกลุ่มเดียวกันด้วยสถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของประสิทธิผลและความปลอดภัยระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t test ผลการศึกษาพบว่ายาสมุนไพรตำราหลวงมีฤทธิ์ในการช่วยลดอาการปวดลดระดับอาการปวด และลดระยะเวลาในการปวดศีรษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และเมื่อนำผลมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ด้านความปลอดภัยไม่พบอาการไม่พึงประสงค์หลังจากใช้ยา และค่าการทำงานของตับและไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการวิจัยยาสมุนไพรตำราหลวงสามารถเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยโรคไมเกรนได้

คำสำคัญ: กลุ่มวัยทำงาน; ยาสมุนไพรตำราหลวง; ยาคาเฟออร์กอต; โรคไมเกรน

A Comparative Study of the Effectiveness and Safety of Pha Tam Ra Luang Medication and Cafergot® on the Treatment of Migraine in a Working Age

Nitirat Meekai¹ Yongyudh Vajaradul² Supalak Fakkham² Wudtichai Wisuitiprot³

¹Ph.D. Student Applied Thai Traditional Medicine Suan Sunandha Rajabhat University

²Suan Sunandha Rajabhat University

³Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Nitirat Meekai; Email: Nitirat@scphpl.ac.th

Received: March 4, 2021 Revised: March 21, 2021 Accepted: March 22, 2021

Abstract

A comparative study of the effectiveness and safety of Pha Tam Ra Luang medication and Cafergot® for migraine was conducted in a group of working age people. This study was a quasi-experimental research study with a two-group pretest-posttest design. The sample included 70 participants aged 18–59 years who had been diagnosed by conventional medical doctors as migraineurs without aura and migraineurs with aura. The purposively selected sample was used to recruit migraine patients with moderate to severe pain at Wiang Nong Long Hospital in Lamphun Province. Thirty-five participants were assigned to the Pha Tam Ra Luang medication group and 35 were assigned to the Cafergot® group. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, mean, percentage, standard deviation. Effectiveness and safety before and after the experiment were compared using a paired t-test. A comparison of effectiveness and safety between groups was tested using an independent t-test. The results showed that the Pha Tam Ra Luang medication had an analgesic effect, decreased pain levels and reduced headache duration at a statistical significance of .001. A comparison of effectiveness and safety between groups was statistically significant at .05. In terms of safety, no adverse effects occurred after taking the medication. Liver and kidney function were within normal range. In conclusion, the study shows that Pha Tam Ra Luang medication can be an alternative for migraine

Keywords: working age group; pha tam ra luang medication; cafergot®; migraine



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไมเกรนจัดเป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิตระดับต้นของโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ไมเกรนเป็นภาวะความเจ็บป่วยชนิดหนึ่งที่ทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง¹ จากสถิติพบว่า ปัจจุบันความชุกในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคไมเกรนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 50 อยู่ในช่วงของวัยทำงาน(อายุระหว่าง 18–59 ปี) ในประเทศไทยจากการศึกษาความชุกของการปวดศีรษะแบบภาพตัดขวางของประชาชนภาคกลาง พบว่ามีประชาชนที่มีอาการปวดศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 17.40 สาเหตุการปวดศีรษะเกิดจากโรคไมเกรน คิดเป็นร้อยละ 30² จากผลการสำรวจโรคปวดศีรษะไมเกรนในจังหวัดกรุงเทพมหานครพบว่า มีความชุก คิดเป็นร้อยละ 29.10 พบในเพศหญิงร้อยละ 35.30 เพศชายร้อยละ 10.40 อาการของโรคไมเกรนจะเกิดร่วมกับอาการทางระบบประสาท และอาการทางระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยส่วนมากจะเกิดอาการไมเกรนครั้งแรกในช่วงอายุก่อน 30 ปี ในบางรายอาจมีอาการครั้งแรกในช่วงอายุ 40–50 ปี การวินิจฉัยโรคไมเกรนจะวิเคราะห์จากลักษณะของอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการอื่นที่เกิดขึ้น³

ด้านแนวทางการรักษาโรคไมเกรนทางแผนปัจจุบันยังไม่พบวิธีการรักษาให้หายขาดได้ทำได้เพียงการลดความถี่ของการเกิดไมเกรนหรือป้องกันไม่ให้เกิดอาการไมเกรนจะแบ่งการรักษาออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ยาบรรเทาอาการปวดศีรษะโดยใช้ยา เช่น ยาพาราเซตามอล, ยาแก้ปวดกลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: NSAIDs), ยากลุ่มทริปแทน (Triptan) และยากลุ่มเออร์กอต (Ergot) ได้แก่ คาร์เฟอกอท (Cafergot) กลุ่มที่ 2 ยาสำหรับป้องกันอาการปวดศีรษะเช่น ยาโพรพรานอลอล (Propranolol)⁴ อย่างไรก็ตามปัจจุบันจากรายงานการใช้ยาทั้ง 2 กลุ่มส่งผลกระทบต่อผู้ใช้ เช่น ปัญหาตึงกันจากการใช้ยา ergotamine หรือปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ergotamine กับยาอื่น⁵ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มหาทางเลือกเพื่อลดปัญหาดังกล่าวในการรักษานอกเหนือจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันยังมีการรักษาในรูปแบบการแพทย์ทางเลือก เช่น การรักษาด้วยวิธีการฝังเข็มตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทย การใช้ยาจากสมุนไพรไทย และการใช้หัตถการการแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นต้น จัดเป็นทางเลือกที่ช่วยให้อาการเจ็บป่วยจากโรคไมเกรนบรรเทาลง⁶

