



วารสาร สำนักการแพทย์ทางเลือก

ISSN : 1906-3903

Journal of Bureau of Alternative Medicine

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2552

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข



วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก

Journal of Bureau of Alternative Medicine

ปีที่ ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2552

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข



วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก

Journal of Bureau of Alternative Medicine

ที่ปรึกษา

นายแพทย์นรา นาควัฒนากุล

บรรณาธิการอำนวยการ

นายแพทย์เทวัญ ธาณิรัตน์

บรรณาธิการบริหาร

นายวินัย แก้วมณีวงศ์

คณะบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปิติ พลังวชิรา

นายแพทย์ลือชา วนรัตน์

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อมร เปรมกมล

นายแพทย์สมนึก ศิริพานทอง

เภสัชกรหญิงทักษิณา ยาณะสาร

เภสัชกรหญิงนงนรรจน์ นิยมไทย

ทันตแพทย์วิจิต ปรกายหาญ

นายแพทย์สมเกียรติ ศรีไพศาล

นายแพทย์เชวงศักดิ์ ดิษฐาพร

นางสาวปราณี ลิ้มปัววรรณ

เภสัชกรหญิงมณฑกา อีรัชัยสกุล

นางสาวจิราภาณัสม์ เขาวรีวงษ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่และส่งเสริมการพัฒนางานองค์ความรู้ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกให้แก่บุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพและนักวิจัย
2. เพื่อให้เกิดการพัฒนาารูปแบบการแพทย์ผสมผสานที่หลากหลาย เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป

กำหนดออกวารสาร รายสี่เดือน

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน

สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000



วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก

Journal of Bureau of Alternative Medicine

บทบรรณาธิการ

วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก ได้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 2 สำหรับฉบับนี้มีบทความวิชาการ และงานวิจัยของศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่น่าสนใจ ได้แก่ การสวนล้างลำไส้ คีเลชั่นบำบัด โสมิโอพาธี ผลของการใช้ Eupatorium ต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยในเรื่อง การนำงานสมาธิบำบัดเป็นกิจกรรมประกอบการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน นำเสนอโดย ภก.ศุภรักษ์ ศุภเฒ่า ซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานสมาธิบำบัดอย่างทุ่มเทเป็นเวลาหลายสิบปีและต่อยอดเป็นงานวิจัยศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมการดำเนินงานของสำนักการแพทย์ทางเลือก ในการขยายงานสมาธิบำบัดไปสู่สถานบริการต่างๆ ทั่วประเทศต่อไป

สืบเนื่องจากในวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้เสด็จเยี่ยมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นศูนย์สมาธิบำบัดต้นแบบ ได้มีพระราชดำริในเรื่องประโยชน์ของงานสมาธิบำบัดในสถานบริการสุขภาพ และทรงปรารภให้มีการกระจายงานสมาธิบำบัดไปสู่สถานบริการสุขภาพทั่วประเทศ เพื่อตอบสนองต่อพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ดังกล่าว

สำนักการแพทย์ทางเลือก จึงได้จัดอบรมวิทยากรสมาธิบำบัดในภาวะสุขภาพองค์รวม สำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้เป็นวิทยากรในระดับจังหวัดในการดำเนินงานสมาธิบำบัดในสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศ โดยมีสถานบริการสุขภาพที่สามารถดำเนินงานและประสบผลสำเร็จอย่างดีเยี่ยม จัดเป็นต้นแบบสำหรับสถานบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ โรงพยาบาลท่าม่วง เป็นต้น

กองบรรณาธิการวารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิชาการ ภายในฉบับ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านที่สนใจศาสตร์การแพทย์ทางเลือก และขออภัยรับคำติชมและความคิดเห็นจากท่านผู้อ่าน โดยส่งมาที่กองบรรณาธิการตามที่อยู่ด้านท้ายฉบับ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกต่อไป

บรรณาธิการ



วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก

Journal of Bureau of Alternative Medicine

สารบัญ

- บทบรรณาธิการ

- การสวนล้างลำไส้

นพ.เทวัญ ธาณิรัตน์, นพ.วีรพงศ์ ชัยภัก

1

- รายงานการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับศาสตร์การทำดีเลขนำบัด

ภัทร พิระพันธุ์ หินเมืองเก่า

6

- การรักษาด้วยยาฤทธิ์ตรงข้าม เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาฤทธิ์คล้าย

นพ. อมร เปรมกมล

28

- ผลของการใช้ *Eupatorium perfoliatum* ต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน : การศึกษาข้อมูลย้อนหลังของชุมชนศิระะอโศก และชุมชนโดยรอบ จังหวัดศรีสะเกษ

มณฑกา อธิชัยสกุล, ปราณี ลิ้มปอวรรณ, ลักษณา อังอริภัทร, ศิริพร เข้มบุญ

31

- ประสิทธิภาพของโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานด้วยการแพทย์ทางเลือก

ภก. ศุภรักษ์ ศุภอม

39

การสวนล้างลำไส้ (Cleansing Enema)

นพ.เทวัญ ธาเนรัตน์

Tewan Thaneerat

สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

นพ.วีรพงศ์ ชัยภัก

Werapong Chaipuk

สถาบันฝึกอบรมผู้นำ มูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง

บทนำ

การสวนล้างลำไส้เป็นวิธีการหนึ่งในกระบวนการล้างพิษของการแพทย์ทางเลือกซึ่งมีมาตั้งแต่สมัยโบราณ แม้ในคัมภีร์ไบเบิลก็ระบุถึงการสวนล้างลำไส้ อีปโปเครติสถือเอาการสวนล้างลำไส้เป็นการรักษาโรควิธีหนึ่งในยุโรปและอเมริกาถือเป็นแขนงหนึ่งของวิชาวาริบำบัด (Hydrotherapy) ในการแพทย์แผนธรรมชาติได้มีการจัดตั้งเป็นสมาคมต่างๆ เช่น The Association & Register Of Colon Hydrotherapists (formerly the Colonic International Association)¹ และ International Association for Colon Hydrotherapy² เป็นต้น ปัจจุบันมีแพทย์ที่ใช้การสวนล้างลำไส้ในการรักษาโรคต่างๆ โดยเฉพาะมะเร็ง เช่น นายแพทย์ แม็กซ์ เกอร์สัน (Gerson Therapy)³ ทันตแพทย์วิลเลียม เคลลี ดร.เบอร์นาร์ด เจนเซน ดร.นอร์แมน วอร์กเกอร์ เป็นต้น

ทฤษฎีพื้นฐาน

การล้างพิษโดยการสวนล้างลำไส้ เป็นการใช้น้ำอย่างเดียว หรือใช้น้ำร่วมกับสารบางอย่างซึ่งมักนิยมใช้กากแฟ สวนล้างลำไส้ใหญ่ เพื่อจะทำให้เกิดกระบวนการขับสารพิษออกจากร่างกายเพิ่มมากขึ้นจากปกติ

สารพิษในร่างกาย มี

1. exotoxins ซึ่งมาจากภายนอก เช่น อาหารที่

ไม่ดีทั้งหลายที่รับประทานเข้าไป เส้นใยอาหารน้อย มีสารพิษมาก และจากมลภาวะในอากาศที่หายใจเข้าไป

2. endotoxins ซึ่งเป็นของเสียอันเกิดจากกระบวนการ metabolism ของร่างกายภายในเอง หรือจากการขาดการออกกำลังกาย การมีความเครียดเสมอ

กระบวนการขับสารพิษในตับมี 2 ระยะ(phases) ระยะแรก (phase I) คือ เมื่อสารพิษเข้าสู่ร่างกายจะมีกระบวนการเพิ่มออกซิเจน (oxidation process) เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างของสารพิษ แล้วนำไปสู่ระยะที่ 2 (phase II) conjugation คือ การเอาสารต่างๆ เช่น glucoronyl ไปเกาะจับกับสารพิษ เมื่อเกาะเป็น complex แล้วจะถูกขับออกทางปัสสาวะ หรือน้ำดีได้ง่าย¹²

ของเสียดังกล่าวที่ออกมาทางท่อน้ำดี จะถูกขับออกทางลำไส้ใหญ่ต่อไป ซึ่งการสวนล้างลำไส้จะกระตุ้นทำให้ทำงานดีขึ้นและยังช่วยให้ของเสียดังกล่าวถูกขับออกไปอย่างรวดเร็วไม่ตกค้างแล้วถูกดูดกลับ (reabsorption) เป็นอันตรายต่อร่างกายอีกต่อไป

การสวนล้างลำไส้จะไปทำให้เกิดผลดังนี้

ผลทาง Anatomical

1. ขจัดกากอาหารและทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ (To evacuate fecal material) ในผู้ที่มีอาการท้องผูก กากอาหารที่ตกค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่เป็นระยะเวลานาน จะเกิดการหมักหมม และก่อให้เกิดสารพิษเพิ่มขึ้น การสวน

ลำไส้เล็กจะชะลอเอาอุจจาระและสารพิษที่ค้างคั่งออกไป

2. ช่วยเพิ่มการบีบรัดตัวของลำไส้ (To increase peristalsis)^{4,5,6,7} การที่รับประทานอาหารที่ไม่ค่อยมีเส้นใยอาหาร จะทำให้มีเมือกคล้ายกาวมาเกาะติดบริเวณผนังลำไส้ใหญ่ บริเวณลำไส้ใหญ่เองจะมีการดูดซึมกลับสารละลายจากเศษอาหารที่ผ่านการย่อยแล้วเตรียมขับออกจากร่างกาย การขาดการออกกำลังกาย การมีความเครียดสะสม สิ่งเหล่านี้จะทำให้การบีบรัดตัวของลำไส้ผิดปกติไป แต่การดูดกลับของสารละลายยังปกติ จะทำให้สารเมือกคล้ายกาวติดที่ผนังของลำไส้ใหญ่มากขึ้น จนมีผลต่อการบีบรัดตัวของลำไส้ใหญ่

การสวนล้างลำไส้จะชะล้างสารเมือกที่ติดที่ผนังของลำไส้ใหญ่เหล่านี้ เป็นผลให้เพิ่มการบีบรัดตัวของลำไส้ใหญ่ และยังลดปริมาณของแบคทีเรียชนิดที่ทำให้เกิดอันตรายกับร่างกาย

ในลำไส้ใหญ่มีปริมาณของแบคทีเรียเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีทั้งชนิดที่ทำให้เกิดอันตรายกับร่างกาย ชนิดที่กลางๆ และชนิดที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งมีปริมาณที่สมดุลกัน ซึ่งถ้ามีปริมาณของแบคทีเรียชนิดที่ทำให้เกิดอันตรายกับร่างกายมากเกินไป ก็จะเกิดโรคหรืออาการที่ผิดปกติได้ ส่วนแบคทีเรียที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายนี้จะช่วยย่อยกากอาหาร เกิดสารอาหารที่เป็นประโยชน์ เช่น กรดโฟลิก กรดบิวทิริก วิตามินบี 12 เป็นต้น สารเหล่านี้จะถูกดูดซึมกลับทางหลอดเลือดดำเข้าสู่ตับ กลายเป็นพลังงานให้แก่ตับประมาณ 10 % ของพลังงานทั้งหมดที่ตับใช้ทีเดียว

3. ผลจากการเพิ่มการบีบรัดตัวของลำไส้จะทำให้ลดระยะเวลาการเดินทางของน้ำดีจากลำไส้เล็กสู่ลำไส้ใหญ่ (To decrease transit time of the bile passage from duodenum through rectum) สารพิษ ที่ถูกขับออกมาจากตับจะปนอยู่ในน้ำดี และลงสู่ลำไส้เล็ก การเพิ่มการบีบรัดตัวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่จะทำให้น้ำดีถูกขับออกเป็นอุจจาระได้เร็วขึ้น ก็จะลดการดูดซึมของสารพิษกลับเข้าสู่ร่างกาย (Reabsorption)

ผลทาง Physiological

1. ขยายหลอดเลือดบริเวณทวาร ลำไส้ใหญ่และ

หลอดเลือดดำที่เข้าสู่ตับ (To dilate hemorrhoidal blood vessels and portal veins) สารประกอบในกาแฟ คือ Caffeine, Theophylline และ Threobromine ที่ใส่ในน้ำสวนล้างลำไส้จะขยายหลอดเลือดเหล่านี้ มีผลต่อการกระตุ้นตับได้ดีขึ้น^{3,7}

2. เพิ่มการทำงานของเอนไซม์กลูตาไทโอน-เอส-ทรานเฟอร์เรสในกระบวนการกำจัดสารพิษที่ตับ (To enhance glutathione-s-transferase enzymes activity) โดยสาร Palmitates ในกาแฟที่สวนจะกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์กลูตาไทโอน-เอส-ทรานเฟอร์เรส ทำให้ลดสารพิษและลดการเกิดมะเร็งในสัตว์ทดลองได้^{8,9,10,11}

ประเภทของการสวนล้างลำไส้

1. การสวนล้างลำไส้ใหญ่ส่วนบน (High Colon Irrigation) มีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดตะกอนที่ตกค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่และขจัดพิษ หรือลดพิษที่ค้างอยู่ในร่างกาย

2. การสวนล้างลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง (Low Colon Irrigation) มีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดพิษ หรือลดพิษที่ค้างอยู่ในร่างกายโดยไม่สามารถขจัดตะกอนได้

วิธีการสวนล้างลำไส้ใหญ่แบ่งออกเป็น 2 วิธีตามประเภทของการสวนล้างลำไส้

1. การสวนล้างลำไส้ใหญ่ส่วนบน (High Colon Irrigation)

สำหรับการสวนล้างลำไส้ส่วนบนนั้น ถือเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องทำโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการอบรมมาเท่านั้น และต้องทำในสถานพยาบาล โดยใช้เตียงสำหรับการสวนล้างโดยเฉพาะ (Colon Cleansing Machine) เมื่อคนไข้ขึ้นไปอยู่บนเตียงเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะใส่ท่อสวนเข้าทาง Rectum ในท่อนี้จะมีระบบกันไม่ให้ท่อหลุดจาก Rectum แล้วใช้ปริมาณของเหลวจำนวนประมาณ 5 - 25 ลิตร ใส่ผ่านท่อ ซึ่งเครื่องแบบนี้มีอยู่ 2 ระบบดังนี้

1.1 ระบบปิด (Close System Colon Cleansing Machine) ท่อที่สวนเข้าไปทางทวารจะขนาดใหญ่เพื่อขยายรูทวารให้รูตรงขยายออกมากกว่าปกติ และ

ปล่อยน้ำเข้าไปล้างในลำไส้ ผู้ป่วยไม่ต้องออกแรงเบ่งอุจจาระ โดยอุจจาระจะออกมาเข้าสู่ท่อน้ำที่ไม่มีอุจจาระผ่านออกมาข้างนอกท่อน้ำเลย

1.2 ระบบเปิด (Open System Colon Cleansing Machine) ท่อที่สวนเข้าทวาร จะเป็นท่อขนาดเล็กขนาดประมาณ นิ้วก้อย สวนเข้าไป พันหูลดเล็กน้อย เมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวดถ่ายก็จะปล่อยให้ถ่ายออกมาได้ โดยที่ท่อก็ยังคงคาอยู่ที่ Rectum อุจจาระกับน้ำที่สวนเข้าไประยะก็จะถูกถ่ายออกมารอบๆ ท่อนั้น เป็นลักษณะของการไหลเวียนเข้า-ออกอยู่ตลอดเวลา

2. การสวนล้างลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง (Low Colon Irrigation)

วิธีการนี้ต้องอยู่ในการดูแลและแนะนำจากแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ทางเลือก วิธีการที่จะใช้ของเหลว ประมาณ 0.5 - 1.5 ลิตร ใส่เข้าไปในลำไส้ โดยผ่านทางสายยางที่ต่อมาจากหม้อแขวนหรือกระบอก หรือถุงแขวน ให้ไหลเข้าช้าๆ พร้อมปรับทำให้น้ำเข้าในลำไส้ให้ลึกที่สุด คาไว้ระยะเวลาหนึ่งแล้วถอดสายยางออกจาก rectum แล้วไปถ่ายออกให้หมด

การสวนล้างลำไส้ไม่แนะนำให้ทำเป็นประจำ แต่ควรทำเมื่อต้องการขจัดสารพิษออกจากร่างกายเท่านั้น ในกรณีพิเศษเฉพาะราย เช่น คนไข้ไตวาย อาจทำได้ในแต่ละครั้ง ทุก 4 ชั่วโมง ตลอดเวลา 1 วัน

ข้อห้ามและข้อควรระวังและอาการข้างเคียง

ข้อห้าม

1. ผู้ที่ผ่านการผ่าตัดลำไส้โดยเปิดลำไส้ให้ขั้วถ่ายทางหน้าท้อง
2. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงขั้นวิกฤติที่ยังควบคุมไม่ได้
3. ผู้ที่เป็นโรคหัวใจที่ยังควบคุมไม่ได้
4. เด็กและหญิงมีครรภ์
5. ผู้สูงอายุที่ร่างกายอ่อนเพลียมากๆ
6. ผู้ป่วยช่องท้องอักเสบ(Peritonitis)
7. ผู้ที่มีแผลในลำไส้ใหญ่ซึ่งมีโอกาสที่จะทะลุได้
8. ผู้ที่มีลำไส้ใหญ่อุดตันแบบ Complete Obstruction

ข้อควรระวัง

1. หม้อ กระบอก หรือถุงแขวนต้องแขวนให้สูงไม่เกิน 3 ฟุตจาก rectum ถ้าสูงเกินจะทำให้ความดันในลำไส้ใหญ่สูงไปด้วยอาจเกิดอันตรายได้ เพราะฉะนั้นสายสวนจึงไม่ควรยาวเกินกว่า 3.5 ฟุต ซึ่งจะบังคับความสูงของหม้อแขวนไปในตัว
2. ผู้มีปัญหาการอุดตันในลำไส้ มีแผล หรือก้อนในลำไส้เพราะลำไส้อาจแตกได้
3. ผู้ที่มีพยาธิโรคติ่ง หรือลำไส้อักเสบ อาจมีเลือดออกทางลำไส้ได้
4. การสวนอาจจะมีการกระตุ้น Vagovagal reflex ทำให้เกิดอาการทางระบบไหลเวียนหลอดเลือดได้ เช่น หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน จึงไม่ควรสวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ
5. ไม่แนะนำให้ทำการสวนล้างลำไส้เป็นประจำ แต่ควรทำเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น

อาการข้างเคียง

1. อาการอ่อนเพลีย ชีพ เนื่องจากในกระบวนการขับพิษ ใน Oxidation phase ซึ่ง cytochrome p450 จะจับกับ toxin แล้วจะกลายเป็น free radical ซึ่งยิ่งอันตรายกว่า toxin เดิม ร่างกายจำเป็นต้องใช้เอนไซม์ (enzyme) กลุ่มกลูตาไทโอน (glutathione) ร่วมกับสารแอนติออกซิแดนซ์ (antioxidants) เพื่อจับกับ toxin ที่เป็น free radicals เหล่านี้ เพราะฉะนั้นบางทีเราก็ให้แอนติออกซิแดนซ์ เช่น ขมิ้นชัน โสม น้ำผักปั่น ก่อนการสวนล้างลำไส้¹²
2. อาจมีอาการท้องอืดได้เล็กน้อย จากการขับน้ำดีออกได้เร็วกว่าปกติ ทำให้การย่อยไขมันไม่หมด แต่ในกระบวนการขับสารพิษนั้น จะให้อาหารไขมันต่ำอยู่แล้ว
3. อาจมีอาการสับสน ทวารได้ถ้าหากใช้สารละลายที่มีอุณหภูมิสูงเกินไป อุณหภูมิที่เหมาะสมควรเป็น 37 องศาเซลเซียส หรือประมาณอุ่นพอดีกับหลังมือที่สัมผัสได้โดยไม่สั่นร้อน
4. การใช้สารน้ำที่เป็นกาแฟในการสวนล้างลำไส้ หากใช้ปริมาณกาแฟมากเกินไป อาจทำให้เกิดอาการใจสั่นได้ และอาจติดการสวนล้างลำไส้ได้ เนื่องจากมี

สารคาเฟอีนในกาแฟ ปริมาณกาแฟที่พอเหมาะไม่ควรเกินปริมาณที่ใช้รับประทาน ควรเป็นปริมาณ 2 ช้อนชา หรือ 1 ช้อนโต๊ะปาด ในแต่ละครั้งที่ทำการสวนล้างลำไส้

ข้อบ่งใช้

1. เพื่อกระตุ้นขับให้ขจัดสารพิษออกจากร่างกาย ในผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องขจัดสารพิษที่คั่งค้างในร่างกาย เช่น ผู้ป่วยตับวาย ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยที่มีอวัยวะของร่างกายทำงานล้มเหลว ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดื่มสุราหนัก ผู้เป็นโรคภูมิแพ้ เป็นต้น

2. เพื่อทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ในผู้ที่มีอาการท้องผูก

สำหรับผู้ที่รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหาร ส้มำเสมอ เช่น ผักผลไม้ มีระบบการขับถ่ายปกติ สุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีอาการเครียด ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องทำการสวนล้างลำไส้

เอกสารอ้างอิง

1. The Association & Register Of Colon Hydrotherapists (formerly the Colonic International Association) <http://www.colonic-association.org/index.html>
2. International Association for Colon Hydrotherapy <http://www.i-act.org/>
3. http://cis.nci.nih.gov/fact/9_7.htm
4. Gerson, M. "The cure of advanced cancer by diet therapy: a summary of 30 years of clinical experimentation," Physiological Chemistry and Physics. 10(5): pp. 449-464, 1978
5. Marvin L. Corman. "Colon and Rectal Surgery Forth Edition." Lippincott-Raven publishers, p. 383, 1998.
6. Philip H. Gordon, Santhat Nivatvongs. "Principes and Practice of Surgery for the Colon , Rectum and Anus Secon Edition" Quality Medcal Publishing, inc. p 64, 1205, 1999.

