

การประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้สารสกัดกัญชา ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง

มยุรี ใจแจ้งยาวคำ¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้สารสกัดกัญชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง การวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัย และใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test วิเคราะห์เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้สารสกัดกัญชาดังกล่าว

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.33) อายุเฉลี่ย 64.56 ± 11.70 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมเร็ง (ร้อยละ 60) ซึ่งพบเมเร็งเต้านมมากที่สุด อาการนอนไม่หลับ และภาวะปวดเรื้อรังจากโรคกระดูกสันหลังเสื่อม ตามลำดับ ส่วนใหญ่ปริมาณสารสกัดกัญชา THC และ CBD ที่ใช้ในการรักษาอยู่ในช่วง 0.5000 - 3.1764 มิลลิกรัมต่อวัน การติดตามผลด้านความปลอดภัย ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะตับอักเสบ พบ 2 คนที่มีค่า Serum creatinine สูงกว่าค่าปกติ พบ 1 คนที่ค่าความดันโลหิตมีแนวโน้มสูงขึ้นและ 2 คนมีแนวโน้มความดันโลหิตลดต่ำลง พบ 3 คนที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว ไม่พบภาวะกตการหายใจ ส่วนอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ พบ 1 คนมีอาการปากแห้งคอแห้ง และ 1 คนมีอาการเวียนศีรษะ การประเมินอาการต่างๆในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) พบว่าอาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และสบายดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.050$) ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทุกคนตามแบบสอบถาม EQ-5D-5L พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 0.311 เป็น 0.829 คะแนน โดยมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และการประเมินความปวดในผู้ป่วยทุกคน พบว่าระดับความปวดเฉลี่ยลดลงจาก 6.78 เป็น 2.17 คะแนน โดยมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุป สารสกัดกัญชามีความปลอดภัยตามข้อบ่งใช้ทางการแพทย์และควรมีการปรับขนาดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ลดอาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล เบื่ออาหารและอาการนอนไม่หลับ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันสมมติฐานนี้ต่อไป

คำสำคัญ : การประเมินผลสารสกัดกัญชา, ประสิทธิผลของสารสกัดกัญชา, ความปลอดภัยของสารสกัดกัญชา, คลินิกกัญชาทางการแพทย์, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
¹โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

The Assessment of Effectiveness and Safety of Cannabis Extracts in Medical Cannabis Clinic, Ban Hong Hospital

Mayuree Jaingieokom¹

ABSTRACT

Objective: To evaluate the efficacy and safety of cannabis extracts used in the medical cannabis clinic at Ban Hong Hospital. This research is a retrospective descriptive study, utilizing patient medical records. Data analysis employed descriptive statistics, presented in terms of numbers, percentages, means, standard deviations, medians, and ranges. The Wilcoxon signed rank test was used to analyze and compare the results before and after the use of the cannabis extracts.

Results: The majority of participants in the sample group were female (63.33%), with an average age of 64.56 ± 11.70 years. Most were diagnosed with cancer (60%), with breast cancer being the most common. Insomnia and chronic pain due to spinal degeneration were the next most common conditions. The doses of THC and CBD extracts used in treatment ranged from 0.5000 to 3.1764 milligrams per day. In terms of safety monitoring, no patients experienced hepatitis. Two patients had elevated serum creatinine levels, one had a tendency for increased blood pressure, and two showed a tendency for decreased blood pressure. Three patients experienced tachycardia, but there were no cases of respiratory depression. Other adverse effects included one patient with dry mouth and throat, and one with dizziness. Evaluating symptoms in palliative cases using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) showed significant reductions in pain, fatigue, nausea, depression, anxiety, loss of appetite, insomnia, and overall physical and mental well-being (p -value < 0.050). Quality of life assessment for all patients using the EQ-5D-5L questionnaire revealed a significant increase in the average score from 0.311 to 0.829 (p -value < 0.001). Pain assessment in all patients indicated a significant decrease in average pain levels from 6.78 to 2.17 (p -value < 0.001).

Conclusion: Cannabis extracts are safe when used according to medical indications and should be appropriately dosed for each patient. They help improve health-related quality of life by reducing pain, fatigue, nausea, depression, anxiety, loss of appetite, and insomnia. However, further randomized controlled trials are needed to confirm this hypothesis.

Keywords: Cannabis Extracts Assessment, Effectiveness of Cannabis Extracts, Safety of Cannabis Extracts, Medical Cannabis Clinic, Health-Related Quality of Life

