

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลและความปลอดภัยด้านคลินิกของน้ำมันกัญชาในผู้ป่วยที่มารับบริการ
คลินิกกัญชาทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง
ในจังหวัดอุบลราชธานี

สุรียนต์ มิ่งขวัญ^{1*}

¹ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

*ผู้รับผิดชอบการติดต่อ E-mail: suriyon.ming@gmail.com

Received date: May 31, 2025; Revised date: August 20, 2025; Accepted date: December 25, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการแทรกแซงนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยด้านคลินิกของน้ำมันกัญชาในผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 ราย เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมิน EQ-5D-5L แบบประเมินคะแนนสุขภาพทางตรง (VAS) แบบประเมินอาการไม่สุขสบาย (ESAS) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (T-PSQI) แบบบันทึกข้อมูลกัญชาทางการแพทย์ (C-MOPH) บันทึกข้อมูลก่อนใช้น้ำมันกัญชา (แรกรับ) ติดตามในวันที่ 30 หลังใช้น้ำมันกัญชาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon Signed Ranks test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร้อยละ 55 และเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดร้อยละ 45 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.50 อายุเฉลี่ย 61.88 ± 10.27 ปี มารับบริการด้วยอาการปวดเรื้อรัง อาการเบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ หลังใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ประมาณ 30 วัน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ 5 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาการไม่สุขสบายโดยเฉพาะอาการปวด ($p = 0.004$) และเบื่ออาหาร ($p < 0.001$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ คือ อาการปากแห้งและคอแห้ง ดังนั้นการใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์อย่างเหมาะสมภายใต้การดูแลของแพทย์หรือแพทย์แผนไทยผู้มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมไทย เป็นทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีปัญหาด้านอาการปวดเรื้อรัง หรือเบื่ออาหาร โดยไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง

คำสำคัญ: ประสิทธิผลและความปลอดภัย, น้ำมันกัญชาทางการแพทย์, คลินิกกัญชาทางการแพทย์

The clinical effectiveness and safety of cannabis oil in patients attending a medical cannabis clinic at a tertiary hospital in Ubon Ratchathani

Suriyon Mingkwan^{1*}

¹ Thai Traditional and Alternative Medicine Division, Detudom Crown Prince Hospital

*Corresponding Author E-mail: suriyon.ming@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental, pre- and post-intervention study aimed to study the clinical efficacy and safety of cannabis oil in patients attending a medical cannabis clinic at a tertiary hospital in Ubon Ratchathani Province. A total of 40 subjects were included. Data were collected between May 1, 2024, and April 30, 2025. The study instrument included the EQ-5D-5L assessment form, the Direct Health Score Assessment (VAS), the Discomfort Symptoms Assessment Form (ESAS), the Thai Sleep Quality Assessment Form (T-PSQI), and the Medical Marijuana Data Record Form (C-MOPH). Data were recorded before using cannabis oil (first admission) and followed up on days 30 after using cannabis oil. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon Signed Ranks test, with statistical significance set at the .05 level. The research results found that the sample group consisted of 55% end-stage cancer patients and 45% cancer patients receiving chemotherapy. The majority were female (72.50%) with an average age of 61.88 ± 10.27 years. They received services with chronic pain, anorexia, and insomnia. After using medical cannabis oil for approximately 30 days, patients had a statistically significant increase in quality of life in five health dimensions ($p < 0.05$). Symptoms of discomfort, especially pain ($p = 0.004$) and loss of appetite ($p < 0.001$), were statistically significantly reduced. Common side effects include dry mouth and throat, so use medical cannabis oil appropriately under the supervision of a doctor or a licensed Thai traditional medicine practitioner. It is an alternative to improve the quality of life and reduce discomfort for patients, especially those with end-stage cancer patients who have chronic pain or loss of appetite, without any serious side effects.

Keywords: Effectiveness and safety, Medical cannabis oil, Medical cannabis clinic

บทนำ

กัญชาเดิมเป็นพืชที่อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษถูกกำหนดให้เป็นยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 โดยเด็ดขาด ไม่ว่าจะเป็นการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ก็ตามส่งผลให้ไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ภายหลังในปีพ.ศ.2562 ได้ปรับแก้ พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) สำคัญ คือ ตามพระราชบัญญัตินี้ กำหนดมาตรการในการควบคุมยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสอดคล้องตามหลักสากล ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 ที่ผ่านมาโดยอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา⁽¹⁾ และจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 ลงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ที่ได้ประกาศให้กัญชาเป็นสมุนไพรควบคุมที่มีค่าต่อการศึกษารวบรวม หรือมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบันประกอบกับได้มีการปรับเปลี่ยนระบบการกำกับดูแลกัญชาจากยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 เป็นสมุนไพรควบคุมซึ่งในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านดังกล่าว ควรมีการควบคุมไม่ให้นำกัญชาเฉพาะส่วนที่เป็นช่อดอกไปใช้ในทางที่ผิดวัตถุประสงค์ของการคุ้มครองและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร⁽²⁾ สำหรับสารสำคัญที่พบในกัญชามีหลายชนิด แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มตามโครงสร้างทางเคมี คือ Cannabinoids, Terpenoids และ Flavonoids โดยสารที่พบกลุ่มใหญ่ คือ Cannabinoids ซึ่งมีสารออกฤทธิ์ Delta-9-THC และ Dronabinol ที่มีฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ส่วนอีกชนิดหนึ่ง คือ Cannabidiol (CBD) ซึ่งไม่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท⁽³⁾