7. Joel G. Hardman, Lee E. Limbird. "Goodman and Gillman's The Pharmacological Basis of Therapeutics Tenth Edition" McGraw-Hill Medical publishing Division. P1047, 2002.
8. H.P. Rang, M.M. Dale, J.M. Ritter. "Pharmacology Third Edition" Churchill Livingstone. p641 , 1995
9. Sparnins, V.L.; Lam. L.K.T.; Wattenberg, L.W. "Effects of coffee on glutathione S-transferase (G-S-T)activity and 7-12-dimethylbenz(a) anthracene (DMBA) - induced neoplasia." Proceedings of the American Association of Cancer Researchers and the American Society of Clinical Oncologists. 22:114, Abstract 453,1981.
10. Lam, L.K.; Spanins, V.L.; Wattenberg, L.W. "Isolation and identification of kahweol palmitate and cafestol palmitate as active constituents of green coffee beans that enhance glutathione S-transferase activity in the mouse." Cancer Research. 42:1193-1198, 1982.
11. Sparnins, V.L. "Effects of dietary constituents on (G-S-T) glutathione S-transferers activity" Proceedings of the American Asscociation of Cancer researcher and the American Society of Clinical Oncologists. 21:80, Abstract 319, 1980.
12. Sparnins, V.L. : Wattenberg, L.W. "Enhancement of glutathione S-transferase activity of the mouse forestomach by inhibitors of benzo[a] pyrene-induced neoplasia of forestomach." Journal of the National Cancer Institute. 66:769-771,1981.
13. Suzannah Oliver, "The Detox Manual." London: Simon & Schuster UK Ltd. Chapter 28,30,31. 2001.

เอกสารและตำราประกอบเพิ่มเติม

1. บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล, ธนากร โรจนทัฬพะ, บรรณาธิการ. คู่มือล้างพิษลำไส้ภาคปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์รวมธรรม ; 2548
2. ปาริชาติ สักกะทำนุ. อีบอกชะตา อัจฉริยะวิทยาการล้างพิษลำไส้. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์รวมธรรม ; 2544
3. แดงการณของชมรมโรคลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก ร่วมกับสมาคมโรกระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. เอกสารประกอบการบรรยายของ นพ.สถาพร มานัสสถิตย์ และนพ.ทองดี ชัยพานิช จากสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย.การประชุมวิชาการประจำปีแพทย์แผนไทย
- การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่1, 1 กันยายน 2547 ในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติครั้งที่ 1, 1-5 กันยายน 2547 ; อิมแพค เมืองทองธานี
4. Robert Gray, The Colon Health Handbook. Nevada: Emerald Publishing ; 1991
5. Norman W Walker, Colon Health : O'Sullivan Woodside & Company, Phoenix ; 1979.
6. Bernard Jensen. Tissue Cleansing Through Bowel Management. Carlifornia: Bernard Jensen Publisher;1981
7. Jillie Collings. Principles of Colonic Irrigation. London : Harper Collins Publishers; 1996

รายงานการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับศาสตร์ การทำคีเลชั่นบำบัด

ภัทร พิระพันธุ์ หินเมืองเก่า

Pattara Peeraphun Hinmuangkow

สมาคมการแพทย์คีเลชั่นประเทศไทย

คำจำกัดความและประวัติโดยสังเขป

ถึงแม้ว่าทฤษฎีลิแกนด์ ซึ่งเกิดจากการยึดติดกันของ “โมเลกุลที่เป็นแอนไอออน (Anion)” กับ “โลหะ (Metal)” จะได้รับการนำเสนอเป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1893 โดย อัลเฟรด เวอร์เนอร์ (Alfred Werner) นักเคมีชาวสวิสเจ้าของรางวัลโนเบลสาขาเคมี แต่คำว่า “คีเลชั่น (Chelation)” เพิ่งจะได้รับการบัญญัติใช้เป็นครั้งแรก โดยมอร์แกนและดริว (Morgan and Drew) ในอีก 27 ปีต่อมา (ค.ศ. 1920) เพื่อใช้เรียกโมเลกุลของโลหะที่รวมตัวกันเป็นโครงข่ายวงแหวน ซึ่งพวกเขาได้อธิบายไว้ว่า “คีเลชั่น” หรือศัพท์ภาษกรีกคือคำว่า “คีเล (Chele)” หมายถึง การยึดติดแบบกำมปูของสารออกแกนิกกับโมเลกุลของโลหะ ซึ่งเป็นแคทไอออน (Cation) หรือว่า ไอออนบวก

คำนิยามของคำว่า “คีเลชั่น” ในปัจจุบันนั้นมีหลากหลาย แต่ตามหลักฐานอ้างอิงของ The American College for Advancement in Medicine (ACAM) ซึ่งถือเป็นองค์กรที่ใหญ่และเก่าแก่ที่สุดทางด้านการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แบบผสมผสานของสหรัฐอเมริกา ได้นิยามคำนี้ไว้ว่า

“Chelation may be defined as an equilibrium reaction between a metal ion and a complexing agent, characterized by the formation of more than

one bond between the metal and a molecule of the complexing agent, resulting in the formation of a ring structure incorporating the metal ion”

คีเลเตอร์ (Chelator/Chelating Agent) หรือสารที่ใช้ในการจับและกำจัดสารโลหะหนักนั้นมีอยู่หลายชนิด ทั้งที่เป็นสารจากธรรมชาติและสารเคมีสังเคราะห์ สารเคมีสังเคราะห์ตัวแรกที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาอาการพิษจากสารโลหะหนักในช่วงสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง คือ Dimercaprol หรือ British Anti Lewisite (BAL) ซึ่งจับกับสารอาร์เซนิกใน Warfare Gas ได้ดีที่สุด แต่ด้วยความที่สารเคมีตัวนี้มีความเป็นพิษต่อร่างกายค่อนข้างสูง จึงนำไปสู่การพัฒนาของสารคีเลเตอร์ในรุ่นถัดมา ได้แก่ D-Penicillamine, Dimercapto-Propane-Sulphonic Acid (DMPS), Dimercapto-Succinic Acid (DMSA) เป็นต้น และสารเคมีตัวที่ได้รับการยอมรับว่ามีความปลอดภัยค่อนข้างสูงและถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางและแพร่หลายมากที่สุดคือ Ethylene Diamine Tetra Acetic Acid (EDTA)

อีดีทีเอ (EDTA) จัดเป็นกรดอะมิโนสังเคราะห์แบบสายยาวซึ่งประกอบด้วยคาร์บอนหลายตัว หากดูตามโครงสร้างทางเคมีจะเห็นว่า แกนสำคัญที่เป็นศูนย์กลางในการเข้าจับกับสารโลหะหนักคือ หมู่เอมีน (ไนโตรเจน) และหมู่อะซิติกแอซิด (คาร์บอน) อีดีทีเอที่

ถูกนำมาใช้ทางคลินิกมีอยู่หลายรูปด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของเกลือโซเดียม (Na_2EDTA) เกลือแคลเซียม (CaNa_2EDTA) หรือเกลือแมกนีเซียม (MgNa_2EDTA) โดยที่อาจจะถูกบริหารผ่านทางปาก (Oral) ผ่านทางกล้ามเนื้อ (Intramuscular) ผ่านทางทวารหนัก (Rectal) หรือผ่านทางหลอดเลือดดำ (Intravenous) อิติทีเอได้รับการจดสิทธิบัตรครั้งแรกในยุโรปและสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ. 1935 และ ค.ศ. 1945 ตามลำดับ โดยที่องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาให้การยอมรับว่าแคลเซียม ไดโซเดียม อิติทีเอ (CaNa_2EDTA) มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการพิษที่เกิดจากสารตะกั่ว (Lead Poisoning) ในขณะที่ไดโซเดียม อิติทีเอ (Na_2EDTA) มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการแคลเซียมในเลือดสูง (Hypercalcaemia) และอาการผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยารักษาโรคหัวใจกลุ่มดิจิทัลดิส (Digitalis Toxicity) ตัวอย่างผลิตภัณฑ์อิติทีเอที่นำออกสู่ตลาดในฐานะของยารักษาโรคคือ Endrate (EDETATE Disodium Injection, USP) ซึ่งผลิตโดยบริษัท Abbott Laboratories และ Calcium Disodium Versenate (EDETATE Calcium Disodium Injection, USP) ซึ่งผลิตโดยบริษัท 3M Pharmaceuticals

(สรุปข้อมูลจากหนังสือ Clinical Metal Toxicology)¹⁹

วิธีการดำเนินงาน

1. การสืบค้นข้อมูล

1.1 สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลของสมาคมการแพทย์ศิเลชั่นไทยซึ่งเป็นสมาคมที่ได้รับการจดทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย (15 กันยายน พ.ศ. 2551) ในฐานะขององค์กรที่เผยแพร่ศาสตร์การทำศิเลชั่นบำบัดให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย ทั้งนี้ข้อมูลที่สืบค้นจะอยู่ในรูปของเอกสารการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 35 รายการ (กรุณาดูตารางสรุปในภาคผนวก) โดยคัดเอาเฉพาะเอกสารชนิดที่เป็น Review, Systemic Review, Meta-Analysis และตัดเรื่องที่พิมพ์เผยแพร่ก่อนปี ค.ศ. 1980 และข้อมูลที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ออกไป นอกจากนี้ ยังมีหนังสืออ้างอิงและคู่มือทางการแพทย์ (Textbook) อีกจำนวน 4 รายการ และรายงานกรณี

ศึกษาในผู้ป่วยในประเทศไทย (Case Study) จำนวนทั้งสิ้น 30 รายการ

1.2 สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล MEDLINE/PubMed, Scirus และ Cochrane Library (Issue 4/2002) โดยใช้คำในการสืบค้นคือ “Chelation Therapy”, “EDTA Chelation”, “Lead Poisoning”, “Vascular Disease”, “Effectiveness”, “Efficacy”, “Safety”, “Side Effects”, “Adverse Events” เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 โดยจำกัดการเลือกเฉพาะเอกสารชนิดที่เป็น Review, Systemic Review, Meta-Analysis และตัดเรื่องที่พิมพ์เผยแพร่ก่อนปี ค.ศ. 1980 และข้อมูลที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ออกไป โดยพิจารณาจากชื่อเรื่องและเรื่องย่อ แล้วจึงค้นหาและนำรายงานฉบับเต็มมาประเมินต่อไป

1.3 สืบค้นข้อมูล Clinical Practice Guideline จากฐานข้อมูลขององค์กรของรัฐบาลที่ควบคุมดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา การป้องกันโรค และการแก้ไข ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (www.fda.moph.go.th), กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (www.dmsc.moph.go.th), U.S. Food and Drug Administration (www.fda.gov), U.S. Centers for Disease Control and Prevention (www.atsdr.cdc.gov) และ U.S. National Center for Complementary and Alternative Medicine (www.nccam.nih.gov) รวมถึงองค์กรทางการแพทย์ทั่วโลกที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้ศาสตร์การทำศิเลชั่นบำบัด ได้แก่ American College for Advancement in Medicine ประเทศสหรัฐอเมริกา (www.acamnet.org), Australasian College of Nutritional and Environmental Medicine ประเทศออสเตรเลีย (www.acnem.org) และ International Board of Clinical Metal Toxicology ประเทศเนเธอร์แลนด์ (www.ibcmt.com)

2. การประเมินข้อมูล

2.1 การประเมินความเสี่ยงอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนของการรักษาด้วยการทำศิเลชั่นบำบัดโดยใช้สารอิติทีเอ

2.2 การประเมินประสิทธิผลของการรักษา

อาการพิษจากสารตะกั่วและ/หรือสารโลหะหนักชนิดอื่น และการรักษาอาการหลอดเลือดตีตันที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังต่างๆ ด้วยศาสตร์การทำคีเลชันบำบัดโดยใช้สารอีดีทีเอ

ผลการดำเนินงาน

1. ข้อมูลที่นำมาพิจารณา

พบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ EDTA Chelation Therapy จำนวน 1,083* รายการ เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงและอาการไม่พึงประสงค์จำนวน 311 รายการ และเป็นข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลของการรักษาจำนวน 377 รายการ

เมื่อคัดกรองโดยจำกัดเฉพาะข้อมูลตามที่ระบุไว้ในวิธีการ ตัดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้อง ข้อมูลซ้ำซ้อน และข้อมูลที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ออกจะเหลือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงและอาการไม่พึงประสงค์จำนวน 4 รายการ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการรักษาจำนวน 7 รายการ และข้อมูลทบทวนหรือ Clinical Practice Guideline จำนวน 4 รายการ

2. ข้อมูลทางด้านความปลอดภัย (Safety)^{2,3,17,18}

2.1 อาการไม่พึงประสงค์ไม่ร้ายแรง (Minor Adverse Events)

2.1.1 อุบัติการณ์ : พบอาการไม่พึงประสงค์ไม่ร้ายแรงได้บ้าง

2.1.2 ลักษณะของอาการไม่พึงประสงค์ไม่ร้ายแรง : ที่พบได้บ่อย^{6,13,19} คือ อาการปวดในบริเวณที่ฉีด ปวดเมื่อยเนื้อตัว รู้สึกอ่อนเพลีย หรืออาจมีไข้ต่ำๆ จากการที่สารพิษโลหะหนักถูกดึงออกมาในกระแสเลือด

2.1.3 ความรุนแรงและผลลัพธ์ของอาการไม่พึงประสงค์ไม่ร้ายแรง : อาการไม่พึงประสงค์เหล่านี้มีความรุนแรงในระดับต่ำถึงปานกลาง จัดเป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราว และส่วนมากจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง^{6,13,19}

2.2 ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง (Serious Adverse Events)

2.2.1 อุบัติการณ์ : พบภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงได้น้อยมาก ทั้งนี้อุบัติการณ์ที่แตกต่างกันส่วนมากเป็นผลสืบเนื่องมาจากชนิดของอีดีทีเอ (Na₂ หรือ CaNa₂) ขนาดยาที่ใช้ ระยะห่างในการให้ยา (Dose Interval) และอัตราในการบริหารยาผ่านหลอดเลือดดำ (Infusion Rate)^{6,13,19}

2.2.2 ลักษณะของภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง : ที่อาจพบได้คือ อาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะจากภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) หรือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycaemia) ผู้ป่วยบางรายอาจพบการทำงานของไตบกพร่อง เกิดอาการชาบริเวณริมฝีปาก (Peri-Oral Numbness) หรืออาการชาบริเวณปลายแขนปลายขา (Peripheral Numbness) จากภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcaemia) หรือในบางราย (พบได้น้อยมาก) อาจเกิดอาการหดเกร็งตามข้อมือข้อเท้า (Carpopedal Spasm) โดยในประเทศไทยยังไม่มีรายงานถึงการเกิดอาการชักเกร็งถึงขั้นหมดสติ (Tetany) ถึงแม้จะมีรายงาน^{2,3,10,18} ถึงกรณีการเสียชีวิตของผู้ป่วย 3 รายในสหรัฐอเมริกาจากอาการแคลเซียมในเลือดต่ำในระหว่างการทำคีเลชันบำบัดในช่วงปี ค.ศ. 2003-2005 แต่เมื่อศึกษาข้อมูลในเชิงลึกแล้วพบว่า ผลที่เกิดขึ้นเป็นผลที่เกิดจากความบกพร่องในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ และถึงจะมีการระบุปริมาณยาที่ใช้ แต่ก็ไม่ได้มีการระบุอัตราการให้ยา (Drip Rate) ที่แน่ชัดซึ่งอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

2.2.3 ความรุนแรงและผลลัพธ์ของภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง: ภาวะแทรกซ้อนนี้สามารถป้องกันได้^{6,13,19} เช่น การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารก่อนการรักษา หรือจัดเตรียมน้ำผลไม้และของว่างให้กับผู้ป่วยในระหว่างการรักษา นอกจากนี้ ในกรณีฉุกเฉินของการเกิดภาวะ

* หมายถึง จำนวนรายการที่ได้จากการสืบค้นผ่านฐานข้อมูลทั้ง 3 แหล่ง โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นดังที่อธิบายในหัวข้อ วิธีการดำเนินงาน

** จากการทำสถิติข้อมูลในระหว่างการทำคีเลชันบำบัด พบอาการไม่พึงประสงค์ไม่ร้ายแรงได้ในผู้ป่วย 1 ใน 2 รายที่เข้ารับการรักษา⁶

แคลเซียมในเลือดต่ำ สามารถแก้ไขได้โดยการหยุดการให้ยาและฉีด Calcium Gluconate ในปริมาณ 10 cc ผ่านทางหลอดเลือดดำ แต่หากแก้ไขไม่ทันเวลา ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจจะพิการหรือถึงแก่กรรมได้

3. ประสิทธิภาพในการรักษาหรือบำบัดอาการ (Effectiveness)^{4,5,9,11,12,15,16}

3.1 ประสิทธิภาพในการรักษาอาการพิษที่เกิดจากสารตะกั่วและ/หรือสารโลหะหนักชนิดอื่น การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า EDTA Chelation Therapy มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการพิษดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (Controlled Group)⁶ โดยที่ Calcium Disodium EDTA ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาว่าสามารถนำไปใช้ในการรักษาอาการพิษที่เกิดจากสารตะกั่วและ/หรือสารโลหะหนักชนิดอื่น (บางชนิด) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸ รวมถึงมีหลักฐานยืนยันการใช้ Calcium Disodium EDTA ในการรักษาอาการพิษดังกล่าวในประเทศไทย¹¹ ทั้งนี้ขนาดที่ใช้ในการแก้พิษคือ 30-50 มิลลิกรัม ต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อวัน แต่ไม่เกินขนาด 2 กรัมต่อวัน โดยการแบ่งให้ 2 ครั้งผ่านทางหลอดเลือดดำหรือผ่านทางกล้ามเนื้อ ห่างกันอย่างน้อย 12 ชั่วโมง และให้ติดต่อกันนาน 3-5 วัน แล้วแต่กรณี (ข้อมูลจาก TP Information on Antidotes (2005) ซึ่งจัดทำโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)

3.2 ประสิทธิภาพในการรักษาอาการหลอดเลือดตีบตัน^{4-6,12,15,16}

มีการศึกษาบางส่วนที่รายงานถึงประสิทธิผลของ EDTA Chelation Therapy ในการรักษาอาการหลอดเลือดตีบตันซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ อ้างอิงจากรายงานของ Dans AL, Tan FN, Villarruz-Sulit EC¹⁰ หลังจากการทบทวนผลงานวิจัยประเภท Randomized Controlled Trial (RCT) ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 5 รายงาน สามารถสรุปได้ว่า EDTA Chelation Therapy อาจนำมาใช้ในการบำบัดอาการของ Peripheral Vascular Disease ได้ในผู้ป่วยบางราย ทั้งนี้อาการที่ดีขึ้นบางส่วนอาจเป็นผลจาก Placebo Effect เนื่องจากมีเพียง 2 รายงาน^{5,16} เท่านั้นที่รายงานถึงประสิทธิผลดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ทั้ง 2 รายงานนี้ก็ยังมีความบกพร่องในส่วนของการทดลองบางอย่างและจำนวนของผู้เข้าร่วมการทดลองซึ่งมีจำนวนน้อยราย จึงควรพิจารณาทำการทดลองแบบ Randomized Controlled ในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีขนาดใหญ่ (>1,000) เพื่อยืนยันผลอีกครั้ง

ข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลในการลดอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular Disease) มีค่อนข้างจำกัด ข้อมูลที่ได้มักจะมาจากการทดลองแบบ Uncontrolled และเป็นข้อมูลชนิด Retrospective ซึ่งทำการทดลองในผู้ป่วยจำนวนน้อยราย โดยที่พบผลงานวิจัยประเภท RCT เพียง 1 รายงานเท่านั้นที่ยืนยันถึงผลการออกกำลังกายที่ดีขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย EDTA Chelation¹⁰

4. ข้อมูลเกี่ยวกับค่าบริการรักษา

วิธีการรักษา	อัตราค่าบริการต่อครั้ง (โรงพยาบาลรัฐบาล)	อัตราค่าบริการต่อครั้ง (โรงพยาบาลเอกชน)	กรณีที่ใช้เลือกใช้	ข้อเปรียบเทียบ
Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)	ประมาณ 200,000 บาท (ต่อการผ่าตัด 1 ครั้ง + ค่าบริการทุกอย่าง)	ประมาณ 600,000 บาท (ต่อการผ่าตัด 1 ครั้ง + ค่าบริการทุกอย่าง)	สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ชนิด Triple-Vessel	- ต้องผ่าตัด - พักฟื้น 1 เดือน - มีโอกาสเป็นซ้ำหลังจาก 10 ปี

วิธีการรักษา	อัตราค่าบริการต่อครั้ง (โรงพยาบาลรัฐบาล)	อัตราค่าบริการต่อครั้ง (โรงพยาบาลเอกชน)	กรณีที่ใช้เลือก	ข้อเปรียบเทียบ
Percutaneous Coronary Intervention (PCI)	ประมาณ 50,000 บาท (ต่อการทำบอลลูนใน เส้นเลือด 1 เส้น)	ประมาณ 100,000 บาท (ต่อการทำบอลลูนใน เส้นเลือด 1 เส้น)	สำหรับผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ ชนิด Single-Vessel Disease	- ไม่ต้องผ่าตัด - พักฟื้น 2-3 วัน - มีโอกาสเป็นซ้ำ
EDTA Chelation Therapy (CT)	ประมาณ 30,000 บาท (อย่างน้อย 20 ครั้ง ครั้งละ 1,500 บาท โดยให้ 1-2 ครั้งต่อ สัปดาห์ แล้วแต่กรณี)	ประมาณ 70,000 บาท (อย่างน้อย 20 ครั้ง ครั้งละ 3,500 บาท โดยให้ 1-2 ครั้งต่อ สัปดาห์ แล้วแต่กรณี)	สำหรับผู้ป่วยที่มี อาการหลอดเลือด ตีบตัน ซึ่งอาจมี สาเหตุแฝงจาก สารพิษโลหะหนัก	- ไม่ต้องผ่าตัด - ไม่ต้องพักฟื้น - มีโอกาสเป็นซ้ำ หากไม่ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ

(ข้อมูลอ้างอิง : เทียบเคียงจากค่าบริการรักษาของโรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลกรุงเทพ)

5. เอกสารทบทวน หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ (Clinical Practice Guidelines)

ในปัจจุบันมีองค์กรที่เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ
ศาสตร์การทำคลื่นบำบัดเป็นจำนวนมาก โดยที่หลักการ
และวิธีการปฏิบัติรวมถึงสูตรการใช้อาจมีความแตกต่าง
กันในบางแง่มุม ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละองค์กรมีการปรับใช้
โดยคำนึงถึงปัจจัยทางเชื้อชาติเป็นหลัก เพื่อเป็นการ