¹Ban Hong Hospital, Ban Hong District, Lamphun Province

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยทรมาณจากกลุ่มโรคเรื้อรังและไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาทั้งแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทย โดยภายหลังการอนุญาตให้นำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ตั้งแต่ปี 2562 กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมวิชาการต่างๆ โรงพยาบาลร่วมกับองค์การเภสัชกรรมและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ทำการศึกษาผลงานวิจัยกัญชาทางการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 60 ฉบับ ทั้งด้านการนำไปใช้ประโยชน์สูงสุด ผลกระทบเชิงนโยบายและการออกแบบระบบการศึกษาสายพันธุ์ การปลูกที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาสูตรตำรับและการผลิตโดยมีงานวิจัยหลายฉบับที่ให้ผลตรงกันว่ายา กัญชาช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จึงเป็นหลักฐานสนับสนุนให้ยากัญชาทั้ง 2 ตำรับ คือ THC เด่น และ THC : CBD (1:1) ถูกบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาเหล่านี้ได้มากขึ้น โดยในปี 2565 ได้มีการขยายคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยากัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย ซึ่งข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2565 มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนไทยและแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ 35 แห่ง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 894 แห่ง และสถานพยาบาลเอกชนในทุกเขตสุขภาพ 97 แห่ง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังให้ความสำคัญกับการติดตามและกำกับผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง^(1,2,3) โดยกระบวนการสำคัญของการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ควรประกอบด้วย 1) ระบบคัดกรองโดยบุคลากรที่มีองค์ความรู้ ความเข้าใจ และควรผ่านการอบรมกัญชาทางการแพทย์ 2) ระบบการจ่ายยา ที่มีตำรับยาและสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานและการจ่ายยาโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ถูกต้องตามกฎหมาย 3) ระบบการติดตามประเมินผล การเฝ้าระวัง การรายงาน การจัดเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมของผู้ป่วยที่ได้รับกัญชาทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดและนำผลนั้นมาพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง^(1,3,4)

จากนโยบายดังกล่าวทางโรงพยาบาลบ้านโฮ่งจึงได้มีการเปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 ซึ่งเป็นการผสมผสานการให้บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันและการแผนแพทย์ไทย เพื่อเป็นช่องทางในการให้บริการกัญชาในการรักษาโรคตามข้อบ่งใช้ทางการแพทย์ โดยในปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันจำนวน 55 คน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง รองลงมา ได้แก่ อาการนอนไม่หลับและภาวะปวดเรื้อรังจากโรคกระดูกสันหลังเสื่อม ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีโรคร่วมสำคัญอื่นๆ ที่อยู่ระหว่างการรักษา เช่น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาที่หลากหลายในการรักษาโรคดังกล่าว ส่งผลให้มีโอกาสสูงในการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาที่ผู้ป่วยใช้กับสารสกัดกัญชา รวมถึงมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆจากการรักษา ดังนั้นกระบวนการที่สำคัญมากประเด็นหนึ่งของการจัดระบบบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์คือ ระบบการติดตามประเมินผลการรักษา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สารสกัดกัญชาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้สามารถปรับขนาดยาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

จากแนวทางดังกล่าวข้างต้น ทางผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้สารสกัดกัญชาตามแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โดยขั้นตอนการศึกษาประกอบด้วย การทบทวนข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยย้อนหลังในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้ คือ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, Serum creatinine, estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR), Serum Glutamate-Pyruvate Transaminase (SGPT), ผลการประเมินภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์, ผลการประเมินผู้ป่วยทุกรายด้วยเครื่องมือต่างๆ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยแบบสอบถาม EQ-5D-5L และแบบประเมินความปวดโดยใช้ Numeric Pain Rating Score (NRS) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการประเมินเพิ่มเติมโดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) จากนั้นเปรียบเทียบข้อมูลทั้งหมดระหว่างก่อนการรักษาและหลังการใช้สารสกัดกัญชา ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาดังกล่าวมาพัฒนาระบบบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลฯ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดและเกิดความปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆตามข้อบ่งใช้ทางการแพทย์ ที่มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective Descriptive Study) โดยเป็นการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ในช่วงเดือนมีนาคม 2565 ถึงมีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ในช่วงเดือนมีนาคม 2565 ถึงมีนาคม 2566 โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 55 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์อย่างน้อย 3 ครั้งต่อเนื่องกัน ในช่วงเดือน มีนาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินผลการรักษาและความปลอดภัยครบถ้วนตามแบบประเมินต่างๆ ที่กำหนดในงานวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่แจ้งความประสงค์ขอลถอนตัวออกจากการทำวิจัยในช่วงระหว่างที่ดำเนินการรวบรวมหรือวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล^(2,3,14)

1. เวชระเบียนที่บันทึกข้อมูลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: สัญญาณชีพ, ความดันโลหิต, CBC, Serum creatinine, estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR), Serum Glutamate-Pyruvate Transaminase (SGPT)
2. คู่มือการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ โดยกรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสุขภาพจิต ได้แก่
 - 2.1 แบบคัดกรองเบื้องต้นผู้มารับบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์
 - 2.2 แบบรายงานผลและติดตามการให้บริการกัญชาทางการแพทย์
3. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับบุคลากรการแพทย์ ได้แก่
 - 3.1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale; PPS)
 - 3.2 แบบประเมินและติดตามอาการต่างๆในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Edmonton Symptom Assessment System; ESAS)
 - 3.3 แบบประเมินระดับความปวด (Numeric Pain Rating Score; NRS)
4. EuroQoL Group เรื่อง การวัดคุณค่าของสุขภาพ (Measuring the value of health) ได้แก่ แบบสอบถามเรื่องสุขภาพ ฉบับภาษาไทย (Thai version for Thailand) : EQ-5D-5L

วิธีรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการ ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ในช่วงเดือน มีนาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 55 คน โดยมีผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญในผู้ป่วยทุกคน ได้แก่ โรคที่เป็นข้อบ่งชี้ของสารสกัดกัญชา, ชนิดของโรคร่วมที่เป็น, ปริมาณ THC และ CBD ที่ใช้ในการรักษา, ค่าสัญญาณชีพและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง, อาการไม่พึงประสงค์ต่างๆที่พบจากการตรวจร่างกายและที่ผู้ป่วยแจ้งข้อมูลผลการประเมินตามแบบประเมิน EQ-5D-5L และ Numeric Pain Rating Score (NRS) และในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS), Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) สำหรับการนำเสนอผลการศึกษาระบุผลการเปรียบเทียบข้อมูลผลการประเมินต่างๆในครั้งแรก (Visit1) ที่ผู้ป่วยมารับบริการเทียบกับครั้งที่ 3 (Visit3) ที่มารับบริการตรวจติดตามและประเมินผลตามนัด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัย และใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยในครั้งแรก (Visit1) ที่ผู้ป่วยมารับบริการเทียบกับครั้งที่ 3 (Visit3) ที่มารับบริการตรวจติดตามและประเมินผลตามนัด



