



กรมการแพทย์
Department of Medical Services

คู่มือการใช้ยาสมุนไพร ในเวชปฏิบัติ

THAI HERBAL MEDICINE IN CLINICAL PRACTICE :
GUIDEBOOK



กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข



กรมการแพทย์
Department of Medical Services

คู่มือการใช้ยาสมุนไพร ในเวชปฏิบัติ

THAI HERBAL MEDICINE IN CLINICAL PRACTICE :
GUIDEBOOK



กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติ

Thai Herbal Medicine in Clinical Practice: Guidebook

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน

อธิบดีกรมการแพทย์

นายแพทย์สกานต์ บุนนาค

รองอธิบดีกรมการแพทย์

กองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงปิยะธิดา หาญสมบูรณ์

ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์

เภสัชกรหญิงอมรรัตน์ วิจิตรลีลา

รองผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์

นางสาววิษยาภา เอี่ยมสว่าง

กองวิชาการแพทย์

ฉบับที่ 1: เมษายน 2568

จำนวน: 1,200 เล่ม

ISBN: 978-616-11-5425-7

พิมพ์ที่: บริษัท เอ แอนด์ เจ เมดิคอล จำกัด

คำนำ

จากนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการผลักดันและส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรไทย ในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งเล็งเห็นถึงความมั่นคงทางยาในอนาคตของประเทศไทย เพิ่มการพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด โดยการผลักดันการใช้ยาสมุนไพรไทยในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่นโยบาย เศรษฐกิจสุขภาพ ผลักดันให้ประเทศไทยกลายเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และบริการสุขภาพระดับโลก โดยให้มีการบูรณาการการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนตะวันตก กรรมการแพทย์จึงดำเนินการ ร่วมกับกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยมี วัตถุประสงค์ในการส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรไทยในระบบบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และสนับสนุน ให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่มีอยู่ในบัญชียาหลักฯ รวมทั้งส่งเสริมให้มีบริการการแพทย์แผนไทยที่มีมาตรฐาน

กรรมการแพทย์ ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติ (Thai Herbal Medicine in Clinical Practice: Guidebook) ใน 6 กลุ่มโรค/อาการ ประกอบด้วย กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ กลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก กลุ่มโรคเมเร็ง กลุ่มอาการสมองและระบบประสาท และกลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง โดยมีผู้เชี่ยวชาญใน 6 กลุ่มโรค/อาการ ร่วมกันพิจารณารายการยาสมุนไพรที่สามารถทดแทนยาแผนปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ในระบบบริการสุขภาพสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยหวังว่าจะเป็นประโยชน์กับ แพทย์ทั่วไป รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถส่งจ่ายยาสมุนไพรตามข้อแนะนำได้อย่างมั่นใจ

ขอขอบคุณ และชื่นชมในความมานะอุตสาหะของผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ได้สละเวลา แรงกาย แรงใจ ในการค้นคว้า รวบรวมข้อมูลองค์ความรู้ และประสบการณ์ เพื่อเรียบเรียงให้คู่มือการใช้ยาสมุนไพร ในเวชปฏิบัติฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน

อธิบดีกรมการแพทย์

รายนามผู้นิพนธ์

บรรค์ชัย มั่งไผ่สพณ์	พ.บ., วว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ อว. ศัลยกรรมรยางค์ส่วนบนและจุลศัลยกรรม นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน
ชนกชนม์ ไชยบัง	พ.บ., วว. อายุรศาสตร์, วว. อายุรศาสตร์อนุสาขาโรคระบบการหายใจ และภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขาโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลราชวิถี
ธนรัตน์ อัมสุวรรณศรี	พท.บ., พ.บ., วว. โสต ศอ นาสิกวิทยา อว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ อว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา อว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การจราจร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาโสต ศอ นาสิก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
นภัสวรรณ วงษ์สวรรค์	พ.บ., วว. เวชศาสตร์ครอบครัว นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลเลิดสิน
เบญจสัชว์ ปัทมดิลก	พ.บ., วว. อายุรศาสตร์, วว. ตจวิทยา นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาตจวิทยา สถาบันโรคผิวหนัง
ปิยชาติ สุทธินาค	พ.บ., วว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา
ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์	BSc. (Biology), M.D., วว. อายุรศาสตร์, วว. อายุรศาสตร์ โรคระบบทางเดินอาหาร อว. เวชศาสตร์ครอบครัว อว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์

พาสรรค์ พลโกล	พ.บ., วว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสงฆ์
เพชรรัตน์ หาญอุทัยรัมย์	พ.บ., วว. รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ป. วิทยาศาสตร์แพทย์คลินิก นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขารังสีวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
เพ็ญวิภา ตระกูลวรรณชัย	พ.บ., วว. ตจวิทยา อว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขาตจวิทยา โรงพยาบาลเลิดสิน
ภัทลดา อังคนันท์	พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2), วว. ตจวิทยา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาตจวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
เมธา อภิวัฒนากุล	พ.บ., อว. ประสาทวิทยา นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา
ยงยศ เหลืองวิชเชริญ	พ.บ., วว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี
รัชดาพร บุญญาภิสมภาร	พ.บ., วว. เวชศาสตร์ครอบครัว อว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป โรงพยาบาลราชวิถี
รัตนาพรรณ จันทรอุบล	พ.บ., วว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา

วสวล เวชากันันท์

พ.บ., ป.บัณฑิต (อายุรศาสตร์), วว. ตจวิทยา
อว. เวชศาสตร์ครอบครัว
อว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์
ป. วิชาชีพเวชกรรม ด้านเลเซอร์และหัตถการทางผิวหนัง แพทยสภา
Postdoctoral Fellowship in Dermatologic Surgery,
Department of Dermatology & Cutaneous Surgery,
University of Miami Miller School of Medicine, Miami, FL, USA
วท.ด. (เทคโนโลยีเภสัชกรรม) ด้านเวชกรรม สาขาตจวิทยา
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

วันดี ไตรภพสกุล

พ.บ., วว. อายุรศาสตร์
วว. อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤต
โรคระบบการหายใจ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลเลิดสิน

วิรัช จิตสุกธการ

พ.บ., วว. โสต ศอ นาสิกวิทยา
ป. นาสิกวิทยาและภูมิแพ้ แพทยสภา
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาโสต ศอ นาสิก
โรงพยาบาลราชวิถี

ศยามล กิมตระกูล

พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2), วท.ม. (อายุรศาสตร์),
วว. อายุรศาสตร์, วว. อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลเลิดสิน

ศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ

พ.บ., วว. กุมารเวชศาสตร์
อว. อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

อาภาศรี ลุสวัสต์

พ.บ., วว. กุมารเวชศาสตร์
อว. อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขากุมารประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา

อารดา โรจนอุดมศาสตร์	พ.บ., วว. ประสาทวิทยา PhD. in clinical medicine นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา
กฤติยาภรณ์ สุนัน	ภ.บ., วท.ม. (สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ) เภสัชกรชำนาญการ ด้านเภสัชกรรมคลินิก สถาบันโรคผิวหนัง
กุมาริน สิบทรัพย์	ภ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 1) เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง
เกียรติศักดิ์ ทวีคำ	ภ.บ. (บริหารเภสัชกรรม) เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลเวชศาสตร์ ลำปาง
ธนัญญา แสงอังคนาวัน	ภ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2), ป. วิชาชีพเภสัชกรรม (สาขาผู้สูงอายุ) เภสัชกรชำนาญการ ด้านเภสัชกรรมคลินิก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
ธนรัตน์ สว่างฤทธิ์	ภ.บ., ภ.ม. (อาหารเคมีและโภชนศาสตร์ทางการแพทย์) เภสัชกรชำนาญการ ด้านเภสัชกรรมคลินิก สถาบันประสาทวิทยา
รชชา อัสวตมางกูร	ภ.บ., ภ.ม. (เภสัชกรรมชุมชน) เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ด้านเภสัชกรรมคลินิก สถาบันประสาทวิทยา
ปริญดา พิธสสมานนท์	ภ.ม. (เภสัชวิทยา) เภสัชกรเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสงฆ์
เพนนี่ จิมประภา	ภ.บ. เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ด้านเภสัชกรรมคลินิก โรงพยาบาลเลิดสิน
รวีวรรณ วัทวัสสำราญกุล	ภ.ด. (เภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร) เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ด้านเภสัชกรรมคลินิก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
รุ่งกัญญา ตั้งสง่าศักดิ์ศรี	ภ.บ. M Pharm (clinical pharmacy) เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ด้านเภสัชกรรมคลินิก โรงพยาบาลเลิดสิน

วริษฐา โยราสมุท	ภ.บ. เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลราชวิถี
สุกัลยา ยึดนดิบ	ภ.บ. ป. เภสัชกรรมโรคติดเชื้อและปอดอุดกั้น เภสัชกรชำนาญการ ด้านเภสัชกรรมคลินิก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
สุพรพงษ์ กองก๊ก	ภ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2) เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลสงฆ์
อมรรัตน์ วิจิตรลีลา	ภ.บ., ศ.ม. (เศรษฐศาสตร์ธุรกิจ) เภสัชกรเชี่ยวชาญ ด้านเภสัชกรรมคลินิก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปฏิบัติราชการกองวิชาการแพทย์
พชรพร พิเชฐโสภณ	พย.บ. ป. การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
อุดมพร สอนขวัณ	พย.บ. ป. การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
จันทรนิรินทร์ นนทะขาม	Ph.D (เภสัชศาสตร์ชีวภาพ) นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ ด้านวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
สุรัสวดี ปิยะวิริยะกุล	Ph.D (Philosophy of Pharmaceutical Science) นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
บุษรัตน์ สิกธิวงศ์	พทป.บ. การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต ป. ชั้นสูง สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
ปานียา วัฒนาวรเดช	พทป.บ. สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ วท.ม. สาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนไทย สถาบันประสาทวิทยา

คำนำ

รายนามผู้นิพนธ์

เป้าหมายและวัตถุประสงค์

กลุ่มที่ 1

1

กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร

บทที่ 1	อาการ Dyspepsia	3
บทที่ 2	โรคท้องผูกเรื้อรัง (Chronic constipation)	13
บทที่ 3	โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)	23

กลุ่มที่ 2

31

กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ

บทที่ 4	อาการไอ (Cough)	33
บทที่ 5	โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (Allergic Rhinitis)	41
บทที่ 6	โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน (Upper respiratory tract infection)	47

กลุ่มที่ 3

57

กลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก

บทที่ 7	โรคข้อเข่าเสื่อม	59
---------	------------------	----

กลุ่มที่ 4

77

กลุ่มโรคมะเร็ง

บทที่ 8	ผิวหนังอักเสบจากการฉายรังสี	79
---------	-----------------------------	----

กลุ่มที่ 5

83

กลุ่มอาการสมองและระบบประสาท

บทที่ 9	โรคลมชักรักษายาก	85
บทที่ 10	อาการเกร็งและอาการปวดจากระบบประสาทส่วนกลาง จากโรคปลอกประสาทส่วนกลางอักเสบ	95
บทที่ 11	ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Neuropathic Pain)	105

กลุ่มที่ 6

125

กลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง

บทที่ 12 การใช้วุ้นทางจระเข้ในการรักษาโรคทางผิวหนัง 127

บทที่ 13 การใช้พญายอในการรักษาโรคทางผิวหนัง..... 131

กลุ่มที่ 7

141

ข้อมูลยาสมุนไพรไทย

1. ขมิ้นชัน	143
2. จิง	149
3. มะขามแขก	153
4. เพชรสังฆาต	157
5. มะขามป้อม.....	163
6. มะแว้ง.....	169
7. ยาปราบชมพูทวีป.....	173
8. ฟ้าทะลายโจร.....	177
9. เถาวัลย์เปรียง	181
10. ไพล	185
11. ยาสหัสธารา.....	189
12. ยาประคบ	193
13. สารสกัดจากกัญชา CBD Enriched	197
14. สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ชนิดอัตราส่วน THC : CBD เป็น 1 : 1.....	205
15. พริก	213
16. วุ้นทางจระเข้	217
17. พญายอ.....	221

ภาคผนวก ก 229

ภาคผนวก ข 239

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1-1	สัญญาณเตือน หรือ Alarm features	3
ตารางที่ 1-2	ยาที่เป็นสาเหตุของ dyspepsia	4
ตารางที่ 1-3	เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Functional dyspepsia	5
ตารางที่ 1-4	การวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการ dyspepsia	6
ตารางที่ 1-5	หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับไขมันชั้น	8
ตารางที่ 2-1	เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Functional constipation.....	14
ตารางที่ 2-2	การวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการท้องผูกเรื้อรัง	14
ตารางที่ 2-3	สรุปยาแผนปัจจุบันที่ใช้ในการรักษาท้องผูกเรื้อรัง	17
ตารางที่ 3-1	Cochrane Review ของยากลุ่ม flavonoid.....	25
ตารางที่ 3-2	สรุปงานวิจัยสมุนไพรเพชรสังฆาต.....	27
ตารางที่ 4-1	สาเหตุของกลุ่มอาการไอเฉียบพลัน.....	34
ตารางที่ 4-2	สาเหตุของกลุ่มอาการไอเรื้อรังเฉียบพลัน.....	34
ตารางที่ 4-3	สาเหตุของกลุ่มอาการไอเรื้อรังพบได้บ่อย	35
ตารางที่ 4-4	ประเภทยาบรรเทาอาการไอแผนปัจจุบัน	35
ตารางที่ 4-5	หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับ การใช้มะขามป้อมสำหรับบรรเทาอาการไอ	36
ตารางที่ 5-1	ผลการศึกษาด้านยาสมุนไพรปราบชมพูทวีป ในผู้ป่วยโรคภูมิแพ้.....	43
ตารางที่ 6-1	หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับ การใช้ฟ้าทะลายโจรสำหรับบรรเทาอาการหวัด.....	50

ตารางที่ 7-1	การจำแนกระยะ (staging) โรคมะเร็งช่องปาก60
ตารางที่ 7-2	หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเอวอร์ลีย์เปรียม63
ตารางที่ 7-3	หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาไฟล65
ตารางที่ 7-4	หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการใช้มีนซ์ (สกด)67
ตารางที่ 7-5	หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสัทศาร69
ตารางที่ 7-6	หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาประคสมุนไพโร71
ตารางที่ 7-7	หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาพริก72
ตารางที่ 9-1	แสดงชนิดของยากันชักในประเทศไทยที่ใช้ในอาการชักชนิดต่าง ๆ และหลักฐานเชิงประจักษ์87
ตารางที่ 10-1	หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิกการใช้สารสกัดจากกัญชาในโรคเอ็มเอส และโรคที่เกี่ยวข้อง98
ตารางที่ 11-1	ลักษณะของอาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท106
ตารางที่ 11-2	ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเรื้อรัง106
ตารางที่ 11-3	ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนกลางเรื้อรัง106
ตารางที่ 11-4	สรุปข้อมูลของยากลุ่ม first line ที่ใช้ในการรักษาภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท109
ตารางที่ 11-5	สรุปข้อมูลของยากลุ่ม second line ที่ใช้ในการรักษาภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท111
ตารางที่ 11-6	สรุปข้อมูลการรักษาภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทโดยการผ่าตัด113
ตารางที่ 11-7	สรุปการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท115
ตารางที่ 11-8	การรักษาโดยการแพทย์ทางเลือกในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท117

เป้าหมายและวัตถุประสงค์

คู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติเล่มนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับแพทย์ทั่วไป รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรตามข้อแนะนำได้อย่างมั่นใจ ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ตามกลุ่มโรค/อาการ ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ กลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มอาการสมอง และระบบประสาท และกลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง รวมถึงข้อมูลยาสมุนไพรไทย เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้แพทย์ใช้เป็นแนวทางในการสั่งการรักษา โดยใช้ยาสมุนไพรได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
2. เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจสำหรับสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร
3. เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่มีอยู่ในบัญชียาหลัก ในระบบบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย

แพทย์ทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ

กระบวนการจัดทำ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. กรมการแพทย์แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กรมการแพทย์โดยมีผู้เชี่ยวชาญใน 6 กลุ่มโรค/อาการ (คำสั่งกรมการแพทย์ที่ 1016/2567 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2567)
2. กำหนดขอบเขตและรูปแบบการดำเนินงาน
3. ทบทวนและรวบรวมสถานการณ์ และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
4. จัดทำร่างคู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติ

5. รับฟังความคิดเห็นต่อร่างคู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติ โดยคณะทำงานและผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
6. ปรับปรุงและแก้ไขร่างต้นฉบับคู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติ
7. คณะทำงานฯ แก้ไข และจัดทำต้นฉบับคู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติ
8. ทบทวนต้นฉบับขั้นสุดท้าย
9. จัดพิมพ์และเผยแพร่

คุณภาพหลักฐาน (Quality of Evidence)

ประเภท ก หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

- ก1 การทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์แปรฐาน (meta-analysis) ของการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomized-controlled, clinical trials)
- ก2 การศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed randomized-controlled clinical trial)

ประเภท ข หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

- ข1 การทบทวนแบบมีระบบของการศึกษาควบคุมแต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่าง (systematic review of non-randomized, controlled clinical trials)
- ข2 การศึกษาควบคุมแต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพดีเยี่ยม (well-designed, non-randomized, controlled clinical trial)
- ข3 หลักฐานจากรายงานการศึกษาตามแผนติดตามเหตุไปหาผล (cohort) หรือการศึกษาวเคราะห์ควบคุมกรณีย้อนหลัง (case-control analytic studies) ที่ได้รับการออกแบบวิจัยเป็นอย่างดีซึ่งมาจากสถาบันหรือกลุ่มวิจัยมากกว่าหนึ่งแห่ง/กลุ่ม
- ข4 หลักฐานจากพหุกาลานุกรม (multiple time series) ซึ่งมีหรือไม่มีมาตรการดำเนินการหรือหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกรูปแบบอื่นหรือทดลองแบบไม่มีการควบคุม ซึ่งมีผลประจักษ์ถึงประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติมาตรการที่เด่นชัดมาก เช่น ผลของการนำยาเพ็นนิซิลินมาใช้ใน พ.ศ. 2480 จะได้รับการจัดอยู่ในหลักฐานประเภทนี้

ประเภท ค หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

- ค1 การศึกษาพรรณนา (descriptive studies)
- ค2 การศึกษาควบคุมที่มีคุณภาพพอใช้ (fair-designed, controlled clinical trial)

ประเภท ง หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก

ง1 รายงานของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ประกอบกับความเห็นพ้องหรือฉันทมติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ บนพื้นฐานประสบการณ์ทางคลินิก

ง2 รายงานอนุกรมผู้ป่วยจากการศึกษาในประชากรต่างกลุ่ม และคณะผู้ศึกษาต่างคณะ อย่างน้อย 2 ฉบับ

ง3 รายงานหรือความเห็นที่ไม่ได้ผ่านการวิเคราะห์แบบมีระบบ เช่น กรณีรายงานผู้ป่วย เฉพาะราย (anecdotal report) ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะราย จะไม่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นหลักฐาน ที่มีคุณภาพในการจัดทำคู่มือฉบับนี้

น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of Recommendation)

น้ำหนักคำแนะนำ ++ หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมี ประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและคุ้มค่า (cost effective) “ควรทำ”

น้ำหนักคำแนะนำ + หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการ ดังกล่าวอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและอาจคุ้มค่าในภาวะจำเพาะ “น่าทำ”

น้ำหนักคำแนะนำ +/- หมายถึง ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำ เนื่องจาก มาตรการดังกล่าว ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอ ในการสนับสนุนหรือจัดด้านว่าอาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ ต่อผู้ป่วยและอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้นการตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับ ปัจจัยอื่น ๆ “อาจทำหรือไม่ทำ”

น้ำหนักคำแนะนำ - หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการ ดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น “ไม่น่าทำ”

น้ำหนักคำแนะนำ -- หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าว อาจเกิดโทษหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย “ไม่ควรทำ”

01

กลุ่มที่ 1

กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร

บทที่ 1

อาการ Dyspepsia

แพทย์หญิงศยามล กิมตระกูล
แพทย์หญิงปิยะธิดา หาญสมบูรณ์

บทนำ

Dyspepsia เป็นภาวะที่พบบ่อยทั่วโลก ในประเทศไทยพบความชุกของ dyspepsia อยู่ที่ประมาณร้อยละ 66 ⁽¹⁾ ในขณะที่ทั่วโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 7 - 34 ⁽²⁾ ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น dyspepsia จะพบความผิดปกติเมื่อได้รับการตรวจเพิ่มเติม ⁽³⁾ โดยในคนเอเชีย จะพบประมาณร้อยละ 18 หลังจากได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน ⁽⁴⁾ และโอกาสที่จะพบมะเร็งกระเพาะอาหาร คือ ร้อยละ 0.2 - 0.4 ⁽²⁾

คำนิยาม (ตามสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย 2561) ⁽⁵⁾

Dyspepsia เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณช่องท้องส่วนบน เช่น อาการเรอลม อืดแน่นท้อง แสบร้อนลิ้นปี่ เป็นต้น โดยมีอาการมาไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ ร่วมกับการไม่พบสัญญาณอันตรายและความผิดปกติใด ๆ จากการตรวจร่างกาย และหากผู้ป่วยมีอาการที่บ่งบอกถึงความผิดปกติที่เกิดจากอวัยวะใกล้เคียงอื่น ๆ เช่น หลอดอาหาร ตับ และทางเดินน้ำดี แพทย์ควรส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยความผิดปกตินั้น ๆ

ตารางที่ 1-1 สัญญาณเตือน หรือ alarm features

“สัญญาณเตือน” หรือ alarm features หมายถึง อาการหรืออาการแสดง ของโรคที่มีความรุนแรง หรือมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรครุนแรงขึ้นรวมทั้งโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ซึ่งได้แก่

- ภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร เช่น อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระสีดำผิดปกติ เป็นต้น
- ภาวะซีด
- กินอาหารได้น้อยกว่าปกติ หรืออัมเร็วกว่าปกติอย่างชัดเจน

- น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 1 เดือน หรือมากกว่าร้อยละ 10 ในระยะเวลา 6 เดือน
- อาเจียนบ่อย ๆ เป็น ๆ หาย ๆ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น
- มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร

Uninvestigated dyspepsia; UD หมายถึง อาการ dyspepsia ที่ยังไม่ได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของอาการ dyspepsia แต่ต้องได้รับการซักประวัติเพื่อระบุสาเหตุของ dyspepsia ที่รักษาได้ เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs; NSAIDs) ยาแอสไพริน เป็นต้น และปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสมออกไปแล้ว

ตารางที่ 1-2 ยาที่เป็นสาเหตุของ dyspepsia ^(6,7,8)

- NSAIDs เช่น ibuprofen, naproxen และแอสไพริน (Aspirin; ASA)
- ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ penicillin, sulfonamides, macrolides, doxycycline, tetracycline
- ยาประเภทฮอร์โมน ได้แก่ อินซูลิน ยาลดระดับน้ำตาล (oral hypoglycemic drugs) เอสโตเจน และคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids)
- ยาที่มีฤทธิ์ต่อหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ digoxin และ calcium channel blockers, angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors, nitrate
- Vitamin and supplements เช่น โพแทสเซียม (potassium supplement) ธาตุเหล็ก (Iron supplement) และ วิตามิน ดี เป็นต้น
- ยาที่มีผลต่อกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ alendronate (Fosamax®), ibandronate (Boniva®), risedronate (Actonel®)
- ยาขยายหลอดลม ได้แก่ theophylline
- ยากลุ่มอื่น ๆ gemfibrozil, colchicine, quinidine, levodopa

Functional dyspepsia; FD หมายถึง อาการ dyspepsia ที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (esophagogastroduodenoscopy; EGD) และผลการส่องกล้องไม่สามารถอธิบายอาการ dyspepsia ได้ และไม่พบการติดเชื้อแบคทีเรียเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Rome IV criteria⁽⁹⁾ ดังตารางแสดงที่ 1-3

ตารางที่ 1-3 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Functional dyspepsia ⁽⁵⁾

1. มีอาการอย่างน้อย 1 อาการดังต่อไปนี้

- อาการจุกแน่นหลังทานอาหาร
- อาการอิ่มเร็วกว่าปกติ
- อาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่
- อาการแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่

อาการดังกล่าวเป็นมาระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โดยเริ่มมีอาการอย่างน้อย 6 เดือนก่อนได้รับการวินิจฉัย

2. ไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกถึงโรคทางกายภาพอื่น ๆ

3. ผลการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน ต้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือพบความผิดปกติเล็กน้อย ๆ ที่ไม่สามารถอธิบายอาการได้ เช่น nonerosive (chronic) gastritis เป็นต้น

Functional dyspepsia แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ^(5, 9) คือ

1. Postprandial Distress Syndrome (PDS) ประกอบด้วยอย่างน้อย 1 ข้อ

- มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ หลังมื้ออาหารที่มีขนาดปกติ อาการควรมีอย่างน้อย 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์
- อาการอิ่มเร็ว เป็นมากจนไม่สามารถรับประทานอาหารได้เต็มมื้อขนาดปกติ และควรมีอาการอย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์

2. Epigastric Pain Syndrome (EPS) ประกอบด้วยอาการทุกข้อ ต่อไปนี้

- อาการปวด หรือแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่รุนแรงปานกลาง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- อาการปวด มีลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ
- ไม่มีการกระจายของอาการปวด หรือปวดบริเวณอื่นของช่องท้อง หรือในช่องอก
- อาการปวดไม่ทุเลาลงหลังการถ่ายอุจจาระ หรือผายลม
- อาการไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคทางถุงน้ำดี หรือโรคของ sphincter of Oddi

การวินิจฉัยแยกโรค

ควรให้การวินิจฉัยแยกโรคอื่น ๆ ที่มีอาการของทางเดินอาหารส่วนบนที่อาจเป็นสาเหตุได้ เพื่อให้การรักษาในแต่ละโรคที่จำเพาะ เนื่องจากไม่มีอาการใด ๆ ของกลุ่มอาการ dyspepsia ที่จำเพาะสำหรับโรคใดโรคหนึ่งของทางเดินอาหารส่วนบน หรือโรคภายในระบบทางเดินอาหารเท่านั้น โดยกลุ่มโรค/ภาวะ ที่สามารถทำให้เกิดอาการในกลุ่มภาวะ dyspepsia

ตารางที่ 1-4 การวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการ dyspepsia ⁽⁵⁾

1. Functional dyspepsia
2. Peptic ulcer disease
3. Reflux esophagitis/ Gastroesophageal reflux disease
4. Esophageal cancer/ Gastric cancer
5. อื่น ๆ เช่น Biliary tract diseased ex. Gallstone, Biliary colic เป็นต้น

แนวทางการรักษา (Functional Dyspepsia)

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ได้เสนอแนวทางการรักษาประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรักษาด้วยยา

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Life Style Modification)

การเกิดอาการ dyspepsia มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น รับประทานอาหารเร็ว และรับประทานอาหารเป็นจำนวนมาก รวมทั้งการรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง และยังเป็นอาการของการแพ้อาหาร เช่น การแพ้ gluten เป็นต้น นอกจากนั้นยังสัมพันธ์กับการดื่มกาแฟ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ^(10, 11) ดังนั้น การรับประทานอาหารให้ช้าลง ปริมาณเหมาะสม ตรงเวลา และการรับประทานอาหารให้ครบห้าหมู่ เพิ่มการรับประทานผักสีเขียว และลดการดื่มกาแฟ และแอลกอฮอล์ จะทำให้อาการ dyspepsia ดีขึ้น ^(10, 11, 12) การลดสูบบุหรี่ ลดน้ำหนัก และออกกำลังกาย ก็สามารถลดอาการ dyspepsia ได้เช่นกัน ⁽¹³⁾

2. การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน

ยาสำหรับการรักษาโรค Functional Dyspepsia มียาหลายกลุ่ม ได้แก่ ยาลดการหลั่งกรด (Proton pump inhibitors; PPI) เช่น ยา omeprazole เป็นต้น ยา prokinetic เช่น ยา metoclopramide และ domperidone เป็นต้น

การเลือกยาควรพิจารณาตามอาการหลักของผู้ป่วย เช่น ยาลดการหลั่งกรดจะได้ผลดีในกลุ่มที่มีอาการปวดหรือแสบร้อนลิ้นปี่ (epigastric pain syndrome) หรือ ยา prokinetic จะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการอึดแน่นท้อง (postprandial distress syndrome)

3. การรักษาด้วยยาสมุนไพร

3.1 ยาสมุนไพรขมิ้นชัน มีสารสกัดของ curcumin, dimethoxy curcumin, bisdemethoxycurcumin และน้ำมันหอมระเหย โดย curcumin สามารถกระตุ้นการหลั่ง mucin ออกมาเคลือบกระเพาะ และมีฤทธิ์ขับลมจากน้ำมันหอมระเหย ได้ผลดีในการรักษาอาการ dyspepsia ไม่แตกต่างกับการใช้ยากลุ่ม PPI จึงแนะนำให้เลือกใช้ยาสมุนไพรขมิ้นชัน^(14,15,16,17) ในผู้ป่วยดังนี้ (หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ก2)

1. ในผู้ป่วย Uninvestigated dyspepsia พิจารณาเลือกใช้ยาสมุนไพรขมิ้นชัน เป็นทางเลือกแรกได้ เป็นระยะเวลาไม่เกิน 8 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น แนะนำส่งตรวจเพิ่มเติม ด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

2. ในผู้ป่วย Functional dyspepsia พิจารณาเลือกใช้ยาสมุนไพรขมิ้นชันได้ ซึ่งมีประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างกับยาลดการหลั่งกรด PPI โดยแนะนำเลือกเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง ระยะเวลาไม่ควรเกิน 8 สัปดาห์

ขนาดและวิธีใช้

ขนาดยาที่แนะนำ 500 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร และก่อนนอน⁽¹⁸⁾

ข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้

- 1) ควรระมัดระวังการใช้ในหญิงมีครรภ์ ยกเว้นภายใต้การดูแลของแพทย์⁽¹⁹⁾
- 2) ควรระวังการใช้ในเด็ก เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย⁽²⁰⁾
- 3) ห้ามใช้ในผู้ที่ท่อน้ำดีอุดตัน ผู้ที่ไวต่อยานี้ ผู้ป่วยโรคนี้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา^(20, 21)

อันตรกิริยาระหว่างยา

Drug reaction กับ warfarin และ Aspirin และยาที่ metabolized ผ่าน cytochrome P450⁽¹⁸⁾

ตารางที่ 1-5
 หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับไขมันชั้น

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
Kongkam P และคณะ ⁽¹⁴⁾ (2023)	Randomized double blind controlled trial With central randomization	แบ่งผู้ป่วยที่เป็น functional dyspepsia เป็น 3 กลุ่ม กลุ่ม 1 N=69 ได้รับ curcumin 250 mg 2x4 capsule + omeprazole 20 mg 1x1 กลุ่ม 2 N= 69 ได้รับ curcumin 250 mg 2x4 capsule กลุ่มที่ 3 N= 68 ได้รับ omeprazole 20 mg 1x1 ได้รับยานาน 28 วัน และวัดผลลัพธ์หลักโดยใช้ SODA score วันที่ 28 และ 56 ผลลัพธ์รอง คือ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ	ผลลัพธ์หลัก : การประเมิน main outcome measurement: function dyspepsia score SODA score (pain, non-pain, satisfaction) ของแต่ละกลุ่มในวันที่ 28 ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดีขึ้นมากกว่าในวันที่ 56 และ ไม่พบความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มที่ทำการศึกษา ผลลัพธ์รอง : ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง
Sawongroj N และคณะ ⁽¹⁷⁾ (2021)	Open-label Randomize-controlled trail	แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 N=27 ได้รับ curcumin 750 mg /day กลุ่มที่ 2 N=26 ได้รับ curcumin 1,500 mg/day กลุ่มที่ 3 N=25 ได้รับ simethicone แต่ละกลุ่มได้รับยานาน 14 วัน และประเมินโดยใช้ The dyspepsia Global Overall Symptom scale วัดผล ที่ baseline วันที่ 14 และ 28 ประเมินการกำเริบของโรคประเมินหลังจากหยุดยาแล้ว 2 สัปดาห์	ไม่พบความแตกต่างของอาการ postprandial Distress syndrome ทั้ง 3 กลุ่มที่ทำการศึกษา กลุ่มที่ได้ ไขมันชั้น คะแนนรวมของอาการต่าง ๆ ของโรค ลดลง มากกว่ากลุ่มที่ได้ simethicone ที่ 4 สัปดาห์ แต่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการกำเริบ พบว่า กลุ่มที่ได้ simethicone ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ยาสุมิโพรซิง มีฤทธิ์ในการกระตุ้นกระเพาะอาหารส่วน antrum ทำให้เกิด gastric emptying⁽²²⁾ และได้ผลดีในการรักษาอาการ dyspepsia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับยาหลอก^(23, 24, 25) จึงแนะนำให้เลือกใช้ยาสุมิโพรซิงในผู้ป่วย ดังนี้ (หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ก2)

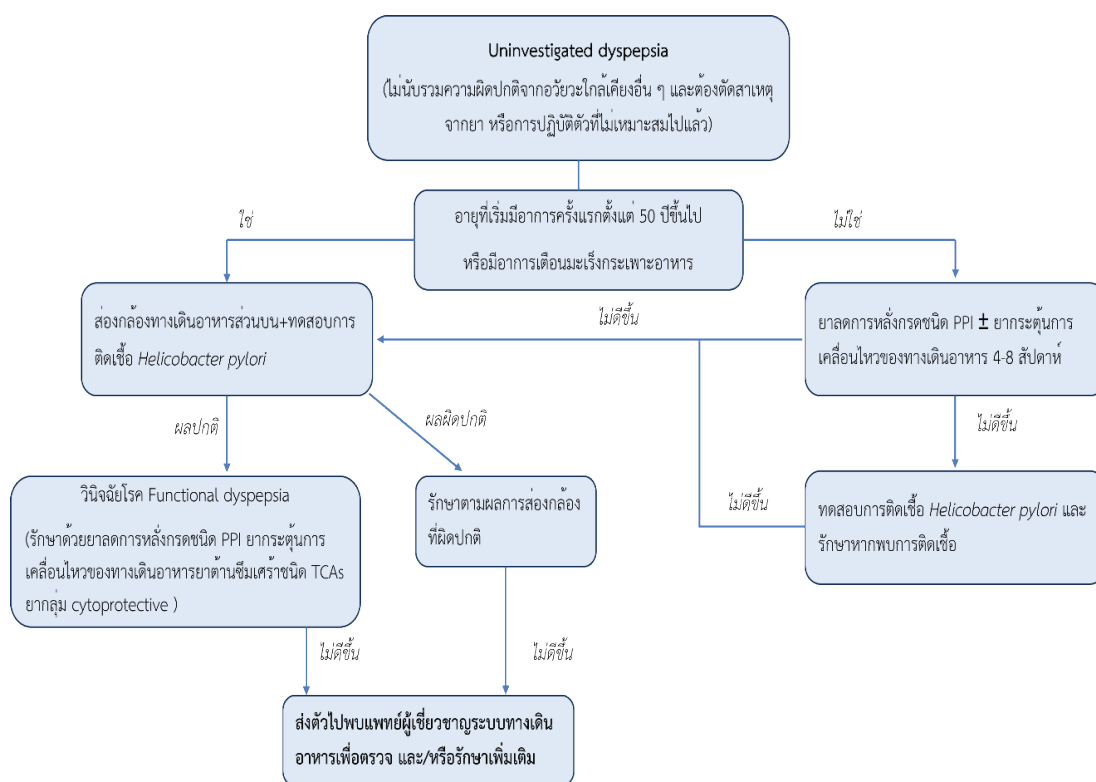
ในผู้ป่วย Functional dyspepsia พิจารณาเลือกใช้ยาสุมิโพรซิง เป็นทางเลือกลำดับที่สอง หรือใช้เป็นการรักษาเสริมของยา prokinetics ในผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อึดแน่นท้องเป็นหลัก (postprandial distress syndrome)

ขนาดและวิธีใช้

ขนาดยาที่แนะนำ 2 – 4 กรัมต่อวัน⁽¹⁸⁾

ข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้

ห้ามใช้ร่วมกับยาลดกรดลิ้มเลือด หรือมีภาวะเลือดออกผิดปกติ



รูปภาพที่ 1 แนวทางการตรวจและรักษาผู้ป่วย uninvestigated dyspepsia⁽⁵⁾ ดัดแปลงมาจาก สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย 2561

1. Kachintorn U. Epidemiology, approach and Management of functional dyspepsia in Thailand. *J Gastroenterol Hepatol*. 2011; 26 Suppl 3: 32-34.
2. Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al. Gastroduodenal Disorders. *Gastroenterology*. 2016; 150: 1380-1392.
3. Talley NJ, Ford AC. Functional Dyspepsia. *N Engl J Med*. 2015; 373: 1853-1863.
4. Goh KL. Clinical and epidemiological perspectives of dyspepsia in a multiracial Malaysian population. *J Gastroenterol Hepatol*. 2011; 26 Suppl 3: 35-38.
5. กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร, สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและการรักษา Dyspepsia ในประเทศไทย พ.ศ. 2561. [ม.ป.ท]: [ม.ป.พ]; 2561.
6. กลุ่มวิจัยโรคกระเพาะอาหาร, สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยดิสเปปเซีย (Dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) ในประเทศไทย 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2553.
7. Hallas J, Bytzer P. Screening for drug related dyspepsia: An analysis of prescription symmetry. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1998; 10(1): 27-32.
8. Talley NJ. Dyspepsia. *Gastroenterology*. 2003; 125:1219-26.
9. Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MA, Chang L, Chey W, Crowell MD, et al. Development and validation of the Rome IV diagnostic questionnaire for adults. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1481-1491.
10. Duboc H, Latrache S, Nebunu N and Coffin B. The Role of Diet in Functional Dyspepsia Management [Internet]. *Front Psychiatry*. 2020;11. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00023>
11. Pilichiewicz AN, Feltrin KL, Horowitz M, Holtmann G, Wishart M, Jones KL, et al. Functional dyspepsia is associated with a greater symptomatic response to fat but not carbohydrate, increased fasting and postprandial CCK, and diminished PYY. *Am J Gastroenterol*. 2008; 103(10):2613-2623.
12. Duncanson KR, Talley NJ, Walker MM, Burrows TL. Food and functional dyspepsia: a systematic review. *J Hum Nutr Diet*. 2018;31(3):390-407.
13. Ohlsson B. The role of smoking and alcohol behaviour in management of functional gastrointestinal disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2017; 31(5):545-552.
14. Kongkam P, Khongkha W, Lompimpisuth C, Chumsi C, Kosarussawadee P, Phutrakool P, et al. Curcumin and proton pump inhibitors for functional dyspepsia: a randomized, double blind controlled trial. *BMJ Evid Based Med*. 2023; 28(6): 399-406.
15. Yongwatana K, Harinwan K, Chirapongsathorn S, et al. Curcuma longa Linn versus omeprazole in treatment of functional dyspepsia: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Gastroenterol Hepatol*. 2022;37(2):335-341.
16. Thavorn K, Wolfe D, Faust L, Shorr R, Akkawi M, Isaranuwatthai W, et al. A systematic review of the efficacy and safety of turmeric in the treatment of digestive disorders. *Phytotherapy Research*. 2024; 38(6): 2687-2706.

17. Sawangroj N, Budkaew J, Chumworathayi B. Efficacy of *Curcuma longa* in treatment of postprandial distress syndrome: An open-label randomized-controlled trial. *F1000Research*. 2019; 8:1827.
18. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: มินนี่กรุ๊ป; 2566.
19. Mahattanadul S, Panichayupakaranant P, Tungsinmonkong K. Comparison of the inhibitory potency of curcumin, demethoxycurcumin and bisdemethoxycurcumin on iNOS-derived NO in activated macrophages and on gastric ulcer in rats. *Planta Med*. 2009;75: PJ22.
20. ราชนัน ภูมา, สมราน สุดดี, บรรณาธิการ. ชื่อพรรณไม้แห่งประเทศไทย เต็ม สมิตินันท์. ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม 2557. กรุงเทพฯ:สำนักงานหอพรรณไม้ สำนักวิจัยและอนุรักษ์ป่าไม้และพรรณพันธุ์พืช กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช; 2557: หน้า 167.
21. Tarasub N, Tarasub C, Ayutthaya WD. Histological changes of spleen, stomach and small intestine induced by cadmium in rats and the protective effect of curcumin. *Thammasat Medical Journal*. 2009;9(3):213-24.
22. Hu ML, Rayner CK, Wu KL, Chuah SK, Tai WC, Chou YP, et al. Effect of ginger on gastric motility and symptoms of functional dyspepsia. *World J Gastroenterol*. 2011;17(1): 105-10.
23. Aragawi LG, Shokrolahi M, Gebremeskel TG, Zoltan C, et al. The Effect of Ginger Supplementation on the Improvement of Dyspeptic Symptoms in Patients with Functional Dyspepsia. *Cureus*. 2023; 15(9): e46061.
24. Bodagh MN, Maleki I, Hekmatdoost A. Ginger in gastrointestinal disorders: A systematic review of clinical trials. *Food Sci Nutr*. 2018; 7(1): 96-108.
25. Foshati S, Poursadeghfard M, Heidari Z and Armani R. The effect of ginger supplementation on common gastrointestinal symptoms in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis: a double-blind randomized placebo-controlled trial. *BMJ Complementary Medicine and Therapies*. 2023; 23: 383.

บทที่ 2

โรคท้องผูกเรื้อรัง (Chronic constipation)

แพทย์หญิงศยามล กิมตระกูล
แพทย์หญิงปิยะธิดา หาญสมบูรณ์

บทนำ

อาการท้องผูกเป็นความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (GI) ที่พบได้บ่อย อัตราการเกิดอาการท้องผูก ในประชากรทั่วไปอยู่ที่ประมาณ 20 % ^(1, 2) อุบัติการณ์สะสมของอาการท้องผูกเรื้อรังสูงกว่าในผู้สูงอายุ (ประมาณ 20 %) เมื่อเทียบกับประชากรที่อายุน้อยกว่า ⁽³⁾ อาการท้องผูกรุนแรงพบได้บ่อยในผู้หญิงสูงอายุ โดยมีอัตราการท้องผูกสูงกว่าผู้ชายถึง 2 - 3 เท่า ^(3, 4, 5) อาการท้องผูกเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อจิตใจ และสังคม ^(6, 7)

คำนิยาม (แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2564)

Chronic constipation หรือ ท้องผูกเรื้อรัง ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคท้องผูกเรื้อรังของสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหวไทย ประกอบไปด้วยอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังกล่าวดำเนินมาอย่างน้อย 3 เดือน ดังนี้

1. ขับถ่ายอุจจาระลำบาก เช่น ต้องเบ่งอุจจาระอย่างมาก หรือ รู้สึกว่าทวารหนักถูกอุดกั้นไว้ขณะถ่าย หรือต้องใช้วิธีต่าง ๆ ช่วยเพื่อให้ถ่ายอุจจาระ เช่น ต้องใช้ยาระบาย ยาสวนทวาร ใช้นิ้วล้วง หรือ กรอขอบทวารหนัก หรือ

2. รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด หรือ

3. อุจจาระแข็ง หรือ

4. ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (หากไม่ใช้วิธีข้างต้นช่วย)

คำจำกัดความเบื้องต้นสอดคล้องกับ Functional constipation ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Rome IV ประกอบไปด้วย อาการดังกล่าวข้างต้นร่วมกับการไม่มีสัญญาณเตือนอันตรายของโรค และไม่พบพยาธิสภาพทางกาย

ตารางที่ 2-1 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Functional constipation ⁽⁸⁾

1. มีอาการอย่างน้อย 1 อาการ ดังต่อไปนี้
 - ขับถ่ายอุจจาระลำบาก ต้องเบ่งอุจจาระอย่างมาก หรือ รู้สึกว่าทวารหนักถูกอุดตันไว้ขณะถ่าย
 - รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด
 - อุจจาระแข็ง
 - ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์อาการดังกล่าวเป็นมานานมากกว่า 3 เดือน
2. ไม่มีสัญญาณเตือน และไม่มีพยาธิสภาพทางกาย (organic pathology) อื่น ๆ

สัญญาณเตือนอันตรายของโรค (Alarming Features) หมายถึง อาการที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ อายุมากกว่า 50 ปี อุจจาระมีเลือดปน ท้องผูกสลับท้องเสีย มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในญาติสายตรง มีอาการท้องผูกไม่นานก่อนพบแพทย์ (bowel habit change) ⁽⁸⁾

การวินิจฉัยแยกโรค

อาการท้องผูกเรื้อรัง อาจมีสาเหตุที่จำเพาะ ซึ่งหากรักษาตามสาเหตุที่พบนั้นอาจจะทำให้ผู้ป่วยหายจากภาวะท้องผูกได้ แพทย์ควรประเมินหาสาเหตุต่อไปนี้ เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นครั้งแรก และประเมินซ้ำเป็นระยะ โดยเฉพาะในรายที่อาการเปลี่ยนแปลงแย่งจากเดิม หรือยังไม่ดีขึ้นเมื่อให้การรักษามาระยะหนึ่งแล้ว

ตารางที่ 2-2 การวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการท้องผูกเรื้อรัง ^(8, 9)

1. Endocrine and metabolic disorders
 - Diabetes
 - Hypothyroidism
 - Electrolytes imbalance: hypercalcemia, hypokalemia
 - Hyperparathyroidism
2. Neurologic-myoapathic disorders
 - Parkinson disease
 - Autonomic neuropathy
 - Spinal cord diseases
 - Amyloidosis
 - Chronic intestinal pseudo-obstruction

3. Psychiatric disorders

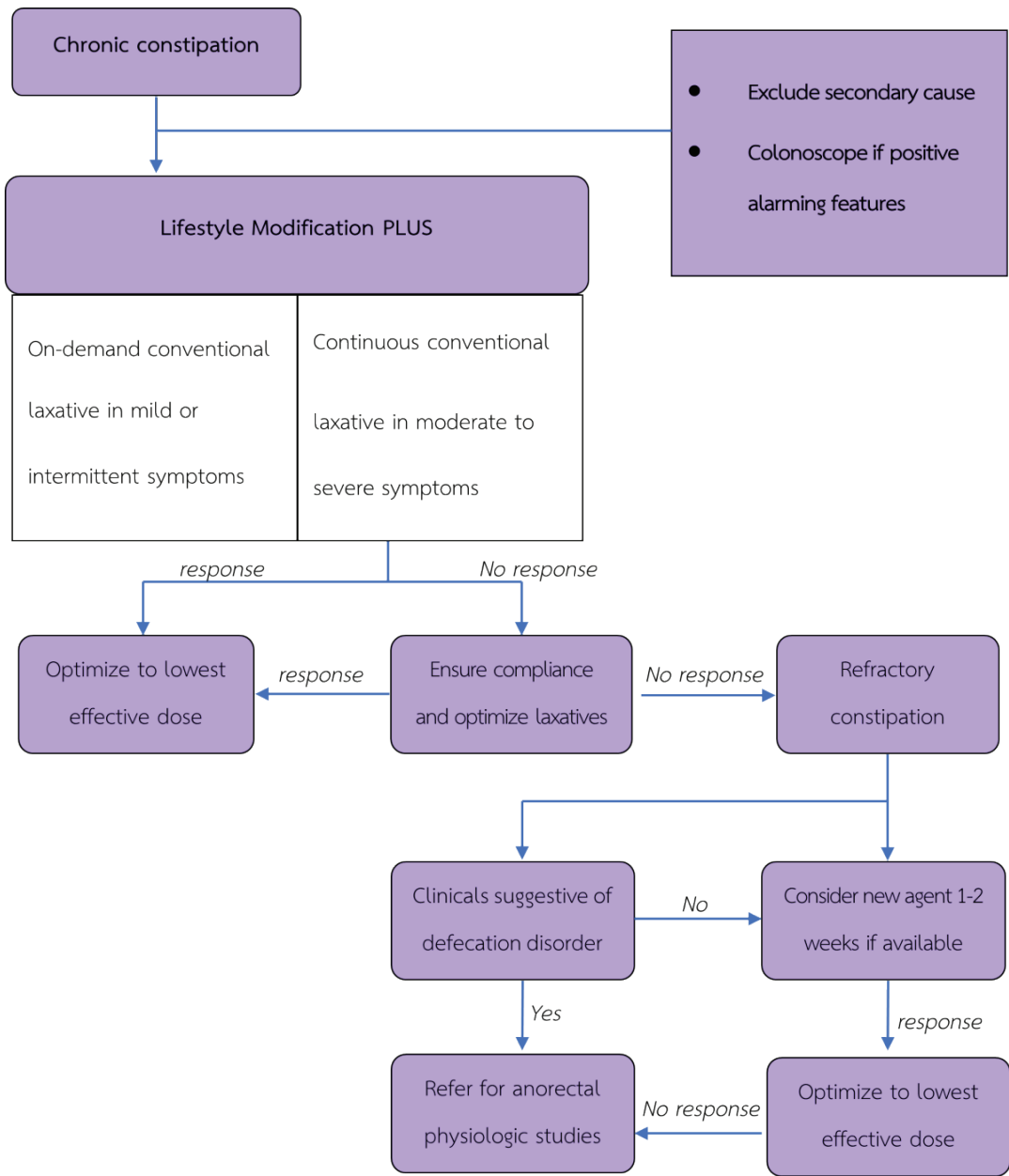
- Depression

4. Medications

- ยาแก้ปวด เช่น opiates, tramadol, NSAIDs เป็นต้น
- Anticholinergic agents
- Antihistamine
- ยาลดความดันโลหิต: calcium channel blockers
- ยาขับปัสสาวะ: furosemide, hydrochlorothiazide
- ยาต้านเศร้า: tricyclic antidepressants
- ยารักษาโรคพาร์กินสัน: dopaminergic agents
- Metallic ions: calcium, aluminum, iron

แนวทางการรักษา

สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหวไทย ได้เสนอแนวทางการรักษาโรคท้องผูกเรื้อรัง โดย เน้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการรับประทานกากใยอาหารร่วมกับดื่มน้ำให้เพียงพอ การออกกำลังกาย ร่วมกับการรักษาด้วยยา โดยมีแนวทางดังนี้ (รูปภาพที่ 1) ⁽⁸⁾



รูปภาพที่ 1 แผนภูมิแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรัง

ตารางที่ 2-3 สรุปยาแผนปัจจุบันที่ใช้ในการรักษาท้องผูกเรื้อรัง⁽⁸⁾

ยาที่ใช้ในการรักษา ท้องผูกเรื้อรัง	ขนาดยา	number needed to treat (95% CI)	ข้อมูลเพิ่มเติม และ ข้อควรระวัง
Bulking agents Psyllium	5 - 10 กรัม วันละครั้ง	2 (1.6 - 3) ⁽¹⁰⁾	เริ่มด้วยขนาดต่ำ แล้วค่อย ๆ เพิ่มขนาดยา ในผู้ที่มีอาการอึดแน่นท้อง (bloating) อาจทำให้ มีอาการมากขึ้นได้
Osmotic Laxatives			
Milk of magnesia	15 - 45 มิลลิลิตร วันละ 1 ครั้ง	ไม่มีข้อมูล	ควรตรวจปริมาณที่แน่นอน และระมัดระวังในผู้ป่วยที่มี การทำงานของไตบกพร่อง
Polyethylene glycol	10 - 20 กรัม วันละ 1 ครั้ง	3 (2 - 4) ⁽¹¹⁾	
Lactulose	15 - 30 มิลลิลิตร วันละ 1 - 2 ครั้ง	4 (2 - 7) ⁽¹¹⁾	มีผลทำให้เกิดอาการ อึดแน่นท้อง (bloating) ท้องโตขึ้น (distention)
Stimulant Laxatives			
Bisacodyl	5 - 10 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง (รับประทานหลังอาหาร เย็นหรือ ก่อนนอน)	ไม่มีข้อมูล	อาการข้างเคียง ได้แก่ ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องอืด และปวดศีรษะ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ แบบต่อเนื่องระยะยาว
Senna	15 - 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง	ไม่มีข้อมูล	อาการข้างเคียง ได้แก่ ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องอืด ควรหลีกเลี่ยงการใช้ แบบต่อเนื่องระยะยาว
Chloride channel activator			
Lubiprostone	24 ไมโครกรัม วันละ 2 ครั้ง รับประทาน พร้อมอาหาร	4 (3 - 7) ⁽¹¹⁾	มีผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ ท้องเสีย ปวดท้อง

ยาที่ใช้ในการรักษา ท้องผูกเรื้อรัง	ขนาดยา	number needed to treat (95% CI)	ข้อมูลเพิ่มเติม และ ข้อควรระวัง
Ileal bile acid transporter inhibitor			
Elobixibat	10 มิลลิกรัม วันละครั้ง	ไม่มีข้อมูล	มีผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดท้อง และท้องเสีย
Serotonin-5-hydroxytryptamine-4 receptor agonist (5-HT ₄ receptor agonist)			
Prucalopride	2 มิลลิกรัม วันละครั้ง ในผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี (แนะนำให้เริ่มต้น 1 มิลลิกรัม วันละครั้ง) หาก creatinine clearance น้อยกว่า 30 mL/minute ให้ใช้ขนาด 1 มิลลิกรัม วันละครั้ง หลีกเลี่ยงการใช้ ในผู้ป่วยพอกไต	6 (5 – 9) ⁽¹¹⁾	มีผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ถ่ายเหลว คลื่นไส้ ปวดท้อง ปวดศีรษะ
Guanylate cyclase C agonist			
Linacotide	72 ไมโครกรัม หรือ 145 ไมโครกรัม วันละ 1 ครั้ง	12 (6 - 29) (72 มิลลิกรัม) ⁽¹²⁾ 10 (6 - 19) (145 มิลลิกรัม) ⁽¹²⁾	มีผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ท้องเสีย

การรักษาด้วยยาสมุนไพร

ยาสมุนไพรมะขามแขก สารสกัด senna หรือ sennoside สกัดมาจากมะขามแขก เป็นยาระบายกลุ่ม stimulant ในประเภท anthraquinone จากการศึกษาแบบ RCT พบว่า การรับประทานยา senna ในขนาด 20 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถช่วยเพิ่มจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระใน 4 สัปดาห์ ได้ดีกว่าการรับประทานยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ^(13, 14) โดยทั่วไปแนะนำให้เริ่ม senna ในขนาด 15 มิลลิกรัมต่อวัน ด้วยยามักไม่ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด แต่จะออกฤทธิ์ที่ลำไส้ใหญ่เป็นหลัก โดยเริ่มออกฤทธิ์ที่ 5 ชั่วโมงหลังรับประทานยา กลไกการออกฤทธิ์เป็นได้ทั้งกระตุ้นการคัดหลั่ง และกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้⁽¹⁵⁾ สำหรับอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากการใช้ยา senna คือ อาการปวดท้อง ท้องอืด และท้องเสีย ซึ่งมักไม่รุนแรง และดีขึ้นได้เมื่อลดขนาดยาลง^(16, 17)

การใช้ยา senna ในระยะยาว อาจมีประสิทธิผลลดลง และมีข้อควรระวังในการใช้เช่นเดียวกับ bisacodyl นอกจากนั้นยังมีผลต่อเยื่อบุผิวลำไส้ใหญ่ และทำให้ผิวลำไส้ใหญ่เปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล (melanosis coli)^(16, 17) ซึ่งมักเกิดภายหลังการใช้นานาน 4 เดือน และสามารถหายได้เองภายหลังหยุดยา 6 - 12 เดือน ภาวะดังกล่าวไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่^(15, 18, 19)

ดังนั้น การใช้ยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย สำหรับการรักษาภาวะท้องผูกเรื้อรัง แต่อาจมีประสิทธิผลลดลงเมื่อใช้ในระยะยาว จึงแนะนำให้เลือกใช้ยาสมุนไพรมะขามแขกในผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรัง ดังนี้ (หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ค)

1. พิจารณาเลือกใช้ยาสมุนไพรมะขามแขก เป็นการรักษาด้วยยาทางเลือกรอง หลังจากได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม Bulking agent (Psyllium) หรือ ยากลุ่ม osmotic agents (Lactulose หรือ Milk of magnesia) แล้วไม่ได้ผล โดยสามารถใช้เป็นการรักษาตัวเดียว หรือเป็นการรักษาเสริมร่วมกับยาดังกล่าวข้างต้นได้

2. ขนาดและวิธีใช้

ขนาดของยาที่แนะนำ คือ sennoside ขนาด 15 - 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง เท่ากับ ผงยาในแคปซูล 800 มิลลิกรัม - 1.2 กรัม วันละ 1 ครั้ง ตามข้อมูลในบัญชียาหลักชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566⁽²⁰⁾

3. ข้อควรระวัง⁽²⁰⁾

- 1) ระวังการใช้ในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 12 ปี
- 2) ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory Bowel Disease)
- 3) ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำ (Dehydration) หรืออิเล็กโทรไลต์ต่ำ
- 4) ระวังการใช้ระยะยาวในผู้ป่วยที่มีภาวะไตหรือตับทำงานบกพร่อง
- 5) ระวังการใช้ในสตรีมีครรภ์ เนื่องจากอาจทำให้มีอาการปวดเกร็งท้อง หรือภาวะอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุลได้
- 6) ระวังการใช้ในหญิงให้นมบุตร เนื่องจากสาร Rhein สามารถขับออกทางน้ำนม
- 7) ไม่ควรใช้ยาในระยะยาว

4. ข้อห้ามใช้ ⁽²⁰⁾

- 1) ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันในทางเดินอาหาร (gastrointestinal obstruction) หรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ
- 2) ห้ามใช้ในผู้มีประวัติแพ้ยานี้

unasup

ยาสมุนไพรมะขามแขกสามารถใช้ทดแทนยาระบายแผนปัจจุบัน ในกลุ่ม stimulant ได้ เช่น bisacodyl และ senna และไม่ควรใช้ในระยยาว ควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค เพิ่มอาหารประเภทกากใย และการดื่มน้ำให้เพียงพอ

1. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2004;99(4):750–759.
2. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology.* 2013;144(1):218–238.
3. Choung RS, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. Cumulative incidence of chronic constipation: a population-based study 1988–2003. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26(11–12):1521–1528.
4. Talley N, Fleming K, Evans JM, Weaver A, Zinsmeister A, O’Keefe E, et al. Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. *Am J Gastroenterol.* 1996;91(1):19–25.
5. Wald A, Scarpignato C, Mueller-Lissner S, Kamm MA, Hinkel U, Helfrich I, et al. A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008;28(7):917–30.
6. Sonnenberg A, Koch TR. Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. *Dig Dis Sci.* 1989;34(4):606–611.
7. Bongers ME, Benninga MA, Maurice-Stam H, Grootenhuys MA. Health-related quality of life in young adults with symptoms of constipation continuing from childhood into adulthood. *Health Qual Life Outcomes.* 2009; 7:20.
8. สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:พรินท์เอเบิล;2564.
9. Rogue MV and Bouras EP. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. *Clin Interv Aging.* 2015;10: 919–930.
10. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2014;109 Suppl 1: S2-26; quiz S7.
11. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR, 3rd. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology.* 2013;144(1):218-38.
12. Shah ED, Kim HM, Schoenfeld P. Efficacy and Tolerability of Guanylate Cyclase-C Agonists for Irritable Bowel Syndrome with Constipation and Chronic Idiopathic Constipation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol.* 2018;113(3):329-38.
13. Bub S, Brinckmann J, Cicconetti G, Valentine B. Efficacy of an herbal dietary supplement (Smooth Move) in the management of constipation in nursing home residents: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Am Med Dir Assoc.* 2006;7(9):556-61.
14. วีระสิงห์ เมืองมัน กฤษฎา รัตนโอฬาร ไพฑูรย์ คชเสนี และคณะ. การใช้แคลเซียมเซนโซไดน์ในผู้ป่วยสูงอายุ. หนังสือรวบรวมผลงานการวิจัย โครงการพัฒนาการใช้สมุนไพร และยาไทยทางคลินิก (2525-2536) โดยคณะกรรมการโครงการพัฒนาการใช้สมุนไพรและยาไทยทางคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล 2536. หน้า 161.
15. Van Gorkom BA, de Vries EG, Karrenbeld A, Kleibeuker JH. Review article: anthranoid laxatives and their potential carcinogenic effects. *Aliment Pharmacol Ther.* 1999;13(4):443-52.

16. Kinnunen O, Winblad I, Koistinen P, Salokannel J. Safety and efficacy of a bulk laxative containing senna versus lactulose in the treatment of chronic constipation in geriatric patients. *Pharmacology* 1993; 47(Suppl 1): 253-5.
17. Reynolds JEF. *Martindale: The extra pharmacopoeia*. 29th edition, London: The pharmaceutical Press. 1989:1105-6.
18. Walker NI, Smith MM, Smithers BM. Ultrastructure of human melanosis coli with reference to its pathogenesis. *Pathology*. 1993;25(2):120-3.
19. Serrano-Falcon B, Rey E. The safety of available treatments for chronic constipation. *Expert Opin Drug Saf*. 2017;16(11):1243-53.
20. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: มินนี่กรุ๊ป; 2566.