ป้องกันภาวะความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นตามมา ตาราง
ที่แสดงต่อไปนี้นี้เป็นข้อมูลโดยสรุปในแง่ของความเหมือน
และความต่างของแต่ละโปรโตคอลที่นิยมใช้ใน
ปัจจุบัน^{6,8,13,19} อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุผลที่ข้อมูลบางส่วน
ถือเป็นความลับ (Confidentiality) และไม่สามารถเปิดเผยได้ ผู้ที่สนใจจะต้องเข้ารับการอบรมกับทาง
องค์กรโดยตรงเพื่อรับทราบข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป

องค์กร	ACAM (สหรัฐอเมริกา)	ACNEM (ออสเตรเลีย)	CMAT (ประเทศไทย)
ชนิดของ EDTA	Na ₂ EDTA	MgNa ₂ EDTA* Na ₂ EDTA	CaNa ₂ EDTA* Na ₂ EDTA
ปริมาณที่แนะนำ** (ต่อครั้ง)	1.5 - 3 กรัม		1-1.5 กรัม
กำหนดปริมาณ สูงสุด (ต่อสัปดาห์)	6 กรัม		3 กรัม
อัตราเร็วในการให้	1 กรัม ต่อ ชั่วโมง		

หมายเหตุ : * หมายถึง สารตัวหลักที่แนะนำให้ใช้

**หมายถึง ขนาดที่ใช้คือ 50 มิลลิกรัม ต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แต่ไม่เกิน 3 กรัม ต่อ ครั้ง ทั้งนี้จะมี
สูตรการคำนวณที่ต้องพิจารณาค่า Creatinine Clearance ร่วมด้วย เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ที่การ
ทำงานของไตบกพร่อง

ความถี่ของการรักษา	1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ (เว้นระยะห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง)	
จำนวนครั้ง	30 ครั้งขึ้นไป	20 ครั้งขึ้นไป
ข้อห้ามใช้	1. ผู้ที่มีภาวะไตเสื่อม (Serum Creatinine > 1.5 หรือ Creatinine Clearance < 0.8 มิลลิลิตร ต่อ วินาที) 2. หญิงมีครรภ์	
ข้อควรระวัง	1. ผู้ที่การทำงานของตับหรือไตบกพร่อง 2. ผู้ที่มีภาวะของโรคหัวใจล้มเหลว 3. ผู้ที่ไวต่อปฏิกิริยาอาการแพ้ต่างๆ 4. ผู้ที่ระบบการเผาผลาญของร่างกายผิดปกติแต่กำเนิด	

สรุป

1. EDTA Chelation Therapy ที่ทำโดยผู้มีความรู้ความชำนาญและมีประสบการณ์ มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่ร้ายแรงได้บ้าง แต่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงได้น้อยมากโดยภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดความพิการหรือเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

2. EDTA Chelation Therapy ที่ทำโดยผู้มีความรู้ความชำนาญและมีประสบการณ์ มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการพิษที่เกิดจากสารตะกั่วและ/หรือสารโลหะหนักชนิดอื่น (บางชนิด) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในแง่ของประสิทธิภาพในการรักษาอาการหลอดเลือดตีบตันนั้นยังไม่สามารถสรุปแน่ชัดได้ เนื่องจากหลักฐานการศึกษาแบบ Randomized Controlled Trial ซึ่งมีอยู่ในปัจจุบันเป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มย่อย (<1,000 ราย) จึงยังไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่า วิธีการนี้มีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการดังกล่าว ทั้งนี้ อาจจะต้องรอการยืนยันผลจากการทดลอง 5-year Trial to Assess Chelation Therapy (TACT) ของ The National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)¹⁴ ซึ่งทดลองในผู้ป่วยจำนวน 2,372 คนทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 และมีกำหนดเสร็จสิ้นในปี ค.ศ. 2010 (ช้ากว่ากำหนด)

แหล่งอ้างอิงที่ใช้ในการประเมินข้อมูล

1. Agency for Toxic Substances & Disease

Registry (2008), Cases Studies in Environmental Medicine (CSEM), [online] at <http://www.atsdr.cdc.gov/csem/csem.html>.

2. Brown MJ, Willis T, Omalu B, Leiker R. (2006), Deaths Resulting from Hypocalcaemia after Administration of Edetate Disodium: 2003-2005, Pediatrics, 118(2): e534-536.

3. Centers for Disease Control and Prevention (2006), Deaths Associated with Hypocalcaemia from Chelation Therapy-Texas, Pennsylvania, and Oregon, 2003-2005, MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 55(8): 204-207.

4. Chappell LT, Stahl JP (1993), The Correlation between EDTA Chelation Therapy and Improvement in Cardiovascular Function: A Meta-analysis, J Adv Med, 6(3): 139-160.

5. Chappell LT, Stahl JP, Evans R (1994), EDTA Chelation Treatment for Vascular Disease: a Meta-Analysis using Unpublished Data, J Adv Med, 7(3): 131-142.

6. Chelation Medical Association, Thai (2008), Case Reports on EDTA Chelation Therapy, [online] at <http://www.cmat.or.th>.

7. Cranton EM (1985), The Current Status of EDTA Chelation Therapy, J Hol Med, 1(1): 3-7.

8. Cranton EL (2001), A Textbook on EDTA Chelation Therapy (2nd Edition), Hampton

- Roads Publishing Company, Inc.
9. Cranton EM, Frackelton JP (1982), Current Status of EDTA Chelation Therapy in Occlusive Arterial Disease, *J Hol Med*, 4(1): 24-33.
 10. Dans AL, Tan FN, Villarruz-Sulit EC (2002), Review: Chelation Therapy for Artherosclerotic Cardiovascular Disease, *The Cochrane Library*.
 11. Department of Medical Sciences (2005), TP Information on Antidotes, [online] at <http://www.dmsc.moph.go.th/2008>.
 12. Hancke C, Flytlie K (1993), Benefits of EDTA Chelation Therapy in Arteriosclerosis: A Retrospective Study of 470 Patients, *J Adv Med*, 6(3): 161-171.
 13. Hromek K (2008), *Australasian Handbook of EDTA Chelation Therapy*, Australasian College of Nutritional and Environmental Medicine (ACNEM) Publication.
 14. National Center for Complementary and Alternative Medicine (2003), The 5-year Trial to Assess Chelation Therapy (TACT), [online] at <http://www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00044213?order=1>.
 15. Olszewer E, Carter JP (1988), EDTA Chelation Therapy in Chronic Degenerative Disease, *Medical Hypotheses*, 27(1): 41-49.
 16. Olszewer E, Sabbag FC, Carter JP (1990), A Pilot Double-blind Study of Sodium-magnesium EDTA in Peripheral Vascular Disease, *J Nat Med Assoc*, 82(3): 173-177.
 17. Seely DM, Wu P, Mills EJ (2005), EDTA Chelation Therapy for Cardiovascular Disease: A Systemic Review, *BMC Cardiovasc Disord*, 5: 32.
 18. U.S. FDA (2008), FDA Public Health Advisory on Edetate Disodium (Marketed as Endrate and Generic Products), [online] at www.fda.gov/cder/drug/advisory/edetate_disodium.htm.
 19. Van Der Schaar PJ (2007), *Textbook of Clinical Metal Toxicology*, International Board of Clinical Metal Toxicology (IBCMT) Publication.
 20. Walker M and Shah H (1997), *Everything You Should Know About Chelation Therapy*, McGraw-Hill.
- แหล่งอ้างอิงเพิ่มเติม**
21. Adams WJ, McGee CT (1992), Chelation Therapy: A Survey of Treatment Outcomes and Selected Socio-Medical Factors, *J Adv Med*, 5(3): 189-197.
 22. Batuman V (1993), Lead Nephropathy, Gout, and Hypertension, *Am J Med Sci*, 305(4): 241-247.
 23. Bradley JE, Powell AM (1994), Oral Calcium EDTA in Lead Intoxication of Children, *J Ped*, 297-301.
 24. Burns CB, Currie B (1995), The Efficacy of Chelation Therapy and Factors Influencing Mortality in Lead Intoxicated Petrol Sniffers, *Aust NZ J Med*, 25: 197-203.
 25. Casdorph HR (1981), EDTA Chelation Therapy, Efficacy in Arteriosclerotic Heart Disease, *J Hol Med*, 3(1): 53-59.
 26. Casdorph HR, Farr CH (1983), EDTA Chelation Therapy III: Treatment of Peripheral Arterial Occlusion, An Alternative to Amputation, *J Hol Med*, 3(1): 3-15.
 27. Clarke NE (Sr & Jn), Mosher RE (1960), Treatment of Occlusive Vascular Disease with Disodium Ethylene Diamine Tetraacetic Acid (EDTA), *Am J Med Sci*, 239: 732-744.
 28. Ellithorpe R, Mazur M, Gum G, Button G, Le J, Pfadenhauer EH, Settineri RA, Nicolson G (2007), Comparison of the Absorption, Brain

- and Prostate Distribution, and Elimination of CaNa₂EDTA of Rectal Chelation Suppositories to Intravenous Administration, JANA, 10(2): 38-44.
29. Flora SJS, Mittal M, Mehta A (2008), Heavy Metal Induced Oxidative Stress & Its Possible Reversal by Chelation Therapy, Indian J Med Res, 128: 501-523.
 30. Flora SIS, Tandon SK (1990), Beneficial Effects of Zinc Supplementation during Chelation Treatment of Lead Intoxication in Rats, Toxicology, 64:129-139.
 31. Friedman JA, Weinberger HL (1990), Six Children with Lead Poisoning, AJDC, 144: 1039-1044.
 32. Gooneratne R, Olkowski A (1993), Lead Toxicity Chelation Therapy: New Findings, J Adv Med, 6(4): 225-231.
 33. Jick S, Karsh R (1959), The Effect of Calcium Chelation on Cardiac Arrhythmias and Conduction Disturbances, Am J Car, Sept: 287-293.
 34. Kim JS, Hamilton DL, Blakley BR, Rousseaux CG (1991), The Effects of Thiamin on Lead Metabolism: Whole Body Retention of Lead-203, Toxicology Letters, 56: 43-52.
 35. Kitchell JR, Meltzer LE, Seven MJ (1961), Potential Uses of Chelation Methods in the Treatment of Cardiovascular Diseases, Cardiovasc Dis, 3: 338-349.
 36. Lamar CP (1964), Chelation Therapy of Occlusive Arteriosclerosis in Diabetic Patients, Angiology, 15: 370-395.
 37. McDonagh EW, Rudolph CJ, Cheraskin E (1982), An Oculocerebrovasculometric Analysis of the Improvement in Arterial Stenosis following EDTA Chelation Therapy, J Hol Med, 4(1): 21-23.
 38. McDonagh EW, Rudolph CJ, Cheraskin E (1982), The Effect of EDTA Chelation Therapy Plus Supportive Multivitamin-Trace Mineral Supplementation Upon Renal Function: A Study in Serum Creatinine, J Hol Med, 4(2): 146-151.
 39. McDonagh EW, Rudolph CJ, Cheraskin E (1983), The Effect of EDTA Chelation Therapy Plus Supportive Multivitamin-Trace Mineral Supplementation Upon Renal Function: A Study in Blood Urea Nitrogen (BUN), J Hol Med, 9(2): 163-171.
 40. McDonagh EW, Rudolph CJ, Cheraskin E (1985), Effect of EDTA Chelation Therapy Plus Multivitamin Trace Mineral Supplementation Upon Vascular Dynamics: Ankle/Brachial Doppler Systolic Blood Pressure Ratio, J Hol Med, 1(1): 16-22.
 41. McDonagh EW, Rudolph CJ, Cheraskin E (1985), The 'Clinical Change' in Patients Treated with EDTA Chelation Plus Multivitamin/Trace Mineral Supplementation, J Ortho Psyc, 14(1): 61-65.
 42. Morgan RV, Pearce LK, Moore FM, Rossi T (1991), Demographic Data and Treatment of Small Companion Animals with Lead Poisoning: 347 Cases (1977-1986), JAVMA, 199(1): 98-102.
 43. Olwin JH, Koppel JL (1968), Reduction of Elevated Plasma Lipid Levels in Atherosclerosis following EDTA Therapy, P.S.E.R.M, 128: 1137-1140.
 44. Oser BL, Oser M, Spencer HC (1963), Safety Evaluation Studies of Calcium EDTA, Tox App Pharm, 6: 147-167.

45. Riordan HD, Cheraskin E, Dirks M (1990), Mineral Excretion Associated with EDTA Chelation Therapy, J Adv Med, 3(2): 111-123.
46. Rudolph CJ, McDonagh EW (1990), Effect of EDTA Chelation and Supportive Multivitamin Trace Mineral Supplementation on Carotid Circulation: Case Report, J Adv Med, 3(1): 5-11.
47. Rudolph CJ, McDonagh EW (1992), Magnetic Resonance Imaging Evidence of a Reduction in Disc Herniation Using a Combination of EDTA Chelation and Joint Reconstructive Therapy, J Adv Med, 5(4): 207-216.
48. Rudolph CJ, McDonagh EW, Barber RK (1989), Effect of EDTA Chelation and Supportive Multivitamin/Trace Mineral Supplementation on Chronic Lung Disorders: A Study of FVC and FEV1, J Adv Med, 2(4): 553-561.
49. Rudolph CJ, McDonagh EW, Barber RK (1990), An Observation of the Effect of EDTA Chelation and Supportive Multivitamin/Trace Mineral Supplementation on Blood Platelet Volume: A Brief Communication, J Adv Med, 3(3): 179-184.
50. Rudolph CJ, McDonagh EW, Barber RK (1991), A Nonsurgical Approach to Obstructive Carotid Stenosis using EDTA Chelation, J Adv Med, 4(3): 157-166.
51. Rudolph CJ, Samuels RT, McDonagh EW (1994), Visual Field Evidence of Macular Degeneration Reversal Using a Combination of EDTA Chelation and Multiple Vitamin and Trace Mineral Therapy, J Adv Med, 7(4): 203-212.
52. Schroeder HA (1956), A Practical Method for the Reduction of Plasma Cholesterol in Man, J Chron Dis, 4(5): 461-468.

ภาคผนวก

1.1 แนวทางการพัฒนาผลิตภัณฑ์สำหรับประเทศไทย (ข้อมูลจากการประชุมคณะกรรมการสมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย ระหว่างงานสัมมนาวิชาการ “คีเลชั่นบำบัด” ครั้งที่ 1 มีนาคม 2551)

การนำไปใช้ในประเทศไทย

นำองค์ความรู้จากต่างประเทศมาใช้ก่อนแล้วหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการใช้ในประเทศไทย ควรมีการจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมฯ และสำนักการแพทย์ทางเลือก สาร EDTA ในปัจจุบันจัดเป็นรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (บัญชี ก) โดยอยู่ในรูปแบบของสารละลายที่ใช้ทางทันตกรรม ในส่วนของเคมีภัณฑ์สามารถนำเข้าในประเทศได้ นอกจากนี้ฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลสามารถผลิตเองได้ในราคาที่ไม่แพง

ผู้ใช้ : แพทย์ทั่วไปที่ได้รับการอบรมจากสำนักการแพทย์ทางเลือกและ/หรือสมาคมการแพทย์คีเลชั่นไทย (ไม่เน้นสาขา)

ผู้ปรุงและผสมยา : เภสัชกรและพยาบาล (ตัวยาเป็น Solution 3 gm ใน 10 cc)

กลุ่มเป้าหมาย

- 1 โรคเรื้อรัง
- 2 กลุ่มปัญหาสารพิษ (แคดเมียม สารหนู ฯลฯ)

Indication

- 1 Heavy Metal Intoxication
- 2 Heavy Metal Induced Vascular Disease
- 3 Heavy Metal Induced Degenerative Disease

Main Active Ingredients

1. Disodium EDTA or Calcium Disodium EDTA
2. 0.9% Normal Saline or 5% DW or 5% NSS/2

3. Ascorbic Acid or Sodium Ascorbate
4. Magnesium Sulfate (MgSO₄)
5. Sodium Bicarbonate (NaHCO₃)
6. Vitamin B6
7. Vitamin Bco

Recommended Dose

Ranging from 1.5 g to 3 g per time once or twice a week

New Guideline: 1.0 g to 1.5 g once or twice a week (updated on 27 January 2009)

Note: - DMSA to be used for Mercury poisoning
 - IV solution to be kept in amber color container

Side Effects	How to Manage
Hypoglycaemia	- Use glucose solution except in DM patients - Advice juice or snack - Slow infusion rate not more than 1g/hr - Have a meal before undergoing chelation
Muscle cramp	- Calcium supplement orally or injection
Malaise Loose stool Hypotension	- High fluid intake - Antioxidant; Vitamin C, Q10, etc - Advice and reassure - High fluid intake - Beware of postural change

Contraindication

1. Renal Insufficiency (Serum Creatinine > 1.5)
2. Pregnancy

2. Congestive Heart Failure

3. Hypersensitivity

4. Inherited Metabolic Disorders

Precaution

1. Serum Creatinine 1-1.5

1.2 ตารางสรุปข้อมูลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง (เฉพาะในส่วนที่ได้จากฐานข้อมูลสมาคมการแพทย์ศิเลชั่นไทย)

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
Rudolph et al. (1991) US	Effect of EDTA Chelation on Obstructive Carotid Stenosis	N/A	- 30 subjects were treated with 3 gm intravenous infusions of Disodium EDTA for 10 months	- Overall intraarterial obstruction decreased significantly (p<0.001) in both males and females

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
			- Wall lumen, arterial wall thickness and excursion, and plaque size were measured	- Women had 23% greater mean improvement in the left carotid and men had 32% greater improvement on the left
Casdorph (1951) US	Effect of EDTA Chelation on Arteriosclerotic Heart Disease	N/A	- 18 patients were treated with 3 gm of Disodium EDTA intravenously - Left ventricular ejection fraction was measured	- There was a significant improvement in left ventricular ejection fraction in this group of patients
Casdorph and Farr (1983) US	Effect of EDTA Chelation on Peripheral Arterial Occlusion	N/A	- 4 patients with end-stage occlusive peripheral arterial disease with gangrene of the involved extremity were treated with EDTA Chelation and were observed for more than a year	- Gangrenous extremities all healed and were saved from amputation
Rudolph et al. (1990) US	Effect of EDTA Chelation and Nutritional Supplement on Blood Platelet Volume	N/A	- 85 subjects with chronic degenerative disorders were treated with over 30 sessions of 3 gm of Disodium EDTA infusion intravenously for 13 months - Blood platelet volume was measured	- 85% of patients had a significantly increased mean platelet volume ($p<0.001$)
Chappell and Stahl (1993)	Effect of EDTA Chelation on	Meta-analysis	- Different search engines were used	- There was a correlation coefficient of

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
US	Cardiovascular Function		and identified 40 articles on the subjects - 19 articles with data on 22,765 patients were examined	0.88 indicating a high positive relationship between EDTA Theraph and improved cardiovascular function
McDonage et al. (1985) US	Clinical change in patients treated with EDTA chelation plus multivitamin supplementation	(The Cornell Medical Index Health) Questionnaire Study	- 139 patients were treated with 26 sessions of 3 gm of EDTA infusions intravenously over 2 months	- The overall clinical symptomatology was reduced about 15 per cent and each organ function was improved by at least 10%
Food and Drug Research Laboratory (1963)	Safety Evaluation Studies of EDTA	Preclinical Toxicology Test in Animals	- 200 weanling rats and 16 healthy mongrel dogs were fed with calcium EDTA - These animal were observed over 2 years (rats) and 1 year (dogs) - Their appearance, behavior, and body weight were checked and recorded	- No significant abnormalities of appearance or behavior were noted - 250 mg and 338 mg calcium EDTA per kilogram body weight were safe to be fed in rats and dogs, respectively
Olszewer et al. (1990) Brazil	Effect of EDTA Chelation on Peripheral Vascular Disease	Double-blind Study	- 10 male patients were randomly treated with 20 intravenous infusions of either sodium magnesium EDTA or placebo	- Clinical and laboratory tests showed dramatic improvements in the patients who received EDTA while there was no change in the placebo group

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
Olzewer and Carter (1988) US	Effect of EDTA Chelation on Chronic Degenerative Disease	Retrospective Analysis	- 2,870 patients with various chronic degenerative and age-associated diseases were treated with disodium magnesium EDTA chelation	- 75% of all of the patients had 'marked' improvement in 'geriatric symptomatology of vascular origin' - Patients with ischemic heart disease was the main group benefited from the therapy with over 76% marked improvement
Friedman and Weinberger (1990) US	Effect of EDTA Chelation on Lead Intoxication	Longitudinal Study	- 2 female infants, 2 male infants, 1 girl, and 1 boy with lead poisoning were observed after receiving EDTA chelation as an antidote	- There was a significant decrease in blood lead level in these children
McDonagh et al. (1982) US	Effect of EDTA Chelation on Arterial Stenosis	N/A	- 57 patients were treated with 28 intravenous infusions of disodium EDTA - Patients were evaluated objectively for cerebral vascular arterial occlusion before and after the treatment	Cerebrovascular arterial occlusion diminished by an average of 18% following therapy ($p < 0.001$) with 88% of patients showed objective improvements in cerebrovascular blood flow
Flora and Tandon (1990) India	Benefit of Zinc Supplement during EDTA	Animal Study	- 42 male albino rats were divided into 2 groups of lead	- Zinc supplementation increased urinary lead elimi-

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
	Chelation of Lead intoxication		receivers and control group - After 56 days, lead was stopped and the rats were given EDTA or without Zinc for 5 days	nation by calcium disodium EDTA - Combination therapy was also effective in potentiating the depletion of blood, hepatic, and renal lead by calcium disodium EDTA
Adams and McGee (1992) Canada	EDTA Chelation Outcomes	Questionnaire Study	Questionnair was mailed to 54 patients surveying their change in symptoms post-chelation	- 92% of the patients indicated the improvement of their symptoms and 18 patients claimed to be completely aymptomatc
Lamar (1964) US	Effect of EDTA Chelation in Occlusive Arteriosclerosis, Diabetic Patients	N/A	Patients were given 3 gm of EDTA infusions intravenously for 10 days	There was an improvement in patients' ability to handle own tasks and their insulin requirement had decreased
Schroeder (1956) US	Effect of EDTA Chelation on Plasma Cholesterol Lowering	N/A	20 ambulatory patients were controlled in diets and were given calcium disodium EDTA 1 gm perday orally for 4 months	- 9 patients exhibited plasma cholesterol in normal range - Mean cholesterol concentration fell by 29% and 20% after 2 and 4 months, respectively
Cranton and Frackelton	Effect of EDTA Chelation on	Literature Review	Available published papers were reviewed	EDTA has been used successfully