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office



การนำเสนอบทความวิชาการ “คลังปัญญาเชียงราย”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ 33-07-2567 /วันที่ 1 กรกฎาคม 2567

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เลขที่ REC 2566-23 ลงวันที่ 3 เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ในช่วงเดือน มีนาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566 จำนวนทั้งหมด 55 คน โดยเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง 19 คน(ร้อยละ 63.33) เพศชาย 11 คน(ร้อยละ36.67) มีอายุเฉลี่ย 64.56 + 11.70 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง 18 คน(ร้อยละ 60) ซึ่งพบมะเร็งเต้านมมากที่สุด ลำดับรองลงมาได้แก่ อากาeronอนไม่หลับและภาวะปวดเรื้อรังจากโรคกระดูกสันหลังเสื่อม มีโรคร่วมอื่นๆที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 15 คน(ร้อยละ 50.00) และภาวะไขมันในเลือดสูง 14 คน(ร้อยละ 46.67) ประวัติการใช้กัญชาหรือผลิตภัณฑ์จากกัญชา พบว่าไม่เคยใช้มาก่อน 13 คน(ร้อยละ 43.33)เคยใช้มาก่อน 17 คน (ร้อยละ 56.67) โดยเคยใช้ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา 7 คน (ร้อยละ 41.18) ซึ่งหาซื้อเองจากแหล่งทั่วไป 6 คน (ร้อยละ 85.71) สำหรับเป้าหมายในการรักษาด้วยสารสกัดกัญชา ได้แก่ เพิ่มคุณภาพชีวิต 21 คน(ร้อยละ70.00) และเพิ่มคุณภาพชีวิตร่วมกับเสริมการรักษาโรคมะเร็ง 9 คน(ร้อยละ 30.00) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (N=30 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	19	63.33
ชาย	11	36.67
อายุ		
ค่าเฉลี่ย ± SD	64.56 ±11.70 ปี	
ค่าพิสัย	40-90 ปี	
ข้อบ่งใช้สารสกัดกัญชา		
มะเร็ง	18	60.00
มะเร็งเต้านม	7	38.89
มะเร็งลำไส้	3	16.67
มะเร็งปอด	3	16.67
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	1	5.56
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	1	5.56
มะเร็งหลังโพรงจมูก	1	5.56



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office



การนำเสนอบทความวิชาการ “คลังปัญญาเชียงราย”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ 33-07-2567 /วันที่ 1 กรกฎาคม 2567

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มะเร็งผิวหนัง	1	5.56
มะเร็งกระเพาะอาหาร	1	5.56
เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย	5	27.78
รักษาโรคมะเร็งครบตามที่กำหนด	12	66.67
อยู่ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง	5	27.78
ปฏิเสธการรักษา (รักษาตามอาการ)	1	5.56
อาการนอนไม่หลับ	3	10.00
อาการนอนไม่หลับ ร่วมกับภาวะเบื่ออาหาร	2	6.67
อาการนอนไม่หลับ ร่วมกับภาวะวิตกกังวล	1	3.33
อาการนอนไม่หลับ ร่วมกับภาวะวิตกกังวล และภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม	3	10.00
ภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม	1	3.33
ภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม ร่วมกับอาการนอนไม่หลับ	1	3.33
โรคพาร์กินสัน	1	3.33
ชนิดโรคร่วม		
โรคความดันโลหิตสูง	15	50.00
ภาวะไขมันในเลือดสูง	14	46.67
โรคเบาหวาน	6	20.00
โรคเก๊าท์	2	6.67
ภาวะต่อมลูกหมากโต	2	6.67
โรคเอดส์	1	3.33
ภาวะโลหิตจาง	1	3.33
ประวัติการใช้กัญชาหรือผลิตภัณฑ์จากกัญชา		
ไม่เคย	13	43.33
เคย	17	56.67
- ใบกัญชาสด (ต้มดื่ม)	4	23.53
- ใบกัญชาแห้ง (ต้มดื่ม)	5	29.41
- ใบกัญชาแห้ง (สูบ)	1	5.88
- ผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา	7	41.18
หาซื้อเองจากแหล่งทั่วไป	6	85.71
ได้รับจากสถานพยาบาลอื่น	1	14.29
เป้าหมายในการรักษาด้วยสารสกัดกัญชาทางการแพทย์		
เพิ่มคุณภาพชีวิต	21	70.00
เพิ่มคุณภาพชีวิตร่วมกับเสริมการรักษาโรคมะเร็ง	9	30.00

สูตรและปริมาณสารสกัดกัญชาที่ใช้ในการรักษา พบว่า สารสกัดกัญชาที่ใช้ในการรักษาเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผลิตโดยโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 2 รายการ ได้แก่ น้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้น THC 1.7% w/v (1 หยด มี THC 0.5 มิลลิกรัม) และน้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้น THC 2.7% w/v : CBD 2.5 % w/v (1 หยด มี THC 0.7941 มิลลิกรัม และ CBD 0.7352 มิลลิกรัม) ปริมาณ THC และ CBD ที่ใช้ในการรักษาอยู่ในช่วง 0.5000 - 3.1764 มิลลิกรัมต่อวัน และ 0.7352 - 2.9408 มิลลิกรัมต่อวันตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สูตรและปริมาณสารสกัดกัญชาที่ใช้ในการรักษา (N=30 คน)