บทที่ 3

โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)

แพทย์หญิงปิยะธิดา หาญสมบูรณ์

บทนำ

โรคริดสีดวงทวารเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยมีอาการทางทวารหนักที่สำคัญ คือเลือดออกขณะ และหลังถ่ายอุจจาระ และติ่งเนื้อขอบทวาร อาการในระยะแรกมักเป็น ๆ หาย ๆ ไม่รุนแรง ผู้ที่มีการดำเนินโรคมากขึ้นเรื่อย ๆ มีไม่มากนัก และมักกินเวลานานหลายปีก่อนจะถึงระดับที่รุนแรง

คำนิยาม

ริดสีดวงแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ⁽¹⁾

1. **ริดสีดวงทวารภายใน (Internal hemorrhoids)** คือ การที่เนื้อเยื่อของทวารหนักที่อยู่สูงกว่า dentate line เลื่อนตัวลงมาทางปากทวารหนัก ทำให้เกิดอาการเลือดออกขณะถ่ายอุจจาระ หรือยื่นออกมาจากขอบทวารหนัก ริดสีดวงภายในแบ่งตามความรุนแรงเป็น 4 เกรด คือ

เกรด 1 ริดสีดวงอยู่เหนือ dentate line และไม่ยื่นออกมานอกขอบทวาร

เกรด 2 ริดสีดวงยื่นออกมานอกขอบทวารขณะถ่ายอุจจาระ และเลื่อนกลับเข้าไปในทวารหนักหลังถ่ายอุจจาระ

เกรด 3 ริดสีดวงยื่นออกนอกขอบทวารขณะถ่ายอุจจาระ และหลังถ่ายอุจจาระต้องดันกลับเข้าไปในทวารหนัก

เกรด 4 ริดสีดวงยื่นออกนอกทวารหนักตลอดเวลา

2. **ริดสีดวงทวารภายนอก (External Hemorrhoids)** คือ เนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ dentate line ยื่นออกเป็นติ่งเนื้อ

ริดสีดวงทวารภายในและภายนอกจะเกิดร่วมกันได้บ่อยครั้ง การดูแลรักษาพิจารณาจากชนิดและความรุนแรงของโรค ทั้งนี้การรักษามุ่งเพื่อบรรเทาอาการ และไม่จำเป็นต้องขจัดหัวริดสีดวงทวารที่มีอยู่ทั้งหมด

Thrombosed external hemorrhoids อาการคือ มีก้อนเจ็บที่ขอบทวาร เจ็บมากในระยะแรก และจะค่อยๆทุเลา บางครั้งมีเลือดออกประมาณวันที่ 7 - 10 การวินิจฉัย thrombosed external hemorrhoid คือ

1. เห็นเป็นก้อนเล็ก สีคล้ำใต้ผิวหนังขอบทวาร ผิวหนังเหนือก้อนบวม
2. คลำก้อนได้แข็ง กลิ้งได้ เจ็บมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาด และระยะเวลา
3. ควรใช้นิ้วมือสอดตรวจภายในทวารหนัก เพื่อแยกโรคอื่น

การวินิจฉัยแยกโรค

1. ประวัติและอาการแสดงของโรค^(2,3)
 - 1.1 มีเลือดแดงสดหยดออกมา หรือพุ่งออกมาขณะเบ่งถ่าย หรือหลังถ่ายอุจจาระ ปริมาตรแต่ละครั้งไม่มากนัก ไม่มีอาการปวดหรือแสบขอบทวารหนัก
 - 1.2 มีก้อนเนื้อปลิ้นจากภายในขณะเบ่งถ่ายอุจจาระ และยุบกลับเข้าไปเมื่อหยุดเบ่ง เมื่อมีอาการมาก ต้องดันจึงจะกลับเข้าไป และสุดท้ายอาจย้อยอยู่ภายนอกตลอดเวลา
 - 1.3 อาการตามข้อ 1.1 และข้อ 1.2 อาจเกิดร่วมกัน หรือตามกัน
 - 1.4 มีก้อนและปวดที่ขอบทวารหนัก อาจเกิดขึ้นเร็วใน 24 ชั่วโมง และเจ็บมากในระยะเวลา 5 - 7 วันแรก
2. การตรวจร่างกาย^(2,3) การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนต้องมีการตรวจทางทวารหนัก ซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 ตรวจดูขอบทวารหนัก ส่วนใหญ่จะปกติ หรืออาจเห็นริดสีดวงทวารหนักยื่นออกมา
 - 2.2 การตรวจทวารหนักด้วยนิ้วมือ (PR) ไม่ช่วยวินิจฉัยริดสีดวงทวารหนัก แต่ช่วยตรวจแยกโรคอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายริดสีดวงทวารหนัก โดยเฉพาะก้อน หรือแผลบริเวณทวารหนัก หรือภายใน rectum
 - 2.3 การตรวจด้วย anoscope จะตรวจพบหัวริดสีดวงภายในได้ชัดเจน ควรทำเสมอเพื่อการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน
 - 2.4 การตรวจด้วย sigmoidoscope ควรทำในรายที่มีอายุมาก และจำเป็นต้องทำ ถ้ามีประวัติขับถ่ายผิดปกติเรื้อรัง หรือถ่ายเป็นมูก ปนเลือด หรือคลำก้อนได้ภายในทวารหนัก

แนวทางการรักษา (2,3,4,5)

1. การรักษาทั่วไป (conservative measures) ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างขับถ่ายอุจจาระ การปรับการรับประทานอาหาร ควรใช้เป็นการรักษาหลักในกรณีที่มีการไม่รุนแรง หรือใช้เป็นการรักษาเสริมร่วมกับวิธีการอื่น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior modifications) เช่น การคุ้ยโทรศัพท์ ดูวิดีโอ ระหว่างขับถ่ายอุจจาระ ทำให้เวลานั่งถ่ายอุจจาระนานขึ้น ทำให้แรงกดที่บริเวณ anus เพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการเกิดริดสีดวง ดังนั้น จึงไม่ควรคุ้ยโทรศัพท์ หรือดูวิดีโอ ระหว่างขับถ่ายอุจจาระ

การปรับการรับประทานอาหาร (Diet modification) เพิ่มอาหารที่มีเส้นใยมาก เช่น ผักและผลไม้ และดื่มน้ำให้มากขึ้น เพื่อให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวกไม่ต้องเบ่ง

2. การรักษาด้วยยา (Medical treatment) ใช้ในบางกรณี เช่น ในริดสีดวงทวาร เกรด 1 ซึ่งประกอบด้วย

2.1 Bulk forming fiber Supplement

2.2 Laxative agents

2.3 Topical anesthesia 5 % lidocaine

2.4 Phlebotonic เป็นยาในกลุ่ม flavonoid โดยกลไกการออกฤทธิ์ คือ เพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือด และเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดดำ ลดการอักเสบบริเวณริดสีดวง ^(6,7,8) เหมาะกับริดสีดวงทวาร เกรด 1

ใน Cochrane review งานวิจัยแบบ randomized controlled trials 14 ใน 24 งานวิจัยพบว่า ยาในกลุ่ม flavonoid สามารถลดอาการคัน ลดอาการเลือดออก (Bleeding) อาการน้ำเหลืองซึม (discharge/leakage) และลดอาการโดยรวม ⁽⁹⁾ ดังตารางที่ 3-1

ตารางที่ 3-1 Cochrane Review ของยาในกลุ่ม flavonoid ⁽⁹⁾

Bleeding (odds ratio [OR] 0.21, number needed to treat [NNT] 4.8, $p = .0002$)

Pruritus (OR 0.23, NNT 9.1, $p = .02$)

Discharge or leakage (OR 0.12, NNT 5, $p = .0008$)

Overall symptoms (OR 15.99, NNT 2.7, $p < .00001$)

3. การรักษาแบบเฉพาะเจาะจง ^(2, 3, 4, 5)

Sclerotherapy เป็นการฉีดสาร sclerosing agents บริเวณรอบ ๆ ริดสีดวงทวาร เพื่อทำให้เกิด fibrosis และทำให้เส้นเลือดฝ่อและยุบลง วิธีนี้เหมาะกับริดสีดวงทวาร เกรด 1 และเกรด 2

Rubber Band Ligation เป็นการรัดเส้นเลือดด้วยยางพลาสติก ทำให้เลือดไม่ไหลลงไป และทำให้เส้นเลือดยุบลง เหมาะกับริดสีดวงทวาร เกรด 1 และเกรด 2

Infrared Photocoagulation เป็นการใช้แสง infrared ที่บริเวณริดสีดวงทวาร ทำให้เนื้อเยื่อเกิด necrosis และใช้ในการรักษาภาวะเลือดออก เหมาะสำหรับริดสีดวงทวาร เกรด 1 และเกรด 2 ที่มีภาวะเลือดออก

การผ่าตัด (Surgery) แนะนำการรักษาในในกลุ่ม เกรด 3 และเกรด 4 ริดสีดวงทวารภายใน และริดสีดวงทวารภายนอก ปัจจุบันมีการผ่าตัด แบบ Excisional surgical hemorrhoidectomy สำหรับ external hemorrhoid และ internal hemorrhoid เกรด 3 และเกรด 4, Doppler guided hemorrhoidal artery ligation สำหรับ internal hemorrhoid และ Stapled hemorrhoidopexy สำหรับ internal hemorrhoid แต่ปัจจุบันไม่ใช่เป็นอันดับแรก พิจารณาทำในบางราย

4. การรักษาด้วยยาสมุนไพร

ยาสมุนไพรเพชรสังฆาต เพชรสังฆาต (*Cissus quadrangularis L.*) เป็นสมุนไพรไทยที่เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรคริดสีดวงทวารหนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีรายงานว่าสามารถใช้รักษาโรคริดสีดวงทวารหนัก ⁽¹⁰⁾ เพชรสังฆาต ประกอบด้วยสารในกลุ่ม flavonoids เช่น diosmin, hesperidin สารในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา คือ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือด (venotonics) ⁽¹¹⁾

จากการศึกษาประสิทธิภาพด้านคลินิกของสารในกลุ่มนี้ พบว่ามีประสิทธิภาพดีกว่ายาหลอกในการรักษา ริดสีดวงทวารหนัก โดยเฉพาะการลดอาการคัน ปวด การเกิดเลือดออก และกลับเป็นซ้ำ⁽¹²⁾ ซึ่งยาแผนปัจจุบันที่นำมาใช้ในการรักษา ริดสีดวงทวารหนักก็มักจะประกอบด้วย สารในกลุ่ม flavonoids เช่นกัน เช่น Daflon®, Servier® ที่ประกอบด้วย hesperidin และ diosmin

ขนาดและวิธีใช้

ยาแคปซูลเพอร์สังฆาต มี 2 สูตรตามบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566⁽¹³⁾ คือ สูตรที่ 1 ผงยา 100 กรัม มี เกลาเพอร์สังฆาต 70 กรัม รับประทานครั้งละ 1.2 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที เข้า กลางวัน เย็น

สูตรที่ 2 ผงยา 85 กรัม มี เกลาเพอร์สังฆาต 50 กรัม รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที เข้า กลางวัน เย็น

ข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้

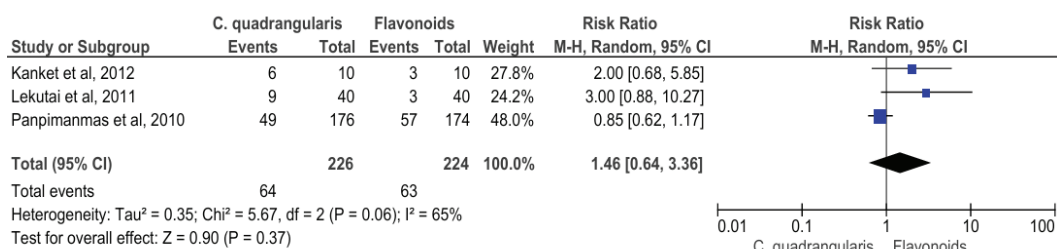
1) เพอร์สังฆาตมีสารแคลเซียมออกซาเลท (Calcium Oxalate) สูง อาจเกิดนิ่วในไตได้
2) ไม่ควรรับประทานในเด็ก สตรีมีครรภ์ และหญิงที่กำลังให้นมบุตร หรือปรึกษาแพทย์ ก่อนรับประทาน

3) ห้ามรับประทานติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ เพราะอาจก่อให้เกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ

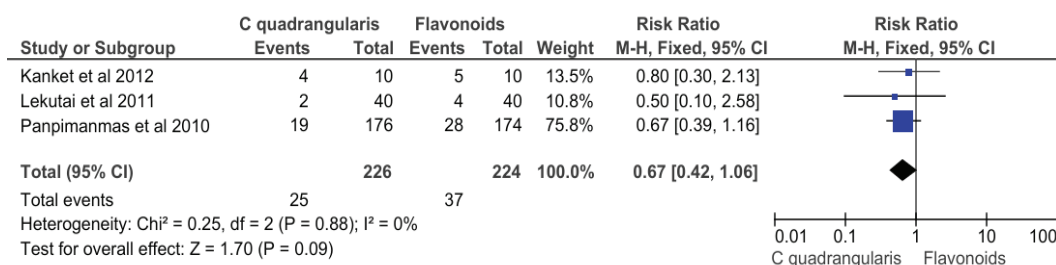
4) ผู้ป่วยโรคไตห้ามรับประทาน

หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับเพอร์สังฆาต

Phimarn W. และคณะ ได้ทำการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis ยาสมุนไพร เพอร์สังฆาต พบงานวิจัยที่มีคุณภาพเป็น randomized และ double blind controlled จำนวน 3 งานวิจัย ตามตารางที่ 2 และทั้ง 3 การศึกษา พบว่า ยาสมุนไพรเพอร์สังฆาตมีประสิทธิภาพ เทียบเท่ากับ ยาแผนปัจจุบัน⁽¹⁴⁾ ดังแสดงในภาพที่ 1 การลดการเกิดเลือดออก และภาพที่ 2 การลดอาการปวด



รูปภาพที่ 1 Forrest plot ของเพอร์สังฆาตเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบันในการลดการเกิดเลือดออก
Reference: Phimarn W, Caichompoo W, Sumgthong B, and Saramunee K. A Systematic Review and Meta-analysis on Effectiveness of *Cissus quadrangularis* (Linn.) in Hemorrhoid Treatment. IJPS 2014; 10(3): 403-418.



รูปภาพที่ 2 Forrest plot ของยาเพชรสังฆาตเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบันในการลดอาการปวด

Reference: Phimarn W, Caichompoo W, Sumgthong B, and Saramunee K. A Systematic Review and Meta-analysis on Effectiveness of *Cissus quadrangularis* (Linn.) in Hemorrhoid Treatment. IJPS 2014; 10(3): 403-418.

ตารางที่ 3-2 สรุปงานวิจัยยาสมุนไพรเพชรสังฆาต⁽¹⁴⁾

ผู้แต่ง	รูปแบบงานวิจัย	Jadad score (คะแนนที่ได้/คะแนนเต็ม)	กลุ่มตัวอย่าง	การให้สิ่งทดลอง		การวัดผลลัพธ์	ผลการวิจัยหลัก (Event/total)	Risk of bias
				กลุ่มควบคุม (C)	กลุ่มทดลอง (T)			
Kanket et al., 2012	Randomized double blind controlled trial	3/5	ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวาร ระยะที่ 1 และ 2 จำนวน 20 คน	Daflon® (องค์ประกอบหลักคือ diosmin และ hesperidin) 1,500 มก.ต่อวัน นาน 14 วัน	เพชรสังฆาต แคปซูล 180 มก.ต่อวัน (มีปริมาณ total phenolic compound 9.5%) 14 วัน	ความแตกต่างของอาการ เกิดเลือดออก ภาวะหลุด เกิดเลือดออก ภาวะหลุด	Bleeding: C : 3/10, T: 6/10 Pain: C:5/10, T: 4/10 Prolapse: C: 6/10, T:5/10	Low
Lekutai et al., 2011	Randomized double blind controlled trial	4/5	ผู้ป่วยนอกโรคริดสีดวงทวารจำนวน 80 คน	Cyclo 3 Fort® (องค์ประกอบหลักคือ hesperidin และ ascorbic acid) นาน 7 วัน	เพชรสังฆาต แคปซูล 100 มก.ต่อวันนาน 7 วัน	ความแตกต่างของอาการ เกิดเลือดออก ภาวะหลุด เกิดเลือดออก ภาวะหลุด	Bleeding: C : 3/40, T: 9/40 Pain: C:4/40, T: 2/40 Prolapse: C: 13/40, T:15/40	Low
Panpimanmas et al., 2010	Randomized double blind controlled trial	4/5	ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวาร ระยะที่ 1 และ 2 จำนวน 350 คน	Daflon® 3x2 pc 4 วันแรกและ 2x2 pc 3 วัน หลัง นาน 7 วัน	สมุนไพรเพชรสังฆาต 500 มก. 3x2 pc 4 วันแรกและ 2x2 pc 3 วัน หลัง นาน 7 วัน	ความแตกต่างของอาการ เกิดเลือดออกคัน บวม อีกเสบรอบทวารหนัก	Bleeding: C : 57/174, T: 49/176 Pain: C: 28/174, T: 19/176 Prolapse: C: 6/174, T: 8/176	Low

บทสรุป

ยาสมุนไพรเพชรสังฆาตมีประสิทธิภาพ เทียบเท่ากับ ยาแผนปัจจุบัน กลุ่ม flavonoid ควรใช้ ไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ เนื่องจากในเพชรสังฆาตมี calcium oxalate สูง และไม่ควรรใช้ในผู้ป่วยโรคไต

1. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย[อินเทอร์เน็ต].แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม Clinical Practice Guidelines in Surgery. [เข้าถึงเมื่อ มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/10C98.pdf>
2. Hawkins AT, Davis BR, Bhama AR, Fang SH, Dawes A, Feingold D, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guideline for the Management of Hemorrhoids. Dis Colon Rectum 2024; 67: 614–623
3. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Diagnosis and Treatment of Hemorrhoids. Gastroenterol. 2004; 126:1461–1462.
4. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: a coloproctologist's view. World J Gastroenterol 2015; 21(31):9245–9252.
5. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, Feingold DL, Steele SR. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 2018; 61(3): 284–292.
6. Struckmann JR. Clinical efficacy of micronized purified flavonoid fraction: an overview. J Vasc Res 1999; 36(suppl 1):37–41.
7. Shoab SS, Porter J, Scurr JH, Coleridge-Smith PD. Endothelial activation response to oral micronised flavonoid therapy in patients with chronic venous disease — a prospective study. Eur J Vasc Endovasc Surg 1999; 17(4):313–318.
8. Meyer OC. Safety and security of Dafl on 500 mg in venous insufficiency and in hemorrhoidal disease. Angiology 1994; 45(6 pt2):579–584.
9. Perera N, Liolitsa D, Iype S, et al. Phlebotonics for haemorrhoids. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(8):CD004322.
10. Mishra G, Srivastava S, Nagori BP. Pharmacological and therapeutic activity of Cissus quadrangularis: An overview. Int J PharmTech Res 2010; 2(2) 1298-310.
11. Panpimanmas S, Sithipongsri S, Sukdanon C, Manmee C. Experimental Comparative Study of the Efficacy and Side Effects of Cissus quadrangularis L. (Vitaceae) to Daflon (Servier) and Placebo in the Treatment of Acute Hemorrhoids. J Med Assoc Thai 2010; 93 (12): 1360-7.
12. Panthong A, Supraditaporn W, Kanjanapothi D, Taesotikul T, Reutrakul V. Analgesic, anti-inflammatory and venotonic effects of Cissus quadrangularis Linn. J Ethnopharmacology 2007; 110: 264–70.
13. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1.ปทุมธานี: มินนี่กรุ๊ป; 2566.
14. Phimarn W, Caichompoo W, Sumgthong B, and Saramunee K. A Systematic Review and Meta-analysis on Effectiveness of Cissus quadrangularis (Linn.) in Hemorrhoid Treatment. IJPS 2014; 10(3): 403-418.

02

กลุ่มที่ 2

กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ

บทที่ 4

อาการไอ (Cough)

แพทย์หญิงวันดี ไตรภพสกุล

Chapter 4

คำนิยาม

อาการไอ เป็นปฏิกิริยาป้องกันของร่างกายที่ช่วยขจัดสารคัดหลั่งส่วนเกิน และสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจ อย่างไรก็ตาม อาการไอรุนแรงมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก อาการไอสามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเภทตามระยะเวลา ได้แก่⁽¹⁾

1. ไอเฉียบพลัน (Acute cough) มีอาการไอนานน้อยกว่า 3 สัปดาห์
2. ไอกึ่งเฉียบพลัน (Subacute cough) มีอาการไอนาน 3 – 8 สัปดาห์
3. ไอเรื้อรัง (Chronic cough) มีอาการไอนานเกิน 8 สัปดาห์

สาเหตุของอาการไอ

1. อาการไอเฉียบพลัน (Acute cough)

อาการไอเฉียบพลันเป็นอาการไอที่เกิดขึ้นไม่เกิน 3 สัปดาห์ ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอาการไอเฉียบพลันเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (URTI), acute bronchitis หรือ tracheobronchitis เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือส่วนใหญ่มักเกิดจากการติดเชื้อไวรัส อาการไอเฉียบพลันที่เกิดจากการติดเชื้อมักหายได้เอง และจะบรรเทาลงภายใน 1 - 2 สัปดาห์ พร้อมกับการฟื้นตัวจากการติดเชื้อ⁽²⁾ สาเหตุการไอเฉียบพลัน แสดงตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 สาเหตุของกลุ่มอาการไอเฉียบพลัน ^(2, 3)

กลุ่ม	โรค
Infection	URTI
	LRTI: Acute bronchitis, Pertussis, Consider TB (endemic area)
Exacerbation of pre-existing diagnosis	Asthma, Bronchiectasis, COPD, Upper Airway Cough Syndrome (UACS)

URTI = upper respiratory tract infection, LRTI = lower respiratory tract infection

4
Chapter

2. อาการไอกึ่งเฉียบพลัน (Subacute cough)

อาการไอกึ่งเฉียบพลันเกิดขึ้นนาน 3 – 8 สัปดาห์ หลังจากการติดเชื้อบางชนิด (เช่น *Mycoplasma pneumoniae* เป็นต้น) อาจเกิดภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดหรือคงอยู่ของอาการไอกึ่งเฉียบพลัน ส่งผลให้อาการไ้อย่างคงที่กลายเป็นเวลาหลายสัปดาห์ แม้ว่าการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุจะหายไปแล้วก็ตาม สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ การติดเชื้อ *Bordetella pertussis* ซึ่งทำให้อาการไ้อย่างคงที่เป็นเวลานาน พร้อมกับอาการไอเป็นชุดรุนแรง แม้ว่าการติดเชื้อจะหายไปแล้วก็ตาม ในหลายประเทศพบว่ามียาต้านการติดเชื้อชนิดลดลง อาการไอจากการติดเชื้อไอกรน (*pertussis*) ก็พบได้บ่อยขึ้น ⁽²⁾ สาเหตุการไอกึ่งเฉียบพลัน แสดงดังตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 สาเหตุของกลุ่มอาการไอกึ่งเฉียบพลัน ^(2, 3)

กลุ่ม	โรค
Postinfectious	Pneumonia, Pertussis, Bronchitis, Consider TB (endemic area)
Non-postinfectious	Same as chronic cough
New onset of exacerbation of pre-existing condition	UACS, Asthma, Gastro-Esophageal Reflux Disease (GERD), Bronchitis (NAEB, AECB/COPD), Bronchiectasis

NAEB = non-asthmatic eosinophilic bronchitis, AECB = acute exacerbation of chronic bronchitis

UACS= upper airway cough syndrome, COPD= chronic obstructive pulmonary disease

3. อาการไอเรื้อรัง (Chronic cough)

มีอาการไอนานเกิน 8 สัปดาห์ สาเหตุที่พบบ่อยของอาการไอเรื้อรัง ได้แก่ Cough variant asthma, Upper airway cough syndrome, Eosinophilic bronchitis และ Gastroesophageal reflux-related cough ควรได้รับการพิจารณาเป็นลำดับแรกในการวินิจฉัยอาการไอเรื้อรัง นอกจากนี้ Atopic cough ก็เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของอาการไอเรื้อรังเช่นกัน สาเหตุที่พบบ่อยเหล่านี้คิดเป็นร้อยละ 70 – 95 ของกรณีไอเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มียาอาการไอเรื้อรังไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ จึงไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา ^(2, 3) สาเหตุการไอเรื้อรังที่พบบ่อย แสดงดังตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 สาเหตุของกลุ่มอาการไอเรื้อรังพบได้บ่อย⁽⁴⁾

กลุ่ม	โรค / อาการ
Asthma	Asthma, Cough variant asthma, non-asthmatic eosinophilic bronchitis
Upper Airway Cough Syndrome (UACS)	Rhinitis, Sinusitis, Posterior nasal drip
Gastroesophageal reflux-related cough	Gastro-esophageal reflux disease (GERD)
Drug	Angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACE-I)
Airway disease	Chronic bronchitis
Smoking	

แนวทางการรักษาอาการไอ ประกอบด้วย

1. การรักษาเฉพาะเจาะจง คือ การรักษาตามสาเหตุที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย
2. การรักษาตามอาการ โดยการให้ยาบรรเทาอาการไอ
3. ยาแผนปัจจุบันช่วยบรรเทาอาการไอ (Cough suppressants and mucolytic agents)

ยาช่วยบรรเทาอาการไอแผนปัจจุบันมีหลายชนิด รายละเอียดดังตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4 ประเภทยาบรรเทาอาการไอแผนปัจจุบัน⁽⁵⁾

กลุ่ม	กลไก	ชื่อยา
Antitussive agents (ยาระงับอาการไอ)	Central-acting antitussive agents: ยาเหล่านี้มีผลยับยั้งต่อ medulla oblongata แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม	1) Narcotic antitussive agents: Codeine, Pholcodine 2) Nonnarcotic antitussive agents: dextromethorphan, Pentoxifyverine, Dextrophan
	Peripheral-acting agents: ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งองค์ประกอบอย่างน้อยหนึ่งอย่างใน cough reflex arc ประกอบด้วย ยาชาเฉพาะที่ และ mucosal protectors	Narcotine, Benproperine, Moguisteine, Benzonatate
Mucolytics (ยาละลายเสมหะ)	เพิ่มการกำจัดสารคัดหลั่ง, ลดความหนืดของเสมหะ, และส่งเสริมการทำงานของ cilia ในทางเดินหายใจ	Guaifenesin, Myrtol, Ambroxol and bromhexine, N-acetylcysteine, Carbocysteine

4. การรักษาด้วยยาสมุนไพร

4.1 ยาสมุนไพรมะขามป้อม มะขามป้อม มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Phyllanthus emblica* L. (ชื่อพ้อง *Emblia officinalis* Gaertn.) ชื่อสามัญว่า Amla, Emblic myrabolan, Indian gooseberry, Malacca tree มีรสเปรี้ยว หวาน ฝาด และขม ⁽⁶⁾ สารสกัดมะขามป้อม มีสารเคมีที่ออกฤทธิ์ระงับไอ คือ glucans ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการหลั่ง mucus เคลือบ airway mucosa ของ laryngopharyngeal และ tracheobronchial ออกฤทธิ์ที่ peripheral cough โดยรบกวน vagal nerve ending ทำให้กระตุ้น cough receptor ที่ peripheral ยากขึ้น ทำให้ไอลดลงในแมว ⁽⁷⁾ ปัจจุบันยาแก้ไอผสมมะขามป้อม ได้ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ.2566 อยู่ในกลุ่มยาบรรเทาอาการไอ และเสมหะ ⁽⁸⁾ พบว่ามีการศึกษาวิจัยทางคลินิกของการใช้ยามะขามป้อม บรรเทาอาการไอ ดังแสดง ตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4-5 หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับการใช้มะขามป้อมสำหรับบรรเทาอาการไอ

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
Osiri S และคณะ 2011 ⁽⁹⁾ (หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ ก2)	Open label, randomized controlled trial (pretest posttest two group design)	N=30 ราย แบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ มะขามป้อม syrup 3.6 g tid (n=15) และ Ambroxol syrup 30 mg tid (n=15) ในผู้ป่วยวินิจฉัย upper respiratory infection ที่มีอาการไอ ประเมินอาการไอด้วย ความรุนแรงของอาการไอ (frequency, intensity, disruption) และ VAS (Visual Analog Scale) ในวันแรก และวันที่ 4 ของการติดตามการรักษา เปรียบเทียบอาการไอ ก่อนและหลังการใช้ยา	เปรียบเทียบก่อน-หลังการใช้ยา มะขามป้อม syrup มีจำนวน การระคายเคืองจากไอ, เสียงแหบ, รบกวนกลางคืน และกลางคืน และ VAS ลดลง เมื่อเทียบกับก่อนกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการใช้ Ambroxol syrup มีจำนวน การไอ, จำนวนการระคายเคืองจากไอ, รบกวนกลางคืนและกลางคืน และ VAS ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
Boonfueang W และคณะ 2020 ⁽¹⁰⁾ (หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ ก2)	Randomized Double Blind, Double Dummy, Placebo-Controlled Trial	N= 118 ราย แบ่งกลุ่มเป็น 4 กลุ่ม คือยาหลอก (n=30), dextromethorphan 60 mg บรรจุแคปซูล (n= 30), สารสกัดมะขามป้อม 600 mg บรรจุแคปซูล (n= 38), dextromethorphan 60 mg และมะขามป้อม 600 mg บรรจุแคปซูล (n=30) โดยรับประทานยาที่ถูกสุ่มแต่ละชนิดเป็นเวลา 90 นาที ก่อนส่องกล้องหลอดลมร่วมกับอัลตราซาวด์ (EBUS) ระหว่างการส่องกล้องหลอดลม จะมีการบันทึกเสียงไอของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาทำหัตถการ	จำนวนครั้งของการไอต่อหัตถการในกลุ่มที่ได้รับยา dextromethorphan ร่วมกับสารสกัดมะขามป้อมคือ 28 (32.5), dextromethorphan 26 (48.25) และสารสกัดมะขามป้อม 32.5 (44.75) ซึ่งทุกกลุ่มสามารถลดจำนวนครั้งของการไอต่อหัตถการได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาหลอก 61 (77.75) เมื่อทดสอบด้วย Kruskal-Wallis test ที่ P-value 0.019
Varnasseri M และคณะ 2022 ⁽¹¹⁾ (หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ ก2)	Randomized, double-blind, controlled trial	N=61 ราย แบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือยาหลอก (n=30), ชามะขามป้อม 100 มิลลิลิตร (ผงมะขามป้อม 2 กรัม) ทุก 12 ชั่วโมง (n=31) เสริมการรักษาในผู้ป่วย COVID-19 ได้รับการรักษาด้วยยา hydroxychloroquine sulfate และยาผสม lopinavir/ritonavir เป็นเวลา 10 วัน	พบว่า การเสริมการรักษาด้วย ชามะขามป้อมในผู้ป่วย COVID-19 สามารถลดอาการไอ, ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล, อาการปวดกล้ามเนื้อ และอาการหายใจลำบาก ได้ต่างจากกลุ่มยาหลอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
Thongsee C และคณะ 2023 ⁽¹²⁾ (หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ ก2)	Open label, randomized controlled trial	N=63 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือยาน้ำมะขามป้อม 1 ซ่อนโต๊ะ (15 ml) tid, pc (n=21), ยามมะแว้ง ทานครึ่งละ 1-1.4 กรัม (3-5 เม็ด) หรือเมื่อมีอาการ (n=21), ยา dextromethorphan 1 เม็ด tid, pc (n=21) ติดต่อกัน 5 วัน ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอาการไอ จากการให้ยา enalapril วัดระดับความรุนแรงไอด้วยแบบสอบถาม Leicester 3 ด้านคือ กายภาพ จิตใจ และสังคม ก่อนและหลัง ใช้น้ำบรรเทาอาการไอทั้ง 3 กลุ่ม	ค่าเฉลี่ยผลการลดระดับอาการไอ หลังได้รับการรักษาวันที่ 5 พบว่า ด้านกายภาพและด้านสังคม ยาน้ำมะขามป้อม มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ายามมะแว้ง และยา dextromethorphan มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม สามารถทดแทนยาแก้ไอแผนปัจจุบัน ช่วยบรรเทาอาการไอขับเสมหะ มีสารสำคัญประกอบด้วย phenolic compounds, vitamin C ^(7, 8, 13)

ขนาดและวิธีใช้ จิบเมื่อมีอาการไอทุก 4 ชั่วโมง

ข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้

- 1) ผู้ที่ไม่ควรใช้ยา ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมไม่ได้ เนื่องจากมีส่วนประกอบเป็นน้ำตาลในปริมาณสูง
- 2) ความเป็นพิษต่อดับ ไต ไม่พบรายงานความเป็นพิษ

อันตรกิริยาระหว่างยา ไม่พบข้อมูลอันตรกิริยาระหว่างยาแก้ไอผสมมะขามป้อมกับยาอื่น

อาการไม่พึงประสงค์ ท้องเสีย

4.3 ยาสมุนไพรมะแว้ง มะแว้ง เป็นพืชสมุนไพรที่อยู่ในวงศ์มะเขือ (Solanaceae) มีสองชนิดหลักที่พบในประเทศไทย ได้แก่ มะแว้งเครือ (*Solanum trilobatum* L.) และมะแว้งต้น (*Solanum indicum* L.) ผลและรากของมะแว้งต้น และมะแว้งเครือ มีรสขมขื่น เปรี๊ยะ สารสกัดจากมะแว้งมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งสามารถช่วยลด oxidative stress และการอักเสบในทางเดินหายใจ ส่งผลให้บรรเทาอาการไอได้ ⁽¹⁴⁾ ปัจจุบันยาประสมมะแว้ง ได้ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 ซึ่งอยู่ในกลุ่มยาบรรเทาอาการไอและเสมหะ ⁽⁸⁾ ประกอบด้วย ผลมะแว้งต้น ผลมะแว้งเครือ และสมุนไพรอื่นที่มีส่วนช่วยลดอาการไอ ได้แก่ ใบสวาด ใบตานหม่อน ใบกะเพรา เหง้าขมิ้นอ้อย และสารส้มสะตุ

การศึกษาวิจัยทางคลินิกของชมพากาญจน์ ทองสี และคณะ พบว่าการให้ยาอมะแว้งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีอาการไจากการใช้ยา enalapril มีค่าเฉลี่ยผลการลดระดับอาการไทางด้านจิตใจด้วยแบบสอบถาม Leicester สูงกว่ายาแก้อิโอมะขามป้อม และยา dextromethorphan มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ⁽¹²⁾

ยาประสะมะแว้ง สามารถทดแทนยาแก้อิโอมะขามป้อม ปัจจุบัน ช่วยบรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ ชุ่มคอ ^(8, 12)

ขนาดและวิธีใช้

1. ชนิดผง (ละลายน้ำมะนาวแทรกเกลือ)
2. ชนิดเม็ดและชนิดลูกกลอน (ละลายน้ำมะนาวแทรกเกลือ หรือใช้อม)
ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1 - 1.4 กรัม เมื่อมีอาการ
เด็กอายุ 6 - 12 ปี รับประทานครั้งละ 200 - 400 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการ

ข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้

1. ผู้ที่ไม่ควรใช้ยา ผู้ที่แพ้สมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบของยา
2. ความเป็นพิษต่อดับ ไต ไม่พบรายงานความเป็นพิษ

อันตรกิริยาระหว่างยา ไม่พบข้อมูลอันตรกิริยาระหว่างยาประสะมะแว้งกับยาอื่น
อาการไม่พึงประสงค์ ไม่พบรายงาน

บทสรุป

ยาแก้อิโอมะขามป้อม และยาประสะมะแว้ง ปัจจุบันได้ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้านสมุนไพร พ.ศ.2566 สามารถใช้เป็นทางเลือกและทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในการบรรเทาอาการไอ และขับเสมหะ ในผู้ป่วยที่มีอาการไอ ซึ่งสามารถใช้ในเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยได้

1. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, Boulet LP, Braman SS, Brightling CE, et al. Diagnosis and management of cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006;129 (1 Suppl):1S-23S.
2. De Blasio et al. Cough management: a practical approach. *Cough* 2011;7:7.
3. Richard S. et al. Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms CHEST Guideline and Expert Panel Report. *CHEST* 2018; 153(1):196-209.
4. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์, สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมแพทย ะบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. ข้อเสนอแนะการปฏิบัติสาธารณสุขการรักษาลูกป่วยไอเรื้อรังในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559.
5. Lai Kefang et al. Clinical Practice Guidelines for Diagnosis and Management of Cough - Chinese Thoracic Society (CTS) Asthma Consortium. *J Thorac Dis* 2018;10(11):6314-6351.
6. Booncharoen P. et al. The Medicinal Uses of *Phyllanthus emblica* L. (Indian Gooseberry). *Siriraj Medical Bulletin* 2022;15(3): 146-154.
7. Nosal'ova G, Mokry J, Hassan KMT. Antitussive activity of the fruit extract of *Emblca officinalis* Gaertn. (Euphorbiaceae). *Phytomedicine*. 2003;10(6-7):583-9.
8. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: มินนี่กรุ๊ป; 2566.
9. Osiri S. et al. Efficacy of *Emblca Officinalis* cough syrup in symptomatic cough relief. Research reports of Burapha University Research Information 2011.
10. Boonfueang W, Sriprasart T. Suppression of cough by *Emblca officinalis* extract, dextromethorphan versus placebo during endobronchial ultrasound bronchoscopy: a randomized double blinded, double dummy, placebo- controlled trial (master's thesis). Medicine Department, Faculty of Medicine, Bangkok: Chulalongkorn University 2020.
11. Varnasseri M, Siahpoush A, Nejad KH, Amini F, Karamian M, Yad MJY, et al. The effects of add-on therapy of *Phyllanthus Emblica* (Amla) on laboratory confirmed COVID-19 Cases: A randomized, double-blind, controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 2022;102808.
12. Thongsee C et al. Comparison of the Efficiency of Indian Gooseberry Cough Syrup and Maweng Cough Lozenge with Dextromethorphan in the Treatment of Cough in Hypertensive Patients Taking Enalapril at Fort Phichai Dap Hak Hospital in Uttaradit Province. *Buriram Rajabhat University Journal of Science and Technology*. 2023; 7(2):81-99.
13. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติที่สามารถใช้ทดแทน ยาแผนปัจจุบัน. ฉบับแก้ไข กรกฎาคม 2567.
14. A Hema, J Sathiya Savithri, Phytochemical, antioxidant and antibacterial activity of *Solanum Trilobatum*: *International Journal of Botany Studies*. 2022;7(5):61-66.

บทที่ 5

โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (Allergic Rhinitis)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์วิรัช จิตสุทธิภากร

Chapter 5

บทนำ

โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (Allergic Rhinitis; AR) เป็นภาวะที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ ซึ่งเกิดจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อสารก่อภูมิแพ้ในอากาศ (aeroallergens) เช่น ไรฝุ่น ละอองเกสร สะเก็ดผิวหนังสัตว์ เป็นต้น โดยเป็นภาวะที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และสัมพันธ์กับโรคอื่น ๆ เช่น โรคหืด (asthma) ไซนัสอักเสบ (rhinosinusitis) และอาการตาอักเสบภูมิแพ้ (allergic conjunctivitis) เป็นต้น

พยาธิกำเนิดของโรค

AR เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิไวเกินชนิดที่ 1 (Type 1 hypersensitivity reaction) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกระตุ้น Mast cells และการหลั่ง Histamines รวมถึง cytokines ที่ก่อให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุโพรงจมูก ทำให้เกิดอาการหลัก ได้แก่ จาม (sneezing) น้ำมูกไหล (rhinorrhea) คัดจมูก (nasal congestion) และคันจมูก (nasal itching)

การจำแนกประเภทโรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ สามารถจำแนกได้ตามระยะเวลาของอาการและความรุนแรง ดังนี้

1. ตามระยะเวลา

Intermittent (เป็นน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ หรือ น้อยกว่า 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน)

Persistent (เป็นต่อเนื่องมากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ และนานเกิน 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน)

2. ตามความรุนแรง

Mild: ไม่มีผลกระทบต่อการนอนหลับ และกิจวัตรประจำวัน

Moderate-to-severe: มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การนอนหลับ และการทำงาน

การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัย AR อาศัยประวัติทางคลินิก และการตรวจร่างกายเป็นหลัก โดยเน้นอาการที่สัมพันธ์กับสารก่อภูมิแพ้

1. การตรวจร่างกายทางจมูก เช่น

1.1 น้ำมูกใส คันจมูก จาม คัดจมูก โดยเฉพาะเมื่อสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้ บางรายอาจมีอาการตาแดง คันตา น้ำตาไหลร่วมด้วย

1.2 เมื่อตรวจร่างกายอาจพบเยื่อโพรงจมูกบวมซีด น้ำมูกใสคั่งอยู่ภายในโพรงจมูก

2. การตรวจเพิ่มเติม ที่อาจพิจารณา ได้แก่

2.1 การสะกิดผิวหนัง (Skin prick test; SPT) เพื่อตรวจหาภูมิแพ้ที่เฉพาะเจาะจง บนผิวหนังของผู้ป่วย

2.2 การเจาะเลือด (Serum-specific Ig E) เป็นการเจาะเลือดเพื่อหาภูมิ (Ig E) ที่เฉพาะเจาะจงกับสารก่อภูมิแพ้แต่ละชนิดโดยตรง

แนวทางการรักษา

แนวทางการรักษา AR มีเป้าหมายเพื่อลดอาการและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น

1. การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ (Allergen avoidance)

1.1 เมื่อทราบสารก่อภูมิแพ้จากการทดสอบ หรือการเจาะเลือด แพทย์สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้นั้น ๆ ได้ เช่น ไรฝุ่น เกสร หญ้า สัตว์เลี้ยง เป็นต้น

1.2 หากยังไม่ทราบสารก่อภูมิแพ้ สามารถแนะนำให้ลดการสัมผัสไรฝุ่น โดยใช้ปลอกหมอนและผ้าปูเตียงกันไรฝุ่น ทำความสะอาดบ้าน พยายามลดวัสดุที่เก็บกักฝุ่น เนื่องจากไรฝุ่นเป็นสารก่อภูมิแพ้ที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง

2. การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

2.1 Antihistamines รุ่นที่สองเพื่อหลีกเลี่ยงอาการง่วง และอาการไม่พึงประสงค์จากกดฮิสตามีนในสมอง สามารถใช้เพื่อลดอาการภูมิแพ้ที่เป็นไม่มาก หรือเป็นครั้งคราว เมื่อสัมผัสสารก่อภูมิแพ้

2.2 Intranasal corticosteroids (INCS) ถือเป็นการรักษาหลักเพื่อควบคุมอาการอักเสบ ในกรณีที่มีการมีผลกระทบกับชีวิตมาก หรือเป็นแบบต่อเนื่อง (persistent) มีตัวยาที่ใช้บ่อย เช่น fluticasone, mometasone เป็นต้น

2.3 Leukotriene receptor antagonists (LTRAs) เช่น montelukast ใช้ในผู้ที่มีโรคหืด ร่วมด้วย

2.4 Nasal irrigation การล้างจมูกด้วยน้ำเกลือเพื่อลดสารก่อภูมิแพ้ที่ตกค้างในจมูก และลดปริมาณน้ำมูก

3. การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (Allergen immunotherapy; AIT)

เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางยา โดยมี 2 วิธี ได้แก่

3.1 Subcutaneous immunotherapy (SCIT)

3.2 Sublingual immunotherapy (SLIT)

มีหลักฐานว่า AIT สามารถลดอาการระยะยาว และอาจป้องกันการเกิดโรคหืดในผู้ป่วยบางราย

4. การรักษาด้วยยาสมุนไพร

ยาสมุนไพรปราบชมพูทวีป ในการบรรเทาอาการจากโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ นั้น มีการใช้ยาสมุนไพรในประเทศไทยหลายตำรับ แต่ยาสมุนไพรตำรับที่ชื่อว่า “ยาปราบชมพูทวีป” ซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในปี 2556 ⁽⁴⁾ มีส่วนประกอบจากสมุนไพรทั้งหมด 23 ชนิด โดยตัวยาหลัก คือ เหงือกปลาหมอ พริกไทยดำ และใบกัญชาเทศ เป็นต้น มักถูกบรรจุในรูปแบบแคปซูล 450 - 500 มิลลิกรัม ขึ้นกับแหล่งผลิต เป็นตำรับที่มีหลักฐานทางการแพทย์สนับสนุนในการใช้ทางคลินิกจากการสืบค้นพบว่า มีการศึกษาผลของยาสมุนไพรปราบชมพูทวีป ในการบรรเทาอาการของโรคภูมิแพ้ทั้งสิ้น 4 ฉบับ แบ่งเป็นแบบสุ่มมีกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 3 ฉบับ และแบบไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ 1 ฉบับ การศึกษาทั้ง 4 ฉบับสรุปตรงกันว่า ยาสมุนไพรนี้มีประสิทธิผลในการลดอาการทางจมูกได้ และในแบบที่มีกลุ่มเปรียบเทียบนั้น พบว่าสมุนไพรสามารถลดอาการได้ไม่แตกต่างจากยา loratadine ซึ่งเป็นยาต้านฮีสตามีนแผนปัจจุบันที่มีใช้กันอย่างแพร่หลาย ตัวยาสมุนไพรนี้มีข้อมูลด้านความปลอดภัยที่พบว่ายาไม่ส่งผลต่อดับและไตของผู้ป่วย ⁽¹⁾ เมื่อรับประทานอย่างต่อเนื่องไป 6 สัปดาห์ ดังตารางที่ 5-1 นอกจากนี้ผลการศึกษาในหลอดทดลองพบว่า ยาสมุนไพรปราบชมพูทวีปมีฤทธิ์ด้านการอักเสบด้านการแพ้ และด้านอนุมูลอิสระ ⁽⁵⁾ และการทดลองในสัตว์ พบว่า ตัวยาสามารถลดการอักเสบที่ผู้วิจัยกระตุ้นให้เกิดขึ้นที่เท้าของสัตว์ทดลองได้ ⁽⁶⁾

ตารางที่ 5-1 ผลการศึกษาด้านยาสมุนไพรปราบชมพูทวีปในผู้ป่วยโรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้

ผู้เขียน	รูปแบบการศึกษา	วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	ความปลอดภัย
ปรณณวัชญ์ไชยวัฒนันท์ และคณะ ⁽¹⁾ (2018) (หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ก2)	Double-blinded Randomized controlled trial ปริมาณยา 3,000 มก./วัน; 3 ครั้งก่อนอาหาร	ผู้ป่วยกลุ่มละ 36 คน; PRW เปรียบเทียบกับ Loratadine (10 มก./วัน) เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ตัวแปรที่วัด TNSS, ARM, RCQ-36, safety (BUN, Cr, LFT)	PRW มีประสิทธิภาพเทียบเท่า Loratadine โดย TNSS และ QoL ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ	ไม่มีอันตรายต่อดับและไต
Leangpanich et al. ⁽²⁾ (2019) (หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ก2)	Single-group, pre-post study ปริมาณยา 3,000 มก./วัน; 3 ครั้งก่อนอาหาร	ผู้ป่วย 24 คน; PRW เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ตัวแปรที่วัด TNSS, RCQ-36	TNSS และ QoL ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ	มีอาการแสบคอใน 33% ของผู้เข้าร่วม; ไม่มีผลข้างเคียงรุนแรง

ผู้เขียน	รูปแบบการศึกษา	วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	ความปลอดภัย
ณัฐสุตา อันทอง และคณะ ⁽³⁾ (2019) (หลักฐานเชิง ประจักษ์ ระดับ ก2)	Double- blinded, randomized controlled trial ปริมาณยา 4,000 มก./วัน; 4 ครั้งก่อนอาหาร และก่อนนอน	ผู้ป่วยกลุ่มละ 31 คน; PRW เปรียบเทียบกับ Loratadine (10 มก./วัน) เป็นเวลา 7 วัน ตัวแปรที่วัด Symptom severity, Symptom Resolution Time, QoL assessment (ไม่ระบุ)	ประสิทธิภาพ ใกล้เคียงกับ Loratadine; PRW ใช้เวลา บรรเทาอาการ เร็วกว่า (4 วัน เทียบกับ 5 วัน)	PRW: เรอ แสบคอเล็กน้อย (9.67 %); Loratadine: ง่วงนอน
ราตรี สว่างจิตร์ และคณะ ⁽⁴⁾ (2020) (หลักฐานเชิง ประจักษ์ ระดับ ก2)	Double- blinded, double-dummy Randomized controlled trial ปริมาณยา 3,600 มก./วัน; 4 ครั้งก่อนอาหาร และก่อนนอน	ผู้ป่วยกลุ่มละ 47 คน; PRW เปรียบเทียบกับ Loratadine เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ตัวแปรที่วัด TNSS, RCQ-36	ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญ ระหว่าง PRW และ Loratadine; TNSS และ QoL ดีขึ้น	มีอาการ ไม่พึงประสงค์ กลุ่มละ 6 คน: ปวดแสบท้อง ท้องเสีย แสบร้อนยอดอก และมีลมในท้อง ออกจาก การศึกษา 4 คน PRW 2 ราย: แสบท้อง 1 ท้องเสีย 1 Loratadine 2 ราย: ง่วงนอน 1 ปวด แสบท้อง 1

หมายเหตุ: PRW = ยาสมุนไพรปราบชมพูทวีป, TNSS = total nasal symptom scores, ARM = acoustic rhinometry, RCQ-36 = Rhino conjunctivitis Quality of Life Questionnaire-36, QoL = quality of life, BUN = blood urea nitrogen, Cr = creatinine, LFT = liver function test.

ดังนั้น ยาสมุนไพรปราบชมพูทวีป สามารถใช้ทดแทนยา loratadine ได้ โดยมีข้อดี คือ ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการง่วง อย่างไรก็ตาม ยาสมุนไพรปราบชมพูทวีปต้องรับประทานวันละ 3 – 4 ครั้ง ครั้งละ 2 แคปซูล ซึ่งอาจมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทาน (compliance) ของผู้ป่วย

ขนาดและวิธีใช้

รับประทานครั้งละ 750 มิลลิกรัม – 1.5 กรัม วันละ 4 ครั้ง เข้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน

ข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้

- 1) ควรระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นแผลในกระเพาะอาหาร
- 2) ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์
- 3) ห้ามใช้เมื่อพบภาวะแทรกซ้อนจากการแพ้อากาศ เช่น ไซนัสอักเสบ การติดเชื้อแบคทีเรียที่มีการเจ็บบริเวณไซนัส ไข้สูง น้ำมูก และเสมหะเขียว เป็นต้น

อันตรกิริยาระหว่างยา

ควรระวังการใช้นี้ ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง

อาการไม่พึงประสงค์

ยา มีรสร้อนที่อาจทำให้มีอาการแสบร้อนคอ เรอ ท้องอืด ท้องเสีย

บทสรุป

ยาสมุนไพรปราบชมพูทวีป สามารถใช้ทดแทนยา loratadine ได้ โดยมีข้อดี คือ ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการง่วง แต่อาจมีปัญหาด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และควรศึกษาข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้

1. ศุภสุตา เลี้ยงพานิช. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและผลข้างเคียงของพงยาสมุนไพรแห้งตำรับยาปราบชมพูทวีป กับยาลอราทาดีนในการรักษาโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (งานวิจัยคลินิกระยะที่ 2). [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
2. Leangpanich S, Itharat A, Chanvimalueng W, Mukkasombat N. A preliminary study on efficacy of PrapchompoothawEEP remedy for treatment of allergic rhinitis patients and their quality of life after the treatment. Tham Med J. 2019;19(3):537-546.
3. Onthong N, Chonpatathip U, Rajanivat Y, Patthananurak K, Sangvichien S, Kamoltham T. A Comparative Study on the Effects of PrabchompoothawEEP Remedy and Loratadine in Treatment of Patients with Allergic Rhinitis and Upper Respiratory Tract Infections at Pathumtani Hospital. J Health Edu. 2019;42(1):135-145.
4. ราตรี สว่างจิตร. Effectiveness and Safety of Thai Traditional Medicine (YaprabchombhutawEEP) on Allergic Rhinitis. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2018.
5. Jai-aue A, Makchuchit S, Juckmeta T, Itharat A. Anti-allergic, anti-inflammatory and antioxidant activities of the different extracts of Thai traditional remedy called prabchompoothawEEP for allergic rhinitis treatment. J Med Assoc Thai. 2014;97 Suppl 8:S140-8.
6. Chansiw N, Chusri P, Praman S, et al. Anti-inflammatory potential of a Thai traditional remedy called PrabchompoothawEEP in an animal model of acute and sub-acute inflammation. J Ethnophar-macol. 2024;319(Pt 3):117380.