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
(1982) US	Occlusive Arterial Disease			for the treatment of occlusive arterial disease
Morgan et al. (1991) US	Effect of EDTA chelation in animals with lead poisoning	Cases Review	- 347 cases of lead poisoning in small animals, diagnosed after 1976, were reviewed - The types of treatments used and their outcomes were analyzed	Calcium disodium EDTA was the most common antidote administered for lead intoxication and effectively lowered blood lead concentrations in all species assayed (295 animals treated)
Rudolph et al. (1989) US	Effect of EDTA chelation and multivitamin supplementation on chronic lung disorders	N/A	- 38 subjects were treated with 30 intravenous infusions of disodium EDTA over 9 months - Maximum expiration lung volumes were evaluated before and after the treatment	- Forced vital capacity (FVC) increased an average of 12.1% ($P < 0.0001$) - Forced expiration volume in one second (FEV_1) increased an average of 12.8% ($p < 0.001$) - 90.5% of the subjects improved in pulmonary function after EDTA infusions
Rudolph and McDonagh (1990) US	Effect of EDTA Chelation and Multivitamin Supplementation on Carotid Circulation	Case Study	A single patient with severe carotid occlusive disease was treated with 30 intravenous infusions of disodium EDTA	- The patient's right internal carotid occlusion reduced from 98% to 33% after treatment - The shear motion present initially was replaced by normal

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
				arterial expansion after therapy
McDonagh et al. (1985) US	Effect of EDTA Chelation and Multivitamin Supplementation on Vascular Dynamics	N/A	- 77 elderly patients with occlusive peripheral vascular stenosis were treated with 26 intravenous infusions of EDTA over 60 days - The Doppler systolic ankle/brachial blood pressure ratios were measured	- Arterial blood flow improved significantly after treatment (p<0.001)
Batuman (1993) US	Effect of EDTA Chelation on Lead Intoxication	Literature Review	8 patients with lead nephropathy were treated with thrice weekly EDTA injection of 1 gm each time for 6 to 50	4 patients had more than 20% increase in their GFR when their body lead stores were reduced to normal levels
Gooneratne and Olkowski (1993) New Zealand	Effect of EDTA Chelation on Lead intoxication	Animal Study	- 4 sheep were fed a diet containing lead - Following the pretreatment the sheep were administered B1 (s.c.) alone, CaEDTA (i.v.) alone, and a combination of B1-CaEDTA - Blood, bile, and urine were collected for comparison	- A B1-CaEDTA combination therapy was most efficient followed by CaEDTA alone and B1 alone, respectively - Thiamine significantly (p<0.05) enhanced the effect of CaEDTA on total
Rudolph and McDonagh	Effect of a Joint Reconstructive	Case Study	A 44-year-old woman with a history of	- The patient's abnormal disc

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
(1992) US	and EDTA Chelation Combination Therapy on Joint Disease		disc rupture at L5-S1 received a course of 21 infusions of intravenous EDTA plus 14 injection ligament treatments over 12 months	protrusion was reduced 60%, from 5 mm to 2 mm as demonstrated by pre- and post- treatment MRI studies - The patient is symptom free 6 months post therapy
Riordan et al. (1990) US	Safety of EDTA Chelation on Minerals Excretion	N/A	- 25 hypertensive subjects were administered 20 EDTA infusions (3 gm, with magnesium and ascorbate) 1 to 2 weeks apart and 24-hr urinary excre- tions of 11 minerals were measured pre- and post- treatment	- Long-term excretion was enhanced about 35% for lead and 60% for cadmium, but not for mercury - Enhanced excretion of essential minerals was small compared to dietary and supple- mentary intakes
Rudolph et al. (1994) US	Effect of EDTA Chelation and Multivitamin Supplementation on Macular Degeneration	Case Study	A 59-year-old woman with moderate macular degeneration was treated with a combination of 3 gm of EDTA intravenous chelation therapy plus multivitamins	- The patient's visual field defect improved and the quality of her central macular vision was greatly enhanced - The patient remains symptom free with restored vision one year later
Kitchell et al. (1961) US	Effect of EDTA Chelation on Cardiovascular Diseases	Literature Review	N/A	- Disodium EDTA chelation was proven to be effective for the treatment of cardio- vascular diseases

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
				and it has been found to be toxic only in dosages exceeding 3 gm per day and when administered daily over excessive periods of time
Olwin and Koppel (1968) US	Effect of EDTA Chelation on Atherosclerosis	N/A	34 patients (14 were diabetic) with high cholesterol restricted in fats intake and received a daily dose of 3 g,m of disodium EDTA intravenously for 5 days or more (max. 20 infusions) over a 4-week period	- Following the infusion of 12 to 15 gm of EDTA, there was a reduction in the plasma lipid levels of several diabetic and nondiabetic - In some cases, the plasma lipid was restored to normal ranges depending on the original levels
Cranton (1985) US	Effect of EDTA Chelation (Current Status)	Literature Review	N/A	- No published reports which contain data to indicate that EDTA chelation therapy is not effective - Fewer than 20 deaths are reported to have been related to EDTA in comparison to more than 4,000 deaths coronary artery bypass surgery in approximately an equal number of patients

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
				- There have been no known deaths caused by EDTA when administered according to currently accepted standards of chelation practice
Jick and Robert (1959) US	Effect of EDTA Chelation on Cardiac Arrhythmias and Conduction Disturbances	N/A	- 27 clinical trials with sodium EDTA were performed (11 in patients with digitalis intoxication) - Initially a standard 12-lead electrocardiogram and a three-minute continuous electrocardiogram were recorded - 3 gm of sodium EDTA infusion was given intravenously to the patients	- There was a significant change in A-V conduction and sinus rhythm - Sodium EDTA therapy was equally effective in arrhythmias as in A-V conduction disturbances associated with digitalis administration, but it was generally ineffective when given in the absence of digitalis
McDonagh et al. (1983) US	effect of EDTA Chelation and Multivitamin Supplementation on Renal Function	N/A	- 8 patients with chronic degenerative disorders were measured biochemical series (including BUN) and performed physical examination prior to the treatment - Then, the patients were given a total of 30 infusions of 3 gm of disodium	- There was a significant reduction in BUN following 20 infusions in 63.8% of the patients - Under this circumstance, EDTA therapy was not toxic, but in fact, homeostatic

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
			EDTA intravenously - Additionally, a full spectrum multivitamin-trace mineral supplement was administered	
McDonagh et al. (1982) US	Effect of EDTA Chelation and Multivitamin Supplementation on Renal Function	N/A	- 383 subjects with chronic degenerative disorders were treated with EDTA and supportive multivitamin-trace mineral supplements for approximately 50 days	- Overall, the fasting serum creatinine levels declined ($p < 0.05$) - The levels of serum creatinine in 84% of the patients changed back to normal range after the treatment
Kim et al. (1991) Canada	Effect of EDTA Chelation Plus Thiamin on lead metabolism	Animal Study	- 108 6-week-old male mice were housed under controlled conditions - The mice were fasted for 12 h with water ad libitum prior to treatment to minimize differences - 60 mice were treated intraperitoneally with thiamin HC1 (25 or 50 mg/kg body wt.), calcium EDTA (50 mg/kg body wt.), or their combination daily for 3 days before the intraperi-	- Treatment with thiamin, calcium EDTA or both agents enhanced the excretion of lead in all groups - The combined treatment decreased the absorption of lead to the greatest extent for both routes of lead exposure

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
			toneal administration of 0.5 ml of lead acetate - The rest were give a similar single oral or intraperitoneal dose of lead acetate plus the treatment doses daily for 13 days	
Burns and Currie (1995) Australia	Effect of EDTA Chelation on Lead Intoxication	N/A	- 20 males were measured blood and urinary lead - They were administered parenteral calcium EDTA and dimercaprol together every six hours for 5 days	- In the shortterm, parenteral chelation was effective in mobilizing lead for excretion and reducing blood lead in encephalopathic petrol sniffers, but the long-term efficacy remains controversial
Clarke et al. (1960) US	Effect of EDTA Chelation on Occlusive Vascular Disease	N/A	- 76 patients with angina pectoris, 31 patients with intermittent claudication, and 25 patients with various manifestations of cerebrovascular disease were treated with a daily dose of disodium EDTA intravenously for 5 consecutive days	- EDTA therapy was effective in lowering the symptoms such as anginal symptoms and leg pain in all groups of patients - It has shown to reduce serum cholesterol levels in patients with hyper-cholesterolemia - Some patients with intermittent claudi-

Investigators	Content Type	Study Type	Method	Key Findings
			and the treatment was repeated every 6, 9, or 12 months	cation did not require amputation after
Ellithorpe et al. (2007) US	Comparison of the Pharmacokinetic Of Suppository to Intravenous EDTA Administration	Peer Review (Animal Study)	- 10 male rats were randomly administered calcium disodium EDTA either intravenously or rectally - After dosing, their blood sample and urine sample were collected - Following euthanasia by exsanguinations, the brain and prostate were collected from each animal	- The absolute bioavailability of EDTA in blood following rectal dosing was 36.3% within the 8-hour period compared to the IV bolus of 100% - EDTA appears to be favorably distributed to the prostate, but not the brain, following both IV and rectal dosing

การรักษาด้วยยาฤทธิ์ตรงข้ามเปรียบเทียบกับ กับการรักษาด้วยยาฤทธิ์คล้าย (Allopathy vs. Homeopathy)

นพ.อมร ปรมกมา

Amorn Premgamon

หน่วยการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนไทย

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เมื่อระบบใดระบบหนึ่งในร่างกายขาดความสมดุล เช่น เมื่อดื่มน้ำน้อยเกินไป ร่างกายก็จะพยายามเก็บน้ำไว้ในร่างกายให้ได้มากที่สุด ก็จะเพิ่มการดูดซึมน้ำจากกากอาหารกลับคืนสู่ร่างกายมากขึ้น ทำให้ปริมาณของอุจจาระลดลง ร่างกายจะเก็บอุจจาระไว้ในนานที่สุดเพื่อดูดน้ำให้ได้มากที่สุด วิธีการรักษาที่ดีสำหรับคนไข้คนนี้คือ การร่วมกับคนไข้ค้นหาสาเหตุให้พบ และให้เขาดัดนิสัยเปลี่ยนพฤติกรรมเสียใหม่ จึงจะเป็นการแก้โรคที่ต้นเหตุ (Remove cause) ปัญหาท้องผูกจึงหมดไป และปัญหาอื่นๆ ที่กำลังจะตามมาอันเนื่องจากการขาดน้ำเรื้อรัง เช่น ริดสีดวงทวาร ภูมิแพ้ หอบหืด มือเย็นเท้าเย็น นิ้วโตก็จะไม่เกิดขึ้น

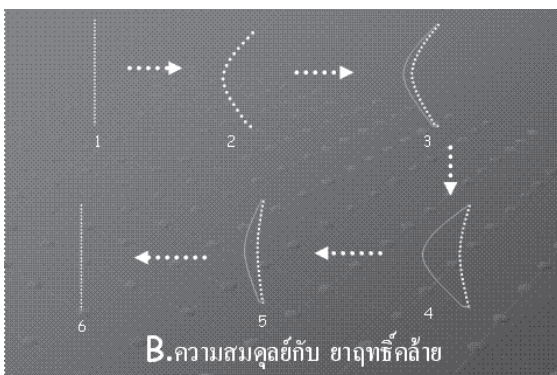
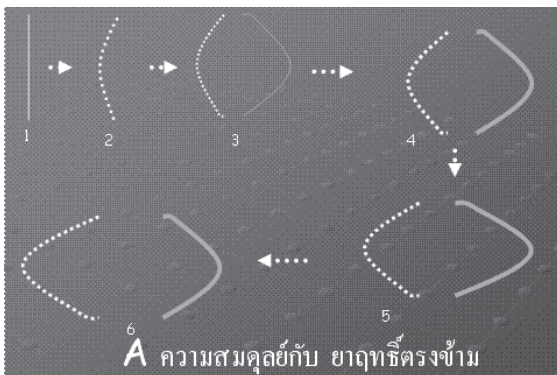
ผู้ป่วยที่ขาดน้ำย่อมไม่มีความรู้ที่เพียงพอในเรื่องนี้ว่าไม่ว่าจะเป็นปริมาณและช่วงเวลาในการดื่มน้ำ ซึ่งหากเขาเข้าใจอย่างดีเขาก็จะรักษาตัวเองได้ตลอดไป หากเราทำให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการในการดูแลสุขภาพของตนเองช่วยให้ร่างกายของเขาสามารถกลับคืนสู่ภาวะสมดุลความผิดปกติต่างๆ ในร่างกายจะหายไป ทำให้การรักษาเยียวยากกลับคืนเป็นหน้าที่ของร่างกาย เป็นการรักษาที่ไม่ทำให้คนไข้ต้องพึ่งพิงหมอโรงพยาบาลมากเกินไป จนใน

ที่สุดคนไข้ล้นโรงพยาบาลและแพทย์ก็เหนื่อยตลอดเวลา ค่าใช้จ่ายก็เพิ่มขึ้นๆ ดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ในกรณีท้องผูกดังกล่าวข้างต้นนั้น หากเราแก้ไขความทุกข์เฉพาะหน้าให้แก่คนไข้ เรามีทางเลือกในการแก้ไขหลายทาง การรักษาที่เป็นกระแสหลักปัจจุบันนี้จะสรรหายาหรือสารออกฤทธิ์มาใช้แก้อาการ ซึ่งจะมีฤทธิ์ตรงข้ามกับความผิดปกตินั้น (ภาพ A 1-6) เช่น ท้องผูกไม่ถ่าย ลำไส้ไม่บีบตัว (A2) ก็ใช้ยามีฤทธิ์ในการเร่งการบีบตัวของลำไส้ (A3) แต่เมื่อไม่แก้ไขต้นเหตุ หรือพฤติกรรมดื่มน้ำ ครั้นต่อไปจะพบว่าอาการท้องผูกจะรุนแรงขึ้น อันเป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่จะได้ตอบในทิศทางตรงกันข้ามกับฤทธิ์ของยาระบายนั่นเอง (A4) ทำให้ต้องใช้ยามากขึ้นๆ จนไม่สามารถถ่ายเองได้ (A5) ถ้าไม่ได้ยาช่วย ผลคือคนไข้จะต้องพึ่งพิงยามากขึ้นและมากขึ้น (A6) อาการท้องผูกก็จะรุนแรงมากขึ้น หมอก็เหนื่อยขึ้น ในขณะที่ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาล

การแก้ไขความทุกข์เฉพาะหน้าให้แก่คนไข้ ยังมีอีกหนึ่งทางเลือกก็คือใช้หลักโฮมีโอพาธี เป็นการรักษาโดยใช้ตำรับยา (Remedy) ที่เตรียมมาจากสารตั้งต้น

ที่ก่ออาการใกล้เคียงกับอาการของผู้ป่วย โดยที่จะก่ออาการดังกล่าวในระยะสั้น ๆ เมื่อทดสอบในคนปกติ ทั้งนี้ อาการที่เป็นผลจากตำรับยาควรมีความแรงมากกว่าโรคเพียงเล็กน้อย ภาพ B 1-6 แสดงให้เห็นว่าเมื่อสมดุลของร่างกายบิดเบี้ยวไป ตำรับยาเข้าไปทำให้ร่างกายกลับสู่สมดุลโดยการก่ออาการคล้าย (B3) เมื่อให้เข้าไปในผู้มีอาการในระยะสั้น ๆ ร่างกายก็จะเกิดปฏิกิริยาไปในทิศทางตรงกันข้าม (B4, 5) คือเบี่ยงเบนไปในอีกทิศหนึ่งทีตรงข้ามกับตำรับยา แต่กลับเป็นผลดีต่อร่างกาย เพราะเป็นทิศที่ทำให้ร่างกายกลับสู่สมดุลและทำให้อาการลดลง (B6) และกลับสู่ภาวะปกติ โดยที่เนื้อของสารที่นำมาเตรียมเป็นยานั้นจะมีความเจือจางมาก ผลจากตำรับยาจึงเป็นการกระตุ้นในระยะสั้น ๆ ทำให้ร่างกายไม่เกิดปฏิกิริยามากเกินไป ซึ่งถ้าหากมีก็สามารถใช้ยาแก้หรือ antidote ของตำรับยานั้นๆ ได้



หากจะให้เข้าใจในเรื่องยาฤทธิ์คล้ายรักษาอาการที่คล้าย สามารถดูได้จากเรื่องหัวหอมกับโรคหวัด เมื่อเราปอกหัวหอมและนำมาตำในครก ถ้าไม่ระมัดระวัง

ฤทธิ์ของหัวหอมจะทำให้แสบตาแสบจมูก น้ำตาและน้ำมูกไหล คนในสมัยโบราณเกือบทุกประเทศก็ได้ใช้หลักการหนามยอกเอาหนามบ่งคล้ายกันหมด คือ นำหัวหอมมาทุบแล้วนำไปแขวนไว้ในมุ้ง หรือให้เด็กสูดดมเพื่อรักษาอาการเป็นหวัดน้ำมูกน้ำตาไหลในเด็กที่เป็นหวัดอีกตัวอย่างหนึ่ง เช่น การแต่งกายของแขกชาวอาหรับต่างๆ ที่อากาศร้อนจัดแต่พวกเขากลับนุ่งห่มผ้าหลายชั้น เพราะการนุ่งห่มผ้าหลายชั้นทำให้รู้สึกหายใจร้อนได้จริง เพราะร่างกายจะขับเหงื่อออกมาและทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง หากมองดูในกรณีของนักยูโดก็มีวิธีการหลอกคู่ต่อสู้ เช่น หากต้องการให้คู่ต่อสู้ล้มไปข้างหลัง ต้องดึงหลอกไปทางด้านหน้า ฝ่ายตรงข้ามย่อมจะออกแรงต้านดึงตัวเองไปด้านหลัง นักยูโดผู้ว่องไวก็จะเกี่ยวขาและผลักเบ้าฝ่ายตรงข้ามก็จะเสียหลักล้มลงไปด้านหลัง เราเรียกว่าศิลปะแห่งการต่อสู้ เพราะเป็นการใช้กำลังของคู่ต่อสู้เป็นหลักในการกระทำต่อตัวเอง นักยูโดที่มีศิลปะการต่อสู้ดีกว่าย่อมสามารถเอาชนะฝ่ายตรงข้ามที่น้ำหนักตัวมากกว่าได้ แต่หากไม่เข้าใจหลักการนี้ต่างฝ่ายต่างออกแรงดึงและดันกันคือ ๆ ก็ไม่เรียกว่าเป็นศิลปะแห่งวิชายูโด แต่เป็นกีฬาชักคะเย่อที่ใครหมดแรงก่อนก็เป็นฝ่ายแพ้ไป

หลักการหนามยอกเอาหนามบ่ง หรือการใช้สารที่ก่ออาการเหมือนกับอาการของคนที่กำลังป่วยมารักษาอาการ มีการกล่าวถึงมานานกว่า 3,000 ปี ในตำราแพทย์ของชาวฮินดูและมีปรมาจารย์อีกหลายท่านได้กล่าวถึงไว้เช่น Hippocrates, Galen และ Paracelsus หลักการนี้มีการพัฒนาแบบก้าวกระโดดเมื่อสองร้อยปีมานี้ โดยมีนายแพทย์ชาวเยอรมันชื่อ นายแพทย์แซมมวล ฮาห์นีแมนน์ (Samuel Hahnemann) เป็นผู้คิดค้นและพัฒนาความรู้รวมทั้งการเตรียมยา โดยการนำเอาสารออกฤทธิ์ตั้งต้นมาทำให้เจือจางเพื่อลดผลข้างเคียงที่เป็นพิษของตัวสารตั้งต้นลง โดยที่ยังคงมีคุณสมบัติในการรักษาได้อยู่ เรียกว่าตำรับยาที่ได้รับการเพิ่มความแรง (Potential Remedy)¹ นพ.ฮาห์นีแมนน์ ค้นพบสิ่งนี้โดยการทำการนำสารมาเจือจาง แล้วกระแทกอย่างแรงด้วยมือในแนวตั้งฉากกับผิวโลก ทำการเจือจางพร้อมกระแทกหลายๆ ครั้ง จากนั้นนำสารที่ผ่านกระบวนการนี้

ไปเคลือบไว้บนเม็ดน้ำตาลเพื่อนำมาใช้ นพ.ฮาห์นิแมนน์ ได้ทดลองตำรับยากับตนเองและครอบครัวและเริ่มใช้กับผู้ป่วยจนได้รับผลสำเร็จเป็นที่ยอมรับ และพัฒนาระบบการแพทย์โฮมีโอพาธิ์ขึ้นจนแพร่หลายไปทั่วโลก ปัจจุบันนี้มีจำนวนตำรับยาหลายพันขนาน แต่อย่างไรก็ตามในการดูแลอาการที่พบบ่อยๆ ใช้ยาสำคัญไม่กี่ขนานก็สามารถครอบคลุมปัญหาส่วนใหญ่ได้ เช่น ในสาขากุมารเวช พอล เฮอร์ชคิว² ระบุไว้ว่าตำรับยามีเพียง 8 ชนิดสามารถรักษาอาการที่พบบ่อยของเด็กได้ถึงร้อยละ 80 ถ้าจะให้ครอบคลุมครบถ้วนก็ต้องเข้าใจยาอีกประมาณ 30 ตัว

ศาสตร์ของโฮมีโอพาธิ์ไม่ใช่วิชาไสยศาสตร์หรือเวทย์มนต์ แต่สามารถเห็นประจักษ์ได้ด้วยการรักษาสามารถพิสูจน์ผลจากการรักษาได้ มีงานวิจัยมากมายที่สามารถประเมินได้ว่าการหายไม่ใช่เป็นผลของกำลังใจหรือยาหลอก (Placebo) เพียงแต่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกในการทำงานของยาได้ว่าเป็นเช่นไร และยังไม่เข้าใจว่าเหตุใดเมื่อตรวจหาเนื้อสารไม่พบแล้วจึงยังออกฤทธิ์ได้เหมือนกับยังมีเนื้อสารอยู่ ที่น่าพิศวงและท้าทายมากยิ่งขึ้นคือ ความเชื่อจากมากเท่าใดยิ่งมีความแรงมากขึ้น นั่นจะดูเหมือนว่าตำรับยาน่าจะใช้ได้อย่างไม่สิ้นสุด มีผู้รู้กล่าวว่าอีกไม่นานอาจจะมีผู้สามารถอธิบายกลไกในการทำงานของโฮมีโอพาธิ์ได้อย่างละเอียดด้วยหลักของควอนตัม ฟิสิกส์ (Quantum Physics)