สูตรและปริมาณสารสกัดกัญชา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
THC 1.7% w/v*	8	26.67
THC 2.7% w/v : CBD 2.5 % w/v**	9	30.00
THC 1.7% w/v จากนั้นปรับเปลี่ยนเป็น THC 2.7% w/v : CBD 2.5 % w/v	13	43.33
ปรับสูตรเพื่อลดอาการปวดของผู้ป่วย	10	76.92
ปรับสูตรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา	3	23.08

* ปริมาณ THC ที่ใช้ในการรักษา (สูตร THC 1.7% w/v มีปริมาณ THC 0.5 มิลลิกรัม ต่อ 1 หยด) อยู่ในช่วง 0.5 - 1.5 มิลลิกรัมต่อวัน

**ปริมาณ THC และ CBD ที่ใช้ในการรักษา (สูตร THC 2.7% w/v : CBD 2.5 % w/v มีปริมาณ THC 0.7941 และ CBD 0.7352 มิลลิกรัม ต่อ 1 หยด) อยู่ในช่วง THC : 0.7941 - 3.1764 และ CBD : 0.7352 - 2.9408 มิลลิกรัมต่อวัน

การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สารสกัดกัญชา

จากการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของสารสกัดกัญชาในกลุ่มผู้ป่วย 30 คน โดยวิเคราะห์ข้อมูลการติดตามสัญญาณชีพ ผลทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจร่างกายและการซักประวัติผู้ป่วยพบว่า มีผลการตรวจค่า Serum Glutamate Pyruvate Transaminase (SGPT) จำนวน 9 คน โดยอยู่ในช่วงค่าปกติและผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วยไม่พบภาวะตับอักเสบ ก่อนการใช้สารสกัดกัญชาพบค่า SGPTเฉลี่ยเท่ากับ 20.14 ± 8.40 IU/L และหลังการรักษาเท่ากับ 17.43 ± 8.58 IU/L ในส่วนของค่า Serum creatinine มีผลการตรวจติดตามจำนวน 20 คน พบ 2 คน มีค่า Baseline สูงกว่า 1.2 mg/dl และหลังการรักษาพบ 2 คนที่มีค่าสูงกว่า 1.2 mg/dl โดยก่อนการใช้สารสกัดกัญชาพบค่า Serum creatinine เฉลี่ยเท่ากับ 0.89 ± 0.24 mg/dl และหลังการรักษาเท่ากับ 0.88 ± 0.21 mg/dl ในส่วนของค่า estimated Glomerular Filtration Rate(eGFR) ก่อนการใช้สารสกัดกัญชาพบค่า eGFRเฉลี่ย เท่ากับ 78.89 ± 13.97 mL/min/1.73 m² และหลังการรักษาเท่ากับ 79.40 ± 14.24 mL/min/1.73 m² ในส่วนของการประเมินระดับความดันโลหิต พบ 1 คนที่ค่าความดันโลหิตมีแนวโน้มสูงขึ้น และ 2 คน ที่ค่าความดันโลหิตมีแนวโน้มลดลง จึงมีการปรับขนาดยาลดความดันโลหิตให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย ในส่วนของอัตราการเต้นของหัวใจ พบ 3 คนที่มีภาวะTachycardia โดย 2 คนมีค่าอัตราการเต้นของหัวใจ



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiang Rai Provincial Health Office



การนำเสนอบทความวิชาการ “คลังปัญญาเชียงราย”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ 33-07-2567 /วันที่ 1 กรกฎาคม 2567

Baseline อยู่ในภาวะ Tachycardia อยู่ก่อนแล้วและมีรายใหม่ 1 คน โดยก่อนการใช้สารสกัดกัญชามีอัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ยเท่ากับ 86.80 ± 15.49 ครั้ง/นาที และหลังการรักษาเท่ากับ 83.57 ± 12.35 ครั้ง/นาที ไม่พบภาวะกวดการหายใจ ส่วนอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ พบมีอาการปากแห้ง คอแห้ง 1 คนและมีอาการเวียนศีรษะ 1 คน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลังการใช้สารสกัดกัญชา

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ก่อนการใช้ (Visit1) ค่าเฉลี่ย \pm SD (พิสัย)	หลังการใช้(Visit3) ค่าเฉลี่ย \pm SD (พิสัย)
SGPT* (IU/L)	20.14 \pm 8.40 (9,33)	17.43 \pm 8.58(7,34)
Serum creatinine** (mg/dl)	0.89 \pm 0.24 (0.56,1.44)	0.88 \pm 0.21 (0.62 – 1.45)
eGFR***ml/min/1.73m ²	78.89 \pm 13.97 (48.24,103.10)	79.40 \pm 14.24 (47.10,108.76)
ระดับ G1	6 ราย (30.00%)	6 ราย (30.00%)
ระดับ G2	12 ราย (60.00%)	13 ราย (65.00%)
ระดับ G3a	2 ราย (10.00%)	1 ราย (5.00%)