ด้านศาสตร์การแพทย์แผนไทย อาการโรคไมเกรนทางการแพทย์แผนไทยเรียกว่า โรคลมปะกัง หรือลมตะกังเกิดจากการติดขัดของลมอุจจิมควาตาในวโยธาตุที่พัดจากปลายเท้าขึ้นไปถึงศีรษะทำให้การไหลเวียนเลือด ลม เดินไม่สะดวก ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดศีรษะ ปวดเบ้าตา ปวดกระบอกตา ปวดขมับ อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย การวินิจฉัยอาการของโรคปวดศีรษะมีการกำหนดไว้ในพระคัมภีร์ชวตารตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ “ลม หมายถึง ธาตุอย่างหนึ่งในธาตุทั้ง 4 (ไฟ ลม น้ำ ดิน) ลม ยังใช้แทนคำว่าโรคได้ด้วยยังหมายถึงทางการเคลื่อนไหวของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาท” ในศาสตร์การแพทย์แผนไทยได้มีระบุไว้ในพระคัมภีร์ชวตารตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ชื่อว่า “ยาสุมพระตำราหลวง แก้มลมปะกังเอาชิงสด ๑ พลุแก ๑ ผักเสี้ยนผี ๑ กายาน ๑ อบเชย ๑ สุมแก้ปวดศีรษะ” ใช้แก้อาการโรคลมปะกังหรืออาการโรคไมเกรนด้วยวิธีการสุมแก้ปวดศีรษะจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาทางเภสัชวิทยาของสมุนไพรในตำรับยาสุมพระตำราหลวง⁷ จากการศึกษาของ Mohamad Hesam Shahrajabian et al.กล่าวว่าในทางการแพทย์แผนจีนชิงสด (*Zingiber officinale* Roscoe) ช่วยลดความเครียด⁸ จากการวิจัยของ Maghbooli et al. เรื่องการเปรียบเทียบการใช้ชิงสดรับประทานเทียบกับยา Sumatriptan หลังจากรับประทานไป 2 ชั่วโมง ยาทั้ง 2 ชนิด ช่วยลดอาการปวดหัวรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญประสิทธิภาพเหมือนกัน และยังช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ผลกระทบบางคลินิของชิงผ่นน้อยกว่า Sumatriptan ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความเต็มใจที่จะดำเนินการต่อไม่แตกต่างกัน⁹ จากการวิจัยของ Salehi et al.¹⁰ กล่าวว่ามีการใช้พลูแก (*Piper wallichii* Miq.) ในการแพทย์แผนจีนเพื่อช่วยระบบไหลเวียนเลือด ที่เชื่อกันว่ามีตัวยาคือช่วยต้านเกล็ดเลือด และจากการวิจัยของ Jeyaraj Anburaj et al.¹¹ กล่าวว่าผักเสี้ยนผี (*Cleome viscosa* L.) ช่วยอาการอาเจียน และอาการปวดหัวได้ จากการทบทวนวรรณกรรมยาสุมพระตำราหลวงมีความเป็นไปได้ที่จะใช้ในการรักษาอาการของโรคไมเกรน



จากเหตุผลข้างต้นด้วยปัญหาของโรคไมเกรนที่ส่งผลกระทบต่อทั้งบุคคลความรุนแรงที่เกิดขึ้นในบางรายอาจเป็นมากถึงขั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ประกอบกับปัญหาการใช้ยาอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลกระทบยาวต่อผู้ใช้ยาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มือเท้าชา ใจสั่น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ปัจจุบันยังไม่พบหรือมีรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาตำราหลวงในการลดอาการไมเกรน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาทางเลือกที่จะมาช่วยลดปัญหาดังกล่าว การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาสมุนไพรตำราหลวงกับยาคาเฟอริกอต (Cafertog[®]) ต่อการรักษาโรคไมเกรนในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อเป็นทางเลือกให้กับการรักษาโรคไมเกรน และยังเป็น การนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาศึกษาวิจัยเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการรักษา และเป็นแนวทางการรักษาให้กับแพทย์แผนไทยในประเทศต่อไปตามแนวทางการพัฒนาของประเทศ และเป็นการน้อมนำแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เพื่อให้คนไทยได้พึ่งตนเองลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศและเป็นการสืบสานภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของยาสมุนไพรตำราหลวงเปรียบเทียบกับยาคาเฟอริกอต (Cafertog[®]) ต่อการรักษาโรคไมเกรนในกลุ่มวัยทำงาน
2. เพื่อศึกษาความปลอดภัยของยาสมุนไพรตำราหลวงต่อการรักษาโรคไมเกรนในกลุ่มวัยทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาสมุนไพรตำราหลวงกับยาคาเฟอริกอต (Cafertog[®]) ต่อการรักษาโรคไมเกรนในกลุ่มวัยทำงาน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อน และหลัง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคไมเกรนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ลักษณะไมเกรนไม่มีอาการเตือน (migraine without aura) และไมเกรนที่มีอาการเตือน (migraine with aura) ที่มีระดับการปวดไมเกรนตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ป่วยโรคไมเกรนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ลักษณะไมเกรนไม่มีอาการเตือน (migraine without aura) และไมเกรนที่มีอาการเตือน (migraine with aura) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ที่มีการปวดไมเกรนตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงของโรงพยาบาลเวียงทองหล่อ จังหวัดลำพูน ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2563–28 กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน

การคำนวณกลุ่มประชากรผู้วิจัยได้ใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) = .80 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (effect size) ประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของกลาส¹² การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยเรื่องประสิทธิผลการรักษาด้วยวิธีผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบันในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนชนิดมีและไม่มีอาการเตือน¹³ ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกันนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{จากสูตร } d &= \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C} \\ d &= \frac{2.52 - 3.03}{.61} \\ d &= .84 \end{aligned}$$



จากการคำนวณนำค่าขนาดอิทธิพล (effect size)=.84 มาประมาณขนาดตัวอย่างจากตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานสองทาง ที่ $\alpha=.05$ and power analysis=.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 20 คน ป้องกันการสูญหายเก็บเพิ่มเป็นกลุ่มละ 35 คน จากการคำนวณกลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับจำนวน 70 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน และเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไมเกรนตามเกณฑ์การวินิจฉัยโดยผู้เข้าร่วมเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย อายุระหว่าง 18 ถึง 59 ปี ประเมินโดยแพทย์แผนปัจจุบัน
2. ไม่เคยได้รับการรักษาโรคไมเกรนแบบ Prophylactic treatment มาก่อน
3. มีจำนวนของอาการปวดศีรษะโรคไมเกรนอย่างน้อย 15 ครั้งต่อเดือนขึ้นไป
4. สามารถลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการทำการศึกษาวิจัย
5. ไม่มีโรคทางระบบประสาทหรืออื่น ๆ ที่มีผลต่ออาการปวดศีรษะ (secondary headache)
6. ไม่เป็นผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนเรื้อรัง (มีอาการปวดมากกว่า 15 วันต่อเดือนติดต่อกัน 3 เดือนขึ้นไป)
7. ไม่รับประทานยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อมา ภายใน 12 ชม. ก่อนหน้านี้
8. ไม่มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส
9. ไม่มีบริเวณที่เกิดการบาดเจ็บภายในช่วง 48 ชั่วโมง หรือบริเวณที่กระดูกเสื่อม แตก หัก ปรี ร้าว
10. ไม่มีความดันโลหิตสูง (systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg/ diastolic สูงกว่า/เท่ากับ 90 mmHg)
11. ไม่มีบริเวณที่ผ่าตัดในระยะเวลา 1 เดือน บริเวณที่มีหลอดเลือดดำอักเสบ (deep vein thrombosis)
12. ไม่มีการติดเชื้อเฉียบพลัน จิตไม่สมประกอบ ไม่เป็นโรคกระเพาะอาหาร ไม่เป็นโรคตับ
13. ไม่มีประวัติประจำเดือนขาดหายมากกว่า 3 เดือนหรืออยู่ในระยะตั้งครรภ์

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (exclusion criteria)

1. แพ้ยาสมุนไพรระหว่างการดำเนินการวิจัย
2. มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียสระหว่างการดำเนินการวิจัย
3. ขอดถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย
4. มาเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน และวิธีการในการออกแบบเครื่องมือวิจัย ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. ยาสมุนไพรตำราหลวงผู้วิจัยทำการปรุงยาสมุนไพรตำราหลวงตามพระคัมภีร์ชวดารตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ทำการตรวจสอบความถูกต้องขอขาดด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทยจำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินการปรุงยาสมุนไพรตำราหลวงผ่านตรงกันทั้ง 3 ท่าน
2. ยาคาเฟอร์กอต (Cafegot®) เป็นยาที่จำหน่ายให้ผู้ป่วยโรคไมเกรนในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินผลการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพได้แก่ แบบประเมินระดับการปวด (visual analog scale: VAS) แบบประเมินระดับอาการปวด (present pain intensity) และแบบประเมินระยะเวลาในการปวดศีรษะ เครื่องมือประเมินความปลอดภัย