หลักการที่เป็นรากฐานร่วมกันในการรักษาของแพทย์

ที่ดีไม่ว่าจะเป็นการใช้ด้วยยาฤทธิ์ตรงข้าม (Allopathy) หรือการรักษาด้วยยาฤทธิ์คล้าย (Homeopathy) ก็คือการแก้ที่ต้นเหตุ (Remove cause)³ จริงอยู่ที่ว่าในภาวะความทุกข์ทรมานย่อมมีความจำเป็นในการใช้ยาเพื่อปิดเป้าอาการ แต่เพื่อให้การใช้นาน้อยที่สุดเพื่อลดผลเสียที่จะตามมา แพทย์จึงมีหน้าที่ที่จะต้องร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วย เพื่อสามารถแก้ไขให้ถึงที่สุดได้ และเมื่อแก้ไขได้จะทำให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ได้ในระยะยาว การกำจัดต้นเหตุจึงเป็นความท้าทายของแพทย์ผู้เข้าถึงศาสตร์แห่งการรักษาแท้จริงไม่ว่าแขนงใดก็ตาม สิ่งที่เป็นเป้าหมายสูงสุด คือ การทำให้ร่างกายผู้ป่วยสามารถที่จะเยียวยาตนเองได้นั่นเอง ดังนั้นการรักษาโดยใช้ยาตามอาการไปเรื่อยๆ ย่อมไม่ใช่คำตอบของระบบสุขภาพและไม่ใช่ว่าความต้องการของสังคมอย่างแน่นอน

เอกสารอ้างอิง

1. Dennis Chernin. The complete homeopathic resource for common illnesses. North Atlantic Books, Berkeley, California, 2006
2. Paul Herscu. The homeopathic treatment of children; Pediatric Constitutional Types. B. Jian Publisher, New Delhi, 1979
3. Samuel Hahnemann. Organon of Medicine B. Jian Publisher, New Delhi, 1974

ผลของการใช้ Eupatorium perfoliatum ต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน: การศึกษาข้อมูลย้อนหลังของชุมชนศรีชะโศก และชุมชนโดยรอบ จังหวัดศรีสะเกษ (Effects of Eupatorium perfoliatum Medication upon Dengue Fever control in a community level : A retrospective study of Sisa–Asoke and Surrounding Communities, Sisaket province)

มณฑกา ธีรชัยสกุล

Monthaka Terachaisakul

ปราณี ลิ้มปอรรณ

Pranee Limworawan

ลักขณา อังอริภัทร

Luckana Angathipatr

ศิริพร เน้มบุญ

Siliporn Poempoon

สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ Eupatorium perfoliatum (EP) ขนาด 200C (รูปแบบโฮมีโอพาธี) ต่อการควบคุมไข้เลือดออกในชุมชนศรีชะโศก (หมู่ 15) และชุมชนโดยรอบ (หมายถึง ชุมชนที่มีพื้นที่ติดกับชุมชนศรีชะโศก คือ หมู่ 1, 3 และ 17) ตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยเป็นการศึกษาวิจัยย้อนหลัง (Retrospective Study) เก็บข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2544 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2551

ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษามี 3 กระบวนการ คือ 1) การวิจัยเอกสาร (Documentary research) โดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิทุกชนิดที่เกี่ยวข้อง 2) การวิจัยโดยออกภาคสนาม (Field research) โดยทำการสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมโรค การสังเกตสภาพแวดล้อมของแต่ละชุมชน การสำรวจความคิดเห็นของคนในชุมชนศรีชะโศกต่อยา EP และการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างกับผู้นำชุมชน และ 3) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) 4 กรณีศึกษา คือ ผู้นำยา EP มาใช้ในชุมชน

2 กรณี และผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้ยา EP 2 กรณี โดยมีเครื่องมือของงานวิจัย คือ แบบเก็บข้อมูลทุติยภูมิ แบบสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมโรค แบบสังเกตสภาพแวดล้อมของบ้านเรือน แบบสำรวจความคิดเห็นของคนในชุมชนสิริชะอโคกต่อยา EP แบบสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน และประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกรณีผู้นำยา EP มาใช้ในชุมชนผู้ที่มีประสบการณ์การใช้ยา EP ในชุมชน

ผลการวิจัยปรากฏว่า จากคำมัธยฐานของอุบัติการณ์ไข้เลือดออก (ต่อแสนประชากร) ทั้ง 2 ช่วงเวลา คือ ก่อนและหลังการใช้ยา EP พบว่า หมู่ 1 มีอุบัติการณ์ไข้เลือดออกสูงที่สุด รองลงมา คือ หมู่ 15 (ชุมชนสิริชะอโคก) หมู่ 17 และหมู่ 3 ตามลำดับ ผลจากการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งหมด พบว่า หมู่ 3 มีโอกาสในการเกิดไข้เลือดออกน้อยที่สุด และหมู่ 1 มีโอกาสในการเกิดไข้เลือดออกมากที่สุด อย่างไรก็ตาม แม้ชุมชนทั้ง 4 แห่งนี้ (หมู่ 15 หมู่ 1 หมู่ 3 และหมู่ 17) มีปัจจัยพื้นฐาน ทั้งขนาดหลังคาเรือน ขนาดประชากรในพื้นที่แนวคิดในการอยู่ร่วมกัน กติกาพื้นฐานภายในชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชน ลักษณะการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน แต่กลับพบว่าชุมชนหมู่ 3 และหมู่ 15 (ชุมชนสิริชะอโคก) ไม่มีอุบัติการณ์ไข้เลือดออกหลังการใช้ยา EP จากการสำรวจในหมู่ 15 (ชุมชนสิริชะอโคก) พบว่า ทั้งช่วงก่อนและหลังการรับประทานยา EP นั้นไม่พบว่ามีเหตุปัจจัยใดๆ ที่แตกต่างกัน ทั้งแนวทางการดำเนินชีวิต ความเข้มแข็งของชุมชน อีกทั้งข้อมูลจากพื้นที่ระบุว่าสถานีอนามัยมีแนวทางการป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลาย และโครงการรณรงค์ที่ปฏิบัติตามโดยตลอดไม่แตกต่างกัน แต่มีการเปลี่ยนแปลงเพียงอย่างเดียวที่เกิดขึ้นเพื่อการควบคุมไข้เลือดออก คือ การให้คนในชุมชนสิริชะอโคกรับประทานยา EP ยิ่งไปกว่านั้น จากผลการสำรวจความคิดเห็นของคนในชุมชนสิริชะอโคกต่อการใช้ยา EP จำนวน 118 คน พบว่า คนในชุมชนสิริชะอโคกไม่มีความเชื่อ หรือความคิดเห็นพิเศษในทางบวกต่อยา EP กล่าวคือ มีเพียงร้อยละ 50 ของผู้ตอบแบบสำรวจที่เชื่อว่ายา EP สามารถป้องกันไข้เลือดออกได้

จากผลการวิจัยครั้งนี้กล่าวได้ว่า มาตรการป้องกันไข้เลือดออกด้วยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และการมีพฤติกรรมป้องกันยุงกัดมีความสำคัญต่ออุบัติการณ์การเกิดโรค เช่น ในชุมชนหมู่ 3 อย่างไรก็ตาม การรับประทานยา EP ขนาด 200 C อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการควบคุมไข้เลือดออกเช่น ในชุมชนสิริชะอโคก ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเพื่อค้นหาคำตอบที่ชัดเจนต่อไป

คำสำคัญ : Eupatorium perfoliatum การควบคุมโรคไข้เลือดออก ศรีสะเกษ

หลักการและเหตุผล

การระบาดของไข้เลือดออกจัดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2550 รุนแรงกว่าในปี พ.ศ. 2549 การระบาดเกิดขึ้นทั่วทุกภาค โดยเฉพาะภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการระบาดไปแล้วร้อยละ 92.9 และ 89.5 ของจังหวัดในภาคนั้น ๆ ตามลำดับ¹ รูปแบบการเกิดโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยยังคงไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ลักษณะการเปลี่ยนแปลงตามเวลา ยังมีลักษณะเป็นตามฤดูกาล คือ มีผู้ป่วยมากในช่วงฤดูฝน กลุ่มเสี่ยงยังคงเป็นกลุ่มอายุ 0 - 14 ปี แต่ในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มอัตราป่วยสูงขึ้น โดยพบผู้ป่วยกระจายอยู่ในทุกจังหวัด¹

ตามหลักทฤษฎีการเกิดโรค โรคเกิดได้จาก

ความพร้อมขององค์ประกอบ 3 อย่าง คือ พาหะนำโรค (Agent) คนหรือกลุ่มชน (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) วิธีการที่ใช้เพื่อป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันเน้นการจัดการที่ตัวพาหะนำโรค (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นหลัก ซึ่งเป็นกระบวนการที่ได้มีการดำเนินการมาเป็นเวลานานแล้ว แต่การระบาดของไข้เลือดออกก็ยังคงเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน ดังนั้นการค้นคว้าเพื่อหาวิธีการร่วมในการป้องกันการระบาดของไข้เลือดออกในด้านของคนหรือกลุ่มชน (Host) จึงเป็นกระบวนการที่น่าสนใจ ในปัจจุบันได้มีผู้คิดค้นประดิษฐ์วัคซีนเพื่อการป้องกันไข้เลือดออก ซึ่งกำลังอยู่ที่ลำดับขั้นของการพัฒนาและยังต้องการการลงทุนอีกมาก²

ชุมชนศรีระอโคก จังหวัดศรีสะเกษ มีลักษณะพิเศษเป็นชุมชนชาวพุทธที่มีปรัชญาและวิถีการปฏิบัติเพื่อการพึ่งตนเองที่สอดคล้องกับธรรมชาติ ดำรงอยู่ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง งานสุขภาพพญานิยมเป็นกิจการงานของชาวชุมชนศรีระอโคกที่ให้ความสำคัญต่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพโดยผสมผสานข้อดีของศาสตร์การแพทย์และการดูแลสุขภาพที่ใช้วิถีธรรมชาติเป็นหลัก ทั้งจากระบบการแพทย์พื้นบ้านและภูมิปัญญาไทย การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ ชุมชนเคยมีประวัติปฏิบัติการการเป็นไข้เลือดออกสูงที่สุดในปี 2544 และปี 2546 เมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนโดยรอบ แต่หลังจากมีการนำ EP ขนาด 200C มาใช้ในชุมชน ตั้งแต่ปี 2548 โดยผ่านการประชุมผู้นำชุมชนและตัดสินใจให้ผู้ที่มีความรู้ นำ EP มาใช้เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของคนภายในชุมชนได้ ภายใต้คำแนะนำของนักบำบัดโฮมิโอพาธีชาวเชคโกสโลวาเกีย ซึ่งผลปรากฏว่าในชุมชนศรีระอโคกไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกหลังจากปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนโดยรอบในพื้นที่ใกล้เคียง

ดังนั้นการประยุกต์นำยาโฮมิโอพาธีตำรับ EP 200C มาใช้เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนศรีระอโคก จังหวัดศรีสะเกษ จึงเป็นกระบวนการร่วมที่ใช้เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกกระบาดในพื้นที่ที่น่าสนใจ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในประเทศอินเดียที่กล่าวถึงการนำ EP มาใช้เพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก³ อย่างไรก็ตามก่อนที่จะสรุปว่าการใช้ EP มีผลต่อการควบคุมไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนศรีระอโคกได้ สำนักงานการแพทย์ทางเลือก ในฐานะหน่วยงานของรัฐที่มีภารกิจหน้าที่ในการกำหนดและพัฒนาคุณภาพ มาตรฐาน รวมทั้งเสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือก จำเป็นต้องมีกระบวนการเพื่อการประเมินอย่างเหมาะสมแก่บทสรุปดังกล่าว ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่สำนักงานการแพทย์ทางเลือกต้องดำเนินการงานวิจัยเพื่อทดสอบสมมติฐานดังกล่าวข้างต้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้ EP ต่อการควบคุม

ไข้เลือดออกในชุมชนศรีระอโคก และชุมชนโดยรอบ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีคำถามหลักในการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ชุมชนศรีระอโคกมีอัตราการเป็นไข้เลือดออกแตกต่างจากชุมชนอื่นโดยรอบ ระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2550 จริงหรือไม่
2. สภาพแวดล้อมทางกายภาพและข้อมูลพื้นฐานที่มีผลต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนศรีระอโคกมีความแตกต่างจากชุมชนโดยรอบหรือไม่
 - 2.1 สถานที่ตั้ง แผนที่ในปัจจุบัน
 - 2.2 ข้อมูลประชากร (แยกตามเพศและอายุ)/โครงสร้างประชากรปี พ.ศ. 2544-2550
 - 2.3 การเข้ารับการศึกษาศึกษาของประชากรเด็ก รูปแบบการศึกษา และจำนวนสถานศึกษาในชุมชน ปี พ.ศ. 2544-2550
 - 2.4 จำนวนและความถี่ของการอพยพของคนที่ทั้งเข้าและออกจากชุมชน
 - 2.5 จำนวนแหล่งน้ำ และที่มาของแหล่งน้ำใช้ในปัจจุบัน
 - 2.6 สภาพแวดล้อมของชุมชน บ้านเรือน ความสะอาด และการดูแลรักษาในปัจจุบัน
 - 2.7 โครงการและกิจกรรมรณรงค์ ควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2544-2550
 - 2.8 ค่าความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย (HI, CI, BI) ปี พ.ศ. 2544-2550
3. พฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนศรีระอโคกและชุมชนโดยรอบในปัจจุบันเป็นอย่างไร
4. ความคิดเห็นของคนในชุมชนศรีระอโคก ต่อยา EP เป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยเก็บข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2544 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2551 มีกลุ่มประชากรตัวอย่างของงานวิจัยจำนวน 4 ชุมชน คือ ชุมชนหมู่ 15 (ศรีระอโคก) หมู่ 1 หมู่ 3 และหมู่ 17 ของตำบลกระแซง อำเภอบึง

กันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ระเบียบวิธีวิจัยแบ่งเป็น 3 กระบวนการ คือ

1) การวิจัยเอกสาร (Documentary research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิทุกชนิดที่เกี่ยวข้อง คือ โครงสร้างประชากร จำนวนหลังคาเรือน จำนวนประชากร แผนที่ จำนวนโรงเรียน จำนวนแหล่งน้ำ ที่มาของน้ำใช้ในชุมชน จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกย้อนหลัง ค่าความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย (BI, CI, HI) และจำนวนโครงการและกิจกรรมรณรงค์เพื่อการป้องกันและกำจัดยุงลาย

2) การวิจัยโดยออกภาคสนาม (Field research) อันประกอบด้วย การสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมโรค การสังเกตสภาพแวดล้อมของแต่ละชุมชน การสำรวจความคิดเห็นของคนในชุมชนศีรษะอโศกต่อ ยา EP โดยสำรวจจากประชากรทั้งหมดของชุมชน ศีรษะอโศกที่มีประสบการณ์การใช้ยา EP ซึ่งในระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 วัน สามารถสำรวจได้ทั้งสิ้น 118 ราย และการสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างกับผู้นำชุมชน โดยใช้การสุ่มสำรวจอย่างมีระบบ (Systematic Random) คือ สุ่มจากบ้านเลขที่ 1 วัน 4

3) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) 4 กรณี

ศึกษา คือ ผู้นำยา EP มาใช้ในชุมชน 2 กรณี และผู้มีประสบการณ์ในการใช้ยา EP 2 กรณี

เครื่องมือในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วยแบบเก็บข้อมูลทุติยภูมิ แบบสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมโรค แบบสังเกตสภาพแวดล้อมของบ้านเรือน แบบสำรวจความคิดเห็นของคนในชุมชนศีรษะอโศกต่อ ยา EP แบบสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน และประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกรณีผู้นำยา EP มาใช้ในชุมชน รวมทั้งผู้มีประสบการณ์ในการใช้ยา EP ในชุมชนศีรษะอโศก

การศึกษาค้างนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าเฉลี่ย รวมทั้งการจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการวิจัย

จำนวนอุบัติการณ์การเป็นไข้เลือดออก (ต่อแสนประชากร) ของหมู่ 15 (ชุมชนศีรษะอโศก) เปรียบเทียบกับชุมชนโดยรอบ (หมู่ 1 หมู่ 3 และหมู่ 17) ช่วงก่อนใช้ EP ในชุมชนหมู่ 15 (ปี พ.ศ.2544 - 2547) และหลังใช้ยา EP ในชุมชนหมู่ 15 (ปี พ.ศ. 2548 - 2550) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงอุบัติการณ์ไข้เลือดออกของชุมชนศีรษะอโศก และชุมชนโดยรอบ (ต่อแสนประชากร)

หมู่ ปี	15	1	3	17
2544	3,478	0	0	0
2545	407	783	0	0
2546	1,220	578	622	211
2547	0	192	0	0
ค่ามัธยฐาน ₁ (2544 - 2547)	814	578	0	0
(คะแนนลำดับ)	(2)	(1)	(0)	(0)
2548	0	0	0	100
2549	0	466	0	101
2550	0	554	0	99
ค่ามัธยฐาน ₂ (2547 - 2550)	0	466	0	100
(คะแนนลำดับ)	(0)	(2)	(0)	(1)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของหมู่ 15 เปรียบเทียบกับชุมชนโดยรอบ อันได้แก่ จำนวนประชากรที่มาของแหล่งน้ำใช้ในชุมชน จำนวนโรงเรียนในชุมชน สัดส่วนประชากรเด็กในชุมชน สัดส่วนการอพยพเข้า-ออกของคนในชุมชน (ร้อยละสมาชิกของครัวเรือนที่ทำงานนอกพื้นที่ที่กลับมาเยี่ยมครอบครัว และ ร้อยละของบุคคลภายนอกที่มาพักอาศัย ในรอบปีที่ผ่านมา) ระดับ

ความชุกชุมของยุงลายในชุมชน โครงการและกิจกรรมรณรงค์ ควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก สภาพแวดล้อมบ้านเรือน และพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งได้จากแบบเก็บข้อมูลitudinal แบบสำรวจพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมโรค (n = 111 หลังคาเรือน) และแบบสังเกตสภาพแวดล้อมของแต่ละชุมชน (n = 111 หลังคาเรือน) ผลทั้งหมดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดไข้เลือดออกของชุมชนศีรษะอโศก และชุมชนโดยรอบ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด ไข้เลือดออก	หมู่ 15	หมู่ 1	หมู่ 3	หมู่ 17
จำนวนประชากร	249	1,066	821	989
ที่มาของแหล่งน้ำใช้ในชุมชน	น้ำประปา	น้ำประปา	น้ำประปา	น้ำประปา
จำนวนโรงเรียนในชุมชน (แห่ง)	1	0	1	0
ร้อยละประชากรเด็กต่อ จำนวนประชากรทั้งหมด ของชุมชน	28	28	21	32
สัดส่วนเปรียบเทียบของร้อยละ สมาชิกของครัวเรือนที่กลับมา เยี่ยมครอบครัว (เท่า)	1	0.83	1.28	0.30
สัดส่วนเปรียบเทียบของร้อยละ ของบุคคลภายนอกที่มา พักอาศัย ในรอบปีที่ผ่านมา (เท่า)	1	0.47	0.45	0.73
คะแนนพฤติกรรมที่มีผลต่อ การควบคุมการเพาะพันธุ์ยุงลาย (*คะแนนมากกว่าคือ ดีกว่า)	4	2	5	1
ลำดับสภาพแวดล้อมและ สภาพบ้านเรือนที่เอื้อต่อการเกิด ไข้เลือดออก	3	1	4	2
ค่ามัธยฐานของระดับความชุกชุม ลูกน้ำยุงลายของค่า BI	3	4	4	4
ค่ามัธยฐานของระดับความชุกชุม ลูกน้ำยุงลายของค่า CI	3	3	3	3
ค่ามัธยฐานของระดับความชุกชุม ลูกน้ำยุงลายของค่า HI	3	4	3	4
โครงการและกิจกรรมรณรงค์ ควบคุม และป้องกัน โรคไข้เลือดออก	เหมือนกัน	เหมือนกัน	เหมือนกัน	เหมือนกัน

จากการสำรวจความคิดเห็นของคนในชุมชนศิระะ
อโคตอยา EP (ผู้ที่มีประสบการณ์การใช้ยา EP) โดย
ดำเนินการสำรวจทั้งสิ้น 118 ราย พบว่า ผู้ตอบแบบสำรวจ
เป็นหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 62.7) มีอายุน้อยกว่า 15 ปี

(ร้อยละ 38) สถานภาพโสดร้อยละ 91 นับถือศาสนาพุทธ
ร้อยละ 100 เป็นนักเรียนร้อยละ 63.5 และเคยมี
ประวัติเป็นไข้เลือดออกร้อยละ 12.1 โดยผลการสำรวจ
ความคิดเห็นและลักษณะคำถามดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลค่าร้อยละจากการสำรวจความคิดเห็นคนในชุมชนศิระะอโคตอยา EP จำนวน 118 ราย

ความคิดเห็น หมวดคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
หมวด 1 ระดับความเชื่อของผู้รับประทายา ดังกล่าว เพื่อการป้องกันไข้เลือดออก			
1. EP สามารถป้องกันไข้เลือดออกได้	50.0	3.4	46.6
2. ไม่จำเป็นต้องกางมุ้ง เพราะกินยา EP แล้ว	7.6	70.4	22.0
6. แม้วกิน EP แล้วอาจมีโอกาส เป็นไข้เลือดออกได้	30.5	19.5	50.0
11. กิน EP เพียงอย่างเดียวเพียงพอต่อการ ป้องกันไข้เลือดออก	16.1	42.4	41.5
หมวด 2 ระดับความเข้าใจของผู้รับประทายา ดังกล่าว ในเรื่องยาโฮมิโอพาธิย์			
3. ยา EP ทำให้ยุ่งไม่กั๊ด	5.1	64.4	30.5
4. หากไม่กินยา EP แล้วจะป่วยบ่อย	8.5	47.5	44.0
5. ยา EP ทำให้สุขภาพแข็งแรง	20.3	20.3	59.4
หมวด 3 ความคิดเห็นของผู้รับประทายา ดังกล่าว ต่อผลข้างเคียงที่อาจได้รับ			
8. กินยา EP แล้วได้รับอาการข้างเคียง ที่ไม่พึงประสงค์	23.7	55.9	20.4
10. ยา EP ไม่มีผลเสียใดๆ ต่อร่างกาย	61.9	15.2	22.9
หมวด 4 ความเป็นไปได้ของการประยุกต์ใช้ยา ดังกล่าว ในอนาคต			
7. การกินยา EP เป็นวิธีการป้องกัน ไข้เลือดออกที่ง่ายที่สุด	61.9	14.4	23.7
9. การรณรงค์จากเจ้าหน้าที่เพื่อให้ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การป้องกันไข้เลือดออกเป็น วิธีที่ยั่งยืน	19.5	68.6	11.9