*SGPT ค่าปกติอยู่ในช่วง 0-48 IU/L

**Serum Creatinine ค่าปกติอยู่ในช่วง 0.6 - 1.2 mg/dl

***eGFR (ml/min/1.73m²) แบ่งออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ G1= Normal or Hight: > 90, G2= Mildly decreased: 60-89, G3a = Mildly to Moderately decreased: 45-59, G3b = Moderately to Severely decreased: 30-44, G4 = Severely decreased: 15-29, G5 = Kidney Failure: < 15

ตารางที่ 4 ผลการติดตามสัญญาณชีพ ก่อนและหลังการใช้สารสกัดกัญชา (N=30 คน)

ระดับความดันโลหิต*	การติดตามสัญญาณชีพ ก่อนและหลังการใช้สารสกัดกัญชา (N=30 คน)	
	Visit1 (จำนวนคน)	Visit3 (จำนวนคน)
	Optimal (16)	Optimal (15) Hypertensionระดับ 1 (1)
	Normal (6)	Optimal (2), Normal (2) High Normal (2)
	High Normal (4)	Optimal (2), Normal (1) High Normal (1)
	Hypertensionระดับ 1 (4)	Optimal (2), Normal (2)
อัตราการเต้นของหัวใจ		
Tachycardia**	5 (16.67)	3 (10.00)
Bradycardia***	1 (3.33)	0 (0.00)
อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้งต่อนาที)	86.80±15.49 (52,121)	83.57 ±12.35(60,119)
ค่าเฉลี่ย±SD (พิสัย)		

*ระดับความดันโลหิต (SBP = Systolic blood pressure ; DBP = Diastolic blood pressure ; mmHg)

ภาวะ Hypotension : SBP < 90 และ DBP < 60

ภาวะ Hypertension : Optimal : SBP < 120 และ DBP < 80

Normal : SBP 120 – 129 และ/หรือ DBP 80 – 84

High Normal : SBP 130 – 139 และ/หรือ DBP 85 – 89

Hypertension ระดับ 1: SBP 140 - 159 และ/หรือ DBP 90 – 99

Hypertension ระดับ 2: SBP 160 - 179 และ/หรือ DBP 100 – 109

Hypertension ระดับ 3: SBP ≥ 180 และ/หรือ DBP ≥ 110

Isolated systolic hypertension (ISH): SBP ≥ 140 และ DBP < 90

**Tachycardia : อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที

***Bradycardia : อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที

การประเมินประสิทธิผลจากการใช้สารสกัดกัญชา

ในกลุ่มตัวอย่างมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 5 คน ซึ่งได้มีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน Palliative Performance Scale(PPS) และประเมินอาการต่างๆด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) โดยผลการประเมินโดยใช้ Palliative Performance Scale(PPS) พบว่าก่อนการใช้สารสกัดกัญชาแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS>70%) จำนวน 1 คน ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่ม (PPS 40-70%) จำนวน 2 คน และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 0-30%) จำนวน 2 คน หลังการใช้สารสกัดกัญชามีการประเมินผลในรอบนัดครั้งที่ 3 (Visit3) พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มระยะสุดท้าย (PPS 0-30%) 1 คน มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองดีขึ้นโดยมีค่า PPS=40% ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5 ในส่วนของผลการประเมินอาการต่างๆด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) พบว่าอาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล เบื่ออาหารนอนไม่หลับ และสบายดีทั้งร่างกายและจิตใจมีอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.050) แต่ในส่วนของอาการง่วงซึมและอาการหอบเหนื่อยพบว่าไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6 สำหรับผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยทุกคนตามแบบสอบถาม EQ-5D-5L พบว่าระดับความรุนแรงในมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว, การดูแลตนเอง, กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ, อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัวและความวิตกกังวล/ซึมเศร้ามีแนวโน้มลดลง เมื่อนำค่าดังกล่าวไปคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์พบว่ามียกระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 0.311 ± 0.273 เป็น 0.829 ± 0.132 คะแนน โดยมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) รายละเอียดดังแสดงใน

ตารางที่ 7 ในส่วนของผลการประเมินความปวด (Pain Score) ในผู้ป่วยทุกรายพบว่าระดับความปวดลดลงจาก 6.78 ± 1.31 เป็น 2.17 ± 1.04 คะแนน โดยมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8 รวมถึงเมื่อประเมินผลของสารสกัดกัญชาต่อผู้ป่วยทุกรายในประเด็นที่ช่วยลดอาการปวด ภาวะเบื่ออาหารและอาการนอนไม่หลับ พบว่ามีผลช่วยลดอาการนอนไม่หลับมากที่สุดจำนวน 27 คน (ร้อยละ 90.00) รองลงมาได้แก่ ภาวะเบื่ออาหาร 24 คน (ร้อยละ 80.00) และลดอาการปวด 19 คน (ร้อยละ 63.33) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ตามแบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) (N=5 คน)

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง	Viisit1(จำนวนคน,ร้อยละ)	Visit3 (จำนวนคน,ร้อยละ)
ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS>70%)	1, 20.00	1, 20.00
ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่ม (PPS 40-70%)	2, 40.00	3, 60.00
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 0-30%)	2, 40.00	1, 20.00

ตารางที่ 6 ระดับคะแนนความรุนแรงรายอาการก่อนและหลังใช้สารสกัดกัญชา โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (N=5 คน)**