ได้แก่ แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ และแบบประเมินผลการตรวจเลือดโดยผู้วิจัยทำการดัดแปลงแบบประเมินระดับการปวด (visual analog scale:VAS) จากงานวิจัยของ Peter V. Butler¹⁴ และผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับอาการปวด (present pain intensity) แบบประเมินระยะเวลาในการปวดศีรษะ แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ และแบบประเมินผลการตรวจเลือด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติครอบครัวเป็นไมเกรน และประวัติโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้มีอาการไมเกรน สาเหตุส่งเสริมให้มีอาการปวดศีรษะไมเกรน สภาวะแวดล้อม การรับประทานยาบรรเทาอาการปวดศีรษะไมเกรน การบำบัดด้วยหัตถการอื่นที่ไม่ใช่ยา ความรู้สึกต่ออาการปวดไมเกรนเป็นข้อคำถามแบบตัวเลือก และอาการที่เกิดขึ้นร่วมกับอาการปวดศีรษะเป็นแบบข้อคำถามปลายเปิด

ตอนที่ 2 แบบประเมินประสิทธิผลของการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินระดับการปวด (visual analog scale: VAS) ผู้เข้าร่วมวิจัยทำการประเมินระดับความเจ็บปวดโดยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงตามแนวนอนความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 0 ถึง 10 โดยระดับ 0 อยู่ด้านซ้ายสุดแปลผลว่าไม่มีอาการปวด (no pain) อยู่ด้านขวาสุดแปลผลว่าปวดมากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับอาการปวด (present pain intensity) เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 6 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดพอรำคาญ ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต ปวดจนทุกข์ทรมาน และปวดมากจนทนไม่ได้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระยะเวลาในการปวดศีรษะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 6 ตัวเลือก ได้แก่ น้อยกว่า 30 นาที 30 นาที - 1 ชั่วโมง 1-2 ชั่วโมง 2-3 ชั่วโมง 3-4 ชั่วโมง และมากกว่า 4 ชั่วโมงขึ้นไป

ตอนที่ 3 แบบประเมินความปลอดภัย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลการตรวจเลือดแสดงค่าการทำงานของตับและไต โดยกำหนดให้นักเทคนิคการแพทย์คนเดียวกันตรวจทุกครั้ง โดยใช้เครื่องมืออุปกรณ์ของโรงพยาบาล ตรวจ Liver function test ได้แก่ AST, (SGOT), ALT (SGPT) และ Renal function test ได้แก่ BUN, Creatinine, Urine albumin

การสร้างและทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์นำเครื่องมือซึ่งปรับปรุงแก้ไขแล้ว เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence:IOC) ในการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง .67-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (reliability) นำแบบสอบถามที่แก้ไขฉบับสมบูรณ์แล้วไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง นำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์(cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพค่า แบบประเมินระดับการปวด (visual analog scale:VAS) แบบประเมินระดับอาการปวด (present pain intensity) และแบบประเมินระยะเวลาในการปวดศีรษะ ได้ค่าประเมินเท่ากับ .80 .81 .80 .91 ตามลำดับ



การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยได้เสนอเค้าโครงวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยโรงพยาบาลจังหวัดลำพูนเพื่อพิจารณา และได้รับการอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ งานวิจัยหมายเลขโครงการวิจัย Ethic LPN 37/2563 ลงวันที่ 10 สิงหาคม 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียงหนองล่องเพื่อขออนุมัติใช้พื้นที่ และบุคลากรในหน่วยงาน ในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติ
2. ผู้วิจัยทำการประสานงานกับผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย และนักเทคนิคการแพทย์ของโรงพยาบาลเวียงหนองล่อง จำนวน 4 คน เพื่อชี้แจงการดำเนินการวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูลการวิจัย การใช้เครื่องมือประเมินผลก่อน และหลังการทดลอง
3. ผู้วิจัยทำการกำหนดลำดับของอาสาสมัครวิจัยด้วยวิธีการสุ่มแบบการสุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (แทนด้วย A) และกลุ่มควบคุม (แทนด้วย B) ทำการสุ่มเป็นบล็อก (block randomization) โดยเลือกบล็อก 4 และสุ่มออกมาใน 6 รูปแบบ ดังนี้ 1) AABB 2) BBAA 3) ABAB 4) BABA 5) ABBA และ 6) BAAB หลังจากนั้นจะจับฉลากเพื่อกำหนดว่ารูปแบบใดจะเป็นลำดับที่ 1-6 เพื่อวางลำดับการเข้ากลุ่มของผู้ป่วย 24 คนแรกไปตามลำดับจนครบจำนวน
4. อาสาสมัครได้รับการเจาะเลือดก่อน และหลังการวิจัย 2 ชั่วโมง โดยนักเทคนิคการแพทย์ทำการเก็บผลเลือดตามค่าที่ต้องการใช้ในการศึกษาวิจัย และไม่มีเปิดเผยผลการตรวจเลือด นอกจากที่ได้แจ้งไว้ในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย
5. อาสาสมัครกลุ่มทดลองจะได้รับการสุ่มยาพระตำราหลวงผู้ช่วยนักวิจัยจะทำการตมน้ำปริมาตร 1,000 มิลลิลิตร จนเดือดที่อุณหภูมิ 100 องศาเซลเซียส เทใส่ลงไปในสมุนไพรประกอบด้วย ขิงสด พริกแห้ง ผักเสี้ยน กายาน และอบเชย อย่างละ 1 กรัม อาสาสมัครกลุ่มทดลองสุ่มยาพระตำราหลวงเป็นระยะเวลา 10 นาที
6. อาสาสมัครกลุ่มควบคุมได้รับยาคาเฟอริกอด (Cafegot®) ที่สั่งโดยแพทย์แผนปัจจุบันประเมินหลังทาน 2 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง
7. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลประเมินก่อน และหลังการทดลองนำข้อมูลวิเคราะห์ผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยก่อน และหลัง ของกลุ่มเดียวกัน ด้วยสถิติ paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของประสิทธิผลและความปลอดภัยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 80 เพศชาย จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 20 อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุเฉลี่ย=36.93 SD=10.44 ประวัติครอบครัวเป็นไมเกรนส่วนมากไม่มี จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 94.30 ประวัติโรคประจำตัวส่วนมากไม่มี จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 75.70 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

รายการ	กลุ่มยาสูบพระตำราหลวง(n=35)		กลุ่มยาสูบเฟอร์กอต(n=35)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	4	11.4	10	28.60
- หญิง	31	88.6	25	71.40
อายุ				
- 18 – 29	8	22.86	16	45.71
- 30 – 44	14	40.00	12	34.29
- 45 – 59	13	37.14	7	20.00
สถานภาพ				
- โสด	10	28.6	8	22.90
- สมรส	21	60.0	27	77.10
- หย่าร้าง	1	2.9	0	.00
อาชีพ				
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	28.57	1	2.86
- ข้าราชการ	5	14.29	9	25.71
- เกษตรกร	6	17.14	5	14.29
- ค้าขาย	14	40.00	7	20.00
- รับจ้าง	0	.00	5	14.29
- อื่น ๆ	10	28.57	0	.00
ระดับการศึกษา				
- ไม่ได้เรียน	2	5.7	0	.00
- ประถม	12	34.3	8	22.90
- มัธยม	10	28.6	14	40.00
- ปริญญาตรี	2	5.7	11	31.40
- สูงกว่าปริญญาตรี	8	22.9	2	5.7
รายได้ (บาท)				
- ไม่เกิน 5,000	8	22.9	8	22.90
- 5,001 – 10,000	15	42.9	9	25.70
- 10,001 – 15,000	5	14.3	11	31.40
- 15,001 – 20,000	6	17.1	7	20.00
- มากกว่า 20,001	1	2.9	0	.00
ประวัติครอบครัวเป็นไมเกรน				
- ไม่มี	31	88.6	35	100.00
- มี	4	11.4	0	.00
ประวัติโรคประจำตัว				
- ไม่มี	35	100.00	35	100.00
- มี	0	.00	0	.00



ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ

ปัจจัยด้านที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้มีอาการไมเกรน พบว่า การนอนหลับน้อยหรือมากเกินไป คิดเป็นร้อยละ 77.10
สภาวะแวดล้อมที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้มีอาการปวดศีรษะไมเกรน พบว่า อากาศร้อนจัด/เย็นจัด/อากาศเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 70

การรับประทานยาบรรเทาอาการปวดศีรษะไมเกรน พบว่า ส่วนมากรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการไมเกรน คิดเป็นร้อยละ 75.70 ได้แก่ paracetamol และ ibuprofen

การบำบัดด้วยหัตถการอื่นที่ไม่ใช่ยา พบว่า ส่วนมากไม่บำบัด คิดเป็นร้อยละ 57.10

ความรู้สึกล่อการปวดไมเกรน พบว่า ส่วนมากรู้สึกหงุดหงิด ทุกข์ทรมาน คิดเป็นร้อยละ 77.10

อาการที่เกิดขึ้นก่อนการปวดศีรษะก่อนการใช้ยา ส่วนมากกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวงเป็นอาการคลื่นไส้ อยู่ในระดับน้อย กลุ่มยาคาเฟอีนก่อเป็นอาการคลื่นไส้ และกลัวแสงอยู่ในระดับน้อยดังตารางที่ 2
ตารางที่ 2 อาการที่เกิดขึ้นก่อนการปวดศีรษะก่อนการใช้

ลำดับ	อาการ	กลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง(n=35)			กลุ่มยาคาเฟอีนก่อ(n=35)		
		$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1.	คลื่นไส้	1.97	1.18	น้อย*	1.77	1.03	น้อย*
2.	อาเจียน	1.51	.74	ไม่มี	1.57	.85	ไม่มี
3.	กลัวแสง	1.54	.56	ไม่มี	1.83	.75	น้อย*
4.	กลัวเสียง	1.23	.60	ไม่มี	1.46	.95	ไม่มี
5.	มองเห็นผิดปกติ	1.14	.49	ไม่มี	1.34	.68	ไม่มี
6.	ปวดท้องท้องเดิน	1.00	.00	ไม่มี	1.11	.40	ไม่มี
7.	แขนขาอ่อนแรง	1.09	.37	ไม่มี	1.20	.47	ไม่มี

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของการวิจัยก่อนและหลังใช้ยา

ส่วนที่ 1 แบบประเมินระดับการปวด (Visual analog scale:VAS)

ระดับความเจ็บปวด(visual analog scale:VAS) ของกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอีนก่อ 3 ระยะ ก่อนการใช้ยา หลังใช้ยา 2 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง พบว่า ยาสมุนไพรตำราหลวง และยาคาเฟอีนก่อ มีระดับการปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังได้รับยา ในกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอีนก่อ

ระดับความเจ็บปวด (VAS)	Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	95% Confidence Interval of the Difference				
			Lower	Upper			
ยาสมุนไพรตำราหลวง							
ก่อน - หลัง 2 ชั่วโมง	3.11	1.71	2.53	3.70	10.768	34	<.001**
ก่อน - หลัง 6 ชั่วโมง	5.29	1.23	4.86	5.71	25.497	34	<.001**
ยาคาเฟอีนกอด							
ก่อน - หลัง 2 ชั่วโมง	1.43	1.93	.77	2.09	4.380	34	<.001**
ก่อน - หลัง 6 ชั่วโมง	3.40	1.87	2.76	4.04	10.779	34	<.001**

**p<.001



ระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอริกอด

การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด (visual analog scale : VAS) ของกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอริกอด 3 ระยะ ก่อนการให้ยา หลังให้ยา 2 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ระดับการปวดก่อนให้ยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ .05 หลังจากให้ยาไปแล้ว 2 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง ระดับการปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนที่ 2 ระดับอาการปวด (present pain intensity)

ระดับอาการปวด (present pain intensity) ก่อนการให้ยา และหลังให้ยาทั้ง 2 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอริกอดก่อนการให้ยา และหลังให้ยาทั้ง 2 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับอาการปวดของกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอริกอด

ระดับอาการปวด (Present pain Intensity)	Paired Differences		95 % Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Lower	Upper			
ยาสมุนไพรตำราหลวง							
ก่อน - หลัง 2 ชั่วโมง	2.26	.61	2.05	2.47	21.861	34	<.001**
ก่อน - หลัง 6 ชั่วโมง	3.06	.64	2.84	3.28	28.301	34	<.001**
ยาคาเฟอริกอด							
ก่อน - หลัง 2 ชั่วโมง	2.03	.79	1.76	2.30	15.281	34	<.001**
ก่อน - หลัง 6 ชั่วโมง	2.57	.81	2.29	2.85	18.671	34	<.001**

**p<.001

ระดับอาการปวดระหว่างกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอริกอด

การเปรียบเทียบระดับอาการปวด (present pain intensity) ของกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอริกอด ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ก่อนการให้ยา และหลังจากให้ยา 2 ชั่วโมงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังจากให้ยา 6 ชั่วโมงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนที่ 3 ระยะเวลาในการปวดไม่เกรน

ระยะเวลาของอาการปวดไม่เกรนก่อนการให้ยา และหลังให้ยา พบว่า กลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวงเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และกลุ่มยาคาเฟอริกอดเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระยะเวลาของอาการปวดไม่เกรนของกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอริกอด

ระยะเวลาของ อาการปวดไมเกรน ก่อน - หลังให้ยา	Paired Differences		95% Confidence Interval of the Difference				Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Lower	Upper	t	df	
ยาสมุนไพรตำราหลวง	1.63	2.33	.83	2.43	4.140	34	<.001**
ยาคาเฟอริกอด	-.03	1.93	-.69	.64	-.087	34	.931

**p<.01



ระยะเวลาของอาการปวดไมเกรนระหว่างกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอริกอต

การเปรียบเทียบระยะเวลาของอาการปวดไมเกรนก่อน และหลังใช้ยาของกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอริกอต ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ก่อนใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และหลังใช้ยาลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ตอนที่ 3 ความปลอดภัยก่อนและหลังใช้ยา

ส่วนที่ 1 อาการไม่พึงประสงค์

จากการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มยาคาเฟอริกอตผู้เข้าร่วมวิจัย 1 คนหลังจากรับประทานยา 30 นาที มีอาการคลื่นไส้และเวียนศีรษะ โดยอาการดังกล่าวลดลงหลังจากนอนพัก 15 นาที กลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวงไม่พบอาการไม่พึงประสงค์หลังจากการใช้ยา

ส่วนที่ 2 การทำหน้าที่ของตับ และไต

ผลการเจาะเลือดตรวจการทำงานที่ของตับ และไตก่อนการใช้ยา และหลังการใช้ยา 2 ชั่วโมง ของกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง พบว่า ค่าผลเลือด ALT/SGPT BUN Creatinine Urine albumin และ AST/SGOT แผลผลอยู่ในค่าปกติทั้งก่อนและหลังการใช้ยา ทั้งกลุ่มที่ได้รับยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มที่ได้รับยาคาเฟอริกอตดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การทำหน้าที่ของตับ และไตก่อนการใช้ยา และหลังการใช้ยา 2 ชั่วโมง ของกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอริกอต

รายการ	ก่อนใช้ยา		แปลผล	หลังการใช้ยา		แปลผล
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD	
ยาสมุนไพรตำราหลวง						
AST/SGOT	17.25	5.72	ปกติ	18.71*	5.96	ปกติ
ALT/SGPT	19.77	8.37	ปกติ	21.88*	8.42	ปกติ
BUN	14.25	2.90	ปกติ	12.96	2.68	ปกติ
Creatinine	.81	.08	ปกติ	.71	.07	ปกติ
Urine albumin	4.20	.51	ปกติ	4.05	.48	ปกติ
ยาคาเฟอริกอต						
AST/SGOT	17.57	4.15	ปกติ	19.22*	4.43	ปกติ
ALT/SGPT	19.74	7.70	ปกติ	22.34*	8.46	ปกติ
BUN	13.20	3.11	ปกติ	12.28	3.16	ปกติ
Creatinine	.80	.11	ปกติ	.73	.11	ปกติ
Urine albumin	4.29	.57		4.18	.56	ปกติ



อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาสมุนไพรตำราหลวงกับยาคาเฟอริกอต (Cafergot®) ต่อการรักษาโรคไมเกรนในกลุ่มวัยทำงานพบว่า อาสาสมัครวิจัยที่มีอาการไมเกรนส่วนมากเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Peterlin et al.¹⁵ ที่กล่าวว่าเพศมีผลต่อการเกิดโรคไมเกรนส่วนมากเกิดในเพศหญิง ผลการประเมินอาสาสมัครวิจัยส่วนมากบรรเทาอาการปวดไมเกรนด้วยการรับประทานยา สอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรวิสัย เมืองทอง และคณะ¹⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไมเกรนส่วนมากบรรเทาอาการด้วยการรับประทานยา การประเมินประสิทธิผลพบว่าระดับความเจ็บปวด (Visual Analog Scale:VAS) ระดับการปวด และระยะเวลาในการปวดไมเกรนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 เนื่องจากตำรายามีส่วนผสมของสมุนไพรประกอบด้วย ชิง Zingiber officinale Roscoe. สอดคล้องกับการวิจัยของ Mehdi Maghbooli et al.¹⁷ ผักเสี้ยนผี Cleome viscosa L. สอดคล้องกับการวิจัยของ Jeyaraj ANBURAJ et al.¹⁸ กล่าวว่าสมุนไพรทั้ง 2 ชนิด มีฤทธิ์ในการช่วยลดอาการของโรคไมเกรน อาการปวดศีรษะ และอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ และอบเชย Cinnamomum spp. สอดคล้องกับการวิจัยของ Reyhaneh Sohrabi et al.¹⁹ จากการศึกษาน้ำมันหอมระเหยของอบเชยพบว่า มีสาร Benzenepropanal มีฤทธิ์ช่วยแก้อาการปวดศีรษะได้ และจากการวิจัยยาสมุนไพรตำราหลวงมีความปลอดภัยในการใช้รักษาอาการไมเกรนพบว่า จากผลการเจาะเลือดกลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวง และกลุ่มยาคาเฟอริกอต ค่าผลเลือด ALT/SGPT AST/SGOT BUN Creatinine และUrine albumin แปลผลอยู่ในค่าปกติ และด้านการไม่พึงประสงค์ พบว่า กลุ่มยาคาเฟอริกอต ผู้เข้าร่วมวิจัย 1 คน หลังจากรับประทานยามีอาการคลื่นไส้ และเวียนศีรษะ กลุ่มยาสมุนไพรตำราหลวงไม่พบอาการไม่พึงประสงค์หลังจากการใช้ยา สอดคล้องกับข้อควรระวังเมื่อใช้ยา Cafergot® ที่ส่งผลต่อการกระตุ้น Dopamine2-receptor ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน²⁰⁻²¹ จากการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างยาสมุนไพรตำราหลวงกับยา Cafergot® ด้านประสิทธิผลพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

จากการศึกษาสมุนไพรตำราหลวงมีฤทธิ์ในการช่วยลดอาการของโรคไมเกรน อาการไม่พึงประสงค์หลังจากรับประทานยา ยาสมุนไพรตำราหลวงสามารถเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยโรคไมเกรนได้ เพิ่มความเชื่อมั่นในการรักษา และเป็นแนวทางการรักษาให้กับแพทย์แผนไทยในประเทศต่อไปตามแนวทางการพัฒนาของประเทศ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วย
2. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และสร้างความมั่นใจในการใช้ยาสมุนไพรให้กับสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาไมเกรนแบบเฉียบพลันควรมีการศึกษาในไมเกรนแบบเรื้อรังเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลต่ออาการไมเกรนทุกประเภท
2. จากงานวิจัยควรพัฒนายาสมุนไพรตำราหลวงให้มีรูปแบบที่ใช้อย่างขึ้นสะดวกต่อการนำไปใช้
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มในกลุ่มประชากรที่หลากหลายทุกช่วงอายุ

References

1. World Health Organization. Headache disorders. World Health Organization. [Internet].2016 [cited 2020 April 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
2. Phanthumchinda K, Kamolratanakul P. Prevalence of primary headache in central region of Thailand: a cross sectional survey. Bulletin Neurological Society of Thailand 2000;16 Suppl 1:12-3.(in Thai).
3. American Headache Society. The American Headache Society position statement on integrating new migraine treatments into clinical practice. J Headache 2019;59:1-18.



4. Drug Information Service. Knowledgeable migraine headaches. Bumrungrad Hospital. [Internet].2020 [cited 2020 April 25]. Available from: <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/february-2020/migraine-headache>.(in Thai).
5. Supatat Reunawat. Migraine pain watch out for ergotamine antagonists. Faculty of Pharmacy Mahidol University.[Internet].2015 [cited 2020 April 25]. Available from:<https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/295/%E0%B8%9B%E0%B8%A7%E0%B8%94%E0%B9%84%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%99-ergotamine/>.(in Thai).
6. Thai traditional knowledge. Migraine treatment with herbal medicine. Kanchanaphisek Medical Center Mahidol University. [Internet].2015 [cited 2020 April 13]. Available from: <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/ttm/migrain/>.(in Thai).
7. Phisanu Prasatwetch. Pha-Kam-Pree-Chuaw-Wa-Dann. In: Phisanu Prasatwetch, editors. Bangkok Thai Language Institute of Ministry of Education;1999.256-7.(in Thai).
8. Shahrajabian MH, Sun W, Cheng Qi. The power of natural Chinese medicine ginger and ginseng root in an organic life. Middle-East J of Scientific Research 2019;27(1):64-71.
9. Maghbooli M, Golipour F, Moghimi EA, Yousefi M. Comparison between the efficacy of ginger and Sumatriptan in the ablative treatment of the common migraine. Phytotherapy Research 2013;28(3):412-5.
10. Bahare Salehi, Zainul Amiruddin Zakaria, Rabin Gyawali, Salam A. Ibrahim, Jovana Rajkovic, Zabta Khan Shinwari, et al. Piper species: a comprehensive review on their phytochemistry biological activities and applications. Molecules 2019;24(7):65-6.
11. Jeyaraj A, Singh CR, Sundarraj S, Kannan S. In vitro regeneration of Cleome viscosa an important medicinal herb. Journal of Cell and Molecular Biology 2011;9(1):37-44.
12. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health;2017.
13. Makron Limudomporn, Pakakrong Kwankhao, Buntam Kitniyom, Pawatsara Kampheratham, Napatchaya Kessara, Chalalai Chokdeesrijan, et al. Effectiveness of Thai massage integrated into standard treatment for patients with migraine with or without aura. Journal of Health Science Research 2018;12(2):78-87.(in Thai).
14. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing Practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2008.
15. Butler PV. Linear analogue self-assessment and procrustean measurement: a critical review of visual analogue scaling in pain assessment. J Clin Psychol Med Setting 1997;4(1):111-29.
16. Peterlin BL, Gupta S, Ward TN, MacGregor A. Sex matters: evaluating sex and gender in migraine and headache research. Journal of Head and Face Pain 2011;51(6):839-42.
17. Muangthong P, Kongsaktrakul D, Visudtibhan A, Chansatitporn N,. Predicting factors of quality of life among secondary and high school students with migraine symptoms. Journal of Nursing M, and Health Care 2018;36(1):145-53.(in Thai).
18. Maghbooli M, Golipour F, Moghimi AM, Esfandabadi, Yousefi M,. Comparison between the efficacy of ginger and sumatriptan in the ablative treatment of the common migraine. J Phytotherapy Research 2014; 28:412-15.



19. Sohrabi R, Pazgoohan N, Seresht HR, Amin B,. Repeated systemic administration of the cinnamon essential oil possesses anti-anxiety and anti-depressant activities in mice. Iranian Journal of Basic Medical Sciences 2017;20(6):708-14.
20. Karen E. Wells, David L. Steed, Albert B. Zajko, Marshall W. Recognition and treatment insufficiency from Cafergot of arterial. Journal of Vascular Surgery 1986;4(1):8-15.
21. Kritsamphan C, Phichit N,. Ergotamine tartrate in treatment Acute Migraine Headache. School of Pharmaceutical Sciences [Internet].2020 [cited 2020 April 25]. Available from: [http://www.pharmacy.up.ac.th/PHAR1/Newsletter/Medical%20personnel/may-june.59/1.\(in Thai\).](http://www.pharmacy.up.ac.th/PHAR1/Newsletter/Medical%20personnel/may-june.59/1.(in Thai).)