อภิปรายผล

จากตารางที่ 1 ช่วงก่อนการนำยา EP มาใช้ใน
ชุมชนศิระะอโคต (พ.ศ. 2544 - 2547) พบว่าอุบัติการณ์
การเป็นไข้เลือดออกของหมู่ 15 (ชุมชนศิระะอโคต) มีค่า

มากที่สุด รองลงมาคือ หมู่ 1 ขณะที่หมู่ 3 และหมู่ 17 มี
อุบัติการณ์การเป็นไข้เลือดออกต่ำที่สุด แต่เมื่อทำการ
ศึกษาในช่วง 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2548 -2550) พบว่า
หมู่ 15 และ หมู่ 3 ไม่พบอุบัติการณ์การเป็นไข้เลือดออก

โดยเฉพาะหมู่ 15 ที่มีการนำยา EP มาใช้ในชุมชน กลับพบว่าไม่มีอุบัติการณ์การเกิดไข้เลือดออกอีกเลย ทั้งที่มีปัจจัยส่งเสริมในการเกิดไข้เลือดออก เช่น จำนวนร้อยละ ประชากรเด็กต่อจำนวนประชากรทั้งหมดของชุมชน มีมากเป็นอันดับ 2 และมีสัดส่วนเปรียบเทียบกับร้อยละ บุคคลภายนอกที่มาพักอาศัยมากเป็นอันดับ 1 ซึ่งมีผลต่อการแพร่ระบาดของโรค และเป็นปัจจัยสนับสนุน ที่ทำการเกิดโรคไข้เลือดออก แต่พบว่าหลังการนำยา EP มาใช้ ไม่ปรากฏว่ามีอุบัติการณ์การเป็นไข้เลือดออก ในชุมชนหมู่ 15 อีก อาจกล่าวได้ว่า การรับประทานยา EP ในชุมชนศีรษะอโศกอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออุบัติการณ์การเกิดไข้เลือดออกของชุมชน แต่ขัดแย้งในสัดส่วนของประชากรที่พบว่าชุมชนหมู่ 15 มีจำนวนน้อยกว่าชุมชนโดยรอบ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคน้อยลงได้เช่นเดียวกัน จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อสังเกตได้ว่า ชุมชนในหมู่ 3 พบอุบัติการณ์การเป็นโรคไข้เลือดออกน้อยเช่นเดียวกันกับหมู่ 15 ซึ่งกล่าวได้จากตารางที่ 2 ที่พบว่า พฤติกรรมที่ดีในการควบคุมการเพาะพันธุ์ยุงลายและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ชุมชนหมู่ 3 ไม่มีอุบัติการณ์การเป็นโรคไข้เลือดออก

ผลจากตารางที่ 3 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 118 รายของชุมชนหมู่ 15 เชื่อว่า ยา EP สามารถป้องกันไข้เลือดออกได้เพียงร้อยละ 50 ขณะที่เมื่อถามว่า แม้ว่ากิน EP แล้วอาจมีโอกาสเป็นไข้เลือดออกได้ กลุ่มตัวอย่างตอบว่า ไม่แน่ใจถึงร้อยละ 50 และประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เชื่อว่า การใช้ยา EP เพียงอย่างเดียวจะเพียงพอแก่การป้องกันไข้เลือดออก ขณะที่คำตอบของกลุ่มประชากรตัวอย่างจำนวน 118 รายของชุมชนหมู่ 15 ในหมวด 2 แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ผู้รับประทานยาไม่ทราบข้อมูลเรื่องยา EP มากนัก และส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่ายาดังกล่าวจะมีผลในทางบวกต่อสุขภาพหรือไม่ และจากหมวดที่ 3 คำตอบของกลุ่มประชากรตัวอย่างจำนวน 118 รายของชุมชนหมู่ 15 แสดงชัดว่าส่วนใหญ่ไม่คิดว่า ยา EP จะมีผลเสียใดๆ กับร่างกาย

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้ กล่าวได้ว่ามาตรการการป้องกันไข้เลือดออก ด้วยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและพฤติกรรมในการป้องกันยุงกัดมีความสำคัญต่ออุบัติการณ์ในการเกิดโรคไข้เลือดออก เช่น ในชุมชนหมู่ 3 อย่างไรก็ตามการรับประทานยา EP ขนาด 200 C อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการควบคุมไข้เลือดออกได้เช่นเดียวกับที่ชุมชนศีรษะอโศก ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาคำตอบที่ชัดเจนต่อไป

อย่างไรก็ตาม เพื่อศึกษาผลของการใช้ EP ต่อการควบคุมไข้เลือดออกในชุมชนว่ามีผลอย่างไร สามารถควบคุมไข้เลือดออกในชุมชนได้หรือไม่นั้น ควรทำการศึกษาวิจัยแบบไปข้างหน้า (Prospective study) โดยเป็นการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental study) แบบมีกลุ่มควบคุม แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลา งบประมาณ และข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีกรณีดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องนี้มาก่อน ดังนั้น การทำงานวิจัยทางเอกสารและการวิจัยภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลย้อนหลังในพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็น

อนึ่งงานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้คำนึงถึงชนิด (serotype) ของเชื้อที่ก่อให้เกิดการระบาดของไข้เลือดออกในพื้นที่ ซึ่งเป็นตัวแปรที่อาจมีความสำคัญต่อการนำยาโฮมิโอพาธิยาไปใช้เพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์สมศักดิ์ วัฒนศิริ และดร.วิภา ศิริสุข อาจารย์ที่ปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้ อาจารย์ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบข้อมูลและให้คำแนะนำเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงแก่คณะผู้วิจัย ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ หนูเจริญกุล ได้สละเวลาให้คำแนะนำแก่คณะผู้วิจัยในเบื้องต้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สาธารณสุขอำเภอกันทรลักษณ์ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ และสถานีอนามัยโนนสมประสงค์ ตลอดจนผู้แทนชุมชนศีรษะอโศก และชาวบ้านในหมู่ 1 หมู่ 3 หมู่ 15 และหมู่ 17 ตำบลกระแซง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา. (n.d.). เข้าเมื่อเดือนธันวาคม 2550. เข้าถึงได้จาก <http://dhf.ddc.moph.go.th>
2. คັນสนี พุตระกูล. (n.d). เข้าเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2551. *วัคซีนไข้อยู่แล้วออก*. เข้าถึงได้จาก <http://www.biotech.or.th>
3. R.K.Manchanda and S.Verma. (n.d). Retrieved January 2, 2008. *Management and Prevention of Dengue Fever with Homeopathy*. From: http://www.dehlihomeo.com/php/treatment/dengue_pre.html

ประสิทธิผลของโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานด้วยการแพทย์ทางเลือก (The effectiveness of Commentary alternative medicine program in Diabetes millitus patients)

ภก. สุภรค์ สุภอม

Suparuk Supa-am

โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น

บทคัดย่อ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างมาก การแพทย์ทางเลือกอาจนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานได้ โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินว่ากิจกรรมแพทย์ทางเลือกสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานได้หรือไม่ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีการให้กิจกรรมแพทย์ทางเลือกเสริมเข้าไปกับการรักษาพยาบาลแบบปกติ โดยกิจกรรมประกอบด้วย การสอนการทำสมาธิ การฝึกโยคะ การให้ลู่วิ่งศึกษาด้านโภชนาการ และการให้คำปรึกษาผู้ป่วย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลแบบปกติเพียงอย่างเดียว กลุ่มละ 35 คน นาน 5 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้กิจกรรมแพทย์ทางเลือกมีระดับน้ำตาลในเลือด (Average hemoglobin A1C) ต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการ ร้อยละ 1.69 และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก็ลดลงร้อยละ 0.48 แต่ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตนั้นพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่มมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้กิจกรรมแพทย์ทางเลือกมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 12.43 คะแนน กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น 7.63 คะแนน สรุปโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานด้วยการแพทย์ทางเลือก สามารถจัดกิจกรรมแพทย์ทางเลือกที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 พลังทางสถิติ* ร้อยละ 80

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวาน สมาธิบำบัด โยคะบำบัด การแพทย์ทางเลือก การให้คำปรึกษา

* พลังทางสถิติ คือ ร้อยละของการสรุปอย่างถูกต้องว่าสองกลุ่มเหมือนกัน (ไม่แตกต่างกัน) เช่น ความเชื่อมั่น ร้อยละ 80 แสดงว่าโอกาสสรุปถูกว่า สองกลุ่มไม่แตกต่างกันมีร้อยละ 80 ส่วนความเชื่อมั่นคือร้อยละการสรุปถูกต้องว่าสองกลุ่มแตกต่างกัน เช่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 หมายความว่า โอกาสที่จะสรุปถูกต้องว่าสองกลุ่มแตกต่างกันคือ ร้อยละ 95

Abstract Diabetes mellitus is becoming a major problem in Thailand. The objective of this study was to evaluate Commentary alternative medicine program to reduced Hemoglobin A1C and increase quality of life score in diabetes mellitus patients. The Commentary alternative medicine program were consist of meditation, Yoga training diet education and behavior change counseling. The study design was five months prospective opened label randomized controlled trial. Subjects of this study were diabetes mellitus, who had fasting blood sugar above 160 mg/dL. The number of subject was 70 patients. In controlled group(N=35), that the subjects receiving only usual care. In study group (N=35), that subjects receiving usual care and Commentary alternative medicine program. After five month since study began In controlled group Hemoglobin A1C was change from 11.31 to 10.83 % but not significance on the other hand quality of life score was increased significance from 89.97 to 97.60. The Hemoglobin A1C of study group was significance change from 11.39 to 9.70 % and quality of life score was increased significance from 90.86 to 103.28(P value < 0.001). In conclusion, the commentary alternative medicine program can reduced Hemoglobin A1C and increase quality of life score in diabetes mellitus patients at 95 % of confident interval and 80 % of statistical power.

Keywords : Commentary alternative medicine, Diabetes mellitus, Patient care

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากโรคเบาหวานก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมามากมาย ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเสื่อม¹ โรคฟันโรค จอประสาทตาเสื่อม สมรรถภาพทางเพศเสื่อม ฯลฯ² นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรไทยต้องเสียชีวิตมากมายในแต่ละปี โดยเฉพาะในจังหวัดขอนแก่นถือว่าเป็นจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตเพราะโรคเบาหวานมากที่สุดในประเทศไทย³ การรักษาโรคเบาหวานนั้นส่วนสำคัญจะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้ใกล้เคียงกับค่าปกติมากที่สุด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชาวไทยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถึงเป้าหมายเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น⁴ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ก็คือ การไม่ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด⁵ และการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องของผู้ป่วยนั่นเอง⁶ การแพทย์ทางเลือกที่หลากหลายอาจเป็น

แนวทางหนึ่งที่อาจนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานได้ โดยเฉพาะการออกกำลังกายด้วยการฝึกโยคะ⁷ การคลายเครียดด้วยการทำสมาธิ⁸ การใช้อาหารบำบัดโรค⁹ และการให้คำปรึกษาผู้ป่วย¹⁰ การทำงานของโรงพยาบาลชุมชนมีหน้าที่บริบาลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตและผลการรักษาที่ดี ดังนั้นจำเป็นต้องจัดกิจกรรมที่หลากหลายให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่ามาตรฐานเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่สูงนั้นส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้¹¹ โดยในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินว่ากิจกรรมแพทย์ทางเลือกสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานได้หรือไม่

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานในอำเภออุบลรัตน์ จำนวน 35 คน จำนวน 2 กลุ่ม

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้โปรแกรม Statgraphic plus for windows 3.0 โดยใช้ตัวแปรหลัก คือ ระดับน้ำตาลในเลือด (Average hemoglobin A1C) โดยกำหนดให้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 10.0 และทั้งสองกลุ่มต้องแตกต่างกันอย่างน้อย 1.0 ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 พลังทางสถิติ ร้อยละ 80 ดังนั้น ต้องใช้ตัวอย่างกลุ่มละ 24 ตัวอย่าง หากต้องการข้อมูลแบบโค้งปกติ ต้องมีอย่างน้อยกลุ่มละ 30 คน และสำรองไว้ 5 คน กรณีไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้รวมเป็นกลุ่มละ 35 คน

การคำนวณทางสถิติ

การรายงานและวิเคราะห์ทางสถิติสำหรับตัวแปรต่อเนื่อง จะใช้การวิเคราะห์ชนิดที่หรือสถิติแบบนอนพาราเมตริก ส่วนตัวแปรไม่ต่อเนื่องจะใช้การวิเคราะห์แบบไครสแควร์ โดยใช้โปรแกรม SPSS 10.0 for Windows

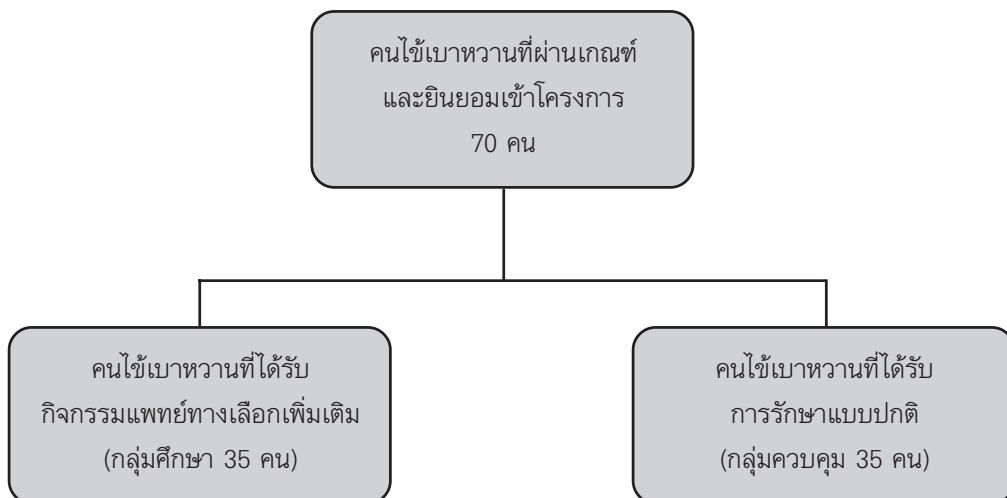
กิจกรรมการแพทย์ทางเลือกที่ใช้ในการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มศึกษานาน 5 เดือน

1. การฝึกโยคะ 3 ครั้ง (ทำสุริยะนมาสการ)
2. การฝึกสมาธิ 5 ครั้ง (แบบยุบหนอ พองหนอ และหลวงพ่อเทียน)
3. การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 ครั้ง ต่อคน ร่วมกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
4. ให้ความรู้ด้านโภชนาการบำบัด (เน้น ลดแป้ง ลดน้ำตาล ลดไขมัน แต่เพิ่มผัก ผลไม้และปลา)
5. การประชุมกลุ่มผู้ป่วยคนละ 3 ครั้ง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานเข้าโครงการ

1. อายุมากกว่า 20 ถึง 80 ปี
2. เป็นเบาหวานประเภทที่ 2
3. มีระดับ FBS เฉลี่ย ใน 1 ปี เกิน 160 มก./ดล.



ภาพที่ 1 แผนผังการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่โครงการ

เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วยเบาหวาน

1. Average hemoglobin A1C น้อยกว่าร้อยละ 8.0
2. สตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร
3. มีระดับซีรั่มครีเอตินิน เกิน 1.70 มก./ดล.
4. มีโรคจิตประสาท

5. ไม่สมัครใจเข้าโครงการ

เกณฑ์หยุดผู้ป่วยเบาหวานจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยตายหรือพิการ
2. ผู้ป่วยมีระดับ FBS > 250 มก./ดล.
3. ผู้ป่วยต้องการออกจากการศึกษา
4. ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน

ผลการศึกษา

จากการดำเนินงานโครงการ มีผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการ 70 คน เป็นเพศหญิง 58 คน เพศชาย 12 คน ผู้ป่วยถูกสุ่มเลือก เข้าสู่กลุ่มดูแลแบบแพทย์ทางเลือก 35 คน และอีก 35 คนได้รับการดูแลรักษาแบบปกติทั่วไป โดยทั้งสองกลุ่มประกอบด้วยเพศหญิง 29 คน เพศชาย 6 คน อายุเฉลี่ย ระดับน้ำตาลในเลือด (Average hemoglobin A1C) คะแนนคุณภาพชีวิต (WHO QOL) ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก่อนการศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มศึกษา คือ 11.39 mg% ส่วนกลุ่มควบคุม คือ 11.31 mg% หลังจากสิ้นสุดโครงการ ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มศึกษา เป็น 9.70 mg% และกลุ่มควบคุม คือ 10.83 mg% ซึ่งถือว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 1.69 mg%

ซึ่งถือว่าลดลงอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมลดลง 0.48 mg% แต่ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานก่อนเริ่มโครงการ กลุ่มศึกษา 90.86 คะแนน กลุ่มควบคุม 89.97 คะแนน หลังสิ้นสุดโครงการกลุ่มศึกษาเป็น 103.28 คะแนน กลุ่มควบคุมเป็น 97.60 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มศึกษามีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 12.43 คะแนน ซึ่งถือว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 7.63 คะแนน ซึ่งถือว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตแบบซิสโตลิกของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มศึกษานั้นลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย

ตารางที่ 1 ตัวแปรหลักของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม
1. เพศชาย (คน)	6	6
2. เพศหญิง (คน)	29	29
3. อายุเฉลี่ย (SD)	63.11 (10.75)	64.37 (10.30)
4. Average hemoglobin A1C (SD)	11.39 (2.20)	11.31 (2.24)
5. คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย (SD)	90.86 (9.12)	89.97 (8.91)
6. การศึกษาระดับประถม (คน)	34	33
7. ความดันโลหิตซิสโตลิก มม.ปรอท (SD)	146.72 (6.24)	147.25 (6.63)

ตารางที่ 2 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดและค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเมื่อสิ้นสุดโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม	P-Value
Average hemoglobin A1C (SD)	9.70 (1.28)	10.83 (1.81)	0.004
คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย (SD)	103.28 (7.23)	97.60 (7.40)	0.002
ความดันโลหิตซิสโตลิก มม.ปรอท (SD)	140.33 (6.14)	148.01 (6.11)	0.002

ตารางที่ 3 แสดงค่าระดับน้ำตาลในเลือดและค่าคะแนนคุณภาพชีวิต ที่เปลี่ยนแปลงไปทั้ง 2 กลุ่ม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มศึกษา	กลุ่มควบคุม
ระดับ average hemoglobin A1C ที่ลดลง (SD)	1.69 (1.71)	0.489 (1.59)
Paired T test P-Value	<0.001	0.086
คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นหลังสิ้นสุดโครงการ (SD)	12.43 (8.16)	7.63 (6.89)
Paired T test P-Value	<0.001	<0.001

สรุปและวิจารณ์

โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานด้วยการแพทย์ทางเลือก มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดกิจกรรมแพทย์ทางเลือกที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานได้ โดยนำคนไข้เบาหวานจำนวน 35 คน มารับบริการกิจกรรมแพทย์ทางเลือกเพิ่มเติม จากการตรวจรักษาแบบปกติ เทียบกับคนไข้เบาหวานกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน ที่ได้รับการตรวจรักษาแบบปกติ พบว่ากิจกรรมแพทย์ทางเลือกสามารถทำให้คนไข้เบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ลดลง 1.69 mg% และมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพิ่มขึ้น 12.43 คะแนน เป็นที่น่าสังเกตว่าในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่รับกิจกรรมแพทย์ทางเลือกเสริมเข้าไปในการรักษาแบบปกตินั้น มีระดับความดันโลหิตแบบซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น่าจะมีผลมาจากการฝึกโยคะ¹² และฝึกสมาธิ¹³ ของผู้ป่วยเบาหวานนั่นเอง สำหรับในการศึกษาครั้งนี้มีจุดอ่อนก็คือไม่ได้มีการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ เพื่อที่จะได้ยืนยันได้อย่างเต็มที่ในการบ่งชี้ประสิทธิผล¹⁴ ของโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานด้วยการแพทย์ทางเลือก

จากการดำเนินโครงการนี้เป็นเครื่องพิสูจน์ว่ากิจกรรมทางแพทย์ทางเลือกมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวาน คือ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยลงได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการที่ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 1 mg% ทำให้อัตราการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงกว่าร้อยละ 20 และมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ลดลง¹⁵ ในการจัดกิจกรรมแพทย์ทางเลือกในครั้งนี้ ได้เพิ่มเติมกิจกรรมที่จะส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเข้าไปด้วย ได้แก่ การให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการประชุมกลุ่มผู้ป่วย เพื่อสร้างกำลังใจ และเสริมแรงผู้ป่วย¹⁶ นอกเหนือจากกิจกรรมแพทย์ทางเลือกที่ให้เข้าไป ไม่ว่าจะเป็นการฝึกโยคะ การทำสมาธิ และการให้ความรู้ด้านโภชนาบำบัด กิจกรรมการสอนเรื่องเหล่านี้ไม่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง ก็อาจไม่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาวได้ ในส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อมั่นในตนเองและมีสภาวะทางสังคมที่ดีขึ้น¹⁷ เนื่องจากเกิดกลุ่มสังคมของผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลตนเองนั่นเอง ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอาจส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้¹⁸

สรุปโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานด้วยการแพทย์ทางเลือก สามารถจัดกิจกรรมแพทย์ทางเลือกที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 พลังทางสถิติร้อยละ 80

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาวิดี เอมะวรรณนะ ที่ให้ความรู้ที่สำคัญในการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยและ

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภออุบลรัตน์ทุกคน ที่ช่วยดำเนินงานในโครงการนี้จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. E Brun, RG Nelson, PH Bennett, G Imperatore, G Zoppini, G Verlato, and M Muggeo. Diabetes duration and cause-specific mortality in the Verona Diabetes Study Diabetes Care, Aug 2000; 23: 1119 - 1123.
2. Schwartz AV et al. Diabetes-Related Complications, Glycemic Control, and Falls in Older Adults. Diabetes Care, Mar 2008; 31: p 391 - 396.
3. พินิจ พ้าอำนวยผล, ณรงค์ กษิติประดิษฐ์, อรพิน ทรัพย์ล้น. อัตราตายระดับจังหวัด พ.ศ. 2547. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย. 2549 ; หน้า 2 (11).
4. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, การประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารระบบสาธารณสุข 2550; 1 ;17-34.
5. Wendy D. Smith, Almut G. Winterstein, Thomas Johns, Eric Rosenberg, and Brian C. Sauer. Causes of hyperglycemia and hypoglycemia in adult inpatients Am. J. Health Syst. Pharm., Apr 2005; 62: 714 - 719.
6. Wu J Y F et al. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. BMJ 2006;333: p 522-527.
7. Aljasir B ,Bryson M, Al-shehri B. Yoga Practice for the Management of Type II Diabetes Mellitus in Adults: A systematic review. eCAM May: 2008; p1-10.
8. Paul-Labrador M et al. Effects of a Randomized Controlled Trial of Transcendental Meditation on Components of the Metabolic Syndrome in Subjects With Coronary Heart Disease. Arch Intern Med. 2006;166:1218-1224.
9. Riccardi G, Rivellese A.A, Giacco R. Role of glycemic index and glycemic load in the healthy state, in prediabetes, and in diabetes Am J Clin Nutr 2008;87 (suppl) : 269S-74S.
10. Rabkin SW, Boyko E, Wilson A, and Streja DA. A randomized clinical trial comparing behavior modification and individual counseling in the nutritional therapy of non-insulin-dependent diabetes mellitus: comparison of the effect on blood sugar, body weight, and serum lipids Diabetes Care, Jan 1983; 6: 50 - 56.
11. Laakso M. Hyperglycemia and cardiovascular disease in type 2 diabetes Diabetes, May 1999; 48: 937 - 942.
12. Innes KE and Vincent HK. The Influence of Yoga-Based Programs on Risk Profiles in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus : A Systematic Review. Evid. Based Complement. Altern. Med., Dec 2007; 4: 469 - 486.
13. Paul-Labrador M et al. Effects of a Randomized Controlled Trial of Transcendental Meditation on Components of the Metabolic Syndrome in Subjects With Coronary Heart Disease. Arch Intern Med. 2006;166:1218-1224.
14. Xin He, Xingwei Tong, Jianguo Sun, and Richard J. Cook. Regression analysis of multivariate panel count data. Biostat., Apr 2008; 9: 234 - 248.
15. Wei, SP Gaskill, SM Haffner, and MP Stern. Effects of diabetes and level of glycemia on all-cause and cardiovascular mortality. The San Antonio Heart Study M Diabetes Care, Jul 1998; 21: 1167 - 1172.