อาการ	ระดับความรุนแรง				p-value*
	ก่อนการใช้(Visit1)		หลังการใช้(Visit3)		
	ค่าเฉลี่ย±SD	ค่ามัธยฐาน(พิสัย)	ค่าเฉลี่ย±SD	ค่ามัธยฐาน(พิสัย)	
อาการปวด	8.20±0.4	8 (8,9)	2.00±0.00	2 (2,2)	0.048
อาการเหนื่อย/ อ่อนเพลีย	6.60±1.02	7 (5,8)	1.20±0.87	1 (0,2)	0.049
คลื่นไส้	5.80±0.98	6 (4,7)	1.20±0.40	1 (1,2)	0.047
ซีมีเศร้า	6.80±0.98	7 (5,8)	0.80±0.40	1 (0,1)	0.048
วิตกกังวล	6.80±0.98	7 (5,8)	0.80±0.40	1 (0,1)	0.048
ง่วงซึม/ สละมิสะลือ	4.40±2.41	5 (0,7)	1.40±0.80	2 (0,2)	0.097
เบื่ออาหาร	6.80±0.98	7 (5,8)	0.60±0.49	1 (0,1)	0.047
สบายดีทั้งกายใจ	7.60±0.49	8 (7,8)	2.40±0.80	3 (1,3)	0.049
อาการหอบเหนื่อย	2.00±2.45	0 (0,5)	0.80±1.30	0 (0,3)	0.371
นอนไม่หลับ	7.80±1.17	8 (6,9)	1.40±1.02	1 (0,3)	0.048

* วิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed-rank test, SD = Standard deviation (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) กำหนดนัยสำคัญที่ p-value <0.050

ตารางที่ 7 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถาม EO-5D-5L ฉบับภาษาไทย** (N=30 คน)

การประเมิน	ก่อนการใช้(Visit1)		หลังการใช้(Visit3)	
	ค่าเฉลี่ย±SD	ค่ามัธยฐาน(พิสัย)	ค่าเฉลี่ย±SD	ค่ามัธยฐาน(พิสัย)
ระดับความรุนแรงในมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน				
การเคลื่อนไหว	2.97±1.34	3 (1,4)	1.53±0.65	2 (1,3)
การดูแลตนเอง	2.27±1.18	2 (1,4)	1.33±0.74	2 (1,3)
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	3.13±1.21	4 (1,4)	1.73±0.64	2 (1,3)
อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว	3.86±0.34	4 (3,4)	1.97±0.60	2 (1,3)
ความวิตกกังวล/ซีมีเศร้า	3.80±0.48	4 (3,4)	1.23±0.45	1 (1,3)
คะแนนอรรถประโยชน์	0.311±0.273	0.343	0.829±0.132	0.831
p-value*	<0.001	(0,0.835)		(0.538,1.000)

* วิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed-rank test, SD = Standard deviation (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

กำหนดนัยสำคัญที่ p-value <0.001

**แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย มีรายละเอียดดังนี้

- มีการประเมินมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว, การดูแลตนเอง, กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ, อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า
- ระดับความรุนแรง 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 (ไม่มีปัญหา), ระดับ 2 (มีปัญหาลเล็กน้อย), ระดับ 3 (มีปัญหปานกลาง), ระดับ 4(มีปัญหามาก), ระดับ 5(มีปัญหามากที่สุด)
- ค่าสัมประสิทธิ์ของมิติทางสุขภาพในแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้
 - 1) การเคลื่อนไหว : ระดับ 1(0), ระดับ 2(0.056),ระดับ 3(0.114),ระดับ 4(0.231),ระดับ 5(0.307)
 - 2) การดูแลตนเอง: ระดับ 1(0), ระดับ 2(0.033), ระดับ 3(0.108), ระดับ 4(0.225), ระดับ 5(0.254)
 - 3) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ: ระดับ 1(0), ระดับ 2(0.043), ระดับ 3(0.075), ระดับ 4(0.165), ระดับ 5(0.207)
 - 4) อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว: ระดับ 1(0), ระดับ 2(0.040), ระดับ 3(0.068), ระดับ 4(0.233), ระดับ 5(0.266)
 - 5) ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า: ระดับ 1(0), ระดับ 2(0.032), ระดับ 3(0.097), ระดับ 4(0.202), ระดับ 5(0.249)
- การคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ = 1 - ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพของแต่ละด้าน

ตารางที่ 8 ผลการประเมินระดับความปวด โดยใช้ Numeric Pain Rating Score** (NRS) (N=30 คน)

การประเมิน	ระดับความปวด			
	ก่อนการใช้(Visit1)		หลังการใช้(Visit3)	
	ค่าเฉลี่ย±SD	ค่ามัธยฐาน(พิสัย)	ค่าเฉลี่ย±SD	ค่ามัธยฐาน(พิสัย)
Pain Score	6.78±1.31	6.00 (4,9)	2.17±1.04	2.00(1,4)
p-value* < 0.001				

* วิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed-rank test , SD = Standard deviation (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

กำหนดนัยสำคัญที่ p-value <0.001

**Numeric Pain Rating Score

ระดับ 0 = ไม่ปวดเลย (No Pain) ขยับตัวก็ไม่ปวด

ระดับ 1-3 = ปวดน้อย (Mild Pain) ปวดเล็กน้อยพอทนได้ เมื่อนอนเฉยๆไม่ปวด หากขยับตัวจะปวดเล็กน้อย

ระดับ 4-6 = ปวดปานกลาง (Moderate Pain) นอนเฉยๆก็ปวด ยิ่งมีการขยับตัวก็ยิ่งปวดมากขึ้น