คุณสมบัติของสารกลุ่ม Cannabinoids ที่มีประโยชน์ต่อร่างกายได้ถูกนำมาใช้รักษาโรคและบรรเทาอาการของโรคหลายชนิดในหลายประเทศ โดยเฉพาะการใช้บรรเทาอาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง และผลข้างเคียงจากการใช้เคมีบำบัด⁽⁴⁾ ในทางการแพทย์แผนไทยหรืออายุรเวทสามารถใช้กัญชาเพื่อกระตุ้นระยะที่มีอาการทางจิตเวช ระยะที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ใช้ในระยะสั้นเพื่อรักษาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง ใช้รักษาอาการปวดแบบเรื้อรังในระยะสุดท้ายของโรคมะเร็งและวัณโรค รักษาอาการไอแบบเรื้อรัง และบรรเทาอาการจากโรคไอกรน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอด แพทย์นิยมใช้กัญชามากกว่าฝิ่น เนื่องจากไม่ทำให้เกิดการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่กดความอยากอาหาร และไม่ทำให้เกิดอาการท้องผูกหรือปวดหัว เป็นต้น⁽⁵⁾ และการนำกัญชามาใช้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจช่วยลดอาการต่างๆ ได้ เช่น อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร และอาการเหนื่อยหอบ เป็นต้น⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังมีการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกัญชาและโรคมะเร็งโดยเน้นที่เภสัชวิทยาทางการแพทย์เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ทางคลินิกผลข้างเคียงและอาการถอนยา รวมถึงแนวทางการใช้สารสกัดจากกัญชาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยพบว่า แม้ไม่มีสารใดในกัญชามีประสิทธิภาพยับยั้งมะเร็งในการศึกษาในมนุษย์ และอาการปวดจากมะเร็งและภาวะผอมแห้งหุ้มกระดูกนั้นสารสกัดจากกัญชาให้ผลลัพธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่พบว่าสารเดี่ยว คือ dronabinol และ nabilone ซึ่งเป็นสารสังเคราะห์เลียนแบบสารธรรมชาติ delta-9-THC นั้นมีประสิทธิภาพในการลดอาการคลื่นไส้จากการใช้ยาเคมีบำบัด กัญชาสามารถเสริมฤทธิ์ยาเคมีบำบัดเพิ่มประสิทธิภาพการต้านมะเร็งของ paclitaxel และ 5-fluorouracil ช่วยทำให้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายดีขึ้นแต่ต้องให้ใช้ให้ถูกต้อง ภู่วิธี ภูษขนาด โดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ และเภสัชกรผู้ที่ได้รับการอบรมมาแล้ว ก็จะมีผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ เสียความสมดุล กล้ามเนื้ออ่อนล้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงและบางรายอาจมีอาการซึมเศร้าหวาดระแวงหรือประสาทหลอนมากขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งจะมีการซึมเศร้าท้อแท้แล้ว⁽³⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปี 2562 โดยมีเจตนารมณ์การนำมาใช้ทางการแพทย์และการวิจัย มุ่งเน้นการรักษา 6 กลุ่มโรค คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ,ผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อมแข็ง อาการปวดประสาทส่วนกลาง เด็กที่มีอาการชักดื้อยาทุกชนิด และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย⁽⁷⁾ ปัจจุบันการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยเริ่มแพร่หลายมากขึ้น และมีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลหลายแห่ง⁽¹⁴⁻²⁰⁾ โดยเฉพาะน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ (ตำรับหมอเดชา) หรือ DTAM Ganja Oil (Deja formula) ซึ่งประกอบด้วยตัวยา 2 ชนิด ได้แก่ กัญชาและน้ำมันมะพร้าว น้ำมันกัญชาที่ผลิตในโรงงานยาสมุนไพรหรือโรงงานยาที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิตขององค์การอนามัยโลก (WHO GMP) มีสรรพคุณที่แนะนำให้ใช้เป็นข้อบ่งใช้ คือ ช่วยให้นอนหลับ ช่วยให้เจริญอาหาร บรรเทาอาการไมเกรน บรรเทาอาการปวดเรื้อรัง อาการสั่นจากโรคพาร์กินสัน⁽⁸⁾

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ.2562 มีการส่งจ่ายยาที่มีส่วนผสมของกัญชาในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ แต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลและความปลอดภัยจากการใช้น้ำมันกัญชาในผู้มารับบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประโยชน์ในแง่ของประสิทธิผลและความปลอดภัยด้านคลินิก ในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลวิจัยเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การวิจัยทางคลินิกเชิงลึก สนับสนุนให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ขยายผลสู่แนวเวชปฏิบัติให้มีการนำไปใช้ในระบบสุขภาพมากขึ้น เพิ่มทางเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยด้านคลินิกของน้ำมันกัญชาในผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาที่ทดลองในผู้ป่วยกลุ่มเดียวแบบวัดผลก่อนและหลังการแทรกแซง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี และได้รับการตรวจประเมินจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยแล้วว่า ควรได้รับ

การรักษาด้วยน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์จากคลินิกกัญชา โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งใน จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณหาขนาดตัวอย่างจากสูตร⁽²¹⁾ $n = N / 1 + N(e)^2$ โดย n คือ ขนาดตัวอย่างประชากร N คือ ขนาดของประชากรเท่ากับ 40 ราย e คือ ความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เท่าที่ยอมรับได้ = 0.05

1.1) จะได้ $n = 40 / 1 + 40(0.05)^2$ ได้ $n = 36.36$ เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทั้งหมด คือ 40 ราย

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้า(inclusion criteria) คือ

- 1) ผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และมีความประสงค์รับการรักษาคลินิกกัญชาทางการแพทย์
- 2) มีข้อบ่งชี้ของกัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ นอนหลับไม่หลับ เบื่ออาหาร อารมณ์ไม่เกรน อาการปวดเรื้อรัง อาการสั่นจากโรคพาร์กินสัน

3) รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะ สามารถตอบสนองต่อการประเมินผลในระหว่างการศึกษาได้

4) ผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ อย่างน้อย 30 วัน

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออก(Exclusion Criteria) คือ

1) ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการสกัดกัญชา ผู้ที่มีอาการรุนแรงของ unstable cardio-pulmonary disease (angina, peripheral vascular disease, cerebrovascular disease และ arrhythmia) หรือ มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และ Active Psychosis

2) ตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร

3) ผู้ป่วยที่มีข้อมูล แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมิติ 5-มิติ 5-ระดับ(EuroQoL 5-Dimension 5-Level : EQ-5D-5L), แบบประเมินคะแนนสุขภาพทางตรง (Visual Analogue Scale : VAS), แบบประเมินอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย (Edmonton Symptom Assessment System : ESAS), แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์กฉบับภาษาไทย(Thai-Pittsburgh Sleep Quality Index :T-PSQI) ไม่ครบ 2 ครั้ง (วันที่ 0, 30)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ (สูตรหมอเดชา) ผลิตโดยโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นโรงงานผลิตยามาตรฐาน WHO-GMP

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมิติ 5-มิติ 5-ระดับ(EuroQoL 5-Dimension 5-Level : EQ-5D-5L) ฉบับภาษาไทย ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ในแต่ละด้านให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ทำเครื่องหมายถูกในช่องสี่เหลี่ยมที่ตรงกับสุขภาพของตนเองในวันนี้มากที่สุด คำตอบที่ได้ประกอบด้วยตัวเลขจำนวน 5 ตัว เรียงตามมิติทางสุขภาพ โดยเลข 1 หมายถึง ไม่มีปัญหา, เลข 2 หมายถึง มีปัญหาเล็กน้อย, เลข 3 หมายถึง มีปัญหามาก, เลข 4 หมายถึง มีปัญหาปานกลาง, เลข 5 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือมีปัญหาที่สุด การแปลงสถานะสุขภาพให้เป็นคะแนนอัตราประโยชน์ โดยค่าอัตราประโยชน์

(utility) เป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วนค่าอรรถประโยชน์ที่ติดลบ หมายถึง สภาวะที่แย่กว่าตาย (worse than dead) คะแนนอรรถประโยชน์คำนวณจากสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์หักลบ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน⁽⁹⁾

3) แบบประเมินคะแนนสุขภาพทางตรง (Visual Analog Scale; VAS) มีลักษณะเป็นมาตราการวัดตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบทำเครื่องหมายกากบาทลงบนมาตราการวัดเพื่อระบุถึงสุขภาพของตนเองในวันนี้ คำตอบที่ได้ในส่วนนี้สะท้อนถึงความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อสภาวะสุขภาพตนเอง แต่ไม่ได้นำไปใช้ในการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์⁽⁹⁾

4) แบบประเมินอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ฉบับภาษาไทย อาการที่ประเมิน ประกอบไปด้วย 9 อาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อย คลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความไม่สบายทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการ แบ่งเป็นหมายเลข 0-10 (เลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ เลข 10 หมายถึง มีอาการมากที่สุด)⁽¹⁰⁾

5) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย(Thai-Pittsburgh Sleep Quality Index :T-PSQI) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (คำถามข้อ 5 ของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ดีมาก = 0 คะแนน, ดี = 1 คะแนน, ไม่ค่อยดี = 2 คะแนน, ไม่ดีเลย = 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (คำถามข้อ 2 และข้อ 9) 1) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ (คำถามข้อ 2) น้อยกว่า 15 นาที = 0 คะแนน, 16-30 นาที = 1 คะแนน, 31-60 นาที = 2 คะแนน, มากกว่า 60 นาที = 3 คะแนน 2) ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที (คำถามข้อ 9.1) ไม่เป็นปัญหาเลย = 0 คะแนน, มีปัญหา : น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ = 1 คะแนน, 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน, มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ = 3 คะแนน

ผลรวมคะแนนจากคำตอบของคำถามข้อ 2 และ 9.1 ถ้า 0 คะแนน ให้ 0 คะแนน, ถ้า 1-2 คะแนน ให้ 1 คะแนน, ถ้า 3-4 คะแนน ให้ 2 คะแนน, ถ้า 5-6 คะแนน ให้ 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน (คำถามข้อ 4) มากกว่า 7 ชั่วโมง = 0 คะแนน, 6-7 ชั่วโมง = 1 คะแนน, 5-5.9 ชั่วโมง = 2 คะแนน, น้อยกว่า 5 ชั่วโมง = 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (คำนวณจากคำถามข้อ 1 ข้อ 3 และข้อ 4) ประสิทธิภาพการนอนหลับ โดยปกติคำนวณจากจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับจริง (จากคำถามข้อ (4) หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่ บนเตียง ซึ่งคำนวณจากเวลาดึ้นนอน (จากคำถาม ข้อ (3) ลบด้วยเวลาเข้านอน (จากคำถามข้อ 1) ค่าที่ได้มากกว่า ร้อยละ 85 = 0 คะแนน, ร้อยละ 75-84 = 1 คะแนน, ร้อยละ 65-74 = 2 คะแนน, น้อยกว่าร้อยละ 65 = 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (คำถามข้อ 9.2-9.10) โดยในแต่ละข้อคำถามจะแบ่งระดับคะแนนเป็น ไม่มีปัญหา = 0 คะแนน, น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ = 1 คะแนน, 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน, มากกว่า

หรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ = 3 คะแนน, ผลรวมคะแนนข้อ 9.2-9.10 ถ้า 0 คะแนน = 0 คะแนน, 1-9 คะแนน = 1 คะแนน, 10-18 คะแนน = 2 คะแนน, 19-27 คะแนน = 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 6 การใช้ยานอนหลับ เพื่อช่วยในการนอนหลับ (คำถามข้อ 6) ไม่เคยใช้เลย = 0 คะแนน, ใช้ น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ = 1 คะแนน, ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน, ใช้มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ = 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลาว่าง (คำถามข้อ 7 และ 8) 1) อาการง่วงนอน หรือ เผลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร ทำงาน ซักผ้า เป็นต้น (คำถามข้อ 7) ไม่เคยมีอาการ = 0 คะแนน, น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ = 1 คะแนน, 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน, มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ = 3 คะแนน, 2) ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี (คำถามข้อ 8) ไม่เป็นปัญหาเลย = 0 คะแนน, เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย = 1 คะแนน, เป็นปัญหาพอสมควร = 2 คะแนน, เป็นปัญหา มาก = 3 คะแนน, ผลรวมคะแนนคำตอบจากคำถามข้อ 7 และข้อ 8 ถ้า 0 คะแนน = 0 คะแนน, ถ้า 1-2 คะแนน = 1 คะแนน, ถ้า 3-4 คะแนน = 2 คะแนน, ถ้า 5-6 คะแนน = 3 คะแนน

การแปลผลรวมคะแนนทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ มีคะแนนระหว่าง 0-21 คะแนน ดังนี้ คะแนนรวม ≤ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ดี คะแนนรวม > 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี⁽¹¹⁻¹²⁾

6) แบบบันทึกข้อมูลกัญชาทางการแพทย์(C-MOPH) ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อาการทางคลินิกและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยได้ยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรองเลขที่ DUCPH 2568-2 รับรองวันที่ 31 มีนาคม 2568 จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย โดยเป็นการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติที่มีการบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลกัญชาทางการแพทย์(C-MOPH) และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล ที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในช่วงวันที่ 1 เดือนเมษายน 2568 ถึง วันที่ 30 เดือนพฤษภาคม 2568

2) ผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติโดยพยาบาลประจำคลินิกกัญชาทางการแพทย์และลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลกัญชาทางการแพทย์(C-MOPH) แบบประเมิน EQ-5D-5L แบบประเมินอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) แบบประเมินคะแนนสุขภาพทางตรง (Visual Analog Scale; VAS) และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย(Thai-Pittsburgh Sleep Quality Index :T-PSQI) (โดยให้มีการบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนก่อนใช้น้ำมันกัญชา (แรกเริ่ม) และในวันที่มารับบริการตามนัดของคลินิกกัญชาทางการแพทย์หลังใช้น้ำมันกัญชา 30 วัน) จากนั้นผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์หรือแพทย์แผนไทยเพื่อทำการตรวจรักษาและสั่งจ่ายยา

3) ผู้ป่วยจะได้รับการสั่งใช้น้ำมันกัญชาทางการแพทย์ โดยแพทย์หรือแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบเวชกรรมไทย วิธีการบริหารยาเป็นแบบรับประทาน ขนาดยาเริ่มต้น คือ รับประทานครั้งละ 1-3 หยด (1 หยด เท่ากับ 0.05 มิลลิลิตร) ก่อนนอน⁽⁷⁻⁸⁾

4) ผู้ป่วยจะได้รับการจ่ายน้ำมันกัญชาทางการแพทย์โดยผู้วิจัย(เภสัชกร)และผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึกในแบบประเมินต่างๆ เป็นขั้นตอนสุดท้าย หากพบว่าข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจะสอบถามผู้ป่วยหรือญาติเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ก่อนจ่ายน้ำมันกัญชา

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว โรค/อาการที่มารับบริการ คุณภาพการนอนและคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอ ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนการใช้น้ำมันกัญชา (แรกรับ) และหลังการใช้ (วันที่ 30) ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังการใช้หลังใช้น้ำมันกัญชา (วันที่ 30) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 40 ราย (n=40) โดยเป็นเพศหญิงจำนวน 29 ราย (ร้อยละ 72.50) และเพศชายจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 27.50) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61.88 ± 10.27 ปี เมื่อพิจารณาประเภทของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 22 ราย (ร้อยละ 55.00) และเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 45.00) สำหรับอาการหลักที่มารับบริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเบื่ออาหารและนอนไม่หลับมากที่สุด จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 45.00) รองลงมาคืออาการปวดเรื้อรังและนอนไม่หลับ จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 40.00) และมีอาการนอนไม่หลับเพียงอย่างเดียว จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 15.00) ดังตารางที่ 1

2. คุณภาพชีวิต อรรถประโยชน์ และสุขภาพทางตรงของผู้ป่วย

ผลจากการวิจัย พบว่า มิติสุขภาพทั้ง 5 ด้านมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยการกระจายของข้อมูลของผู้ป่วยตอบแบบประเมิน EQ-5D-5L ซึ่งมี 5 มิติสุขภาพ และแต่ละด้านมีการประเมิน 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีปัญหาจนถึงมีปัญหามากที่สุด จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ตอบว่า ไม่มีปัญหาในแต่ละมิติ ณ baseline มีจำนวนที่ตอบไม่มีปัญหาเพิ่มมากขึ้นเมื่อวัดที่ Day 30 ในขณะเดียวกัน จำนวนผู้ป่วยที่ประเมินว่ามีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหามากและมียาหนักมาก ณ baseline มีจำนวนลดลง เมื่อวัดที่ Day 30 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 5 มิติสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีอาการในมิติที่ 1 การเคลื่อนไหว มิติที่ 2 การดูแลตนเอง มิติที่ 4 อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว และมิติที่ 5 ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า คุณภาพชีวิตในมิติดังกล่าวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ดังตารางที่ 2

ค่าอรรถประโยชน์ (Utility) ในผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาตำรับหมอเดชามีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจาก baseline อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) และ คะแนนสุขภาพทางตรงที่ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง (VAS) มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจาก baseline อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) ดังตารางที่ 3

3. การประเมินอาการไม่สบายของผู้ป่วย

การประเมินอาการไม่สบายของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน ESAS ณ baseline และวันที่ 30 หลังการรักษา พบว่า อาการปวดและอาการเบื่ออาหาร มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$) ในขณะที่อาการไม่สบายอื่นๆ เช่น อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล ง่วงซึม ความไม่สบายทั้งกายและใจ และเหนื่อยหอบ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงระยะเวลา 30 วันที่ศึกษา ดังตารางที่ 4

4. คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย

การประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (T-PSQI) ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า แม้คะแนนประเมินคุณภาพการนอนหลับในภาพรวมจะมากกว่า 5 คะแนน ซึ่งหมายถึงคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี แต่คะแนน ณ วันที่ 30 ก็ลดลงจาก baseline อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 5

5. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชา

จากการติดตามผลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำมันกัญชา พบว่ามีอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ค่อนข้างต่ำ โดยในช่วง 30 วันแรกของการใช้น้ำมันกัญชา พบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ คือ อาการปากแห้งและคอแห้ง ดังตารางที่ 6

อภิปรายผล

ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 61.88 ± 10.27 ปี อาการหลักที่มารับบริการ คือ อาการเบื่ออาหาร อาการนอนไม่หลับ และอาการปวดเรื้อรัง ขอบ่งชี้ดังกล่าวนั้น ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมินี้สอดคล้องกับสรรพคุณของน้ำมันกัญชาที่มีสรรพคุณช่วยให้ผ่อนคลาย ช่วยให้เจริญอาหารและบรรเทาอาการปวดเรื้อรัง⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับกลไกการออกฤทธิ์ของสารที่พบในสารสกัดจากกัญชา โดย 1 หยด มีสาร delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) 0.08 mg และ cannabidiol (CBD) 0.02 mg โดยสาร THC เป็น psychoactive compound ซึ่งส่วนใหญ่จะจับกับ cannabinoid receptors type 2 ที่พบในเนื้อเยื่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย หากใช้ในปริมาณที่เหมาะสมจะสามารถเพิ่มความอยากอาหาร และลดอาการปวด ส่วนสาร CBD จับกับ cannabinoid receptors type 2 จะออกฤทธิ์ที่ช่วยในการผ่อนคลายช่วยลดความกังวล ลดอาการจากโรคลมชัก และลดอาการปวด^(7-8,13) สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดอุดรธานี⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยมารับน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ด้วยอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 67) และอาการปวด (ร้อยละ 27) นอกจากนั้นโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่⁽¹⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยมารับบริการน้ำมันกัญชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ด้วยอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 33.60) และอาการปวด (ร้อยละ 32.03) เช่นกัน

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม EQ-5D-5L ซึ่งประเมิน ณ ช่วงเวลาแรกเริ่ม(baseline) และวันที่ 30 หลังการรักษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) โดยเฉพาะในมิติที่ 4 อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว ($p < 0.001$) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับกลไกการออกฤทธิ์ของสาร delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และสาร cannabidiol ที่พบในสารสกัดจากกัญชา^(7-8,13) ขณะที่ค่าอรรถประโยชน์ (Utility) ในผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชามีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจาก baseline อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และ คะแนนสุขภาพทางตรงที่ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง (VAS) มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจาก baseline อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 249 รายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าหลังผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใช้น้ำมันกัญชา เป็นระยะเวลา 3 เดือน จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.018$) คะแนนอรรถประโยชน์ก่อนและหลังทดลอง เท่ากับ 0.858 ± 0.18 , 0.955 ± 0.07 ตามลำดับ ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) และ การศึกษาในผู้ป่วยประคับประคอง 122 ราย จากโรงพยาบาล 6 แห่งและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 แห่งในจังหวัดอุดรธานี⁽¹⁴⁾ พบว่าหลังผู้ป่วยได้รับน้ำมันกัญชา คะแนนอรรถประโยชน์ในมิติสุขภาพ 5 ด้าน (EQ-5D-5L) จะเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะมิติสุขภาพด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ การเจ็บปวดไม่สบายตัว อาการวิตกกังวลซึมเศร้า และคะแนนประเมินสุขภาพทางตรง (VAS) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนั้นยังมีการศึกษาที่พบว่าหลังการใช้สารสกัดน้ำมันกัญชา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยของมาตรการวัดสุขภาพทางตรง (VAS) ณ baseline และในวันที่ 30 ยังอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก (น้อยกว่า 60) แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจาก baseline อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ร้อยละ 55 และเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด ร้อยละ 45 ซึ่งมองว่าสภาวะสุขภาพของตนเองอาจไม่ดีอย่างที่เคยเป็น รวมทั้งผู้ป่วยอาจได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดอยู่เดิม

การประเมินอาการไม่สบายของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน ESAS ณ ช่วงเวลาแรกเริ่ม(baseline) และวันที่ 30 หลังการรักษา พบว่า อาการปวดและอาการเบื่ออาหาร มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ในขณะที่อาการไม่สบายอื่นๆ เช่น อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม ความไม่สบายทั้งกายและใจ และเหนื่อยหอบ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับกลไกการออกฤทธิ์ของสาร delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ในสารสกัดจากกัญชาที่สามารถลดอาการปวด และเพิ่มความอยากอาหารได้^(7-8,13) ในขณะที่อาการไม่สบายอื่นๆ เช่น อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม ความไม่สบายทั้งกายและใจ และเหนื่อยหอบ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลา 30 วันที่ศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้สารสกัดน้ำมันกัญชา ในผู้ป่วยระยะประคับประคองจังหวัดหนองคาย⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าการใช้สารสกัดน้ำมันกัญชาเป็นระยะเวลาประมาณ 14-28 วัน สามารถลดระดับของอาการปวด($p = 0.023$) และอาการวิตกกังวล($p = 0.002$)ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของจังหวัดอุดรธานี⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าหลังใช้น้ำมันกัญชา ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จะช่วยให้อาการปวด อาการเหนื่อย/

อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการวิตกกังวล อาการเบื่ออาหาร การสลายกายและใจ อาการเหนื่อยหอบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนอาการซึมเศร้า และอาการง่วงซึม/สับสน/สับสน ไม่เปลี่ยนแปลง

การประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (T-PSQI) พบว่าในวันที่ 30 คะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับลดลงน้อยกว่า baseline อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับในระดับดีขึ้นกว่า baseline สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้นหลังใช้สารสกัดน้ำมันกัญชา ($p < 0.001$)⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ อย่างไรก็ตามคะแนนประเมินคุณภาพการนอนหลับในภาพรวมยังพบมีค่ามากกว่า 5 คะแนน ซึ่งหมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี⁽¹¹⁻¹²⁾ ดังนั้นผู้ส่งใช้น้ำมันกัญชาควรใช้ดุลยพินิจและควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว

จากการติดตามผลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำมันกัญชา พบว่ามีอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ค่อนข้างต่ำ โดยในช่วง 30 วันแรกของการใช้น้ำมันกัญชา พบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ คือ อาการปากแห้งและคอแห้ง โดยอาการดังกล่าวสอดคล้องกับฤทธิ์ของสาร THC ที่มีผลข้างเคียงต่อร่างกายอย่างชัดเจน เช่น กระหายน้ำ, ปากแห้ง เป็นต้น^(7-8,13) นอกจากนั้นการศึกษาอื่นๆ ก็พบอาการปากแห้งคอแห้ง^(14-15,18,20) อาการท้องผูก⁽¹⁴⁾ และง่วงซึม⁽²⁰⁾ หลังใช้น้ำมันกัญชาเช่นกัน อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ในระยะยาวต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง และไม่มีการเปรียบเทียบ จึงอาจมีอคติในผลการวิจัย เช่น คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้นอาจเป็นผลมาจากน้ำมันกัญชาที่ใช้และอาจเป็นผลมาจากการบรรเทาอาการอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการตอบสนองต่อน้ำมันกัญชาของผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความแตกต่างกัน (dose-response relationship) ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย จำเป็นต้องติดตามอาการข้างเคียงในระยะยาว นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับการสอบถามด้วยคำถามต่าง ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ อาจทำให้มีแนวโน้มที่จะตอบคำถามหรือให้ข้อมูลไปในเชิงที่เป็นผลดีต่อตนเอง การตอบตามความคาดหวังของบุคลากรทางการแพทย์ หรือกลัวว่าจะมีผลต่อการรับน้ำมันกัญชาหากให้ข้อมูลตามจริง ซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์ที่ได้แตกต่างจากที่ควรเป็น ดังนั้นการนำน้ำมันกัญชาไปใช้ในทางปฏิบัติควรพิจารณาอย่างรอบด้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1) แพทย์และแพทย์แผนไทย สามารถนำผลการศึกษานี้ไปเป็นข้อมูลประกอบการส่งใช้น้ำมันกัญชาซึ่งอาจเป็นทางเลือกหนึ่งแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ปัญหาด้านอาการปวดเรื้อรัง และอาการเบื่ออาหาร
- 2) นักวิจัยหรือผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวิจัยทางคลินิกเชิงลึก สนับสนุนให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ขยายผลสู่แนวเวชปฏิบัติให้มีการนำไปใช้ในระบบสุขภาพมากขึ้น เพิ่มทางเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย หรือต่อยอดผลการวิจัยในประเด็นอื่น เช่น การศึกษาผลของน้ำมันกัญชาที่มีสารออกฤทธิ์ในลักษณะที่ต่างกัน หรือการศึกษาผลของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ในรูปแบบอื่นๆ
- 3) ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยและญาติสามารถนำผลการศึกษาไปประกอบการตัดสินใจใช้น้ำมันกัญชาในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยในระยะยาว โดยเปรียบเทียบกับยามาตรฐาน หรือมีผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น

ข้อสรุป

การใช้น้ำมันกัญชาอย่างเหมาะสมภายใต้การดูแลของแพทย์หรือแพทย์แผนไทยผู้มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมไทย เป็นทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอาการไม่สบายของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีปัญหาด้านอาการปวดเรื้อรัง หรือเบื่ออาหาร โดยไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง

ตาราง ภาพ และแผนภาพ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=40)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	11(27.50)
หญิง	29(72.50)
อายุเฉลี่ย (ปี) ($\bar{X} \pm S.D$)	61.88 $\pm$ 10.27
ประเภทผู้ป่วย	
-ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	22(55.00)
-ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด	18(45.00)
อาการหลักที่มารับบริการ	
-เบื่ออาหารร่วมกับอาการนอนไม่หลับ	18(45.00)
-ปวดเรื้อรังร่วมกับอาการนอนไม่หลับ	16(40.00)
-อาการนอนไม่หลับ	6(15.00)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ประเมินคะแนนคุณภาพชีวิต มิติสุขภาพ 5 ด้าน (EQ-5D-5L)**(n=40)