16. Rafael Perez-Escamilla R et al. Impact of diabetes peer counseling on glycosylated hemoglobin among Latinos enrolled in the DIALBEST Trial: Preliminary results. *FASEB J*, Mar 2008; 22: 677.19.
17. Watkins KW, Connell CM, Fitzgerald JT, Klem L, Hickey T, and Ingersoll-Dayton B. Effect of adult's self-regulation of diabetes on quality-of-life outcomes. *Diabetes Care*, Oct 2000; 23: 1511 - 1515.
18. Kleefstra N et al. Prediction of Mortality in Type 2 Diabetes From Health-Related Quality of Life (ZODIAC-4). *Diabetes Care*, May 2008; 31: 932 - 933.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

การเตรียมและส่งต้นฉบับ

1. ประเภทบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัย ประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้าพิมพ์กระดาษ เอ 4

บทบรรณนิทัศน์ (review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วยบทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้าพิมพ์กระดาษ เอ 4

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทกึ่งบทบรรณนิทัศน์กับบทความพื้นวิชาที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่งหรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

บทความฟื้นฟู (refresher course) เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่อง ที่นำมาหรือฟื้นฟูเพิ่มเติมความรู้ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมพื้นวิชาหรือการจัดอบรมแพทย์เป็นคราวๆ ไป

รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (shot communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษายังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

รายงานผู้ป่วย (case report) บันทึกเวชกรรม (clinical note) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อยและมีหลักฐานอย่างครบถ้วน

บันทึกเวชกรรม เป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม และ/หรือการดำเนินโรค ที่ไม่ตรงแบบที่พบไม่บ่อย โครงสร้างบทความผู้ป่วยประกอบด้วยบทนำ พรรณนากรณีผู้ป่วย วิเคราะห์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

ปกิณกะ (miscellaneous) เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่าย หรือไม่เข้าข่ายบทความต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บันทึกเวชกรรม เวชกรรมทันยุค บทบรรณนิทัศน์ รายงานผลการศึกษาล้างเขป หรือรายงานเบื้องต้น

จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือจดหมายโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์ หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อบทความ ประกอบด้วย

- ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษรพร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นชื่อย่อ ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใส่วลีที่น่าเบื่อ เช่น “การศึกษา”... หรือ “การสังเกต”...

- ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

- หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน
- ชื่อและที่อยู่ของผู้นิพนธ์ ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

- แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

บทคัดย่อ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ

ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และระเบียบวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัตนศิลป์เป็นประโยชน์สมควรมีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อสำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทยก็เช่นเดียวกัน ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อเต็มผู้พิมพ์ไว้เหนือเนื้อความย่อ

คำสำคัญ (key words)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีคำสำคัญ (keyword index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S.National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

บทนำ หรือภูมิหลังและเหตุผล

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลนำไปสู่การศึกษา แต่ต้องไม่ทบทวนวรรณกรรม หรือภูมิหลัง และเหตุผลมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ว่าจะตอบคำถามอะไร และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่นิยมใส่ผลการศึกษาและสรุป

ระเบียบวิธีศึกษา

เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัสดุ และวิธีการศึกษา

หัวข้อวัสดุให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช รวมถึงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องการศึกษา และการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

หัวข้อระเบียบวิธีศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบ แผนการศึกษา (study design) เช่น randomized, double blind, descriptive หรือ quasi-experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธี

หรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษาชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิงถ้าเป็นวิธีใหม่อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

ผลการศึกษา (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้วแต่ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมาก ควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวัง อย่างไม่ปิดบังแล้วจบบทความด้วยข้อยุติ บางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

ข้อยุติ (conclusions)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยสำหรับการวิจัยต่อไป ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

ตาราง รูป และแผนภูมิ

ควรแยกพิมพ์ต่างหากไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ควรเว้นที่ว่างไว้ในเนื้อเรื่องพอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า

ใส่ตารางที่ 1

หรือ

ใส่รูปที่ 1

กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)

ควรมีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่าได้รับการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลืทางเทคนิคและผู้สนับสนุนทุนการวิจัย การใส่ชื่อคนช่วยมาก ทำให้บทความดูมีความภูมิฐาน เพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง (references)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขลอยอยู่ (superscript) หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไป ตามลำดับ ถ้าต้องการเอกสารอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับผิดชอบแล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้จริงๆ ไป ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิงให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่:หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทยชื่อผู้พิมพ์ให้ใส่ชื่อเต็ม ทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วยและคณะหรือ et al. ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวัตน์พงศ์, พัชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพงศ์, ยุติ ตาทิพย์, การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตากปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541;7:20-6.

2. parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Fricdl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5-year follow-up. Br J Cancer 1996;73:1006-12.

3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ แพทย์สมาคม 2538;4:190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Cancer in South Africa (editorial) S. Afr Med J 1994;84:15.

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพใน : สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พิ ลอฟพัล, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539;48 (ฉบับผนวก):153-61.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539;48:616-20.

2. Enzenseberger. W, Fischer PA. Metrohome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996;347-1337

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์ : ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย ลันติวงศ์ องค์การและการบริหาร ฉบับแก้ไขปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช. 2535 (จำนวนหน้า)

2. Ringsven MK. Bond D Gerontology and leadership skills for nurses 2nd ed. Albany (NY) Delmat Publishers; 1996 (pages)

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาคัย, ประคอง วิทยาคัย (บรรณาธิการ). เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร มูลนิธิเด็ก: 2535

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York : Churchill Livingstone ; 1996

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อ บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก - หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้ สารน้ำ และเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวตติ, อรุณ วงษ์จิราษฎร์, ประอร ขวลิตรารัง, พิภพ จิรภิญโญ (บรรณาธิการ). กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์. 2540 หน้า 424-7

2. Philipps SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In : Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension : pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York : Raven Press; 1995. p. 465-78.

3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่.ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ). ชื่อเรื่อง.ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ประชุม; สถานที่ จัดประชุม.เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล, งานจิตต์ จันทรสาธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน. 6-8 พฤษภาคม 2551 : ณ โรงแรมโป๊ปทาวน์เวอร์. กรุงเทพมหานคร : ดีไซด์ : 2551.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology ; Oct 15-19. 1995 ; Kyoto . Japan. Amsterdam : Elsevier; 1996. p.

3. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics In : Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O. editors MEDINFO 92. Proceedings of the 7 th world Congress on Medical Informatics, Sep 6-10. 1992 Geneva. Switzerland. Amsterdam : North-Holland; 1992 p. 1561-5.

3.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์ : หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน : ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม : กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก ; 2540. (จำนวนหน้า)

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled-nursing facility stays final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections: 1994. Report No. HHSIGOEI69200860.

3.5 วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. (ประเภทปริญญา). ภาควิชา. คณะ. เมือง : มหาวิทยาลัย ; ปีที่ได้ปริญญา.

1. ชยมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต. ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2530. (จำนวนหน้า)

2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO) : Washington Univ. ; 1995. pages.

3.6 สิ่งพิมพ์อื่น ๆ

3.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. วันเดือนปีที่พิมพ์ ; ส่วนที่ : เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2539 ; 23. (คอลัมน์ 5).

2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21 ; Sect. A : 3 (col 5).

3.6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106. ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No.103-183, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

3.6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : นานมีบุ๊คส์-พับลิเคชั่น ; 2546. หน้า 545.

2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore Eilliams ; 1995. Apraxia : p.119-20.

3.7 วิดีทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต : แหล่งผลิต ; ปีที่ผลิต.

1. HIV+/AIDS the facts and the future (video-cassette). St. Louis (MO): Mosby- Yearbook; 1995.

3.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

3.8.1 บทความวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร (ชนิดของสื่อ) ปีที่พิมพ์ (วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล); ปีที่ (เล่มที่): [จำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995. Jan-Mar[cited 1996 Jun 5] : 1(1):[24 screens]. Available from: RL.http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm

3.8.2 รายงานวิจัยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

1. CDI, clinical dermatology illustrated (monograph on CD-ROM). Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego : CMEA ; 1995.

3.8.3 แฟ้มข้อมูลคอมพิวเตอร์

1. Hemodynamics III: the ups and down of hemodynamics (computer program). Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

4. ตาราง รูป และแผนภูมิ

ตาราง รูป และแผนภูมิ ที่จัดทำและนำเสนอได้ครบถ้วนจะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทความย่อพิจารณาตารางและรูป ก่อนจะตัดสินใจว่าจะอ่านบทความต่อไปหรือไม่

4.1 ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตารางมีดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ควรจะสั้นหรือย่อ ๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถใต้ตาราง

- แถวเป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัวแถว (row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้ตัวเลขกำกับเพราะอาจสับสนกับตัวเลขกำกับของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § ¶ # **

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์โดยไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้น ได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตารางหรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้การจัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามาก และสิ้นเปลือง ถ้าผู้นิพนธ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ อาจจะมีตารางข้อมูลอื่น ๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาตและแสดงความขอบคุณกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

4.2 รูปและแผนภูมิ

รูปและแผนภูมิประกอบ จะสื่อความหมายได้ชัดเจนเน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพมีแนวทางดังนี้ รูปหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีใช้เมื่อจำเป็น ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5x7 นิ้ว ไม่ควรใหญ่เกิน 8x10 นิ้ว ไม่ตัดขอบ ไม่ติดกับกระดาษรอง ไม่เขียนรายละเอียดหลังรูปภาพ ไม่ม้วนรูปภาพ ควรทำเครื่องหมายเล็กๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพ และเขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก บรรณาธิการจะเป็นผู้เขียนชื่อเจ้าของเรื่อง ชื่อเรื่องไว้หลังรูปภาพทันทีที่ได้รับต้นฉบับ เพื่อป้องกัน

การสับสน ไม่แนะนำให้เจ้าของเรื่องเขียนหลังภาพ เพราะอาจจะเขียนหนักมือเกินไป ทำให้รอยเขียนปรากฏทางด้านหน้าภาพ และคุณภาพของรูปภาพเสียไป

5. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็นฉบับจริง พร้อมด้วยต้นฉบับสำเนา 2 ชุด ต้นฉบับที่ส่งไปไม่ควรเย็บติดกัน ควรใช้คลิปหนีบกระดาษไว้ ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ควรส่งในซองหนาและใหญ่พอเหมาะกับแผ่นกระดาษต้นฉบับ การส่งต้นฉบับควรส่งจดหมายแนบไปด้วย แจ้งรายละเอียดบางประการ เช่น สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ที่กองบรรณาธิการจะติดต่อได้ จำนวนสำเนาต้นฉบับที่ส่งไป ความต้องการการพิสูจน์อักษรของผู้นิพนธ์ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิม เป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด ด้วยรูปแบบอักษร Angsana UPC ตัวอักษรขนาด 16 ส่งต้นฉบับจริงและสำเนา 2 ชุด รวม 3 ชุด พร้อมแผ่นดิสก์เก็ท /CD ต้นฉบับขนาด 3.4 นิ้ว (เขียนชื่อ แฟ้มข้อมูลบนแผ่นดิสก์/CD) ไปที่

บรรณาธิการวารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก
สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์-
แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวง
สาธารณสุข อาคารกรมการแพทย์ 6 (DMS6)
ถ. ดิวนนท์ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000

MACROBIOTICS

แมคโครไบโอติกส์ หรือ วัฒนภายุทธศาสตร์

คำว่า Macrobiotics มาจากภาษากรีก
Macro แปลว่า ยิ่งใหญ่ หรือยืนยาว
Bio แปลว่า ชีวิต
Biotics แปลว่า วิธีชีวิต เทคนิคการทำให้ฟื้นคืนสู่
สภาพเดิม คืนความเป็นหนุ่มสาว

"แมคโครไบโอติกส์" หมายถึง ทักษะการมองชีวิตที่ยิ่งใหญ่
งดงาม เพื่อการมีสุขภาพดี มีความสุข อิสระ และมีชีวิตที่ยืนยาว
แมคโครไบโอติกส์ เป็นศาสตร์การแพทย์ทางเลือกแขนงหนึ่ง
ที่เป็นการดูแลสุขภาพและดำเนินชีวิตแบบองค์รวม เพื่อให้
บุคคลมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผ่านทางอาหารและ
วิถีชีวิตที่สมดุล



วิถีชีวิตที่สมดุลไม่ได้ครอบคลุมเพียงอาหาร แต่เป็นการทำให้
ร่างกายสมดุลทั้งชีวเคมีในร่างกาย พลังชีวิต เพื่อแก้ปัญหา เรื่อง
จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม โดยมีหลักการพื้นฐานและ
การปฏิบัติ ดังนี้

1. อาหารเป็นพื้นฐานของสุขภาพและความสุข
2. โซเดียม (Na) และโปแตสเซียม (K) เป็นธาตุคู่แรกที่
ต่อต้านและส่งเสริมกันให้สมบูรณ์ในอาหาร ซึ่งบ่งบอกลักษณะของ
Yin และ Yang
3. ธัญพืชครบรูปเป็นอาหารที่เหมาะสมกับมนุษย์ เช่น ข้าวกล้อง
4. อาหารต้องไม่ผ่านกระบวนการอุตสาหกรรม (Unrefined)
ครบถ้วนและมาจากธรรมชาติ
5. อาหารต้องปลูกในท้องถิ่นและกินตามฤดูกาล การผลิตแบบ
ธรรมชาติไม่ใช้สารเคมีและเทคโนโลยีอื่นใด

แนวทางการประยุกต์ใช้ในวิถีชีวิต

1. หุงต้มอาหารด้วยความสงบ ด้วยความรักและมีสมาธิคิดดี
ปรารถนาดี
2. รับประทานอาหารด้วยความสงบ นั่งสบายๆ ระลึกว่าเรากำลังสร้าง
เลือด เซลล์และองค์ประกอบทางชีวภาพ ของร่างกายไม่รีบร้อน
ผอมคลาย
3. เคี้ยวให้นานละเอียด (50-100 ครั้ง) "จงกินน้ำและดื่มอาหาร
(Eat your drink and drink your food)" ยิ่งอยู่ระหว่าง
เจ็บป่วยควรเคี้ยวไม่น้อยกว่า 100 ครั้ง
4. รับประทานอาหารด้วยปริมาณพอเหมาะ ประมาณ 70% ของ
ความหิว
5. ดื่มน้ำหลังอาหารหรือเมื่อกระหาย (ถ้าอาหารสมดุลจะไม่รู้สึก
กระหายน้ำบ่อย)
6. รับประทานอาหารเมื่อเย็นไม่ตึกมากเข้านอนหลังมือเย็น 3 ชั่วโมง
7. มีความกระฉับกระเฉงตลอดเวลา เดินให้มากเพราะการเดิน
เป็นการออกกำลังกายที่ดีและเหมาะสมกับมนุษย์
8. อากาศที่ดีที่สุด คือ ช่วงพระอาทิตย์ขึ้นแล้ว 2 ชั่วโมง เดินเท้า
เปล่าบนพื้นหญ้ารับพลังจากธรรมชาติ
9. จัดระเบียบห้องน้ำห้องรับแขก ห้องนอนให้น่าอยู่ตลอดเวลา
เช็ดตัวด้วยผ้าฝ้าย(ธรรมชาติ) ชุบน้ำเย็นหรืออุ่น ทุกเช้าและเย็น
ก่อนนอน เช็ดจนผิวหนังออกสีแดง นวดแรงๆ ที่นิ้วมือนิ้วเท้าทุกนิ้ว
อย่าอาบอาบน้ำนานเกินไป
10. หลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีให้มากที่สุด ใช้เมื่อจำเป็นต้องรักษา
ชีวิต และหยุดใช้ทันทีเมื่อดีขึ้น
11. ใช้เสื้อผ้าผลิตจากใยธรรมชาติ เรียบง่าย เช่น ผ้าฝ้าย ผ้าไหม
เพราะผิวหนังคือปอด ที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย





พืชผัก...ต้านมะเร็ง



1. หัวผักกาดแดง Radish

รสเผ็ด หัวผักกาดแดงมีคาร์โบไฮเดรต แคลเซียม ฟอสฟอรัส เหล็กและวิตามินซีสูง ช่วยป้องกันโรคเลือดออกตามไรฟัน ยังกระตุ้นปัสสาวะและเป็นยาระบายอ่อนๆ

2. หัวหอม Onion

ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอล ช่วยต้านผลร้ายของอาหารมันๆ เพราะมีสารช่วยป้องกันการแข็งตัวของเลือด พบฤทธิ์ลดน้ำตาลในเลือดอีกด้วย

หอมใหญ่เป็นพืชที่นอกจากให้คุณประโยชน์มากแล้ว หากนำมาประกอบอาหารยังให้รสชาติที่น่าทึ่งคือหอมใหญ่สดจะให้รสเผ็ด ถ้าใช้ความร้อน 10 นาที จะเปรี้ยว 40-60 นาทีจะหวาน เค็มและขมตามลำดับ

3. กะหล่ำปลี Cabbage

เป็นอาหารที่อุดมไปด้วยวิตามินแต่แคลอรีต่ำ ช่วยรักษาโรคกระเพาะอาหาร มีสารต้านมะเร็ง

4. แครอท Carrot

มีเบต้าแคโรทีนสูง ซึ่งเป็นสารตั้งต้นของวิตามินเอที่มีอยู่ในพืชในปริมาณสูงที่สุด และประกอบด้วยใยอาหาร ช่วยป้องกันร่างกายจากการทำลายของอนุมูลอิสระ สุขภาพสายตาและรักษาเมือกเยื่อในในร่างกาย

ข้อควรระวัง

1. รับประทานสุกหรือสด? การนำผักไปต้มจะทำให้สูญเสียวิตามินไปกับน้ำและความร้อนแต่สำหรับผักบางชนิด เช่น แครอท กะหล่ำปลี เมื่อสุกแล้วใยอาหารจะอ่อนตัวลงทำให้เบต้าแคโรทีนดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย เช่น การอบในน้ำน้อย การต้ม เพื่อให้ได้สมดุลและดีต่อระบบย่อยอาหาร แต่ผักบางชนิดเช่น ผักกาดแก้ว สลัด รับประทานสดได้ แต่การรับประทานสดนั้นต้องแน่ใจว่าผักสะอาดไร้สารตกค้าง ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง

2. กินผักให้ถูกต้องตามฤดูกาลและท้องถิ่นเพื่อป้องกันการเร่งผลิตสารเคมี ประหยัดและได้สมดุลหิวน หายง จากธรรมชาติ

ยังมีผักอีกมากมายที่มีคุณค่าในการต้านมะเร็งโดยเฉพาะในผักที่มีสีแดงหรือสีเหลืองส้มและผักใบสีเขียวเข้ม เช่น พักทอง ตำลึง บรอกโคลี ปวยเล้ง ผักโขม และวอเตอร์เครส เป็นต้น

ตำรับยาอายุวัฒนะ



น้ำนมข้าวกล้อง

เครื่องปรุง ข้าวกล้อง น้ำสะอาด เกลือ 1 เม็ดเล็ก (ข้าวต่อน้ำ เป็น 1 : 10)

อุปกรณ์ หม้อความดัน หรือหม้อดินหินหนักทับ ตะแกรงหรือผ้าขาวบาง
วิธีทำ

1. ตวงข้าวตามที่ต้องการ นำมาเลือกเมล็ดที่ไม่ดีออกให้หมด กรวด หิน ดิน กากข้าว และสิ่งปลอมปนอื่นๆ เลือกเฉพาะเมล็ดที่สมบูรณ์
2. ข้าวข้าวกับน้ำสะอาด 3-4 ครั้ง ขณะข้าวข้าวให้ทวนเข็มนาฬิกา (หยาง) ใช้น้ำไม่มาก
3. เติมน้ำลงในหม้อ ตามสัดส่วน เติมเกลือเล็กน้อย เพื่อช่วยให้ข้าวมีความเป็นกลาง
4. ตรวจดูความเรียบร้อยของหม้อก่อนปิดฝา
5. เริ่มตั้งไฟอ่อนๆ ประมาณ 2-3 นาที ค่อยๆ เพิ่มไฟ จนได้ยินเสียงหม้อความดันขึ้นจึงลดไฟ ตั้งต่อประมาณ 1.30-2 ชั่วโมง ปิดไฟ จนความดันลด เปิดฝา แล้วนำมารองผ่านตะแกรง หรือผ้าขาวบางที่เตรียมไว้ จะได้นมข้าว