บทที่ 6

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนบนเฉียบพลัน (Upper respiratory tract infection)

นายแพทย์ชนกชนม์ ไชยบัง

Chapter
6

บทนำ

Upper respiratory tract infection (URIs) เป็นโรคที่พบบ่อยทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก มีการประมาณการว่าทั่วโลกมีอุบัติการณ์ประมาณ 160,000 ต่อ 100,000 ประชากร โดยในเอเชียมีอุบัติการณ์ของโรค URIs ที่สูง โดยประเทศไทยมีสูงที่สุดประมาณ 350,000 ต่อ 100,000 ประชากร โดยเฉลี่ยในผู้ใหญ่เป็นหวัดเฉลี่ย 2 - 4 ครั้ง/ปี ทั่วไปสามารถหายได้เองจากการรักษาตามอาการ และมีอัตราการเสียชีวิตต่ำ^(1,2)

คำนิยาม^(1, 3, 4, 5)

การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory tract infection; URIs) เป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยเกิดจากการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งหมายถึง จมูก คอหอย ทอนซิล กล่องเสียง หรือหูชั้นกลาง โดยไม่มีอาการของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง หรือปอดอักเสบร่วมด้วย โดยชื่อเรียกของการวินิจฉัยมักมีการทับซ้อนกัน โดยโรคในกลุ่ม URIs สามารถให้การวินิจฉัยได้ ดังนี้

- 1) Acute nasopharyngitis
- 2) Acute sinusitis
- 3) Acute rhinitis
- 4) Acute rhinosinusitis
- 5) Common cold
- 6) Nonspecific upper respiratory tract infection
- 7) Rhinopharyngitis
- 8) Upper respiratory tract infection (URTI)

พยาธิกำเนิดของโรค

URIs มากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากเชื้อไวรัส มีการเก็บข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่เป็น non-specific URI หรือ common cold รองลงมาเป็น acute pharyngitis หรือ tonsilitis ส่วนการติดเชื้อแบคทีเรีย *Group A streptococci* (GAS) อยู่ที่ร้อยละ 7.9^(3, 4, 5)

เชื้อก่อโรค

ไวรัส เป็นสาเหตุส่วนใหญ่โดยเชื้อไวรัส Rhino/enterovirus เป็นสาเหตุหลักประมาณร้อยละ 30 - 50 เชื้อไวรัส Coronavirus พบได้ประมาณ ร้อยละ 10 - 15 และไวรัสอื่น ๆ เช่น Human parainfluenza virus, Influenza virus, Respiratory syncytial virus (RSV), Human metapneumovirus (HMPV), Adenovirus, Bocavirus รวมถึง SARS-CoV-2 (COVID 19) โดยไวรัสบางชนิดอาจมีการระบาดสูงขึ้นเป็นฤดูกาล หรือมีการระบาดในกลุ่มชุมชน เช่น ค่ายทหาร สถานเลี้ยงเด็ก โรงเรียน โรงพยาบาล เป็นต้น โดยเชื้อจะพบได้ในน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ สารคัดหลั่ง และแพร่ได้มากจากการไอจาม โดยติดต่อจากการหายใจ หรือการนำสัมผัสเชื้อ และเชื้อเข้าสู่ทางเดินหายใจ

แบคทีเรีย พบได้ส่วนน้อย เชื้อก่อโรคที่พบได้บ่อย เช่น *Group A streptococcus* ทำให้เกิดคออักเสบ

อาการและอาการแสดงทางคลินิก^(3, 4, 5)

โดยทั่วไปจะมีระยะฟักตัวประมาณ 1 - 3 วัน ขณะที่ influenza virus อาจมีระยะฟักตัวได้ถึง 7 วัน อาการมักรุนแรงใน 2 - 3 วันแรก และค่อย ๆ ดีขึ้น โดยทั่วไป common cold มักมีอาการเฉื่อยอยู่ที่ 7 - 10 วัน

อาการ ได้แก่ ไข้ เจ็บคอ คัดจมูก มีน้ำมูก ไอ หรือจาม โดยอาการเจ็บคอมักดีขึ้นเร็ว ส่วนน้ำมูกมักเป็นน้ำมูกใสในช่วงแรก และต่อมาอาจเปลี่ยนเป็นมูกเหนียวและข้นขึ้น โดยลักษณะน้ำมูกเหนียวข้นไม่ได้บ่งบอกถึงการติดเชื้อแบคทีเรีย อาการไข้ มักเป็นไข้ต่ำ ๆ แต่บางรายมีไข้สูงได้ เช่น การติดเชื้อ influenza virus คออักเสบ หรือทอนซิลอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย ส่วนในผู้ใหญ่การติดเชื้อ rhinovirus มักไม่มีไข้

อาการอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ เสียงแหบ อ่อนเพลีย ครั่นเนื้อครั่นตัว สามารถพบได้บ่อยในไข้หวัด ส่วนอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อมักพบได้บ่อยในการติดเชื้อ influenza virus

การตรวจร่างกาย มักจะพบลักษณะของ คอแดงอักเสบ ต่อมทอนซิลบวมแดง น้ำมูก เยื่อจมูกบวม หรือ พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอใด (cervical lymphadenopathies)

อาการมักจะดีขึ้นและหายไปเอง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น sinusitis, otitis media หรือการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ ซึ่งความเสี่ยงจะสูงขึ้นในรายที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคปอดเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น

การวินิจฉัยแยกโรค

1. โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (allergic rhinitis)

ผู้ป่วยมักมีอาการคล้ายกับหวัดได้ คือ มีอาการคัดจมูก มีน้ำมูก ไอ จาม คันจมูก โดยมักมีอาการเรื้อรัง หรือมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมักมีอาการกำเริบสัมพันธ์กับการสัมผัสสิ่งกระตุ้น หรือฤดูกาล โดยมักไม่มีไข้

2. การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (lower respiratory tract infection)

- ปอดอักเสบ (pneumonia) ผู้ป่วยมักจะมีอาการหอบเหนื่อย หรือไอมีเสมหะปริมาณมาก หรือมีอาการเจ็บหน้าอก หรือไข้สูง มีอาการของ sepsis ตรวจพบเสียงปอดที่ผิดปกติ
- หลอดลมอักเสบ (acute tracheobronchitis) ผู้ป่วยมักมีอาการไอเด่น มักไอมีเสมหะ มีเสมหะเปลี่ยนสี อาจฟังได้ยินเสียง wheezing

แนวทางการรักษา

ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มีแนวทางการรักษามาตรฐานสำหรับรักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน หรือใช้หวัดธรรมดา โดยทั่วไปเป็นการรักษาตามอาการเป็นหลัก หรือใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการ โดยพิจารณาเป็นราย ๆ ไป ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ยกเว้นในรายที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียชัดเจน

1. การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ประกอบด้วย

1.1 ยาลดไข้ เช่น พาราเซตามอล หรือยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)

1.2 ยาแก้ไอ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.2.1 ยาระงับอาการไอ (antitussive agents) แบ่งเป็น ยากลุ่ม central antitussive agents เช่น Codeine, Pholcodine, dextromethorphan, Pentoxyverine เป็นต้น และยากลุ่ม peripheral antitussive agents ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้ง airway sensory afferent ลดการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น Narcotine, Benproperine, Moguisteine, Benzonatate

1.2.2 ยาขับเสมหะ (expectorants) มีฤทธิ์ลดความหนืดของสารคัดหลั่งในหลอดลม เพิ่มการทำงานของ cilia ตัวอย่างเช่น Guaifenesin, Myrtol, Ambroxol and bromhexine, N-acetylcysteine, Carbocysteine

โดยทั่วไปให้เลือกใช้ตามลักษณะการไอ และลักษณะของเสมหะ

1.3 ยาลดน้ำมูก เช่น Antihistamines โดยทั่วไปแนะนำให้ยารุ่นแรก เช่น Chlorpheniramine (CPM) ในการรักษาอาการคัดจมูกจากหวัด เนื่องจากลดน้ำมูกและอาการคัดจมูกได้ดีกว่า Antihistamine รุ่นสอง หรือสาม แต่มักทำให้มีอาการง่วงซึมได้ ยาอื่น ๆ เช่น pseudoephedrine, ephedrine หรือยาพ่น oxymetazoline ก็สามารถลดอาการคัดจมูกได้ โดยอาการไอจากหวัดมักดีขึ้นเมื่อรักษาอาการทางจมูก

2. การรักษาด้วยยาสมุนไพร

2.1 ยาสมุนไพรช่วยบรรเทาอาการไอ

รายละเอียดตามแนวทางบทที่ 4 อาการไอ (Cough)

2.2 ยาสมุนไพรช่วยบรรเทาอาการหวัด

ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร ฟ้าทะลายโจร เป็นพืชล้มลุกมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Andrographis paniculata* (Burm.f.) Wall. ex Nees มีชื่อเรียกอื่น ๆ เช่น ฟ้าทะลาย หญ้าก้านงู น้ำลายพังพอน เมฆทะลาย ฟ้าสะท้าน เป็นต้น ถือเป็นยาสมุนไพรที่มีการใช้อย่างยาวนาน และแพร่หลายในทั้งไทยและในเอเชีย เช่น จีน อินเดีย ส่วนที่อยู่เหนือดิน (aerial parts) ถูกนำมาใช้ในสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยมานาน เพื่อรักษาไข้หวัด เจ็บคอ แผลในปากหรือบนลิ้น อาการไอเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ลำไส้อักเสบ โรคบิด ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และอาการปวดเวลาปัสสาวะ มีสารสำคัญคือ andrographolide ฟ้าทะลายโจรเป็นสมุนไพรที่ได้ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ. 2542

ตารางที่ 6-1 หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ฟ้าทะลายโจรบรรเทาอาการหวัด

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
Hu XY, Wu RH, Logue M, Blondel C, Lai LYW, Stuart B, et al. 2017 ⁽⁶⁾	Systematic review	รวมการทดลองแบบ randomized controlled trial จำนวน 33 การศึกษา รวมผู้ป่วย 7,175 ราย ศึกษาการใช้ A. Paniculata มีทั้งที่เป็นยาเดี่ยว และยาผสมกับสมุนไพรอื่น ๆ ในการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (acute respiratory tract infection)	A. Paniculata เมื่อใช้เป็นยาเดี่ยว หรือใช้ควบคู่กับการรักษาอื่น ๆ สามารถลดอาการไอ และเจ็บคอ และลดระยะเวลาการหายป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับยาหลอก
Wagner L, Cramer H, Klose P, Lauche R, Gass F, Dobos G, et al. 2015 ⁽⁷⁾	Systematic review	รวมการทดลองแบบ randomized controlled trial 8 การศึกษา ผู้ป่วย 807 ราย ที่ศึกษาการใช้ A. Paniculata ผลิตภัณฑ์สารสกัด ฟ้าทะลายโจรร่วมกับสมุนไพรอื่น โดยรับประทานในขนาด 31 - 200 มิลลิกรัม/วัน ระยะเวลา 3 - 10 วัน	มีผลในการลดอาการไอ จากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และไอจากหวัดได้ดีกว่า ยาหลอก

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
Saxena RC, Singh R, Kumar P, Yadav SC, Negi MPS, Saxena VS, et al. 2010 ⁽⁸⁾	การทดลองทางคลินิกแบบ randomized, double-blind, placebo controlled trial	ทดสอบประสิทธิภาพของยา KalmCold™ ซึ่งเป็นสารสกัดเมทานอลจากใบฟ้าทะลายโจร เทียบกับยาหลอกในการรักษาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ส่วนบน จำนวน 223 ราย ได้รับ KalmCold™ ขนาด 200 มิลลิกรัม/วัน (รับประทานครั้งละ 100 มิลลิกรัม หลังอาหารเช้าและเย็น) เป็นเวลา 5 วัน	พบว่ากลุ่มที่ได้รับ KalmCold™ มีอาการโดยรวมดีขึ้นกว่ายาหลอก
Chuthaputti A, Pompatkul A, Suwankiri U. 2007 ⁽⁹⁾	Open label, randomized controlled trial	การศึกษาการใช้ยาฟ้าทะลายโจร ในการรักษาอาการของไข้หวัดใหญ่ (influenza) โดยใช้ยาแบบแคปซูล ขนาด 400 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 4 ครั้ง ร่วมกับการใช้ยาพาราเซตามอล	พบว่า สามารถลดอาการโดยรวม และอาการไอได้ดีกว่าการใช้ยาพาราเซตามอลเพียงอย่างเดียว
Kanokkangsadal P, Mingmalairak C, Mukkasombat, Kuropakornpong P, Worawattananutai P, Khawcharoenpom T, et al. 2023 ⁽¹⁰⁾	double-blinded randomized control trial	มีการศึกษาการใช้ฟ้าทะลายโจร ในผู้ป่วย COVID-19 ที่อาการรุนแรง	การใช้สารสกัดฟ้าทะลายโจร (สารสกัดฟ้าทะลายโจร ที่สกัดด้วย ethanol ขนาด 180 มิลลิกรัม/วัน เป็นเวลา 5 วัน ไม่ลดการดำเนินโรค แต่สามารถลดระยะเวลาของอาการสูญเสียการได้กลิ่น โดยไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่เพิ่มขึ้น

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
Leelarasamee A, Suankratay C, Hunnangkul S, Udompunturak S, Krittayaphong R, Poonsrisawat J, et al. 2021 ⁽¹¹⁾	randomized, double-blind, placebo-controlled trial	ทดสอบประสิทธิภาพยาฟ้าทะลายโจร ในการรักษา Non-specific URI โดยให้ยาที่เป็นสารสกัดฟ้าทะลายโจร (crude extract) รูปแบบแคปซูล มีปริมาณ andrographolide 20 มิลลิกรัม ให้กินวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 วัน เทียบกับยาหลอก ในกลุ่มตัวอย่าง 829 ราย	การหายจากอาการไข้ ไอ เจ็บคอ จาม เสียงแหบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่พบว่า ในกลุ่มที่ได้ยาฟ้าทะลายโจร มีการหายจาก mucosal erythema มากกว่า ยาหลอก โดยพบอาการไม่พึงประสงค์เพียงเล็กน้อย ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้ยาหลอก

ขนาดและวิธีใช้

ปัจจุบันรูปแบบของยาฟ้าทะลายโจรที่มีจำหน่ายในท้องตลาด และใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีการผลิตในหลายรูปแบบ ทั้งแบบบดผง และแบบสารสกัดที่สกัดด้วยเอเทนอล หรือน้ำ-เอเทนอล โดยแนะนำให้รับประทานยาตามปริมาณสาร Andrographolide เป็นหลัก เพื่อให้ได้ปริมาณสารสำคัญเพียงพอตามที่มีข้อมูลในการศึกษาวิจัย

1) ผู้ที่มีอาการของโรคหวัด (common cold) เช่น เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยทั่วไป ในผู้ใหญ่ แนะนำรับประทานฟ้าทะลายโจรที่มี Andrographolide 60 - 120 มิลลิกรัมต่อวัน แบ่งรับประทานวันละ 3 - 4 ครั้ง ติดต่อกันไม่เกิน 5 - 7 วัน ^(12,13)

2) ผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19 ที่มีอาการไม่รุนแรง ในผู้ใหญ่แนะนำให้รับประทานยาฟ้าทะลายโจรที่มีปริมาณสาร Andrographolide 180 มิลลิกรัมต่อวัน แบ่งรับประทานวันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน ^(12,13)

แนะนำให้ใช้ยาที่ผลิตไม่เกิน 1 ปี และมีจัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม เนื่องจากยาอาจเสื่อมสภาพ

ข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้ ^(12, 13)

1) ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้ฟ้าทะลายโจร แพ้พืชในวงศ์ *Acanthaceae* เช่น เสลดพังพอน ทองพันชั่ง พญาพาน เป็นต้น

2) ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากอาจทำให้เกิดทารกวิรูป (มีรายงานทำให้แท้งในสัตว์ทดลอง)

3) ข้อมูลในหญิงให้นมบุตรยังไม่มี จึงให้หลีกเลี่ยง

4) ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอในกรณีต่าง ๆ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอเนื่องจากติดเชื้อ *Streptococcus group A*
- ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคไตอักเสบเนื่องจากเคยติดเชื้อ *Streptococcus group A*
- ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจรูมาติก

- ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรีย และมีอาการรุนแรง เช่น มีตุ่มหนองในคอ มีไข้สูง และหนาวสั่น

5) หากใช้ยาแล้วมีผื่น ปากบวม ตาบวม หน้าบวม ให้หยุดยาทันที และมาพบแพทย์

บทสรุป

ยาฟ้าทะลายโจร เป็นยาสมุนไพรที่มีใช้กันอย่างแพร่หลายและยาวนาน ปัจจุบันได้ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 โดยมีหลักฐานสนับสนุนค่อนข้างมาก ว่าสามารถใช้เป็นยาเพื่อลดอาการของไข้หวัด หรือโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนที่เกิดจากเชื้อไวรัสได้ โดยสามารถเสริมหรือเป็นยาทดแทน โดยเฉพาะอาการไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยมีการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาน้อย โดยแนะนำให้ใช้ยาที่มีมาตรฐาน มีการยืนยันปริมาณสารออกฤทธิ์ andrographolide ที่ชัดเจน หรือมีผลึกยืนยัน หรือสามารถตรวจสอบการขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการอาหารและยา และพิจารณาเลือกใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม ในอนาคตจำเป็นต้องศึกษาและรวบรวมข้อมูล เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ด้านสมุนไพรไทย และพัฒนาแนวทางส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรไทยต่อไป

1. Liu Q, Qin C, Du M, Wang Y, Yan W, Liu M, et al. Incidence and Mortality Trends of Upper Respiratory Infections in China and Other Asian Countries from 1990 to 2019. *Viruses*. 2022 Nov 18;14(11):2550.
2. Harris AM, Hicks LA, Qaseem A. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care from the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Annals of Internal Medicine*. 2016 Jan 19;164(6):425.
3. Treebupachatsakul P, Tiengrim S, Thamlikitkul V. Upper respiratory tract infection in Thai adults: prevalence and prediction of bacterial causes, and effectiveness of using clinical practice guidelines. *Journal of the Medical Association of Thailand [Internet]*. 2006 Aug;89(8):1178–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17048427/>
4. Phattharaporn Inma, Nungruthai Suntronwong, Silpsiri Sinsulpsiri, Suriya Srimaneewiroon, Poovorawan Y. Viral Etiology Associated With Acute Respiratory Tract Infection Patients in Bangkok, Thailand. *Cureus [Internet]*. 2024 Aug 14 [cited 2025 Mar 2]; Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11399110/>
5. Heikkinen T, Järvinen A. The common cold. *The Lancet [Internet]*. 2003 Jan;361(9351): 51–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673603121629>
6. Hu XY, Wu RH, Logue M, Blondel C, Lai LYW, Stuart B, et al. *Andrographis paniculata* (Chuan Xin Lian) for symptomatic relief of acute respiratory tract infections in adults and children: A systematic review and meta-analysis. *PloS One [Internet]*. 2017 [cited 2020 May 7];12(8):e0181780. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28783743>
7. Wagner L, Cramer H, Klose P, Lauche R, Gass F, Dobos G, et al. Herbal Medicine for Cough: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Complementary Medicine Research*. 2015;22(6):359–68.
8. Saxena RC, Singh R, Kumar P, Yadav SC, Negi MPS, Saxena VS, et al. A randomized double blind placebo controlled clinical evaluation of extract of *Andrographis paniculata* (KalmCold™) in patients with uncomplicated upper respiratory tract infection. *Phytomedicine*. 2010 Mar;17(3-4):178–85.
9. Chuthaputti A, Pornpatkul A, Suwankiri U. The Efficacy of *Andrographis paniculata* (Burm.f.) Wall. ex Nees for the Relief of the Symptoms of Influenza. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*. 2007;5(3):257–66.
10. Kanokkangsadal P, Mingmalairak C, Mukkasombat, Kuropakornpong P, Worawattananutai P, Khawcharoenporn T, et al. *Andrographis paniculata* extract versus placebo in the treatment of COVID-19: a double-blinded randomized control trial. *Research in pharmaceutical sciences*. 2023 Jan 1;18(6):592–603.
11. Leelarasamee A, Suankratay C, Hunnangkul S, Udompunturak S, Krittayaphong R, Poonrisawat J, et al. The Efficacy and Safety of *Andrographis Paniculata* Extract for the Treatment of Acute Nonspecific Upper Respiratory Tract Infections: a Randomized Double Blind Placebo Controlled Trial. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2021 Jul 15;104(7):1204–13.
12. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566.
13. ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติที่สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน ฉบับแก้ไข กรกฎาคม 2567. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.

03

กลุ่มที่ 3

กลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อ
และกระดูก

บทที่ 7

โรคข้อเข่าเสื่อม

นายแพทย์ชวนนท์ สุนนะเศรษฐกุล
นายแพทย์ปิยชาติ สุทธินาค
นายแพทย์ขรรค์ชัย มั่งงิมไพศรพณ์
แพทย์แผนไทยประยุกต์วชิรศรา สามัคคี

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of the knee; OA knee) เป็นภาวะเสื่อมของข้อเข่าที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการดำรงชีพรวมถึงการใช้ชีวิตประจำวัน

Chapter 7

พยาธิสภาพ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่มีการทำลายของกระดูกอ่อนผิวข้ออย่างช้า ๆ ต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพกระดูกอ่อน (cartilage) รวมถึงขอบกระดูกในข้อ (subchondral bone) มีการหนาตัวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขข้อทำให้คุณสมบัติในการหล่อลื่นผิวข้อลดลง

การวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม

1. อาการทางคลินิก

1.1 ปวดข้อเข่าเรื้อรัง ปวดตื้อ ๆ ทั่วบริเวณข้อ ระบุตำแหน่งไม่ชัดเจน ปวดมากขึ้นเมื่อใช้งาน เช่น การเดินขึ้นลงบันได การนั่งงอเข่า อาการทุเลาเมื่อพัก ผู้ป่วยที่มีการอักเสบรุนแรงอาจจะมีปวดตลอดเวลา

1.2 ข้อฝืดตึง การเคลื่อนไหวลดลง อาการเป็นมากในช่วงเช้าช่วงแรกของการเคลื่อนไหว (morning stiffness) การยึดติดของข้อมักจะไม่นานเกิน 30 นาที

1.3 ข้อเข่าผิดรูป เข่าโก่ง แนวขาไม่ปกติทั้งสองข้าง

1.4 มีเสียงดังในข้อ (Crepitus) ขณะเคลื่อนไหว

1.5 เมื่อพยาธิสภาพเป็นมาก ข้อเข่าจะมีการจำกัดการเคลื่อนไหว (restricted movement) เหยียดไม่สุด (flexion contracture) การเดินของผู้ป่วยจะมีลักษณะไม่ปกติ

2. การถ่ายภาพรังสี

2.1 วัตถุประสงค์ในการถ่ายภาพรังสี เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค เพื่อให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม

2.2 การถ่ายภาพรังสี ให้ถ่ายภาพ Knee standing AP view, Knee Lateral View, Knee Sky line view

2.3 ภาพรังสีเอกซเรย์ข้อเข่า (Knee X-ray) แสดงให้เห็นระยะห่างข้อแคบลง มีกระดูกงอกบริเวณกระดูกข้อเข่า

การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น เช่น complete blood count (CBC), erythrocyte sedimentation rate (ESR), c-reactive protein (CRP), rheumatoid factor (RF) มีวัตถุประสงค์เพื่อการแยกโรค หรือสงสัยภาวะแทรกซ้อนเท่านั้น

การประเมินความรุนแรงของโรค

การจำแนกระยะ (staging) โรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ Kellgren-Lawrence radiographic grading scale ดังตารางที่ 7-1

ตารางที่ 7-1 การจำแนกระยะ (staging) โรคข้อเข่าเสื่อม

Staging	Finding
0	ภาพรังสีไม่พบข้อเข่าเสื่อม
1	มีปุ่มกระดูกงอกไม่ชัดเจน ซึ่งนัยสำคัญทางคลินิกน้อย
2	มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจน แต่ช่องข้ออาจจะแคบลงเล็กน้อย
3	มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจน และช่องข้อแคบลงปานกลาง
4	มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจน และช่องข้อแคบลงรุนแรงและมีเนื้อกระดูกอ่อนกระดูกต่าง (subchondral sclerosis)

แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม คือ บรรเทาอาการปวด ชะลอการดำเนินโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1. การรักษาแบบไม่ใช้ยา

1.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ บ่งชี้ความเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น ความอ้วน อาชีพ การใช้งานข้อผิดวิธี ประวัติโรคข้อเสื่อมในครอบครัว เป็นต้น

- การลดน้ำหนัก แนะนำให้ควบคุมดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 กก./ตรม.
- การปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน เลี่ยงการนั่งย่อเข้า คูกเข่า นั่งต่ำ หลีกเลี่ยงการเดินขึ้นลงบันได

1.2 การออกกำลังกาย เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ประกอบด้วย

- Low impact aerobic exercise เช่น วายน้ำ รำไทเก๊ก เป็นต้น
- Range of Motion Exercise
- การบริหารกล้ามเนื้อ Quadriceps

1.3 กายภาพบำบัด เพื่อลดการอักเสบ

1.4 การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น walker, cane เป็นต้น

2. การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน

2.1 ยาแก้ปวด Paracetamol

2.2 ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drug; NSAIDs)

มีการให้ยา 3 รูปแบบ ประกอบด้วย (1) ยา Non-Selective NSAID with Proton pump inhibitor (PPI) ในกรณีผู้ป่วยอายุมากกว่า 55 ปี (2) Cox-2 inhibitors NSAIDs หรือ (3) Cox-2 inhibitors NSAIDs with PPI ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหาร หรือ มีความเสี่ยงด้านโรคระบบหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular risk)

แนะนำให้ใช้ในปริมาณน้อยที่สุด เพื่อลดความเสี่ยงเรื่องภาวะแทรกซ้อน

2.3 ยาอนุพันธ์ฝิ่น (opioid หรือ narcotic analgesic) แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มนี้ในระยะสั้น

2.4 การฉีดยา Hyaluronic acid หรือ PRP (Platelet-rich plasma) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2.5 ยาในกลุ่ม SYSADOA (symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis) ได้แก่ Glucosamine และ Chondroitin sulfate หรือ Diacerein อาจช่วยชะลอการเสื่อมของข้อ สามารถลดปวด และเพิ่มการใช้งาน ซึ่งผลการรักษาน้อยกว่ากลุ่มยาแก้ปวดแต่ปลอดภัยกว่า

3. การผ่าตัดรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

3.1 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม (Total Knee Arthroplasty, Uni-compartment Knee Arthroplasty) แนะนำในผู้ป่วยที่อาการปวดมาก ไม่สามารถบรรเทาให้ดีขึ้นด้วยการรักษาแบบอนุรักษ์

3.2 การผ่าตัดกระดูกเปลี่ยนแนว (High Tibial Osteotomy) แนะนำในผู้ป่วยอายุน้อย และทำกิจกรรมมาก

4. การรักษาด้วยยาสมุนไพร

โรคเข่าเสื่อมมีความใกล้เคียงกับ “โรคลมจับโปงแห้งเข่า” ในศาสตร์แพทย์แผนไทย ตามนิยามของโรคนี้ คือ เป็นโรคที่มีอาการปวดบวมแดง ซึ่งจะมีอาการบวมเล็กน้อย มีน้ำเล็กน้อย เข่ามีลักษณะผิดรูป ขาโก่ง ในเข่ามีเสียงดัง มีอาการมากขึ้นเวลาขึ้นลงบันได และโดยหลักการของการแพทย์แผนไทยเกิดจากเลือดและลมไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้มีการคั่งอั้นของลม ส่งผลให้เกิดอาการปวด ซึ่งการใช้สมุนไพรสร้อยจะช่วยกระจายลมไม่ให้เกิดการคั่งอั้นที่ข้อเข่า ทำให้อาการปวดลดลง อาการข้อฝืดลดลง จึงสามารถเหยียดและงอข้อเข่าได้ดีขึ้น การใช้ยาสมุนไพรเป็นทางเลือกเสริมที่มีหลักฐานสนับสนุนในการลดอาการปวดและอักเสบในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม

4.1 ยาสมุนไพรเถาวัลย์เปรียง

เถาวัลย์เปรียง มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Derris scandens* (Roxb.) Benth สารออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ สารกลุ่ม Isoflavonoids ได้แก่ genistein, derrisisoflavone A, lupalbigenin, 6, 8-diprenylgenistein, genistein-7-O- γ -rhamnopyranosyl-(1 $\rightarrow$ 6)- β -glucopyranoside] โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ ด้านการอักเสบโดยสามารถยับยั้งการหลั่ง Nitric oxide และยังสามารถยับยั้งการแสดงออกของ Inflammatory genes เช่น inducible nitric oxide synthase (iNOS), cyclooxygenase-2 (COX-2), interleukin-6 (IL-6), and 5-lipoxygenase (5-LOX) และยังมีการศึกษาที่พบว่าสามารถยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase 1 (COX-1) และลดการสร้าง leukotriene-B4 (LTB4), ลดการหลั่งเอนไซม์ Myeloperoxidase และลดการสร้าง Eicosanoid

ขนาดและวิธีใช้

- 1) ผงจากเถาของเถาวัลย์เปรียงแคปซูล รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที
- 2) ยาแคปซูลสารสกัดจากเถาวัลย์เปรียง รับประทานครั้งละ 400 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารทันที

ข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้

- 1) ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์
- 2) ห้ามใช้ในผู้ที่เคยแพ้ยา
- 3) ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหาร
- 4) ระวังการใช้ในผู้ที่มีการทำงานของไตบกพร่อง
- 5) ไม่ควรใช้ร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)

ตารางที่ 7-2 หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแอดัลต์เปรียง
(หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ก2)

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
จูไรรัตน์ คงล้อมญาติ, รัตติกาล คุณพระ (2562) ⁽¹⁾	การวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)	การศึกษาประสิทธิผลของแอดัลต์เปรียง เทียบกับยา Diclofenac ในการรักษา ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ผู้ป่วย 60 คน ถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน - กลุ่ม 1 จะได้รับยา Diclofenac ขนาด 25 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เป็นเวลา 10 วัน - กลุ่ม 2 ได้รับผงแอดัลต์เปรียง แคปซูลขนาด 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เป็นเวลา 10 วันประเมินคุณภาพชีวิต ด้วยแบบสอบถาม WOMAC	แอดัลต์เปรียง มีประสิทธิผลในการเพิ่ม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยสามารถลดการปวด ข้อฝืดและยึด และเพิ่มความสามารถ ในการใช้ข้อเข่าได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เมื่อเทียบกับ Diclofenac พบว่าไม่มีความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย WOMAC ข้อฝืดและยึด และความสามารถในการใช้ เข่าระหว่างสองกลุ่ม

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
ศุภชัย ชุ่มชื่น (2562) ⁽²⁾	การศึกษา เชิงทดลอง (Experimental study) แบบ Single-blinded randomized controlled trial	การนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแคปซูล เถาว์วัลย์เปรียงและผลของยาแคปซูล เถาว์วัลย์เปรียงต่ออาการปวด ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม จำนวน 81 คน แบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่ม - กลุ่มที่ 1 รักษาโดยการนวดไทยร่วมกับการ ใช้ยาแคปซูลเถาว์วัลย์เปรียง 41 คน โดยทำการนวดวันเว้นวันจำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ร่วมกับการรับประทาน ยาแคปซูลเถาว์วัลย์เปรียง ขนาด 500 มิลลิกรัม จำนวน 2 เม็ดหลังอาหาร ทันที วันละ 3 ครั้งติดต่อกันเป็นเวลา 7 วัน - กลุ่มที่ 2 รักษาโดยการจ่ายยาแคปซูล เถาว์วัลย์เปรียงอย่างเดียว 40 คน ขนาด 500 มิลลิกรัม จำนวน 2 เม็ด หลังอาหารทันที วันละ 3 ครั้งติดต่อกัน เป็นเวลา 7 วัน ประเมินผลระดับ ความเจ็บปวดก่อนและหลังโดยใช้ แบบประเมิน facial pain scale และแบบประเมินระดับความรุนแรงของ โรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score)	เมื่อเปรียบเทียบความเจ็บ ปวดก่อนและหลัง การรักษาภายในกลุ่มที่ 1 มีระดับความเจ็บปวดลด ลงในวันที่ 3 เป็นต้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนกลุ่มที่ 2 มีระดับ ความเจ็บปวดลดลง ในวันที่ 5 เป็นต้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนระดับความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มที่ 1 มีระดับความ เจ็บปวดลดลงแตกต่าง จากกลุ่มที่ 2 ในวันที่ 6 และ 7 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p<0.05$)

4.2 ยาสมุนไพรไพล

ไพล มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Zingiber cassumunar* Roxb. สารออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ น้ำมันระเหย มีสารสำคัญที่เป็นองค์ประกอบ ได้แก่ terpinen-4-ol, sabinene, caryophyllene, cineol, alpha-pinene, beta-pinene, myrcene, terpinene, limonene, p-cymene, terpinolene, eugenol, farnesol, alflabene, 3,4 dimethoxy benzaldehyde, สารสีเหลือง curcumin, cassumunarins A, B, C, สารกลุ่มฟีนอลบิวทานอยด์หลายชนิด เช่น (E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) butadiene (DMPBD) ที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ และสารอื่น ๆ ได้แก่ 4-(4-hydroxyl-1-butenyl)-veratrole, naphthoquinone derivative, vanillin, vanillic acid, veratric acid, β -sitosterol โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ พบว่า น้ำมันไพลลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ ปวดข้อและเคล็ดต่าง ๆ มีรายงานฤทธิ์ในการลดการอักเสบของ สารสกัดไพลด้วยเฮกเซน รวมถึงสารที่สกัดได้จากไพลหลายชนิด เช่น เคอร์คิวมิน ซึ่งเป็นสารสีเหลือง น้ำมันหอมระเหย และสารอื่น ๆ เช่น สาร (E)-4(3',4'-dimethylphenyl) but-3-en-1-ol พบว่ามีฤทธิ์ยับยั้ง prostaglandin มีสูตรตำรับ เป็นยาครีมทาภายนอกที่มีปริมาณน้ำมันหอมระเหยจากเหง้าไพล ร้อยละ 14 โดยปริมาตรต่อน้ำหนัก

ขนาดและวิธีใช้

ครีมที่มีน้ำมันไพลร้อยละ 14 ทาและถูเบา ๆ วันละ 2 - 3 ครั้ง บริเวณที่มีอาการปวดเมื่อย ปวดบวมจากกล้ามเนื้ออักเสบ เคล็ดยอก ฟกช้ำ

ข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้

- 1) ห้ามใช้ในผู้ที่เคยมีประวัติแพ้ยา
- 2) ห้ามทาบริเวณ เนื้อเยื่ออ่อน เช่น ตา ห้ามทาบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผล หรือมีแผลเปิด

ตารางที่ 7-3 หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาไพล
(หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ก2)

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
Niempoog S, Siriarchavatana P, Kajsongkram T. (2012) ⁽³⁾	A double-blind, randomized, controlled trial	การศึกษาประสิทธิภาพของ plygersic gel: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบประสิทธิภาพของเจลที่มีส่วนผสมของ สารสกัดไพลและขิง 4% กับเจล diclofenac 1% ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม	ทั้งสองกลุ่มมีการปรับปรุง อาการปวดและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ และไม่มีความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
Kosuwon, W., Sirichativapee, W., Wisanuyotin, T., Paholpak, P., Laupattarakasem, P. (2016) (4)	double-blind, controlled	การศึกษาทางคลินิก การใช้ครีมไฟล 14% ในการควบคุมอาการปวด ในโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับ เล็กน้อยถึงปานกลาง เปรียบเทียบระหว่างการใช้ ครีมไฟลกับยาหลอก การศึกษาทางคลินิกนี้ เป็นการทดลองโดยการสุ่ม แบบ cross over ระยะเวลา 9 สัปดาห์ (รักษาด้วยครีมไฟล 4 สัปดาห์ เว้นระยะ wash-out 1 สัปดาห์ และครีมยาหลอก 4 สัปดาห์) จำนวนผู้เข้าร่วม การศึกษา 120 คู่ วัดผล การศึกษาจาก pain score โดยใช้มาตราวัด visual analog scale (VAS) ร่วมกับ WOMAC score	พบว่าค่า mean different VAS favoring Plai อยู่ที่ 0.46 และ 1.4 ($p < 0.05$) สัดส่วนของผู้ที่มีอาการดีขึ้น 50% ตาม VAS, WOMAC, stiffness และ function อยู่ที่ 33.33%, 31.77%, 41.66% และ 24.68% มีค่า NNT ของผู้ที่มีอาการ ดีขึ้น 50% มีค่าเท่ากับ 3 (95% CI; 2.75, 3.29)

4.3 ยาสมุนไพรขมิ้นชัน (สกัด)

ขมิ้นชัน มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Curcuma longa* โดยมีสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ เคอร์คูมินอยด์ (Curcuminoids) โดยเฉพาะเคอร์คูมิน (Curcumin) กลไกการออกฤทธิ์ มีฤทธิ์ลดการอักเสบโดยยับยั้ง เอนไซม์ COX-2 และลดการสร้างสารก่อการอักเสบ มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ช่วยปกป้องเซลล์จากความเสียหาย

ขนาดและวิธีใช้

ขมิ้นชัน (สกัด) 500 – 1,000 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที ใช้ติดต่อกันไม่เกิน 4 - 8 สัปดาห์ หากต้องใช้ต่อเนื่องควรปรึกษาแพทย์

ข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้

- 1) ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้ขมิ้นชันหรือสารในกลุ่มเคอร์คูมินอยด์
- 2) ห้ามใช้ในผู้ที่มีภาวะอุดตันของท่อน้ำดี เนื่องจากขมิ้นชันกระตุ้นการหลั่งน้ำดี
- 3) ห้ามใช้ในผู้ที่มีภาวะเลือดออกง่ายหรือใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ตารางที่ 7-4 หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ขมิ้นชัน (สกัด)
(หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ก2)

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
Paultre K, Cade W, Hernandez D, Reynolds J, Greif D, Best TM. (2021) ⁽⁵⁾	systematic review	การศึกษารายงานการใช้ ขมิ้นชันในการรักษาผู้ป่วย เข้าเสื่อมทั้งหมด 10 การศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ย คุณภาพงานวิจัย Consort quality score เท่ากับ 21.1การศึกษาทั้งหมด	พบว่าอาการปวดลดลง และ การใช้งานเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญ ($p \leq 0.05$) มีการศึกษา 3 การศึกษา เปรียบเทียบ ขมิ้นชันและ NSAIDs พบว่าไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$)
Panahi Y, Rahimnia AR, Sharafi M, Alishiri G, Saburi A, Sahebkar A. (2014) ⁽⁶⁾	A randomized double-blind placebo- control parallel trial	การศึกษา pilot randomized double-blind placebo-control parallel-group clinical trial ในผู้ป่วยเข้าเสื่อม ระยะแรกถึงปานกลาง ผู้ป่วยถูกแบ่งกลุ่มได้รับ ขมิ้นชัน 1,500 mg/day จำนวน 19 คน placebo 21 คน เป็นเวลา 6 สัปดาห์. ประเมิน WOMAC, VAS และ local progression- free interval (LPFI)	พบว่าการรักษาด้วยขมิ้นชัน สามารถลดคะแนน WOMAC ($p = 0.001$), VAS ($p < 0.001$) และ LPFI ($p = 0.013$) อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับ placebo

4.4 ยาสมุนไพรสัหศาธา

ยาสัหศาธา เป็นยาที่ผลิตจากสมุนไพรไทยหลากหลายมากกว่า 20 ชนิด เช่น พริกไทยดำ รากเจตมูลเพลิงแดง ผลสมอไทย และสมุนไพรอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ และบรรเทาอาการปวด สูตรตำรับ ในผงยา 1,000 กรัม ประกอบด้วย

1) พริกไทยล่อนหนัก 240 กรัม รากเจตมูลเพลิงแดงหนัก 224 กรัม ดอกดีปลีหนัก 96 กรัม หัตถ์คุณเทศหนัก 48 กรัม

2) เนื้อผลสมอไทยหนัก 104 กรัม รากตองแตกหนัก 80 กรัม

3) เหง้าว่านน้ำหนัก 88 กรัม

4) การบูรหนัก 14 กรัม ดอกจันทน์หนัก 13 กรัม เทียนแดงหนัก 11 กรัม ลูกจันทน์หนัก 12 กรัม เทียนตาตึกแตนมหาหิงค์หนัก 10 กรัม เทียนสัตตบุษย์หนัก 9 กรัม เทียนขาว รากจิงจ้อหนัก 8 กรัม เทียนดำหนัก 7 กรัม โกฐกั๊กกรากหนัก 6 กรัม โกฐเขมาหนัก 5 กรัม โกฐก้านพร้าวหนัก 4 กรัม และโกฐฟุงปลาหนัก 3 กรัม

หมายเหตุ: สัดส่วนอาจปรับเปลี่ยนเล็กน้อยตามสูตรที่ใช้ในงานในแต่ละสถานบริการ แต่โดยทั่วไปจะเป็นไปตามสัดส่วนข้างต้น

สมุนไพรในตำรับมีฤทธิ์ด้านการอักเสบ โดยลดการสร้างสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบ เช่น prostaglandin และช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ลดอาการปวดและบวมบริเวณที่มีอาการ

ขนาดและวิธีใช้

รับประทานครั้งละ 1 - 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ดื่มน้ำอุ่นตามเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูดซึม

ข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้

อาจมีอาการคอแห้ง อาการแพ้ เช่น ผื่นคัน ลมพิษ อาการระคายเคืองในกระเพาะอาหาร เช่น คลื่นไส้ ปวดท้อง ร้อนท้อง แสบท้อง หากมีอาการรุนแรง เช่น หายใจลำบาก ควรหยุดใช้ และพบแพทย์ทันที

ตารางที่ 7-5 หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสหัตถาร
(หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ก2)

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
Piya Pinsornsak, Puritat Kanokkangsadal, and Arunporn Itharat (2015) ⁽⁷⁾	double-blind randomized control trial	ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยเปรียบเทียบกับ ยา diclofenac ในการรักษาผู้ป่วยเข่าเสื่อม 66 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม - กลุ่มที่ 1 ทานยาสหัตถาร 1,000 มิลลิกรัม 3 เวลา ก่อนอาหาร - กลุ่มที่ 2 รับประทาน diclofenac 25 มิลลิกรัม 3 เวลา หลังอาหารเป็นเวลา 28 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกาย การบันทึกคะแนนความเจ็บปวด การประเมินความเร็วในการเดินระยะ 100 เมตร และประเมินคุณภาพชีวิตด้วย WOMAC score	พบว่าประสิทธิภาพของยาทั้งสองชนิดไม่มีความแตกต่างกัน ไม่พบผลเลือดผิดปกติของตับและไตจากการทานยา สหัตถารต่อเนื่อง 28 วัน แต่ผู้ป่วยกลุ่มที่กินยา diclofenac มีการเพิ่มของ เอนไซม์ตับ ได้แก่ aspartate aminotransferase (AST), alanine transaminase (ALT), alkaline phosphatase (ALP) ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย ในกลุ่มที่ได้รับ diclofenac สรุปลยาสหัตถารเป็นยาทางเลือกที่ดีในการรักษาผู้ป่วยเข่าเสื่อมและมีผลข้างเคียงน้อยกว่า

4.5 ยาประคบสมุนไพร

ยาประคบสมุนไพร ประกอบด้วย สารสำคัญหลายชนิด เช่น ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ การบูร เกลือ โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ ความร้อนช่วยขยายหลอดเลือด ส่งผลให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดอาการปวด และบวม สารสำคัญจากสมุนไพร เช่น ไพล ตะไคร้ มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ลดอาการปวด และช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และการกดและนวดจากลูกประคบ ช่วยคลายความตึงของกล้ามเนื้อ

ขนาดและวิธีใช้

- 1) นำลูกประคบไปนึ่ง หรืออบไอน้ำให้ร้อน ประมาณ 10 - 15 นาที
- 2) ทดสอบความร้อน โดยแตะที่แขนก่อนใช้
- 3) ประคบบริเวณที่มีอาการปวด ครั้งละ 10 - 15 นาที
- 4) ใช้ซ้ำได้ 2 - 3 ครั้งต่อวัน หรือบ่อยตามต้องการ
- 5) ลูกประคบที่ใช้แล้วควรเก็บไว้ในที่แห้ง หรือแช่แข็งเพื่อยืดอายุการใช้งาน โดยทั่วไปแล้วลูกประคบ 1 ลูก สามารถใช้ได้ 3 - 4 ครั้ง

ข้อควรระวัง/ข้อห้ามใช้

อาจมีผิวหนังแดง หรือรู้สึกแสบร้อนหลังการใช้ อาจมีอาการคัน หรือระคายเคืองหากแพ้ส่วนประกอบของสมุนไพร อาจเกิดรอยไหม้หากใช้ลูกประคบร้อนเกินไป

ตารางที่ 7-6 หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาประคบสมุนไพร
(หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ข2)

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
ชุดินันท์ ชันทะยศ กนกพร ปัญญาดี. (2560) ⁽⁸⁾	การวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลัง การทดลอง (one group and pre posttest design)	ใช้ลูกประคบข้อเท้าในการลดอาการปวด ข้อเท้าในผู้ป่วยโรคข้อเท้าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยว่า เป็นโรคข้อเท้าเสื่อม ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล จำนวน 60 คน ซึ่งได้รับการประคบด้วย สมุนไพรที่เตรียมไว้โดยนำไปแช่ในตู้เย็น นาน 10 - 15 นาที แล้วจึงนำมาบรรจุใน ถุงยาสมุนไพร แล้วใช้ประคบข้อเท้า ให้ผู้ป่วยนานครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความ พึงพอใจและแบบประเมินความเจ็บปวด วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ผลของถุง ยาสมุนไพร ประคบข้อเท้า ในผู้ป่วย โรคข้อเท้าเสื่อม ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ผลการศึกษา	หลังการใช้ ถุงยาสมุนไพร ประคบข้อเท้า ครบในสัปดาห์ ที่ 4 ผู้ป่วย โรคข้อเท้าเสื่อม มีคะแนนระดับ ความเจ็บปวด ลดลงมากกว่า เมื่อเทียบกับ ก่อนการรักษา ด้วยการใช้ ถุงยาสมุนไพร ประคบข้อเท้า อย่างมีนัย สำคัญ ทางสถิติ (p < 0.001)

4.6 ยาพริก

สารสำคัญที่ออกฤทธิ์ ประกอบด้วย สารออกฤทธิ์แคปไซซิน และสารเพิ่มการซึมผ่าน เช่น เมทิลซัลโฟนิลมีเทน (MSM) หรือสารช่วยนำพาอื่น ๆ แคปไซซินออกฤทธิ์โดย ยับยั้งสารสื่อประสาท (substance P) ซึ่งมีบทบาทในการส่งสัญญาณความเจ็บปวด เมื่อใช้เป็นประจำจะทำให้ปริมาณสารนี้ลดลง ส่งผลให้ความรู้สึกปวดลดลงตามไปด้วย

ขนาดและวิธีใช้

ทาบาง ๆ ในปริมาณครึ่งข้อนิ้ว บริเวณที่มีอาการปวด วันละ 3 - 4 ครั้ง

ข้อควรระวัง

- 1) ไม่ควรใช้ร่วมกับยาแก้ปวดเฉพาะที่ประเภทอื่น เช่น ยาที่มีเมนทอลหรือไดโคลฟีแนค เพราะอาจเพิ่มการระคายเคือง
- 2) หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับผลิตภัณฑ์ให้ความร้อน เช่น แผ่นประคบร้อนหรือครีมร้อน เพราะอาจทำให้เกิดการระคายเคืองรุนแรง

ตารางที่ 7-7 หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาพริก
(หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ก2)

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
ภรณ์ อัครสุต, สุรศักดิ์ ลิ้มสุวรรณ, กรกช วิจิตรสงวน เจ็ดวรรณะ. (2563) ⁽⁹⁾	ภาคตัดขวาง เชิงวิเคราะห์	เปรียบเทียบผลของตำรับยา จับโป่งแห้งเข้ากับเจลพริก ในการเสริมการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจาก เวชระเบียนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอายุ 50-80 ปี ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 33 ฉบับ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม - กลุ่มที่ 1 ได้รับการรักษาตาม clinical practice guideline (CPG) อย่างเดียว - กลุ่มที่ 2 ได้รับการรักษาตาม CPG ร่วมกับตำรับยาจับโป่งแห้งเข้า - กลุ่มที่ 3 ได้รับการรักษาตาม CPG ร่วมกับเจลพริก จำนวนกลุ่มละ 11 ฉบับ วัดผลการรักษาจากแบบ ประเมิน คะแนนปวด (VAS) และ แบบประเมินอาการโรคข้อเข่าเสื่อม ฉบับภาษาไทย (WOMAC score) ประกอบด้วยระดับความปวดข้อ อาการข้อฝืด และความสามารถ ในการใช้งานข้อเข่า รวมทั้งศึกษา ข้อมูล อาการไม่พึงประสงค์จาก การรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของ ผลการรักษาภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ paired t-test และเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ one-way ANOVA with post-hoc analysis (Tukey) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนปวด VAS และ คะแนน WOMAC score ก่อนและหลังรับการรักษา ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 ของทั้งสามกลุ่ม พบว่า การศึกษากลุ่มที่เสริมการรักษา ด้วยตำรับยาจับโป่งแห้งเข้า มีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ย คะแนนปวด VAS และ WOMAC score มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ การรักษาตาม CPG อย่าง เดียวส่วนการเปรียบเทียบ กลุ่มที่เสริมการรักษาด้วยเจล พริกกับกลุ่มที่เสริมการรักษา ด้วยตำรับยาจับโป่งแห้งเข้า และกลุ่มที่ได้รับการรักษาตาม CPG อย่างเดียว พบว่าไม่มี ความแตกต่างกัน และไม่พบ อาการไม่พึงประสงค์จาก การรักษาในทั้งสามกลุ่มการ เสริมการรักษาด้วยตำรับ ยาจับโป่งแห้งเข้าสามารถลด คะแนนปวด ระดับความปวดข้อ และเพิ่มความสามารถ ในการใช้งานข้อได้ดีกว่าการ รักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ ด้านการแพทย์แผนไทยอย่างเดียว จึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ประสิทธิผลของตำรับยา จับโป่งแห้งเข้าและเจลพริก ในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในทางคลินิกต่อไป

5. การรักษาด้วยการพอกยา

ในตำราโอสถพระนารายณ์ กล่าวถึง “ตำรับยาทาพระเส้น” ซึ่งเป็นตำรับยาที่มีสรรพคุณแก้เส้นที่ผิดปกติ แก้มอัมพาต แก้มปวดคาง แก้มตะคริว แก้มจับโปง แก้มื่อยขบ สมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบใน “ตำรับยาทาพระเส้น” เป็นยาฤทธิ์ร้อน เหมาะกับการพอกยาในผู้ป่วยลมจับโปงแห้งเข้า ส่วนผสมของยาจะมีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบ เช่น พริกไทยมีสาร piperine ซึ่งมีฤทธิ์แก้ปวด กระเทียมมีสารกลุ่มฟลาโวนอยด์ สามารถยับยั้งเอนไซม์ที่กระตุ้นการสร้างสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ ยาดำมีสาร aloenin สาร barbaloin และ สาร isobarbaloin ที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ

บทสรุป

โรคข้อเข่าเสื่อม หรือ โรคลมจับโปงทางแพทย์แผนไทย เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บปวด มีปัญหาในการเดิน และการใช้ชีวิตประจำวัน การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยแพทย์แผนไทย เช่น การใช้ยาสมุนไพรไทย การพอกเข้า เป็นต้น เป็นวิธีการที่มีการศึกษาวิจัยรองรับว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้

1. จุไรรัตน์ คงล้อมญาติ,รัตติกาล คุณพระ. ประสิทธิภาพของการใช้ยาเถาวัลย์เปรียง ในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม. วทจ.2562; 9(3): หน้า 304-11
2. ศุภชัย ชุ่มชื่น. ผลการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาเถาวัลย์เปรียงต่ออาการปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม. วทจ [อินเทอร์เน็ต]. 2 ตุลาคม 2021 [อ้างถึง 21 มีนาคม 2025];5(2):29-40. available at: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ttm/article/view/254060>
3. Niempoog S, Siriachavatana P, Kajsongkram T. The efficacy of Plygersic gel for use in the treatment of osteoarthritis of the knee. J Med Assoc Thai. 2012 Oct;95 Suppl 10:S113-9.
4. Kosuwon W., Sirichativapee W., Wisanuyotin T., Paholpak P., Laupattarakasem P. SAT0476 Efficacy of 14% Plai vs. Placebo Creams for Symptomatic Control of Patients with Knee Osteoarthritis. Annals of the Rheumatic Diseases.2016;75:842-843.
5. Paultre K, Cade W, Hernandez D, Reynolds J, Greif D, Best TM. Therapeutic effects of turmeric or curcumin extract on pain and function for individuals with knee osteoarthritis: a systematic review. BMJ Open Sport Exerc Med. 2021 Jan 13;7(1):e000935.
6. Panahi Y, Rahimnia AR, Sharafi M, Alishiri G, Saburi A, Sahebkar A. Curcuminoid treatment for knee osteoarthritis: a randomized double-blind placebo-controlled trial. Phytother Res. 2014 Nov;28(11):1625-31.
7. 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. Evid Based Complementary Alternat Med.2015;2015:8.
8. ชูตินันท์ ชันทยะศ, กนกพร ปัญญาดี. ผลของถั่งสาสมุนไพรประคบข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 2560;4:43-49.
9. ภรณ์ อัครสุด, สุรศักดิ์ ลิ้มสุวรรณ, กรกช วิจิตรสงวน เจ็ดวรรณะ. การเปรียบเทียบผลตำรับยาจับโปงแห้งเช่า กับ เจลพริกในการเสริมการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2563.

04

กลุ่มที่ 4

กลุ่มโรคมะเร็ง

บทที่ 8

ผิวหนังอักเสบจากการฉายรังสี

นายแพทย์ธนรัตน์ อัมสุวรรณศรี

บทนำ

ผิวหนังอักเสบจากการฉายรังสี (Radiation dermatitis) 95 % ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี จะเกิดภาวะที่เรียกว่า โรคผิวหนังอักเสบจากการฉายรังสี (Radiation induced dermatitis; RID) ⁽¹⁾ ซึ่งอาจเกิดในระหว่างการฉายรังสี หรือหลังการฉายรังสี ความรุนแรงของโรคจะแตกต่างกัน บางคนอาจมีรอยแดงและอาการคันเล็กน้อย ในขณะที่บางคนอาจมีผิวหนังแตกและเจ็บปวด ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อ จะส่งผลร้ายแรงต่อคุณภาพชีวิต และผลการรักษาโรคมะเร็ง

คำนิยาม

Radiation induced dermatitis (RID) **จะพบเฉพาะบริเวณที่ฉายรังสี** เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากการฉายรังสี ซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการรักษาโรคมะเร็ง อาการสำคัญของ RID ได้แก่ ความเจ็บปวด แผลเป็น อาการบวม อาการคัน แสบร้อน และความไม่สบายทางร่างกายและจิตใจ อาจเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ แม้รอยโรคจะหายได้เมื่อเวลาผ่านไป แต่สามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้อย่างมาก และยังจำกัดระยะเวลาการรักษาและปริมาณรังสีที่ฉายรังสี ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผลลัพธ์ต่อการรักษาโรคมะเร็งได้

การวินิจฉัยแยกโรค

ความรุนแรงของ RID มักได้รับการประเมินโดยแพทย์ เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้สำหรับการวินิจฉัยความรุนแรงของโรค นิยมใช้ตามเกณฑ์ของ Radiation Therapy Oncology Group/European Organization for Research and Treatment of Cancer (RTOG/EORTC) ⁽²⁾ การวินิจฉัยแยกโรคการอักเสบของผิวหนังตาม RTOG/EORTC แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 อาการผิวหนังร้อนแดง (Erythema) จะเกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกของการฉายรังสี

ระยะที่ 2 อาการผิวหนังคล้ำขึ้นจากการมีสารสีจับผิวหนัง (Hyperpigmentation) ผลของรังสีจะทำให้ผิวหนังเป็นสีคล้ำ โดยเริ่มเกิดตรงบริเวณรูขุมขนก่อน เพราะเป็นส่วนที่ไวต่อรังสีมากกว่าส่วนอื่น ๆ จะเห็นเป็นจุดดำเล็ก ๆ กระจายตามรูขุมขน

ระยะที่ 3 อาการผิวหนังแห้งเป็นขุย และหลุดลอกเป็นสะเก็ด หรือแผ่นบาง (Dry Desquamation) การหลุดลอกของผิวหนังเป็นการเปลี่ยนแปลงของหนังกำพร้าชั้นนอกสุด (Stratum Corneum) ซึ่งเป็นชั้นที่ไม่มีการแบ่งตัว โดยเซลล์จะมีสีคล้ำก่อนที่จะหลุดลอกเป็นสะเก็ดออกมา

ระยะที่ 4 ผิวหนังแตกเป็นแผล และมีน้ำเหลืองซึม (Moist Desquamation) เกิดเนื่องจากเซลล์ของผิวหนัง และหลอดเลือดถูกทำลายมากขึ้น ผิวหนังจะพองเป็นตุ่มใส ๆ ต่อมาแตกออกเป็นแผล มีน้ำเหลืองไหลซึมออกมา คล้ายแผลจากน้ำร้อนลวก ไฟไหม้ ผิวหนังจะบวมแดง และหลุดลอกมากขึ้น ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดแสบปวดร้อนร่วมด้วย

แนวทางการฟื้นฟูและดูแลผิวหนังของผู้ป่วยของโรคผิวหนัง อักเสบจากการฉายรังสี

จากคู่มือการดูแลผิวหนังผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย⁽³⁾ ได้เสนอแนวทางการดูแลและรักษาผิวหนังของผู้ป่วย เริ่มจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ให้หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดแรง ๆ ควรสวมเสื้อผ้าหลวม ๆ ป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังควรพักผ่อนให้เพียงพอ ทำกิจกรรมเบา ๆ ได้ เลือกทานอาหารที่มีประโยชน์และเต็มไปด้วยพลังงาน จิบน้ำบ่อย ๆ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนัง หากต้องการใช้ครีมหรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิว ควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และควรพบแพทย์ทุกสัปดาห์เพื่อประเมิน การตอบสนองต่อการรักษา

การใช้เจลสมุนไพรว่านหางจระเข้และผลิตภัณฑ์ครีมสมุนไพรว่านหางจระเข้

เจลว่านหางจระเข้ นิยมนำมาใช้รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ข้อควรระวังสำหรับการใช้เจลว่านหางจระเข้สด คือ การปอกเปลือก และการล้างทำความสะอาดน้ำยางสีเหลืองออก หากล้างออกไม่หมด อาจจะทำให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังได้⁽⁴⁾ อีกทั้งยังพบว่า เป็นสมุนไพรที่นิยมนำมาผสมทำผลิตภัณฑ์บำรุงผิวหนัง จากสรรพคุณดังกล่าวนี้ มีการวิจัยพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อใช้ในผู้ป่วยโรคผิวหนัง หนึ่งในนั้น คือ โรคผิวหนังอักเสบจากการฉายรังสี (RID) และได้มีการพัฒนาสูตรและตำรับของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมาเป็นระยะ ๆ จากผลการวิจัยของ Merchant และคณะ พบว่า การใช้ผลิตภัณฑ์ว่านหางจระเข้ช่วยในการป้องกันการเกิดการ RID ได้เมื่อเทียบกับการใช้ครีมปกติ⁽⁵⁾ และเมื่อปี 2022 ได้มีการทบทวนงานวิจัยโดย Wang และคณะ พบว่า การนำสมุนไพรว่านหางจระเข้มาทำผลิตภัณฑ์ครีมเพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยโรค RID นั้น จะช่วยลดอุบัติการณ์ของ RID ได้ดี แต่ต้องใช้ผลิตภัณฑ์ว่านหางจระเข้ก่อนการฉายรังสี โดยเฉพาะการลดอุบัติการณ์การเกิด RID ในระยะที่ 2 และ 3 ได้ดี⁽⁶⁾

1. Iacovelli NA, Torrente Y, Ciuffreda A, et al. Topical treatment of radiation-induced dermatitis: current issues and potential solutions. *Drugs in Context*. 2020; 9: 1-13. DOI: 10.7573/dic.2020-4-7.
2. Bojana S, Marina J, Zoran G, et al. Radiodermatitis - review of treatment options. *Serb. J. Dermatol. Venerol*. 2018; 10 (3): 71-81.
3. คู่มือปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสี บริเวณศีรษะ หู คอ จมูก ช่องปาก และลำคอ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. How to use Aloe Vera during radiation treatment. Available from: <https://www.breastcancerhawaii.org/single-post/aloe-vera-during-radiation-treatment>.
5. Merchant TE, Bosley C, Smith J, et al. A phase III trial comparing an anionic phospholipid-based cream and aloe vera-based gel in the prevention of radiation dermatitis in pediatric patients. *Radiation Oncology* 2007, 2:45. DOI: 10.1186/1748-717X-2-45.
6. Wang T, Liao J, Zheng L, et al. Aloe vera for prevention of radiation-induced dermatitis: A systematic review and cumulative analysis of randomized controlled trials. *Front. Pharmacol.* 2022; 13: 976698. DOI: 10.3389/fphar.2022.976698.

05

กลุ่มที่ 5

กลุ่มอาการสมอง
และระบบประสาท

บทที่ 9

โรคลมชักรักษายาก

แพทย์หญิงอภาศรี ลุสวัสดิ์
แพทย์หญิงศิริโรจน์ สุวรรณโชติ

คำนิยาม

โรคลมชัก คือ โรคของสมองที่ทำให้เกิดอาการชักโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น (unprovoked seizure) มากกว่า 1 ครั้ง ห่างกันมากกว่า 24 ชั่วโมง เกิดขึ้นในทุกอายุตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ นอกจากนี้ อาจจะวินิจฉัยโรคลมชักในผู้ป่วยที่มีอาการชักเพียง 1 ครั้งได้เมื่อแพทย์พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดชักซ้ำได้มากกว่า 70 % ใน 10 ปีข้างหน้า หรือเป็นอาการชักชนิดที่เข้าได้กับ epilepsy syndrome ⁽¹⁾

โรคลมชักรักษายาก คือ โรคลมชักที่รักษาด้วยยากันชัก 2 ชนิด ที่เหมาะสมทั้งขนาดของยาและระยะเวลาแล้วยังมีอาการชัก พบประมาณ 30 % ของผู้ป่วยโรคลมชักทั้งหมด ⁽²⁾

การควบคุมอาการชักเป็นสิ่งสำคัญในโรคลมชัก โดยเฉพาะโรคลมชักรักษายาก เพราะอาการชักซ้ำ ๆ จะมีผลทำให้สมองถูกทำลายอย่างถาวร ทำให้สติปัญญาพัฒนาการช้าในเด็ก ความจำเสื่อมถอยลง และเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (SUDEP sudden unexpected death in epilepsy patient) ⁽³⁾

นอกจากนี้ผลกระทบของโรคลมชักยังเกิดอันตรายต่อร่างกาย อุบัติเหตุจากการชัก การสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน การทำงาน ผลข้างเคียงจากยากันชัก และผลกระทบต่อจิตใจ พฤติกรรม รวมทั้งด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วย ⁽⁴⁾

แนวทางการรักษาโรคลมชัก

การรักษาเริ่มต้นด้วยยากันชักชนิดเดียว ถ้ายังไม่สามารถคุมได้ จะให้ยากันชักชนิดที่ 2 ที่เหมาะสม อาจเป็นแบบ second monotherapy หรือ combined therapy ประมาณ 70 % สามารถคุมชักด้วยยากันชัก 2 ชนิด หากไม่สามารถควบคุมด้วยยากันชัก 2 ชนิดแล้ว โอกาสหยุดชักด้วยยากันชักตัวที่ 3 จะลดลงมาก เหลือประมาณ 4 % ⁽⁵⁾ ดังนั้น แพทย์ผู้รักษาก็ควรพิจารณาหาวิธีการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

โรคลมชัก ซึ่งมีโอกาสหยุดชักมากขึ้นแต่ในบางรายก็ไม่สามารถผ่าตัดได้ จึงต้องใช้การรักษาทางยาต่อไป ด้วยยากันชักที่ผลิตขึ้นใหม่ หรืออาหารคีโตน ในบางรายที่อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดชักได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายก็ยังไม่สามารถหยุดชักได้ จากการศึกษาพบว่า การลดชักให้มากที่สุด (อย่างน้อย 50 %) ในผู้ป่วยโรคลมชักรักษายากจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ⁽⁶⁾

1. ยากันชักที่ใช้ในปัจจุบัน

ยากันชักที่ใช้ในปัจจุบันมีหลายชนิด มีความแตกต่างในกลไกการออกฤทธิ์ และเหมาะสมกับชนิดอาการชักที่ต่างกัน การเลือกยากันชักจึงขึ้นกับชนิดของโรคลมชัก ชนิดของอาการชัก ผลข้างเคียง ลักษณะสรีรศาสตร์ของผู้ป่วย และรวมถึงพันธุกรรมของผู้ป่วยด้วย แสดงในตารางที่ 9-1

ตารางที่ 9-1 แสดงชนิดของยากันชักในประเทศไทยที่ใช้ในอาการชักชนิดต่าง ๆ และหลักฐานเชิงประจักษ์⁽⁷⁾

ยากันชัก	ผู้ใหญ่				เด็ก				
	Focal seizures	Generalized tonic-clonic seizures	Generalized absence seizures	Generalized myoclonic seizures	Focal seizures	Generalized tonic-clonic seizures	Generalized absence seizures	Generalized myoclonic seizures	Epilepsy syndrome อื่น ๆ
ปัญชียา ก									
Carbamazepine	Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials
Phenobarbital	Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ไม่ได้ผล	Class IV evidence	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ไม่ได้ผล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
Phenytoin	Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	ไม่มีข้อมูล
Sodium valproate	Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials
ปัญชียา ข									
Clonazepam	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ไม่มีข้อมูล
ปัญชียา ง									
Lamotrigine	Class I trials	Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ผลการรักษา ไม่แน่นอน	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ผลการรักษา ไม่แน่นอน	Class I trials (Lennox-Gastaut syndrome)
Levetiracetam	Class I trials	Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	Class I trials	Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	Class I trials (BECTS)
Topiramate	Class I trials	Class I trials	ไม่ได้ผลใน Class I trials	ไม่มีข้อมูล	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ไม่ได้ผลใน Class I trials	ไม่มีข้อมูล	Class I trials (Lennox-Gastaut syndrome)
Vigabatrin	Class I trials	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	Class I trials	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	Class I trials (infantile spasms)
ยานอกปัญชี									
Clobazam	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	Class I trials (Lennox-Gastaut syndrome)
Gabapentin	Class I trials	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	ไม่มีข้อมูล	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	ไม่มีข้อมูล
Lacosamide	Class I trials	ไม่มีข้อมูล	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	Class I trials	ไม่มีข้อมูล	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	ไม่มีข้อมูล
Oxcarbazepine	Class I trials	ไม่มีข้อมูล	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	Class I trials	ไม่มีข้อมูล	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	ไม่มีข้อมูล
Perampanel	Class I trials	Class I trials	ไม่มีข้อมูล	Class IV evidence	Class I trials	Class I trials	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
Pregabalin	Class I trials	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	ไม่ได้ผล	ไม่มีข้อมูล
Rufinamide	Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	Class I trials (Lennox-Gastaut syndrome)
Zonisamide	Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	น่าจะได้ผล แต่ไม่เคยมีย Class I trials	ไม่มีข้อมูล

1.1 ยาที่อยู่ในสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล

ปัจจุบันยากันชักส่วนใหญ่สามารถเบิกจ่ายได้ทุกกองทุนสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลในประเทศไทย แต่ยังมีบางชนิด เช่น zonisamide, oxcarbazepine, perampanel, locosamide, rufinamide เป็นต้น ที่ใช้ในการรักษาโรคลมชักรักษายาก ที่ยังเบิกจ่ายไม่ได้

2. การรักษาด้วยยาสมุนไพร

2.1 การใช้สารสกัดจากกัญชา Cannabidiol (CBD) Enriched ในการรักษาโรคลมชักรักษายาก

จากปัญหาของผู้ป่วยโรคลมชักรักษายากที่ส่วนหนึ่งยังไม่สามารถรักษาด้วยยาที่มีอยู่ในประเทศไทย และยาบางชนิดยังไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการชัก และครอบครัวทนทุกข์ทรมานจากอาการชักของผู้ป่วย จากรายงานการศึกษาชนิด Randomized controlled trial ของยากัดกัญชา ซึ่งเป็นสารสกัดชนิด Cannabidiol (CBD) ในปี ค.ศ. 2017 ในกลุ่มเด็กโรคลมชักรักษายาก (Dravet syndrome และ Lennox Gastaut syndrome^(8, 9, 10)) พบว่า สามารถรักษาอาการชักที่รุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้รับการยอมรับมากขึ้นในต่างประเทศ ในปี 2018 FDA สหรัฐอเมริกาได้ approved Epidiolex® ซึ่งเป็น CBD-enriched สำหรับรักษาลมชักที่เกี่ยวข้องกับ Dravet และ Lennox-Gastaut Syndrome ในผู้ป่วยเด็ก⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ได้มีการขยายข้อบ่งชี้เพื่อการศึกษาผลการรักษาโรคลมชักรักษายากชนิดอื่น ๆ เพิ่มขึ้น และมีการศึกษาการใช้ CBD-enriched ในผู้ป่วยเด็กลมชักรักษายาก พบว่าการใช้ CBD ปลอดภัยและมีประสิทธิผลในผู้ป่วยเด็กที่ชัก severe early onset epilepsy^(12, 13, 14)

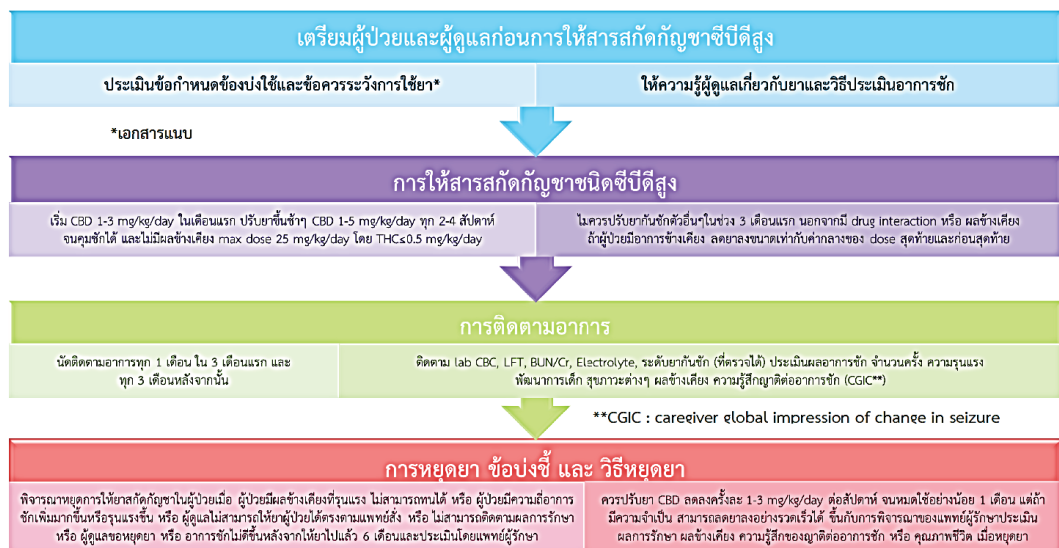
แต่เนื่องจากกัญชายังถือเป็นยาเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ยาดังกล่าวจึงยังไม่ได้นำมาใช้ในการรักษาโรคลมชักในประเทศไทย ปี พ.ศ.2562 เมื่อประเทศไทยประกาศอนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ และมีการผลิตสารสกัดกัญชาชนิดซีบีดีสูง จึงได้มีการศึกษาวิจัยการใช้สารสกัดซีบีดีสูงในผู้ป่วยโรคลมชักรักษายากในเด็ก ในโรงพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศ โดยสมาคมกุมารประสาทวิทยา (ประเทศไทย) และ กรมการแพทย์ พบว่าสารสกัดกัญชาชนิดซีบีดีสูงที่ผลิตในประเทศไทยชนิด medical grade สามารถลดอาการชักอย่างน้อยร้อยละ 50 ในผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เทียบเคียงประสิทธิภาพ และผลข้างเคียงใกล้เคียงกับสารสกัดกัญชาชนิดซีบีดีบริสุทธิ์ในการศึกษาในต่างประเทศ⁽¹⁵⁾ จึงได้ผลักดันสารสกัดกัญชาซีบีดีสูงเข้าสู่สิทธิประโยชน์ โดยคณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ได้ประกาศให้สารสกัดกัญชาซีบีดีสูงเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร บัญชีเฉพาะ โดยมีเงื่อนไขผู้สั่งจ่ายโดยกุมารแพทย์ประสาทวิทยา และแพทย์ผู้มีความรู้ประสบการณ์ด้านการรักษาโรคลมชักรักษายาก ในปี พ.ศ. 2567 (ตามมติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ครั้งที่ 11/2566 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566)⁽¹⁶⁾ และปรับปรุงข้อแนะนำการใช้สารสกัดกัญชาชนิดซีบีดีสูงในผู้ป่วยโรคลมชักรักษายากในเด็กในประเทศไทย⁽¹⁷⁾

ข้อบ่งใช้ ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่นำมาใช้สำหรับโรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา (intractable epilepsy) มี cannabidiol (CBD) 100 mg/ml และมี Tetrahydrocannabinol (THC) ในอัตราส่วนที่ CBD : THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20 : 1 ให้สั่งใช้โดยกุมารแพทย์ทางระบบประสาทหรือแพทย์ผู้มีความรู้ประสบการณ์ด้านการรักษาลมชักที่รักษายาก มีข้อบ่งใช้⁽¹⁷⁾ ดังนี้

- 1) ใช้ในผู้ป่วยเด็กกล้มชักรักษายากตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไป
- 2) ใช้ในโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก เช่น Dravet และ Lennox-Gastaut Syndrome สำหรับผู้ป่วย Dravet syndrome ควรได้รับยากันชักมาตรฐานที่เหมาะสม ได้แก่ valproate, clobazam, topiramate, levetiracetam อย่างน้อย 2 ชนิด แล้วยังคงมีอาการชักไม่ได้
- 3) ใช้ในโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษาอื่น ๆ อย่างน้อย 4 ชนิดขึ้นไป มีการชักรุนแรงอย่างน้อย เดือนละ 4 ครั้ง

ขนาดยา สารสกัดกัญชาชนิด CBD สูงในโรคลมชักรักษายากในเด็ก สัดส่วน CBD : THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20 : 1 แนะนำให้เริ่มต้นใช้ CBD ขนาด 1 - 3 mg/kg/day ในเดือนแรก ปรับยาขึ้นช้า ๆ CBD 1 - 5 mg/kg/day ทุก 2 - 4 สัปดาห์ จนคุมอาการชักได้และไม่มีผลข้างเคียง การปรับขนาดยาขึ้นอยู่กับ การตอบสนองทางคลินิกของแต่ละบุคคล ขนาดยาสูงสุดที่แนะนำ คือ 25 mg/kg/day โดยขนาดของ THC $\leq$ 0.5 mg/kg/day (อ้างอิงแนวทางการใช้ยาสารสกัดกัญชาในลมชักที่รักษายากของสมาคมกุมารประสาทวิทยา (ประเทศไทย))⁽¹⁷⁾

หมายเหตุ กรณีใช้สารสกัดกัญชาในขนาดที่ CBD มากกว่า 20 mg/kg/day ให้มีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ



รูปภาพที่ 1 แนวทางการใช้สารสกัดกัญชาชนิดซีบีดีสูงในโรคลมชักรักษายากในเด็ก
โดย สมาคมกุมารประสาทวิทยา (ประเทศไทย)

การบริหารยา

อมใต้ลิ้น (Sublingual) ให้ใช้ syringe ห้ามใช้ช้อนชา ห่างจากอาหารและนม การดูดซึมของยา อาจเพิ่มขึ้นจากอาหารหรือนม

สายให้อาหาร (Feeding tube) ห้ามให้ยาผ่านสายที่ทำจากพีวีซีหรือโพลียูรีเทน สามารถใช้กับ ท่อซิลิโคนได้ ท่อซิลิโคนที่ใช้ควรมีความยาว ≥ 50 ซม. และมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 25 ซม. หลังจากให้ยา แต่ละครั้ง ให้ล้างสายด้วยน้ำอุณหภูมิห้อง ประมาณ 5 เท่าของปริมาตร priming volume ⁽¹⁸⁾

ไม่ควรบริหารยาทางปาก (Oral) เนื่องจากมี First-pass metabolism ที่ตับ ทำให้ Bioavailability เมื่อให้ทางปากเหลือประมาณ 6 %

ข้อควรระวัง อาการทำงานของตับผิดปกติ (เช่น เบื่ออาหารโดยไม่ทราบสาเหตุ ปัสสาวะสีคล้ำ อ่อนเพลีย ตัวเหลือง คลื่นไส้ ปวดท้องด้านขวาบน อาเจียน) ควรประเมิน AST, ALT และ Bilirubin ⁽¹⁸⁾

1) AST และ/หรือ ALT > 3 เท่าของ ULN และ Bilirubin รวม > 2 เท่าของ ULN หยุดการรักษา

2) AST และ/หรือ ALT > 5 เท่าของ ULN คงที่ หยุดการรักษา

3) การบริหารยาร่วมกับอาหาร อาหารที่มีไขมันสูง/แคลอรีสูงทำให้ความเข้มข้นสูงสุดในพลาสมา เพิ่มขึ้น 5 เท่า AUC เพิ่มขึ้น 4 เท่า

4) การหยุดยา ไม่ควรหยุดยาด้านการชักอย่างกะทันหัน เนื่องจากความเสี่ยงต่อการเกิดอาการชัก บ่อยขึ้น ควรค่อย ๆ หยุดยา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการชักบ่อยขึ้น และอาการชักแบบต่อเนื่อง เว้นแต่ มีข้อกังวลด้านความปลอดภัยที่ทำให้ต้องหยุดยาโดยเร็ว

อันตรกิริยาระหว่างยา ^(17, 18)

1. ยาอื่นที่ส่งผลให้ระดับยาในเลือดของ THC และ CBD เปลี่ยนแปลง เนื่องจากสาร THC และ CBD ถูก metabolized โดย cytochrome P450 (CYP) หลายชนิด ดังนี้

1.1 THC ถูก metabolized โดย CYP2C9, CYP2C19 และ CYP3A4

1.2 CBD ถูก metabolized โดย CYP2C19 และ CYP3A4 เป็นส่วนใหญ่ และ ถูก metabolized ส่วนน้อย โดย CYP1A1, CYP1A2, CYP2C9 และ CYP2D6

ดังนั้น การใช้ THC และ CBD ร่วมกับยาอื่นที่มีผลยับยั้ง CYP450 โดยเฉพาะ CYP2C19 และ CYP3A4 เช่น fluoxetine อาจมีผลทำให้ระดับ THC และ CBD ในเลือดสูงขึ้นจนเกิดอาการข้างเคียงได้ ในทางตรงกันข้าม ถ้าใช้ THC และ CBD ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์เป็น enzyme inducer เช่น rifampicin, carbamazepine จะทำให้ระดับ THC และ CBD ในเลือดลดลง

2. THC และ CBD มีฤทธิ์เปลี่ยนแปลงระดับยาอื่น เนื่องจาก THC และ CBD มีผลเป็นทั้ง enzyme inducer และ enzyme inhibitor ดังนี้

2.1 THC มีผลเหนี่ยวนำ CYP1A2

2.2 THC มีผลยับยั้ง CYP2C9, CYP2D6 และ CYP3A4 ซึ่งอาจส่งผลให้ยาอื่นที่ถูก metabolized ด้วย CYP เหล่านี้ จะมีระดับยาสูงขึ้น เช่น warfarin (metabolized ด้วย CYP2C9) มีผลให้ INR สูงขึ้นได้

2.3 CBD มีผลยับยั้ง CYP1A1, CYP1A2, CYP1B1, CYP2B6, CYP2C19, CYP3A4 และ CYP2C9 อย่างแรง ดังนั้นการใช้ CBD ร่วมกับยาอื่นที่ถูก metabolized ด้วย CYP เหล่านี้ ตัวอย่างเช่น Warfarin,

Clobazam (metabolized ด้วย CYP3A4 และ CYP2C19), ยากลุ่ม Fluoroquinolones (metabolized ด้วย CYP1A2), ยากลุ่ม Dihydropyridines (metabolized ด้วย CYP3A4) จะมีระดับยาสูงขึ้น ซึ่งอาจเกิดอาการข้างเคียงได้

ดังนั้น การใช้กัญชาทางการแพทย์ต้องระวังปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนด้วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

อาการไม่พึงประสงค์⁽¹⁸⁾

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย (> 10 %) เช่น ผื่นผิวหนัง น้ำหนักลด ความอยากอาหารลดลง ท้องเสีย อาเจียน โลหิตจาง เอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น เกิดการติดเชื้อไวรัสนอนไม่หลับ นอนไม่หลับ นอนไม่หลับ นอนไม่หลับ นอนไม่หลับ

อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้ (1 – 10 %) เช่น ปวดท้อง ลำไส้อักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เกร็ดเลือดลดลง เติมน้ำ พฏิกิริยาก้าวร้าว ไม่อยู่นิ่ง ตัวอ่อน ชื่นเฉียว งอแง Serum creatinine เพิ่มขึ้น เป็นต้น

อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้ (< 1 %) เช่น เพิ่ม AST > 20 x ULN เป็นต้น

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลัง Post marketing เช่น Hepatic injury Cholestatic/ Mixed, Suicidal idea เป็นต้น

การเก็บรักษา ควรเก็บน้ำมันกัญชาในขวดเดิม เก็บที่อุณหภูมิห้อง 20 - 25°C (68 - 77°F) สามารถเก็บที่การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิได้ระหว่าง 15 - 30°C (59 - 86°F) ห้ามแช่เย็นหรือแช่แข็ง ปิดฝาให้แน่น ควรใช้ภายใน 12 สัปดาห์ หลังจากเปิดขวดครั้งแรก

1. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, Engel Jr J, Forsgren L, French JA, Glynn M, Hesdorffer DC. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014 Apr;55(4):475-82.
2. Kwan, P., Arzimanoglou, A., Berg, A.T., Brodie, M.J., Allen Hauser, W., Mathern, G., Moshé, S.L., Perucca, E., Wiebe, S. and French, J. Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia* 2010;51: 1069-1077.
3. Langan, Y.; Nashef, L.; Sander, J. W. (2005-04-12). "Case-control study of SUDEP". *Neurology* 2005; 64 (7): 1131–1133
4. Perucca, Emilio; Perucca, Piero; White, H Steve; Wirrell, Elaine C (2023). "Drug resistance in epilepsy". *The Lancet Neurology*. 22 (8): 723–734.
5. Kwan P, Brodie MJ. Early identification of refractory epilepsy. *N Engl J Med* 2000;342(5):314–319.
6. Sheikh S, Thompson N, Bingaman W, Gonzalez-Martinez J, Najm I, Jehi L. (Re)Defining success in epilepsy surgery: The importance of relative seizure reduction in patient-reported quality of life. *Epilepsia*. 2019 ;60(10):2078-2085
7. สถาบันประสาทวิทยา,กรมการแพทย์.แนวทางเวชปฏิบัติบริหารยากันชัก. แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรคลมชักสำหรับแพทย์ปี พ.ศ.2565.กรุงเทพฯ;2565.หน้า 59-61.
8. Devinsky O, Cross JH, Laux L, et al. Trial of cannabidiol for drug-resistant seizures in the Dravet syndrome. *N Engl J Med* 2017; 376:2011-20
9. Devinsky, O., Patel, A.D., Cross J.H., Villanueva V., Wirrell E.C., Privitera M., Greenwood S.M., Roberts C., Checketts D., VanLandingham K.E. Effect of Cannabidiol on Drop Seizures in the Lennox–Gastaut Syndrome. *New Engl. J. Med*. 2018, 378, 1888–1897.
10. Thiele E.A., Marsh E.D., French J.A., Mazurkiewicz-Beldzinska M., Benbadis S.R., Joshi C., Lyons P.D., Taylor A., Roberts C., Sommerville K. Cannabidiol in patients with seizures associated with Lennox-Gastaut syndrome (GWPCARE4): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet* 2018, 391,1085–1096.
11. FDA Approves First Drug Comprised of an Active Ingredient Derived from Marijuana to Treat Rare, Severe Forms of Epilepsy. 28 November 2024. Access from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-drug-comprised-active-ingredient-derived-marijuana-treat-rare-severe-forms>.
12. Golub V, Reddy DS. Cannabidiol Therapy for Refractory Epilepsy and Seizure Disorders. *Adv Exp Med Biol*. 2021; 1264:93-110.
13. Reddy DS. Therapeutic and clinical foundations of cannabidiol therapy for difficult-to-treat seizures in children and adults with refractory epilepsies. *Exp Neurol*. 2023 Jan; 359:114237.
14. Chico SFV, Diaz DAM, Contreras-Puentes N. Use of Cannabidiol in the treatment of drug-refractory epilepsy in children and young adults: A systematic review. *J Neurosci Rural Pract*. 2024 Apr-Jun;15(2):203-210.

15. Lusawat A., Khongkhatithum C., Suwannachote S, Katanyuwong K., Fangsa-ad T., Anurat K., Pattharathitikul S., et al. on behalf of Thai Pediatric CBD-Epilepsy Study. National multi-center cohort study: adjunctive CBD-enriched cannabis oil for pediatric drug-resistant epilepsy treatment in Thailand. *Pediatric Neurology*. 2025 In the review process.
16. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร 2567.
17. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้ยาสกัดจากกัญชา (CBD-Enriched) ในผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากและดื้อยากันชักในเด็ก. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 6/2567 : ภาคผนวกหน้า 25-30.
18. UpToDate Inc. (2024). Cannabidiol [Drug information]. Lexi-Drugs, UpToDate Lexidrug. Retrieved January 28, 2025, from <http://online.lexi.com>

บทที่ 10

อาการเกร็งและอาการปวด จากระบบประสาทส่วนกลาง จากโรคปลอกประสาท ส่วนกลางอักเสบ

นายแพทย์เมธา อภิวัฒนากุล
เภสัชกรณรัตน์ สว่างฤทธิ์

บทนำ

โรคปลอกประสาทส่วนกลางอักเสบ หรือเอ็มเอส (Multiple Sclerosis; MS) เป็นโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันเข้าทำลายปลอกหุ้มเส้นประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการแขนขาอ่อนแรง เดินเซ อ่อนเพลีย และปัสสาวะผิดปกติ ปัจจุบันมีการใช้ยาปรับภูมิคุ้มกัน เพื่อลดการกลับมาเป็นซ้ำของโรค ในขณะเดียวกันอาการที่เกิดขึ้นจากรอยโรคในสมอง ไขสันหลัง ที่เป็นผลในระยะยาว (chronic symptoms) อาจทำให้เกิดอาการปวดแสบร้อน อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มักจะเป็นสาเหตุของอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในระยะยาว

การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยโรค อาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าของสมองและไขสันหลัง การเจาะตรวจเลือด หรือน้ำไขสันหลัง เพื่อหาสาเหตุของโรคอื่นที่อาจให้อาการเลียนแบบโรคเอ็มเอส

แนวทางการรักษาอาการเกร็งจากโรคปลอกประสาทส่วนกลาง อักเสบ

1. การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน

1.1 การรักษาในระยะเฉียบพลัน ใช้ยาสเตียรอยด์ในขนาดสูง เช่น Methylprednisolone 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ จำนวน 3 - 5 วัน และหากไม่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ อาจต้องทำการแลกเปลี่ยนพลาสมา (therapeutic plasma exchange)

1.2 การรักษาในระยะยาว จุดประสงค์เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และลดการดำเนินโรค ได้แก่ ยาปรับเปลี่ยนภูมิคุ้มกัน หรือยากดภูมิคุ้มกัน ในปัจจุบันยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ ยา azathioprine และ rituximab

1.3 ยารักษาตามอาการ เนื่องจากโรคเอ็มเอส มักทำให้เกิดอาการของกล้ามเนื้ออ่อนแรง และหดเกร็ง การรักษา คือ การทำกายภาพบำบัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ และลดอาการเกร็ง เช่น ยา Baclofen หรือ Tizanidine หรือหากมีการหดเกร็งมากอาจต้องใช้ Botulinum toxin ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

2. การรักษาด้วยยาสมุนไพร

คำแนะนำสำหรับวิธีการใช้สารสกัดจากกัญชาเพื่อนำมารักษาอาการเกร็งและอาการปวดจากระบบประสาทส่วนกลางในโรคเอ็มเอส ^(1,2)

ในปัจจุบันกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดข้อบ่งชี้ของการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ โดยอาการเกร็งของกล้ามเนื้อจากโรคเอ็มเอสและอาการปวดจากระบบประสาทส่วนกลางเป็นหนึ่งในข้อบ่งชี้

1. ใช้ในการรักษาอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ หรืออาการปวดจากระบบประสาทส่วนกลาง เฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเอ็มเอสเท่านั้น ไม่แนะนำในการใช้ในโรคอื่น

2. ไม่ใช้เป็นการรักษาเบื้องต้น ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำ และการรักษาด้วยวิธีอื่น ทั้งการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ หรือใช้ยารักษาตามมาตรฐานก่อน เช่น ยา Baclofen หรือ Tizanidine สำหรับอาการเกร็ง และยากันชัก หรือยาด้านซึมเศร้าที่มีฤทธิ์ลดอาการปวด สำหรับอาการปวดก่อน แล้วไม่ได้ผล หรือมีผลข้างเคียงจนไม่สามารถใช้ยาดังกล่าวได้ จึงจะพิจารณาการใช้สารสกัดจากกัญชา

3. ก่อนเริ่มใช้สารสกัดจากกัญชา จำเป็นต้องมีการให้คำแนะนำปรึกษากับผู้ป่วย และหรือญาติ ถึงข้อดีข้อเสียของการใช้ยา และประเมินความเสี่ยงของการติดยาเสพติด

2.1 สารสกัดจากกัญชา ชนิด tetrahydrocannabinol(THC): cannabidiol (CBD)

กลไกการออกฤทธิ์ ของสารสกัดจากกัญชาชนิด THC : CBD โดยสารที่ออกฤทธิ์หลักที่นำมาใช้ในการแพทย์ คือ delta-9- Tetrahydrocannabinol (THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และ cannabidiol (CBD) ที่ไม่มีฤทธิ์เสพติด สารประกอบ cannabinoids ออกฤทธิ์ผ่าน cannabinoid receptor หลัก 2 ชนิด คือ CB₁ receptor ซึ่งพบมากในสมองและร่างกาย มีความสัมพันธ์กับ

การตัดสินใจ ความจำ ความเข้าใจ อารมณ์ การรับรู้ความปวดและการเคลื่อนไหว ส่วน CB₂ receptor พบที่ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบประสาทส่วนปลาย ม้าม ทอนซิล ต่อมไทมัส กระดูก ผิวหนัง และเลือด monocyte, macrophages, B-cells และ T-cells ในร่างกายสามารถสร้าง endocannabinoid ซึ่งเป็น cannabinoids โดยธรรมชาติ (ที่มีการศึกษาส่วนใหญ่ คือ anandamide และ arachidonoyl-glycerol (2-AG)) endocannabinoid ถูกสร้างขึ้นเพื่อกำกับการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะไปจับกับ CB₁ และ CB₂ receptor มีความสำคัญในการควบคุมระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย สารดังกล่าวสามารถผ่าน blood brain barrier และกระจายไปยังเนื้อเยื่อที่มีไขมัน (lipid-laden) เช่น เนื้อสมอง และเยื่อหุ้มเซลล์ประสาท

ขนาดและวิธีใช้

สารสกัดกัญชาที่ขึ้นทะเบียน Sativex® (nabiximols) ในรูปสเปรย์ ซึ่งมีสัดส่วนโดยประมาณของ THC : CBD = 1 : 1 แนะนำให้ใช้ 1 สเปรย์ (THC 2.7 mg และ CBD 2.5 mg) ต่อวัน และเพิ่มปริมาณการใช้ได้สูงสุด 12 สเปรย์ต่อวัน ⁽¹⁾ การศึกษาในประเทศไทยโดยใช้สารสกัดกัญชาชนิด THC : CBD ผสมโดยองค์การเภสัชกรรม อัตราส่วน 1 : 1 (27 mg : 25 mg : 1 ml) โดยให้ขนาดยาเริ่มต้น คือ 0.1 ml สัปดาห์แรก 0.1 ml เข้า เย็น (3 วัน) จากนั้นเพิ่มขนาดได้ทุก ๆ 3 วัน แต่ไม่เกิน 1.5 เท่าของขนาดยาก่อนหน้า และช่วงเวลาระหว่างรับยาแต่ละครั้งต้องไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ขนาดยาสูงสุด คือ 1 ml ต่อวัน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์ได้ ให้ลดขนาดยาลงเป็นขนาดยาก่อนหน้า จนกว่าอาการไม่พึงประสงค์นั้นจะหายไป หลังจากอาการไม่พึงประสงค์หายแล้ว สามารถเพิ่มขนาดยาขึ้นใหม่ได้ หรือคงขนาดยาที่ใช้ก่อนเกิดอาการไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม หากเพิ่มขนาดยาอีกครั้งแล้วอาการไม่พึงประสงค์กลับมา ให้ลดขนาดยาลง และจะไม่มีเพิ่มขนาดยาอีกต่อไป โดยวัดผลลัพธ์ที่ 12 สัปดาห์ ⁽³⁾

ข้อควรระวัง

การใช้สารสกัดกัญชา THC และ CBD มียาอื่นที่ส่งผลให้ระดับยาในเลือดของ THC และ CBD เปลี่ยนแปลง เนื่องจากสาร THC และ CBD ถูก metabolized โดย cytochrome P450 (CYP) หลายชนิด และ THC และ CBD มีฤทธิ์เปลี่ยนแปลงระดับยาอื่น เนื่องจาก THC และ CBD มีผลเป็นทั้ง enzyme inducer และ enzyme inhibitor

อาการไม่พึงประสงค์

สำหรับพืชเฉียบพลัน เมื่อร่างกายได้รับ THC ในปริมาณมาก ส่งผลทำให้เกิดอาการเคลิ้ม (euphoria) ประสาทหลอน (hallucination) และติดยา (addiction) ได้ นอกจากนี้ยังมีอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลต่อหลอดเลือดสมอง และอาการอาเจียนรุนแรง ที่เรียกว่า Cannabinoid Hyperemesis Syndrome; CHS เป็นอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงในผู้ใช้ THC มาเป็นเวลานาน (ร้อยละ 68 ของรายงานผู้ป่วยที่ใช้ มากกว่า 2 ปี) และใช้ถี่มากกว่า 20 ครั้งต่อเดือน อาการนี้ไม่ค่อยตอบสนองต่อยาแก้คลื่นไส้อาเจียน จะทุเลาลงเมื่อได้อาบน้ำอุ่น เมื่อเป็นแล้วหายช้า ใช้เวลา 2 - 3 สัปดาห์

ตารางที่ 10-1 หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก การใช้สารสกัดจากกัญชาในโรคเอ็มเอสและโรคที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
1. Aungsumart S, Pongsuthimanus N, Apiwattanakul M. 2. Wade DT, Collin C, Stott C, Duncombe P. 3. Novotna A, Mares J, Ratcliffe S, et al. 4. Zajicek JP, Hobart JC, Slade A, Barnes D, Mattison PG, Group MR. Multiple sclerosis and extract of cannabis: results of the MUSEC trial	randomized controlled trial	นำสารสกัดจากกัญชามาใช้รักษาอาการของเอ็มเอส ได้แก่ อาการเกร็งและอาการปวด มีข้อมูลการศึกษาอยู่หลายการศึกษา ทั้งการศึกษาที่เป็นรายงานผู้ป่วย หรือการศึกษาทั้งการศึกษาแบบเปิด อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาทั้งการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) อยู่หลายการศึกษา หรือการศึกษาแบบเปิด ซึ่งมีข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนประสิทธิภาพของสารสกัดจากกัญชาสำหรับอาการกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) และอาการปวดจากระบบประสาทส่วนกลาง (central neuropathic pain) ในโรคเอ็มเอส สารสกัดจากกัญชาช่วยลดข้างเคียงระยะยาวในผู้ป่วยโรคเอ็มเอส เนื่องจากปัจจุบันมีข้อมูลหลักฐาน พบว่าโรคเอ็มเอสเองมีผลต่อความรู้ความเข้าใจ (cognition) และสารสกัดจากกัญชาอาจมีผลต่อความรู้ความเข้าใจได้ จึงมีการศึกษาที่เป็นเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม	การใช้สารสกัดจากกัญชา โดยเฉพาะที่มีอัตราส่วนของ THC ต่อ CBD 1 : 1 สามารถลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และอาการปวดจากโรคเอ็มเอส โดยพบว่ามียอัตราระยะเวลาที่ผู้ป่วยให้สำหรับอาการดังกล่าวลดลงหลังจากที่ได้สารสกัดจากกัญชาเมื่อเทียบกับ ยาหลอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อัตราคะแนนที่แพทย์ประเมินอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ พบว่าไม่แตกต่างจากยาหลอก โดยในการศึกษาทั้งหมดนี้จะเป็นผู้ป่วยเอ็มเอสที่ได้ยาลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ หรือยาลดอาการปวดตามมาตรฐานการรักษาแล้ว ไม่ได้ผล พบว่าตัวยาไม่ทำให้คะแนนลดลง หรือแย่ไปกว่ายาหลอก

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2. Brodie MJ, et al.		การใช้สารสกัดจากกัญชา เพื่อนำมาลดอาการเกร็ง และอาการปวดจากระบบ ประสาทส่วนกลาง ที่เกิดจากโรคเอ็มเอส โดยประสิทธิภาพดังกล่าว ได้จากการวัดอัตราการ เปลี่ยนแปลงของระดับ ความเกร็ง และความปวด ที่รายงานโดยผู้ป่วย ซึ่งสาร สกัดจากกัญชาที่มีข้อมูล มากที่สุด คือ สารสกัดที่มี อัตราส่วนของ THC : CBD เป็น 1 : 1 (THC 2.7 mg. : CBD 2.5 mg.) โดยใช้เป็น ลักษณะของยาพ่นที่ดูดซึม ผ่านช่องปาก (oromucosal spray) กลไกการออกฤทธิ์ ของสารสกัดจากกัญชา ชนิด THC : CBD โดยสาร ที่ออกฤทธิ์หลักที่นำมาใช้ใน ทางการแพทย์ คือ delta-9- Tetrahydrocannabinol (THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิต ประสาท และ cannabidiol (CBD) ที่ไม่มีฤทธิ์เสพติด สารประกอบ cannabinoids ออกฤทธิ์ผ่าน cannabinoid receptor หลัก 2 ชนิด คือ CB1 receptor ซึ่งพบมาก ในสมองและร่างกาย มีความ สัมพันธ์กับการตัดสินใจ ความจำ ความเข้าใจ	สาร cannabinoids มีผลทางการรักษาใน หลายโรค เช่น อาการ อาเจียน อาการปวด การอักเสบ มะเร็ง โรคเส้นเลือดและหัวใจ โรคลมชัก รวมถึงภาวะ แข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
		อารมณ์ การรับรู้ความปวด และการเคลื่อนไหว ส่วน CB2 receptor พบที่ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบประสาทส่วนปลาย ม้าม ทอนซิล ต่อมไทมัส กระดูก ผิวหนัง และเลือด monocyte, macrophages, B-cells และ T-cells ในร่างกาย สามารถสร้าง endocannabinoid ซึ่งเป็น cannabinoids โดยธรรมชาติ (ที่มีการศึกษาส่วนใหญ่ คือ anandamide และ arachidonoyl-glycerol (2-AG) endocannabinoid ถูกสร้างขึ้นเพื่อกำกับการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะไปจับกับ CB1 และ CB2 receptor มีความสำคัญในการควบคุมระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย สารดังกล่าวสามารถผ่าน blood brain barrier และกระจายไปยังเนื้อเยื่อที่มีไขมัน (lipid-laden) เช่น เนื้อสมอง และเยื่อหุ้มเซลล์ประสาท สาร cannabinoids	

การศึกษา	รูปแบบการวิจัย	วิธีการศึกษา	ผลลัพธ์
ไม่มีข้อมูล ที่สนับสนุน ถึงประสิทธิภาพ ในการใช้สารสกัด จากกัญชาในมนุษย์			ยังไม่มีข้อมูลที่สนับสนุน ถึงประสิทธิภาพในการใช้ สารสกัดจากกัญชาใน มนุษย์เพื่อนำมาลดอาการ อื่น ๆ ของเอ็มเอส เช่น อาการสั่น หรือภาวะ กล้ามเนื้อสลายไม่อยู่จาก กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ หดเกร็ง
ไม่มีข้อมูล ที่สนับสนุน ถึงประสิทธิภาพ ในการใช้สารสกัด จากกัญชาในมนุษย์			ไม่มีข้อมูลที่สนับสนุน ถึงประสิทธิภาพในการใช้ สารสกัดจากกัญชา ในมนุษย์เพื่อป้องกัน การเป็นซ้ำของตัวโรค หรือยับยั้งการดำเนินโรค
การศึกษา ที่ผ่านมาทั้งหมด เป็นการศึกษา ในโรคเอ็มเอส ยังไม่มีการศึกษา ในโรคนิวโรมัย อีลิติสออฟติกา หรือเอ็นเอ็มโอ (Neuromyelitis optica: NMO)			การศึกษาที่ผ่านมาทั้งหมด เป็นการศึกษาในโรคเอ็มเอส ยังไม่มีการศึกษาใน โรคนิวโรมัย อีลิติสออฟติกา หรือเอ็นเอ็มโอ (Neuromyelitis optica: NMO) ถึงแม้ว่าจะมีอาการ ทางคลินิกที่คล้ายกับเอ็มเอส เช่น อาการเกร็งหรือ อาการปวด อย่างไรก็ตาม การนำสารสกัดจากกัญชา มาใช้ในโรคเอ็นเอ็มโอ จำเป็นต้องอาศัยการศึกษา วิจัยเพิ่มเติม

บทสรุป

มีข้อมูลสนับสนุนถึงประสิทธิภาพในการใช้สารสกัดจากกัญชาเพื่อนำมาลดอาการเกร็ง และอาการปวดจากระบบประสาทส่วนกลางที่เกิดจากโรคเอ็มเอส โดยประสิทธิภาพดังกล่าวได้จากการวัดอัตราการเปลี่ยนแปลงของระดับความเกร็ง และความปวดที่รายงานโดยผู้ป่วย ซึ่งสารสกัดจากกัญชาที่มีข้อมูลมากที่สุด คือ สารสกัดที่มีอัตราส่วนของ THC : CBD เป็น 1 : 1 (THC 2.7 mg : CBD 2.5 mg) โดยใช้เป็นลักษณะของยาพ่นที่ดูดซึมผ่านช่องปาก (oromucosal spray)

ยังไม่มีข้อมูลที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพในการใช้สารสกัดจากกัญชาในมนุษย์เพื่อนำมาลดอาการอื่นๆ ของเอ็มเอส เช่น อาการสั่น หรือ ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่จากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะหดเกร็ง และยังไม่มีความข้อมูลที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพในการใช้สารสกัดจากกัญชาในมนุษย์เพื่อป้องกัน การเป็นซ้ำของตัวโรคหรือยับยั้งการดำเนินโรค

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 6 (กันยายน 2567) Guidance on Cannabis for Medical Use. กรุงเทพฯ : กระทรวง สาธารณสุข;2567.
2. Srisubut A. ขนาดยาและการบริหารยา. In: กรมการแพทย์, ed. Guidance on Cannabis for Medical Use. Department of Medical Services, Ministry of Public Health 2019:8-9.
3. Aungsumart S, Pongsuthimanus N, Apiwattanakul M. A Pilot Study of the Government Pharmaceutical Organization (GPO) Cannabis Extract for Multiple Sclerosis (MS) Spasticity Treatment in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand. 2021 Mar 1;104(3).
4. Wade DT, Collin C, Stott C, Duncombe P. Meta-analysis of the efficacy and safety of Sativex (nabiximols), on spasticity in people with multiple sclerosis. Multiple sclerosis. 2010;16(6):707-714.
5. Novotna A, Mares J, Ratcliffe S, et al. A randomized, double-blind, placebocontrolled, parallel-group, enriched-design study of nabiximols* (Sativex((R))), as add-on therapy, in subjects with refractory spasticity caused by multiple sclerosis. European journal of neurology: the official journal of the European Federation of Neurological Societies. 2011;18(9):1122-1131.
6. Zajicek JP, Hobart JC, Slade A, Barnes D, Mattison PG, Group MR. Multiple sclerosis and extract of cannabis: results of the MUSEC trial. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry. 2012;83(11):1125-1132.
7. Brodie MJ, et al Cannabinoids for epilepsy: What do we know and where do we go? Epilepsia. 2018; 59:291–296.

บทที่ 11

ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Neuropathic Pain)

แพทย์หญิงรัตนพรพรรณ จันท์อุบล

บทนำ

อาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Neuropathic Pain) ถือเป็นเรื่องที่มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านสุขภาพของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต และระบบสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานในชีวิตประจำวัน โดยอาจมีระดับความเจ็บปวดที่รุนแรงมากจนกระทบการนอนหลับ การจำกัดการเคลื่อนไหว การทำงาน และกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยมักประสบภาวะซึมเศร้า หรือวิตกกังวล เนื่องจากอาการเจ็บปวดที่ควบคุมไม่ได้ อาการปวดมักส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว หรือกิจกรรมที่กระตุ้นอาการ ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียกล้ามเนื้อ หรือความแข็งแรงทางกายภาพ ยาที่ใช้รักษาอาจมีผลข้างเคียง เช่น มึนงง ง่วงนอน เวียนศีรษะ หรือน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องรักษาเรื้อรัง เช่น การใช้ยาระยะยาว หรือการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรงอาจไม่สามารถทำงานได้ หรือสูญเสียความสามารถในการทำงาน ส่งผลกระทบต่อทั้งรายได้ส่วนบุคคล ครอบครัว และเศรษฐกิจโดยรวม

คำนิยาม

ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Neuropathic Pain) หมายถึง “ความปวดซึ่งเป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพ หรือโรคของ somatosensory system” (Pain caused by a lesion or disease of the somatosensory nervous system)⁽¹⁾ เป็นคำอธิบายทางคลินิก (ไม่ใช้การวินิจฉัยโรค) ซึ่งต้องการการพิสูจน์ให้เห็นถึงการบาดเจ็บ (lesion) หรือโรคที่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางระบบประสาทที่กำหนดไว้ คำว่า “การบาดเจ็บ” (lesion) มักถูกใช้เมื่อการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ แสดงความผิดปกติ (เช่น การเอกซเรย์ การตรวจระบบประสาท การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ) หรือเมื่อมีการบาดเจ็บที่เห็นได้ชัดเจน อาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทมักเกิดจากความเสียหาย หรือความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลัง) หรือส่วนปลาย โดยอาการปวดนี้ไม่จำเป็นต้องเกิดจากการบาดเจ็บ หรือการอักเสบของเนื้อเยื่อ แต่เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาทเอง ซึ่งแตกต่างจากอาการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (nociceptive pain) เช่น การถูกมีดบาด หรือกระดูกหัก เป็นต้น

อาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทมักมีลักษณะเฉพาะ เช่น อาการปวดแสบปวดร้อน (burning pain) อาการปวดเหมือนถูกไฟช็อต (lancinating pain) อาการแปลบปลายคล้ายเข็มตำ (pins and needles) ความรู้สึกผิดปกติ เช่น ยิบ ๆ ซ่า ๆ (tingling) เป็นต้น ความรู้สึกสัมผัสผิดปกติ (paresthesia) การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เพิ่มขึ้นผิดปกติ (hyperalgesia) ความรู้สึกปวดจากสิ่งเร้าที่ปกติไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด (allodynia) เช่น ปวดจากการสัมผัสเบา ๆ เป็นต้น

ตารางที่ 11-1 ลักษณะของอาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท

- อาการปวดมักเกิดขึ้นเองโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น (Spontaneous Pain)
- รู้สึกแสบร้อน คล้ายถูกไฟลวก หรือปวดแปลบเหมือนถูกไฟฟ้าช็อต
- มีอาการชา เสียความรู้สึก หรือไวต่อความรู้สึกมากเกินไป (Hyperalgesia, Allodynia)
- อาจเกิดอาการปวดต่อเนื่องระยะยาว หรือเป็น ๆ หาย ๆ

สาเหตุของ Neuropathic Pain (2)

โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. **ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเรื้อรัง** คือ ความปวดเรื้อรังที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคของระบบประสาทส่วนปลาย

ตารางที่ 11-2 ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเรื้อรัง ได้แก่

- Trigeminal neuralgia คือ ความปวดบริเวณช่องปากและใบหน้าจากแขนงประสาทของเส้นประสาทสมอง คู่ที่ 5 จำนวน 1 แขนง หรือมากกว่า
- Chronic neuropathic pain after peripheral nerve injury คือ อาการปวดเรื้อรังที่เกิดภายหลังจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท
- Painful polyneuropathy คือ ความปวดจากเส้นประสาทส่วนปลายหลายเส้น โดยมีสาเหตุจากเมแทบอลิซึม ภูมิคุ้มกันตนเอง การติดเชื้อ ได้รับสารพิษ หรือการรักษาด้วยยาที่เป็นพิษต่อระบบประสาท
- Postherpetic neuralgia คือ ความปวดที่ต่อเนื่องหลังเริ่มมีงูสวัด หรือเมื่องูสวัดหาย
- Painful radiculopathy คือ อาการปวดที่เป็นต่อเนื่องจากการบาดเจ็บ หรือจากโรคของรากประสาทระดับ คอ ออก เอว และก้น
- ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเรื้อรังจากเหตุอื่น ๆ ทั้งที่จำเพาะ และไม่จำเพาะ เช่น carpal tunnel syndrome เป็นต้น

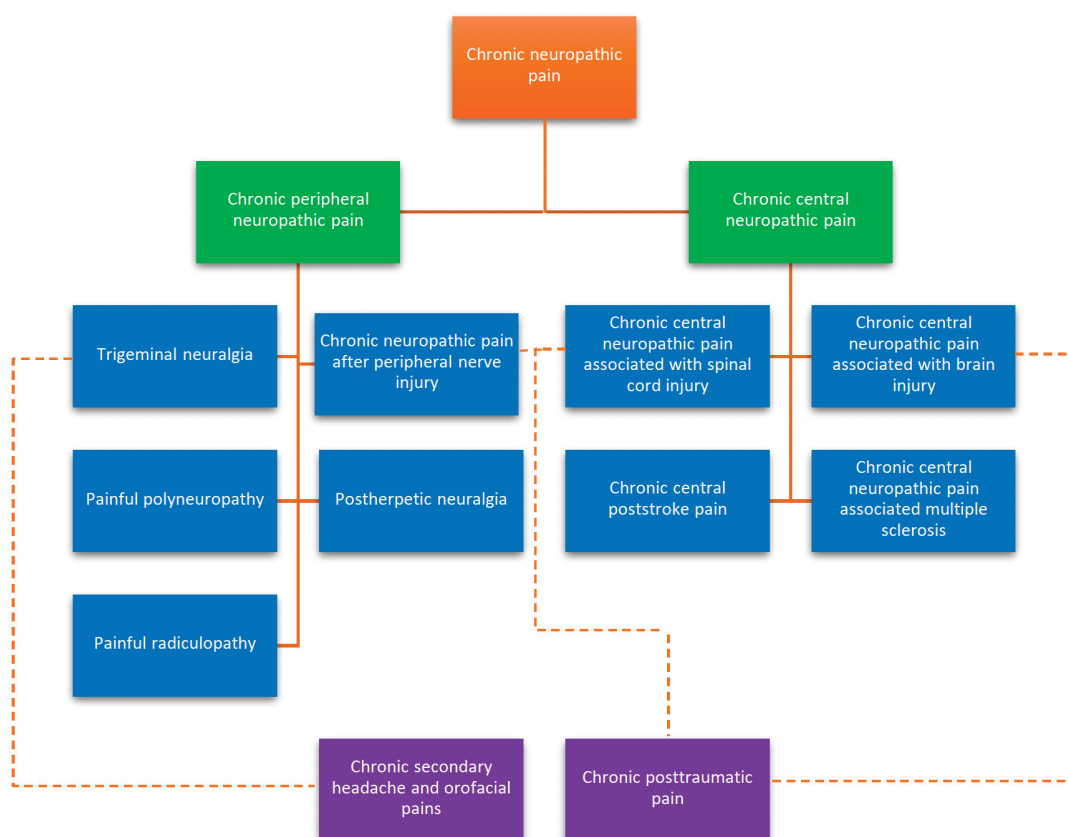
2. **ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนกลางเรื้อรัง** คือ ความปวดเรื้อรังที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคของระบบประสาทส่วนกลาง

ตารางที่ 11-3 ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนกลางเรื้อรัง เช่น

- Chronic central neuropathic pain associated with spinal cord injury ภาวะปวดเรื้อรังภายหลังการบาดเจ็บไขสันหลัง

- Chronic central neuropathic pain associated with brain injury ภาวะปวดเรื้อรังภายหลังการบาดเจ็บของสมอง
- Chronic central poststroke pain ภาวะปวดเรื้อรังภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะขาดเลือด หรือเลือดออกในสมอง
- Chronic central neuropathic pain associated multiple sclerosis ภาวะปวดเรื้อรังภายหลังโรคปลอกประสาทส่วนกลางอักเสบ
- ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนกลางอื่น ๆ จากสมอง หรือไขสันหลัง ที่ไม่จัดอยู่ในข้อใดข้อหนึ่งข้างต้น

ในปี ค.ศ. 2019 International Association for the Study of Pain (IASP) ได้มีการเสนอปรับปรุงการจัดประเภทของ chronic neuropathic pain ใน International Classification of Diseases 11th (ICD-11) ใหม่ เป็น 4 ระดับ ⁽²⁾ ดังแผนภูมิที่ 1 โดยแบ่งภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทเรื้อรังออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเรื้อรัง และภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนกลางเรื้อรัง



แผนภูมิที่ 1 การจัดแบ่งประเภทของ chronic neuropathic pain ตาม ICD-11 การวินิจฉัยในลำดับที่ 1 (ตารางสีส้ม) และลำดับรองลงมา (ตารางสีเขียว) การวินิจฉัยชนิดย่อยของ chronic neuropathic pain (ตารางสีฟ้า) และบางชนิดอาจเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน (ตารางสีม่วง) เช่น chronic post-traumatic pain (peripheral/central) และ chronic secondary headache and orofacial pains

ความชุก

ความชุกของภาวะปวดเหตุพหุประสาทมีรายงานว่า 7 – 8 % ของประชากรทั่วไป อาจมีอาการปวดประเภทนี้โดย 20 – 30 % ในจำนวนนี้มีอาการรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน^(3, 4) และมีผลกระทบทางจิตใจ การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะปวดเหตุพหุประสาทมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึง 40 – 60%⁽⁵⁾ ผู้ป่วยมักเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน

การวินิจฉัยภาวะปวดเหตุพหุประสาท

มีการจัดลำดับการวินิจฉัยเป็น 3 ลำดับ ได้แก่ possible, probable และ definite neuropathic pain⁽⁶⁾

1. possible neuropathic pain ประกอบด้วยเกณฑ์วินิจฉัย 2 ข้อ ได้แก่

1.1 มีประวัติการบาดเจ็บ หรือโรคของระบบประสาท

1.2 มีความปวดกระจายในบริเวณที่เลี้ยงโดยระบบประสาท หรือเส้นประสาทนั้น ๆ

2. probable neuropathic pain ต้องมีเกณฑ์ในลำดับที่ 1 ทั้ง 2 ข้อ และ

2.1 ผลการตรวจร่างกายยืนยันว่ามีรอยโรคของระบบประสาทรับความรู้สึกจริง ซึ่งมีความผิดปกติของการรับความรู้สึกทั้งเชิงลบ เช่น สูญเสียการรับความรู้สึก เป็นต้น หรืออาการเชิงบวก เช่น hyperalgesia เป็นต้น

3. definite neuropathic pain ประกอบด้วย เกณฑ์ทั้งในลำดับที่ 1 และ 2 ทั้ง 3 ข้อ ร่วมกับการยืนยันด้วยผลการตรวจแบบ objective diagnostic test เช่น ภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ ภาพถ่ายรังสีคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ผลตรวจชิ้นเนื้อผิวหนัง (skin biopsy) หรือการตรวจเส้นประสาทวินิจฉัย (nerve conduction study) เป็นต้น

แนวทางการรักษาภาวะปวดเหตุพหุประสาท

Neuropathic Pain

การรักษาควรมุ่งเน้นไปที่การค้นหาโรคที่เป็นสาเหตุของอาการปวดและทำการรักษาที่ต้นเหตุ การประเมินความรุนแรงของการปวด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรค ปัจจัยที่กระตุ้นให้อาการรุนแรงมากขึ้นหรือลดลง รวมถึงการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การรักษาที่ได้หลายวิธีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งอาจใช้หลายวิธีพร้อมกันในผู้ป่วยรายเดียวกันได้ เช่น

1. การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน

ให้พิจารณาเลือกใช้ยาที่เป็น first-line drug ก่อน (ดังตารางที่ 11-4) โดยอาจใช้เพียงตัวเดียว หรือหลายตัวร่วมกันได้ หากการรักษายังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร อาจพิจารณารักษาด้วยยากลุ่ม second-line drug (ดังตารางที่ 11-5) ต่อไป

ตารางที่ 11-4 สรุปข้อมูลของยากลุ่ม first-line ที่ใช้ในการรักษาภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท ⁽⁶⁾

First-line medications	กลไกการออกฤทธิ์	ขนาดยา	อาการข้างเคียงที่สำคัญ	น้ำหนักคำแนะนำ	ข้อควรระวัง/คำแนะนำ
Tricyclic antidepressants (TCAs) : Amitriptyline	Enhance descending inhibitory pain pathway	10-75 มก./วัน	ง่วงนอน หัวใจเต้นเร็ว anticholinergic side effect น้ำหนักตัวเพิ่ม	++	ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคต่อมลูกหมากโต ต้อหินมุมปิด โรคลมชัก และผู้ป่วยที่ต้องระวังอาการข้างเคียงของ anticholinergic
Tricyclic antidepressants : Nortriptyline	Enhance descending inhibitory pain pathway	10-75 มก./วัน	ง่วงนอน หัวใจเต้นเร็ว anticholinergic side effect น้ำหนักตัวเพิ่ม	+	ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคต่อมลูกหมากโต ต้อหินมุมปิด โรคลมชัก และผู้ป่วยที่ต้องระวังอาการข้างเคียงของ anticholinergic
Gabapentin	Block $\alpha_2\delta_1$ subunit of calcium channel	300-2,400 มก./วัน	ง่วงนอน วิงเวียน peripheral edema	+	ต้องลดขนาดยาในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง เพราะยาขับออกทางไตในรูปเดิม แนะนำให้ใช้ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคต่อมลูกหมากโต ต้อหินมุมปิด

First-line medications	กลไกการออกฤทธิ์	ขนาดยา	อาการข้างเคียงที่สำคัญ	น้ำหนักคำแนะนำ	ข้อควรระวัง/คำแนะนำ
Pregabalin	Block $\alpha_2\delta_1$ subunit of calcium channel	75-600 มก./วัน	ง่วงนอน วิงเวียน peripheral edema	+	ต้องลดขนาดยาในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง เพราะยาขับออกทางไตในรูปเดิม แนะนำให้ใช้ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคต่อมลูกหมากโต ต่อหิมนมปิด
Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) : Duloxetine	Enhance descending Inhibitory pain pathway	30-60 มก./วัน	คลื่นไส้ ใจสั่น ความดันโลหิตสูง ท้องผูก	+	ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ไม่ควรใช้ร่วมกับ tramadol เพราะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด serotonin syndrome +/- ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและควบคุมไม่ได้

* อ้างอิงจากคำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Clinical Guidance for Neuropathic Pain) พ.ศ. 2563

ตารางที่ 11-5 สรุปข้อมูลของยากลุ่ม second-line ที่ใช้ในการรักษาภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท⁽⁶⁾

Second-line medications	กลไกการออกฤทธิ์	ขนาดยา	อาการข้างเคียงที่สำคัญ	น้ำหนักคำแนะนำ	ข้อควรระวัง/คำแนะนำ
Weak opioids : Tramadol	Weak μ agonist Enhance descending inhibitory pain pathway	50-400 มก./วัน	คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก วิงเวียน ง่วงซึม ทำให้ชักได้ง่ายขึ้น	+	ควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยลมชักและการใช้ร่วมกับ SSRIs, SNRIs และ TCA ควรลดขนาดยาในผู้ป่วยที่ไตทำงานบกพร่อง
Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) : Venlafaxine	Enhance descending inhibitory pain pathway	75-150 มก./วัน	คลื่นไส้อาเจียน ความดันโลหิตเพิ่ม ท้องผูก	+	ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ไม่ควรใช้ร่วมกับ tramadol เพราะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด serotonin syndrome +/- ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและควบคุมไม่ได้

Second-line medications	กลไกการออกฤทธิ์	ขนาดยา	อาการข้างเคียงที่สำคัญ	น้ำหนักคำแนะนำ	ข้อควรระวัง/คำแนะนำ
Sodium channel blockers : Carbamazepine	Block sodium channel	200-1,200 มก./วัน	คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน	+	ทำให้โซเดียมในเลือดต่ำ โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับยาขับปัสสาวะ ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคตับ โรคไขกระดูก เป็น first-line เฉพาะในผู้ป่วย trigeminal neuralgia ก่อนเริ่มยา ต้องมีการตรวจคัดกรองทางพันธุกรรม HLA-B*1502 อัลลีล เพื่อป้องกันการแพ้ยาทางผิวหนังรุนแรงชนิด Steven-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis (SJS/TEN)
Sodium channel blockers : Oxcarbazepine	Block sodium channel	300-1,800 มก./วัน	ผลข้างเคียงโดยรวมน้อยกว่า carbamazepine	+	ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคตับ โรคไขกระดูก เป็น first-line เฉพาะในผู้ป่วย trigeminal neuralgia ก่อนเริ่มยา ต้องมีการตรวจคัดกรองทางพันธุกรรม HLA-B*1502 อัลลีล เพื่อป้องกันการแพ้ยาทางผิวหนังรุนแรงชนิด Steven-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis (SJS/TEN)

* อ้างอิงจากคำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Clinical Guidance for Neuropathic Pain) พ.ศ. 2563

2. การรักษาโดยการผ่าตัด (ดังตารางที่ 11-6)

ตารางที่ 11-6 สรุปข้อมูลการรักษาภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทโดยการผ่าตัด ⁽⁶⁾

โรค	ข้อบ่งชี้การผ่าตัด	วิธีผ่าตัด	น้ำหนักคำแนะนำ	ข้อควรระวัง/คำแนะนำ
Trigeminal neuralgia	1. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหลังจากได้รับในขนาดที่เหมาะสม 2. ไม่สามารถทนอาการข้างเคียงจากยาได้ 3. มีรอยโรคอื่นที่นอกเหนือจาก vascular loop	Microvascular decompression (MVD)	++	พิจารณาทำโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นการผ่าตัดที่มีอัตราการทำหายขาดของโรค > ร้อยละ 75 พบผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดการชาที่บริเวณใบหน้าได้น้อยผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุด
		Stereotactic radiosurgery	+	พิจารณาทำโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นเทคนิคที่ไม่ invasive แต่สามารถเกิดการกลับเป็นซ้ำได้สูงและพบผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดใบหน้าชาได้สูงกว่ามักเลือกใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเลือกใช้วิธี MVD ได้
		Percutaneous procedures • Radiofrequency thermorhizotomy • Percutaneous glycerol rhizotomy • Balloon microcompression	+	พิจารณาทำโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นเทคนิคที่ไม่ invasive แต่สามารถเกิดการกลับเป็นซ้ำได้สูงและพบผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดใบหน้าชาได้สูงกว่ามักเลือกใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเลือกใช้วิธี MVD ได้

โรค	ข้อบ่งชี้การผ่าตัด	วิธีผ่าตัด	น้ำหนักคำแนะนำ	ข้อควรระวัง/คำแนะนำ
Post-amputation pain syndrome	1. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา 2. ไม่สามารถทนอาการข้างเคียงจากยาได้ 3. ผู้ป่วยที่โคนรยางค์ผิดปกติไม่สามารถใส่แขนขาเทียมได้ดี มีกระดูกงอกออกมาผิดปกติ มีแผลเป็นในตำแหน่งที่กดกับแขนขาเทียม มีเนื้อเยื่ออ่อนที่ปลายกระดูกหนาหรือบางเกินไป หรือมีแผลกดทับ	Dorsal root entry zone lesioning (DREZotomy)	+/- สำหรับ phantom limb pain - - สำหรับ stump pain	พิจารณาทำโดยผู้เชี่ยวชาญ
		การผ่าตัดนำ neuroma ที่อยู่ต้น (neuroma removal) และ เป็นส่วนสำคัญในการเป็นจุดกำเนิดความปวดออกไป	+/-	พิจารณาทำโดยผู้เชี่ยวชาญ
CRPS I (reflex sympathetic dystrophy) CRPS II (causalgia)	1. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา 2. ไม่สามารถทนอาการข้างเคียงจากยาได้	Sympathectomy	+ เฉพาะกรณีที่ทำ sympathetic block แล้วได้ผล	พิจารณาทำโดยผู้เชี่ยวชาญ

อ้างอิงจากคำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Clinical Guidance for Neuropathic Pain)

พ.ศ. 2563

3. การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูและกายภาพบำบัด (ดังตารางที่ 11-7)

ตารางที่ 11-7 สรุปการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท⁽⁶⁾

วิธีที่ใช้	ข้อบ่งชี้	ข้อห้าม	น้ำหนักคำแนะนำ	คำแนะนำ
การให้ความรู้ กับผู้ป่วย			++	
Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) 1. Hi-TENS (conventional) ได้แก่ Hi frequency, low intensity 2. Lo-TENS (acu puncture- like) ได้แก่ Lo frequency, Hi intensity	Chronic neuro pathic pain	อาการบวมน การทำงานของ cardiac pacemaker	+ / - (ผู้ป่วยต้องมา โรงพยาบาล ทุกวัน และอาจไม่มี บุคลากร เพียงพอที่จะ ทำให้ตลอด) -- สำหรับ Hi-TENS ในผู้ป่วย ที่ใช้ cardiac pacemaker	สามารถลดปวดได้ แต่ให้ผลระยะสั้น เครื่องมือมีขนาดเล็ก ราคาไม่แพง ผู้ป่วยทำเองที่บ้านได้
Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)	Chronic neuro pathic pain	ผู้ป่วยที่มี electronic หรือ magnetic implants เช่น cardiac pacemaker, cerebral shunt, cochlear implant- เคยมีอาการชัก	+ / -	สามารถลดปวดได้ผล ต่อเนื่องหลังจบการรักษา ไปแล้ว (level A evidence) ด้วยกลไก long-term synaptic plasticity ยังมีความแตกต่างกัน ในเรื่องของควมถี่ที่ใช้ จำนวนครั้งที่ใช้กระตุ้น และควมถี่ในการรักษา

วิธีที่ใช้	ข้อบ่งชี้	ข้อห้าม	น้ำหนักคำแนะนำ	คำแนะนำ
Peripheral magnetic stimulation (PMS) ⁵⁴	Peripheral neuropathy	ผู้ป่วยที่มี electronic หรือ magnetic implants เช่น cardiac pacemaker, cerebral shunt, cochlear implant เคยมีอาการชัก	+ / -	เครื่องมือมีหลักการเช่นเดียวกับ rTMS แต่ ออกแบบมาให้ใช้กับเส้นประสาทส่วนปลาย มีการศึกษาน้อยกว่า rTMS
การออกกำลังกายเพื่อการรักษา	Chronic neuropathic pain		++	ลดปวดจากการหลั่งสารต้านการอักเสบ (anti-inflammatory cytokines) และจากกล้ามเนื้อแข็งเกร็งทนทาน และยืดหยุ่นดีขึ้น ดีต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานหรือขาดการเคลื่อนไหว (immobilization syndrome) คงความสามารถหรือ สมรรถภาพในการเคลื่อนไหว ลดขึ้น กระปรี้กระเปร่า อารมณ์ดี มีความสุข ช่วยควบคุมน้ำหนัก ปฏิบัติได้ง่าย ปลอดภัย ราคาถูก

อ้างอิงจากคำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Clinical Guidance for Neuropathic Pain) พ.ศ. 2563

4. การรักษาทางเลือก (Alternative Treatments) เช่น การฝังเข็ม การนวดแผนไทย (ดังตารางที่ 11-8)

ตารางที่ 11-8 การรักษาโดยการแพทย์ทางเลือกในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท⁽⁶⁾

วิธีที่ใช้	ข้อบ่งชี้	ข้อห้าม	น้ำหนักคำแนะนำ	คำแนะนำ
การฝังเข็ม	Peripheral neuropathy	ข้อควรระวัง - รอยเขียวจ้ำห้อเลือด เลือดออก เลือดคั่ง บริเวณจุดฝังเข็ม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น warfarin หรือมีความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด - มีแผลติดเชื้อบริเวณจุดฝังเข็ม	+ สำหรับ diabetic peripheral neuropathy + / - สำหรับ HIV related peripheral neuropathy - สำหรับ Postherpetic neuralgia	RCT ในภาวะปวดจากรอยโรคงูสวัด (postherpetic neuralgia: PHN) ผลไม่แตกต่างจาก placebo, sham, หรือ ไม่ให้การรักษา - ได้ผลดีในผู้ป่วย painful diabetic neuropathy - ปลอดภัย แต่มีข้อจำกัดเรื่องระเบียบวิธี การวิจัย เช่น จำนวนผู้ป่วยน้อย และไม่มีกลุ่มควบคุม - อาจพิจารณาเป็นทางเลือกร่วมกับการรักษาอื่นเพื่อใช้ลดปวดหรือลดปริมาณยาที่ต้องใช้ - ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนน้อย ถ้าได้รับการรักษาโดยผู้ที่ได้รับการฝึกฝนตามมาตรฐาน
การนวดแผนไทย (ไม่รวมการนวดเพื่อผ่อนคลาย)	Mild degree neuropathic pain	เช่นเดียวกับการนวดโดยทั่วไป	+ / -	อาจช่วยลด peripheral sensitization ในบางราย ควรใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาในรายที่มีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง

อ้างอิงจากคำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Clinical Guidance for Neuropathic Pain) พ.ศ. 2563

5. การรักษาด้วยการบำบัดทางจิตใจ

ผู้ป่วยที่มีภาวะปวดเหตุพหุพยาธิสภาพประสาทมักมีอาการเรื้อรัง มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึง 40 – 60 % การดูแลรักษาทางจิตใจร่วมกับทางร่างกายเป็นสิ่งจำเป็น ด้วยวิธีการบำบัดแบบ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) นี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวดได้ดียิ่งขึ้น⁽⁷⁾

6. การรักษาด้วยยาสมุนไพร

การใช้สมุนไพรและสารสกัดทางเลือก เช่น แคปไซซิน (Capsaicin) (15-21) Curcumin (สารสกัดจากขมิ้นชัน)⁽²²⁻²⁵⁾ และกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis) เป็นต้น

6.1 ยาสมุนไพรแคปไซซิน (Capsaicin)

แคปไซซิน (Capsaicin) เป็นสารสกัดจากผลพริกแห้ง [*Capsicum annum L.*, *Capsicum frutescens L.*] ได้แก่ สาร capsaicin (8-methyl-N-Vanillyl-6-nonenamide) มีในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สเปรย์ ขี้ผึ้ง โลชั่น เจล และแผ่นแปะ⁽⁸⁾ โดยยาที่มีสารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (95 เปอร์เซ็นต์) จากผลพริกแห้ง ในรูปแบบยาทาเฉพาะที่ (ยาเจล ยาทา และยาขี้ผึ้ง) จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 โดยควบคุมความแรงในรูปแบบผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปร้อยละ 0.025 % โดยน้ำหนัก (w/w)⁽⁹⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรูปแบบแผ่นแปะแบบความเข้มข้นสูง (8 %) Capsaicin ได้รับการศึกษาถึงประสิทธิภาพในการจัดการปวดเหตุพหุพยาธิสภาพประสาทเรื้อรัง หลักฐานชี้ให้เห็นว่าสามารถบรรเทาความเจ็บปวดในระดับปานกลางสำหรับภาวะบางอย่าง เช่น อาการปวดตามเส้นประสาทหลังโรคงูสวัด (postherpetic neuralgia) และโรคปลายประสาทเสื่อมจากเบาหวาน (peripheral diabetic neuropathy) อย่างไรก็ตาม คุณภาพของหลักฐานแตกต่างกัน โดยบางการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีหลักฐานคุณภาพปานกลาง แคปไซซินมักถูกแนะนำให้ใช้เป็นการรักษาเสริมมากกว่าที่จะเป็นตัวเลือกรักษาหลัก กลไกการออกฤทธิ์ของแคปไซซินเกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาหลักต่อระบบประสาทส่วนปลาย โดยเฉพาะในเส้นใยประสาทรับความรู้สึกชนิด C-fiber โดย capsaicin จะกระตุ้นตัวรับแวนิลลอยด์ชนิดที่ 1 (Vanilloid Receptor 1; VR1) ของเส้นใยประสาทรับความเจ็บปวดชนิด C (type C-nociceptors fiber) ของระบบประสาทส่วนปลาย เมื่อ VR1 ถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง มีผลให้เซลล์ประสาทบริเวณผิวหนังลดความไวต่อความเจ็บปวดลง นอกจากนี้การใช้ capsaicin จะทำให้เส้นใยประสาทรับความรู้สึกชนิด C ในระบบประสาทส่วนปลาย หลังสาร substance P ลดลง ส่งผลให้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง (การหลังของ substance P ส่งผลให้เกิดการส่งสัญญาณความเจ็บปวดในผิวหนังที่ยาวนาน และมีการหลั่งฮิสตามีนที่ทำให้เกิดความรู้สึกคันแบบผดผื่น และการเกิดรอยแดง เนื่องจากการขยายของหลอดเลือด)^(10,11,12) โดยต้องระมัดระวังการใช้ร่วมกับยารักษาโรคหัวใจ กลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACE inhibitor) อาจทำให้เกิดอาการไอเพิ่มขึ้น และอาจเพิ่มการดูดซึมของยาโรคหอบหืด คือ theophylline ชนิดออกฤทธิ์เนิ่นนาน⁽⁹⁾

หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับแคปไซซิน (Capsaicin)

การทบทวนงานวิจัยของ Cochrane ในปี 2017^(13,14,15) ซึ่งศึกษาในรูปแบบการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมสองกลุ่ม (double-blind, randomized controlled) จำนวน 8 การศึกษา รวมผู้ป่วยทั้งหมด 2,488 ราย ได้เปรียบเทียบผลของการใช้ Capsaicin ความเข้มข้นสูง (8 %) ทาเฉพาะที่เพียงครั้งเดียว เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดเรื้อรังจากเหตุพยาธิสภาพประสาทเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยทุกการศึกษาใช้ Capsaicin ความเข้มข้น 0.04 % เป็นกลุ่มควบคุมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่ทราบถึงผลกระทบ เช่น ความแสบร้อน และรอยแดงที่เกิดขึ้นหลังการใช้ Capsaicin เป็นต้น

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเหตุ
พยาธิสภาพประสาทหลัง
โรคงูสวัด (postherpetic
neuropathic pain)

พบว่า Capsaicin ชนิดทาเฉพาะที่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ในระดับปานกลาง (ลดลง 30 % ถึง 50 % จากค่าพื้นฐาน) โดยจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรักษา (NNT) คือ 12 (29 % เทียบกับ 20 % ในกลุ่มที่ใช้ Capsaicin ความเข้มข้นสูง และกลุ่มควบคุม) เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดลง 50 % ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์ และ NNT คือ 10 (43 % เทียบกับ 34 % ในกลุ่มที่ใช้ Capsaicin ความเข้มข้นสูง และกลุ่มควบคุม) เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดอย่างน้อย 30 % ภายใน 8 สัปดาห์ อีก 3 การศึกษายังวิเคราะห์การลดความเจ็บปวดลง 30 % ภายใน 12 สัปดาห์ และพบผลลัพธ์ที่คล้ายกัน โดยมี NNT เท่ากับ 10 (46 % เทียบกับ 37 % ในกลุ่มที่ใช้ Capsaicin ความเข้มข้นสูง และกลุ่มควบคุม)

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเหตุ
พยาธิสภาพประสาทจาก
การติดเชื้อเอชไอวี (HIV
neuropathy pain)

การทบทวนนี้ยังรวมถึงการศึกษา 2 ชิ้นที่พบว่าการใช้ Capsaicin ความเข้มข้นสูง (8 %) เพียงครั้งเดียวสามารถลดความเจ็บปวดได้อย่างน้อย 30 % ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเส้นประสาทจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV neuropathy pain) โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรักษา (NNT) เท่ากับ 11 ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ (39 % เทียบกับ 30 % ในกลุ่มที่ใช้ Capsaicin ความเข้มข้นสูง และกลุ่มควบคุม) การศึกษาเหล่านี้ยังได้แยกแยะผลกระทบต่อความเจ็บปวด โดยเปรียบเทียบระยะเวลาการใช้ 30 นาที กับ 60 นาที ซึ่งไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญในผลลัพธ์การรักษา โดยการใช้ Capsaicin ความเข้มข้นสูงเป็นเวลา 30 นาที มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ (RR) อยู่ที่ 2.95 (ช่วงความเชื่อมั่น 95 % [CI]: 0.73 ถึง 11.88) เมื่อเทียบกับการใช้เป็นเวลา 60 นาที ซึ่งมี RR อยู่ที่ 1.34 (95 % CI: 1.03 ถึง 1.75)

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเหตุ
พยาธิสภาพประสาทจาก
เบาหวาน (diabetic
peripheral neuropathy)
และความเจ็บปวดทาง
เส้นประสาทหลังการผ่าตัด
ไส้เลื่อนขาหนีบ (inguinal
herniorrhaphy)

มีการทบทวนผลกระทบของ Capsaicin ความเข้มข้นสูง ข้อมูลในกลุ่ม
ผู้ป่วยเหล่านี้ยังมีจำกัด และ Capsaicin ความเข้มข้นสูงไม่ได้แสดงผล
ในทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม การศึกษา
ในประเทศไทยในผู้ป่วย painful diabetic neuropathy ⁽¹⁶⁾ มีผู้ร่วม
การศึกษา 38 ราย อายุเฉลี่ย 58.68 ที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดได้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท และมีความปวดเฉลี่ย
ระดับปานกลาง ผู้ป่วยถูกสุ่มให้รับยาหลอก และ capsaicin nanoparticle
18 ราย และ 20 รายตามลำดับ ในสัปดาห์ที่ 12 หลังได้รับยา ผู้ได้รับ
ยาหลอกมีความปวดเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มที่ได้ capsaicin nanoparticle
มีความปวดลดลง โดยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความปวด (pain
visual analog scale (PVAS)) จาก baseline ของ 2 กลุ่ม มีความ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (+10.07 vs -17.05, $p < 0.05$)
จากการประเมินคะแนน neuropathic scale (NPS) พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม
ที่ได้รับยาหลอกมีภาวะ “ความรู้สึกละเลย” และ “อาการปวดที่ผิว” แย่ลง
ส่วนกลุ่มที่ได้รับ capsaicin nanoparticle มีภาวะเหล่านี้ดีขึ้น ซึ่งการ
เปลี่ยนแปลงนี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (+1.37 vs
-1.67, $p < 0.05$ และ +0.13 vs -2.24, $p < 0.05$ ตามลำดับ) งานวิจัยนี้
พบว่าการใช้ยาทา capsaicin nanoparticle ความเข้มข้น 0.075 %
วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีประสิทธิภาพในการ
ลดความปวดในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทจาก
โรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก

ด้านความปลอดภัย

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยที่สุด คืออาการแดง (erythema)
และความเจ็บปวดในบริเวณที่ทา เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม
อย่างไรก็ตาม อาการเหล่านี้เป็นอาการชั่วคราวและมีความรุนแรง
ในระดับต่ำในผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่ มีผู้ถอนตัวออกจากการ
ศึกษาทั้งหมด 12 คน จากผู้เข้าร่วม 1,507 คนที่ได้รับการรักษาด้วย
Capsaicin ความเข้มข้นสูง เทียบกับการถอนตัว 9 คนในกลุ่มควบคุม
ที่มีผู้เข้าร่วม 980 คน (ไม่ได้คำนวณจำนวนผู้ป่วยที่ต้องให้เกิดอันตราย
[number needed to harm])

แม้ว่าการศึกษารวมผู้เข้าร่วมทั้งหมด 2,488 คน แต่คุณภาพของหลักฐานสำหรับแต่ละการทดลองถือว่าต่ำถึงปานกลางเนื่องจากช่วงความเชื่อมั่น (CIs) ที่กว้าง ข้อมูลที่มีอย่างจำกัด และความเสี่ยงต่อการเกิดอคติในกระบวนการเผยแพร่ (publication bias) ผู้ป่วยประมาณ 50 % (n = 1,272) ในการวิเคราะห์ห่อถักนี้เป็นผู้ที่มีอาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทหลังโรคงูสวัด (postherpetic neuropathy) การเพิ่มความหลากหลายในประชากรที่ศึกษาโดยรวมผู้ป่วยที่มีสาเหตุอื่นของความเจ็บปวดเส้นประสาท จะช่วยให้ข้อมูลสามารถนำไปใช้ในประชากรในวงกว้างมากขึ้น นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องมีการศึกษาในคุณภาพที่ดีขึ้นต่อไป

6.2 ยาสมุนไพร Curcumin (สารสกัดจากขมิ้นชัน)

Curcumin ^(17,18,19) เป็นสารสำคัญในขมิ้นชัน (*Curcuma longa*) มีคุณสมบัติด้านการอักเสบต้านอนุมูลอิสระ ช่วยลดการอักเสบของเส้นประสาท และลดความเจ็บปวดจาก neuropathic pain การศึกษา พบว่า curcumin อาจช่วยบรรเทาอาการปวดจากระบบประสาทได้ในบางกรณี ซึ่งงานวิจัยในปัจจุบันสำหรับภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทมีรายงานเฉพาะในสัตว์ทดลองเท่านั้น

6.3 กัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis)

สารสกัดกัญชาชนิด THC และ CBD มีการใช้เพื่อลดการเกร็ง และบรรเทาอาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาทในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทส่วนกลางอักเสบ (Multiple sclerosis) (ดูบทที่ 10 อาการเกร็งและอาการปวดจากระบบประสาทส่วนกลางจากโรคปลอกประสาทส่วนกลางอักเสบ) และลดอาการปวดจากมะเร็งชนิดปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท การใช้ร่วมกันของ THC และ CBD อาจให้ประโยชน์สำหรับการจัดการความปวด แต่ยังคงขาดหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเพียงพอที่จะแสดงให้เห็นว่าสารสกัดจากกัญชามีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดจากความผิดปกติของเส้นประสาทได้ดีกว่าการรักษาตามมาตรฐาน ^(20,21) นอกจากนี้ยังพบว่าสารสกัดจากกัญชาทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงต่อจิตและประสาทสูงกว่า จึงไม่แนะนำให้ใช้สารสกัดจากกัญชาทดแทนการรักษาตามมาตรฐาน อีกทั้งยังพบว่ามีการเกิด drug interaction กับยาแก้ปวด และยาอื่น ๆ ได้หลายชนิดเนื่องจากสารสำคัญในกัญชา มีผลยับยั้งเอนไซม์ cytochrome P450 (CYP450) ⁽²²⁾

บทสรุป

ยาสมุนไพรแคปไซซิน (Capsaicin) เป็นตัวเลือกเสริมจากยาแผนปัจจุบันซึ่งเป็นยาหลักในการรักษาอาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Neuropathic Pain) และควรระมัดระวังในการใช้ยาสมุนไพร เนื่องจากยาามีผลข้างเคียงหรือปฏิกิริยากับยาที่ใช้อยู่ ควรปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญก่อนการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาอาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท

1. IASP. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1979;6(3):249.
2. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain*. 2019;160(1):53-9. doi:10.1097/j.pain.0000000000001365.
3. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008;136(3):380-7. doi:10.1016/j.pain.2007.08.013.
4. Torrance N, Smith BH, Bennett MI, et al. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *J Pain*. 2006;7(4):281-9
5. Attal N, Cruccu G, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T, et al. Neuropathic pain: mechanisms and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2011;7(4):221-32. doi:10.1038/nrneurol.2011.43
6. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. คำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Clinical Guidance for Neuropathic Pain) [อินเทอร์เน็ต]. กรกฎาคม 2563 [เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2565]. ISBN 978-616-93589-1-6.
7. Williams, A. C., & Eccleston, C. (2016). "The role of cognitive-behavioral therapy in the management of chronic pain." *Pain Management*, 6(5), 421-428.
8. Alalami K, Goff J, Grimson H, Martin O, McDonald E, Mirza T, et al. Does topical capsaicin affect the central nervous system in neuropathic pain? A narrative review. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2024;17(7):842. doi:10.3390/ph17070842.
9. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพรสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ.2566. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
10. Hall OM, Broussard A, Range T, Carroll Turpin MA, Ellis S, Lim VM, Cornett EM, Kaye AD. Novel Agents in Neuropathic Pain, the Role of Capsaicin: Pharmacology, Efficacy, Side Effects, Different Preparations. *Curr Pain Headache Rep*. 2020 Aug 6;24(9):53.
11. Rashid H, Inoue M, Bakoshi S, Ueda H. Increased expression of vanilloid receptor 1 on myelinated primary afferent neurons contributes to the antihyperalgesic. Effect of capsaicin cream in diabetic neuropathic pain in mice. *J Pharmacol Exp Ther* 2003; 306(2):709-17.
12. Markovits E, Gilhar A. Capsaicin -an effective topical treatment in pain. *Int J Dermatol* 1997; 36:401-4
13. Derry S, Rice AS, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017(1):CD007393.
14. Crawford P, Xu Y. Topical capsaicin for treatment of chronic neuropathic pain in adults. *Am Fam Physician*. 2017;96(11): online.
15. Swerdlow M., et al. (2017). "Topical capsaicin for neuropathic pain: A systematic review." *Pain Medicine*, 18(4), 689-696.
16. จุฑามณี สุทธิสีสังข์, ก้องเกียรติ ภูมิภักดิ์ทรากกร, จรุงไทย เดชเทวพร, พงศธร มีสวัสดิ์สม. การศึกษาผลของยาทาภายนอกที่เตรียมจาก Capsaicin Nanoparticle ในผู้ป่วย Painful Diabetic Neuropathy. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม; 2556.

17. Dey, S., et al. (2018). "Curcumin as an adjunct in the management of neuropathic pain: A systematic review of preclinical and clinical studies." *Journal of Ethnopharmacology*, 224, 402-414.
23. Surapinit, S., et al. (2016). "The analgesic effect of curcumin in a neuropathic pain rat model." *Journal of the Medical Association of Thailand*, 99(3), 345-351.
18. Panyacharoen, K., et al. (2017). "Effects of Curcumin on Pain and Inflammation in Neuropathic Pain Model in Rats." *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*, 15(4), 91-99.
19. Sadeghian, S., et al. (2017). "The analgesic effect of curcumin on neuropathic pain in rats: A dose-response study." *Phytotherapy Research*, 31(6), 906-912.
20. Stockings E, Campbell G, Hall WD, 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.
21. Mucke M, Phillips T, Radbruch L, et al. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;3:Cd012182.
22. Cox EJ, Maharao N, Patilea-Vrana G, et al. A marijuana-drug interaction primer: Precipitants, pharmacology, and pharmacokinetics. *Pharmacol Ther*. 2019;201:25-38

06

กลุ่มที่ 6

กลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง

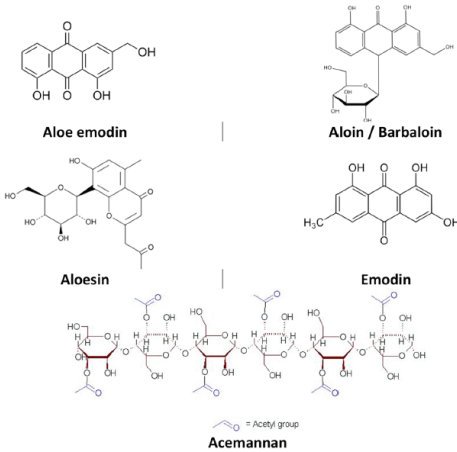
บทที่ 12

แนวทางการใช้ว่านหางจระเข้ ในการรักษาโรคทางผิวหนัง

นายแพทย์วรพล เวชชาภินันท์
แพทย์หญิงเบญจัสชีว์ ปัทมติก
แพทย์หญิงเพ็ญวิภา ตระกูลวรรณชัย
แพทย์หญิงภัทลดา อิงคนินันท์
แพทย์หญิงนภัสวรรณ วงษ์สวรรค์

บทนำ

ว่านหางจระเข้ (*Aloe vera*) เป็นสมุนไพรที่มีการใช้มาอย่างยาวนาน ว่านหางจระเข้มีองค์ประกอบเป็นน้ำ ร้อยละ 98.5 เป็นสารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 0.3 โดยมีสารกลุ่มโพลีแซ็กคาไรด์ (polysaccharides) เช่น กลูโคแมนแนน (Glucomannan) เอซีแมนแนน (acemannan) และสารกลุ่มมโนแซ็กคาไรด์ (monosaccharides) นอกจากนี้ยังมีสารกลุ่มไกลโคโปรตีน (glycoprotein) เช่นอะลอคตินเอ (alocetin A) และอะลอคตินบี (alocetin B) ⁽¹⁾ งานวิจัย พบว่าวุ้นในใบว่านหางจระเข้มีฤทธิ์ลดการอักเสบ ช่วยสมานแผล ลดอาการอักเสบจากการเริ่ม แล่งงูสวัด ต่อด้านเชื้อแบคทีเรีย รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และเพิ่มความชุ่มชื้น ลดรอยเหี่ยวย่น



รูปภาพที่ 1 โครงสร้างทางเคมีที่พบในว่านหางจระเข้ ⁽²⁾

กลไกการออกฤทธิ์

ว่านหางจระเข้มี 5 กลไกที่เกี่ยวข้องในการรักษาโรคผิวหนัง คือ

1. สมานแผลและกระตุ้นการสร้างเซลล์ผิว เนื่องจากมีสารกลูโคแมนแนน (Glucomannan) และจิบเบอเรลลิน (Gibberellin) มีความสัมพันธ์กับเจริญเติบโตบนเซลล์ไฟโบรบลาสต์ (fibroblast) ทำให้เกิดการกระตุ้นและเพิ่มจำนวนเซลล์ โดยว่านหางจระเข้ช่วยเพิ่มปริมาณคอลลาเจนในบาดแผล เปลี่ยนองค์ประกอบของคอลลาเจนให้มีสัดส่วนของคอลลาเจนชนิดที่ 3 (Type III) มากขึ้น และเพิ่มระดับความแข็งแรงของคอลลาเจน^(2,3,4)
2. ผลต่อผิวหนังที่ได้รับรังสี UV และรังสีแกมมา เจลว่านหางจระเข้ช่วยปกป้องผิวจากความเสียหายจากรังสีโดยลดการผลิตและการปล่อยสารอักเสบที่กดภูมิคุ้มกัน ซึ่งมาจากเซลล์เคราติโนไซต์ของผิวหนัง เช่น อินเตอร์ลิวคิน-10 (IL-10) ซึ่งช่วยป้องกันการอักเสบที่เกิดจากรังสียูวี^(2, 4, 5, 6)
3. ลดการอักเสบของผิวหนัง ว่านหางจระเข้ยับยั้งกระบวนการไซโคลออกซีจีเนส (Cyclooxygenase pathway) และลดการผลิตพรอสตาแกลนดิน E2 (Prostaglandin E2) ซึ่งเป็นสารอักเสบที่เกิดจาก กรดอะราคิโดนิก (Arachidonic acid)^(2, 4, 5, 6)
4. ให้ความชุ่มชื้นและลดริ้วรอย เนื่องจากมีสารมิวโคโพลีแซคคาไรด์ (Mucopolysaccharides) ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิว โดยว่านหางจระเข้กระตุ้นเซลล์ไฟโบรบลาสต์ให้ผลิตคอลลาเจนและอีลาสตินมากขึ้น ทำให้ผิวยืดหยุ่นและลดริ้วรอย นอกจากนี้ยังช่วยฟื้นฟูผิวแห้งจากการสัมผัสสารระคายเคือง โดยมีการศึกษา พบว่าถุงมือเคลือบเจลว่านหางจระเข้ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของผิวลดริ้วรอยเล็ก ๆ และลดรอยแดง^(2, 4, 5, 6, 7)
5. ต้านเชื้อรา แบคทีเรีย ไวรัส และมีฤทธิ์รักษาผิว เนื่องจากมีสารอะโลอีโมดิน (Aloe emodin) ยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียก่อสิว และ *Staphylococcus aureus* และสารซาโปนิน (Saponins) มีฤทธิ์ทำลายผนังเซลล์ของเชื้อรา และไวรัส^(2, 4, 5, 7, 8)

ผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การรักษาด้วยยาเจลว่านหางจระเข้

1. ผู้ป่วยแผลไหม้จากความร้อน

การศึกษากลุ่มของยาครีมว่านหางจระเข้ในผู้ป่วยแผลไฟไหม้ระดับ 2 พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาครีมว่านหางจระเข้หายเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับยาซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีน (Silver sulfadiazine; SSD) อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษา พบว่า เจลว่านหางจระเข้ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ลดความเจ็บปวด มีผลข้างเคียงน้อย และมีฤทธิ์ต้านแบคทีเรีย ที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับ SSD นอกจากนี้ การวิเคราะห์หัตถิมาณ (meta-analysis) พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่แผลหายในกลุ่มที่ได้รับว่านหางจระเข้สั้นกว่ากลุ่มควบคุม 8.79 วัน ดังนั้น ควรใช้เจลว่านหางจระเข้เป็นตัวแทนในการรักษาแผลไฟไหม้ระดับ 1 และ 2 แผลน้ำร้อนลวก^(7, 8)

2. ผู้ป่วยแผลไหม้จากการฉายรังสี

สาร acemannan จากใบว่านหางจระเข้ สามารถลดความรุนแรงแบบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นทันทีภายหลังการฉายรังสี มีผลกระตุ้นสาร TGF- β และ FGF ที่เร่งการสมานแผลด้วยการกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์ผิวหนัง เซลล์ fibroblast และการสร้างหลอดเลือดใหม่^(2, 4)

วิธีการใช้

ทาเจลว่านหางจระเข้บริเวณผิวหนังที่ควรได้รับการรักษา วันละ 3 - 4 ครั้ง ^(6, 8, 9)

ข้อห้ามใช้

ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้พืชตระกูลลิลี่ (Liliaceae family)

การใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร

ยังไม่พบการศึกษาผลข้างเคียงจากการใช้ว่านหางจระเข้ที่เป็นยาภายนอก แต่พบการศึกษาการรับประทาน ว่านหางจระเข้ไม่แนะนำในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากอาจกระตุ้นการหดตัวของมดลูก และในมารดาที่ให้นมบุตร อาจทำให้ทารกมีอาการไม่สบายทางเดินอาหาร ^(5, 6, 9)

อันตรกิริยาระหว่างยา

การใช้ภายนอกพบว่า การใช้ว่านหางจระเข้ร่วมกับสเตียรอยด์ทาผิว (เช่น ไฮโดรคอร์ติโซน) อาจเพิ่มการดูดซึม ส่วนการศึกษาในยารับประทาน พบว่าอาจลดประสิทธิภาพของยา Digoxin และ Digitoxin เนื่องจากลดระดับโพแทสเซียม การใช้ร่วมกับ Furosemide อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะโพแทสเซียมต่ำ อาจลดระดับน้ำตาลในเลือด และมีปฏิกิริยากับยาเบาหวานและอินซูลิน ^(4, 5, 6, 9)

ผลข้างเคียง

การใช้ภายนอก (Topical) ^(5, 6, 9)

- 1) อาจทำให้เกิดอาการแสบร้อน คัน มีผื่นแดง หรือผื่นแพ้สัมผัส
- 2) อาจทำให้เกิดผื่นแพ้สัมผัส (Allergic contact dermatitis) ซึ่งมักเกิดจากสารแอนทราควิโนน (Anthraquinones)
- 3) แนะนำให้ทดสอบกับผิวหนังบริเวณเล็ก ๆ ก่อนใช้ยา
- 4) ในกรณีใช้กับแผลเปิดแนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่ไม่เจือปนยาง และดิน

1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2022). วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 20(3), 629-633. https://www-old.dtam.moph.go.th/E-Book/DTAM_Journal/DTAM_Book/DTAM_Journal/DTAM_Journal_20-3/_Journal_20-3/index.html
2. Sánchez M, González-Burgos E, Iglesias I, Gómez-Serranillos MP. Pharmacological Update Properties of Aloe Vera and its Major Active Constituents. *Molecules*. 2020 Mar 13;25(6):1324. doi: 10.3390/molecules25061324. PMID: 32183224; PMCID: PMC7144722.
3. Tangjitjareonkun J, Supabphol R. Application of Aloe Vera on Wound Healing. *J Med Health Sci*. 2015;22(3):53-67.
4. Kim SH, Shim KS, Song Y, Kim K, Park CS, Lee CK. Pharmacological and Therapeutic Activities of Aloe vera and Its Major Active Constituent Acemanan. *Food Supplement and Biomaterials for Health*. 2023; 3: e8. doi:10.52361/fsbh.2023.3. e8.
5. Hamman JH. Composition and applications of Aloe vera leaf gel. *Molecules*. 2008;13(8):1599-1616. doi:10.3390/molecules13081599.
6. Surjushe A, Vasani R, Saple DG. Aloe vera: a short review. *Indian J Dermatol*. 2008;53(4):163-166. doi:10.4103/0019-5154.44785.
7. Levin NJ, Erben Y, Li Y, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Burn Healing Outcomes Between Silver Sulfadiazine and Aloe vera. *Cureus*. 2022;14(10): e30815.doi:10.7759/cureus.30815.
8. Maenthaisong R, Chaiyakunapruk N, Niruntraporn S, Kongkaew C. The efficacy of aloe vera used for burn wound healing: A systematic review. *Burns*. 2007;33(6):713-718.
9. National Center for Complementary and Integrative Health. Aloe vera. 2025. Available from: <https://www.nccih.nih.gov/health/aloe-vera>

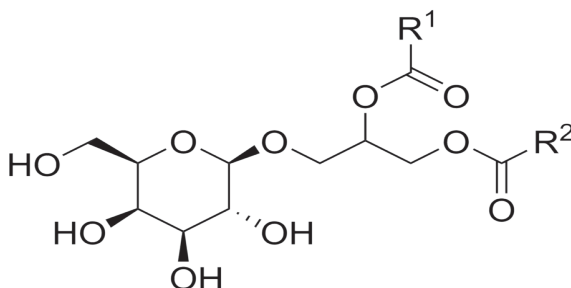
บทที่ 13

แนวทางการใช้ยาสมุนไพรพญาเสือ ในการรักษาโรคทางผิวหนัง

นายแพทย์วรพล เวชชาภินันท์
แพทย์หญิงเบญจัสวี ปัทมติก
แพทย์หญิงเพ็ญวิภา ตระกูลวรรณชัย
แพทย์หญิงภัทลดา อิงคนินันท์
แพทย์หญิงนภัสวรรณ วงษ์สวรรค์

บทนำ

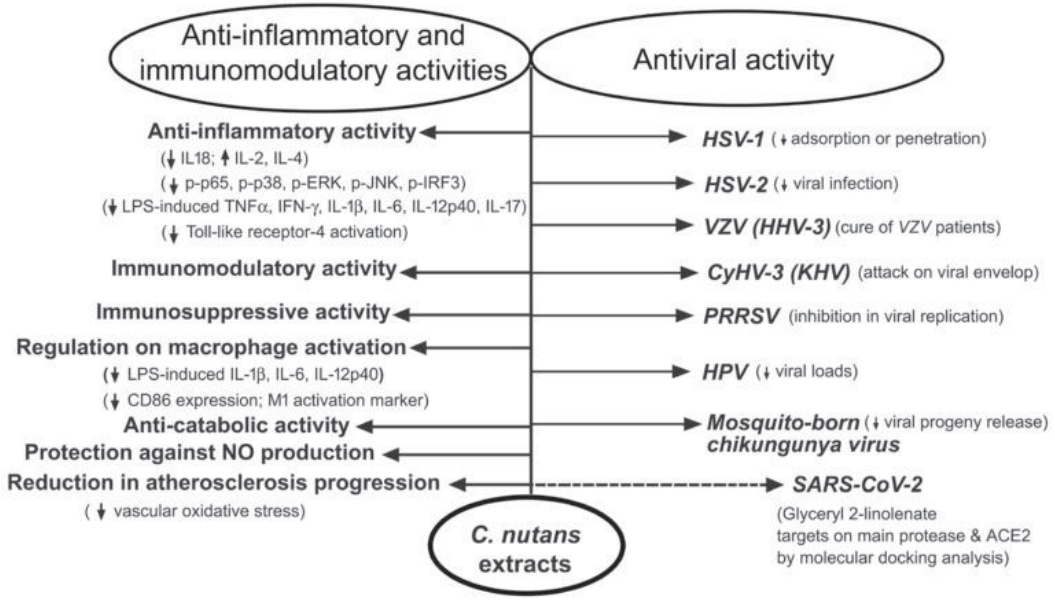
พญาเสือ (*Clinacanthus nutans*) หรือเสลดพังพอนตัวเมีย เป็นยาสมุนไพรไทยที่ได้รับการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 ⁽¹⁾ โดยมีการศึกษาคุณสมบัติในการต้านการอักเสบและต้านเชื้อไวรัสและงูสวัด โดยสารที่พบว่ามีฤทธิ์ต้านไวรัส ต่อ Herpes simplex virus (HSV-1 และ HSV-2) ได้แก่ สารกลุ่ม beta-galactosyl diglyceride เช่น Monogalactosyl diglyceride (MGDG) และ Digalactosyl diglyceride (DGDG) ซึ่งโครงสร้างจะมีส่วนประกอบของกรดไขมันที่อาจแตกต่างกันได้ และสารประเภท sulfur-containing glycolipids สำหรับสารที่มีฤทธิ์ต้านอักเสบ (Anti-inflammatory effect) ได้แก่ สารกลุ่ม Flavonoids เช่น Shatopsis, Orientin, Vitexin, Isoorientin และ Isovitexin สารกลุ่ม Triterpenoids เช่น Lupeol และ Phytosterols ได้แก่ Stigmasterol และ β -Sitosterol อย่างไรก็ตามจากตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย ฉบับเพิ่มเติม ปี พ.ศ. 2567 ยังไม่มีสารสำคัญใดที่กำหนดเป็นสารมาตรฐานในการควบคุมคุณภาพยา ^(1, 2)



รูปภาพที่ 1 โครงสร้างทางเคมีของ Monogalactosyl diglyceride ที่มีกรดไขมัน 2 ตำแหน่ง ⁽²⁾

กลไกการออกฤทธิ์

- พญายอ มี 4 กลไกที่เกี่ยวข้องในการรักษาโรคทางผิวหนัง คือ
1. ด้านการอักเสบ (Anti-inflammatory effect) มีสารออกฤทธิ์สำคัญ เช่น สารกลุ่ม Flavonoids และ Glycosides ช่วยลดการหลั่งสารก่อการอักเสบ (pro-inflammatory cytokines) เช่น TNF- α และ IL-6 สามารถยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase (COX) และ lipoxygenase (LOX) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสารกระตุ้นการอักเสบ เช่น prostaglandins และ leukotrienes ^(3, 4, 5)
 2. ด้านเชื้อไวรัส (Antiviral effect) มีฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส โดยเฉพาะไวรัสกลุ่ม Herpes simplex virus (HSV) และ Varicella-zoster virus (VZV) โดยสารกลุ่ม sulfur-containing glycolipids ในพญายอสามารถขัดขวางการเข้าสู่เซลล์ของไวรัส และลดการปล่อยไวรัสจากเซลล์ที่ติดเชื้อ ^(3, 6, 7, 8)
 3. ลดอาการคันและระคายเคือง (Anti-pruritic effect) สารจากพญายอช่วยลดการหลั่งของ Histamine ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นอาการคัน และการอักเสบของผิวหนัง และมีผลช่วยลดอาการแพ้และบรรเทาอาการผื่นแดง ^(3, 4, 5)
 4. สมานแผล (Wound healing effect) สามารถกระตุ้นการสร้างเซลล์ผิวใหม่ และช่วยเพิ่มการผลิตคอลลาเจน และมีสารต้านอนุมูลอิสระที่ช่วยปกป้องเซลล์จากความเสียหาย ^(4, 5, 9)



รูปภาพที่ 2 กลไกการออกฤทธิ์ของพญายอ ⁽³⁾

ผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพรพญา

1. ผู้ป่วยโรคเริม

เริม คือ โรคติดเชื้อไวรัส (Herpes simplex virus; HSV) มีลักษณะเป็นตุ่มน้ำใสอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม พบมากบริเวณ ปาก อวัยวะเพศ แต่สามารถพบที่ตำแหน่งอื่น ๆ ได้ กรณีโรคเริมที่เป็นครั้งแรกจะมีอาการเจ็บ ปวดแสบร้อน อาจมีอาการไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หรือต่อมน้ำเหลืองโตร่วมด้วย กรณีเป็นซ้ำ จะมีอาการน้อยกว่า ตุ่มน้ำมีขนาดเล็ก และจำนวนน้อยกว่า มีอาการคัน แสบร้อน บริเวณใกล้เคียงตำแหน่งเดิม⁽¹⁰⁾

การวินิจฉัยแยกโรค

- 1) แผลในปาก
- 2) ซิฟิลิส
- 3) โรคมือ เท้า ปาก
- 4) ฝื่นแพ้ยาที่มีลักษณะเป็นตุ่มน้ำ เช่น Steven Johnson syndrome หรือ Toxic epidermal necrolysis
- 5) Erythema multiforme

การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน⁽¹¹⁾

1. ผู้ป่วยไม่มีปัญหาการดูดซึม
 - Acyclovir 200 mg วันละ 5 ครั้ง ระยะเวลา 7 - 10 วัน หรือ
 - Acyclovir 400 mg วันละ 3 ครั้ง ระยะเวลา 7 - 10 วัน
2. ผู้ป่วยมีปัญหาการดูดซึมหรือมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
 - Acyclovir 400 mg วันละ 5 ครั้ง ระยะเวลา 7 - 10 วัน หรือ
 - Valaciclovir 500 mg วันละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 7 - 10 วัน
3. ผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ (Recurrent, intermittent therapy (< 6 ครั้ง/ปี))
 - Acyclovir 200 mg วันละ 5 ครั้ง ระยะเวลา 5 วัน หรือ
 - 5 % Acyclovir cream ทาวันละ 5 ครั้ง⁽¹⁰⁾
4. ผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ (Recurrent, chronic suppressive therapy (≥ 6 ครั้ง/ปี))
 - Acyclovir 400 mg วันละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องและประเมินใหม่เมื่อครบ 1 ปี หรือ
 - 5% Acyclovir cream ทาวันละ 5 ครั้ง⁽¹⁰⁾
5. ผู้ป่วยที่มีการกระจายโรคเริมไปบริเวณอื่น (Disseminated infection)
 - Acyclovir 5 - 10 mg/kg IV ทุก 8 ชั่วโมง⁽¹²⁾
6. ผู้ป่วยที่มีอาการดื้อยาด้านไวรัส (Antiviral resistant)
 - Foscarnet 80 - 120 mg/kg/day IV ทุก 8 ชั่วโมง⁽¹²⁾

การรักษาด้วยยาสมุนไพรยา

ขนาดและวิธีใช้ ทาครีมพญาอ บนตุ่มน้ำ วันละ 5 ครั้ง ⁽¹³⁾

ข้อควรระวังว่าจะไม่ได้ผล ^(14, 15, 16)

- 1) ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น AIDS ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีภาวะ T-cell defects เป็นต้น
- 2) เริ่มกระจายไปบริเวณอื่น (Dissemination)
- 3) แผลมีสะเก็ดหนา (Acyclovir-resistant herpes simplex infection)

2. ผู้ป่วยโรคงูสวัด

งูสวัด (Herpes zoster) คือ โรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อ Varicella Zoster virus (VZV) ที่อยู่ในปมประสาทในร่างกายถูกกระตุ้น (Reactivation) จากสิ่งเร้าภายใน และสิ่งเร้าภายนอก อาการของงูสวัดจะเริ่มด้วยอาการปวด ชา คัน หรือแสบตามเส้นประสาทข้างใดข้างหนึ่ง อาการปวดจะเป็นตลอดเวลา หรือเป็น ๆ หาย ๆ ก็ได้ จากนั้นจะมีตุ่มแดงตามบริเวณที่อาการข้างต้น ตุ่มแดงกลายเป็นตุ่มน้ำใสภายในระยะเวลา 12 - 24 ชั่วโมง แดกเป็นแผล และสะเก็ดภายในระยะเวลา 7 - 10 วัน สะเก็ดอยู่นาน 2 - 3 สัปดาห์ ⁽¹⁰⁾

การวินิจฉัยแยกโรค

- 1) ตุ่มแมลงกัด
- 2) ผื่นแพ้ยาที่มีลักษณะเป็นตุ่มน้ำ เช่น Steven Johnson syndrome หรือ Toxic epidermal necrolysis
- 3) Erythema multiforme
- 4) Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA)
- 5) โรคตุ่มน้ำ เช่น Bullous pemphigoid, Dermatitis herpetiformis, Pemphigus vulgaris เป็นต้น

การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ⁽¹⁷⁾

1. ผู้ป่วยไม่มีปัญหาการดูดซึม
Acyclovir 800 mg วันละ 5 ครั้ง ระยะเวลา 7 - 10 วัน
5% Acyclovir cream ทา วันละ 5 ครั้ง
2. ผู้ป่วยมีปัญหาการดูดซึม
Valacyclovir 1,000 mg วันละ 3 ครั้ง ระยะเวลา 7 วัน
3. ผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรืองูสวัดแพร่กระจายทั่วร่างกาย (Disseminated zoster)
Acyclovir 10 mg/kg IV ทุก 8 ชั่วโมง
4. ผู้ป่วยที่มีอาการดื้อยาด้านไวรัส (Antiviral resistant)
Foscarnet 40 - 100 mg/kg/day IV ทุก 12 ชั่วโมง ⁽¹⁸⁾

การรักษาด้วยยาสมุนไพรพญายอ

ขนาดและวิธีใช้

- 1) ทาครีมพญายอ บนตุ่มน้ำงูสวัด วันละ 5 ครั้ง เป็นเวลา 7 - 14 วัน ⁽⁶⁾
- 2) ประคบตุ่มน้ำด้วยน้ำเกลือ จากนั้นทายาบนตุ่มน้ำวันละ 3 ครั้ง จนตุ่มน้ำแตกกลายเป็นสะเก็ด จากนั้นทายาบนแผลจนกระทั่งแผลหาย ⁽⁷⁾

ข้อควรระวัง ^(14, 15, 16)

- 1) ตุ่มน้ำบริเวณตา หน้าผาก และ จมูก (Herpes zoster ophthalmicus)
- 2) ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี
- 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน (secondary bacterial infection)
- 4) ผู้ป่วยตั้งครรภ์ หรือ ให้นมบุตร
- 5) ผู้ป่วยมีประวัติแพ้พญายอ หรือส่วนประกอบในครีมพญายอ

3. ผู้ป่วยโรคหูดหงอนไก่

หูดหงอนไก่ คือ โรคที่เกิดจากการติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) บริเวณอวัยวะเพศ และบริเวณใกล้เคียง เชื้อ HPV ที่เป็นสาเหตุของหูดหงอนไก่ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ HPV-6 หรือ HPV-11 แต่สามารถพบ HPV สายพันธุ์อื่นได้ รวมถึงสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดมะเร็ง หูดหงอนไก่จะพบแบบเดี่ยวหรือพบแบบกลุ่มก็ได้ ลักษณะจะเป็นตุ่มนูน ผิวขรุขระ หรือฝิ่นราบ สีเนื้อ ⁽¹⁹⁾

การวินิจฉัยแยกโรค

- 1) กระเนื้อ
- 2) มะเร็งผิวหนังชนิด Verrucous carcinoma
- 3) ซิฟิลิสระยะที่ 2
- 4) ต่อมไขมันโต
- 5) Lichen planus

แนวทางการรักษา

1. การรักษาด้วยยาใช้ภายนอก

- 5 % Imiquimod cream ทา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ^(20, 21)
- 15 - 25 % Podophyllin solution ทาปริมาณไม่เกิน 0.5 ml แล้วปล่อยให้แห้ง สัปดาห์ละครั้ง โดยแพทย์ ^(21, 22)
- 60 - 90 % Trichloroacetic acid (TCA) ทาปริมาณเล็กน้อย แล้วปล่อยให้แห้ง สัปดาห์ละครั้ง โดยแพทย์ ⁽²¹⁾

2. Cryotherapy ด้วย cryoprobe, liquid nitrogen spray หรือ cotton-tipped applicator โดยแพทย์ ⁽²¹⁾

3. การรักษาด้วย Carbon dioxide laser โดยแพทย์ ⁽²¹⁾

การรักษาด้วยยาสมุนไพรยา วิธีใช้

ทาครีมพญาอ บนบริเวณที่เป็นหูดหงอนไก่ 4 ครั้ง ต่อวัน เวลาเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน จนกระทั่งผื่นหายไป ⁽¹⁴⁾

ข้อควรระวัง ⁽¹⁸⁾

- 1) หลีกเลี่ยงการใช้ในบริเวณดวงตา (Avoid eye contact) เพราะอาจทำให้เกิดการระคายเคือง
- 2) ระวังในผู้ที่มีผิวแพ้ง่าย (Caution in sensitive skin)
- 3) หากมีอาการแพ้รุนแรง เช่น ผื่นแดงขึ้นทั่วตัว คันรุนแรง หายใจลำบาก หรือหน้าบวม หากมีอาการระคายเคืองมากผิดปกติ หรือแพ้หลังใช้ควรรีบไปพบแพทย์
- 4) หากทาครีมพญาอมากกว่า 1 เดือน ขนาดของหูดหงอนไก่ไม่ลดลง พิจารณาตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

ข้อห้าม ห้ามใช้ในกรณีต่อไปนี้ ⁽¹⁹⁾

- 1) ไม่ควรใช้กับแผลเปิดขนาดใหญ่ (Avoid large open wounds) แม้ว่าพญาอจะมีฤทธิ์สมานแผล แต่ไม่ควรใช้กับแผลเปิดขนาดใหญ่ที่อาจติดเชื้อ
- 2) หากเคยแพ้สมุนไพรกลุ่มเดียวกัน เช่น ฟ้าทะลายโจร หรือว่านหางจระเข้ อาจมีโอกาแพ้พญาอด้วย
- 3) หลีกเลี่ยงการใช้ในสตรีมีครรภ์ และให้นมบุตร (Pregnancy and breastfeeding caution) เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับความปลอดภัยของพญาอในหญิงตั้งครรภ์ และให้นมบุตร ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้

อาการไม่พึงประสงค์ ⁽¹⁹⁾

แม้ว่าครีมพญาอจะเป็นสมุนไพรที่มีความปลอดภัยสูง แต่ก็อาจมีผลข้างเคียงที่อาจพบ ได้แก่

- 1) อาการระคายเคืองผิวหนัง (Skin irritation) อาจรู้สึกแสบ คัน หรือระคายเคืองเล็กน้อยหลังจากทาครีม โดยอาการมักเกิดขึ้นชั่วคราว และหายไปเอง
- 2) อาการแพ้ (Allergic reactions) อาจมีผื่นแดง คัน ลมพิษ หรือบวม ในบางรายที่แพ้สารสกัดจากพญาอ แต่ก็พบได้น้อย แต่อาจเกิดขึ้นในผู้ที่มีผิวแพ้ง่าย หรือมีประวัติแพ้สมุนไพร
- 3) อาการแสบร้อน (Burning sensation on skin) เมื่อทาบริเวณแผลเปิด หรือผิวที่อักเสบรุนแรง อาจมีอาการแสบร้อนได้ หากรู้สึกแสบร้อนมากเกินไป ควรหยุดใช้ และล้างออกด้วยน้ำสะอาด

ควรทดสอบอาการแพ้ก่อนใช้ (Patch test recommended) โดยควรทดสอบทาครีมพญาอในบริเวณเล็ก ๆ เช่น ข้อพับแขนก่อนใช้ หากไม่มีอาการแพ้ภายใน 24 ชั่วโมง จึงสามารถใช้ได้ทั่วบริเวณที่ต้องการ

1. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. ตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย ฉบับเพิ่มเติม ปี พ.ศ. 2567. Available from: <https://bdn.go.th/thp/home>.
2. Thai Traditional Medicine at a Glance. Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2016.
3. Lin CM, Chen HH, Lung CW, Chen HJ. Antiviral and Immunomodulatory Activities of Clinacanthus nutans (Burm. f.) Lindau. Int J Mol Sci. 2023;24(13).
4. Kamarudin MNA, Sarker MMR, Kadir HA, Ming LC. Ethnopharmacological uses, phytochemistry, biological activities, and therapeutic applications of Clinacanthus nutans (Burm. f.) Lindau: A comprehensive review. J Ethnopharmacol. 2017; 206:245-66.
5. Khoo LW, Kow SA, Lee MT, Tan CP, Shaari K, Tham CL, Abas F. A Comprehensive Review on Phytochemistry and Pharmacological Activities of Clinacanthus nutans (Burm.f.) Lindau. Evid Based Complement Alternat Med. 2018; 2018:9276260.
6. Sangkitporn S, Chaiwat S, Balachandra K, Na-Ayudhaya TD, Bunjob M, Jayavas C. Treatment of herpes zoster with Clinacanthus nutans (bi phaya yaw) extract. J Med Assoc Thai. 1995;78(11):624-7.
7. Charuwichitratana S, Wongrattanapasson N, Timpatanapong P, Bunjob M. Herpes zoster: treatment with Clinacanthus nutans cream. Int J Dermatol. 1996;35(9):665-6.
8. Pongmuangmul S, Phumiamorn S, Sanguansermisri P, Wongkattiya N, Sanguansermisri D. Anti-herpes simplex virus activities of monogalactosyl diglyceride and digalactosyl diglyceride from Clinacanthus nutans, a traditional Thai herbal medicine. Asian Pac J Trop Biomed. 2016;6(3):192-7
9. Amsri T, Johns NP, Priprem A. Oral Liquid Preparation of Clinacanthus nutans: Formulation Development. SRIMEDJ. 2017;32(4):78-85.
10. อรพรรณ สุวรรณประดิษฐ์. ความแตกต่างระหว่างโรคเริม งูสวัด อีสุกอีใสและวัคซีนป้องกันสำหรับโรคงูสวัดและอีสุกอีใส. 2560.
12. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. ตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย ฉบับเพิ่มเติม ปี พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 มี.ค. 2568]. Available from: <https://www.bdn.go.th/tp/ebook/qQMcZKtlpR9gC3q0GT5gMJq0qT5co3uw>.
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Genital herpes: Treatment guidelines [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/herpes.htm>
14. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ยาพญายอ. In: บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2023. p. 106–106.
15. Fitzpatrick's Dermatology, Ninth Edition, McGraw-Hill, 2019.
16. Dermatology, Edited by Jean L. Bolognia, Julie V. Schaffer, Lorenzo Cerroni, Fifth edition, China: Elsevier, 2024.
17. Jiamton S, Chanyachailert P, Nanchaipruek Y, Jantanapornchai N, Patthamalai P, Liphoka P, et al. Efficacy and Safety of Clinacanthus nutans Lindau Cream vs. Podophyllin for the Treatment of Adults with Condyloma Acuminata. Evid Based Complement Alternat Med. 2022; 2022:1577716.

18. Saguil A, Kane S, Mercado M, Lauters R. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management. Am Fam Physician [Internet]. 2017 Nov 15 [cited 2025 Mar 13];96(10):656-663. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/1115/p656.pdf>
19. Piret J, Boivin G. Antiviral resistance in herpes simplex virus and varicella-zoster virus infections: diagnosis and management. Curr Opin Infect Dis. 2016 Dec;29(6):654-662. doi: 10.1097/QCO.0000000000000288. PMID: 27306564.
20. A. Perry CM, Lamb HM. Topical imiquimod: a review of its use in genital warts. Drugs. 1999 Aug;58(2):375-90. doi: 10.2165/00003495-199958020-00017. PMID: 10473026.
21. American Academy of Family Physicians. Management of genital warts. Am Fam Physician. 2004;70(12):2335-2342.
22. ชนาภานต์ เกิดกลิ่นหอม, เพ็ญเพ็ญ ธีญะตุลย์, เจนจิต ฉายะจินดา, มานพชัย ธรรมคันโท, อัมพันธ์ เฉลิมโชคเจริญกิจ. คู่มือเรื่องโรคหูดหงอนไก่ [Internet]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; [cited 2025 Mar 12]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=888>

07

กลุ่มที่ 7

ข้อมูลยาสมุนไพรไทย

เภสัชกรหญิงสุกัลยา ยิดนรดิน
นายแพทย์ยงยศ เหลืองวิซขเจริญ

ชื่อสามัญ ⁽¹⁾

(ไทย) ขมิ้นชัน
(อังกฤษ) Turmeric

ชื่อวิทยาศาสตร์

Curcuma longa L.
Curcuma domestica Valetton (ชื่อพ้อง)

ชื่อวงศ์ ⁽¹⁾

Zingiberaceae

ชื่อท้องถิ่น ⁽²⁾

ขมิ้น ขมิ้นแกง ขมิ้นหยอก ขมิ้นหัว ขมิ้น ดายอ สะยอ หมิ่น



ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

ส่วนที่ใช้

ผงเหง้า (rhizome) นำเหง้าขมิ้นชันที่ล้างสะอาดแล้วมาหั่นเป็นแว่น อบให้แห้งแล้วบดเป็นผง โดยใช้ผงเหง้าขมิ้นชันที่มีสาร curcuminoids ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5.0 โดยน้ำหนัก และน้ำมันหอมระเหย (volatile oil) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 6.0 โดยปริมาตรต่อน้ำหนัก ⁽²⁾ เตรียมเป็นตำรับยา

สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient) ⁽³⁾

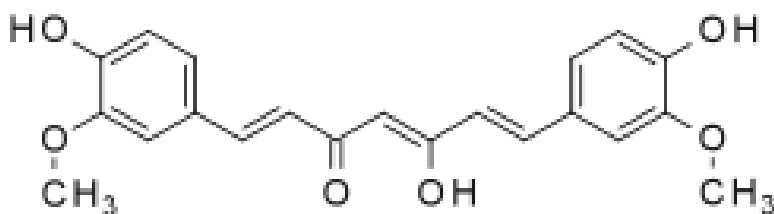
ผงเหง้าขมิ้นชันที่มีสาร curcuminoids ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5.0 โดยน้ำหนัก และน้ำมันหอมระเหย (volatile oil) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 6.0 โดยปริมาตรต่อน้ำหนัก ⁽²⁾

- สารกลุ่ม curcuminoids ทำให้เหง้าขมิ้นชันมีสีเข้ม และร้อยละ 50 - 60 ของสารกลุ่มนี้ ประกอบด้วย สารผสมของ curcumin, dimethoxy curcumin, bisdemethoxycurcumin

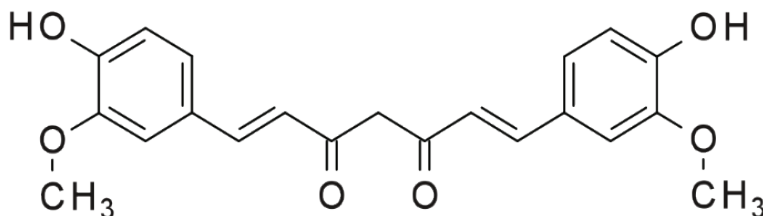
- น้ำมันหอมระเหย เรียกว่าขมิ้นชัน (turmeric oil) มีสีเหลืองส้ม แยกสกัดได้ด้วยการกลั่น ส่วนใหญ่ประกอบด้วย สารกลุ่ม monoterpenes และ sesquiterpenes เช่น α -turmerone และ β -turmerone, ar-turmerone, zingiberene, curcumene

สูตรเคมี (Chemical Formula)

สูตร: $C_{21}H_{20}O_6$



curcumin Keto form



curcumin Enol form

ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/Curcumin>

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action)

1. มีการศึกษา metabolism ของ curcumin โดยใช้ microsome จากลำไส้ และจากตับของคน และของหนูขาว พบว่า curcumin ถูก metabolized อย่างมาก โดยเกิด conjugation (glucuronide & sulfate) และ reduction (เป็น tetrahydro curcumin & hexahydro curcumin) ในทางเดินอาหาร (ลำไส้และตับ) และ metabolism ในลำไส้ของคน ⁽⁴⁾

2. สารสกัดจากเหง้าขมิ้นชันแห้งด้วยเมทานอล และ curcumin จากขมิ้นชัน สามารถยับยั้ง การเจริญเติบโต ของ *H.pyroli* 19 สายพันธุ์ รวมทั้งสายพันธุ์ cagA+ 5 สายพันธุ์ ค่า MIC อยู่ระหว่าง 6.25 - 50 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร Foryst-Ludwig และคณะ ศึกษา curcumin จากขมิ้นชันความเข้มข้น 40 หรือ 80 ไมโครโมล ไม่มีผลยับยั้ง *H.Pyroli* เมื่อทดสอบโดยการนับจำนวน colony ของเชื้อแบคทีเรีย

ที่ยังมีชีวิตอยู่ ไม่แตกต่างจาก colony ที่ไม่ได้รับ curcumin แต่พบว่า curcumin จะยับยั้งการทำงานของ NF-kappa B ซึ่งก่อให้เกิดการอักเสบ โดยจะยับยั้งการสลายตัวของ IKBa การทำงานของเอนไซม์ IKB kinases a และ b และ NG-KB DNA-binding นอกจากนี้ยังยับยั้งการหลั่ง Interlukin 8 และการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ (cellscattering) ⁽⁵⁾

3.ฤทธิ์ต้านการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ขมิ้นชันสามารถต้านการเกิดแผลในกระเพาะโดยกระตุ้นการหลั่ง mucin มาเคลือบ และยับยั้งการหลั่งน้ำย่อยต่าง ๆ ⁽⁷⁾ สารสำคัญในการออกฤทธิ์ คือ curcumin การศึกษา พบว่า curcumin ในขนาด 50 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม สามารถกระตุ้นการหลั่ง mucin ออกมาเคลือบกระเพาะ ⁽⁶⁾

4. ฤทธิ์ขับลมของขมิ้นชัน เป็นผลของน้ำมันหอมระเหย

5. มีฤทธิ์ลดการอักเสบโดยยับยั้งเอนไซม์ COX-2 และลดการสร้างสารก่อการอักเสบ (Pro-inflammatory cytokines)

6. กระตุ้นการหลั่งน้ำดี ช่วยย่อยอาหาร และลดอาการท้องอืด

7. มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ช่วยปกป้องเซลล์จากความเสียหาย

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration) ⁽⁷⁾

สำหรับบรรเทาอาการแน่น จุกเสียด ท้องอืด ท้องเฟ้อ

รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1 กรัม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน

สำหรับบรรเทาอาการปวดและอักเสบในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม

รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

ใช้ติดต่อกันไม่เกิน 4 - 8 สัปดาห์ หากต้องใช้ต่อเนื่องควรปรึกษาแพทย์

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction) ⁽⁸⁾

1. อาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นที่รับรู้

- อาการทางระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องเฟ้อ ปากแห้ง
- อาการทางระบบประสาท ปวดหัว
- อาการทางจิตเวช นอนไม่หลับ
- อาการทางผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ผื่นระคายสัมผัส ผื่นหนังอักเสบจากการแพ้

2. อาการไม่พึงประสงค์ที่ยังไม่เป็นที่รับรู้

อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก อาการบวมส่วนปลาย เป็นไข้ หิวน้ำ หน้าบวม ผื่นที่กระจายไปทั่วตัว บวมน้ำ อาการปวด อาการทางผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง อาการคัน ผื่น ผื่นนูนแบน ผื่นลมพิษ angioedema ผื่นแดง ผื่นหนังแห้ง ผื่นชนิดขึ้นที่ประจำ ผื่นหนังอักเสบเป็นตุ่มน้ำ ผื่นผิวหนังแดงลอกเป็นขุย (dermatitis exfoliative) ผื่นชนิด erythema multiforme ผื่นแบบ Steven-Johnson syndrome อาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการเรอ อาเจียน ท้องผูก เป็นแผลในปาก ปากบวม ปากชา ริมฝีปากอักเสบ อาหารไม่ย่อย เหนื่อยโศ หายใจลำบาก ไอ ความอยากอาหารลดลง ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น วิงเวียน ง่วงนอน ความรู้สึกสัมผัสที่ผิดปกติ ความรู้สึกสัมผัสที่เพี้ยนไป ความผิดปกติในการรับรส

ข้อห้ามใช้ (Contraindication)

1. ผู้ที่แพ้มันชัน หรือสารในกลุ่มเคอร์คูมินอยด์
2. ผู้ที่มีภาวะอุดตันของท่อน้ำดี เนื่องจากมันชันกระตุ้นการหลั่งน้ำดี⁽⁹⁾
3. ผู้ที่มีภาวะเลือดออกง่าย หรือใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ข้อควรระวัง (Precaution)

1. ควรระมัดระวังการใช้ในหญิงมีครรภ์ ยกเว้นภายใต้การดูแลของแพทย์⁽¹⁰⁾
2. ควรระวังการใช้ในเด็ก เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย⁽¹⁾
3. ระมัดระวังใช้ขนาดสูงเป็นเวลานาน อาจส่งผลต่อการแข็งตัวของเลือด

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions)

1. ยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลุ่ม anticoagulant ได้แก่ warfarin และกลุ่ม antiplatelets ได้แก่ aspirin เนื่องจากเสี่ยงภาวะเลือดออก^(11, 12)
2. ยาที่มีกระบวนการเมแทบอลิซึมผ่านเอนไซม์ cytochrome P450 เนื่องจาก curcumin ยับยั้ง CYP3A4, CYP1A2 แต่กระตุ้น CYP2A6⁽¹³⁾
3. ยารักษาโรคมะเร็งบางชนิด เช่น doxorubicin, cyclophosphamide, chlormethine และ camptothecin เนื่องจาก curcumin มีฤทธิ์ต้านยาดังกล่าว⁽¹⁴⁾

คำแนะนำเพิ่มเติม

1. ควรใช้มันชันในขนาดที่แนะนำ และไม่เกินปริมาณที่กำหนด
2. หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์
3. การรับประทานพร้อมพริกไทยดำอาจช่วยเพิ่มการดูดซึมของเคอร์คูมิน⁽¹⁵⁾

1. World Health Organization. WHO monographs on selected medical plants Vol.1. Geneva. World Health Organization. 1999. P 115-24.
2. สำนักหอพรรณไม้. ชื่อพรรณไม้แห่งประเทศไทย เต็ม สมิตินันท์ ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม 2557 กรุงเทพฯ. สำนักงานหอพรรณไม้ สำนักวิจัยและอนุรักษ์ป่าไม้และพรรณพันธุ์พืช กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช:2557. หน้า 160
3. Thai pharmacopoeia Committee. Thai Herbal Pharmacopoeia Vol .1. Nonthaburi: Department of Medical sciences. Ministry of Public Health .1995. p .38-44.
4. Garcea G, Jones DJL, Singh R, Dennison AR, Farmer PB, Sharma RA, et al. Detection of curcumin and its metabolites in hepatic tissue and portal blood of patients following oral administration. British Journal of Cancer.2004; 90 :1011-5.
5. Foryst-Ludwig A, Neumann M, Schneider-Brachert W, Naumann M. Curcumin blocks NF-kB and the mitogenic response in Helicobacter pylori-infected epithelial calls. Biochem Biophy Res Communications. 2004;316(4):1065-72.
6. Permpiphat U, Kieatyingsulee N, Anulakanapakorn K, Jirajariyavech W, Kittisiripornkul S, Chuthaputti U. Pharmacological study of Curcuma longa. Symposium of the Department of Medicinal Science; 1990 Dec3-4; Bangkok Thailand.1990.
7. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 39,98.
8. พรทิพย์ พามนตรี, วิมล สุวรรณเกษาวงษ์, พัทยา โภคะกุล, ศุภเทพ สนธิประสิทธิ์กุล, ชุติวรรณ พันพา, อธิภัทร เกษมสันตินาวิน และคณะ. รายงานความปลอดภัยของการใช้ยาสมุนไพรขมิ้นชันในฐานะข้อมูลรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของประเทศไทย (Thai Vigibase). Thai journal of pharmacy practice vol.15 no.3 jul – sep 2023.
9. Tarasub N, Tarasub C, Ayutthaya WD. Histological changes of spleen, stomach and small intestine induced by cadmium in rats and the protective effect of curcumin. Thammasat Medical Journal. 2009;9(3):213-24.
10. Mahattanadol S, Panichayupakaranant P, Tungsinmonkong K. Comparison of the inhibitory potency of curcumin, demethoxycurcumin and bisdemethoxycurcumin on iNOS-derived NO in activated macrophages and on gastric ulcer in rats. Planta Medica. 2009;75(9): PJ22.
11. Prakash P, Misra A, Surin WR, Jain M, Bhatta RS, Pal R, et al. Anti-platelet effects of Curcuma oil in experimental models of myocardial ischemia-reperfusion and thrombosis. Thrombosis Research. 2011;127(2):111-8.
12. Jantan I, Raweh SM, Sirat HM, Jamil S, Mohd Yasin YH, Jalil J, et al. Inhibitory effect of compounds from Zingiberaceae species on human platelet aggregation Phytomedicine. 2008;15(4):306-9.
13. Chen Y, Liu WH, Chen BL, Fan L, Han Y, Wang G, et al. Plant polyphenol curcumin significantly affects CYP1A2 and CYP2A6 activity in healthy, male Chinese volunteers. Annals of Pharmacotherapy. 2010;44(6):1038-45.

14. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Turmeric 2019 [updated January 9, 2019; Accessed February. Available from: <https://www.mskcc.org/cancer-care/integrative-medicine/herbs/turmeric>.
15. Prasad S, Tyagi AK, Aggarwal BB. Recent Developments in Delivery, Bioavailability, Absorption and Metabolism of Curcumin: the Golden Pigment from Golden Spice. *Cancer Res Treat*. 2014;46(1): 2–18.

เภสัชกรหญิงปริญดา พิธีธรรมานนท์
เภสัชกรสุพรพงษ์ ทองก๊ก

ชื่อสามัญ	(ไทย)	ขิง
	(อังกฤษ)	Ginger
ชื่อวิทยาศาสตร์ ⁽¹⁾	<i>Zingiber officinale</i> Roscoe	
ชื่อวงศ์ ⁽¹⁾	Zingiberaceae	
ชื่อท้องถิ่น	ขิงแกลง ขิงแดง ขิงเผือก สะเอ	



ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

ส่วนที่ใช้ ⁽²⁾

ส่วนเหง้าสด (rhizome) โดยใช้ผงเหง้าขิงแก่ ที่มีน้ำมันหอมระเหย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2.0 โดยปริมาตรต่อน้ำหนัก (V/W) เตรียมตำรับยา

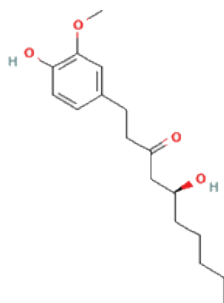
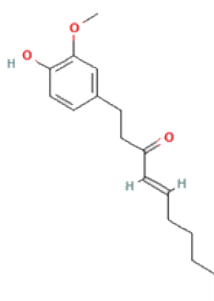
สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient) ^(2, 3)

ในเหง้าขิงมีน้ำมันหอมระเหยประมาณ 1 - 3 % ^(1, 2) ขึ้นอยู่กับวิธีปลูก และช่วงการเก็บรักษา เช่น menthol, borneol, fenchone, 6-shogaol และ 9-gingerol menthol ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการออกฤทธิ์ สารรสเผ็ดร้อน (pungent) จากเหง้าขิง เรียกว่า gingerols และ shogaols

1. Phenolic compounds: gingerols (6-gingerol, 8-gingerol, 10-gingerol), shogaols, paradols, quercetin, zingerone, gingerenone-A, 6-dehydrogingerdione)

2. Terpene compounds: β -bisabolene, α -curcumene, zingiberene, α -farnesene, β -sesquiphellandrene

สูตรเคมี (Chemical Formula)

Gingerol: $C_{17}H_{26}O_4$ ที่มา : <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Gingerol#section=Structures>Shogaol: $C_{17}H_{24}O_3$ ที่มา : <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Gingerol#section=Structures>กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action) ⁽³⁾

1. ขับลม เนื่องจากมีน้ำมันหอมระเหย ซึ่งมีสารออกฤทธิ์ คือ menthol และ cineole ซึ่งช่วยขับลม และสารสกัดด้วยอะซีโตน ได้แก่ shogaol และ gingerol ช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร
2. ด้านการอาเจียน เนื่องจากมี shogaol และ gingerol ลดการบีบเกร็งตัวของลำไส้ และกระเพาะอาหาร
3. ด้านอนุมูลอิสระ เนื่องจาก 6-shogaol และ Ginger oleoresin สามารถลดการสร้าง ROS
4. ด้านการอักเสบ เนื่องจาก 6-shogaol and 6-gingerol, 6-dehydroshogaol สามารถยับยั้งการสร้างสารก่อการอักเสบ เช่น NO, PGE2, TNF- α , IL-6 และ IL-1 β จึงมีการใช้ในการรักษาอาการปวดข้อ
5. ด้านการเจริญเติบโตของเชื้อ
 - *Staphylococcus aureus* โดย gingerenone-A และ 6-shogaol ยับยั้งกระบวนการ 6-hydroxymethyl-7, 8-dihydropterin pyrophosphokinase ของเชื้อ
 - *Streptococcus mutans* โดยมีข้อมูลจากการศึกษาการใช้ crude extract และ methanolic fraction จากขิง ยับยั้งการสร้าง biofilm การสังเคราะห์ glucan และการยึดเกาะของเชื้อ

- *Fusarium verticillioides* โดยน้ำมันหอมระเหยจากชิง สามารถยับยั้งการเติบโตของเชื้อจากการลดการสังเคราะห์ ergosterol
- *Aspergillus flavus* โดยน้ำมันหอมระเหยจากชิง สามารถยับยั้งการเติบโตของเชื้อจากการลด การสังเคราะห์ aflatoxin และ ergosterol
- *Human respiratory syncytial virus (HRSV)* พบว่า ชิงสดสามารถยับยั้งการ attachment และ internalization ของไวรัสได้

6. ต้านมะเร็ง โดย 6-shogaol กระตุ้นการเกิด apoptosis, 6-gingerol และ 10-gingerol ยับยั้งกระบวนการเกิด cell cycle และการยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration) ^(2,3)

1. บรรเทาอาการท้องอืด ขับลม แน่น จุกเสียด รับประทานวันละ 2 – 4 กรัม
2. ป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการเมาเรือ รับประทานวันละ 1 – 2 กรัม ก่อนเดินทาง 30 นาที – 1 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการ
3. ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน หลังการผ่าตัด รับประทานครั้งละ 1 กรัม ก่อนการผ่าตัด 1 ชั่วโมง

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction) (US FDA ระบุว่า ชิงยังมีความปลอดภัยในการใช้ชิง ปริมาณ 4 กรัมต่อวัน) ⁽⁵⁾

1. เกิดอาการแสบร้อนบริเวณทางเดินอาหาร อาการระคายเคืองบริเวณปากและคอ ทำให้เยื่อในช่องปากเกิดการอักเสบ เนื่องจากชิงเป็นสมุนไพรที่มีฤทธิ์ร้อน (เมื่อใช้ปริมาณมากกว่า 6 กรัม ต่อวัน)

2. ชิงมีฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือด ควรงดการรับประทานชิง ขณะที่ใช้ยาละลายลิ่มเลือด หรือ ขณะที่มีอาการเลือดออกผิดปกติ (6-gingerol และ 6-shogaol มีฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด มากกว่าสารประกอบอื่น ๆ ของชิง) ⁽⁵⁾

- เกิดเมื่อใช้ชิงปริมาณ 10 กรัม ครั้งเดียว ในผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด ⁽⁵⁾
- การใช้ชิงปริมาณน้อยกว่า หรือเท่ากับ 4 กรัม ทุกวัน ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน ไม่ส่งผลต่อการแข็งตัวของเกล็ดเลือด ⁽⁵⁾

ข้อห้ามใช้ (Contraindication) -

ข้อควรระวัง (Precaution) ^(2, 3)

1. ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดี ยกเว้นภายใต้การดูแลของแพทย์
2. ไม่แนะนำให้รับประทานในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ขวบ

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions) ^(6, 7)

1. anticoagulants
2. antiplatelet agents
3. Nifedipine เนื่องจากมีรายงานว่าทำให้ร่วมกันของชิงและ nifedipine ยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด

1. Ryan JL, Morrow GR. Ginger. *Oncol Nurse Ed.* 2010 Feb;24(2):46-49. Epub 2010 Feb 16.
2. หน่วยแพทย์ทางเลือก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ชิง (ginger) [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/altern_med/th/km/22dec2023-1037
3. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 39.
4. Mao QQ, Xu XY, Cao SY, Gan RY, Corke H, Beta T, Li HB. Bioactive Compounds and Bioactivities of Ginger (*Zingiber officinale* Roscoe). *Foods.* 2019 May 30;8(6):185.
5. Ali, Badreldin H et al. "Some phytochemical, pharmacological and toxicological properties of ginger (*Zingiber officinale* Roscoe): a review of recent research." *Food and chemical toxicology: an international journal published for the British Industrial Biological Research Association* vol. 46,2 (2008): 409-20. doi: 10.1016/j.fct.2007.09.085
6. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ 2559 ประกาศ ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559. คัดจาก ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 133 ตอนพิเศษ 86 ง วันที่ 12 เมษายน 2559.
7. Williamson E, Driver S, Baxter K, editors. *Stockley's Herbal Medicines Interactions.* London: Pharmaceutical Press; 2009.

เภสัชกรชนนัฎฐ์ แสงอังคนาวิน

ชื่อสามัญ ^(1, 2)

(ไทย)

มะขามแขก

(อังกฤษ)

Senna, Alexandria senna, Indian senna,

Tinnevelly senna

ชื่อวิทยาศาสตร์

Senna alexandrina Mill

Cassia acutifolia Delile, *Cassia angustifolia* Vahl,

Cassia obovata Collad., *Cassia senna* L. (ชื่อพ้อง)

ชื่อวงศ์

Fabaceae (Leguminosae)-*Caesalpinioideae*



ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

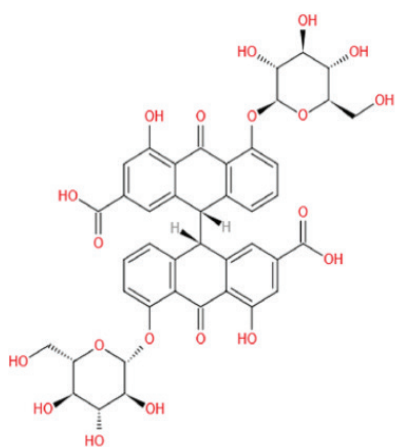
ส่วนที่ใช้ ⁽²⁾

ใบและฝัก (leaf and fruit) โดยใช้ผงใบ หรือผงใบและฝักของมะขามแขก ที่มีสารสำคัญ hydroxyanthracene glycosides ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2.5 โดยคำนวณจาก sennoside B เตรียมตำรับยา

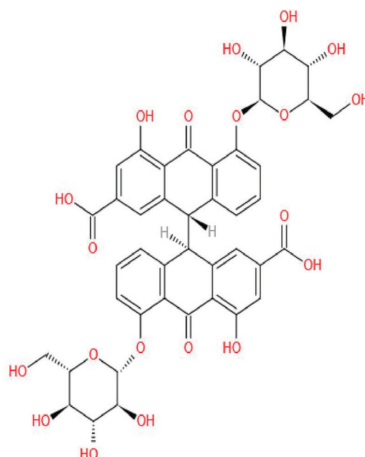
สารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

สารกลุ่ม hydroxyanthracene glycosides ได้แก่ sennoside A (SA) และ sennoside B (SB)

สูตรเคมี (Chemical Formula)



Sennoside A



Sennoside B

ที่มา : Pharmacology, Toxicology, and Metabolism of Sennoside A, A Medicinal Plant-Derived Natural Compound

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action)

Sennoside มีฤทธิ์เป็นยาระบายชนิดกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Stimulant Laxative) เมื่อถูกรับประทานจะเปลี่ยนเป็น rhein anthrone ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นการขับถ่ายในลำไส้⁽³⁾ โดยจากการศึกษาของ Kobayashi et al. ในปี 2007 พบว่า SA (30 mg/kg) ยับยั้งการหดตัวของลำไส้ใหญ่ส่วนต้น ลดระยะเวลาการเดินทางของเนื้อหาในลำไส้และการดูดซึมน้ำ ทำให้การเคลื่อนที่ของเนื้อหาในลำไส้ส่วนปลายเร็วขึ้น⁽⁴⁾ และจากการศึกษาของ Kon et al. ในปี 2014 พบว่า SA (50 mg/kg) สามารถลด Aquaporins (AQPs) ในลำไส้ใหญ่ ส่งผลให้การดูดซึมน้ำจากลำไส้เข้าสู่กระแสเลือดลดลง ทำให้เกิดการขับถ่ายได้มากขึ้น โดยกลไกสำคัญ คือ rhein anthrone กระตุ้น Macrophages ให้หลั่ง Prostaglandin E2 (PGE2) ซึ่งลด AQP3 ในเยื่อลำไส้ใหญ่⁽⁵⁾

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration)⁽²⁾

สำหรับบรรเทาอาการท้องผูก

ยาในรูปแบบแคปซูล รับประทานครั้งละ 800 มิลลิกรัม – 1,200 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction)

1. ปวดมวนท้อง
2. ภาวะอิเล็กโทรไลต์ต่ำ
3. ผื่น Senna induced dermatitis

ข้อห้ามใช้ (Contraindication)

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันในทางเดินอาหาร (gastrointestinal obstruction) หรือปวดท้อง โดยไม่ทราบสาเหตุ
2. ห้ามใช้ในผู้มีประวัติแพ้ยานี้

ข้อควรระวัง (Precaution)

1. ระวังการใช้ในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 12 ปี
2. ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory Bowel Disease)
3. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำ (Dehydration) หรืออิเล็กโทรไลต์ต่ำ
4. ระวังการใช้ระยะยาวในผู้ป่วยที่มีภาวะไตหรือตับทำงานบกพร่อง
5. ระวังการใช้ในสตรีมีครรภ์ เนื่องจากอาจทำให้มีอาการปวดเกร็งท้อง หรือภาวะอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุลได้
6. ระวังการใช้ในหญิงให้นมบุตร เนื่องจาก rhein สามารถขับออกทางน้ำนม

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions)

1. Digoxin เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Digoxin toxicity เนื่องจากมีการสูญเสียโพแทสเซียมจากฤทธิ์ระบาย
2. การใช้ยาที่มีฤทธิ์ระบาย (laxative effect) ในปริมาณสูงอาจทำให้ระดับแมกนีเซียม หรือโพแทสเซียมในเลือดลดลง ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ QT prolongation โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้ยา ซึ่งมีผลข้างเคียงต่อการเกิด QT prolongation เช่น Azithromycin, Ciprofloxacin เป็นต้น

1. Keith Hillier, Senna, Editor(s): S.J. Enna, David B. Bylund, xPharm: The Comprehensive Pharmacology Reference, Elsevier, 2007, Pages 1-3, ISBN 9780080552323, <https://doi.org/10.1016/B978-008055232-3.62609-1>.
2. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 51-2.
3. Le, J., Ji, H., Zhou, X., Wei, X., Chen, Y., Fu, Y., Ma, Y., Han, Q., Sun, Y., Gao, Y., & Wu, H. (2021). Pharmacology, Toxicology, and Metabolism of Sennoside A, A Medicinal Plant-Derived Natural Compound. *Frontiers in pharmacology*, 12, 714586. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.714586>
4. Kobayashi M., Yamaguchi T., Odaka T., Nakamura T., Tsuchiya S., Yokosuka O., et al. (2007). Regionally Differential Effects of Sennoside A on Spontaneous Contractions of colon in Mice. *Basic Clin. Pharmacol. Toxicol.* 101 (2), 121–126. 10.1111/j.1742-7843.2007.00088.x
5. Kon R., Ikarashi N., Nagoya C., Takayama T., Kusunoki Y., Ishii M., et al. (2014). Rheinanthrone, a Metabolite of Sennoside A, Triggers Macrophage Activation to Decrease Aquaporin-3 Expression in the colon, Causing the Laxative Effect of Rhubarb Extract. *J. Ethnopharmacol* 152 (1), 190–200. 10.1016/j.jep.2013.12.055
6. World health organization. WHO monographs on selected medicinal plants. Geneva 1999;1,241-8
7. Vilanova-Sanchez, A., Gasior, A. C., Toocheck, N., Weaver, L., Wood, R. J., Reck, C. A., Wagner, A., Hoover, E., Gagnon, R., Jagers, J., Maloof, T., Nash, O., Williams, C., & Levitt, M. A. (2018). Are Senna based laxatives safe when used as long term treatment for constipation in children?. *Journal of pediatric surgery*, 53(4), 722–727. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.01.002>
8. Trottier, M., Erebara, A., & Bozzo, P. (2012). Treating constipation during pregnancy. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 58(8), 836–838.
9. Wang, M. T., Li, I. H., Lee, W. J., Huang, T. Y., Leu, H. B., & Chan, A. L. (2011). Exposure to sennoside-digoxin interaction and risk of digoxin toxicity: a population-based nested case-control study. *European journal of heart failure*, 13(11), 1238–1243. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfr091>

เพชรสังฆาต

Group
07

เภสัชกรหญิงสุกัลยา ยิदनริน
แพทย์แผนไทยประยุกต์พลภัส เอกรังสี

ชื่อสามัญ ^(1, 2, 3)	(ไทย)	เพชรสังฆาต
	(อังกฤษ)	Veld grape, Devil's backbone
ชื่อวิทยาศาสตร์		<i>Cissus quadrangularis</i> L.
ชื่อวงศ์		Vitaceae
ชื่อท้องถิ่น		สันชะเมาต, ขันซ้อ (ราชบุรี) สามร้อยต่อ (ประจวบคีรีขันธ์) สันชะควด



ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

ส่วนที่ใช้

เถา (ลำต้น) (stem)

สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient) ^(4, 5)

เพชรสังฆาต พบสารเคมีหลายชนิด ได้แก่

Flavonoids (flavonol): quercetin, quercitrin, isoquercetin, kaempferol, luteolin

Triterpenoids: lopenone, epifriedelinol, isoarborbornol

Steroid: β -sitosterol

Stilbene: resveratrol, piceatannol, pallidol, parthenocissine A, quadrangularins A, quadrangularins B, quadrangularins C

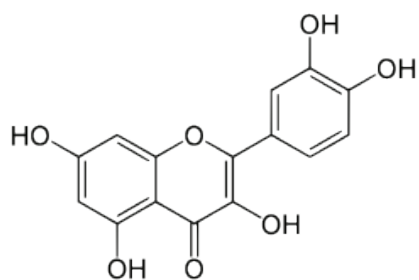
Vitamin: vitamin C, vitamin E

calcium oxalate, potassium, phosphorus

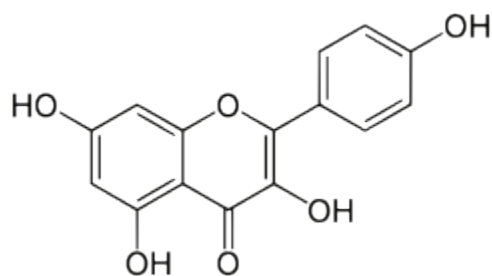
THAI
4
HERB

สูตรเคมี (Chemical Formula)

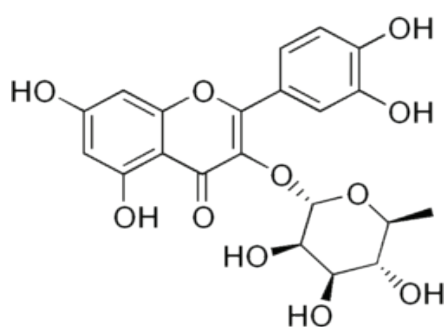
Flavonoids (flavonol)



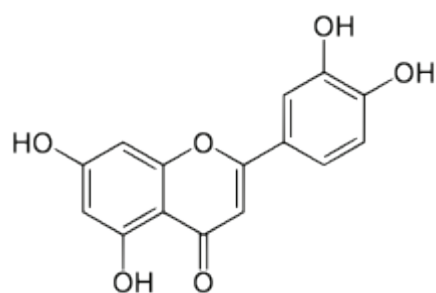
Quercetin



Luteolin

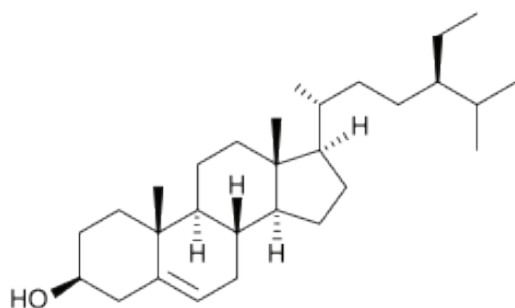


Quercitrin



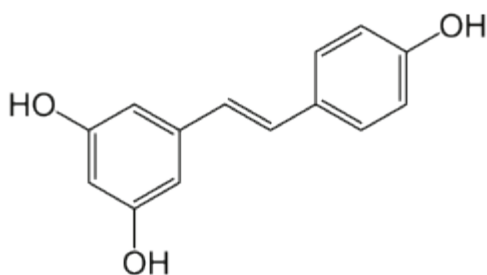
Luteolin

Steroid

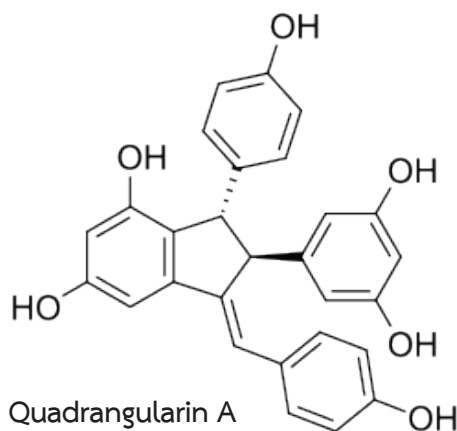


β -sitosterol

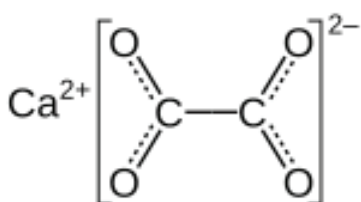
Stilbene



Resveratrol



Quadrangularin A



Calcium oxalate

ที่มา <http://en.wikipedia.org/wiki/>

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action) ^(6,7,8,9)

สารสกัดเพชรสังฆาต มีสรรพคุณใช้เป็นยารักษาโรคผิวหนัง มีฤทธิ์กระตุ้นหลอดเลือดดำ เหมาะสำหรับคนที่เป็นโรคโรคผิวหนัง ซึ่งมักจะเกิดภาวะเลือดคั่งจนทำให้ส่วนปลายสุดของลำไส้ใหญ่เกิดอาการโป่งพองคล้ายกับมีติ่งยื่นออกมาจากทวารหนัก ซึ่งอาจทำให้เกิดการอักเสบ หรือติดเชื้อได้ง่าย การรับประทานเพชรสังฆาตจึงช่วยให้มีความตึงตัวเพิ่มขึ้น คล้ายกับส่วนผสมของไบโอฟลาโวนอยด์ 2 ชนิด ได้แก่ ไดออสมิน 90 % และฮิสเพอริดิน 10 % ที่พบในตำรับยาแผนปัจจุบัน ช่วยลดอาการอักเสบ รวมทั้งช่วยให้หลอดเลือดดำที่มีอาการบวมเป่งอยู่บริเวณทวารหนักหดตัว ฝ่อเล็กลงได้อีกด้วย

ฤทธิ์ด้านการอักเสบเฉียบพลัน สารสกัดเมทานอลยับยั้งการบวมของใบหู และการบวมของอุ้งเท้าของหนูขาว ที่ถูกกระตุ้นด้วยสารเคมี สารสกัดเฮกเซนที่ความเข้มข้นร้อยละ 1 และสารสกัดเอทานอลที่ความเข้มข้นร้อยละ 5 ลดอาการบวมของใบหูหนูที่เหนี่ยวนำด้วยสารเคมี ได้ที่เวลา 30 นาที ตรวจพบองค์ประกอบทางเคมีของสาร lupeol ในสารสกัดเฮกเซน

ฤทธิ์แก้ปวด สารสกัดเมทานอลลดจำนวนครั้งที่หนูถีบจักรยืดบิดตัวจากอาการเจ็บปวดท้อง เนื่องจากได้รับกรดอะซิติลที่ฉีดเข้าทางช่องท้อง และลดระยะเวลาของการเลียเท้าหลังทั้ง 2 ระยะ ในการทดสอบด้วยการฉีดฟอร์มัลิน แสดงว่าออกฤทธิ์แก้ปวดผ่านทั้งระบบประสาทส่วนกลาง และส่วนปลาย

ขนาดและวิธีใช้ (9, 10, 11)

บรรเทาอาการริดสีดวงทวารหนักทั้งชนิดภายในและภายนอก ยาแคปซูลเพอร์สังฆาตในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 เป็นสูตรสมุนไพรผสมมี 2 สูตรตำรับ

สูตรตำรับที่ 1 ในผงยา 100 กรัม ประกอบด้วย เกลาเพอร์สังฆาต หนัก 70 กรัม รากอัคคีทวาร หนัก 20 กรัม และโกศน้ำเต้า หนัก 10 กรัม

รับประทาน 1.2 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที (ขนาดแคปซูลละ 400 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 3 แคปซูล วันละ 3 เวลา)

สูตรตำรับที่ 2 ในผงยา 85 กรัม ประกอบด้วย เกลาเพอร์สังฆาต หนัก 50 กรัม กะเม็ง (ทั้งต้น) หนัก 15 กรัม โกศน้ำเต้า หัวกระชาย หนักสิ่งละ 10 กรัม

หมายเหตุ หากขนาดที่แนะนำ รับประทานแล้วระคายมากเกินไป ให้ลดขนาดการรับประทานลง เนื่องจากยาสมุนไพรมีฤทธิ์ระคายอ่อน ๆ

อาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reactions) ⁽⁹⁾

ผู้ใส่เพอร์สังฆาตบางรายอาจมีอาการท้องผูก ท้องเสีย ท้องอืด และอาเจียน ดังนั้นควรรับประทาน ในปริมาณที่กำหนดอย่างเหมาะสม ห้ามรับประทานติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ เพราะอาจก่อให้เกิดนิ่วทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคไตห้ามรับประทาน

ข้อห้ามใช้ (Contraindication) -**ข้อควรระวัง (Precaution)**

1. ระวังการใช้ในเด็ก สตรีมีครรภ์ หญิงที่กำลังให้นมบุตร
2. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions)

ยังไม่พบรายงานอันตรกิริยาของยาเพอร์สังฆาต กับยา warfarin หากใช้ร่วมกัน แนะนำติดตามค่า INR ^(3, 9)

ข้อมูลเพิ่มเติม

1. เพอร์สังฆาตมีสารแคลเซียมออกซาเลต (Calcium Oxalate) ดังนั้นการรับประทานแบบสด ๆ อาจทำให้เกิดการระคายเคืองในเยื่อบุปาก หรือคอได้ ดังนั้นควรรับประทานชนิดแคปซูลจะดีกว่า
2. มีรายงานในสัตว์ทดลองว่า สาร anthraquinone จากโกศน้ำเต้า เมื่อใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า เกิดพิษต่อไต
3. ในการรักษา ผู้ป่วยควรงด หรือหลีกเลี่ยงอาหารแสลง เช่น เหล้า เบียร์ ของหมักดอง อาหารทะเล เป็นต้น
4. การศึกษาพิษกึ่งเรื้อรัง (3 เดือน) ของผงแห้งส่วนเกลาของเพอร์สังฆาตในหนู โดยให้หนูกิน ปริมาณคิดเป็น 100 เท่าของขนาดที่ใช้กับคน พบว่า ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโลหิตวิทยา ชีวเคมีของซีรัม จุลพยาธิของอวัยวะภายใน และไม่พบความผิดปกติใด ๆ ⁽¹²⁾

1. The Plant List Version 1.1. A genus and species. [Online]. Available from: <http://www.theplantlist.org/>
2. เต็ม สมิตินันท์. ชื่อพรรณไม้เมืองไทย เต็ม สมิตินันท์ ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานหอพรรณไม้ สำนักวิจัยการอนุรักษ์ป่าไม้และพันธุ์พืช; 2557. (828 หน้า)
3. ฐานข้อมูลเครื่องยาไทย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. เพชรสังฆาต, [ออนไลน์]. 2025, สืบค้นจาก: <https://phar.ubu.ac.th/herb-DetailThaicrudedrug/95>, [17 มี.ค. 2568].
4. Thai herbal pharmacopoeia Volume IV. Phet sangkhat: Department of medical sciences, Ministry of public health nonthaburi 11000, Thailand. 2014; 66-67.
5. การันณา เพือกหนู. (2560). การศึกษาสายสัมพันธ์ประกอบทางเคมีด้วยวิธีโครมาโทกราฟี ของ quercetin, isoquercetin และ quercitrin จากเพชรสังฆาต. ปรียุณานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการเภสัชภัณฑ์). กรุงเทพฯ :บัณฑิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
6. The botanical Garden Organization. Cissus quadrangularis Linn [Internet]. 2011 [cited 2025 Mar 17]. Available from: http://www.qsb.org/Database/BOTANIC_Book%20full%20option/search_detail.asp?botanic_id=1163
7. Lekutai S, Porshahid PA. The effect of treatment of hemorrhoids patients from Cissus quadrangularis Linn extracts. Journal of Health Science 2011;20:848-5
8. Panpimanmas S, Sithipongsri S, Sukdanon C, Manmee C. Experimental comparative study of the efficacy of side effects of Cissus quadrangularis L. (Vitaceae) to Daflon (Servier) and placebo in the treatment of acute hemorrhoids. J Med Assoc Thai 2010; 93: 1360-7
9. Phimarn W, Caichompoo W, Sungthong B, Saramunee K. A systematic review and meta-analysis on effectiveness of cissus quadrangularis (Linn.) in hemorrhoid treatment. IJPS 2014;10: 403-18
10. นพมาศ สุนทรเจริญนนท์. เพชรสังฆาต.คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
11. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 57-8.
12. Kothari SC, Shivarudraiah P, Venkataramaiah SB, Koppolu KP, Gavara S, Jairam R, et al. Safety assessment of Cissus quadrangularis extract (CQR-300) : subchronic toxicity and mutagenicity studies. Food Chem Toxicol 2011;49:3343-57

มะขามป้อม

Group
07

เภสัชกรหญิงวริษฐา โยธาสมุทร

ชื่อสามัญ	(ไทย)	มะขามป้อม
	(อังกฤษ)	Indian gooseberry, Emblic, Malacca tree, Myrobalan
ชื่อวิทยาศาสตร์	<i>Phyllanthus emblica</i> Linn. <i>Emblica officinalis</i> Gaertn. (ชื่อพ้อง)	
ชื่อวงศ์ ⁽¹⁾	Euphorbiaceae (วงศ์ยางพารา)	
ชื่อท้องถิ่น	กันโตด กำทวด มั่งลู๋ สันยาซ่า	



ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

ส่วนที่ใช้

ผล (fruits)

สารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

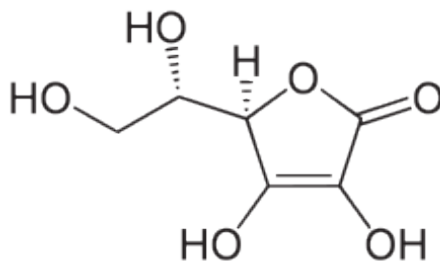
มะขามป้อม มีองค์ประกอบสารเคมีออกฤทธิ์หลายชนิดที่สำคัญ ได้แก่ วิตามินซี (กรดแอสคอร์บิก) ในปริมาณสูง และสารประกอบในกลุ่มโพลีฟีนอลจำนวนมาก เช่น แทนนิน และกรดฟีนอลิกต่าง ๆ (เช่น กรดเอลลาจิก, กรดแกลลิก) รวมถึงแทนนินชนิดพิเศษที่พบในมะขามป้อมอย่าง emblicanin, corilagin และ geraniin นอกจากนี้ยังมีสารกลุ่มฟลาโวนอยด์ เช่น quercetin และ kaempferol รวมถึง โปรแอนโทไซยานิดิน และไกลโคไซด์อื่น ๆ สารเหล่านี้ร่วมกันเป็นแหล่งของฤทธิ์ทางชีวภาพหลากหลายของมะขามป้อม ⁽²⁾

THAI
5
HERB

สูตรเคมี (Chemical Formula)

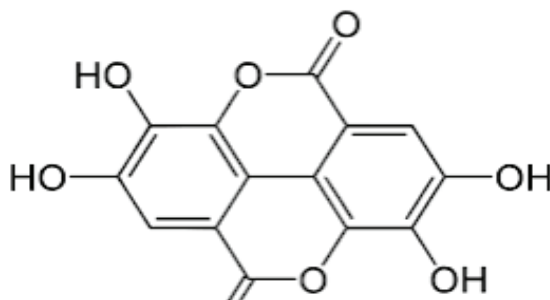
สูตรเคมีของสารสำคัญในมะขามป้อมมีหลายชนิด ตัวอย่างได้แก่

- กรดแอสคอร์บิก (วิตามินซี) – มีสูตรเคมี $C_6H_8O_6$
- กรดแกลลิก – มีสูตรเคมี $C_7H_6O_5$
- กรดเอลลาจิก – มีสูตรเคมี $C_{14}H_6O_8$



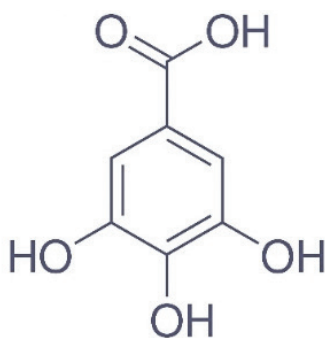
Ascorbic acid

ที่มา : Chemistry of ascorbic acid - Wikipedia



Ellagic acid

ที่มา : https://www.researchgate.net/figure/Fig-1-Chemical-structure-of-ellagic-acid_fig1_316988579



Gallic acid

ที่มา : <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Gallic-Acid>

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action)

1. **ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ** มะขามป้อมมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระที่เด่นชัด จากวิตามินซี และ สารโพลีฟีนอลในผล โดยสารเหล่านี้ช่วยกำจัด หรือยับยั้งการสร้างอนุมูลอิสระ ป้องกันการทำลายเซลล์ และเนื้อเยื่อจาก oxidative stress ซึ่งกลไกนี้เชื่อว่ายู่เบื้องหลังประโยชน์ต่อสุขภาพหลายประการ ของมะขามป้อม ⁽¹⁾

2. **ฤทธิ์ด้านการอักเสบ** สารสกัดมะขามป้อมสามารถลดการอักเสบโดยยับยั้งเอนไซม์สำคัญ ในกระบวนการอักเสบ เช่น ไซโคลออกซีจีเนส-1 และ -2 (COX-1, COX-2) และ โลโปออกซีจีเนส (5-LOX) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สร้างสารสื่ออักเสบ นอกจากนี้ยังลดการสร้างไนตริกออกไซด์ส่วนเกินในเซลล์ภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้การอักเสบในเนื้อเยื่อลดลง กลไกหลายด้านเหล่านี้ช่วยเสริมฤทธิ์กัน และอธิบายคุณสมบัติ ด้านการอักเสบ ต้านอนุมูลอิสระ รวมถึงฤทธิ์อื่น ๆ เช่น ฤทธิ์เสริมภูมิคุ้มกันของมะขามป้อมที่พบในงานวิจัย ⁽¹⁾ เป็นต้น

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration)

1. คำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข (สาธารณสุขมูลฐาน) ⁽³⁾

มะขามป้อมใช้รักษาอาการไอ ช่วยขับเสมหะ โดยใช้เนื้อผลแก่สด ครั้งละประมาณ 2 - 3 ผล ไซลิกพอแหลก แทรกเกลือเล็กน้อย อมหรือเคี้ยว รับประทานวันละ 3 - 4 ครั้ง

2. ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ⁽⁴⁾

ยาแก้ไอผสมมะขามป้อม (ยาน้ำ) จิบเมื่อมีอาการไอทุก 4 ชั่วโมง

สูตรตำรับที่ 1 ในยา 100 มล. ประกอบด้วย

สารสกัดน้ำมะขามป้อมเข้มข้น (ความเข้มข้น 40 %) 60 มล. สารสกัดใบเสนียด (ความเข้มข้น 10 %) 10 มล. กลีเซอริน 5 มล. สารสกัดรากชะเอมเทศ 0.45 มล. เกลือแกง 0.5 กรัม เกล็ดสะระแห่น 0.01 มก.

สูตรตำรับที่ 2 ในยา 100 มล. ประกอบด้วย

สารสกัดน้ำมะขามป้อมเข้มข้น (ความเข้มข้น 25 %) 30 มล. มะนาวดองแห้ง 8 มก. สารสกัด รากชะเอมเทศ 5 มล. ผีเสื้อจีน 3.3 มก. บัว 3 มก. เนื้อลูกสมอพิเภก 3 มก. เนื้อลูกสมอไทย 1 มก. หล่อฮังก้วย 2 มก. เกล็ดสะระแห่น 0.08 มก. น้ำตาลทรายแดง 40 มก.

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction)

การใช้มะขามป้อมโดยทั่วไปถือว่าปลอดภัยสูง ยังไม่พบรายงานผลข้างเคียงที่รุนแรง หรือต่อเนื่อง จากการบริโภคมะขามป้อมในขนาดที่ใช้เป็นอาหารหรือยาแผนโบราณ อย่างไรก็ตาม การรับประทาน มะขามป้อมในปริมาณมากอาจทำให้ระคายเคืองกระเพาะอาหาร หรือเกิดกรดในกระเพาะสูงขึ้น และอาจทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ในบางราย เนื่องจากมะขามป้อมมีกรดแอสคอร์บิก (วิตามินซี) เข้มข้น และมีสารแทนนินที่มีฤทธิ์ฝาดสมานซึ่งอาจชะลอการเคลื่อนไหวของลำไส้ ผู้ที่มีโรคกระเพาะควรบริโภค ด้วยความระมัดระวัง และสังเกตอาการ ⁽⁵⁾

ข้อห้ามใช้ (Contraindication) -

ข้อควรระวัง (Precaution)

1. ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยที่ท้องเสียง่าย เนื่องจากมะขามป้อมมีฤทธิ์เป็นยาระบาย
2. ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากในสูตรตำรับ มีน้ำตาลเป็นสารแต่งรส

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions)

แม้จะยังไม่มีรายงานปฏิกริยาระหว่างยาที่เด่นชัดจำนวนมาก แต่งานวิจัยระบุว่าควรใช้ความระมัดระวังเมื่อบริโภคมะขามป้อมร่วมกับยาบางชนิด

1. ยาด้านการแข็งตัวของเลือดและยาด้านเกล็ดเลือด: มะขามป้อมมีฤทธิ์ยับยั้งการจับตัวของเกล็ดเลือด จึงอาจเสริมฤทธิ์ยากกลุ่มต้านการแข็งตัว/เกล็ดเลือด เช่น แอสไพริน, วาร์ฟาริน, เฮพาริน, คลอพิโดเกรล หรือยาแก้ปวด NSAIDs และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเลือดออกได้ ผู้ป่วยที่ใช้ยากกลุ่มนี้ควรหลีกเลี่ยง หรือปรึกษาแพทย์ก่อนรับประทานสมุนไพรมะขามป้อมเสริม⁽⁵⁾
2. ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด: มะขามป้อมมีฤทธิ์ช่วยลดน้ำตาลในเลือด ดังนั้นการรับประทานร่วมกับยาเบาหวาน (เช่น อินซูลิน หรือยาลดน้ำตาลชนิดรับประทาน) อาจเสริมฤทธิ์ยาจนทำให้เสี่ยงภาวะน้ำตาลต่ำได้ ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องการใช้มะขามป้อมควรตรวจระดับน้ำตาล และอยู่ในความดูแลของแพทย์⁽⁵⁾
3. ธาตุเหล็ก: สารแทนนินจำนวนมากในมะขามป้อมสามารถจับกับธาตุเหล็ก และลดการดูดซึมของเหล็ก ในทางเดินอาหารได้ ดังนั้นไม่ควรรับประทานมะขามป้อม หรือผลิตภัณฑ์เสริมที่มีมะขามป้อมพร้อมกับยา หรืออาหารเสริมธาตุเหล็ก ควรแยกเวลารับประทานกัน เพื่อป้องกันการรบกวนการดูดซึม⁽⁵⁾

1. Arya Tjipta Prananda, Aminah Dalimunthe, Urip Harahap, Yogi Simanjuntak, Epina Peronika, Natasya Elsa Karosekali, et al. *Phyllanthus emblica*: a comprehensive review of its phytochemical composition and pharmacological properties. *Frontiers in Pharmacology*. 2023 Oct 26;14.
2. Poorada Booncharoen, Puthida Thepnorat, Pravit Akarasereenont. The Medicinal Uses of *Phyllanthus emblica* L. (Indian gooseberry): An Evidence-Based. *Wet Banthuek Siriraj* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2023 Nov 30];15(3):146–54. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/simedbull/article/view/256321>
3. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2541: 176 หน้า.
4. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 75-6.
5. Hashem-Dabaghian F, Ziaee M, Ghaffari S, Nabati F, Kianbakht S. A systematic review on the cardiovascular pharmacology of *Emblica officinalis* Gaertn. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Research*. 2018 Sep 25;10(3):118–28.

เภสัชกรหญิงวริษฐา โยธาสมุทร

ชื่อสามัญ	(ไทย) มะแว้งเครือ, มะแว้งต้น (อังกฤษ) -
ชื่อวิทยาศาสตร์ ^(1, 2)	มะแว้งเครือ <i>Solanum trilobatum</i> L. มะแว้งต้น <i>Solanum indicum</i> L., <i>S. sanitwongsei</i> Craib C และ <i>S. violaceum</i> Ortega. (ลักษณะทางพฤกษศาสตร์ที่คล้ายกัน แต่แตกต่างกันที่ลักษณะสีของผล ลวดลายของผล และลักษณะการมีและไม่มีหนามตามส่วนต่าง ๆ ของต้น เท่านั้น)
ชื่อวงศ์ ⁽¹⁾	<i>Solanaceae</i>
ชื่อท้องถิ่น	มะแว้งเครือ : แข้ว้งเคี้ย มะแว้งต้น : กันโตด กำพวด มั่งลู่ สันยาสา



สูตรตำรับ (ยาประสมมะแว้ง) ⁽³⁾

สูตรตำรับ ผงยา 96 กรัม ประกอบด้วย

1. มะแว้งต้น, มะแว้งเครือ อย่างละ 24 กรัม
2. ใบสวาด, ใบตานหม่อน, ใบกะเพรา อย่างละ 12 กรัม
3. เหม้าขมิ้นอ้อย 9 กรัม
4. สารส้มสะตุ 3 กรัม

ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

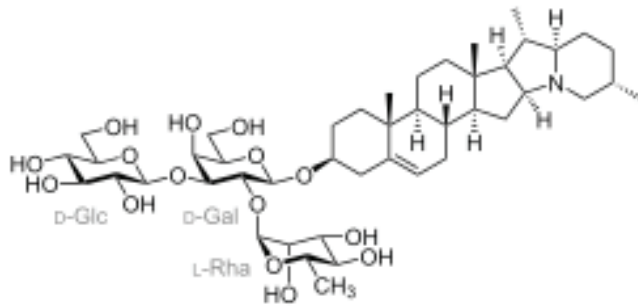
ส่วนที่ใช้

ผลแก่สด (fruit)

สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient)

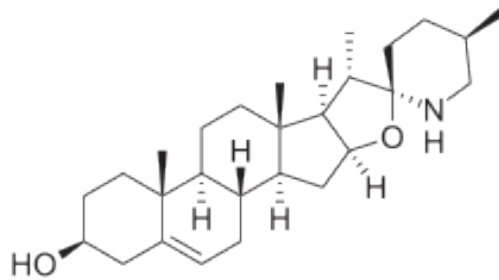
มะแว้งตรวจพบสารเคมีเป็นสารอัลคาลอยด์ (Alkaloids) พบหลายชนิด เช่น Solanine และ Solasodine, ไกลโคไซด์ (Glycosides), สเตอรอล (Sterols), ไตรเตอีนอยด์ (triterpenoids), ฟลาโวนอยด์ (flavonoids) และแทนนิน (tannins)

สูตรเคมี (Chemical Formula)



Solanine

ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/Solanine>



Solasodine

ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/Solasodine>

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action) ⁽²⁾

- ผลมะแว้งต้นพบสาร Alkaloids หลายชนิด เช่น Solanine และ Solasodine (สารนี้พบได้ทั้งในส่วนของผล ใบ และต้น) อีกทั้งยังพบสารไกลโคไซด์ (Glycosides), สเตอรอล (Sterols), ไตรเทอปีนอยด์ (triterpenoids), ฟลาโวนอยด์ (flavonoids) ส่วนในเมล็ดมะแว้งต้นพบวิตามินซี
- สารสกัดจากมะแว้งต้นมีฤทธิ์แก้ปวด แก้อาการอักเสบได้โดยสารดังกล่าวออกฤทธิ์คล้ายกับ Cortisone
- สาร Solasodine เป็นสารที่มีประสิทธิภาพขับเสมหะ และแก้อาการไอได้ดี

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration) ⁽³⁾

สูตรตำรับ (ยาประสมมะแว้ง) ⁽³⁾ ผงยา 96 กรัม ประกอบด้วย

1. มะแว้งต้น, มะแว้งเครือ อย่างละ 24 กรัม
2. ใบสวาด, ใบตานหม่อน, ใบกะเพรา อย่างละ 12 กรัม
3. เหม้าขมิ้นอ้อย 9 กรัม
4. สารส้มสุต 3 กรัม

สำหรับบรรเทาอาการไอ มีเสมหะ ทำให้ชุ่มคอ ช่วยขับเสมหะ

ยารูปแบบเม็ด และลูกกลอน ละลายน้ำมะนาวแทรกเกลือรับประทาน หรือใช้อม

ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 1 - 1.4 กรัม เมื่อมีอาการ

เด็ก 6 - 12 ปี รับประทานครั้งละ 200 - 400 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการ

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction) -

ข้อห้ามใช้ (Contraindication) -

ข้อควรระวัง (Precaution) ⁽³⁾

1. ผู้ป่วยที่ต้องการจำกัดเกลือ ไม่ควรใช้มะนาวแทรกเกลือ
2. ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 15 วัน หากอาการไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions) -

1. ข้อมูลพืชสมุนไพร. [อินเทอร์เน็ต]. คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2551. [เข้าถึงเมื่อ 17 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก https://pharmacy.su.ac.th/herbmed/herb/text/herb_detail.php?herbID=169
2. สมุนไพรที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร. [อินเทอร์เน็ต]. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. [เข้าถึงเมื่อ 22 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://medplant.mahidol.ac.th/pubhealth/index.asp>
3. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 78.
4. Smart Herb Platform. [อินเทอร์เน็ต]. คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น . [เข้าถึงเมื่อ 17 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก<https://pharmoffice.kku.ac.th/iss/smhcontrol/herb/365>

ยาปราบชมพูทวีป

Group
07

เภสัชกรหญิงวริษฐา โยธาสมุทร

ชื่อตำรับ ยาปราบชมพูทวีป

ส่วนประกอบ

สมุนไพรร 23 ชนิด ⁽¹⁾ ในผงยา 465 กรัม ประกอบด้วย เหงือกปลาหมอ (ทั้งต้น) พริกไทยดำ ใบกัญชาเทศ อย่างละ 120 กรัม, หัสศุณเทศ ดอกกานพลู อย่างละ 10 กรัม, เนื้อลูกสมอเทศ เหง้าชิง เนื้อลูกสมอไทย หัวบุงรอก รากเจตมูลเพลิงแดง อย่างละ 8 กรัม, เทียนกลบ เทียนแดง เทียนตาดักแด้น อย่างละ 6 กรัม, โกศเขมา เทียนดำ ลูกปลิงกาสา โกศสอ ลำพันทางหมู อย่างละ 4 กรัม ดอกดีปลี การบูร อย่างละ 2 กรัม ดอกจันทน์ ลูกกระวาน ลูกจันทน์ อย่างละ 1 กรัม

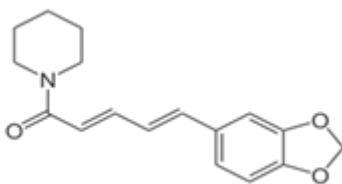
สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient) ^(2, 3)

พริกไทยดำ, ดอกดีปลี : Piperine

ใบกัญชาเทศ : Leonurine

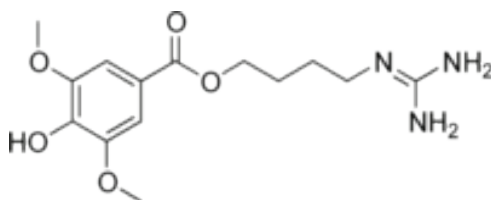
เทียนกลบ เทียนแดง เทียนตาดักแด้น เทียนดำ กัญชาเทศ ลำพันทางหมู หัสศุณเทศ การบูร : สารผสมของ β -sitosterol, stigmasterol และ pentacosanoic acid

สูตรเคมี (Chemical Formula)



Piperine

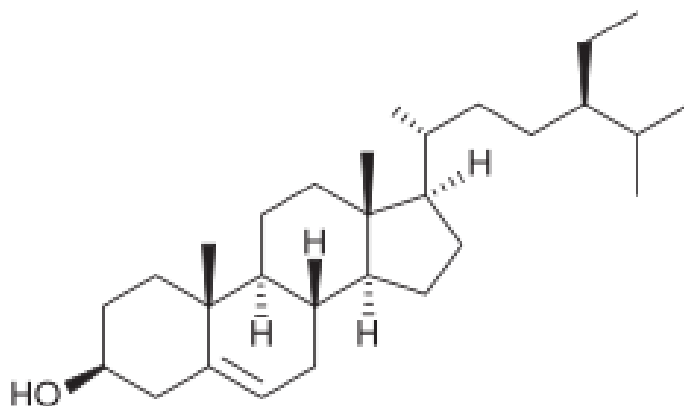
ที่มา : https://www.researchgate.net/figure/Piperine-Structure-19_fig1_328263885



Leonurine

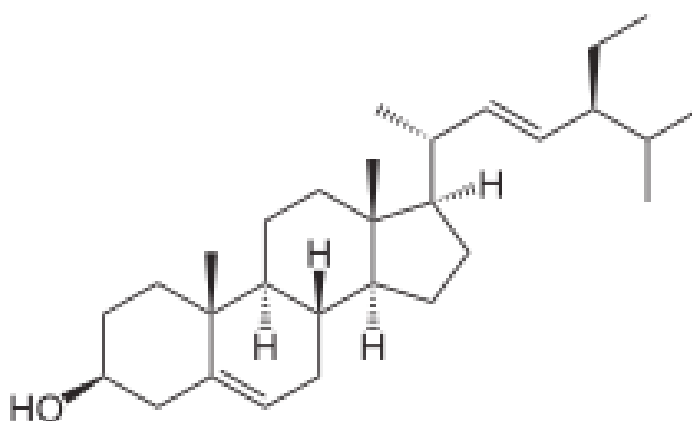
ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/Leonurine>

THAI
7
HERB



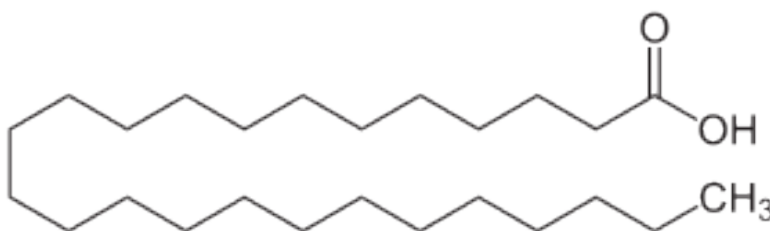
β - sitosterol

ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/%CE%92-Sitosterol>



stigmasterol

ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/Stigmasterol>



pentacosanoic acid or Pentacosylic acid

ที่มา : https://en.wikipedia.org/wiki/Pentacosylic_acid

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action) ⁽²⁾

1. ฤทธิ์ต้านการแพ้ โดยยับยั้งการหลั่งของเอนไซม์ β -hexosaminidase
2. ฤทธิ์ลดการอักเสบ โดยยับยั้งการหลั่งไนตริกออกไซด์
3. ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration) ⁽¹⁾

รับประทานวันละ 3 - 4 กรัม แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction) ⁽¹⁾

แสบร้อนยอดอก

ข้อห้ามใช้ (Contraindication) ⁽¹⁾

1. ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีไข้ เด็ก
2. ห้ามใช้เมื่อพบภาวะแทรกซ้อนจากการแพ้อากาศ เช่น ไซนัสอักเสบ การติดเชื้อแบคทีเรียที่มีการเจ็บบริเวณไซนัส ไข้สูง น้ำมูก และเสมหะเขียว เป็นต้น

ข้อควรระวัง (Precaution) ⁽¹⁾

1. ควรระวังการใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคแผลเปื่อยเพปติก และโรคกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
2. ควรระวังการใช้ยาเกินขนาดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต หรือทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากอาจเกิดพิษจากการบูร

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions) ^(1, 2)

ควรระวังการใช้ยานี้ ร่วมกับยา phenytoin , propranolol , theophylline และ rifampicin เนื่องจากตำรับนี้มีพริกไทยในปริมาณสูง

1. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 79-80.
2. ศรีบุศราคม, อ.(2025,03 02).ปราบชมพูทวีป...ตำรับยาต้านภูมิแพ้. Retrieved from ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร: https://medplant.mahidol.ac.th/document/141_Anti-allergic.pdf
3. สุภัทรา กลางประพันธ์. การพัฒนาวิธีควบคุมคุณภาพตำรับยาปราบชมพูทวีปและสมุนไพรในตำรับ. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.

ฟ้าทะลายโจร

Group
07

เภสัชกรหญิงวริษฐา โยธาสมุทร
รองศาสตราจารย์ ดร.จุฑามาศ สัตยวิวัฒน์

ชื่อสามัญ	(ไทย) ฟ้าทะลายโจร (อังกฤษ) Creat, Kariyat, Indian Echinaceatree, Myrobalan
ชื่อวิทยาศาสตร์ ⁽¹⁾	<i>Andrographis paniculata</i> (Burm.f.) Wall. ex Nees
ชื่อวงศ์ ⁽¹⁾	Acanthaceae
ชื่อท้องถิ่น	ชิงปักกี ฟ้าทะลาย หญ้ากันงู



THAI
8
HERB

ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

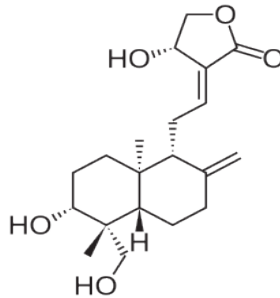
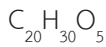
ส่วนที่ใช้

ใบ (leaf) หรือส่วนเหนือดิน (leaf and stem) ของฟ้าทะลายโจร

สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient) ⁽¹⁾

Andrographolide

สูตรเคมี (Chemical Formula)



ที่มา : <https://th.wikipedia.org/wiki/แอนโดรกราโฟไลด์>

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action) ⁽²⁾

1. ฟ้ายะลายน้ํา มีสารเคมีอยู่หลายประเภทแต่สารสำคัญในการออกฤทธิ์ คือ สารกลุ่ม Lactone คือ สารแอนโดรกราโฟไลด์ (andrographolide) มีศักยภาพในการป้องกันไวรัสเข้าเซลล์ และป้องกันการแบ่งตัวของไวรัส และมีฤทธิ์กระตุ้นภูมิคุ้มกัน ด้านการอักเสบ และลดไข้ เนื่องจากมีผลลดระดับ inflammatory cytokines และมีฤทธิ์กระตุ้นภูมิคุ้มกัน ด้านการอักเสบ เนื่องจากมีฤทธิ์เพิ่มการทำงานของ T lymphocyte และ เพิ่มฤทธิ์การทำงานของ natural killer cell (NK-cell)
2. ฟ้ายะลายน้ํามีฤทธิ์ลดไข้ ด้านการอักเสบ กระตุ้นภูมิคุ้มกัน แต่ไม่มีฤทธิ์ หรือมีฤทธิ์อ่อนมาก ในการต้านเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจส่วนบน

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration)

1. ผู้ที่มีอาการของโรคหวัด (common cold) เช่น เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยทั่วไปในผู้ใหญ่ แนะนำรับประทานฟ้ายะลายน้ําที่มี Andrographolide 60 - 120 มิลลิกรัมต่อวัน แบ่งรับประทานวันละ 3 - 4 ครั้งติดต่อกัน ไม่เกิน 5 วัน ⁽³⁾
2. ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง ในผู้ใหญ่แนะนำให้รับประทานยาฟ้ายะลายน้ําที่มี Andrographolide 180 มิลลิกรัมต่อวัน แบ่งรับประทานวันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วัน ⁽⁴⁾

จากการศึกษาทางเภสัชจลนศาสตร์ของฟ้ายะลายน้ําชนิดผง สกัดด้วยน้ำ สกัดด้วยแอลกอฮอล์ จะพบว่า ปริมาณของสาร Andrographolide ในกระแสดูดจะแตกต่างกัน เนื่องมาจากการละลายตัว (Dissolution) ของสารสำคัญต่างกัน โดยพบว่า การเปรียบเทียบปริมาณ Andrographolide (AP₁) ขนาด Andrographolide วันละ 60 และ 120 mg ติดต่อกัน 5 วัน ของสารสกัดน้ำฟ้ายะลายน้ํา จะมีปริมาณ AP₁ ในกระแสดูดสูงกว่าสารสกัดแอลกอฮอล์ 5.8 เท่า และ 9.8 เท่า ตามลำดับ ดังนั้น ในสารสกัดน้ำฟ้ายะลายน้ํา สามารถลดขนาดยาลงได้ โดยใช้ Andrographolide ในขนาด 60 - 80 mg ต่อวัน ติดต่อกัน 5 วัน ก็เพียงพอในการรักษาโรคโควิด 19 ได้ ⁽⁵⁻⁹⁾

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction) ⁽³⁾

อาจทำให้เกิดอาการผิดปกติของทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการแพ้ เช่น ผื่น ลมพิษ หน้าบวม เป็นต้น

ข้อห้ามใช้ (Contraindication) ⁽³⁾

1. ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้ฟ้าทะลายโจร แพ้พืชในวงศ์ Acanthaceae เช่น เสลดพังพอน ทองพันชั่ง พญาวานร เป็นต้น
2. ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากอาจทำให้เกิดทารกวิรูป (มีรายงานทำให้แท้งในสัตว์ทดลอง)
3. ห้ามใช้ในหญิงให้นมบุตร เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลความปลอดภัย

ข้อควรระวัง (Precaution)

1. หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้แขนขามีอาการชา หรืออ่อนแรง
2. หากใช้ฟ้าทะลายโจรติดต่อกัน 3 วัน แล้วไม่หาย หรือมีอาการรุนแรงขึ้นระหว่างใช้ยา ควรหยุดใช้ และพบแพทย์

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions) ⁽⁴⁾

- ยาดับการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelet drugs) เช่น aspirin, clopidogrel ⁽³⁾ เป็นต้น
- ควรระวังการใช้ร่วมกับยาที่มีกระบวนการ metabolism ผ่านเอนไซม์ Cytochrome P450 (CYP) เนื่องจากฟ้าทะลายโจร มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ CYP1A2, CYP2C9 และ CYP3A4 ส่งผลให้ยาอยู่ในร่างกายนานขึ้น ออกฤทธิ์ได้นานขึ้น หรืออาจเกิดผลข้างเคียงที่มากขึ้น แต่ยังไม่เคยพบรายงานการเกิด Drug interaction ที่รุนแรงเนื่องจากส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาสั้น ⁽⁴⁾

ตารางที่ 1 ตัวอย่างชนิดของยาที่เป็น substrate ตัวยับยั้งเอนไซม์ของ Cytochrome P450 (ฟ้าทะลายโจร)

CYP	Substrate
1A2	Caffeine, Clozapine, Fluvoxamine, imipramine, Olanzapine Propanolol, Theophylline, Warfarin
2C9	Amitriptyline, Celecoxib, Diclofenac, Ibuprofen, Lorsartan, Naproxen, Phenytoin, Piroxicam, Sulfamethoxazole, Warfarin
3A4	Alprazolam, Calcium Channel blockers, Carbamazepine, cyclosporine, Doxorubicin, Erythromycin, Ethinyl estradiol, Etoposide, HIV protease inhibitors, Midazolam, Simvastatin, Tacrolimus, Prednisolone

1. สมุนไพรที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร. [อินเทอร์เน็ต]. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. [เข้าถึงเมื่อ 22 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://medplant.mahidol.ac.th/pubhealth/index.asp>
2. รุ่งเรือง, ภ. (2564, สิงหาคม 13). คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. Retrieved 32, 2025, from <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1481>
3. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 80-2, 120-2.
4. พุทธรักษ์, อ. (2025, 03 02). อันตรกิริยาของสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกับยาแผนปัจจุบัน. Retrieved from ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องเภสัชศาสตร์
5. Suriyo T., Pholphana N., Ungtrakul T., Rangkadilok N., Panomvana D., Thiantanawat A., et al. clinical parameters following multiple oral dose administration of a standardized *Andrographis paniculata* capsule in healthy thai subject. *Planta Med.*2017;83:778-789.
6. Songvut P., Suriyo T., Panomvana D., Rangkadilok N., Satayavivad J. A comprehensive review on disposition kinetics and dosage of oral administration of *Andrographis paniculata*, an alternative herbal medicine in co-treatment of coronavirus disease. *Frontiers in pharmacology.*2022; 1-20.Doi 10.3389/fphar.2022.952660.
7. Songvut P., Rangkadilok N., Pholphana N., Suriyo T., Panomvana D., Puranajot P., et al. Comparative pharmacokinetic and safety evaluation of high dosage regimens of *Andrographis paniculata* aqueous extract after single and multiple oral administration in healthy participants. *Frontiers in pharmacology.*2022; 1-20.Doi 10.3389/fphar.2022.1230401.
8. Rangkadilok N., Pholphana N., Akanimanee J., Panomvana D., Puranajot P., Songvut P,et al. Comparison of diterpenoid contents and dissolution profile of selected *Andrographis paniculata* crude and extract capsule. *Phytochemical Analysis.*2024;1-14.
9. Songvut P., Akanimanee J., Suriyo T., Pholphana N., Rangkadilok N., Panomvana D., et al. Non-linear oral bioavailability and clinical pharmacokinetics of high-dose *Andrographis paniculata* ethanolic extract: relevant dosage implication for COVID-19 treatment.*Pharmaceutical biology.* 2025;63(1): 42-52.

เถาวัลย์เปรียง

Group
07

นายแพทย์ปิยชาติ สุทธินาค
เภสัชกรชนนัฎฐ์ แสงอังคนาวิน
แพทย์แผนไทยจุลรัตน์ ลิทธิวงศ์

ชื่อสามัญ

(ไทย) เถาวัลย์เปรียง
(อังกฤษ) -

ชื่อวิทยาศาสตร์ ⁽¹⁾

Derris scandens (Roxb.) Benth
Brachypterum scandens (Roxb.) Wight, *Brachypterum scandens*
Benth., *Brachypterum timorense* Benth., *Dalbergia scandens* Roxb.,
Dalbergia timoriensis DC., *Deguelia timoriensis* (DC.) Taub., *Derris*
timoriensis (DC.) Pittier, *Galedupa frutescens* Blanco, *Millettia*
litoralis (ชื่อพ้อง)

ชื่อวงศ์ ⁽¹⁾

Papilionaceae

ชื่อท้องถิ่น ⁽¹⁾

เครือเขาหนัง เถาตาปลา เครือตาปลา (นครราชสีมา) ย่านเหมาะ
(นครศรีธรรมราช) พานไสน (ชุมพร) เครือตับปลา



ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

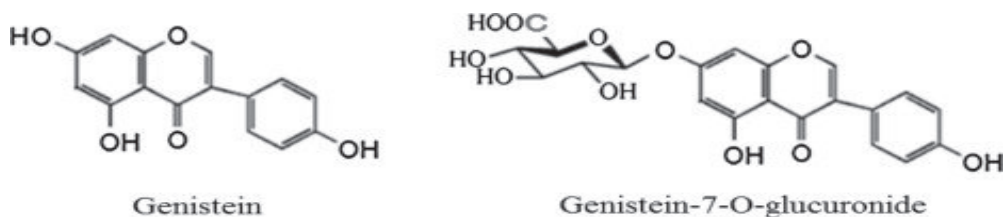
ส่วนที่ใช้

เถา (ลำต้น) (stem)

สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient)

เถาวัลย์เปรียง พบสารเคมีกลุ่ม Isoflavonoids ได้แก่ genistein, derrisisoflavone A, lupalbigenin, 6, 8-diprenylgenistein, genistein-7-O-[γ -rhamnopyranosyl-(1 $\rightarrow$ 6)- β -glucopyranoside]

สูตรเคมี (Chemical Formula)



ที่มา : https://www.researchgate.net/figure/Molecular-structure-of-genistein-daidzein-and-their-corresponding-7-O-glucuronides-the_fig2_272099404

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action) ⁽²⁻⁹⁾

สารสกัดเถาวัลย์เปรียง มีฤทธิ์ด้านการอักเสบโดยสามารถยับยั้งการหลั่ง Nitric oxide ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยให้ผลใกล้เคียงกับ diclofenac 500 μ M และยังสามารถยับยั้งการแสดงออกของ Inflammatory genes เช่น inducible nitric oxide synthase (iNOS), cyclooxygenase-2 (COX-2), interleukin-6 (IL-6), and 5-lipoxygenase (5-LOX) เป็นต้น และยังมีการศึกษาที่พบว่าสามารถยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase 1 (COX-1) และลดการสร้าง leukotriene-B4 (LTB4), ลดการหลั่งเอนไซม์ Myeloperoxidase และลดการสร้าง Eicosanoid จากการศึกษาระสิทธิภาพของสารสกัดลำต้นเถาวัลย์เปรียง 200 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้งในผู้ป่วย Osteoarthritis เทียบกับ Diclofenac 25 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีอาการปวดลดลงอย่างชัดเจน สำหรับอาการไม่พึงประสงค์ พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารพบได้มากที่สุดเ็นผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มโดยไม่มี ความแตกต่างกันทางสถิติ

ขนาดยาและวิธีใช้ (Dose and Administration)

สำหรับบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ

ยาในรูปแบบแคปซูล เติร์ยมเป็นผงจากเถาของเถาวัลย์เปรียง รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม – 1 กรัม

วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารทันที ⁽¹⁰⁾

สำหรับบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง (low back pain) และอาการปวดจากข้อเข่าเสื่อม (Knee Osteoarthritis)

สูตรตำรับ

สารสกัดจากเถาของเถาวัลย์เปรียง [Solari scandens (Roxb.) Sirich. & Adema] [Derris scandens (Roxb.) Benth (ชื่อพ้อง)] ที่สกัดด้วย 50 เปอร์เซ็นต์ของเอทิลแอลกอฮอล์

ยารูปแบบแคปซูลของสารสกัดจากเถาวัลย์เปรียง ⁽¹¹⁾ รับประทานครั้งละ 400 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารทันที

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction)

ปวดท้อง ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง ใจสั่น อาจทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินอาหาร

ข้อห้ามใช้ (Contraindication)

1. ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์
2. ห้ามใช้ในผู้ที่เคยแพ้ยานี้

ข้อควรระวัง (Precaution)

ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหาร เนื่องจากเถาวัลย์เปรียงออกฤทธิ์คล้ายยาแก้ปวด กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs : NSAIDs) ⁽¹⁰⁾

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions) ⁽¹²⁾

เสริมฤทธิ์ยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)

1. ฐานข้อมูลเครื่องยาไทย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. เถาวัลย์เปรียง, [ออนไลน์]. 2025, สืบค้นจาก: <https://phar.ubu.ac.th/herb-DetailThaicrudedrug/63>, [27 ก.พ. 2568].
2. Deconjugation of soy isoflavone glucuronides needed for estrogenic activity- Scientific Figure on ResearchGate. Available from: https://www.researchgate.net/figure/Molecular-structure-of-genistein-daidzein-and-their-corresponding-7-O-glucuronides-the_fig2_272099404
3. Puttarak, P., Sawangjit, R. and Chaiyakunapruk, N. (2016) 'Efficacy and safety of Derris scandens (roxb.) Benth. for musculoskeletal pain treatment: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials', Journal of Ethnopharmacology, 194, pp. 316–323. doi: 10.1016/j.jep.2016.09.021.
4. วิระพล ภิมาลย์, วนิดา ไทรชมภู, บรรลือ สังข์ทอง และกฤษณี สระมุณี. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์ภูมิานประสิทธิภาพในการลดอาการปวดของเถาวัลย์เปรียง.วารสารเภสัชกรรมไทย.2015.
5. Sae-Foo, W., Yusakul, G., Nualkaew, N., & Putalun, W. (2024). Identification of Major Bioactive Anti-inflammatory Compounds of Derris scandens Stem Using RAW 264.7 Cells and HPLC- UV Analysis. Planta medica, 90(2), 126–137. <https://doi.org/10.1055/a-2192-2281>
6. Khonglormyati, J., & Khunpra, R. (2562). Effectiveness of Derris Scandens (Roxb.) Benth. (Thaowan Priang) in Elderly Patients with Knee Osteoarthritis. วารสารสมาคม เวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 9(3), 304
7. Srimongkol Y, Warachit P, Chavalittumrong P, Sriwanthana B, Pairour R, Inthep C, et al. A Study of the Efficacy of Derris scandens (Roxb.) Benth. Extract Compared with Diclofenac for the Alleviation of Low Back Pain. Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine 2007; 5:17-23.
8. Kuptniratsaikul V, Pinthong T, Bunjob M, Thanakhumtorn S, Chinswangwatanakul P, Thamlikitkul V. Efficacy and Safety of Derris scandens Benth Extracts in Patients with Knee Osteoarthritis. J Altern Complement Med 2011; 17:147-53.
9. Patil, J.R., Ghane, S.G. and Nikalje, G.C. (2023) 'Bioactives and pharmacology of Derris Scandens (roxb.) Benth.', Bioactives and Pharmacology of Legumes, pp. 191–200. doi:10.1201/9781003304555-13.
10. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 83, 93-4.
11. บัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (พ.ศ.2556) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ยาเถาวัลย์เปรียง, [ออนไลน์]. 2025, สืบค้นจาก : <https://pharmacy.su.ac.th/herbmed/drug/text/drug.php?drugID=64>
12. ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. เถาวัลย์เปรียง, [ออนไลน์]. 2025, สืบค้นจาก : <https://medplant.mahidol.ac.th/herb-drug/ref/0280.pdf>, [22 มี.ค. 2568]

นายแพทย์ปิยชาติ สุทธินาค
เภสัชกรหญิงสุกัลยา ยิดนรดิน
เภสัชกรเกียรติศักดิ์ ทวีคำ
แพทย์แผนไทยชูลีรัตน์ ลิทธิวงศ์

ชื่อสามัญ	(ไทย)	ไพล
	(อังกฤษ)	-
ชื่อวิทยาศาสตร์ ⁽¹⁾	<i>Zingiber cassumunar</i> Roxb. <i>Zingiber purpureum</i> Roscoe (ชื่อพ้อง)	
ชื่อวงศ์ ⁽¹⁾	Zingiberaceae	
ชื่อท้องถิ่น ⁽¹⁾	ปูลอย ปุเลย มั่นสะล่าง ว่านไฟ	



ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

ส่วนที่ใช้

เหง้า (rhizome)

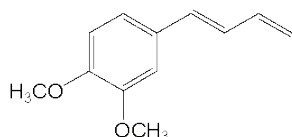
สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient)

1. น้ำมันระเหยง่าย มีสารสำคัญที่เป็นองค์ประกอบ ได้แก่ terpinen-4-ol, sabinene, caryophyllene, cineol, alpha-pinene, beta-pinene, myrcene, terpinene, limonene, p-cymene, terpinolene, eugenol, farnesol, alflabene, 3,4 dimethoxy benzaldehyde

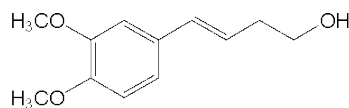
2. สารสีเหลือง curcumin, cassumunarins A, B, C

3. สารกลุ่มฟีนิลบิวทานอยด์ หลายชนิด เช่น (E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) butadiene (DMPBD) ที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ และสารอื่น ๆ ได้แก่ 4-(4-hydroxyl-1-butenyl)-veratrole, naphthoquinone derivative, vanillin, vanillic acid, veratric acid, β -sitosterol

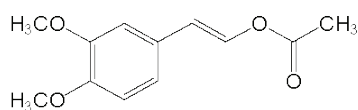
สูตรเคมี (Chemical Formula)



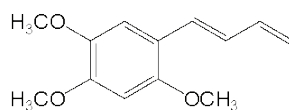
(E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) butadiene (DMPBD)



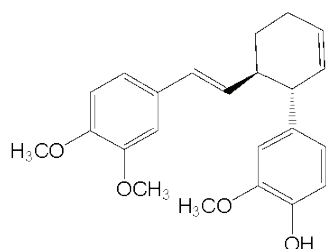
(E)-4-(3,4-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol (Compound D)



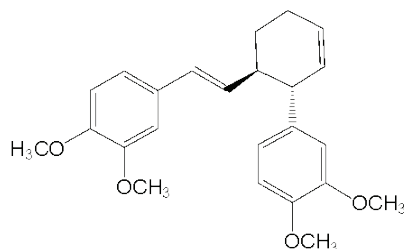
(E)-4-(3,4-dimethoxyphenyl) but-3-en-1-yl acetate



4-(2,4,5-trimethoxyphenyl)but-1-3-diene



(±)-trans-3-(4-hydroxy-3-methoxyphenyl)-4-[(E)-3,4-dimethoxystyryl]cyclohex-1-ene



(±)-trans-3-(3,4-dimethoxyphenyl)-4-[(E)-3,4-dimethoxy-styryl]cyclohex-1-ene

ที่มา : https://demo1.nbt.or.th/herb_details/29

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action)

1. ฤทธิ์ลดการอักเสบ

เมื่อทดลองนำครีมไฟล (ไฟลจีซาล) ที่มีส่วนผสมของน้ำมันไฟลร้อยละ 14 ไปใช้ในผู้ป่วยข้อเท้าแพลง โดยให้ทาวันละ 2 ครั้ง พบว่า สามารถลดการปวดบวมได้มากกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อใช้ไปได้ 4 วัน และมีการกินยาแก้ปวด (paracetamol) ใน 2 วันแรก น้อยกว่ากลุ่มควบคุมด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับไฟลจีซาลสามารถงข้อเท้าได้มากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ความสามารถของส่วนฝ่าเท้าไม่แตกต่างกัน เมื่อนำน้ำมันไฟลที่อยู่ในรูปของเจล (ไฟลเจล) มาทดสอบ พบว่า ไฟลเจลสามารถลดการอักเสบของอุ้งเท้าหนูได้ โดยสามารถลดการบวมได้เทียบเท่ากับ piroxicam gel ทั้งยังลดความแดง และบรรเทาอาการปวดได้ด้วย

จากการศึกษา พบว่า เฉพาะน้ำมันสกัดดิบเท่านั้นที่ให้ผลลดอาการบวมที่อุ้งเท้าหนู ส่วนสกัดย่อยอื่น ๆ ไม่ได้ผล ในการศึกษาเบื้องต้นทางคลินิก พบว่า น้ำมันโพลีให้ผลรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อและเคล็ดต่าง ๆ เช่นกัน มีรายงานฤทธิ์ในการลดการอักเสบของสารสกัดโพลีด้วยเฮกเซน รวมถึงสารที่สกัดได้จากโพลีหลายชนิด เช่น เคอร์คิวมิน ซึ่งเป็นสารสีเหลือง น้ำมันหอมระเหย และสารอื่น ๆ เช่น สาร (E)-4 (3',4'-dimethylphenyl) but-3-en-1-ol พบว่า มีฤทธิ์ยับยั้ง prostaglandin นอกจากนี้ สาร (E)-1- (3,4-dimethoxyphenyl) but-3-en-2-ol เมื่อป้อนเข้าสู่กระเพาะของหนูแรท พบว่า สามารถยับยั้งการอักเสบของอุ้งเท้าหนูที่เหนียวแน่นด้วย carrageenan ได้

สาร (E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) butadiene (DMPBD) มีฤทธิ์ยับยั้งอาการบวมของหนูแรท ที่เกิดจาก diethyl phenylpropionate, arachidonic acid (AA) ethyl phenylpropionate และ 12-o tetradecanoylphorbol 13-acetate ได้ดีกว่ายา oxyphenbutazone และ phenidone นอกจากนี้พบว่า DMPBD และ diclofenac มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกันในการยับยั้งการอักเสบของเท้า หนูแรท ที่เกิดจาก carrageenan สาร cassumunarins ที่พบในโพลีมีฤทธิ์ต้านการอักเสบที่เหนียวแน่น โดย 12-o-tetradecanoylphorbol 13-acetate ที่หูของหนูเมาส์ สารดังกล่าวมีฤทธิ์ดีกว่าเคอร์คิวมิน

2. ฤทธิ์เป็นยาชาเฉพาะที่

น้ำมันโพลีมีฤทธิ์เป็นยาชาเฉพาะที่ และช่วยลดอาการปวด

3. ฤทธิ์แก้ปวด

สาร (E)-4 (3',4'-dimethylphenyl) but-3-en-1-ol จากโพลีมีฤทธิ์แก้ปวดเมื่อบดทดสอบในหนูแรท และโพลีเจล มีฤทธิ์แก้ปวดเมื่อใช้เป็นยาทาภายนอก

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration) ⁽³⁾

สูตรตำรับ

ยาครีมทาภายนอกที่มีปริมาณน้ำมันหอมระเหยจากเหง้าโพลีร้อยละ 14 โดยปริมาตรต่อน้ำหนักทาและถูเบา ๆ วันละ 2 - 3 ครั้ง บริเวณที่มีอาการปวดเมื่อย ปวดบวมจากกล้ามเนื้ออักเสบ เคล็ดขัดยอก ฟกช้ำ

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction) -

ข้อห้ามใช้ (Contraindication) ⁽³⁾

1. ห้ามใช้ในผู้ที่เคยมีประวัติแพ้ยานี้
2. ห้ามทาบริเวณขอบตา และเนื้อเยื่ออ่อน
3. ห้ามทาบริเวณ ผิวหนังที่มีบาดแผล หรือมีแผลเปิด

ข้อควรระวัง (precaution) -

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions) -

1. ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ไพล, [ออนไลน์]. 2025, สืบค้นจาก : <https://medplant.mahidol.ac.th/pubhealth/index.asp> [22 มี.ค. 2568]
2. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2567). แนวทางการใช้ยาสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้านสมุนไพร โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
3. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 85.
4. ทวีศักดิ์ สุนทรธรรมาศาสตร์ และคณะ. ไพลเจล: การวิจัยและพัฒนาเป็นยาทาภายนอกสำหรับการอักเสบอย่างครบวงจร. การสัมมนาแนวทางการพัฒนาสมุนไพรของประเทศไทย, 13-14 กันยายน, กรุงเทพฯ, 2543. หน้า 289-91.
5. Pongprayoon U, Tuchinda P, Claeson P, et al. Topical antiinflammatory activity of the major lipophilic constituent of the rhizome of Zingiber cassumunar, Part 2, Hexane extractives. Phytomedicine 1997;3(4):323-6.
6. Panthong A, Kanjanapothi D, Niwatananant W, et al. Anti-inflammatory activity of compound D {(E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) but-3-en-2-ol} isolated from Zingiber cassumunar. Phytomedicine 1997;4(3):207-12.
7. Jeenapongsa R, Yoovathaworn K, Sriwatanakul K. M, et al. Anti-inflammatory activity of (E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) butadiene from Zingiber cassumunar Roxb. J Ethnopharmacol 2003; 87:143-8.
8. Jeenapongsa R, Yoovathaworn K, Sriwatanakul K, et al. Anti-inflammatory activity of DMPBD, a phenylbutanoid from Zingiber cassumunar. Ann Res Abst, Bangkok: Mahidol University 1995. p.327.

เภสัชกรหญิงรุ่งทิพย์ ตั้งสง่าศักดิ์ศรี

ชื่อตำรับ ยาสหัสธารา หรือ สหัสธารา

ส่วนประกอบ ในผงยา 1,000 กรัม ประกอบด้วย

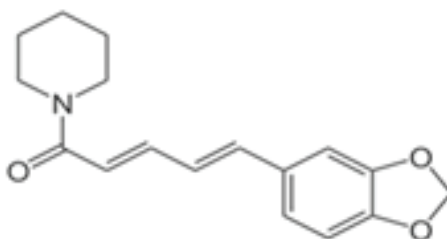
1. พริกไทยล่อนหนัก 240 กรัม, รากเจตมูลเพลิงแดงหนัก 224 กรัม, ดอกดีปลีหนัก 96 กรัม, หัตถ์คุณเทศ หนัก 48 กรัม
2. เนื้อผลสมอไทย หนัก 104 กรัม รากทองแตก หนัก 80 กรัม
3. เหง้าว่านน้ำ หนัก 88 กรัม
4. การบูรหนัก 14 กรัม ดอกจันทน์หนัก 13 กรัม เทียนแดงหนัก 11 กรัม ลูกจันทน์หนัก 12 กรัม เทียนดาตักแตน มหาหิงค์ หนักอย่างละ 10 กรัม เทียนสัตตบุษย์หนัก 9 กรัม เทียนขาว รากจิงจ้อ หนักอย่างละ 8 กรัม เทียนดำหนัก 7 กรัม โกฐกั๊กกราหนัก 6 กรัม โกฐเขมาหนัก 5 กรัม โกฐก้านพร้าว หนัก 4 กรัม โกฐพุงปลา หนัก 3 กรัม ⁽¹⁾

หมายเหตุ: สัดส่วนอาจปรับเปลี่ยนเล็กน้อยตามสูตรที่ใช้งานในแต่ละสถานบริการ แต่โดยทั่วไปจะเป็นไปตามสัดส่วนข้างต้น

สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient) ⁽²⁾

1. ยาสมุนไพรสหัสธาราเป็นยาที่ผลิตจากสมุนไพรไทยหลากหลาย 21 ชนิด ได้แก่ พริกไทยล่อน รากเจตมูลเพลิงแดง ดอกดีปลี เนื้อลูกสมอไทย หัตถ์คุณเทศ รากทองแตก เหง้าว่านน้ำ การบูร ดอกจันทน์ เทียนแดง ลูกจันทน์ เทียนดาตักแตน มหาหิงค์ เทียนสัตตบุษย์ เทียนขาว รากจิงจ้อ เทียนดำ โกฐกั๊กกรา โกฐเขมา โกฐก้านพร้าว โกฐพุงปลา ซึ่งส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ และบรรเทาอาการปวด
2. พริกไทยล่อนมีสารพิเพอรีน (piperine: $C_{17}H_{19}NO_3$) เป็นสารสำคัญ

สูตรเคมี (Chemical Formula)



Piperine

ที่มา : https://www.researchgate.net/figure/Piperine-Structure-19_fig1_328263885

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action) ⁽³⁾

Piperine มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory effects) ยับยั้งการแสดงออกของไซโตไคน์ เช่น IL-6, TNF- α , และ IL-1 β ลดการสร้างพรอสตาแกลนดิน (PGE2) ซึ่งเป็นสารก่อการอักเสบ ยับยั้งเอนไซม์ COX-2 และ LOX-5 ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการอักเสบ ลดการกระตุ้นของ NF-KB และ AP-1 ซึ่งเป็นตัวควบคุมการอักเสบ สมุนไพรในตำรับมีฤทธิ์ต้านการอักเสบโดยลดการสร้างสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบ เช่น Prostaglandin เป็นต้น และช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ลดอาการปวดและบวมบริเวณที่มีอาการ

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration) ⁽¹⁾

บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ลดอาการอักเสบในระบบกล้ามเนื้อและข้อ บรรเทาอาการปวดเส้นประสาทส่วนปลาย

รับประทานครั้งละ 1 - 1.5 กรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น โดยดื่มน้ำอุ่นตาม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูดซึม

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction) ^(1, 4, 5)

1. อาการระคายเคืองในกระเพาะอาหาร เช่น คลื่นไส้ ปวดท้อง ร้อนท้อง แสบท้อง เป็นต้น
2. คอแห้ง
3. อาการแพ้ เช่น ผื่นคัน ลมพิษ เป็นต้น
4. หากมีอาการรุนแรง เช่น หายใจลำบาก เป็นต้น ควรหยุดใช้ และพบแพทย์ทันที

ข้อห้ามใช้ (Contraindication) ⁽¹⁾

1. ผู้ที่มีประวัติแพ้ส่วนประกอบในยาสมุนไพรสหัสธารา
2. หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร (เว้นแต่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์)
3. ผู้ป่วยโรคตับและไตวายรุนแรง

ข้อควรระวัง (Precaution) ⁽¹⁾

1. ควรระวังการบริโภคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ แผลในกระเพาะอาหาร และกรดไหลย้อน เนื่องจากเป็นตำรับยารสร้อน
2. ควรระวังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับ ไต เนื่องจากอาจเกิดการสะสมของการบูร และเกิดพิษได้
3. ควรระวังการใช้ยานี้ ร่วมกับยา phenytoin, propranolol, theophylline และ rifampicin เนื่องจากส่วนผสมของพริกไทยในตำรับอาจเกิดปฏิกิริยากับยาเหล่านี้
4. ไม่ควรใช้ร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs (เช่น diclofenac) เพราะอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการระคายเคืองกระเพาะอาหาร

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions) ⁽⁶⁾

1. พบว่า piperine เพิ่ม AUC ของยากลุ่มที่เป็น CYP3A4 substrate ได้แก่ ritonavir, nifedipine, cyclosporine, triazolam, alfentanil และ simvastatin
2. อาจมีผลเสริมฤทธิ์กับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (warfarin)

คำแนะนำเพิ่มเติม

1. หลีกเลี่ยงการใช้ในระยะเวลานานโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์
2. ควรเก็บยาในที่แห้งและเย็น ห่างจากแสงแดดและความชื้น
3. หากใช้แล้วอาการไม่ดีขึ้นใน 7 วัน ควรปรึกษาแพทย์

1. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 97-8.
2. อังกินันท์ บวบนา (Anginan Buabna), ดร.ประธาน ฤาชา (Dr.Prathan Luecha). การศึกษาวิเคราะห์ปริมาณสารสำคัญในตำรับยาสหัสธาราที่มีจำหน่ายในประเทศไทยด้วยวิธีโครมาโทกราฟีของเหลวสมรรถนะสูง วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) ปีที่ 23ฉบับที่ 3: กรกฎาคม-กันยายน 2566. 193-202.
3. Jun Soo Bang, Da Hee Oh, Hyun Mi Choi, Bong-Jun Sur, Sung-Jig Lim, Jung Yeon Kim, Hyung-In Yang, Myung Chul Yoo, Dae-Hyun Hahm and Kyoung So. Kim. Anti-inflammatory and antiarthritic effects of piperine in human interleukin 1-stimulated fibroblast-like synoviocytes and in rat arthritis models. Arthritis Research & Therapy 2009, 11:R49 (doi:10.1186/ar2662)
4. Phimarn W., Taengthonglang C., Saramunee K., Sungthong B. Efficacy and safety of Sahastara remedy for pain relief: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Herbmed Pharmacol. 2021; 10(4): 375-382.
5. ปภาวี พรหมสูงวงศ์, พรรณกร พันธุ์กอง, กชพรรณ ชูพงษ์, สุริยนต์ โคตรชมพู, วิราศิณี อึ้งสำราญ, ธวัชชัย กมลธรรม. การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาสหัสธาราต่อภาวะเส้นประสาท ส่วนปลายเสื่อมบริเวณขาส่วนล่าง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2566. 245-62.
6. Feifei Lin, Yingchun Hu ,Yifan Zhang, Lijuan Zhao, Dafang Zhong and Jia Liu. Predicting Food–Drug Interactions between Piperine and CYP3A4 Substrate Drugs Using PBPK Modeling. Int. J. Mol. Sci. 2024, 25, 10955. <https://doi.org/10.3390/ijms252010955>

นายแพทย์พาสรรค์ ผลโกศ

ชื่อตำรับ ยาประคบสมุนไพร (Herbal Compress)

ส่วนประกอบ ⁽¹⁾ ในยา 130 กรัม ประกอบด้วย

1. เหน้ําไพล 50 กรัม ใบมะขาม 30 กรัม ผิวมะกรูด 20 กรัม เหน้ําขมิ้นชัน 10 กรัม ตะไคร้ (ลำต้น) 10 กรัม ใบส้มป่อย 10 กรัม
2. เกลือเม็ด 1 ช้อนโต๊ะ การบูร 2 ช้อนโต๊ะ

หมายเหตุ: สูตรนี้อาจจะแตกต่างกันไปตามแต่ละภูมิภาค
ความแรง ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิที่ใช้และชนิดของสมุนไพรที่ผสม

THAI
11
HERB



สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient)

ประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิด เช่น

ไพล: ลดการอักเสบ และบรรเทาอาการปวด

ขมิ้นชัน: ฆ่าเชื้อ ลดการอักเสบ

ตะไคร้: ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การบูร: ช่วยลดอาการบวม และดึงของกล้ามเนื้อ

เกลือ: ช่วยดูดซับความชื้น และคงความร้อน

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action)

1. ความร้อนช่วยขยายหลอดเลือด ส่งผลให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดอาการปวดและบวม
2. สารสำคัญจากสมุนไพร เช่น โพลีและตะไคร้ มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ลดอาการปวด และช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย
3. กลไกของการกด และνωดจากลูกประคบ ช่วยคลายความตึงของกล้ามเนื้อ

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration)

สำหรับบรรเทาอาการปวดเมื่อย คลายกล้ามเนื้อและข้อต่อ ลดอาการบวม อักเสบจากการเคล็ดขัดยอก ฟกช้ำ บรรเทาอาการปวดจากโรคข้อเสื่อม และอาการปวดหลังส่วนล่าง หรือช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิต และทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ⁽²⁻⁴⁾

1. สำหรับลูกประคบสมุนไพร

- 1.1 นำลูกประคบไปนึ่ง หรืออบไอน้ำให้ร้อนประมาณ 10 - 15 นาที
- 1.2 ทดสอบความร้อนโดยแตะที่แขนก่อนใช้
- 1.3 ประคบบริเวณที่มีอาการปวด ครั้งละ 10 - 15 นาที
- 1.4 ใช้ซ้ำได้ 2 - 3 ครั้งต่อวัน หรือบ่อยตามต้องการ
- 1.5 ลูกประคบที่ใช้แล้วควรเก็บไว้ในที่แห้ง หรือแช่แข็งเพื่อยืดอายุการใช้งาน โดยทั่วไปแล้วลูกประคบ 1 ลูก สามารถใช้ได้ 3 - 4 ครั้ง

2. สำหรับสเปรย์สมุนไพรประคบ

- 2.1 ฉีดพ่นบริเวณที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหรือข้อ วันละ 2 - 3 ครั้ง
- 2.2 นวดเบา ๆ ให้ตัวยาซึมซับเข้าสู่ผิว
- 2.3 หลีกเลี่ยงการฉีดพ่นใกล้ดวงตา ปาก หรือบริเวณที่มีแผล

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction)

1. ผื่นหนังแดง หรือรู้สึกแสบร้อนหลังการใช้
2. อาการคัน หรือระคายเคือง หากแพ้ส่วนประกอบของสมุนไพร
3. อาจเกิดรอยไหม้หากใช้ลูกประคบร้อนเกินไป

ข้อห้ามใช้ (Contraindication)

1. ห้ามใช้ในบริเวณที่มีแผลเปิด แผลไฟไหม้ หรือแผลติดเชื้อ
2. ห้ามใช้ในผู้ที่มีผิวหนังบอบบาง แพ้ง่าย หรือมีอาการแพ้สมุนไพร
3. ไม่ควรใช้ในผู้ที่มีโรคเส้นเลือดอุดตันรุนแรง หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนโลหิต
4. ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการแท้ง
5. ไม่ควรใช้ในบริเวณที่มีอาการอักเสบ บาดเจ็บเฉียบพลัน หรือบริเวณที่มีอาการ บวม ร้อนแดง ในช่วง 24 - 48 ชั่วโมงแรก เพราะจะทำให้เกิดอาการอักเสบเพิ่มเติมมากขึ้นได้

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions)

1. ไม่ควรใช้ร่วมกับยาแก้ปวดเฉพาะที่ เช่น ครีมนพริก (Capsaicin) หรือบาล์มที่มีเมนทอล เพราะอาจทำให้เกิดการระคายเคืองมากขึ้น
2. หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับแผ่นแปะร้อน หรือยาทาภายนอกที่มี NSAIDs เช่น ไดโคลฟีแนค เพราะอาจเพิ่มความร้อนมากเกินไป
3. หากใช้ร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) เช่น วาร์ฟาริน ควรปรึกษาแพทย์ก่อน

คำแนะนำเพิ่มเติม

1. ทดสอบอุณหภูมิของลูกประคบก่อนใช้ เพื่อลดความเสี่ยงของการลวกผิวหนัง
2. หากใช้แล้วมีอาการแพ้ หรือระคายเคือง ควรหยุดใช้ และล้างออกด้วยน้ำสะอาด
3. เก็บลูกประคบที่ใช้แล้วในที่แห้ง หรือช่องแช่แข็ง เพื่อป้องกันเชื้อรา
4. ไม่ควรใช้ลูกประคบซ้ำเกิน 3 - 5 ครั้ง เพราะสมุนไพรจะเสื่อมประสิทธิภาพ
5. ไม่ควรอาบน้ำทันทีภายหลังการประคบเสร็จ เพราะร่างกายจะยังไม่สามารถปรับตัวกับอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงทันที และจะเป็นการล้างตัวยาจากผิวหนังออกไปอีกด้วย
6. ในผู้ป่วยอัมพาต เด็ก และผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้

1. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 92-3.
2. ชูตินันท์ ชันทยะศ, กนกพร ปัญญาดี. ผลของถั่งสาสมุนไพร ประคบข้อเข่า ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 2560; 12(4): 43-49.
3. จุไรรัตน์ บุญรวบ. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการประคบสมุนไพร ประคบร้อน กับยาทาไดโคลฟีแนกในผู้ป่วยปวดกล้ามเนื้อบ่าทราพีเซียสส่วนบน. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
4. ภูมิณรงค์ วาณิชย์พุดกุล. ผลการใช้ยาประคบสมุนไพรรูปแบบสเปรย์ ที่มีต่อการลดระดับความปวดในผู้ป่วยโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจังหวัด.วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;1(3): 96-100.

สารสกัดจากกัญชา CBD Enriched

Group
07

เภสัชกรหญิงรวิวรรณ วิทวัสสำราญกุล

ชื่อสามัญ ⁽¹⁾

(ไทย)

กัญชา

(อังกฤษ)

Cannabis, Marihuana, Indian Hemp, pot ⁽¹⁰⁾

ชื่อวิทยาศาสตร์ ⁽¹⁾

Cannabis sativa L. subsp. indica ⁽¹⁰⁾

ชื่อวงศ์ ⁽¹⁾

Cannabidaceae ⁽¹⁰⁾ [*Cannabaceae*]

ชื่อท้องถิ่น

กัญชาจีน คุณเช่า ปาง ยานอ ⁽¹⁰⁾

THAI
12
HERB



ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

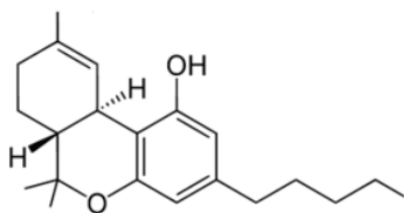
ส่วนที่ใช้

ใบและช่อดอกเพศเมีย (leaf and florescence)

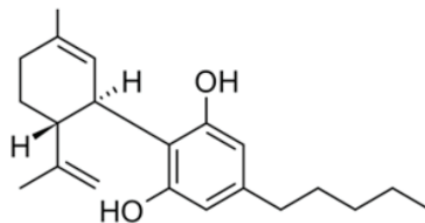
สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient)

สารสกัดกัญชา CBD Enriched ที่นำมาใช้สำหรับโรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อ ยารักษา (intractable epilepsy) มี cannabidiol (CBD) 100 mg/ml และมี THC ในอัตราส่วนที่ CBD : THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20 : 1

สูตรเคมี (Chemical Formula)



Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC)



Cannabidiol (CBD)

ที่มา: <https://www.mdpi.com/2076-3921/11/4/660>

ข้อมูลทางเภสัชวิทยา (Pharmacology)

Cannabidiol ($C_{21}H_{30}O_2$) หรือ CBD เป็นสารสกัดที่ได้จากกัญชา ไม่จัดเป็นยาเสพติด ไม่ออกฤทธิ์ทางระบบประสาทที่ทำให้มึนเมา หรือเสพติด สาร Cannabidiol จะมีฤทธิ์ด้านการชัก ลดความเจ็บปวด ลดอาการคลื่นไส้ ต้านฤทธิ์ต่อจิตประสาท คลายกังวล ปกป้องเซลล์ประสาท และยังมีฤทธิ์ยับยั้งเซลล์มะเร็ง Cannabidiol จึงถูกนำมาใช้ประโยชน์เป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยาแผนไทย เช่น ยาต้านการชัก ในผู้ป่วยลมชักรักษายาก ใช้ช่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เป็นต้น Cannabidiol (CBD) ไม่ได้ออกฤทธิ์ผ่านตัวรับ Cannabinoid receptor type 1 (CB_1) และ type 2 (CB_2) แต่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต่อตัวรับอื่น ๆ ส่งผลให้ CBD มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาหลากหลาย เช่น ฤทธิ์ต้านการทำงานของ Δ^9 -THCs ผ่านการกระตุ้น non-competitive negative allosteric modulator ต่อตัวรับ CB_1 , ฤทธิ์ลดภาวะวิตกกังวลผ่านการกระตุ้นตัวรับ 5-HT_{2A}, ฤทธิ์ยับยั้งการชักผ่านการกระตุ้นตัวรับ Glycine receptor α_3 (GlyR) และ GABA A Receptor และฤทธิ์ระงับปวดผ่านการกระตุ้นตัวรับ TRPV1⁽²⁾

ในขณะที่ Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) ออกฤทธิ์ผ่าน receptor หลัก 2 ชนิด คือ

1. Cannabinoid receptor type 1 (CB_1) บริเวณระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลัง) ซึ่งมีฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้ถ้าใช้ปริมาณสูง แต่อาจพบได้ที่เนื้อเยื่อส่วนปลาย (peripheral tissues) ออกฤทธิ์เกี่ยวข้องกับการนอน ความอยากอาหาร การรับรู้เวลา ความจำระยะสั้น และการทำงานประสาน การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

2. Cannabinoid receptor type 2 (CB_2) มักจะพบบนเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกัน จะเกี่ยวข้องกับความปวด อักเสบ และการทำลายของเนื้อเยื่อ และระบบเลือด และยังออกฤทธิ์ผ่าน Glycine receptor α_3 และ GABA A Receptor ซึ่งทำให้เกิดฤทธิ์ด้านการชักได้ด้วย⁽²⁾

เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics)

สาร Cannabidiol (CBD) มี Bioavailability เมื่อให้ทางปากประมาณ 6 % เนื่องจากเกิด First-pass metabolism ที่ตับค่อนข้างมาก มีคุณสมบัติที่ขบไขมัน และมีปริมาณของการกระจายค่อนข้างสูง กระจายไปยังสมอง เนื้อเยื่อไขมัน และอวัยวะอื่น ๆ ค่อนข้างเร็ว และจับกับโปรตีนได้ดี มีการกระจายไปยังบริเวณที่เป็นไขมัน ดังนั้นจึงมีโอกาสที่จะสะสมในผู้ที่ได้รับ Cannabidiol เป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีไขมันค่อนข้างมาก Cannabidiol ส่วนใหญ่จะถูก metabolized ที่ตับ โดยถูก hydroxylated เป็น 7-OH-CBD โดยเอนไซม์ P450 ส่วนใหญ่โดย CYP3A CYP2C metabolites จะถูก metabolized ต่อไปที่ตับ และถูกขับทางอุจจาระเป็นส่วนใหญ่ และส่วนน้อยถูกขับออกทางปัสสาวะ ค่าครึ่งชีวิตประมาณ 18 - 32 ชั่วโมง และหลังจากให้ Cannabidiol ครั้งเดียวในผู้ป่วยที่ได้รับรักษา เป็นเวลานาน จะมีการกำจัดประมาณ 960 – 1560 mL/min⁽³⁾

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action)

กลไกการออกฤทธิ์ด้านอาการชักของ Cannabidiol (CBD) ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด ซึ่งกลไกนี้ อาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับตัวรับ Cannabidiol แต่อาจมีผลยับยั้งอาการชักแบบสะสมโดยปรับเปลี่ยนระบบ ภายในร่างกาย โดยยับยั้งเซลล์ประสาท ผ่านทาง GABA และ Calcium channel modulators⁽²⁰⁾ ทั้งนี้ จากการศึกษาแบบ meta-analysis observational study ในต่างประเทศโดย Pamplona และ คณะ⁽²¹⁾ เปรียบเทียบการใช้ Cannabidiol บริสุทธิ์ กับ CBD Enriched ซึ่งมี THC อยู่ร่วมด้วยในโรคลมชักรักษา ยากในเด็ก พบว่า ผลการรักษาโรคใกล้เคียงกัน ($\geq 50\%$ seizure reduction rate) แต่ CBD enriched ใช้ขนาดของยาน้อยกว่า สรุปผลจากผู้วิจัยในการศึกษาของ CBD enriched⁽²²⁻²³⁾ อธิบายเหตุผลดังกล่าว จากการที่ CBD และ THC อาจมีส่วนช่วยเสริมการออกฤทธิ์คุมอาการชัก (synergistic, entourage effect ระหว่าง CBD และ THC)⁽⁴⁻⁸⁾

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration)

ข้อบ่งใช้

ยาน้ำมันสารสกัดกัญชาที่นำมาใช้สำหรับโรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา (intractable epilepsy) มี cannabidiol (CBD) 100 mg/ml และมี THC ในอัตราส่วนที่ CBD : THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20 : 1 ในประเทศไทยให้สั่งใช้โดยกุมารแพทย์ทางระบบประสาท หรือแพทย์ผู้มี ประสบการณ์ด้านการรักษาลมชักที่รักษายาก มีข้อบ่งใช้⁽⁹⁾ ดังนี้

- ใช้ในผู้ป่วยเด็กลมชักรักษายากตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไป
- ใช้ในโรคลมชักที่รักษายากในเด็ก เช่น Dravet และ Lennox-Gastaut Syndrome
- สำหรับผู้ป่วย Dravet syndrome ควรได้รับยากันชักมาตรฐานที่เหมาะสม ได้แก่ valproate, clobazam, topiramate, levetiracetam อย่างน้อย 2 ชนิด แล้วยังคงมีอาการชักไม่ได้
- ใช้ในโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษาอื่น ๆ อย่างน้อย 4 ชนิดขึ้นไป มีการชักรุนแรงอย่างน้อย เดือนละ 4 ครั้ง

ขนาดยา

สารสกัดกัญชาชนิด CBD สูงในโรคลมชักรักษายากในเด็ก สัดส่วน CBD : THC มากกว่าหรือเท่ากับ 20 : 1 แนะนำให้เริ่มต้นใช้ CBD ขนาด 1 - 3 mg/kg/day ในเดือนแรก ปรับยาขึ้นช้า ๆ CBD 1 - 5 mg/kg/day ทุก 2 - 4 สัปดาห์ จนคุมอาการชักได้ และไม่มีผลข้างเคียง การปรับขนาดยา ขึ้นอยู่กับการตอบสนอง ทางคลินิกของแต่ละบุคคล ขนาดยาสูงสุดที่แนะนำ คือ 25 mg/kg/day โดยขนาดของ THC $\leq$ 0.5 mg/kg/day (อ้างอิงแนวทางการใช้ยาสกัดกัญชาในลมชักที่รักษายาก ของสมาคมกุมารประสาทวิทยา (ประเทศไทย))⁽⁸⁾

หมายเหตุ กรณีใช้สารสกัดกัญชาในขนาดที่ CBD มากกว่า 20 mg/kg/day ให้มีการเฝ้าระวัง เป็นพิเศษ

วิธีใช้ยา

อมใต้ลิ้น (Sublingual) ให้ใช้ syringe ห้ามใช้ช้อนชา ห่างจากอาหารและนม การดูดซึมของยา อาจเพิ่มขึ้นจากอาหารหรือนม

สายให้อาหาร (Feeding tube) ห้ามให้ยาผ่านสายที่ทำจากพีวีซีหรือโพลียูรีเทน สามารถใช้กับท่อ silicone ได้ ท่อซิลิโคนที่ใช้ควรมีความยาว $\geq$ 50 ซม. และมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 25 ซม. หลังจากให้ยา แต่ละครั้ง ให้ล้างสายด้วยน้ำอุณหภูมิห้อง ประมาณ 5 เท่าของปริมาตร priming volume⁽⁹⁾

ไม่ควรบริยายทางปาก (Oral) เนื่องจากมี First-pass metabolism ที่ต่ำ ทำให้ Bioavailability เมื่อให้ทางปากเหลือประมาณ 6 %

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction)⁽¹⁰⁾

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย (> 10 %) เช่น ผื่นผิวหนัง น้ำหนักลด ความอยากอาหารลดลง ท้องเสีย อาเจียน โลหิตจาง เอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น เกิดการติดเชื้อไวรัสน้ำ อ่อนแรง ง่วงนอน นอนไม่หลับ เฉื่อยชา เป็นต้น

อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้ (1 - 10%) เช่น ปวดท้อง ลำไส้อักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เกร็ดเลือดลดลง เติชเช พฏิกิริยาแพ้ยา ไข้ ไม่อยู่นิ่ง ตัวอ่อน ชื่นเขียว ภาวะ Serum creatinine เพิ่มขึ้น เป็นต้น

อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้ (< 1 %) เช่น ไข้ AST $> 20 \times$ ULN เป็นต้น

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลัง Post marketing เช่น Hepatic injury Cholestatic/ Mixed, Suicidal idea เป็นต้น

ข้อห้ามใช้ (Contraindication)⁽¹¹⁾

1. ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการสกัดกัญชา
2. ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดชั้นรุนแรง หรือไม่สามารถคุมอาการได้

ข้อควรระวัง (Precaution)

อาการทำงานของตับผิดปกติ (เช่น เบื่ออาหารโดยไม่ทราบสาเหตุ ปัสสาวะสีคล้ำ อ่อนเพลีย ตัวเหลือง คลื่นไส้ ปวดท้องด้านขวาบน อาเจียน เป็นต้น) ควรประเมิน AST, ALT และ Bilirubin ⁽¹⁰⁾

AST และ/หรือ ALT > 3 เท่าของ ULN และ Bilirubin รวม > 2 เท่าของ ULN หยุดการรักษา

AST และ/หรือ ALT > 5 เท่าของ ULN คงที่ หยุดการรักษา

การบริหารยาร่วมกับอาหาร อาหารที่มีไขมันสูง/แคลอรีสูง ทำให้ความเข้มข้นสูงสุดในพลาสมา เพิ่มขึ้น 5 เท่า AUC เพิ่มขึ้น 4 เท่า

การหยุดยาไม่ควรหยุดยาด้านการชักอย่างกะทันหันเนื่องจากความเสี่ยงต่อการเกิดอาการชักบ่อยขึ้น ควรค่อย ๆ หยุดยา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการชักบ่อยขึ้น และอาการชักแบบต่อเนื่อง เว้นแต่มีข้อกังวลด้านความปลอดภัยที่ทำให้ต้องหยุดยาโดยเร็ว

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions) ^(9, 10)

1. ยาอื่นที่ส่งผลให้ระดับยาในเลือดของ THC และ CBD เปลี่ยนแปลง

เนื่องจากสาร THC และ CBD ถูก metabolized โดย cytochrome P450 (CYP) หลายชนิด ดังนี้

- THC ถูก metabolized โดย CYP2C9, CYP2C19 และ CYP3A4

- CBD ถูก metabolized โดย CYP2C19 และ CYP3A4 เป็นส่วนใหญ่ และถูก metabolized ส่วนน้อยโดย CYP1A1, CYP1A2, CYP2C9 และ CYP2D6

ดังนั้น การใช้ THC และ CBD ร่วมกับยาอื่นที่มีผลยับยั้ง CYP450 โดยเฉพาะ CYP2C19 และ CYP3A4 เช่น fluoxetine อาจมีผลทำให้ระดับ THC และ CBD ในเลือดสูงขึ้น จนเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ ในทางตรงกันข้าม ถ้าใช้ THC และ CBD ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์เป็น enzyme inducer เช่น rifampicin, carbamazepine จะทำให้ระดับ THC และ CBD ในเลือดลดลง

2. THC และ CBD มีฤทธิ์เปลี่ยนแปลงระดับยาอื่น เนื่องจาก THC และ CBD มีผลเป็นทั้ง enzyme inducer และ enzyme inhibitor ดังนี้

- THC มีผลเหนี่ยวนำ CYP1A2

- THC มีผลยับยั้ง CYP2C9, CYP2D6 และ CYP3A4 ซึ่งอาจส่งผลให้ยาอื่นที่ถูก metabolized ด้วย CYP เหล่านี้ จะมีระดับยาสูงขึ้น เช่น warfarin (ถูก metabolized ด้วย CYP2C9) มีผลให้ INR สูงขึ้นได้

- CBD มีผลยับยั้ง CYP1A1, CYP1A2, CYP1B1, CYP2B6, CYP2C19, CYP3A4 และ CYP2C9 อย่างแรง ดังนั้น การใช้ CBD ร่วมกับยาอื่นที่ถูก metabolized ด้วย CYP เหล่านี้ ตัวอย่างเช่น Warfarin, Clobazam (ถูก metabolized ด้วย CYP3A4 และ CYP2C19), ยากลุ่ม Fluoroquinolones (ถูก metabolized ด้วย CYP1A2), ยากลุ่ม Dihydropyridines (ถูก metabolized ด้วย CYP3A4) จะมีระดับยาสูงขึ้น ซึ่งอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้

ดังนั้น การใช้กัญชาทางการแพทย์ ต้องระวังปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่นที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนด้วย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การเก็บรักษา

ควรเก็บน้ำมันกัญชาในขวดเดิม เก็บที่อุณหภูมิห้อง 20 – 25 °C (68 – 77 °F) สามารถเก็บที่
การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิได้ระหว่าง 15 - 30°C (59 – 86 °F) ห้ามแช่เย็น หรือแช่แข็ง ปิดฝาให้แน่น
ควรใช้ภายใน 12 สัปดาห์หลังจากเปิดขวดครั้งแรก

1. ฐานข้อมูลพรรณไม้ องค์การสวนพฤกษศาสตร์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. สืบค้นจาก <http://www.qsbg.org/Database/plantdb/mdp/medicinal-specimen.asp?id=452> [23 มี.ค. 68]
2. Woranisarakul K. Pharmacology of cannabinoids. J Thai Stroke Soc. Volume 20 (3), 2021.
3. วันทนา เจริญมงคล, ฉวีวรรณ รัตนจามิตร (2562) กัญชา (Cannabis). ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. สืบค้นจาก <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=705>
4. Devinsky O, Cross JH, Laux L, et al. Trial of cannabidiol for drug-resistant seizures in the Dravet syndrome. N Engl J Med 2017; 376:2011-20
5. Devinsky, O., Patel, A.D., Cross J.H., Villanueva V., Wirrell E.C., Privitera M., Greenwood S.M., Roberts C., Checketts D., VanLandingham K.E. Effect of Cannabidiol on Drop Seizures in the Lennox–Gastaut Syndrome. New Engl. J. Med. 2018, 378, 1888–1897.
6. Tzadok M, Uliel-Siboni S, Linder I, Kramer U, Epstein O, Menascu S, et al. CBD-enriched medical cannabis for intractable pediatric epilepsy: The current Israeli experience. Seizure 2016; 35: 41-4.
7. Tzadok M, Hamed N, Heimer G, et al. The Long-Term Effectiveness and Safety of Cannabidiol-Enriched Oil in Children With Drug-Resistant Epilepsy. Pediatr Neurol 2022; 136:15-19
8. Russo EB. Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. Br J Pharmacol 2011;163(7):1344-64.
9. แนวทางการใช้ยาสกัดจากกัญชา (CBD-Enriched) ในผู้ป่วยโรคลมชักที่รักษายากและดื้อยากันชักในเด็ก ในคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 6/2567 (ภาคผนวกหน้า 25-30): กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
10. UpToDate Inc. (2024). Cannabidiol [Drug information]. Lexi-Drugs, UpToDate Lexidrug. Retrieved January 28, 2025, from <http://online.lexi.com>
11. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 114 - 7.

สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ชนิดอัตราส่วน THC:CBD เป็น 1:1

Group
07

THAI
13
HERB

เภสัชกรหญิงธนรัตน์ สว่างฤทธิ์

ชื่อสามัญ ⁽¹⁾

(ไทย)

กัญชา

(อังกฤษ)

Cannabis, Marihuana, Indian Hemp, pot

ชื่อวิทยาศาสตร์ ⁽¹⁾

Cannabis sativa L. subsp. indica

ชื่อวงศ์ ⁽¹⁾

Cannabidaceae [Cannabaceae]

ชื่อท้องถิ่น ⁽¹⁾

กัญชาจีน คุณเช่า ปาง ยานอ



ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

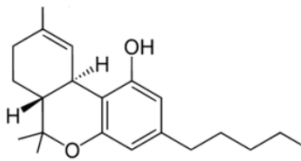
ส่วนที่ใช้

ใบและช่อดอกเพศเมีย (leaf and florescence)

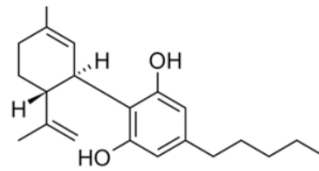
สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient) ⁽²⁾

สารประกอบ cannabinoids ที่สกัดได้จากพืชกัญชา (*Cannabis sativa L.*) คือ delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) และสาร Cannabidiol (CBD) ซึ่งเป็นสารสกัดกัญชาชนิดอัตราส่วน THC:CBD เป็น 1:1 โดย 1 ml มี THC 27 mg และ CBD 25 mg หรือ 1 หยดมี THC 1 mg และ CBD 1 mg

สูตรเคมี (Chemical Formula)



Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC)



Cannabidiol (CBD)

ที่มา: <https://www.mdpi.com/2076-3921/11/4/660>

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action) ^(2, 11)

สารประกอบ cannabinoids ที่สกัดได้จากพืชกัญชา สามารถใช้ในการรักษาโรคได้โดยสารที่ออกฤทธิ์หลักที่นำมาใช้ในทางการแพทย์ คือ delta-9- Tetrahydrocannabinol (THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และ cannabidiol (CBD) ที่ไม่มีฤทธิ์เสพติด สารประกอบ cannabinoids ออกฤทธิ์ผ่าน cannabinoid receptor หลัก 2 ชนิด คือ CB₁ receptor ซึ่งพบมากในสมองและร่างกาย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ ความจำ ความเข้าใจ อารมณ์ การรับรู้ความปวด และการเคลื่อนไหว ส่วน CB₂ receptor พบที่ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบประสาทส่วนปลาย ม้าม ทอนซิล ต่อมไทมัส กระดูก ผิวหนัง และเลือด monocyte, macrophages, B-cells และ T-cells ในร่างกายสามารถสร้าง endocannabinoid ซึ่งเป็น cannabinoids โดยธรรมชาติ (ที่มีการศึกษาส่วนใหญ่ คือ anandamide และ arachidonoyl-glycerol (2-AG)) endocannabinoid ถูกสร้างขึ้นเพื่อกำกับการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะไปจับกับ CB₁ และ CB₂ receptor มีความสำคัญในการควบคุมระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย สารดังกล่าวสามารถผ่าน blood brain barrier และกระจายไปยังเนื้อเยื่อที่มีไขมัน (lipid-laden) เช่น เนื้อสมอง และเยื่อหุ้มเซลล์ประสาท เป็นต้น สาร cannabinoids มีผลทางการรักษาในหลายโรค เช่น อาการอาเจียน อาการปวด การอักเสบ มะเร็ง โรคเส้นเลือดและหัวใจ โรคลมชัก รวมถึงภาวะแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration)

รักษาอาการกล้ามเนื้อหดเกร็ง (spasticity) และอาการปวดจากระบบประสาทส่วนกลาง (central neuropathic pain) ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทส่วนกลางอักเสบ (multiple sclerosis) ⁽³⁻¹⁰⁾

1. สารสกัดกัญชาที่ขึ้นทะเบียน Sativex® (nabiximols) ในรูปสเปรย์ ซึ่งมีสัดส่วนโดยประมาณของ THC : CBD = 1 : 1 แนะนำให้ใช้ 1 สเปรย์ (THC 2.7 mg และ CBD 2.5 mg) ต่อวัน และเพิ่มปริมาณการใช้ได้สูงสุด 12 สเปรย์ต่อวัน ⁽²⁾

2. การศึกษาในประเทศไทยโดยใช้สารสกัดกัญชาชนิด THC : CBD ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม อัตราส่วน 1 : 1 (27 mg : 25 mg : 1 ml) โดยให้ขนาดยาเริ่มต้น คือ 0.1 ml สัปดาห์แรก, 0.1 ml เข้าเย็น (3 วัน) จากนั้นเพิ่มขนาดได้ทุก ๆ 3 วัน แต่ไม่เกิน 1.5 เท่าของขนาดยาก่อนหน้า และช่วงเวลาระหว่างรับยาแต่ละครั้ง ต้องไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ขนาดยาสูงสุด คือ 1 ml ต่อวัน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อ

อาการไม่พึงประสงค์ได้ให้ลดขนาดยาลงเป็นขนาดยาก่อนหน้า จนกว่าอาการไม่พึงประสงค์นั้นจะหายไป หลังจากอาการไม่พึงประสงค์หายแล้ว สามารถเพิ่มขนาดยาขึ้นใหม่ได้ หรือคงขนาดยาที่ใช้ก่อนเกิดอาการไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม หากเพิ่มขนาดยาอีกครั้งแล้วอาการไม่พึงประสงค์กลับมา ให้ลดขนาดยาลง และจะไม่มีเพิ่มขนาดยาอีกต่อไป โดยวัดผลลัพธ์ที่ 12 สัปดาห์⁽¹⁰⁾

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction)⁽²⁾

1. พิษเฉียบพลันจากการใช้กัญชา

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สารสกัดกัญชา ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ อาทิ ปริมาณที่ได้รับต่อครั้ง (unit dose) ความทน (tolerance) ของผู้ใช้ วิธีการนำเข้าสู่ร่างกาย (การใช้กัญชาที่ไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิด overdose) เมื่อร่างกายได้รับ THC ในปริมาณมาก THC จะไปจับกับ CB₁ receptor ที่ basal ganglion ทำให้ dopamine ที่ synapse ลดลง และ GABA เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงท่าทาง และเสียการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (impair movement) ในขณะเดียวกัน brain reward system ที่ mesolimbic จะมีปริมาณของ dopamine เพิ่มขึ้น และ GABA ลดลง ส่งผลทำให้เกิดอาการเคลิ้ม (euphoria) ประสาทหลอน (hallucination) และติดยา (addiction) THC มี dose response และความเสี่ยงในการเกิดอาการทางสมอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสติ (alteration of conscious) ความสนใจ (attention) สมาธิ (concentration) ความจำระยะสั้น (short-term memory) และการทำงานของสมอง (executive functioning)

2. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง

- เคลิ้ม (euphoria)
- ตระหนก (panic)
- กระสับกระส่าย (agitation)
- อารมณ์แปรปรวน (mood alterations)
- การรับรู้ผิดปกติ (alterations of perception)
- ขาดการยับยั้งทางสังคม (loss of social inhibition)
- ความสามารถของสมอง และการตัดสินใจเสียไป (impairment of cognition and judgment)
- กดระบบประสาทส่วนกลาง (CNS depression) ทำให้เกิดโคม่าในเด็ก
- กดการหายใจ (respiratory depression) ในเด็ก
- กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (muscle incoordination)
- การเคลื่อนไหวแบบกระตุก (myoclonic jerking)
- เดินเซ (ataxia)
- พูดไม่ชัด (slurred speech)
- มีความเสี่ยงในการเกิดบาดเจ็บ ทำร้ายตนเอง และอุบัติเหตุ

ผู้ใช้สารสกัดกัญชาบางคนอาจมีภาวะทางจิตซ่อนอยู่ THC ทำให้เกิดภาวะขาดการยับยั้ง (disinhibition) ส่งผลให้เกิด psychotic break และเป็นโรคจิต (psychosis) หรือโรคจิตเภท (schizophrenia) ได้ ซึ่งในคนทั่วไปอาจเกิดเพียงภาวะเคลิ้ม (euphoria) เท่านั้น

3. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

3.1 ผลเฉียบพลันต่อหัวใจและหลอดเลือด (Acute Cardiovascular Effect)

- หลอดเลือดขยายตัว (vasodilation) THC และ CBD จะไปกระตุ้นที่ TRPA-1 (transient receptor potential ankyrin type-1) และ TRPV-1 (transient receptor potential vanilloid type-1) ซึ่งเป็น calcium channel receptors ทำให้เกิด vasodilation
- หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) อาการหน้ามืด / หมดสติเมื่อลุกยืน (orthostatic syncope)

3.2 ผลเรื้อรังต่อหัวใจและหลอดเลือด (Chronic Cardiovascular Effect)

- การหดเกร็งของหลอดเลือด (vasospasm) การใช้กัญชาเป็นเวลานานจะทำให้เกิด tolerance ของ vasodilation เป็นเวลานาน vessel tone จะเปลี่ยนเป็น vasospasm ตามมาเนื่องจาก blood vessel มีการลดลงของ receptor (downregulation) TRPA-1 และ TRPV-1 ทำให้เสี่ยงที่จะเกิด vascular insufficiency ส่งผลให้เส้นเลือดปลายมือ-เท้าไม่ตี เส้นเลือดหัวใจตีบได้
- หัวใจเต้นช้าลง (slower heart rate) มีรายงานการเกิด heart block ในกรณีที่ใช้กัญชาขนาดสูง และเกิด tolerance เป็นเวลานาน ๆ ทำให้หัวใจเต้นช้าลงได้ รวมถึงการทำงานของ sympathetic จะลดลง และ parasympathetic ทำงานเพิ่มขึ้น

3.3 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial ischemia)

- การได้รับพิษจากกัญชาเฉียบพลัน (acute exposure) อัตราการเต้นของหัวใจ และการทำงานของ sympathetic เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเพิ่ม cardiac workload และ O_2 demand
- การได้รับพิษจากกัญชาเรื้อรัง (chronic exposure) ส่งผลให้เกิด vasospasm ของ coronary artery เนื่องจาก downregulation ของ TRPA-1 และ TRPV-1
- กระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือด (activate platelet) ทำให้เกิด clot ได้

3.4 ผลอื่น ๆ ต่อหัวใจและหลอดเลือด

- หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) พบ atrial fibrillation (AF), ventricular tachycardia (VF) ได้
- ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) เนื่องจาก cardiac workload เพิ่มขึ้นทำให้เกิด high output heart failure
- โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral artery disease)

4. กลุ่มอาการหลอดเลือดสมองหดตัวชั่วคราว (Reversible Cerebral Vasoconstrictive Syndrome; RCVS) RCVS เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) ร้อยละ 40 จากกัญชาเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดร้อยละ 32 จากสารที่ทำให้หลอดเลือดตีบอื่น ๆ (cocaine, ergots, nicotine) การวินิจฉัยยืนยันด้วยการตรวจ CTA หรือ MRI

- การใช้กัญชาที่มี THC เป็นเวลานาน ๆ มีโอกาสเกิด transient cerebral vasospasm ของเส้นเลือดสมอง ส่งผลให้เกิด cerebral ischemia ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดศีรษะรุนแรงมาก (thunderclap headache) ในลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ มีรายงานพบ seizure, TIA, stroke, neurodeficit, คลื่นไส้อาเจียนได้
- ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ subarachnoid hemorrhage (SAH), intracranial hemorrhage และเสียชีวิต

5. อาการอาเจียนรุนแรง (Cannabinoid Hyperemesis Syndrome; CHS) CHS เป็นอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงในผู้ใช้ THC มาเป็นเวลานาน (ร้อยละ 68 ของรายงานผู้ป่วยที่ใช้ มากกว่า 2 ปี) และ ใช้ถี่มากกว่า 20 ครั้งต่อเดือน อาการนี้ไม่ค่อยตอบสนองต่อยาแก้คลื่นไส้อาเจียน จะทุเลาลงเมื่อได้อาบน้ำอุ่น เมื่อเป็นแล้วหายช้า ใช้เวลา 2 - 3 สัปดาห์

ข้อห้ามใช้ (Contraindication) ⁽²⁾

1. ผู้ที่มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการสกัดกัญชา ซึ่งอาจเกิดจากส่วนประกอบอื่น ๆ และ/หรือสารที่เป็นตัวทำละลาย (solvent) ที่ใช้ในการสกัด
2. ผู้ที่มีอาการรุนแรงของ unstable cardio-pulmonary disease (angina, peripheral vascular disease, cerebrovascular disease และ arrhythmia) หรือมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ผู้ที่เป็นโรคจิตมาก่อน หรือมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน (concurrent active mood disorder) หรือโรควิตกกังวล (anxiety disorder)
4. หลีกเลี่ยงการใช้ในสตรีมีครรภ์ สตรีที่ให้นมบุตร รวมถึงสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิด หรือสตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์ เนื่องจากมีรายงานการศึกษา พบว่า มีทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย รวมถึงพบ cannabinoids ในน้ำนมแม่ได้

ข้อควรระวัง (Precaution) ⁽²⁾

1. การสั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มี THC เป็นส่วนประกอบในผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี เนื่องจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นส่งผลต่อสมองที่กำลังพัฒนาได้ ดังนั้นผู้สั่งใช้ควรวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนการสั่งใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชา
2. ผู้ที่เป็นโรคตับ
3. ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด รวมถึงนิโคติน หรือเป็นผู้ดื่มสุราอย่างหนัก
4. ผู้ใช้ยาอื่น ๆ โดยเฉพาะยากลุ่ม opioids และยากล่อมประสาท อาทิ benzodiazepines

5. ผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการมากเพียงพอในสองกลุ่มนี้ กระบวนการ metabolism ของผู้สูงอายุจะช้ากว่า จึงดูเหมือนว่ามีการตอบสนองต่อกัญชาได้สูงกว่า ดังนั้นการใช้ จึงควรเริ่มต้นในปริมาณที่น้อย และปรับเพิ่มขึ้นช้า ๆ

หมายเหตุ: ข้อ 3 และ 4 อาจพิจารณาใช้ non-psychoactive cannabis preparation

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions) ⁽²⁾

1. ยาอื่นที่ส่งผลให้ระดับยาในเลือดของ THC และ CBD เปลี่ยนแปลง เนื่องจากสาร THC และ CBD ถูก metabolized โดย cytochrome P450 (CYP) หลายชนิด ดังนี้

- THC ถูก metabolized โดย CYP2C9, CYP2C19 และ CYP3A4
- CBD ถูก metabolized โดย CYP2C19 และ CYP3A4 เป็นส่วนใหญ่ และถูก metabolized ส่วนน้อยโดย CYP1A1, CYP1A2, CYP2C9 และ CYP2D6

ดังนั้น การใช้ THC และ CBD ร่วมกับยาอื่นที่มีผลยับยั้ง CYP450 โดยเฉพาะ CYP2C19 และ CYP3A4 เช่น fluoxetine อาจมีผลทำให้ระดับ THC และ CBD ในเลือดสูงขึ้น จนเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ ในทางตรงกันข้าม ถ้าใช้ THC และ CBD ร่วมกับยาที่มีฤทธิ์เป็น enzyme inducer เช่น rifampicin, carbamazepine จะทำให้ระดับ THC และ CBD ในเลือดลดลง

2. THC และ CBD มีฤทธิ์เปลี่ยนแปลงระดับยาอื่น เนื่องจาก THC และ CBD มีผลเป็นทั้ง enzyme inducer และ enzyme inhibitor ดังนี้

- THC มีผลเหนี่ยวนำ CYP1A2
- THC มีผลยับยั้ง CYP2C9, CYP2D6 และ CYP3A4 ซึ่งอาจส่งผลให้ยาอื่นที่ถูก metabolized ด้วย CYP เหล่านี้ จะมีระดับยาสูงขึ้น เช่น warfarin (ถูก metabolized ด้วย CYP2C9) มีผลให้ INR สูงขึ้นได้
- CBD มีผลยับยั้ง CYP1A1, CYP1A2, CYP1B1, CYP2B6, CYP2C19, CYP3A4 และ CYP2C9 อย่างแรง ดังนั้น การใช้ CBD ร่วมกับยาอื่นที่ถูก metabolized ด้วย CYP เหล่านี้ ตัวอย่างเช่น warfarin, clobazam (ถูก metabolized ด้วย CYP3A4 และ CYP2C19), ยากลุ่ม fluoroquinolones (ถูก metabolized ด้วย CYP1A2), ยากลุ่ม dihydropyridines (ถูก metabolized ด้วย CYP3A4) จะมีระดับยาสูงขึ้น ซึ่งอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้

1. ฐานข้อมูลพรรณไม้ องค์การสวนพฤกษศาสตร์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. สืบค้นจาก <http://www.qsbg.org/Database/plantdb/mdp/medicinal-specimen.asp?id=452> [23 มี.ค. 68]
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 6 (กันยายน 2567) Guidance on Cannabis for Medical Use. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข;2567.
3. Wade DT, Makela P, Robson P, House H, Bateman C. Do cannabis-based medicinal extracts have general or specific effects on symptoms in multiple sclerosis? A double-blind, randomized, placebo-controlled study on 160 patients. *Mult Scler* 2004; 10:434-41.
4. Zajicek JP, Sanders HP, Wright DE, Vickery PJ, Ingram WM, Reilly SM, et al. Cannabinoids in multiple sclerosis (CAMS) study: safety and efficacy data for 12 months follow up. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76:1664-9.
5. Collin C, Ehler E, Waberzinek G, Alsindi Z, Davies P, Powell K, et al. A double-blind, randomized, placebocontrolled, parallel-group study of Sativex, in subjects with symptoms of spasticity due to multiple sclerosis. *Neurol Res* 2010; 32:451-9.
6. Novotna A, Mares J, Ratcliffe S, Novakova I, Vachova M, Zapletalova O, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, enriched-design study of nabiximols* (Sativex®), as add-on therapy, in subjects with refractory spasticity caused by multiple sclerosis. *Eur J Neurol* 2011; 18:1122-31.
7. Zajicek JP, Hobart JC, Slade A, Barnes D, Mattison PG. Multiple sclerosis and extract of cannabis: results of the MUSEC trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2012; 83:1125-32.
8. Patti F, Messina S, Solaro C, Amato MP, Bergamaschi R, Bonavita S, et al. Efficacy and safety of cannabinoid oromucosal spray for multiple sclerosis spasticity. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2016; 87:944-51.
9. Torres-Moreno MC, Papaseit E, Torrens M, Farré M. Assessment of efficacy and tolerability of medicinal cannabinoids in patients with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2018; 1: e183485.
10. Aungsumart S, Pongsuthimanus N, Apiwattanakul M. A Pilot Study of the Government Pharmaceutical Organization (GPO) Cannabis Extract for Multiple Sclerosis (MS) Spasticity Treatment in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2021;104(3):460-5.
11. Brodie MJ, et al Cannabinoids for epilepsy: What do we know and where do we go? *Epilepsia*. 2018;59:291–296.

นายแพทย์พาสรรค์ ผลโกค
เภสัชกรหญิงรุธา อัสวตมางกูร

ชื่อสามัญ ⁽¹⁾	(ไทย) พริก
	(อังกฤษ) Chili Pepper, Bird Pepper, Cayenne Pepper
ชื่อวิทยาศาสตร์ ⁽¹⁾	<i>Capsicum annuum</i> L.
	<i>Capsicum frutescens</i> L.
	<i>Capsicum minimum</i> Roxb (ชี้อพ้อง)
ชื่อวงศ์ ⁽¹⁾	<i>Solanaceae</i>
ชื่อท้องถิ่น ⁽¹⁾	พริกขี้หนู ครี ปะแกว พริกขี้นก พริกแต่ พริกแต่ มือสำโพอ หมักเพ็ด



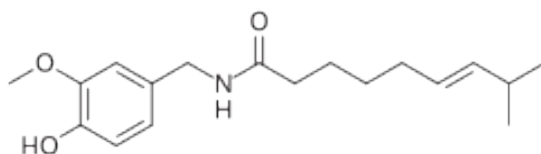
ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

ส่วนที่ใช้

ผลแห้ง (dried fruit)

สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient)

ยาที่มีสารสกัดจากผลพริกแห้ง [*Capsicum annuum* L., *Capsicum frutescens* L.] ได้แก่ สารแคปไซซิน (capsaicin; 8-methyl-N-Vanillyl-6-nonenamide: $C_{18}H_{27}NO_3$) มีในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สเปรย์ ขี้ผึ้ง โลชั่น เจล และแผ่นแปะ⁽²⁾ โดยยาที่มีสารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (95 %) จากผลพริกแห้ง ในรูปแบบยาทาเฉพาะที่ (ยาเจล ยาทา และยาขี้ผึ้ง) จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 โดยควบคุมความแรง ในรูปแบบผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ร้อยละ 0.025 % โดยน้ำหนัก (w/w)⁽³⁾

สูตรเคมี (Chemical Formula)**Capsaicin**

ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/Capsaicin>

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action)

แคปไซซิน (capsaicin) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งสารสื่อประสาท (Substance P) ซึ่งมีบทบาทในการส่งสัญญาณความเจ็บปวด เมื่อใช้เป็นประจำจะทำให้ปริมาณสารนี้ลดลง ส่งผลให้ความรู้สึกปวดลดลงตามไปด้วย

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration)⁽³⁾

บรรเทาอาการปวดเส้นประสาท (Neuropathic pain)^(2, 4-10) ยารูปแบบเจลความแรง 0.025 % โดยน้ำหนัก

รูปแบบ: เจลทาภายนอก

1. ทาบาง ๆ ในปริมาณครึ่งข้อนิ้ว บริเวณที่มีอาการปวด วันละ 3 - 4 ครั้ง
2. ล้างมือให้สะอาดหลังการใช้
3. หลีกเลี่ยงการอาบน้ำ หรือสัมผัสน้ำร้อน ภายใน 30 นาที หลังทายา
4. สามารถทาได้ติดต่อกันนานเป็นเดือนได้จนกว่าอาการจะทุเลาลง

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction)⁽³⁾

1. รู้สึกแสบร้อนบริเวณที่ทา
2. ผื่นแดง ระคายเคือง หรือเป็นผื่น
3. คันหรือแสบในกรณีที่สัมผัสเยื่อ เช่น ดวงตา หรือปาก เป็นต้น

ข้อห้ามใช้ (Contraindication) ⁽³⁾

1. ผู้ที่แพ้แคปไซซิน หรือสารในตระกูลพริก
2. ห้ามใช้กับผิวหนังที่มีแผลเปิด แผลไหม้ หรือมีการอักเสบรุนแรง
3. ห้ามใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี
4. หลีกเลี่ยงการใช้ในบริเวณใกล้ดวงตา จมูก ปาก หรือเยื่อเมือก

ข้อควรระวัง (Precaution) ⁽³⁾

ควรระมัดระวังการใช้ยาพริกบริเวณผิวหนังที่บอบบาง หรือบริเวณผิวหนังที่แตก เนื่องจากทำให้เกิดอาการระคายเคือง

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interactions) ⁽³⁾

1. การใช้กับยารักษาโรคหัวใจ ยาลดความดันโลหิต กลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACE inhibitor) อาจทำให้เกิดอาการไอเพิ่มขึ้น
2. อาจเพิ่มการดูดซึมของยาโรคหอบหืด คือ theophylline ชนิดออกฤทธิ์เนิ่นนาน
3. ควรระมัดระวัง และปรึกษาแพทย์ก่อน เมื่อใช้ยาพริกร่วมกับยากลุ่มต่อไปนี้
 - Angiotensin-converting enzyme inhibitors
 - Anticoagulants
 - Antiplatelet agents
 - Barbiturates
 - Low molecular weight heparins
 - Theophylline
 - Thrombolytic agents
4. หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับผลิตภัณฑ์ให้ความร้อน เช่น แผ่นประคบร้อน หรือครีมร้อน เพราะอาจทำให้เกิดการระคายเคืองรุนแรง

คำแนะนำเพิ่มเติม

1. ทดสอบการแพ้โดยทาบริเวณเล็ก ๆ ก่อนใช้จริง
2. หากมีอาการแสบร้อน ระคายเคืองรุนแรง ให้ล้างออกด้วยน้ำสบู่อ่อน ๆ แชมพู หรือน้ำมันพืช ออยล์ ครีม แล้วปรึกษาแพทย์ภายหลัง
3. เก็บยาให้พ้นมือเด็ก และไม่ควรใช้กับสัตว์เลี้ยง
4. สามารถใช้ต่อเนื่องจนอาการดีขึ้น

1. ฐานข้อมูล PHARM Database. ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร. [อินเทอร์เน็ต]. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. พริก [เข้าถึงเมื่อ 22 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://medplant.mahidol.ac.th/pubhealth/index.asp>
2. Alalami K, Goff J, Grimson H, Martin O, McDonald E, Mirza T, Mistry D, Ofodile A, Raja S, Shaker T, Sleibi D, Forget P. Does Topical Capsaicin Affect the Central Nervous System in Neuropathic Pain? A Narrative Review. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2024 Jun 27;17(7):842.
3. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 96.
4. Mason L, Moor RA, Derry S, Edwards E, McQuay HJ. Systematic review of topical capsaicin for the treatment of chronic pain: primary care. [cited 2025 Jan29]; Available URL: <http://bmj.com>
5. Halat KM, Denneby CE. Botanicals and dietary supplements in diabetic peripheral neuropathy. *J AmBoard Fam Pract* 2003;16(1):47-57.
6. Peppin JF, Pappagallo M. Capsaicinoids in the treatment of neuropathic pain: a review. *Ther Adv Neurol Disord*. 2014 Jan;7(1):22-32.
7. Arora V, Campbell JN, Chung MK. Fight fire with fire: Neurobiology of capsaicin-induced analgesia for chronic pain. *Pharmacol Ther*. 2021 Apr; 220:107743.
8. Derry S, Rice AS, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 13;1(1):CD007393.
9. Hall OM, Broussard A, Range T, Carroll Turpin MA, Ellis S, Lim VM, Cornett EM, Kaye AD. Novel Agents in Neuropathic Pain, the Role of Capsaicin: Pharmacology, Efficacy, Side Effects, Different Preparations. *Curr Pain Headache Rep*. 2020 Aug 6;24(9):53.
10. Thomas SE, Laycock H. The use of high dose topical capsaicin in the management of peripheral neuropathy: narrative review and local experience. *Br J Pain*. 2020 May;14(2):133-140.

ว่านหางจระเข้

Group
07

เภสัชกรหญิงอมรรัตน์ วิจิตรลีลา
เภสัชกรหญิงกฤติยาภรณ์ สุนัน
เภสัชกรหญิงกুমาริน สิ้นทรัพย์
เภสัชกรธนณ์ภูฏ์ แสงอังคนาวิน

ชื่อสามัญ ^(1, 2)

(ไทย)

ว่านหางจระเข้

(อังกฤษ)

Aloe, Barbados aloe, Crocodile' tongue,
Indian aloe, Jafferbad, Mediteranean aloe,
Star cactus, True aloe

ชื่อวิทยาศาสตร์ ⁽¹⁾

Aloe vera (L.) Burm.f

Aloe barbardensis Mill., *Aloe indica* Royle (ชื่อพ้อง)

ชื่อวงศ์ ⁽¹⁾

Xanthorrhoeaceae (Liliaceae)

ชื่อท้องถิ่น ⁽¹⁾

ว่านไฟไหม้ (ภาคเหนือ) หรือ หางตะเข้ (ภาคกลาง)



ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

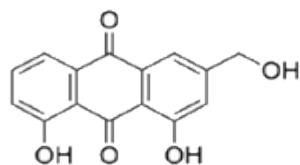
ส่วนที่ใช้

วุ้นจากใบ (gel from the inner leaf)

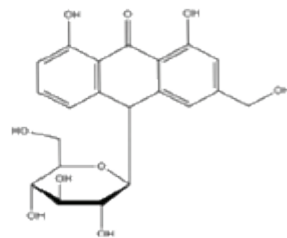
สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient)

สารสำคัญในวุ้นหางจระเข้ ประกอบด้วย สารกลุ่ม Polysaccharides (Acemannan), Anthraquinones (Aloin, Emodin), Coumarin derivatives (Aloesin)

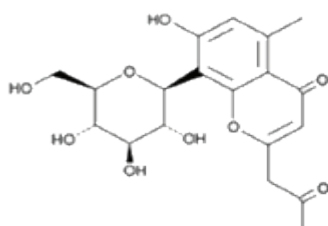
สูตรเคมี (Chemical Formula)



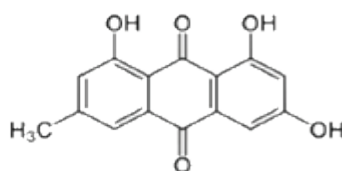
Aloe emodin



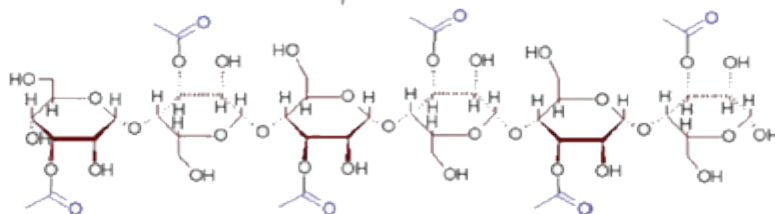
Aloin / Barbaloin



Aloesin



Emodin



 = Acetyl group

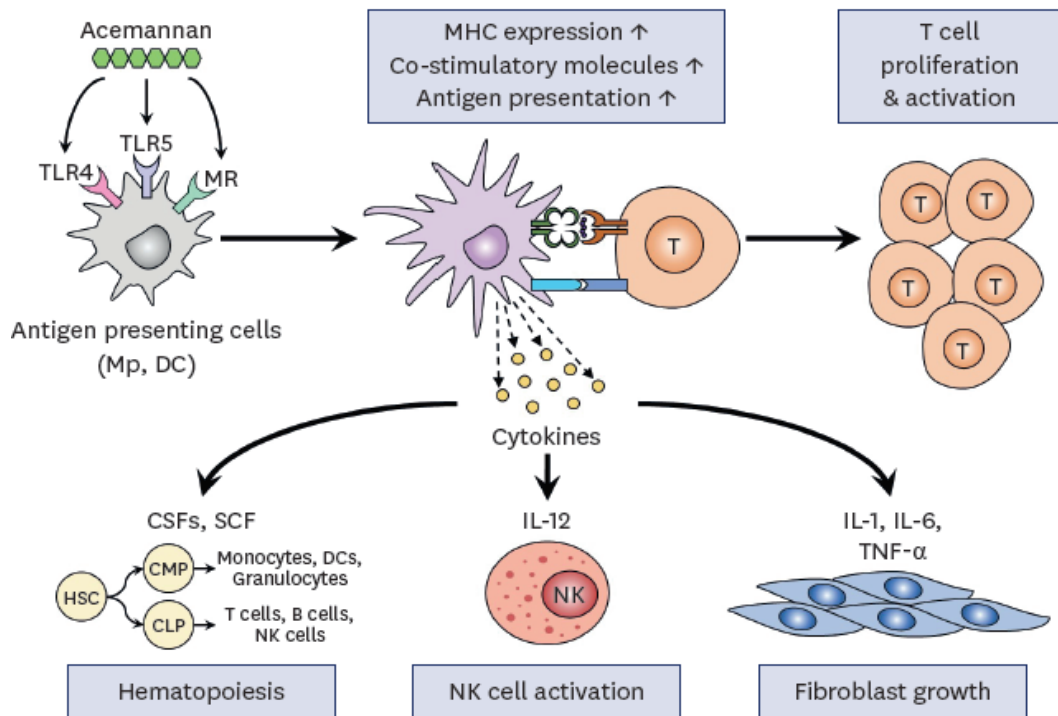
Acemannan

ที่มา : <https://encyclopedia.pub/entry/25567>

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action) ⁽³⁻⁷⁾

1. Immunomodulatory และ anti-inflammatory โดย Acemannan กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันโดยกำเนิด (innate immune system) ได้แก่ macrophages และ dendritic cells (DCs) ทำให้เกิดการหลั่งของสาร cytokines เช่น IL-1, IL-6, IL-12, TNF- α , colony-stimulating factors (CSFs) และ stem cell factors นอกจากนี้ยังกระตุ้นการหลั่ง IL-12 ที่ไปกระตุ้นการทำงานของ natural killer cells รวมถึงช่วยในการแบ่งตัว และกระตุ้นการสร้าง T cell ตามรูปภาพ

2. Wound-healing โดย aloesin, aloin และ emodin เพิ่มการแสดงออกของ TGF- β 1, bFGF และ VEGF-A ใน fibroblast และกระตุ้นการเพิ่มจำนวนของ keratinocytes นอกจากนี้ Aloin ยังช่วยปกป้องผิว โดยลดการผลิต IL-8 และการสร้าง ROS



รูปภาพ : กระบวนการ Immunomodulatory โดย Acemannan

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration) ⁽⁸⁾

ยาชนิดเจล เป็นยาที่มีปริมาณของวุ้นว่านหางจระเข้ [*Aloe vera* (L.) Burm.f.] ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 โดยน้ำหนัก ใช้ทาบริเวณผิวหนังที่ถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ผิวหนังอักเสบจากการฉายรังสีวันละ 3 – 4 ครั้ง

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction) ⁽⁸⁾

อาจทำให้เกิดอาการคัน มีผื่นแดง หรือผื่นแพ้สัมผัสได้ หากมีอาการดังกล่าวให้หยุดใช้ยา

ข้อห้ามใช้ (Contraindication) -

ข้อควรระวัง (Precaution) ⁽⁸⁾

ไม่ควรใช้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ว่านหางจระเข้ หรือผลิตภัณฑ์ที่ผสมว่านหางจระเข้

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interaction) -

1. ฐานข้อมูลสมุนไพรสารานุกรมสมุนไพร, ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร. [อินเทอร์เน็ต]. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ว่านหางจระเข้ [เข้าถึงเมื่อ 22 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://medplant.mahidol.ac.th/pubhealth/index.asp>
2. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. (2024). ว่านหางจระเข้. สืบค้น 18 กุมภาพันธ์ 2568. จาก <https://phar.ubu.ac.th/herb-DetailPhargarden/281>
3. กลุ่มงานพฤกษศาสตร์ป่าไม้. (2557). ว่านหางจระเข้. สืบค้น 18 กุมภาพันธ์ 2568. จาก <https://botany.dnp.go.th/mplant/words.html?keyword=%E0%B8%A7%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%88%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%82%E0%B9%89>
4. Kim SH, Shim KS, Song Y, Kim k, Park CS, Lee CK. (2023). Pharmacological and Therapeutic Activities of Aloe vera and Its Major Active Constituent Acemanan. Food Supplement and Biomaterials for Health. <https://doi.org/10.52361/fsbh.2023.3.e8>
5. Sánchez M, González-Burgos E, Iglesias I, Gómez-Serranillos MP. Pharmacological Update Properties of Aloe Vera and its Major Active Constituents. *Molecules*. 2020 Mar 13;25(6):1324. doi: 10.3390/molecules25061324. PMID: 32183224; PMCID: PMC7144722.
6. Hamman JH. Composition and applications of Aloe vera leaf gel. *Molecules*. 2008 Aug 8;13(8): 1599-616. doi: 10.3390/molecules13081599. PMID: 18794775; PMCID: PMC6245421.
7. National Center for Complementary and Integrative Health. Aloe vera. (2025). สืบค้น 20 กุมภาพันธ์ 2568. จาก <https://www.nccih.nih.gov/health/aloe-vera>
8. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 107.

เภสัชกรหญิงอมรรัตน์ วิจิตรลีลา
เภสัชกรหญิงกฤติยาภรณ์ สุนัน
เภสัชกรหญิงกুমาริน สินทร์พย
เภสัชกรธนณัฐร์ แสงอังคนาวิน

ชื่อสามัญ ⁽¹⁾	(ไทย) พญายอ (อังกฤษ) -
ชื่อวิทยาศาสตร์ ⁽¹⁾	<i>Clinacanthus nutans</i> (Burm. f.) Lindau <i>Clinacanthus burmanni</i> Nees (ชื่อพ้อง)
ชื่อวงศ์ ⁽¹⁾	<i>Acanthaceae</i>
ชื่อท้องถิ่น ⁽¹⁾	ผักมันไก่ ผักลิ้นเขียด พญาปล้องคำ พญาปล้องดำ พญายอ โปะโซ่ จาง เสลดพังพอนตัวเมีย



ส่วนที่ใช้ และสารออกฤทธิ์หลัก (Active Ingredients)

ส่วนที่ใช้

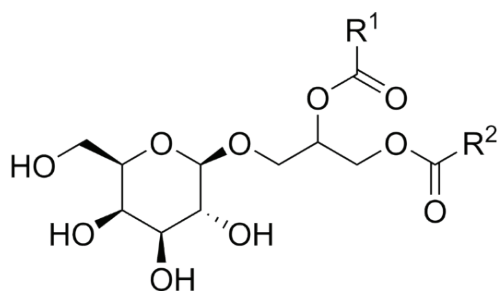
ใบ (leaf)

สารออกฤทธิ์หลัก (Active ingredient)

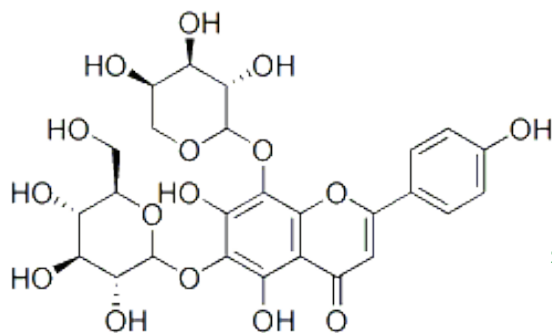
1. สารที่มีฤทธิ์ต้านไวรัส (Antiviral) ต่อ Herpes simplex virus (HSV-1 และ HSV-2) คือ สารกลุ่ม beta-galactosyl diglyceride เช่น Monogalactosyl diglyceride (MGDG) เป็นต้น
2. สารที่มีฤทธิ์ต้านอักเสบ (Anti-inflammatory effect) ได้แก่ สารกลุ่ม Flavonoids เช่น Shaftoside, Orientin, Vitexin, Isoorientin และ Isovitexin สารกลุ่ม Triterpenoids เช่น Lupeol และ Phytosterols ได้แก่ Stigmasterol และ β -Sitosterol

สูตรเคมี (Chemical Formula)

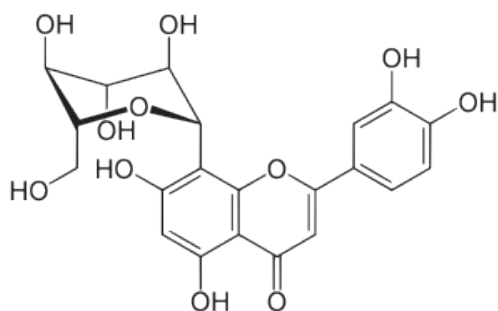
Monogalactosyl diglyceride มีสูตรเคมีแตกต่างกัน ขึ้นกับชนิดของ Fatty Acid 2 ตำแหน่งที่เกาะอยู่บน Glycerol backbone

**Monogalactosyl diglyceride**

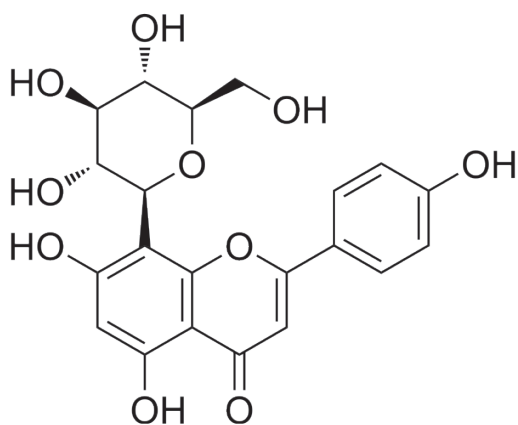
ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/Galactolipid>

**Shaftoside**

ที่มา : <https://www.bocsci.com/product/shaftoside-cas-51938-32-0-464554.html>

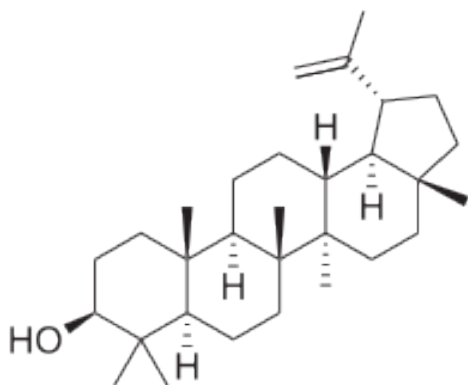
**Orientin**

ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/Orientin>



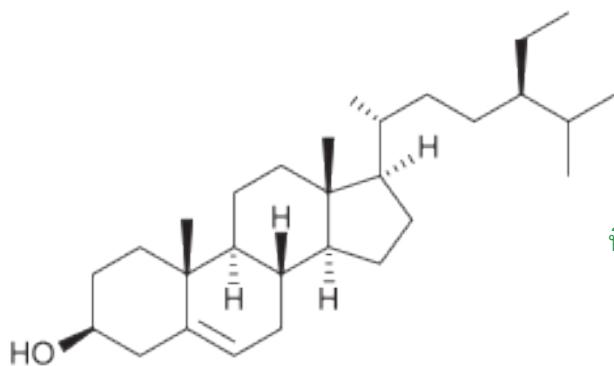
Vitexin

ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/Orientin>



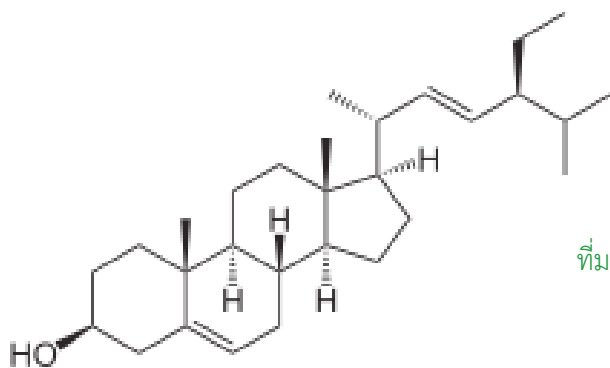
Lupeol

ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/Lupeol>



β - sitosterol

ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/%CE%92-Sitosterol>



stigmasterol

ที่มา : <https://en.wikipedia.org/wiki/Stigmasterol>

กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of Action)

1. ฤทธิ์ต้านไวรัส จากการศึกษาของ Pongmuangmul และคณะ (2016) ใน Vero cells พบว่ามีฤทธิ์ Antiviral activity โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการเพิ่มจำนวนไวรัส HSV-1 และ HSV-2 ในระยะหลังการติดเชื้อ (Inhibit Viral Replication in Post-infection stage) โดยค่า IC₅₀ ของ MGDG และ DGDG สำหรับ HSV-1 เท่ากับ 36.00 และ 40.00 µg/mL และสำหรับ HSV-2 เท่ากับ 41.00 และ 43.20 µg/mL ตามลำดับ ⁽²⁾ และการศึกษาของ Hayashi และคณะ (2019) พบว่า MGDG มีฤทธิ์ต้านไวรัสเริม (HSV-1 และ HSV-2) ผ่านหลายกลไก ได้แก่ ทำลายโครงสร้างของไวรัส (Viral Envelope Disruption) ทำให้ไวรัสไม่สามารถจับกับเซลล์เป้าหมายได้ และยับยั้งการจำลองตัวของไวรัส (Inhibition of Viral Replication) ⁽³⁾ และจากการศึกษาของ Sangkitporn และคณะ (1995) ในกลุ่มผู้ป่วยงูสวัด (Herpes Zoster) 51 ราย พบว่า การทาสารสกัดใบพญาอวันละ 5 ครั้ง เป็นเวลา 1 - 2 สัปดาห์ จนกว่าแผลจะหาย ทำให้กลุ่มผู้ป่วยที่แผลตกสะเก็ดภายใน 3 วัน และหายภายใน 7 - 10 วัน มีจำนวนมากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาหลอก โดยไม่พบผลข้างเคียงในการศึกษา ⁽⁴⁾

2. ฤทธิ์ต้านอักเสบของสารกลุ่ม Flavonoids พบว่า ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งไซโตไคน์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ เช่น TNF- α , IL-1 β , IL-6 และ IL-17 เป็นต้น

ขนาดและวิธีใช้ (Dose and Administration) ⁽⁵⁾

1. โรคเริม และงูสวัด

ยาครีม ที่มีสารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ (95 %) ของใบพญาอวันแห้ง ร้อยละ 4 - 5 โดยน้ำหนัก (w/w) ทาบริเวณที่มีอาการ วันละ 5 ครั้ง

2. แผลในปาก (Apthous ulcer) และแผลจากการฉายรังสี และเคมีบำบัด

สารละลาย (สำหรับป้ายปาก) ที่มีสารสกัดเอทิลแอลกอฮอล์ 70 % ของใบพญาอวันแห้งในกลีเซอรีน ร้อยละ 2.5 - 4 โดยน้ำหนัก (w/w) ทาบริเวณที่มีอาการ วันละ 5 ครั้ง

อาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Reaction) ^(6, 7)

1. อาการระคายเคืองผิวหนัง อาจรู้สึกแสบ คัน หรือระคายเคืองเล็กน้อย โดยอาการมักเกิดขึ้นชั่วคราว

2. ผื่นแดง คัน ลมพิษ หรือบวม ในบางรายที่แพ้สารสกัดจากพญาอ แต่ก็พบได้น้อย

3. อาการแสบร้อน เมื่อทาบริเวณแผลเปิด หรือผิวหนังที่อักเสบรุนแรง อาจมีอาการแสบร้อนได้ หากรู้สึกแสบร้อนมากเกินไป ควรหยุดใช้ และล้างออกด้วยน้ำสะอาด

ข้อห้ามใช้ (Contraindication) ⁽⁷⁾

1. ไม่ควรใช้กับแผลเปิดขนาดใหญ่ แม้ว่าพญาอจะมีฤทธิ์สมานแผล แต่ไม่ควรใช้กับแผลเปิดขนาดใหญ่ที่อาจติดเชื้อ

2. หากมีประวัติแพ้สมุนไพรกลุ่มเดียวกัน เช่น ฟ้าทะลายโจร หรือว่านหางจระเข้ เป็นต้น

ข้อควรระวัง (Precaution) ^(7, 8)

1. หลีกเลี่ยงการใช้ในสตรีมีครรภ์ และให้นมบุตร เนื่องจากข้อมูลความปลอดภัยไม่เพียงพอ
2. หลีกเลี่ยงการใช้ในบริเวณดวงตา
3. ระวังในผู้ที่มีผิวแพ้ง่าย

อันตรกิริยาระหว่างสมุนไพรกับยา (Herb-Drug Interaction) -

1. ฐานข้อมูลสมุนไพรสารานุกรมฐาน, ศูนย์ข้อมูลสมุนไพร. [อินเทอร์เน็ต]. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ทยายอ [เข้าถึงเมื่อ 22 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://medplant.mahidol.ac.th/pubhealth/index.asp>Pongmuangmul, Sirada &
2. Phumiamorn, Supaporn & Sanguansermisri, Phanchana & Wongkattiya, Nalin & Fraser, Ian & Sanguansermisri, Donruedee. (2016). Monogalactosyl diglyceride and digalactosyl diglyceride from Clinacanthus nutans, a traditional Thai herbal medicine, exhibits anti-herpes simplex virus activities. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine. 6.10.1016/j.apjtb.2015.12.014.
3. Hayashi, K. et al. (2019) 'In vitro and in vivo anti-herpes simplex virus activity of monogalactosyl diacylglyceride from coccomyxa sp. kj (IPOD ferm BP-22254), a Green Microalga', PLOS ONE, 14(7). doi: 10.1371/journal.pone.0219305.
4. Sangkitporn, S., Chaiwat, S., Balachandra, K., Na-Ayudhaya, T. D., Bunjob, M., & Jayavas, C. (1995). Treatment of herpes zoster with Clinacanthus nutans (bi phaya yaw) extract. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangkaet, 78(11), 624-627.
5. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566. หน้า 106.
6. Chavalittumrong, P., Attawish, A., Rugsamon, P., & Chuntapet, P. (1995). การศึกษาพิษของสารสกัดจาก ใบพญาอ. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 37(4), 323-338.
7. Piret J, Boivin G. Antiviral resistance in herpes simplex virus and varicella-zoster virus infections: diagnosis and management. Curr Opin Infect Dis. 2016 Dec;29(6):654-662. doi: 10.1097/QCO.0000000000000288. PMID: 27306564.
8. Saguil A, Kane S, Mercado M, Lauters R. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management. Am Fam Physician [Internet]. 2017 Nov 15 [cited 2025 Mar 13];96(10):656-663. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/1115/p656.pdf>

หมายเหตุ : ขอขอบคุณภาพประกอบสมุนไพรทุกภาพจากอินเทอร์เน็ต



ภาคผนวก ก

คำสั่งกรมการแพทย์ ที่ 1016/2567
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางการ
ใช้ยาแผนไทยสำหรับบุคลากร
ทางการแพทย์ กรมการแพทย์

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรรมการแพทย์

ที่ ๑๐๑๖ / ๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กรมการแพทย์

อนุสนธิคำสั่งกรรมการแพทย์ ที่ ๘๔๑/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กรมการแพทย์ ไปแล้ว นั้น

เนื่องจากมีการแก้ไข ยกเลิก และเพิ่มเติมรายชื่อคณะกรรมการ เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม กรมการแพทย์ จึงมีคำสั่ง ดังนี้

๑. ให้ยกเลิกคำสั่งกรรมการแพทย์ ที่ ๘๔๑/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กรมการแพทย์

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๒.๑ องค์ประกอบ

๒.๑.๑ คณะกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทย กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร

- | | |
|---------------------------------|---|
| (๑) นายสกันต์ บุนนาค | ที่ปรึกษา
รองอธิบดีกรมการแพทย์ |
| (๒) นางปิยะธิดา หาญสมบูรณ์ | ประธานคณะกรรมการ
ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ |
| (๓) นางสาวนัชชา เรืองเกียรติกุล | คณะกรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป
โรงพยาบาลราชวิถี |
| (๔) นายกิตติ ชื่นยง | คณะกรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลราชวิถี |
| (๕) นางสาวศยามล กิมตระกูล | คณะกรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลเลิดสิน |
| (๖) นางสาวอมรรัตน์ วิจิตรลีลา | คณะกรรมการ
เภสัชกรเชี่ยวชาญ ด้านเภสัชกรรมคลินิก
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| (๗) นางปริญดา ทิรธรรมานนท์ | คณะกรรมการ
เภสัชกรเชี่ยวชาญ ด้านเภสัชกรรมคลินิก
โรงพยาบาลสงฆ์ |
| (๘) นางสาวสุกัลยา ... | |

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| (๘) นางสาวสุกัลยา ยิดนรดิน | คณะกรรมการด้านเภสัชกรรมคลินิก | คณะกรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี | | |
| (๙) นางสาววิษยาภา เอี่ยมสว่าง | คณะกรรมการด้านส่งเสริมพัฒนา | คณะกรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| กองวิชาการแพทย์ | | |

๒.๑.๒ คณะทำงานจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทย กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ

- | | |
|---------------------------------|--|
| (๑) นายสกานต์ บุนนาค | ที่ปรึกษา
รองอธิบดีกรมการแพทย์ |
| (๒) นายเกรียงศักดิ์ อติพรวนิช | ประธานคณะกรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลราชวิถี |
| (๓) นายวิรัช จิตสุทธินาการ | คณะกรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาโสต ศอ นาสิก
โรงพยาบาลราชวิถี |
| (๔) นายชนกชนม์ ไชยบัง | คณะกรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขาโสต ศอ นาสิก
โรงพยาบาลราชวิถี |
| (๕) นายสกล เจริญวีรกุล | คณะกรรมการ
นายแพทย์
โรงพยาบาลราชวิถี |
| (๖) นายทัศนชาติ จิตธีธาดู | คณะกรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาโสต ศอ นาสิก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ๒ (รังสิต) |
| (๗) นางสาวภาณุจนาวดี พรหมกลีกร | คณะกรรมการ
เภสัชกรชำนาญการ ด้านเภสัชกรรมคลินิก
โรงพยาบาลราชวิถี ๒ (รังสิต) |
| (๘) นางสาววันดี ไตรภพสกุล | คณะกรรมการ
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลเลิดสิน |
| (๙) นางสาวพิชชุดา ศิวะอัญชลีกุล | คณะกรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขาโสต ศอ นาสิก
โรงพยาบาลเลิดสิน |
| (๑๐) นางสาวอมรรัตน์ วิจิตรลีลา | คณะกรรมการ
เภสัชกรเชี่ยวชาญ ด้านเภสัชกรรมคลินิก
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |
| (๑๑) นางจิตชนนี โกศลพัฒน์ดุรงค์ | คณะกรรมการ
เภสัชกรเชี่ยวชาญ ด้านเภสัชกรรมคลินิก
โรงพยาบาลราชวิถี |

(๑๒) นางวริษฐา ...

- | | | |
|------|--|---------------------------------|
| (๑๒) | นางวริษฐา โยธาสุมุท
เภสัชกรปฏิบัติการ
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะทำงานและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๑๓) | นางสาวอมรรรัตน์ แหวนเงิน
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านส่งเสริมพัฒนา
กองวิชาการแพทย์ | คณะทำงานและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
- ๒.๑.๓ คณะทำงานจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทย กลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก
- | | | |
|------|---|---------------------------------|
| (๑) | นายสกันต์ บุณนาค
รองอธิบดีกรมการแพทย์ | ที่ปรึกษา |
| (๒) | นายชรรค์ชัย มั่งพิศรพันธ์
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลเลิดสิน | ประธานคณะทำงาน |
| (๓) | นายปิยชาติ สุทธินาค
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี | คณะทำงาน |
| (๔) | นาย योगยศ เหลืองวิเศษเจริญ
นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขาออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะทำงาน |
| (๕) | นางสาวรัชดาพร บุญญาภิสมภาร
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะทำงาน |
| (๖) | นางสาวเลขา ติรูป
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมฟื้นฟู
โรงพยาบาลเลิดสิน | คณะทำงาน |
| (๗) | นายพาสรรค์ ผลโคค
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลสงฆ์ | คณะทำงาน |
| (๘) | นายเกียรติศักดิ์ ทวีคำ
เภสัชกรปฏิบัติการ
โรงพยาบาลเวชชารักษ์ ลำปาง | คณะทำงาน |
| (๙) | นางสาวอมรรรัตน์ วิจิตรลีลา
เภสัชกรเชี่ยวชาญ ด้านเภสัชกรรมคลินิก
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | คณะทำงาน |
| (๑๐) | นางสาวรุ่งทิพย์ ตั้งสง่าศักดิ์ศรี
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ด้านเภสัชกรรมคลินิก
โรงพยาบาลเลิดสิน | คณะทำงาน
และเลขานุการ |
| (๑๑) | นางเพนนิ ฉิมประภา
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ด้านเภสัชกรรมคลินิก
โรงพยาบาลเลิดสิน | คณะทำงานและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

(๑๒) ร้อยตำรวจตรีหญิง ...

- | | |
|---|-----------------------------------|
| (๑๒) ร้อยตำรวจตรีหญิง สุธาสินี เพ็ญนรพัฒน์
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โรงพยาบาลเลิดสิน | คณะกรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๑๓) นางสาวดารารัตน์ จันทร์เกิด
นักวิชาการสาธารณสุข
กองวิชาการแพทย์ | คณะกรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

๒.๑.๔ คณะทำงานจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทย กลุ่มโรคมะเร็ง

- | | |
|---|------------------|
| (๑) นายสกันต์ บุณนาค
รองอธิบดีกรมการแพทย์ | ที่ปรึกษา |
| (๒) ว่าที่ร้อยตรีธนรัตน์ อิ่มสุวรรณศรี
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรมสาขาโรค สอ นาสิก
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | ประธานคณะกรรมการ |
| (๓) นายนที มาดี
นายแพทย์
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี | คณะกรรมการ |
| (๔) นางสาวกุลธิดา มณีนิล
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะกรรมการ |
| (๕) นางสาวกษมา กันทรวิชัยวัฒน์
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม
โรงพยาบาลเลิดสิน | คณะกรรมการ |
| (๖) นางสาวจิรวัฒน์ พรายทองแย้ม
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม
โรงพยาบาลเลิดสิน | คณะกรรมการ |
| (๗) นายพรเทพ เคหะธนาชัยกุล
เภสัชกรชำนาญการ ด้านเภสัชกรรมคลินิก
โรงพยาบาลเลิดสิน | คณะกรรมการ |
| (๘) นางสาวภาวิดา ประภากร
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาวิสัญญีวิทยา
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี | คณะกรรมการ |
| (๙) นางสาววิภาดา สว่างวงศ์
แพทย์แผนไทยประยุกต์
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี | คณะกรรมการ |
| (๑๐) นางจิตราพร ธนบดี
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี | คณะกรรมการ |
| (๑๑) นางสาวรังสิมาพร พุ่มศรีพักตร์
แพทย์แผนไทยประยุกต์
โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี | คณะกรรมการ |

(๑๒) นางอิสราภรณ์ ...

- | | |
|--|------------------|
| (๑๒) นางสาวอิสราภรณ์ แสงใสแก้ว | คณะทำงาน |
| นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม | |
| โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี | |
| (๑๓) นางสาวอมรรัตน์ วิจิตรลีลา | คณะทำงาน |
| เภสัชกรเชี่ยวชาญ ด้านเภสัชกรรมคลินิก | |
| สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | |
| (๑๔) นางสาววรัญญา ครองแก้ว | คณะทำงาน |
| เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ด้านเภสัชกรรมคลินิก | และเลขานุการ |
| สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | |
| (๑๕) นางสาวนฤมล บุญต่อ | คณะทำงานและ |
| เภสัชกรชำนาญการ ด้านเภสัชกรรมคลินิก | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | |
| (๑๖) นางสาวจิตติมา พานิชย์ | คณะทำงานและ |
| เภสัชกรชำนาญการ ด้านเภสัชกรรมคลินิก | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | |
| (๑๗) นางสาวสุรีพร คนละเอียด | คณะทำงานและ |
| นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านส่งเสริมพัฒนา | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| กองวิชาการแพทย์ | |
| ๒.๑.๕ คณะทำงานจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทย กลุ่มอาการสมองและระบบประสาท | |
| (๑) นายสกานต์ บุนนาค | ที่ปรึกษา |
| รองอธิบดีกรมการแพทย์ | |
| (๒) นางอภาศิริ ลุสวัสดิ์ | ประธานคณะทำงาน |
| นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขากุมารประสาทวิทยา | |
| สถาบันประสาทวิทยา | |
| (๓) นางสาวรัตนพรพรรณ จันทร์อุบล | คณะทำงาน |
| นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู | |
| สถาบันประสาทวิทยา | |
| (๔) นางสาวอารดา โรจนอุดมศาสตร์ | คณะทำงาน |
| นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาประสาทวิทยา | |
| สถาบันประสาทวิทยา | |
| (๕) นางสาวปานียา ณ์ฐชนาวรเดช | คณะทำงาน |
| นักวิชาการสาธารณสุข | |
| สถาบันประสาทวิทยา | |
| (๖) นางสาวศิริโรจน์ สุวรรณโชติ | คณะทำงาน |
| นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม | |
| สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี | |
| (๗) นางสาวอมรรัตน์ วิจิตรลีลา | คณะทำงาน |
| เภสัชกรเชี่ยวชาญ ด้านเภสัชกรรมคลินิก | |
| สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | |
| (๘) นางสาวรวีวรรณ ... | |

- | | |
|---|------------------|
| (๘) นางสาววิวรรณ วิทวัสสำราญกุล | คณะกรรมการ |
| เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ด้านเภสัชกรรมคลินิก | และเลขานุการ |
| สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี | |
| (๙) นางสาวธนรัตน์ สว่างฤทธิ์ | คณะกรรมการและ |
| เภสัชกรชำนาญการ ด้านเภสัชกรรมคลินิก | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| สถาบันประสาทวิทยา | |
| (๑๐) นางสาวสุรีพร คนละเอียด | คณะกรรมการและ |
| นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านส่งเสริมพัฒนา | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| กองวิชาการแพทย์ | |

๒.๑.๖ คณะทำงานจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทย กลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง

- | | |
|---|------------------|
| (๑) นายสกันต์ บุณนาค | ที่ปรึกษา |
| รองอธิบดีกรมการแพทย์ | |
| (๒) นายวรพล เวชชาภินันท์ | ประธานคณะกรรมการ |
| นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาตจวิทยา | |
| โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง | |
| (๓) นางสาวภัทลดา อิงคินันท์ | คณะกรรมการ |
| นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาตจวิทยา | |
| โรงพยาบาลราชวิถี | |
| (๔) นางสาวเพ็ญวิภา ตระกูลวรรณชัย | คณะกรรมการ |
| นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขาตจวิทยา | |
| โรงพยาบาลเลิดสิน | |
| (๕) นางสาวนภัสวรรณ วงษ์สวรรค์ | คณะกรรมการ |
| นายแพทย์ปฏิบัติการ | |
| โรงพยาบาลเลิดสิน | |
| (๖) นางสาวเบญจัสสขีว์ ปัทมดิลก | คณะกรรมการ |
| นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาตจวิทยา | |
| สถาบันโรคผิวหนัง | |
| (๗) นางสาวอมรรัตน์ วิจิตรลีลา | คณะกรรมการ |
| เภสัชกรเชี่ยวชาญ ด้านเภสัชกรรมคลินิก | |
| สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | |
| (๘) นางสาวกฤติยาภรณ์ สุนัน | คณะกรรมการ |
| เภสัชกรชำนาญการ ด้านเภสัชกรรมคลินิก | และเลขานุการ |
| สถาบันโรคผิวหนัง | |
| (๙) นางสาวกุมาริน สิ้นทรัพย์ | คณะกรรมการและ |
| เภสัชกรปฏิบัติการ | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง | |
| (๑๐) นายธนณัฐ แสงอังคนาวิน | คณะกรรมการและ |
| เภสัชกรปฏิบัติการ | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี | |

(๑๑) นางสาววิษยาภา ...

(๑๑) นางสาววิษยาภา เอี่ยมสว่าง

คณะทำงานและ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านส่งเสริมพัฒนา ผู้ช่วยเลขานุการ
กองวิชาการแพทย์

๒.๒ หน้าที่และอำนาจ

(๑) สืบค้น วิเคราะห์ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับกำหนดรายการยาแผนไทย
สำหรับการรักษาตามกลุ่มอาการ/กลุ่มโรค

(๒) กำหนดกรอบและจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทยตามกลุ่มอาการ/กลุ่มโรค
สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

(๓) กำกับ ติดตามการใช้ยาแผนไทยในการรักษาตามกลุ่มอาการ/กลุ่มโรค เพื่อให้
ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์

(๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗


(นายทริศิลป์ วิษณุโยธิน)
อธิบดีกรมการแพทย์

๗

ภาคผนวก ข

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 2016/2567
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการ
และส่งเสริมการแพทย์แผนไทยร่วมกับการ
การแพทย์แผนตะวันตก

สำเนาฉบับ

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๒๐๑๖ / ๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการและส่งเสริมการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนตะวันตก

โดยที่คณะรัฐมนตรีแถลงนโยบายต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๗ รัฐบาลจะมุ่งเน้น
พัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพ (Care and Wellness Economy) และบริการทางการแพทย์ (Medical Hub)
กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายสำคัญที่ต้องเร่งรัดพัฒนาด้านการยกระดับเศรษฐกิจสุขภาพ
ระดับอุตสาหกรรมทางการแพทย์มูลค่าสูง การแพทย์แผนไทย สมุนไพร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ยอดเยี่ยมมีคุณภาพท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานสากล ผลักดันให้ก้าวสู่ตลาดระดับโลก โดยบูรณาการระหว่าง
สตรีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ตะวันตก เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ
มากขึ้น และสนับสนุนให้มีการใช้ยาจากสมุนไพรที่มีอยู่ในบัญชียาหลัก รวมทั้งส่งเสริมให้มีบริการ
การแพทย์แผนไทยที่ได้มาตรฐานในสถานพยาบาล ดังนั้น จึงสมควรแต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการ
ส่งเสริมการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนตะวันตก เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปด้วย
ความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน
พ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการ
ส่งเสริมการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนตะวันตก โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | |
|---|---------------|
| ๑.๑ นายโสสิต สุวินิจิต | ที่ปรึกษา |
| คณะที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๑.๒ นายกแพทยสภา | ที่ปรึกษา |
| ๑.๓ คุณหญิงมธุรส รุจิรัตน์ | ที่ปรึกษา |
| รองประธานสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ฝ่ายวิจัยและวิชาการ | |
| ๑.๔ อธิบดีกรมการแพทย์ | ประธานกรรมการ |
| ๑.๕ เลขาธิการแพทยสภา | กรรมการ |
| ๑.๖ รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่อธิบดีมอบหมาย | กรรมการ |
| ๑.๗ รองศาสตราจารย์จุฑามาศ สัตยวิวัฒน์ | กรรมการ |
| รองประธานสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ฝ่ายธุรการวิทยาศาสตร์ | |
| ๑.๘ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข | กรรมการ |
| สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๑.๙ ผู้อำนวยการกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร | กรรมการ |
| กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |
| ๑.๑๐ ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน | กรรมการ |
| กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | |

(นางปิยะธิดา หาญสมบูรณ์)
ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์

๑.๑๑ ผู้อำนวยการ ...

๑.๑๑	ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๑.๑๒	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๑.๑๓	ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๑.๑๔	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
๑.๑๕	ผู้อำนวยการสำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
๑.๑๖	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
๑.๑๗	ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	กรรมการ
๑.๑๘	ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	กรรมการ
๑.๑๙	ประธานเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	กรรมการ
๑.๒๐	ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๑	ประธานคณะกรรมการพัฒนาศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
๑.๒๒	ประธานคณะกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร กรมการแพทย์	กรรมการ
๑.๒๓	ประธานคณะกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ กรมการแพทย์	กรรมการ
๑.๒๔	ประธานคณะกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มอาการทางกล้ามเนื้อและกระดูก กรมการแพทย์	กรรมการ
๑.๒๕	ประธานคณะกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มโรคมะเร็ง กรมการแพทย์	กรรมการ
๑.๒๖	ประธานคณะกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มอาการทางสมองและระบบประสาท กรมการแพทย์	กรรมการ
๑.๒๗	ประธานคณะกรรมการจัดทำแนวทางการใช้ยาแผนไทย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มอาการทางระบบผิวหนัง กรมการแพทย์	กรรมการ



(นางปิยะธิดา หาญสมบูรณ์)
ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์

๑.๒๘ นายสภานต์ ...

๑.๒๘ นายสกันต์ บุณนา	กรรมการ
รองอธิบดีกรมการแพทย์	และเลขานุการ
๑.๒๙ รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
ที่อธิบดีมอบหมาย	และเลขานุการร่วม
๑.๓๐ ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์	กรรมการ
กรมการแพทย์	และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๑ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	และผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ กำหนดกรอบทิศทางการบูรณาการและส่งเสริมการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนตะวันตก

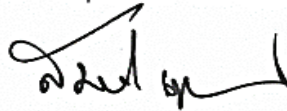
๒.๒ วางแผนดำเนินงานบูรณาการและส่งเสริมบริการทางการแพทย์แผนไทยร่วมกับบริการทางการแพทย์แผนตะวันตก ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยแบบบูรณาการ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นของศาสตร์การแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพ

๒.๓ กำกับติดตามประเมินผลการบูรณาการและส่งเสริมการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนตะวันตก

๒.๔ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อขับเคลื่อนการบูรณาการและส่งเสริมการแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนตะวันตก ได้ตามความเหมาะสม

๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายสมศักดิ์ เทพสุทิน)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



(นายศักดิ์ อักษร)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข



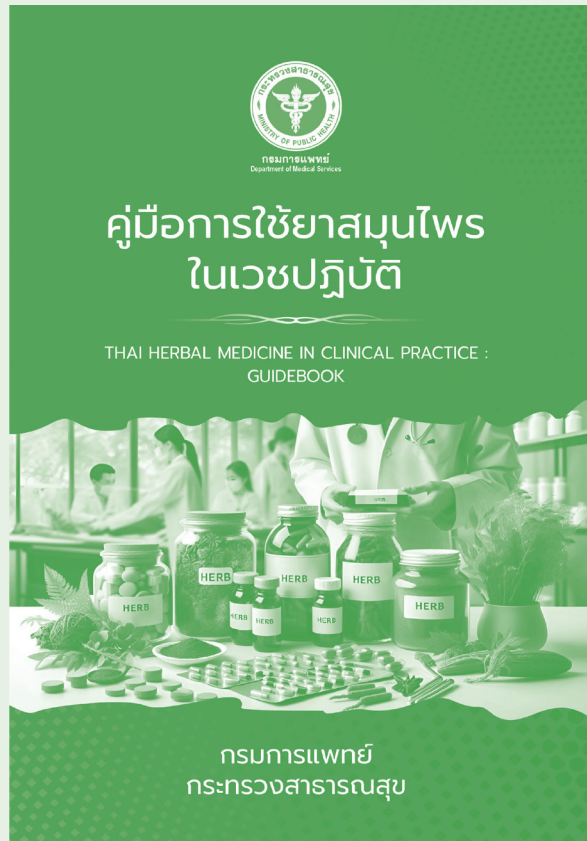
(นายทวีศิลป์ วิษณุ
อธิบดีกรมการแพทย์)

(นางปิยะธิดา หาญสมบูรณ์)
ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์

.....ร่าง/พิมพ์
.....ทาน/ตรวจ

คู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติ

Thai Herbal Medicine in Clinical Practice: Guidebook



QR Code Download