ระดับ 7-9 = ปวดมาก (Severe Pain) ปวดมากแทบทุกขณะเวลา ไม่ว่าจะนอนนิ่งๆหรือขยับตัว

ระดับ 10 = ปวดมากที่สุด (Severe Pain) ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ แม้จะนอนนิ่งๆก็ตาม

สรุปและอภิปรายผลงานวิจัย

ผลการวิจัยเมื่อสรุปผลตามวัตถุประสงค์พบว่า จากการศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง 19 คน (ร้อยละ 63.33) และเพศชาย 11 คน (ร้อยละ 36.67) อายุเฉลี่ย 64.56 ± 11.70 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง 18 คน (ร้อยละ 60) ซึ่งพบมะเร็งเต้านมมากที่สุด โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 5 คน อาการในลำดับรองลงมาได้แก่ อาการนอนไม่หลับ และภาวะปวดเรื้อรังจากโรคระดุกสันหลังเสื่อม การคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์อ้างอิงตามแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ⁽¹⁾ ปริมาณสารสกัดกัญชา THC และ CBD ที่ใช้ในการรักษาอยู่ในช่วงระหว่าง 0.5000 - 3.1764 มิลลิกรัมต่อวัน และ 0.7352 - 2.9408 มิลลิกรัมต่อวัน ตามลำดับ โดยขนาดยาสูงสุดแนะนำให้ใช้ที่ปริมาณ THC ไม่เกิน 30 มิลลิกรัมต่อวัน (อ้างอิงจากการใช้ยา Nabiximol)⁽⁶⁾ การติดตามผลด้านความปลอดภัยไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะไตอักเสบ พบ 2 คนที่มีค่า Serum creatinine สูงกว่าค่าปกติ พบ 1 คนที่ค่าความดันโลหิตมีแนวโน้มสูงขึ้นและ 2 คนมีแนวโน้มความดันโลหิตลดต่ำลง พบ 3 คนที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว ไม่พบภาวะกตการหายใจ ส่วนอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ พบมีอาการปากแห้ง คอแห้ง 1 คน และมีอาการเวียนศีรษะ 1 คน ซึ่งได้มีการปรับวิธีการใช้ยาและขนาดยาให้เหมาะสมเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว สำหรับกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการประเมินและติดตามอาการด้วยแบบประเมิน Palliative Performance Scale(PPS) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) พบว่าผลการประเมิน PPS หลังการใช้สารสกัดกัญชาในรอบนัดครั้งที่ 3 (Visit3) มีผู้ป่วยในกลุ่มระยะสุดท้าย (PPS 0-30%) 1 คน มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้นโดยมีค่า PPS=40% ในส่วนของการประเมินอาการต่างๆด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) พบว่าอาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และสบายดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.050$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติและคณะ ที่เป็นการศึกษาผลของการใช้สารสกัดกัญชาชนิด THC เด่นในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งจากการประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยด้วย Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) พบว่าก่อนและหลังการใช้สารสกัดกัญชาชนิด THC เด่นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.050$) ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และกลุ่มอาการที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อาการง่วง ซึม สลึมสลือ สบายดีทั้งกายและใจและเหนื่อยหอบ⁽¹²⁾ และตามคู่มือแนวทางการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยระยะท้ายได้มีการพิจารณาใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในการรักษาอาการทางกายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการรบกวนที่ใช้สารสกัดกัญชาน่าจะได้ประโยชน์ในผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ ปวดเรื้อรัง เบื่ออาหาร ชูบพอม นอนไม่หลับ และอาการรบกวนอื่น ๆ ที่การใช้สารสกัดกัญชาอาจจะได้ผลในผู้ป่วยระยะท้ายและระยะสุดท้ายแต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง โดยอาจมีประโยชน์ในการรักษาอาการด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้าย ได้แก่ อาการซึมเศร้า วิตกกังวล การสูญเสียความสบายดีพร้อมจะมีชีวิตอยู่⁽²⁾ ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามแบบสอบถาม EQ-5D-5L ในผู้ป่วยทุกราย พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 0.311 เป็น 0.829 คะแนน โดยมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p -value < 0.001) และในผู้ป่วยทุกรายมีการประเมินความปวด (Pain Score) พบว่าระดับค่าเฉลี่ยของภาวะปวดลดลงจาก 6.78 เป็น 2.17 คะแนน โดยมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย ที่เป็นการศึกษาประสิทธิผลของสารสกัดกัญชา ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง โดยเปรียบเทียบข้อมูลประสิทธิผลโดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D-5L ในการสอบถามคุณภาพชีวิตและใช้ Pain Score ในการวัดภาวะปวด หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับสารสกัดกัญชาพบว่าค่ากลางของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) เช่นเดียวกับกับภาวะปวด พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของภาวะปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (p -value < 0.001)⁽⁷⁾

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสารสกัดกัญชามีความปลอดภัยและมีประสิทธิผลในการรักษาโรคตามข้อบ่งใช้ทางการแพทย์ โดยช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ลดอาการอาการปวด อ่อนเพลียคลื่นไส้ ซึมเศร้า วิดกกังวล เบื่ออาหาร และอาการนอนไม่หลับ ซึ่งควรมีการปรับขนาดให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อป้องกันหรือลดอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโฮ้ง นายแพทย์คะนอง ถนอมสัจย์ ที่สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงสนับสนุนระบบการบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลฯ และขอขอบพระคุณ เกษักร สมพงษ์ คำสาร อดีตหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำพูน ที่สนับสนุนองค์ความรู้และแนวทางในการทำวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงทีมสหวิชาชีพทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

การใช้สารสกัดกัญชาในการรักษาโรคตามข้อบ่งใช้ทางการแพทย์ ควรพิจารณาตามความจำเป็นและ ควรมีการปรับขนาดการใช้ให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยบางรายได้รับการรักษาด้วยยาอื่นๆ ร่วมด้วยหรือมียาบรรเทาอาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่เดิม การใช้สารสกัดกัญชาจึงเป็นการใช้เสริมจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลของสารสกัดกัญชา รวมถึงการศึกษานี้ใช้ข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่เข้าตามเกณฑ์การวิจัยครั้งนี้ โดยเป็นผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์น้อยกว่า 3 ครั้งต่อเนื่องกัน และไม่ได้รับการประเมินผลการรักษาและความปลอดภัยครบถ้วนตามแบบประเมินต่างๆที่กำหนดในงานวิจัย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สารสกัดกัญชาจึงหยุดการใช้เอง ด้วยเหตุนี้จึงอาจไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนั้นการศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้สารสกัดกัญชา ควรดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และในรูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีความจำเป็นที่ควรดำเนินการในระยะต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่ 5. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/9124>
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) [อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Practice_guidelines/
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.mhso.dmh.go.th/page/subject_details.php?subject_id=32
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบคลินิกให้คำปรึกษาการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmta.dms.go.th/ebookdmta/set-b/B-009/#p=1>
5. กฤตยา วรนิสรากุล. เกษัชวิทยาของแคนนาบินอยด์. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย [อินเทอร์เน็ต]. ตุลาคม 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]; ฉบับที่ 20 เล่มที่ 3: 37-53. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/jtss/article/download/246635/170844/955835>
6. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขากัญชาทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขากัญชาทางการแพทย์ คลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์ (Medical cannabis clinic) แบบผสมผสาน แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/1/4>
7. ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย. ประสิทธิภาพของสารสกัดกัญชา คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [อินเทอร์เน็ต]. มกราคม-เมษายน 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]; ฉบับที่ 19 เล่มที่ 1: 19-33. เข้าถึงได้จาก https://agkb.lib.ku.ac.th/main/search_detail/result/409977
8. วลีรัตน์ ไกรโกศล, อาสาพา เขาวรรณเจริญ, พลช แหลมหลวง, ญัฐดนัย มุสิกวงศ์, ผกากรอง ขวัญข้าว. ผลและความปลอดภัยของยาน้ำมันกัญชหายอดใต้เส้นสูตร THC 1.7% ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารกรมการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรกฎาคม - กันยายน 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]; ปีที่ 46 ฉบับที่ 3: 50-59. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/download/255040/173238/927267>
9. ศราวุธ ระดาพงษ์, พรราว ศุภจริยาวัตร, มธิณ ผดุงกิจ. ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและพิษวิทยาของกัญชา. วารสาร

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. มกราคม-มีนาคม 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]; ปีที่ 63 ฉบับที่ 1: 219-32. เข้าถึงได้จาก:<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/dmsc/article/view/250243>

10. ศศิธร ศิริมหาราช, ศุภมาส อ่ำพล, ฉวีวรรณ แสงสว่าง, อติศร ตรีทิพย์รักษ์, นิตยา กระจำงแก้ว, ภัทราภรณ์ ธรรมป้อม. การประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วารสารกรมการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. มกราคม - มีนาคม 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]; ปีที่ 47 ฉบับที่ 3: 13-20. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/JDMS/article/download/253498/177064/979643>

11. สมชาย ณะสิทธิชัย, ชุตินา สิมะสาธิตกุล, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัต, วรรณญา ครองแก้ว, บุปผาชาติ ขุนอินทร, รัชดาภา สีตาดาษ, และคณะ. ความปลอดภัยและประสิทธิผลของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์เกรดยาตัวแรกของประเทศไทยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารกรมการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรกฎาคม - กันยายน 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]; ปีที่ 45 ฉบับที่ 3: 116-22. เข้าถึงได้จาก:<https://he02.tcithaijo.org/index.php/JDMS/article/download/248645/169113>

12. อรรถสิทธิ์ ศรีศิบัติ, สมชาย ณะสิทธิชัย, อรุณี ไทยะกุล, สุริพร คนละเอียด, วรรณุตอร อรุณรัตน์โชติ, ณะรัตน์ อิมสุวรรณศรี, และคณะ. ผลของการใช้ยาสกัดกัญชาชนิด THC เต้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วารสารกรมการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. ตุลาคม - ธันวาคม 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]; ปีที่ 45 ฉบับที่ 4: 208-14. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gpo.or.th/uploads/file/202203/eeb239bed028b1eb67119ae579c37672.pdf>

13. อาภาศรี ลุสวัสดี, ศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ, ปาณิสรา สุตาจันทร์, สมจิต ศรีอุดมขจร, ชนิกันต์ ศรีทชาพร, ธนินทร์ เวชวานันท์, และคณะ. การศึกษาย้อนหลังผลการใช้ยาสกัดกัญชาชนิด CBD สูงในการรักษาโรคลมชักรักษายากในเด็กประสบการณ์ในประเทศไทยจาก 2 สถาบันของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. วารสารกรมการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรกฎาคม - กันยายน 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2566]; ปีที่ 46 ฉบับที่ 3: 60-72. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gpo.or.th/view/588>

14. EuroQol Research Foundation. EQ-5D User License Policy [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 10]. Available from: <https://euroqol.org/>