มิติทาง สุขภาพ 5 ด้าน	ระดับความรุนแรง					มัธยฐาน (พิสัย ควอไทล์)	P- value*	
		มีปัญหา เล็กน้อย	มีปัญหา ปานกลาง	มีปัญหา มาก	มีปัญหา มากที่สุด			
	ไม่มีปัญหา (1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
มิติที่ 1 การเคลื่อนไหว: จำนวน (ร้อยละ)								0.001
Baseline	27 (67.50)	10 (25.00)	3 (7.50)	0	0	1 (1-2)		
Day 30	38 (95.00)	2 (5.00)	0	0	0	1 (1-1)		
มิติที่ 2 การดูแลตนเอง: จำนวน (ร้อยละ)								0.001
Baseline	27 (67.50)	11 (27.50)	2 (5.00)	0	0	1 (1-2)		
Day 30	37 (92.50)	3 (7.50)	0	0	0	1 (1-1)		
มิติที่ 3 กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ: จำนวน (ร้อยละ)								0.005
Baseline	26 (65.00)	14 (35.00)	0	0	0	1 (1-2)		
Day 30	34 (85.00)	6 (15.00)	0	0	0	1 (1-1)		
มิติที่ 4 อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว: จำนวน (ร้อยละ)								< 0.001
Baseline	3 (7.50)	10 (25.00)	22 (55.00)	5 (12.50)	0	3 (2-3)		
Day 30	20 (50.00)	20 (50.00)	0	0	0	1.5 (1-2)		
มิติที่ 5 ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า: จำนวน (ร้อยละ)								0.001
Baseline	25 (62.50)	12 (30.00)	2 (5.00)	1 (2.50)	0	1 (1-2)		
Day 30	37 (92.50)	3 (7.50)	0	0	0	1 (1-1)		

* ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test , ** คะแนน 1-5 คะแนนสูงมีอาการไม่สบายมากกว่าคะแนนต่ำ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอรรถประโยชน์มิติสุขภาพ (Utility) **และมาตรการวัดสุขภาพทางตรง (VAS)**

ในผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชา ต่อเนื่อง 30 วัน (n=40)

EQ-5D-5L score	ค่าเฉลี่ย	S.D.	มัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	P-value*
อรรถประโยชน์ (0-1 คะแนน)					0.001
Baseline	0.89	0.09	0.92(0.80-0.96)	0.70-1.00	
Day 30	0.91	0.08	0.93(0.84-0.99)	0.71-1.00	
สุขภาพทางตรง (0-100 คะแนน)					0.004
Baseline	58.75	3.35	60.00(60.00-60.00)	50.00-60.00	
Day 30	59.58	2.24	60.00(60.00-60.00)	50.00-60.50	

* ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test , **คะแนนต่ำมีอาการไม่สบายมากกว่าคะแนนสูง

ตารางที่ 4 ผลการใช้น้ำมันกัญชา ต่ออาการต่าง ๆ ตามแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)** (n=40)

อาการไม่สบายของผู้ป่วย(ESAS)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	มัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	p-value*
1.อาการปวด (0-10 คะแนน)					0.004
Baseline	1.53	2.12	0 (0-3)	0-6	
Day 30	1.28	1.92	0 (0-2.75)	0-6	
2.อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย (0-10 คะแนน)					0.885
Baseline	0.35	0.77	0 (0-0)	0-3	
Day 30	0.33	0.62	0 (0-0.75)	0-2	
3.อาการคลื่นไส้ (0-10 คะแนน)					0.317
Baseline	0.18	0.68	0 (0-0)	0-3	
Day 30	0.15	0.58	0 (0-0)	0-3	
4.อาการซึมเศร้า (0-10 คะแนน)					0.317
Baseline	0.38	0.98	0 (0-0)	0 (0-0)	
Day 30	0.35	0.90	0-4	0-3	
5.อาการวิตกกังวล (0-10 คะแนน)					0.157
Baseline	1.08	1.07	1 (0-2)	1 (0-2)	
Day 30	0.98	0.97	0-3	0-3	
6.อาการง่วงซึม/สับสน/งง (0-10 คะแนน)					0.317
Baseline	0.35	0.92	0 (0-0)	0 (0-0)	
Day 30	0.33	0.86	0-4	0-4	
7.อาการเบื่ออาหาร (0-10 คะแนน)					< 0.001
Baseline	3.33	2.28	4 (1-5)	0-8	
Day 30	1.33	1.14	1 (0-2)	0-3	
8.ความไม่สบายทั้งกายและใจ (0-10 คะแนน)					0.071
Baseline	1.77	1.19	2 (1-3)	0-4	
Day 30	1.60	1.17	2 (0.25-2.75)	0-4	
9.อาการเหนื่อยหอบ (0-10 คะแนน)					0.317
Baseline	0.18	0.64	0 (0-0)	0-3	
Day 30	0.15	0.58	0 (0-0)	0-3	

* ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

** คะแนนประเมินระดับความรุนแรงรายอาการ (0-10) คะแนนสูง หมายถึง มีอาการรุนแรงมากกว่าคะแนนต่ำ

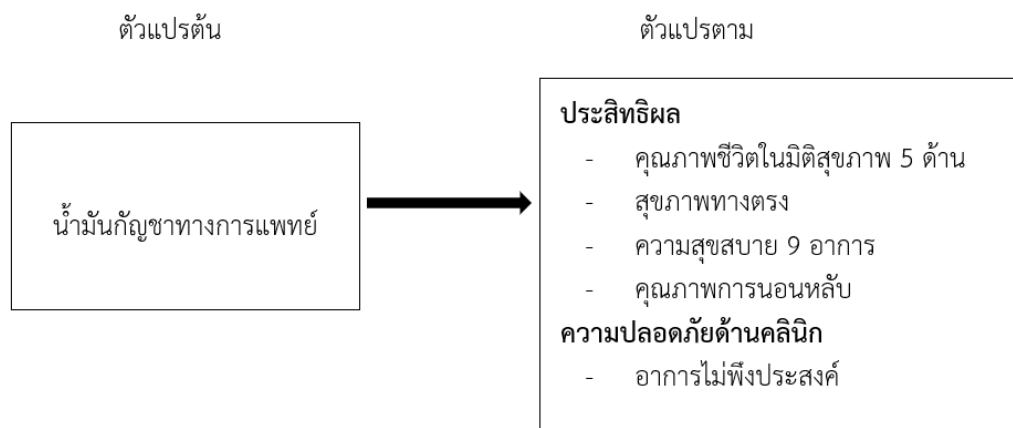
ตารางที่ 5 คุณภาพการนอนหลับตามแบบประเมิน The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)** (n=40)

PSQI score	ค่าเฉลี่ย	S.D.	มัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	P-value*
คุณภาพการนอนหลับ (0-21 คะแนน)					< 0.001
Baseline	7.80	2.64	7.00(6.00-10.00)	3.00-12.00	
Day 30	6.30	2.33	6.00(4.00-8.00)	2.00-10.00	

* ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test ** คะแนนประเมินคุณภาพการนอนหลับ (0-21) คะแนน $\leq$ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ดี คะแนน $>$ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ตารางที่ 6 การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากใช้น้ำมันกัญชา

การเกิดอาการไม่พึงประสงค์	จำนวนผู้ป่วย ราย(ร้อยละ)
ไม่เกิด	37(92.50)
เกิดอาการไม่พึงประสงค์	3(7.50)
- ปากแห้ง คอแห้ง	3(7.50)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562.ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136 ตอนที่ 19 ก (ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562).
2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง **สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565**. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 139ตอนพิเศษ 272 ง (ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565).
3. นริศ คำแก่น และเจริญ ตรีศักดิ์. (2562). กัญชาทางการแพทย์สำหรับมะเร็ง. **ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์**. 1,18-29.
4. สหภูมิ ศรีสุขะ. (2562). **สังคมไทย ทางไปของกัญชา**.สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2567, จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/sites/default/files/public/pdf/column/AtRama34_c02.pdf.
5. สุภาภรณ์ ปิณฑ. (2562). **กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์**.สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2567,จาก https://www.dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/D2S1_Supaporn1.pdf.
6. Suwanthama T. (2023). **Efficacy and safety in patients using cannabis oil for Thai Traditional Medicine at Kook Kaew Hospital**. Udon Thani Province. Available Jul 20, 2022, from:<https://www.backoffice.udpho.org/openaccess/control/download>.
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ ฉบับที่ 5**. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2565,จาก https://www.dms.go.th/backend///Content/Content_File/Publication/Attach/25651122182642PM_Guidance%20Updated%20V5_update%2029092022_edited2.pdf.
8. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2564). **แนวทางการใช้น้ำมันกัญชา (สูตรหมอเดชา) ที่ผลิตภายใต้ตามรูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยา(Special Access Scheme)ในสถานบริการสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2567, จาก <https://thaicam.dtam.moph.go.th/wp-content/uploads/2021/03-SAS.pdf>.
9. จันทนา พัฒนเกสัช และมนตร์ธม์ ถาวรเจริญทรัพย์. (2560). **แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 9 ก.ค. 2566, จาก https://www.hitap.net/wpcontent/uploads/2014/11/Thai5L_brief_Aug2017.pdf.
10. ดาริน จตุรภัทรพร และมณฑรัตน์ จินดา. (2552). **ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย**. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2567, จาก https://med.mahidol.ac.th/fammed/sites/default/files/public/pdf/esas_thai.pdf.
11. Barclay N. L., et al. (2010). Genetic and environmental influences on different components of the Pittsburgh Sleep Quality Index and their overlap. **Sleep**. 33(5), 659-668.
12. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ตันชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 42(3), 123-132.

13. ศรายุธ ระดาพงษ์ และคณะ. (2021). ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและพิษวิทยาของกัญชา. **วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์**. 63(1), 219–232.
14. รสมาลิน อินตายวง และคณะ. (2567). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ใช้้ำมันกัญชาหมักทองในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ จังหวัดอุดรธานี. **วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**, 22(3), 200–210.
15. ธันยานี พิมสารี. (2567). ประสิทธิภาพและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำมันกัญชาสูตรต่าง ๆ ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. **วารสารเภสัชกรรมไทย**. 17(1).266-273.
16. รัศมี สุขนรินทร์ และคณะ. (2566). ประสิทธิภาพของน้ำมันกัญชา (ตำรับหมอลดเบา) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. **วารสารเภสัชกรรมไทย**. 17(1),76-85.
17. สุมาลี รัตนวิทธิกุล. (2565). ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของน้ำมันกัญชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. **J Res Health Inno Dev**. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2023, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/264316>.
18. จามกร ใจดี และคันสนีย์ สมบัติธีระ. (2566). การศึกษาแนวทางและประสิทธิภาพของการใช้สารสกัดน้ำมันกัญชา (หมอลดเบา) ในผู้ป่วยระยะประคับประคอง โชนเหนือ จังหวัดหนองคาย. **วารสารโรงพยาบาลหนองคาย**. สืบค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2567, จาก <https://nkhospital.moph.go.th/journal.php>.
19. กัญญาภักดิ์ ศิลารักษ์. (2565). ประสิทธิภาพของน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9**. 16(3), 1097-1108.
20. อาทิตยา สิ้นสุริยศักดิ์ และคณะ. (2566). ผลลัพธ์ทางสุขภาพของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง: การศึกษาเวชปฏิบัติในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. **วารสารเภสัชกรรมไทย**. 16(2), 426-438.
21. Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. 2nd ed. New York: Harper. and Row.