*****เหมาะสำหรับ** ช่วยปรับสมดุลของร่างกาย ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้น้อย ระบบย่อยอาหารไม่ดี ทานได้เป็นประจำทุกวัน (อาจตั้งไฟไว้กลางคืน ก่อนนอนปิดแก๊ส ตอนเช้าเปิดฝ้าหม้ออุ่นแล้วกรองรับประทานได้)

โรคเบาหวานคืออะไร

เบาหวานเป็นโรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังเป็นความบกพร่องของระบบการนำน้ำตาลไปใช้ของร่างกาย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ไตวาย จอประสาทตาผิดปกติ หัวใจและหลอดเลือดผิดปกติได้ที่เป็นกันมากมีอยู่ 2 ชนิด คือ

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นเบาหวานชนิดที่มีความผิดปกติของการสร้างฮอร์โมนอินซูลิน
2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินและมีการหลั่งอินซูลิน จากตับอ่อนลดลงไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ชนิดที่ 2 นี้พบมากในผู้ที่สูงอายุและคนอ้วน สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบในคนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป



สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ได้แก่

เกิดจากตับอ่อนเสื่อมสมรรถภาพ เช่น การติดเชื้อไวรัสบางชนิด หรือพิษสุรา และภาวะที่ทำให้ดื้อต่ออินซูลิน คือ ความอ้วน ผู้ป่วยได้รับยาต้านอินซูลินจำพวกสเตียรอยด์ ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะเป็นเวลานานหรือภาวะร่างกายไม่ทนต่ออาหาร ทำให้เกิดการอักเสบและทำลายตับอ่อน ตัวอย่างอาหารดังกล่าว ได้แก่ ข้าวโพด ผลไม้แห้งจากนมวัว ช็อคโกแลต เป็นต้น

รู้ได้อย่างไรว่าเป็นเบาหวาน

สังเกตได้จากอาการ เช่น กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน อ่อนเพลีย ตามัว คันตามผิวหนัง มีแผลพุพองง่าย หายช้า ชาตามปลายมือปลายเท้า หรือมีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน หากมีอาการผิดปกติดังกล่าวข้างต้น **อาจต้องพบแพทย์เพื่อเจาะเลือดตรวจ หาระดับน้ำตาลในกระแสเลือด**



เป้าหมายการดูแลผู้เป็นเบาหวาน ในแนวคิดของการแพทย์ทางเลือก

1. เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ มุ่งเน้นเพียงลดระดับของน้ำตาลในหลอดเลือดแต่เพียงอย่างเดียว แต่ต้องป้องกันการอักเสบภายในหลอดเลือดที่จะเกิดขึ้นอีกด้วย
2. เพื่อฟื้นฟูสภาพของร่างกายให้กลับสู่สภาวะปกติ ทั้งในด้านระดับของเซลล์ภายในตับอ่อนเองและการกลับมาทำงานในสภาวะปกติของฮอร์โมนอินซูลิน



การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ด้วยการแพทย์ทางเลือก

• เน้นการควบคุมอาหาร

กินอาหารที่มีเส้นใยสูง ได้แก่ ข้าวกล้อง ธัญพืช ผัก ผลไม้

• ลดน้ำหนักโดยการออกกำลังกาย

ซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ตับสามารถสร้างกลูโคสลดการหลั่งอินซูลินกลั่นเนื้อไขมันในเลือดได้

• ลดการอักเสบในหลอดเลือดจากสารอนุมูลอิสระ

โดยการจัดการความเครียดเสริมสร้างจิตใจให้เข้มแข็ง ด้วยการทำสมาธิทำให้ร่างกายผ่อนคลาย นอกจากนี้ยังมีการเสริมอาหารและวิตามินรวมทั้งสามารถเลือกกินอาหารที่มีอยู่ในธรรมชาติที่มีประโยชน์ได้แก่

วิตามินบี 6 ช่วยลดความต้องการอินซูลิน ไบโอดิน ช่วยในการนำเอากลูโคสไปใช้โดยเสริมฤทธิ์กับอินซูลินและป้องกันการเสื่อมของเส้นประสาท พบในกล้วย ผักใบเขียว แครอท แอปเปิ้ล มันฝรั่งหวาน

วิตามินซี หากมีปริมาณมาก พบว่าช่วยลดความต้องการอินซูลิน รักษาสายตา และป้องกันต่อกระเจก ขอลภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด แต่ต้องระวังในผู้ที่ได้อีกเสบ เพราะอาจเป็นพิษได้ พบในมะขามป้อม ฝรั่ง ส้ม ผักใบเขียว บร็อคโคลี่ แคนตาลูป พริกไทย

วิตามินอี มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ และมีฤทธิ์ต่อต้านการแข็งตัวของเลือดซึ่งช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ทั้งที่ตาและไต พบในผักใบเขียว ไข่ จมูกข้าว ตับ น้ำมันพืช

แมกนีเซียม ช่วยลดไขมันในเลือด ขยายหลอดเลือดป้องกันหลอดเลือดแข็งตัว และลดคอเลสเตอรอล พบในถั่ว ปลา ข้าว ผักใบเขียว

โปตัสเซียม ช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลิน พบมากใน ส้ม ลูกยอ

อันตราย หากขาดแมกนีเซียมและโปตัสเซียมจะทำให้ภาวะร่างกายไม่สมดุลกลูโคส และเกิดการทาลายอวัยวะและเส้นประสาทได้



วานาเดียม เป็นสารสำคัญซึ่งทำหน้าที่เลียนแบบอินซูลินในการปรับระดับน้ำตาลในเลือด พบได้ในพริกไทยดำ น้ำมันพืชไม่มื่อตัว

สังกะสี มีความสำคัญในการสร้างอินซูลิน และช่วยย่อยสลายโปรตีน และมีฤทธิ์ต่อต้านไวรัสตับ พบในข้าว อาหารทะเล หัวหอม เมล็ดดอกทานตะวัน เมล็ดฟักทอง

โคเอนไซม์คิว 10 ช่วยกระตุ้นการสร้างอินซูลิน ช่วยจัดพิษในร่างกาย พบในปลาซาดีน ถั่วเหลือง น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา ผักโขม

ข้อควรระวัง สำหรับผู้ที่อายุมาก หรือมีปัญหาในระบบทางเดินอาหารที่ไม่สามารถดูดซึมสารอาหารได้ ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และในผู้ป่วยเบาหวานทั่ว ๆ ไป ควรรับประทานอาหารดังกล่าวจากธรรมชาติจะดีกว่าสารสังเคราะห์

• พื้นฟูการทำงานของเซลล์ที่ทำหน้าที่ผลิตอินซูลินในตับอ่อน

โดยการปรับสมดุลทางชีวเคมีในร่างกาย การรักษาในระดับเซลล์ไม่ให้เสื่อม เช่น ใช้เซลล์ของตับอ่อนของสิ่งมีชีวิต หรือเซลล์โตพลาสซึมของตับอ่อนของสิ่งมีชีวิตมาทำการบำบัดรักษาโดยการกินหรือฉีดเข้าสู่ร่างกาย เรียกว่าเซลล์เทอร่าปี ซึ่งวิธีการนี้อยู่ในขั้นตอนการศึกษาวิจัย หรือด้วยวิธีการดึงพิษออกมาจากร่างกาย และการเพิ่ม ออกซิเจนให้ร่างกาย

• พื้นฟูประสิทธิภาพของอินซูลิน

ลดแอนติบอดีโดยจัดการความเครียด โดยใช้ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ เช่น ใช้การแพทย์แผนจีน นวดกดจุด ผังเข็มการแพทย์อายุรเวท

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

แบบผสมผสาน

เป็นการผสมผสานของการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์ทางเลือกซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งใช้เทคนิควิธี การหลายรูปแบบ เช่น โยคะ ชีกง โภกิก อาหาร แคโรโบยโอดิกส์ อาหารชีวจิต อาหารมังสวิรัต การฝึกสมาธิ เป็นต้น เพื่อมาผสมผสานและเสริมการรักษาของแพทย์แผน ปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสุข มีอายุยืนยาว



ตารางการประชุม/อบรม/สัมมนา สำนักรแพทย์ทางเลือก

วัน/เดือน/ปี	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	สถานที่จัด	เบอร์ติดต่อ 0-2965-9194 ต่อ
22 มิ.ย.-20 ก.ค. 52	อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย รุ่นที่ 4	อ.ประสพสุข อิงคะวะระ	กลุ่มงานพัฒนาบุคลากร สุขภาพ ด้านการแพทย์ ทางเลือก	โรงแรมนนทบุรีพาเลซ จ.นนทบุรี	114
23 มิ.ย. 52	โครงการแพทย์ทางเลือกน้อย :เยาวชนรุ่นใหม่ใส่ใจสุขภาพด้วยแพทย์ทางเลือก	นพ.ยงอุทร วัชรคุลย์ อ.ชัยวัฒน์ คีลศิริ อ.กฤษณ์ศักดิ์ ขาวปทุมทิพย์	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการแพทย์ทางเลือก	ห้องประชุมเบญจกุล อาคารเรือนหมอ เพ็ญนา สถาบัน การแพทย์แผนไทยฯ	109
29 มิ.ย.-3 ก.ค. 52	อบรมวิทยากรปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ SKT 1-7	รศ.ดร.สมพร กันทรคุณธิ์-เตรียมชัยศรี	งานช่วยอำนวยความสะดวก นโยบายและยุทธศาสตร์	โรงแรมเลปพันวา จ.ภูเก็ต	102
20-24 ก.ค. 52	อบรมหลักสูตรการใช้ยาเพื่อสุขภาพ รุ่นที่ 1	ผศ.ดร.ประภาส โพธิ์ทองสุนันท์ อ.วันยา พวงวงศ์ นพ.สุริยา ณ นคร นพ.ทีปทัศน์ ขุนทนต์ศิริกุล อ.ชวิศา สุรินทร์นทร์ ผศ.ประโชชน บุญสินสุข	กลุ่มงานวิจัย ด้านการแพทย์ทางเลือก	โรงแรมบางกอก เนเชอรัลสปาแอนด์ รีสอร์ท กรุงเทพฯ	114
27-31 ก.ค. 52	อบรมวิทยากรปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ SKT 1-7	รศ.ดร.สมพร กันทรคุณธิ์-เตรียมชัยศรี	งานช่วยอำนวยความสะดวก นโยบายและยุทธศาสตร์	โรงแรมกรีนเนอรี่ รีสอร์ท จ.นครราชสีมา	102
27 ก.ค.-10 ส.ค. 52	อบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิต ทางการแพทย์ทางเลือก สาขาวิชาโฮมิโอพาธี	Dr.Frederig Schroyens	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการแพทย์ทางเลือก	อาคารสระบัวน้ำ กระทรวงสาธารณสุข	109
3-7 ส.ค. 52	การฝึกอบรมหลักสูตรกวดบำบัด รุ่นที่ 4	อ.กิตติพงศ์ ปังศรีวินิจ	กลุ่มงานพัฒนาบุคลากร สุขภาพ ด้านการแพทย์ ทางเลือก	อาคารสระบัวน้ำ กระทรวงสาธารณสุข	114
26-30 ต.ค. 52	ประชุมวิชาการ โฮมิโอพาธี : ทางเลือก รักษาโรค ครั้งที่ 3	ศ.นพ.ประสาน ต่างใจ นพ.สมนึก ศิริพานทอง ผศ.ดร.ไชยวัฒน์ ไชยสุต ภญ.มณฑาทิพย์ ชัยสกุล Dr.Radomir Hiki คุณวิไล องค์กรนันต์กุล พญ.อัมจิมา สุวรรณจินดา นพ.ฉัตรชัย ศรีบัณฑิต	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการแพทย์ทางเลือก	โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพฯ	109

ใบสมัครสมาชิก

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
ที่อยู่.....
เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทร.....โทรสาร.....
E-mail Address.....

มีความประสงค์

สมัครสมาชิก ประเภท ☐ บุคคล ☐ หน่วยงาน/องค์กร

ต่ออายุสมาชิก (หมายเลขสมาชิก.....)

เป็นจำนวน.....ปี

โดยเริ่มตั้งแต่ ปีที่ฉบับที่.....ถึง ปีที่.....ฉบับที่.....

พร้อมกันนี้ ได้ชำระเงินบริจาคโดย

เงินสด (กรณีสมัครด้วยตนเอง)

โอนเงินเข้าบัญชี โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขาซอยกระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์
ชื่อบัญชี สมาคมการแพทย์ผสมผสานไทย

เลขที่บัญชี 142-0-07299-4 (กรุณาส่งสำเนาใบฝากทางโทรสาร)

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินมาที่ โทรสาร 02 965 9195



แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณานำลงวารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....
2. ตำแหน่ง.....
3. วุฒิการศึกษาขั้นสูงสุด.....
4. หน่วยงาน.....
5. ขอส่ง

☐ นิพนธ์ต้นฉบับ เรื่อง.....

☐ นิพนธ์บรรณนิทัศน์ เรื่อง.....

☐ บทความพิเศษ เรื่อง.....

☐ บทความพื้นวิชา เรื่อง.....

☐ รายงานเบื้องต้น /บันทึกเวชกรรม เรื่อง.....

☐ ปกิณกะ เรื่อง.....

6. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี).....

7. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่..... ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

E-Mail.....

8. สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อเพิ่มข้อมูล.....

☐ เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 3 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น

ลงนาม.....ผู้เขียน

(.....)

วันที่...../...../.....

ส่งมาที่: กองบรรณาธิการวารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก สำนักการแพทย์ทางเลือก

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

อาคารกรมการแพทย์ 6 (DMS6) ถ. ดิوانนท์ ๒. เมือง จ. นนทบุรี 11000 โทรสาร 02-965-9195

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการส่งต้นฉบับได้ที่ www.dtam.moph.go.th/alternative

• ประมวลภาพ •

การประชุมโครงการอบรมวิทยากรสมาธิบำบัดในภาวะสุขภาพองค์รวม 6 ครั้ง



- ครั้งที่ 1. เขต 1 -3 โรงแรมเชียงใหม่ ออคิด จ.เชียงใหม่
20-21 ม.ค. 2552
- ครั้งที่ 2. เขต 4 - 7 โรงแรมดุสิตธานี กรุงเทพมหานคร
26-27 ม.ค. 2552
- ครั้งที่ 3. เขต 8 เขต 9 พัทยา และกทม. โรงแรมซีบีซี จ.ชลบุรี
4-5 ก.พ. 2552
- ครั้งที่ 4. สำหรับอาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และสาธารณสุข-
ศาสตร์ โรงแรมดุสิตธานี กรุงเทพมหานคร
11-12 ก.พ. 2552
- ครั้งที่ 5. เขต 10-14 โรงแรมพูลแมน ขอนแก่น แมน ราชธานี
จ.ขอนแก่น 18-19 ก.พ. 2552
- ครั้งที่ 6. เขต 15-19 โรงแรมภูเก็ตเมอร์ลิน จ.ภูเก็ต
25-26 ก.พ. 2552



• ภาพกิจกรรม •

การประยุกต์เทคนิคการปฏิบัติสมาธิ SKT 1-7 ในการเยียวยา



สมาธิ บำบัด

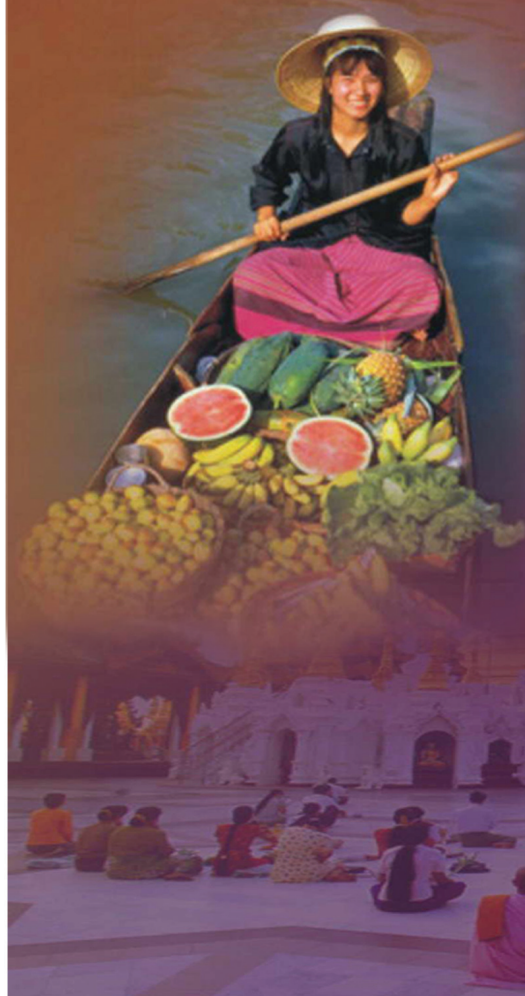
เป็นการนำสมาธิบำบัดมาใช้ในการฝึก
และพัฒนาตนให้เกิดพฤติกรรม
ทางกายภาพ สังคม จิตใจ และปัญญาที่ดี
ดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมตามหลักพุทธศาสนา
(ไตรสิกขา / ภาวนา ๔) ที่ตอบสนองทางสายกลาง
และปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตลอดจนนโยบาย
คนไทยแข็งแรงและเมืองไทยแข็งแรง

สมาธิ

เป็นสภาวะจิตที่ตั้งมั่น แน่วแน่อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่คิดฟุ้งซ่าน

ประโยชน์ของการทำสมาธิ

๑. ทำให้สภาพร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกัน
ฮอโมนที่มีประโยชน์เพิ่มขึ้น
๒. อุดรการหายใจและอุดรการเดินของ
หัวใจช้าลง
๓. ทำให้สงบ ผ่องใส รู้สึกผ่อนคลาย และ
จิตนุ่มนวลเหมาะที่จะนำไปใช้งานพิจารณา
สิ่งต่างๆ
๔. จิตมีพลัง เข้มแข็ง ไม่ถูกกระทบได้ง่าย
๕. เกิดทัศนคติการเกื้อกูลกันในชุมชนและสังคม
มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในทางที่ดี



องค์ประกอบหลัก ในการประเพณีสุขภาพองค์รวมแนวพุทธ

องค์ประกอบ
การวัดผล

ภาวนา ๔

กายภาวนา ศีลภาวนา
จิตภาวนา ปัญญาภาวนา

กระบวนการพัฒนา

ไตรสิกขา

การฝึกปฏิบัติ
ศีล สมาธิ ปัญญา



สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ

สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ คือ

ภาวะที่เป็นสุขหรือสุขภาพดี
อันเนื่องมาจากได้พัฒนาด้านต่างๆ
๔ ด้าน ขึ้นมาอย่างสมบูรณ์ตามหลัก
ภาวนา ๔ ได้แก่

กายภาวนา

ศีลภาวนา

จิตภาวนา

และ ปัญญาภาวนา



การบรรลุเป้าหมาย คนไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรง
ด้วยสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ

เมืองไทย
แข็งแรง
คนไทยแข็งแรง

แข็งแรงด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคมดี
เศรษฐกิจพอเพียง และปัญญาดี



กองการแพทย์ทางเลือก

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แหล่งข้อมูล จากหนังสือสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ โดยพระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ.ปยุตฺโต)



การพัฒนา สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ โดยศูนย์สมาธิบำบัด



บทบาทศูนย์สมาธิบำบัด

๑

สอนสมาธิ แก่ผู้ป่วย ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุข

๒

พัฒนาบุคลากร ผู้ป่วย ญาติ และประชาชนในเขตที่รับผิดชอบ ในการสร้างสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ โดยการใช้สมาธิเป็น กลยุทธ์หลักในการดำเนินการ

๓

ผลักดันให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบเกิดการสร้างสุขภาพ แบบองค์รวมแนวพุทธ ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

๔

ทำงานเชิงรุกด้วยการสร้างเครือข่ายประสานการทำงานกับ ชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของโครงการ



Yoga for Pregnancy

โยคะระหว่างตั้งครรภ์

Yoga (โยคะ)

หมายถึง การดับการเปลี่ยนแปลงของจิต
ปรัชญาโยคะเชื่อว่า จิตโดยสภาพมีปกติตื่น
กวัดแกว่ง ห้ามนำได้ยาก รักษาให้อยู่กับที่ได้นาน
มีปกติหยุดนิ่งและมักจะพุ่งขึ้น
ไปตามอำนาจของกิเลสตัณหา
วิธีการที่จะดับอาการของจิต
เหล่านี้ จะต้องปฏิบัติตาม
แนวทางของโยคะ
อันได้แก่ 1. หลักยามะ
2. หลักนियมะ 3. อาสนะ
4. ปรานายามา
5. ปรัตยาหาร
6. ธาณะ
7. ธยานะ
8. สมาธิ



Yoga for Pregnancy

ความปรารถนาสูงสุด
ของการตั้งครรภ์ ก็คือ
การได้ทารกที่สมบูรณ์พร้อม
ทั้งทางด้านร่างกาย
จิตใจ สติปัญญา และอารมณ์
รวมถึงการหลีกเลี่ยง
ภาวะแทรกซ้อนของมารดา
ระหว่างตั้งครรภ์

การฝึกโยคะช่วยส่งเสริมสุขภาพทางกายและจิต
ช่วยให้การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรเป็นไป
โดยราบรื่นมีคุณภาพที่ดี

ซึ่งนักวิทยาศาสตร์สุขภาพได้นำมาใช้
ในการฝึกหัดและดูแลสตรี
ระหว่างตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ
ของมารดาและการก
รวมถึงการเตรียมความพร้อม
สำหรับการคลอด



สำนักการแพทย์ทางเลือก
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก
02-9659194



มูลนิธิเพื่อพัฒนาการแพทย์ทางเลือก
(ประเทศไทย)

Yoga for Pregnancy

โยกาสะระหว่างตั้งครรภ์



ท่าผีเสื้อ



ท่าดาว



ท่าอุ้มลูก



ท่านาฏราช



ท่าสะพาน



ท่ายกสะโพก



ท่านั่งบริหารอุ้งเชิงกราน



ท่านั่งวัชระยึดตัว



ท่าเด็ก



ท่าแมวเหยียดกาย



ท่าอูฐ



ท่าดอกบัวบริหารไหล่

ท่าแมว



สำนักการแพทย์ทางเลือก
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
02-9659194



มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการแพทย์ทางเลือก
(ประเทศไทย)



กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข