

การศึกษาประสิทธิผลการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยตำรับสมุนไพรที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม
ตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2
Effectiveness Assessment Project Treatment of Depression with Herbal
Remedies Containing Cannabis as an Ingredient Recipes 12th
Antipsychotic Drugs Ayurvedic Studies. (Khun Nittes Sukkit) Vol .2

ยingsak จิตตะโคตร¹

Yingsak Jittakoat.

Received June 05, 2021 & Revised June 22, 2021 & Accepted June 30, 2021

บทคัดย่อ

บทความนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยตำรับสมุนไพรที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม มีสมุนไพรส่วนผสมกัญชา ด้วยเครื่องต้มบำรุงสุขภาพจำนวน 100 มก. ที่มีสมุนไพรส่วนผสมกัญชาตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา จำนวน 20 มก. ในกลุ่มอาสาสมัครเป็นผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่ได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลด้วยแบบประเมิน Q9s ระยะเริ่มต้น และระยะกลางโดยแพทย์สาขาจิตแพทย์ ในอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน คำนวณด้วยโปรแกรม G*power เท่ากับ 54 คน แบ่งตามเกณฑ์ออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มทดลอง 27 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 27 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ ผลการวิจัยพบว่า 1) ควรใช้กัญชาทางการแพทย์จึงต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงลักษณะที่แตกต่างกันในแต่ละคน อาการที่ต้องใช้ยา ความรุนแรงของอาการ โรคร่วมและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น 2) ควรใช้กัญชาระยะเวลาสั้นผลการรักษาจะดีขึ้น ไม่ควรเกิน 90 วัน 3) การใช้กัญชาผู้ป่วยทางจิตเวชเน้นความวิตกกังวลเป็นหลัก และความผิดปกติของอารมณ์ 4) การใช้กัญชาในอนาคต มีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ควรเพิ่มความถูกต้องกฎหมายกัญชาใช้ทางการแพทย์และการพักผ่อนหย่อนใจที่แพร่หลายมากขึ้น 2) ให้ระมัดระวังการใช้กัญชาเพิ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์เป็นอยู่อย่างและโรคทางจิตเพิ่มขึ้น 3) สหวิชาชีพทางสุขภาพต้องเสนอ

¹ Ph.D Candidate (Education Research)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สังกัดกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

Email : jittakoat2016@gmail.com



หลักฐานคำแนะนำพื้นฐานเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในการรักษาสุขภาพจิต ประเมิน RCT ในเงื่อนไขเฉพาะ โดยใช้สายพันธุ์ที่มีลักษณะดี และ (4) สำหรับการศึกษา RCT ต้องมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยาเข้าร่วม มีส่วนช่วยส่งบทบาทของกัญชาในการรักษาได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, การรักษา, โรคซึมเศร้า, ตำรับสมุนไพรที่ยาแก้โรคจิต อายุรเวชศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ)

Abstract

This article examines the effectiveness of cannabis-containing herbal formulations for the treatment of depression. Contains medicinal cannabis ingredients with 100 mg of health drink containing medicinal cannabis-infused formula of 12, 20 mg of Ayurvedic antipsychotics in a group of volunteers who were registered as hospital patients. who have been diagnosed with depression Anxiety disorders with early and mid-term Q9s assessment by a psychiatrist In the sample group of 54 participants, calculated by G*power program, 54 participants were divided into two groups, an experimental group of 27 subjects, and a comparison group of 27 subjects. Data were analyzed using descriptive statistics. and analytical statistics The results showed that 1) The use of medical marijuana must be considered individually. taking into account the different characteristics of each person's symptoms requiring medication severity of symptoms Joint disease and potential side effects 2) Should use cannabis for a short period, the therapeutic effect will be better, should not exceed 90 days. 3) The use of cannabis in psychiatric patients mainly focuses on anxiety. and mood disorders 4) Future use of marijuana The proposals are: 1) to increase the legalization of more widespread medical and recreational cannabis; 2) to be wary of the increased use of cannabis for worsening mood disorders and increased psychosis, and 3). Multidisciplinary health professionals are required to provide evidence and base recommendations on the benefits of cannabis for mental health, assess for RCTs in specific conditions using well-characterized strains, and (4) for RCT studies, involve a neuroscientist. Contributes to better illuminating the role of cannabis in the treatment



Keywords: Effectiveness, Treatment, Depression, Antipsychotic Herbal Recipes Ayurveda Studies (Khunnittessukkit)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทย ปี 2561 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน โดยทุกๆ 2 ชั่วโมง จะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 1 คน สัดส่วนผู้ชายฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิง โรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย โดยทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากว่า 300 ล้านคนการทำงานหรือการประกอบกิจวัตรประจำวันก็แย่ลงด้วย คนที่เป็นแม่บ้านก็ทำงานบ้านน้อยลงหรือมีงานบ้านค้างคั่ง คนที่ทำงานนอกบ้านก็อาจขาดงานบ่อยๆ จนถูกเพ่งเล็งเรียกว่าตัวโรคทำให้การประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ บกพร่องลง มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ (1) อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อยคือจะกลายเป็นคนเศร้าสร้อย หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย เรื่องเล็กน้อยๆ ก็ดูเหมือนจะอ่อนไหวไปหมด จิตใจหม่นหมอง อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย ขวางหูขวางตาไปหมด กลายเป็นคนอารมณ์ร้าย ไม่ใจเย็น (2) ความคิดเปลี่ยนแปลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความคับข้องใจ ทรมานจิตใจ เหล่านี้อาจทำให้เจ้าตัวคิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อยๆ เริ่มคิดอยากตายแต่ก็ไม่ได้คิดถึงแผนการอะไรที่แน่นอน ความรู้สึกหมดหวังมีมากขึ้น ก็จะเริ่มคิดเป็นเรื่องเป็นราวว่าจะทำอย่างไร ในช่วงนี้หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ (3) สมาธิความจำแย่ลง จะหลงลืมง่าย จิตใจเหม่อลอยบ่อย อ่านหนังสือก็ไม่ได้ถึงหน้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำงานผิดๆ ถูกๆ (4) มีอาการทางร่างกายต่างๆ ร่วมอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง นอนหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่ม หลับๆ ตื่นๆ บางคนตื่นแต่เช้ามืดแล้วนอนต่อไม่ได้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก หลายกิโลกรัมภายใน 1 เดือน อาการท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว (5) ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป ไม่พูดจากับใคร คนใจน้อยอ่อนไหวง่าย หงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม แม่บ้านอาจทนที่ลูกๆ ขนไม่ได้ หรือมีปากเสียงระหว่างคู่ครองบ่อยๆ (6) การงานแย่ลง (7) อาการโรคจิต เชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หรือประสงค์ร้ายต่อตนเอง หูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท 3 ชนิด คือ ซีโรโตนิน นอร์เอปิเนเฟริน โรคซึมเศร้ามีหลายแบบ ได้แก่ (1) โรคซึมเศร้าแบบเมเจอร์ ดีเพรสชั่น (Major Depression) (2) โรคซึมเศร้าแบบดิสทีเมีย (Dysthymia Depression) (3) โรคซึมเศร้าแบบไบโพลาร์ ดิสออเดอร์ (Bipolar disorder) (โรคซึมเศร้า, ออนไลน์, 2562)

โรคซึมเศร้าทั่วโลกจำนวน 350 ล้านคน ไม่ได้รับการรักษาหรือการช่วยเหลืออย่างทั่วถึง ซึ่งนักวิจัยทั่วโลกกำลังเริ่มศึกษาสำรวจการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับภาวะซึมเศร้า ซึ่งประโยชน์ของกัญชา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น นักวิจัยทำการประเมินกัญชาทางการแพทย์สำหรับภาวะซึมเศร่ายังอยู่ในช่วงเริ่มต้น ปัจจุบันนักวิจัยแบ่งปันว่าประโยชน์ที่เป็นไปได้ ได้แก่ การฟื้นฟูการทำงานของendocannabinoid ปกติ และการ



รักษาเสถียรภาพทางอารมณ์ และนักวิทยาศาสตร์จากมหาวิทยาลัยบัฟฟาโลเริ่มมองหาัญชาเพื่อรักษาโรค เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความเครียดเรื้อรัง สถาบันวิจัยเรื่องการติดยาเสพติด (RIA) ของโรงเรียนมุ่งเน้นเฉพาะสารเคมีในสมอง เรียกว่า endocannabinoids (Healthline, online) แล้ว พบว่าการสูบกัญชาสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าที่รายงานด้วยตนเองได้อย่างมากในระยะสั้น จึงต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อระบุลักษณะของบุคคลที่ละเมิดกัญชาที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้าเพื่อประเมินระดับความบกพร่องที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า แล้วพบอีกว่าจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อระบุลักษณะของบุคคลที่ละเมิดกัญชาที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้าเพื่อประเมินระดับความบกพร่องที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า (Gregory B. Bovasso, 2001)

จากการศึกษาตำรับสมุนไพรผสมกัญชาพบว่า กัญชาเป็นสมุนไพรที่น่าจะเป็นประโยชน์ในการรักษาอาการต่างๆ ได้ โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ อาการปวด เบื่ออาหารทั้งจากมะเร็ง และผลข้างเคียงจากการรักษาเคมีบำบัด และโรคอื่นๆ (ประพจน์ เกตุธรรมาศ., 2559) และพบว่ากัญชาในตำรับผสมกัญชาในปัจจุบัน 1) สุขไสยาสน์ 2) ทำลายเขาพระสุเมรุ 3) น้ำมันสนั่นไตรภพ และ 4) ยาแก้ฝีรวงผึ้ง เบื้องต้นมีการวิจัยจาก 4 ตำรับ โดยสูตรตำรับได้ความรู้จากคัมภีร์โอสถพระนารายณ์ และจารึกต่างๆ และข้อดีของกัญชาประเทศอิสราเอลพบว่า กัญชามีผลของการเสพติดน้อยกว่าแอลกอฮอล์กับบุหรี่ คำว่าเสพติดในทางการแพทย์คือ ถ้าสารเคมีใดเราเสพเข้าไปเกิดภาวะอิสระ (independent) เช่น เสพแล้วต้องเสพขึ้นเรื่อยๆ ให้ระดับความพึงพอใจ ถ้าหยุดเสพจะมีการลงแดง หรือถ้าเสพต่อเนื่องยาวนานจะทำให้มีปัญหาต่อสมองมีความผิดปกติของสมองไม่มีอยู่ในกัญชา ในทางการแพทย์ไม่มีข้อมูลว่าเป็นสารเสพติด ดังนั้นในส่วนการแพทย์แผนไทยได้เขียนไว้ว่า กัญชาไม่ใช่สารเสพติด และหลายประเทศทั่วโลกนำกัญชาไปใช้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ หรือใช้ในทางเศรษฐกิจ เช่น ที่ประเทศออสเตรเลียสามารถส่งออกกัญชาได้หลายร้อยตัน ในตอนนี้กัญชายังถือว่าเป็นยาเสพติดถ้าใครใช้ผลิตยาต้องได้รับอนุญาต (ขวัญชัย วิศิษฐานนท์., 2561)

และจากการศึกษาตำรับสมุนไพรที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม ตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2 “1483. ยาแก้โรคจิต ขนานที่ 1 เอาเปลือกกลุ่มน้ำ 2 บาท เปลือกมะรุ้ม 6 บาท หัวหมูเป้าน้อย เป้าน้อย รวงแดง จันทน์เทศ เปลือกมะตูม ก้านกัญชา บอระเพ็ด เปลือกโมกมัน หย้าชันกาด สนเทศ สิ่งละ 1 บาท ระย้อมเต่ายาทั้งหลาย รวมตำผงละลายน้ำร้อนแทรกพิมเสน กินครั้งแรกหนัก 2 ไพ ถ้านอนไม่หลับให้ทวี ยาขึ้นไปถึง 1 สลึง” สูตรตำรับยา ประกอบด้วย ตัวยาทั้งหมด 14 ชนิด รวมน้ำหนัก 570 กรัม ข้อบ่งใช้คือ แก้อาการที่ทำให้เกิดความกังวล เครียด นอนไม่หลับ รูปแบบยา เป็นยาผง ยาแคปซูล กรรมวิธีการผลิต รูปแบบยาผง ได้แก่ 1. นำสมุนไพรมาทำความสะอาดตามความเหมาะสม 2. นำสมุนไพรมาลดขนาดและบดทำเป็นผง 3. นำผงสมุนไพรที่ได้มาร่อนผ่านร่อน และผสมให้เข้ากัน 4. บรรจุลงในบรรจุภัณฑ์ รูปแบบยาแคปซูล ได้แก่ 1. นำสมุนไพรมาทำความสะอาดตามความเหมาะสม 2. นำสมุนไพรมาลดขนาดและบดทำเป็นผง 3. นำผงสมุนไพรที่ได้มาร่อนผ่านร่อน และผสมให้เข้ากัน 4. นำไปบรรจุ



ลงในแคปซูลและบรรจุภัณฑ์ ขนาดและวิธีใช้ ให้รับประทานครั้งแรก ครั้งละ 500 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและเย็น หากนอนไม่หลับรับประทานครั้งละ 1 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและเย็น น้ำกระสายยาที่ใช้ น้ำร้อนแทรกพืชมเสน หากหาน้ำกระสายยาไม่ได้ ให้ใช้น้ำต้มสุกแทน ข้อห้ามใช้คือ ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และห้ามใช้ในผู้ที่ใช้ยาลดความดันโลหิต และข้อควรระวัง ควรระวังการใช้อย่างต่ำรับนี้ เนื่องจากมีระย้อมเป็นส่วนประกอบ ซึ่งสารสำคัญมีฤทธิ์ในการลด ความดันคือ สาร Reserpine และอัลคาลอยด์อื่นๆ หากได้รับในขนาดที่สูงเกินไป จะมีผล กัดการทำงานของระบบประสาท ทำให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะ ปากแห้ง คัดจมูก ท้องร่วง มึนงง หน้ามืด ใจสั่น ซึม มือและแขนสั่นได้ และข้อมูลเพิ่มเติมคือ ตำรับยาแก้โรคจิต ตำรับยานี้เป็นตำรับยาตามตำราอายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2 ทั้งนี้ไม่ได้หมายถึง โรคจิต ในตามความหมายของการแพทย์แผนปัจจุบัน (โรคทางจิตเวชและอาการไบโพล่า) 2) สมุนไพรระย้อมในสูตรตำรับจะต้องทำการฆ่าฤทธิ์ตามกรรมวิธีก่อนนำไปปรุงยา

จากการศึกษาผู้วิจัยเห็นได้ว่า หากโรคซึมเศร้าขยายเพิ่มขึ้น ผลกระทบมีมากมายหลายประการ ส่งผลให้สมรรถนะ สมรรถภาพ ความสามารถ ทักษะของประชาชนไทยลดลง ส่งผลให้กระทบต่อประเทศในวงกว้างจนกระทั่งประเทศไม่แข็งแรง และการศึกษาตำรับส่วนผสมกัญชยาแผนไทยในโรคซึมเศร่ายังไม่มีการศึกษาผู้วิจัยพบข้อมูลบางประการจากการศึกษาในต่างประเทศควรมีการใช้กัญชาบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร่าระยะสั้น แต่หากใช้กัญชาในระยะยาวอาจเกิดผลเสียหรือผลบวกอย่างไร และการใช้กัญชาส่วนผสมกัญชยาแผนไทยที่เหมาะสมควรใช้อย่างไร และผลข้างเคียงเป็นอย่างไร แล้วข้อค้นพบนอกเหนือจากวัตถุประสงค์การศึกษาเป็นอย่างไร หลายคำถามมีความท้าทายอย่างมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาการศึกษาประสิทธิผลการรักษาโรคซึมเศร่าด้วยตำรับสมุนไพรที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม ตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2 ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อประเมินประสิทธิผลการรักษาโรคซึมเศร่าด้วยตำรับสมุนไพรที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2

สมมุติฐานการประเมินประสิทธิผล

1. การประเมินประสิทธิผลภายในกลุ่ม หลังการทดลองอาสาสมัครกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนลดลงก่อนการทดลอง



2. การประเมินประสิทธิผลระหว่างกลุ่ม หลังการทดลองอาสาสมัครกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนลดลง ก่อนการทดลองของอาสาสมัครกลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตในการศึกษา

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขั้นทุติยภูมิ โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2. ขอบเขตในการทดลองในการประเมินประสิทธิผล การดำเนินการประเมินประสิทธิผลการรักษา ด้วยตำรับสมุนไพรที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม ตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต ในรูปแบบเครื่องดื่มบำรุงสุขภาพที่มีสมุนไพรส่วนผสมกัญชา

การทบทวนวรรณกรรม

ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในตำราการแพทย์แผนไทย โดยคำแนะนำของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสภาการแพทย์แผนไทย มีทั้งหมด 16 ตำรับ โดยให้เสพเพื่อการรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัย เพื่อให้เป็นตามหลักวิชาการ มีคุณภาพมาตรฐานที่กำหนดและนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ของประเทศ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 12 เมษายน พ.ศ.2562 ตำรับยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2 ก็เป็น 1 ตำรับที่ได้รับอนุญาตใช้เพื่อการรักษา มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2562 ได้ระบุในข้อ 5 ตำรับยาที่หมอฟันบ้านปรุงขึ้นจากองค์ความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ที่ชัดเจน และได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้ วัตถุประสงค์จากกัญชา ต้องไม่สามารถแยกเป็นช่อดอก ใบ เพื่อนำไปใช้ในทางที่ผิดได้กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อการรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้เพื่อให้เป็นไปตามหลักวิชาการ มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดและนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ของประเทศ และได้ประกาศบัญชีรายชื่อตำราการแพทย์แผนไทยและตำรับยาแผนไทยเป็นตำรับยาที่มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย วิธีการผลิตไม่ยุ่งยากซับซ้อน ตัวยาหาไม่ยาก และมีสรรพคุณตำรับที่แก้ปัญหาระบบประสาท 16 ตำรับ ซึ่งปรากฏในเอกสารตำรา/คัมภีร์ทางการแพทย์แผนไทย ตำรับยาแก้โรคจิตอยู่ในข่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้



ตำรับยาแผนไทย
ที่มีรักษาเป็นส่วนผสม
จำนวน 16 ตำรับ

ยาแก้โรคจิต*
ลดความกังวล ความเครียด
ช่วยให้นอนหลับ
โรคจิต ตามตำราแผนไทย

ยาอัมฤตไอศก
บรรเทาอาการตึงกล้ามเนื้อ
เส้นเอ็น มือ เท้าชา ผอมแห้งแรงน้อย
จากความเสื่อมของร่างกาย

ยาไฟสาลี
บรรเทาอาการจุกเสียด
แน่นเฟ้อ ขับลม
ช่วยให้หลับสบาย

ยาอโยสาลี
ช่วยขับลม
บรรเทาอาการจุกเสียด
แน่นเฟ้อ

ยาทำลายพระสุเมรุ
บรรเทาอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ
แขนขาอ่อนแรง และอาการชา
ในผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต

ยาแก้ลมแก้เส้น
บรรเทาอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ
ลดอาการมือเท้า ชา อ่อนกำลัง

ยาทิพย์ยาริคุณ
แก้จุกเสียดท้องแข็งเป็นเถาดาน
อาการอัมพฤกษ์ เสียเหง้าแห้ง
ปวดเมื่อยร่างกาย นอนไม่หลับ

ยาธาริณีสถิตดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง
ทารักษาริดสีดวงทวารหนัก
และทารักษาโรคผิวหนัง

www.dtam.moph.go.th
Call Center 02 591 7007

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก @DTAM

ค้นหาข้อมูลสมุนไพร
รักษาโรคด้วยสมุนไพร

ภาพที่ 1 ตำรับยาแผนไทย แก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ)

ที่มา กรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Department of Thai Traditional and Alternative Medicine)

ข้อมูลของการรักษาด้วยกัญชา

1) กัญชาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ โดยคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง



ครั้งที่ 1/2562 ให้เป็นกลุ่มที่น่าจะได้ประโยชน์ เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพสนับสนุนมีจำนวนจำกัดตามรายละเอียดหลักฐานงานวิจัยของกัญชาในภาวะสมองเสื่อม สามารถลดอาการทางจิตประสาท อาการพลุ่งพล่านกระวนกระวาย หงุดหงิด เหนื่อยเมื่อย ก้าวร้าว อาการหลงผิด และพฤติกรรมผิดปกติตอนกลางคืน และทำให้วงจรการนอนหลับดีขึ้น กัญชาลดลงของความรุนแรงของพฤติกรรมที่รบกวนและลดความรู้สึกลบ ลดอาการพลุ่งพล่านกระวนกระวายในตอนกลางคืน ผลข้างเคียงที่ควรระวัง ได้แก่ ง่วงซึม มึนงง ปากแห้ง หัวใจเต้นเร็ว วิดกกังวล กระวนกระวาย การรู้คิดบกพร่อง รบกวนความจำระยะสั้น และการตอบสนองทางอารมณ์ สับสน คลื่นไส้ การเดินและการทรงตัวบกพร่อง ลดสมรรถภาพในการขับรถ อย่างไรก็ตาม การที่หลักฐานทางวิชาการ ยังไม่ชัดเจน ไม่ได้หมายความว่ากัญชาไม่มีประโยชน์ในทางการแพทย์ แต่ต้องอาศัยนักวิชาการ นักวิจัย ช่วยกันพิสูจน์สมมติฐานนี้ โดยประโยชน์อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางกลุ่มที่จำเพาะ ดังนั้นการใช้กัญชาทางการแพทย์ จึงต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงลักษณะที่แตกต่างกันในแต่ละคน อาการที่ต้องใช้ยา ความรุนแรงของอาการ โรคร่วมและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น (กัญชากับภาวะสมองเสื่อม: ประโยชน์หรือโทษ, Cannabis and Dementia: Benefit or Harm, 2019)

2) From Bahorik AL, et al. J Affect Disord. (2018) ได้ศึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์และที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ในภาวะซึมเศร้า: ความสัมพันธ์เชิงตรรกะกับความคิดฆ่าตัวตาย การทำงานในชีวิตประจำวัน และ RCT การใช้บริการจิตเวชในอาสาสมัคร 307 คน วัดผลทุก 30 วัน 3 ช่วง 3, 6, 12 เดือน ผลการศึกษา พบระยะเวลาสั้น จะดีขึ้น ในระยะเวลา 3 เดือน หากเกิน 3 เดือนอาสาสมัครลักษณะแย่งอาการจิตใจ กระวนกระวายคลุ้มคลั่ง ต้องการยาเพิ่มขึ้น อาการกระตือรือร้นผิดปกติ

(3) Turna J., et al. (2517) ได้นำเสนอผลการวิเคราะห์การรักษากัญชาในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลกัญชาเสริมการรักษาความวิตกกังวลอารมณ์และความผิดปกติในประชากรอเมริกาเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูล ปี 2017 มาจาก 5 แหล่ง 1) PubMed 2) MEDLINE 3) Web of Science 4) PsychINFO และ 5) Google Scholar ประเด็นผลกระทบของกัญชาต่อประชากรที่มีสุขภาพดีและแนวทางการบำบัดผู้ป่วยทางจิตเวช ที่มีอาการความวิตกกังวล และความผิดปกติของอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า (1) ความถูกต้องตามกฎหมายของกัญชาสำหรับการใช้ทางการแพทย์และการพักผ่อนหย่อนใจที่แพร่หลายมากขึ้น (2) รมัถระวังการใช้กัญชายังสร้างสาเหตุที่น่าเป็นห่วงเนื่องจากอาการที่มีอยู่มักจะแย่งลงเมื่อใช้งานและอุบัติการณ์ของโรคทางจิตบางอย่างเพิ่มขึ้น (NASEM, 2017) (3) การปรับปรุงสุขภาพจิตด้วยการใช้กัญชา (NASEM, 2017) (4) แพทย์จึงมีความพร้อมที่จะเสนอหลักฐานคำแนะนำพื้นฐานเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในการรักษาสุขภาพจิตซึ่งบทบาทที่เป็นไปได้ของกัญชาในฐานะที่เป็นส่วนเสริมของการรักษาแบบดั้งเดิมและการรักษาเดี่ยว (Stand-alone) จำเป็นต้องมีการประเมิน RCT ในเงื่อนไขเฉพาะโดยใช้สายพันธุ์ที่มีลักษณะดี (5) การศึกษาทางคลินิกที่ต้องการผู้ตรวจสอบวงจรประสาทที่เกี่ยวข้องทำนายการตอบสนองสำหรับ



ความวิตกกังวลเฉพาะและความผิดปกติของอารมณ์จะช่วยส่งบทบาทของกัญชาในการรักษาเงื่อนไขเหล่านี้ได้ดีขึ้น (6) เพิ่มการศึกษาเพื่อเป็นหลักฐานสนับสนุนการใช้ CBD (ใน SAD) และ THC (ใน PTSD)

(4) Hasse. J. (2019) ได้ศึกษาเรื่อง "ประสิทธิผลของดอกกัญชาเพื่อการบรรเทาทุกข์จากอาการซึมเศร้า" นำโดยผู้ก่อตั้งกองทุนวิจัยกัญชาแห่งมหาวิทยาลัยนิวเม็กซิโก Jacob Vigil รองศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยาที่ UNM และ Sarah See Stith ผู้ช่วยศาสตราจารย์ด้านเศรษฐศาสตร์ที่ยูเอ็นเอ็ม หลังจากตรวจสอบผลลัพธ์ 5,876 รายการที่รายงานโดยไม่ระบุตัวตนโดย 1,819 ราย ที่ติดตามการใช้กัญชาเพื่อรักษาภาวะซึมเศร้าผ่านแอป Releaf นักวิจัยสรุปว่าโดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ป่วยรายงานว่าอาการดีขึ้นเกือบ 4 จุดในระดับ 0 ถึง 10 ไม่นานหลังจากนั้น บริโภคดอกกัญชาธรรมชาติดอกตูมของกัญชาแห้ง

(5) Feingold D., and Weinstein. A. (2020) กล่าวว่าหลักฐานชี้ให้เห็นถึงการเกิดขึ้นร่วมของการใช้กัญชาและภาวะซึมเศร้า โดยการใช้กัญชาอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และมีหลักฐานที่แน่ชัดชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์แบบผกผันคือ ภาวะซึมเศร้านั้นอาจนำไปสู่การเริ่มมีอาการหรือความถี่ในการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น การศึกษาเชิงสังเกต และระบาดวิทยาไม่ได้ชี้ให้เห็นถึงผลในเชิงบวกในระยะยาวของการใช้กัญชาต่อระยะของภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กัญชากับภาวะซึมเศร้าอาจใช้ได้ดีในเพศชายในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่เริ่มใช้ครั้งแรก และใช้ได้ดีในสตรีในช่วงวัยกลางคน และยังพบว่าข้อบ่งชี้สำหรับความสัมพันธ์ทางพันธุกรรมที่อาจมีส่วนทำให้เกิดโรคร่วมของการพึ่งพากัญชา และภาวะซึมเศร้าที่สำคัญคือ serotonin (5-HT) เป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยง และยังมีหลักฐานสำหรับอัลลีลที่มีความเสี่ยงเฉพาะสำหรับการติดกัญชา และหลักฐานทางคลินิกก่อนว่าการเปลี่ยนแปลงในระบบ endocannabinoid อาจเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ปัญหาการใช้กัญชาเป็นยาแก้ซึมเศร่ายังอยู่ในขั้นเริ่มต้นของการตรวจ และไม่มีหลักฐานสนับสนุนสุดท้ายควรมีการสนับสนุนเพียงเล็กน้อยต่อแนวคิดที่ว่า selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) อาจมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าหรืออัตราการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นที่รักษาภาวะซึมเศร้าและความผิดปกติในการใช้สารที่เกิดขึ้นร่วมกัน สรุปได้ว่าแม้จะมีข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยในทศวรรษที่ผ่านมาได้ขยายความรู้ของเราเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กัญชากับภาวะซึมเศร้าจากมุมมองทางระบาดวิทยา ระบบประสาท พันธุกรรม และเภสัชวิทยา

สามารถสรุปได้ว่า การใช้กัญชาทั้งกัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาเจล กัญชาแคปซูล กัญชาสารสกัด ในปริมาณต่ำ ในระยะเวลาจำกัดในผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าในระยะเริ่มต้น และระยะกลางในกลุ่มอาสาสมัครเพศชายเพศหญิงวัยรุ่น และในวัยกลางคน ส่งผลดี และมีประสิทธิผลต่อการลดอาการโรคซึมเศร้า



วิธีดำเนินการ

รูปแบบการประเมินประสิทธิผล แบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Study) ออกแบบการวิจัย การทดลองแบบอำพรางสองฝ่าย (Double Blind Study) สมุนไพรส่วนผสมกัญชา จำนวน 1 ตัวอย่าง ได้แก่ เครื่องดื่มบำรุงสุขภาพได้แก่ น้ำผลไม้รวม จำนวน 100 มก. ที่มีสมุนไพรส่วนผสมกัญชา มีส่วนผสมตำรับ ส่วนผสมกัญชา ตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา จำนวน 20 มก.

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยซึมเศร้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยซึมเศร้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ด้วยแบบประเมิน Q9s ระยะเริ่มต้น และระยะกลาง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ โปรแกรม G*power เท่ากับ 54 คน อาสาสมัครที่รับเครื่องดื่ม บำรุงสุขภาพที่มีสมุนไพรส่วนผสมกัญชา โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มทดลอง 27 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 27 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มี เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

1. เกณฑ์คัดเลือก (Inclusions criteria)

- 1.1. ผู้ป่วยซึมเศร้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- 1.2. ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ได้รับการกำหนดเป็น

อาสาสมัครเข้าร่วมการประเมินประสิทธิผล ที่มีอาการโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลระยะเริ่มต้น หรือระยะกลาง

เกณฑ์การวินิจฉัย ด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า Q9 ระยะเริ่มต้น และระยะกลาง มีอาการ ดังต่อไปนี้ 5 อาการหรือมากกว่า

- 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า (วัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดก็ได้)
- 2) ความสนใจหรือความเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ แทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
- 3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมาก เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก
- 4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไป
- 5) กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเชื่องช้าลง
- 6) อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง
- 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า
- 8) สมาธิลดลง ใจลอย หรือลังเลใจไปหมด



9) คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย

เงื่อนไข คือ * ต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ และ* ต้องมีอาการเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และต้องมีอาการเหล่านี้อยู่เกือบตลอดเวลา แทบทุกวัน ไม่ใช่เป็นๆ หายๆ เป็นเพียงแค่วันสองวันหายไปแล้วกลับมาเป็นใหม่

3. เพศชาย-หญิง

4. ดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติดเป็นประจำ

5. อายุ 18-65 ปี

6. สื่อสารพูดคุยเข้าใจ

2. Exclusion criteria

หญิงมีครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ และหลัง 24 สัปดาห์

3. Discontinuation criteria

อาสาสมัครอย่างน้อย 3-5 ราย มีผื่นแพ้ จุดแดง อาเจียน ปวดท้อง

การเก็บข้อมูล อาสาสมัครกลุ่มทดลอง มาที่คลินิกโรคซึมเศร้า สัปดาห์ละ 2 วัน ช่วงเช้า เวลา 08.00-12.00 น. วันอังคาร และวันพฤหัสบดี เมื่อมาถึงคลินิก อาสาสมัครกลุ่มทดลองได้รับประเมิน Q9 ก่อน แล้วรับเครื่องดื่มบำรุงสุขภาพที่มีส่วนผสมกัญชา ขนาด 100 มิลลิลิตร นั้งพัก 30 นาที ได้รับประเมิน Q9 ก่อน แล้วเดินทางกลับ ให้มาสัปดาห์ละ 2 วัน รวม 8 สัปดาห์ แล้วนัดติดตามผล 3 เดือน รับประเมิน Q9

อาสาสมัครกลุ่มเปรียบเทียบ มาที่คลินิกโรคซึมเศร้า สัปดาห์ละ 2 วัน ช่วงเช้า เวลา 08.00-12.00 น. วันพุธ และวันศุกร์ เมื่อมาถึงคลินิก อาสาสมัครกลุ่มทดลองได้รับประเมิน Q9 ก่อน แล้วรับเครื่องดื่มบำรุงสุขภาพไม่มีส่วนผสมกัญชาขนาด 100 มิลลิลิตร นั้งพัก 30 นาที ได้รับประเมิน Q9 ก่อน แล้วเดินทางกลับ ให้มาสัปดาห์ละ 2 วัน รวม 8 สัปดาห์ แล้วนัดติดตามผล 3 เดือน รับประเมิน Q9

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบฟอร์มใบยินยอมด้วยความสมัครใจ (Informed Consent Form) กระบวนการที่ยืนยันความสมัครใจของอาสาสมัครในการตัดสินใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยภายหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียด 2) แบบประเมิน Q9s ระยะเริ่มต้น และระยะกลาง 3) แบบวัดผลก่อน-หลังอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง เครื่องดื่มบำรุงสุขภาพ ได้แก่ น้ำผลไม้รวม จำนวน 100 มก. ที่มีสมุนไพรส่วนผสมกัญชาตามขนาดส่วนผสมกัญชา ตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา จำนวน 20 มิลลิกรัม 4) แบบวัดผลก่อน-หลังอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง การได้รับตำรับไม่มีส่วนผสมตำรับส่วนผสมกัญชา เครื่องดื่มบำรุงสุขภาพ ได้แก่ น้ำผลไม้รวม จำนวน 100 มก. 5) แบบประเมินตนเองด้านการใช้อย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน



การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอผลโดยการสรุปแบบเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยตำรับสมุนไพรมีกัญชาเป็นส่วนผสมตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิทเทศสุขกิจ) เล่ม 2 พบว่า

ประสิทธิผลการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยตำรับสมุนไพรมีกัญชาเป็นส่วนผสมตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิทเทศสุขกิจ) เล่ม 2 จากอาสาสมัครกลุ่มทดลองอาการหรือมากกว่า ที่มี 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า (วัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดก็ได้) 2) ความสนใจหรือความเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ แทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก 3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมาก เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก 4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไป 5) กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเชื่องช้าลง 6) อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า 8) สมาธิลดลง ใจลอย หรือลึ้งเลใจไปหมด 9) คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย ต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ และต้องมีอาการเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และต้องมีอาการเหล่านี้อยู่เกือบตลอดเวลา แทบทุกวัน เมื่อทำการทดลองแบบอำพรางสองฝ่าย สมุนไพรมีกัญชา จำนวน 1 ตัวอย่าง ได้แก่ เครื่องดื่มบำรุงสุขภาพได้แก่ น้ำผลไม้รวม จำนวน 100 มก. ที่มีสมุนไพรมีกัญชา มีส่วนผสมตำรับส่วนผสมกัญชา ตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา จำนวน 20 มก. ค้นพบว่าหากต้องการให้มีประสิทธิผลการรักษาโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นต้องคำนึงการรักษา ดังนี้

1. ควรใช้กัญชาทางการแพทย์จึงต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงลักษณะที่แตกต่างกันในแต่ละคน อาการที่ต้องใช้ยา ความรุนแรงของอาการ โรคร่วมและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
2. ควรใช้กัญชาระยะเวลาสั้นผลการรักษาจะดีขึ้น ไม่ควรเกิน 90 วัน
3. การใช้กัญชาผู้ป่วยทางจิตเวชเน้นความวิตกกังวลเป็นหลัก และความผิดปกติของอารมณ์
4. การใช้กัญชาในอนาคต มีข้อเสนอ ดังนี้ 1) ควรเพิ่มความถูกต้องกฎหมายกัญชาใช้ทางการแพทย์ และการพักผ่อนหย่อนใจที่แพร่หลายมากขึ้น และการปรับปรุงสุขภาพจิตด้วยการใช้กัญชา 2) ให้ระมัดระวังการใช้กัญชาเพิ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์เป็นอยู่แ่ลงและโรคทางจิตเพิ่มขึ้น 3) สหวิชาชีพทางสุขภาพต้องเสนอหลักฐานคำแนะนำพื้นฐานเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในการรักษาสุขภาพจิต ในฐานะที่เป็นส่วนเสริมของการรักษาแบบดั้งเดิมและการรักษาเดี่ยว(Stand-alone) จำเป็นต้องมีการประเมิน RCT ในเงื่อนไขเฉพาะโดยใช้สายพันธุ์ที่มีลักษณะดี และ 4) สำหรับการศึกษา RCT ต้องมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยาเข้าร่วมมีส่วนช่วยสังเกตอาการของกัญชาในการรักษาได้ดีขึ้น

โดยสรุปงานประเมินประสิทธิผลการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยตำรับสมุนไพรมีกัญชาเป็นส่วนผสมตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิทเทศสุขกิจ) เล่ม 2 จากการศึกษาพบว่าการประเมินประสิทธิผลการ



รักษาโรคซึมเศร้าด้วยตำรับสมุนไพรที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม ผู้วิจัยค้นพบข้อควรคำนึงถึงในการรักษาจากอาสาสมัครกลุ่มทดลองให้ความสำคัญกับการพิจารณาเป็นพิเศษเกี่ยวกับอาการ เรื่องมีอาการซึมเศร้า (วัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หุดหิดก็ได้) ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการรักษาเช่นการต่อต้าน การขัดขืนและอาจหมายความว่ารวมถึงการทำร้ายผู้รักษา ลายของอาสาสมัครหากพบว่าความสนใจหรือความเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ แทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก ก็ควรพิจารณาให้รอบคอบต่อการรักษา โดยเฉพาะน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมาก เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก การนอนไม่หลับ หรือหลับมากไป กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเชื่องช้าลง อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง ควรพิจารณาเป็นรายบุคคลและอาจดเว้นในการทดลองเพราะมีแนวโน้มที่จะทำให้ประสิทธิภาพของการรักษานั้นลดลง มีปัญหาใหญ่ๆ เครื่องด้านสุขภาพ เช่น รู้สึกตนเองไร้ค่า สมาธิลดลง ใจลอย หรือลังเลใจไปหมด คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย ต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ และต้องมีอาการเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป และต้องมีอาการเหล่านี้อยู่เกือบตลอดเวลา แทบทุกวัน จะต้องดเว้นการรักษาหรือทดลองเพราะอาจจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงและทำให้ประสิทธิภาพในการรักษานั้นลดลง การศึกษาครั้งนี้จะสรุปเป็นในลักษณะการยึดจริยธรรมทางการแพทย์เข้ามามีส่วนในการรักษาที่จะต้องพิจารณาให้รอบคอบว่าจะต้องมีผลกระทบต่อการรักษาในกลุ่มของอาสาสมัครทดลองที่ไม่เป็นอันตราย หรืออาจนำไปสู่ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจได้การดำเนินการวิจัยจึงจะต้องระมัดระวังในเรื่องดังกล่าวข้างต้น ที่นอกเหนือจากการพิจารณาในแง่ของกายภาพสภาพร่างกายและจิตใจของกลุ่มผู้ทดลองนอกจากนี้จะต้องควรใช้กัญชาทางการแพทย์พิจารณาเป็นรายบุคคล ควรมีระยะเวลาในการรักษา การใช้กัญชาผู้ป่วยทางจิตเวชเน้นความวิตกกังวลเป็นหลัก และความผิดปกติของอารมณ์ ควรเพิ่มความถูกต้องกฎหมายกัญชาใช้ทางการแพทย์และการพักผ่อนหย่อนใจที่แพร่หลายมากขึ้น ระมัดระวังการใช้กัญชาเพิ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์เป็นอยู่อย่างและโรคทางจิตเพิ่มขึ้น เฉพาะการให้ความสำคัญในสหวิชาชีพทางสุขภาพต้องเสนอหลักฐานคำแนะนำพื้นฐานเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในการรักษาสุขภาพจิต สำหรับการศึกษา RCTการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ต้องมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยาเข้าร่วมมีส่วนร่วมช่วยสังเกตบาทของกัญชาในการรักษาได้ดีขึ้น

อภิปรายผล

เพื่อประเมินประสิทธิผลการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยตำรับสมุนไพรที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิทเทสสุขกิจ) เล่ม 2 พบว่า

ประสิทธิผลการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยตำรับสมุนไพรที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิทเทสสุขกิจ) เล่ม 2 จากอาสาสมัครกลุ่มทดลองตามเกณฑ์



1. ควรใช้กัญชาทางการแพทย์จึงต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงลักษณะที่แตกต่างกันในแต่ละคน อาการที่ต้องใช้ยา ความรุนแรงของอาการ โรคร่วมและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
2. ควรใช้กัญชาระยะเวลาสั้นผลการรักษาจะดีขึ้น ไม่ควรเกิน 90 วัน สอดคล้องกับ Queensland Government. (2018) ที่กล่าวว่าจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ไม่มีขนาดยาเริ่มต้นที่แน่นอนในผลิตภัณฑ์กัญชาแต่ละชนิด ขนาดยาที่เหมาะสมขึ้นกับลักษณะผู้ป่วยแต่ละคนและปรับตามแต่ละผลิตภัณฑ์โดยเริ่มต้นขนาดต่ำและปรับเพิ่มขนาดซ้ำๆจนได้ขนาดยาเหมาะสมที่ให้ผลการรักษาสูงสุดและเกิดผลข้างเคียงต่ำสุด ขนาดยาในระดับต่ำมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงน้อย ผู้ที่เริ่มต้นรักษา และได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาเป็นครั้งแรกควรเริ่มต้นที่ขนาดต่ำมากๆ หากเกิดผลข้างเคียงควรปรับลดขนาดยา เมื่อพบอาการมึนเวียนศีรษะ (dizziness) เสียความสมดุล (loss of co-ordination) หัวใจเต้นช้า (bradycardia) และความดันโลหิตผิดปกติ (abnormal blood pressure) ควรหยุดใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทันทีเมื่อพบอาการสับสน (disorientation) กระวนกระวาย (agitation) วิตกกังวล (anxiety) ประสาทหลอน (hallucination) และโรคจิต (psychosis) การให้สารสกัดจากกัญชาในครั้งแรกควรให้เวลาก่อนนอนและมีผู้ดูแลใกล้ชิด เนื่องจากอาจเกิดผลข้างเคียงดังกล่าวได้เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการใช้สารสกัดกัญชาในรูปน้ำมันหรือสารสกัดข้อห้ามใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี THC ของกัญชาเป็นส่วนประกอบ ในข้อ 3. มีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวน (concurrent active mood disorder) หรือ โรควิตกกังวล (anxiety disorder) หรือมีประวัติเป็นโรคจิตมาก่อน ที่ไม่ควรใช้การรักษาที่นานเกินไป
3. การใช้กัญชาผู้ป่วยทางจิตเวชเน้นความวิตกกังวลเป็นหลัก และความผิดปกติของอารมณ์ (สอดคล้องนพดล วาณิชชฤดี, และคณะ, (Vanichruedi N., et al., 2019). การศึกษาด้านการนำแคนนาบิไดอัลมารักษาผู้ป่วยจิตเภท ณ ปัจจุบัน ยังมีไม่มากนักจากการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ เบื้องต้นพบบทความจำนวน 333 บทความ เมื่อทำการทบทวนบทความแล้วคัดเลือกเฉพาะบทความที่เกี่ยวข้องของเหลือบทความจำนวน 30 บทความ และเมื่อพิจารณาบทความที่เข้าได้กับเกณฑ์ คัดเข้าทำให้เหลือบทความที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 บทความ ซึ่งผลการศึกษามีความแตกต่างกันบางการศึกษา พบว่า CBD สามารถลดอาการทางจิตได้ดีเทียบเท่ายาต้านโรคจิตอะมิซัลไพรด์ แต่อีกหลายการศึกษาพบว่า CBD ไม่สามารถลดอาการทางจิตได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาล่าสุดส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า CBD มีความปลอดภัยสูงและเกิดอาการไม่พึงประสงค์ไม่แตกต่างจากยาหลอก และระบุอีกว่า ประสิทธิภาพของแคนนาบิไดอัลในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่ชัดเจนเพียงพอเนื่องจากที่ผ่านมาการศึกษาเรื่องดังกล่าวค่อนข้างน้อย และมีข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยคือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนน้อย รวมทั้งระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาค่อนข้างสั้น อย่างไรก็ตามจาก หลักฐานปัจจุบันพบว่า CBD มีความปลอดภัยค่อนข้างมากแม้จะใช้ในขนาดที่สูง แต่ผลดังกล่าวมาจากการศึกษาในระยะสั้น ซึ่งจำเป็นต้องติดตาม เฝ้าระวังและศึกษาความปลอดภัยจากการใช้ในระยะ



ยาวต่อไป นอกจากนี้ McGuire และคณะ ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของ CBD กรณีการรักษาเสริม (adjunctive therapy) ในโรคจิตเภทโดยให้ควบคู่ไปกับยาต้านโรคจิต (antipsychotics) เดิมที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ทำการเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับ CBD และ placebo รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group trial สุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก (43 คน) ได้ CBD 1,000 มิลลิกรัม/วัน แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น และกลุ่มสอง (45 คน) ได้รับยาหลอก (placebo) แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น จากนั้นวัดผลในสัปดาห์ที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า positive psychotic symptoms (วัดผลโดยใช้ PANSS positive subscale) ในกลุ่มที่ได้รับ CBD น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ placebo อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.019$) อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของ negative psychotic symptoms (วัดผลโดยใช้ SANS และ negative subscale ของ PANSS), overall psychopathology (วัดผลโดยใช้ PANSS total score) และ general psychopathology (วัดผลโดยใช้ PANSS general sub score) ระหว่างสองกลุ่มนอกจากนี้เมื่อดูสัดส่วนของผู้ตอบสนองต่อการรักษา (ผู้ป่วยที่มีคะแนน PANSS total score ลดลงตั้งแต่ 20% ขึ้นไป เมื่อเทียบกับค่าเริ่มต้น) พบว่าในกลุ่มที่ได้รับ CBD มีจำนวนผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ placebo แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratio = 2.62, 95% CI = 0.86 - 8.00, $p = 0.09$)

4. การใช้กัญชาในอนาคต ซึ่งพัฒนาปรกรณ์ ดอนตุมไพและคณะ (Dontumprai P., et al. (2021) ประเด็นปัญหาเสพติดและผลกระทบจากยาประเภทฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น หลักฐานวิชาการพบว่ากัญชาทางการแพทย์ แม้จะลดอาการปวดได้ แต่ไม่ตีเทาฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น และไม่สามารถนำมาทดแทนยามาตรฐานที่มีอยู่ได้ นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้กัญชานั้น ยังมีอัตราการส่งจ่ายยาแก้ปวดประเภทฝิ่นมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา ในขณะที่อัตราการตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับฝิ่นนั้นกลับมีแนวโน้มสูงขึ้นในพื้นที่ที่มีนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ ส่วนปัญหาการเสพติดยาประเภทฝิ่นนั้นไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ส่วนผลต่อลักษณะการส่งจ่ายยาประเภทฝิ่นและการกระจายยานั้นยังไม่มีข้อมูลวิชาการเพียงพอ การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ของประเทศไทยนั้น หากว่ากันตามหลักฐานเชิงประจักษ์คงไม่สามารถตอบได้เต็มปากว่าเป็นนโยบายที่ถูกผลักดันและขับเคลื่อนด้วย เหตุผลที่ดีพอตามที่กล่าวอ้าง และมีแนวโน้มที่กระแสวิพากษ์วิจารณ์นโยบายกัญชาทางการแพทย์จะถูกนำไปใช้เป็นสะพานไปสู่การเรียกร้องให้เกิดนโยบายเสรีกัญชาในอนาคต

องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยตำรับสมุนไพรมะขามป้อมที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมตำรับที่ 12 ยาแก้โรคจิต อายุรเวทศึกษา (ขุนนิเทศสุขกิจ) เล่ม 2 ได้พบว่าควรคำนึงถึงในการรักษาจากอาสาสมัครกลุ่มทดลองให้ความสำคัญกับการพิจารณาเป็นพิเศษเกี่ยวกับอาการ เรื่องมีอารมณ์ซึมเศร้า น้ำหนักลดลงหรือ



เพิ่มขึ้นมาก เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน การนอนไม่หลับ หรือหลับมากไป กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเซื่องซึ้ง อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง ควรพิจารณาเป็นรายบุคคล รู้สึกตนเองไร้ค่า สมาธิลดลง ใจลอย หรือลึกลงไปหมด คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย ต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ และต้องมีอาการเป็นอยู่นาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป นอกจากนี้จะต้องควรใช้กัญชาทางการแพทย์พิจารณาเป็นรายบุคคล ควรพิจารณาเวลาในการรักษา การใช้กัญชาผู้ป่วยทางจิตเวชเน้นความวิตกกังวลเป็นหลัก และความผิดปกติของอารมณ์ ควรเพิ่มความถูกต้องกฎหมายกัญชาใช้ทางการแพทย์และการพักผ่อนหย่อนใจที่แพร่หลายมากขึ้น รมัถระวังการใช้กัญชาเพิ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์เป็นอยู่แย่งและโรคทางจิตเพิ่มขึ้น เฉพาะการให้ความสำคัญในสหวิชาชีพทางสุขภาพต้องเสนอหลักฐานคำแนะนำพื้นฐานเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในการรักษาสุขภาพจิต ในการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ที่จะเป็นข้อมูลสำคัญในการนำไปเป็นข้อสังเกตและพึงระวังในการรักษา ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครกลุ่มทดลอง จึงมีข้อจำกัดภายใต้ของจริยธรรมวิจัยในมนุษย์หลายประเด็นจึงทำให้ไม่สามารถทดลองหรือเก็บข้อมูลที่เป็นรายละเอียดที่จะเป็นประโยชน์ได้มากกว่านี้ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในระบบที่มีรายละเอียดในด้านการรักษาเมื่อก่อนนี้ที่ครอบคลุมในส่วนของการทดลองที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสภาพร่างกายที่จะต้องใช้สหวิชาชีพเฉพาะด้านมีส่วนร่วมในการศึกษาและทดสอบและเก็บผลที่จะต้องหมายความว่าความรวมถึงการศึกษาที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจที่จะต้องได้รับความยินยอมจากอาสาสมัครในการอนุญาตให้เก็บข้อมูลที่มีความลึกมากกว่าในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ที่มา <https://cucans.in.th>
- กัญชากับภาวะสมองเสื่อม:ประโยชน์หรือโทษ. (2562). โดย Nitayaporn/Bungon/Thongpet. ผู้จัดการออนไลน์. เมื่อ 20 มิถุนายน 2562 สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29755>
- ขวัญชัย วิศิษฐานนท์. (2561). วิจัย 4 ตำรับยาแผนไทย ‘กัญชา’ เทียบเคียงความรู้ ทำสูตรยาได้มาตรฐาน. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2018/07/1606>
- พัฒนปกรณ์ ดอนดุ่มไพร, พิพัฒน์ พันมา, มัณฑนา นน่อแก้ว และ โชติ บติรัฐ. (2564). นโยบายกัญชา



- เสรีในฐานะพืชทางการแพทย์. *Journal of Roi Kaensarn Academi*.6(1).184-198
- นพดล วาณิชชิต, อรรถกร สอนช้าง, และปัญญชิตา แยมบุ. (2562). การใช้สารสกัดกัญชาชนิดแคนนาบิไดรอลในการรักษาโรคจิตเภท. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*. 2019 : 13(2), 1-16.
- ประพจน์ เกตุราภาส. (2559). *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. 14 (2), 188-189.
- โรคซึมเศร้า. สืบค้นจาก <https://www.bangkokhospital.com/th/disease-treatment/depression-type> สืบค้นเมื่อ 22 มิ.ย. 2562.
- สุรศักดิ์ อิ่มเอี่ยม, ศรัณณัฐ แสนเสนาะ, ประเสริฐ สุขเจริญ,และนัทรชัย สวัสดิไชย. (2562). กัญชา. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก*. โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 36 (4), 356-362.
- Feingold D., Weinstein., A. (2564). *Cannabis and Depression*. PMID: 33332004, DOI: 10.1007/978-3-030-57369-0_5. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33332004/>
- Gregory B. Bovasso., (2544). Cannabis Abuse as a Risk Factor for Depressive Symptoms. *American Journal of Psychiatry*. Retrieved from <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.12.2033>
- Healthline. *กัญชาทางการแพทย์สามารถรักษาอาการซึมเศร้าได้หรือไม่*. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/depression/medical-marijuana-for-depression>
- Hasse. J. (2563). *UNM Study: Cannabis Is Effective In Treating Depression, Improving Mental Health*. Cannabis. A column about cannabis, hemp, CBD and psychedelics. Retrieved from <https://www.instagram.com/lelenruete/>
- J Affect Disord. (2018). *Medical and non-medical marijuana use in depression : Logitudinal associations with suicidal ideation, everyday functioning, and psychiatry service utilization RCT From Bahorik AL, et al*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.gov/m/pubmed/30086434>
- Nitthet (Thomrat) Poomchoosri. (1973). *Ayurvedsueksa: Medicalstudy(Khun Nitthetsukhakit)*. Vol.2.Bangkok: PromchakriPrinting. Pages 158, 223, 276.
- Turna J. BSc, PhD(c), Beth Patterson BScN, MSc, Michael Van Ameringen MD, FRCPC. (2017). *Is cannabis*. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/da.22664>.



treatment for anxiety, mood, and related disorders ready for prime time?

(Paper review). Retrieved from

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.22664>

Queensland Government. (2018). *Clinical guidance: for the use of medicinal*

cannabis products in Queensland[Internet. Retrieved from

https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/634163/med-cannabis-clinical-guide.pdf

Translated Thai References

Nitayaporn/Bungon/Thongpet. (2019). *Cannabis and Dementia: Benefit or Harm*. Manager

Online on 20 June 2019. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/newsdmh/view.asp?id=29755>

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Source. Retrieved from

<https://cucans.in.th>

Depression. (2019). Retrieved from <https://www.bangkokhospital.com/th/disease-treatment/depression-type>.

Dontumprai P., et al. (2021). Free Cannabis as A Medical Plant. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 6(1). 184-198.

Petrakat. P. (2016). *Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine*. (2016). 14(2)188-189.

Surasak Im-iam, et al (2019). Marijuana. *Journal of the Center for Clinical Medicine Education Phrapokklao Hospita*. 36 (4), 356-362.

Vanichruedi N., et al.(2019). The use of cannabidiol extracts in the treatment of schizophrenia. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry* 2019; 13(2). 1-16.

Wisitthanon. K. (2018). *Research on 4 Thai traditional drug formulas*

'Cannabis' compared to knowledge. Make a standardized drug regimen. Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2018/07/1606>.

