



วารสารสมุนไพร

อัญชลี จูทะพุทธิ*

ชยันต์ พิเชียรสุนทร†

สมชัย บวรกิตติ†

การจัดทำคอลัมน์วารสารสมุนไพรการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอเอกสารสิ่งพิมพ์ที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการไทย แล้วรวบรวมไปจัดพิมพ์เป็นเล่มสารสนเทศของหน่วยงาน ซึ่งหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการค้นเอกสารอ้างอิง และในการวางแผนวิจัยไม่ซ้ำซ้อน.

การปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในยาแผนโบราณ

ประภัสสร ทิพย์รัตน์, พัชรินทร์ จันทรานิมิตร, ชัยพัฒน์ ธิตะจारी,
พิลาศลักษณ์ ศรีสวัสดิ์

กลุ่มงานยา ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงใหม่, อำเภอแมริม, จังหวัด
เชียงใหม่ 80180

วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๔;๑๐:๖๘๓-

การศึกษานี้เป็นการสำรวจคุณภาพและการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ของยาแผนโบราณ หรือยาสมุนไพร (แผนโบราณ) ที่จำหน่ายในจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง และแม่ฮ่องสอน ตามข้อกำหนดมาตรฐานเภสัชตำรับของไทย (Thai Pharmacopoeia) โดยวิเคราะห์ตัวอย่างยาแผนโบราณ ๒๔๘ ตัวอย่าง ช่วงปีงบประมาณ ๒๕๔๐-๒๕๔๓ พบยาที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์เกินมาตรฐานทั้งหมด ๑๒๖ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๕๐.๘) เป็นยาที่มีเลขทะเบียน (ร้อยละ ๔๖.๘) ยาที่ไม่มียาเลขทะเบียน (ร้อยละ ๖๐.๖) และยาที่ผลิตโดยโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ ๓๔.๘) เชื้อจุลินทรีย์ที่เกินมาตรฐานมีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อยีสต์และรา เอนเทอโรแบคทีเรีย และยังตรวจพบเชื้อแบคทีเรียที่เป็นอันตราย คือ เชื้อคลอสทริเดียม (*Clostridium* spp.) ด้วย

*กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

†สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสถาน

นอกจากนั้นพบว่ายาผงเป็นรูปแบบยาที่ผิดมาตรฐาน มากที่สุด (ร้อยละ ๗๙.๒).

การศึกษาผลของอบเชยในการลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

สุชาติ ศุภปิติพร*, ณัฐพล กาฬปักษ์*, ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร**

*เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จดหมายเหตุทางแพทย์ฯ ๒๕๕๔;๘๙:๑๒๐๐-๕.

โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เป็นโรคเรื้อรังที่เพิ่มภาวะเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือดเป็น ๒-๔ เท่าของคนปกติ. ผลของอบเชยในการลดระดับน้ำตาลในเลือดมีผู้ศึกษามากมายและไม่พบภาวะแทรกซ้อน. การศึกษานี้เพื่อประเมินผลของอบเชยในการลดระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๖๐ คน ซึ่งแบ่งโดยวิธีสุ่มเป็นกลุ่มที่ ๑ ได้รับแคปซูลผงอบเชยขนาด ๑.๕ กรัม/วัน และกลุ่มที่ ๒ ได้รับยาหลอก โดยทั้ง ๒ กลุ่มยังได้รับยาเบาหวานเหมือนเดิม. ระยะเวลาศึกษา ๑๒ สัปดาห์ วัดผลโดยใช้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้า, HbA1c, BUN, ครีเอตินีน, ไขมันในเลือด, เอสจีไอที และเอสจีพีที, และสังเกตผลข้างเคียงทั้งก่อนและหลังการศึกษา เปรียบเทียบระหว่าง ๒ กลุ่ม. ผลการศึกษาแสดงว่าหลังจาก

๓ เดือนระดับ HbA1c ลดลงทั้ง ๒ กลุ่ม. กลุ่มที่ ๑ ลดจากระดับร้อยละ ๘.๑๔ มาอยู่ที่ระดับร้อยละ ๗.๗๖ และกลุ่มควบคุมลดจากระดับร้อยละ ๘.๐๖ มาอยู่ที่ระดับร้อยละ ๗.๘๗ โดยไม่มีความแตกต่างสำคัญทางสถิติ. ในสัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในระดับ ≤ ๗ พบว่ากลุ่มที่ ๑ ลดลงในสัดส่วนร้อยละ ๓๕ เทียบกับกลุ่มที่ ๒ ร้อยละ ๑๕ แต่ไม่มีความแตกต่างสำคัญทางสถิติ (ไทม์-สแควร์ = ๓.๑๔, ค่าพี ๐.๐๕). นอกจากนี้ยังไม่พบความแตกต่างสำคัญทางสถิติของระดับไขมันในเลือด, น้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร ยกเว้นระดับเอสซีโอที ในกลุ่มที่ได้รับอบเชยมีระดับลดลงจาก ๒๗.๑ (๘.๗๕) มาที่ระดับ ๒๒.๕ (๕) และกลุ่มควบคุมลดลงจากระดับ ๒๔.๐๘ (๘.๕) มาที่ระดับ ๒๓.๖๓ (๘.๘๘) ค่าพี ๐.๐๐๑. สรุปว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร ๑๕๔.๔๐ ± ๒๔.๗๒ มก./ดล. ที่ได้รับยาผงอบเชยวันละ ๑.๕ กรัมไม่สามารถลดน้ำตาล, ฮีโมโกลบินเอวันซี และไขมันในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.

ทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคหมอนรองกระดูกเสื่อม

วรพจน์ เหล่าวิหิต

กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๔๙;๓๑:๖๘-๗๗.

โรคหมอนรองกระดูกเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เกิดจากการเสื่อมของหมอนรองระหว่างข้อกระดูกสันหลังจนทำให้ส่วนของหมอนรองกระดูกยื่นไปกดทับเส้นประสาทหรือไขสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ปวดศีรษะ ปวดคอ ปวดหลัง ความผิดปกติของรากประสาทและไขสันหลัง การรักษาทั่วไป เช่น การให้ยาแก้ปวดยาแก้อักเสบ กายภาพบำบัด การผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นแต่ไม่หายขาดหรือกลับมาเป็นซ้ำได้ ผู้วิจัยได้คิดค้นวิธีการบำบัด ๔ ขั้นตอน (Self natural therapy; immobilization with medication, neck and waist exercise, hanging, jogging or rope jumping) เพื่อรักษาผู้ป่วยให้หายจากอาการดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาด้วยวิธีการบำบัด ๔ ขั้นตอนในผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกเสื่อม เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าเป็นระยะเวลา ๘ สัปดาห์ ในผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกเสื่อมที่มาตรวจที่แผนกอายุรศาสตร์ ร.พ.ราชวิถีตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๘

ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการบำบัด ๔ ขั้นตอน หลังจากนั้นจะติดตามผลการรักษา พบว่าผลการรักษาของผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกเสื่อมจำนวน ๖๒ คนได้รับการรักษาด้วยวิธีการบำบัด ๔ ขั้นตอน พบว่า ๑-๒ สัปดาห์ หลังการรักษาตามขั้นตอนที่ ๑ อาการปวดคอปวดหลังหาย ร้อยละ ๔๖.๖-๗๐.๐ ของผู้ป่วย อาการแขนขาอ่อนแรงหาย ร้อยละ ๗๕.๘-๗๘.๓ ของผู้ป่วย อาการปวดเสียวขาหาย ร้อยละ ๒๙.๔-๔๗.๐ ของผู้ป่วย และการตอบสนองต่อการกระตุ้นวงจรประสาทหาย ร้อยละ ๑๓.๕-๒๕.๐ ของผู้ป่วย ใน ๔ และ ๘ สัปดาห์ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ปฏิบัติตาม ๔ ขั้นตอน จะหายมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนชัดเจนทั้ง อาการปวดคอ ปวดหลัง อาการแขนขาอ่อนแรง อาการปวดเสียวขา ผลการรักษาที่ ๔ สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวครบทั้ง ๔ ขั้นตอนมีโอกาหายจากอาการปวดคอ ปวดหลังมากกว่าเป็น ๖.๓๒ เท่า ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ เป็น ๑.๗๗-๒๔.๘๘ เท่า ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า ๐.๐๑ มีโอกาหายจาก อาการแขนขาอ่อนแรงมากกว่าเป็น ๔.๕๙๑ เท่า ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ เป็น ๒.๑๗-๙.๙๙ เท่า ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า ๐.๐๑ มีโอกาหายจากอาการปวดเสียวมากกว่าเป็น ๔.๐๔ เท่า ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ เป็น ๒.๑๓-๗.๘๐ เท่า ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า ๐.๐๑ ตามลำดับ ผลการรักษาที่ ๘ สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวครบทั้ง ๔ ขั้นตอนมีโอกาหายจากอาการปวดคอ ปวดหลังมากกว่าเป็น ๕.๗๓ เท่า ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ เป็น ๒.๓๔-๑๔.๙๖ เท่า ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า ๐.๐๑ มีโอกาหายจากอาการแขนขาอ่อนแรงมากกว่าเป็น ๓.๙๔ เท่า ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ เป็น ๒.๐๑-๗.๘๙ เท่า ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า ๐.๐๑ มีโอกาหายจากอาการปวดเสียวมากกว่าเป็น ๓.๗๕ เท่า ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ เป็น ๒.๑๒-๖.๗๐ เท่า ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า ๐.๐๑ ตามลำดับ แต่การตอบสนองต่อการกระตุ้นวงจรประสาท ไม่ได้ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ. ผลการรักษาที่ ๔ สัปดาห์ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวครบทั้ง ๔ ขั้นตอนมีอาการแสดงดีขึ้น ๑.๗๑ เท่า ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ เป็น ๐.๔๕-๖.๙๙ เท่า ระดับนัยสำคัญเท่ากับ ๐.๓๙ และที่ ๘ สัปดาห์ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวครบทั้ง ๔ ขั้นตอนมีอาการแสดงดีขึ้น ๑.๘๘ เท่า ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ เป็น ๐.๕๐-๗.๒๓ เท่า ระดับนัยสำคัญเท่ากับ ๐.๓๗ อาจสรุปได้ว่าการรักษาด้วยวิธีการบำบัดสามารถทำให้อาการของผู้

ป่วยโรคหอนรองกระดูกเสื่อมชนิด อาการปวดคอ ปวดหลัง อาการแขนขาอ่อนแรง อาการปวดเสียวชา หายได้ในระยะเวลา ๔-๘ สัปดาห์แต่ไม่พบการดีขึ้นของการตอบสนองต่อการกระตุ้นวงจรประสาทในการรักษาดังกล่าว.

ประสิทธิภาพของขิงในการป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน หลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องทางนรีเวช

ต้องตา นันทโกมล*, เด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เฝ้า*

*ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

จดหมายเหตุทางแพทย์ฯ ๒๕๔๙;๘๙:๑๓๐-๖.

การศึกษาแบบ double blind randomized controlled trial เพื่อประเมินประสิทธิภาพของขิงในการป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องทางนรีเวชในช่วงเดือนมีนาคม ๒๕๔๘-เมษายน ๒๕๔๙ ในผู้ป่วย ๑๒๐ ราย อายุ ๒๐-๖๐ ปี สุ่มแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ๆ ละ ๖๐ ราย; กลุ่ม ก ได้รับยาขิง ๒ หลอด (แคปซูล) (หลอดละ ๐.๕ กรัม) ๑ ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด และกลุ่ม ข ได้รับยาหลอก. ประเมินผลการศึกษาด้วย visual analogue nausea score (VANS) ของจำนวนครั้งที่อาเจียนและผลข้างเคียง ๒, ๖, ๑๒ และ ๒๔ ชั่วโมงหลังผ่าตัด. ผลการศึกษาแสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มยาขิงที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (๒๔ รายหรือร้อยละ ๔๘.๓ เทียบกับ ๔๐ รายหรือร้อยละ ๖๖.๗) และจำนวนครั้งที่อาเจียนน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ; ที่เวลา ๒ และ ๖ ชั่วโมงผู้ป่วยที่ได้รับยาขิงมี VANS น้อยกว่ากลุ่มยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ที่เวลา ๑๒ และ ๒๔ ชั่วโมงไม่แตกต่างกันโดยนัยสำคัญทางสถิติ. สรุปว่าขิงมีประสิทธิภาพในการป้องกันอาการคลื่นไส้หลังการผ่าตัดเปิดช่องท้องทางนรีเวช.

บทเรียนจากการกินเห็ดพิษในประเทศไทย

ประสาท โตรภวานนท์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๔๙;๓๑:๗๘-๘๐.

ในช่วงฤดูฝน จะมีเห็ดป่าเป็นจำนวนมาก ประชาชนนิยมเก็บมารับประทานเป็นอาหารโดยขาดความระมัดระวัง บางครั้งอาจเก็บเอาเห็ดที่มีพิษปะปนมาด้วย หากบริโภคเข้าไป

แล้วพิษจากเห็ดอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายจนถึงทำให้เสียชีวิตได้. เห็ดพิษมีอยู่ ๓ กลุ่มด้วยกัน คือ กลุ่มที่ ๑ มีพิษรุนแรง เมื่อกินแล้วทำให้ตายได้, กลุ่มที่ ๒ มีพิษทำให้เกิดอาการมีเนมา เกิดภาพหลอน มีผลต่อระบบทางประสาท และกลุ่มที่ ๓ เป็นพิษต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียน โดยเห็ดพิษส่วนใหญ่จะมีสีสวย มีกลิ่นหอมฉุน มีวงแหวน. เห็ดพิษบางชนิดมีพิษรุนแรงอาจแสดงอาการภายในระยะเวลา ๘-๑๒ ชั่วโมงหลังกิน. บางชนิดทำให้เกิดอาการอาเจียน มีเนมา ใจสั่น เวียนศีรษะ อ่อนเพลียหรืออาจท้องร่วงภายในเวลา ๓๐-๖๐ นาที พิษของเห็ดจะเข้าไปทำลายระบบประสาท ตับ ไต และระบบประสาทตา. สำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยจากการกินเห็ดพิษก่อนที่จะนำส่งโรงพยาบาล ต้องทำให้ผู้ป่วยอาเจียนเพื่อป้องกันไม่ให้พิษแล่นไปสู่กระแสเลือดได้แล้วนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านทันที เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น ต้องไม่กินเห็ดที่ปรุงไม่สุก และไม่ควรถูกเก็บเห็ดอ่อน หรือดอกตูมมากิน เนื่องจากเห็ดในระยะนี้ยังไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นเห็ดชนิดใด และการเก็บเห็ดป่ามาบริโภคต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ควรเลือกบริโภคเฉพาะเห็ดที่รู้จักเคยนำมาปรุงอาหารกินเท่านั้นจึงจะปลอดภัยที่สุด.

วิทยาการระบาดของ การสวนล้างพิษทางลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยคัลยกรรม

นวลพรรณ โพธิสารสกุล, จุมพล วิลาศศรี, เสาวรส พานิชย์วิสัย, พลัมพลิง ตั้งสกุลทอง, นิธน์นันท์ พรหมโสภ, ภาณุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กทม. ๑๐๔๐๐

จดหมายเหตุทางแพทย์ฯ ๒๕๕๐;๙๐:๒๓๑๐-๕.

การสวนล้างพิษทางลำไส้ใหญ่เป็นการแพทย์ทางเลือกที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน. การศึกษานี้เพื่อหาข้อมูลทางวิทยาการระบาดของพฤติกรรมนี้ในผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการสวนล้างพิษทางลำไส้ใหญ่ ได้แก่ วิธีการ, แหล่งที่ใช้, แหล่งข้อมูลที่ได้รับ, ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติ, และผลของการปฏิบัติ.

ผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามมีทั้งหมด ๑,๓๓๙ คน อุบัติการณ์การสวนล้างพิษทางลำไส้ใหญ่เท่ากับร้อยละ ๔.๗ แบ่งข้อมูลเป็นกลุ่มที่มีโรคทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และผู้ป่วยอื่น ๆ. ผู้หญิงรับการสวนล้างพิษทางลำไส้ใหญ่อ้อยละ ๘๓ และผู้ชาย

ร้อยละ ๑๖.๕. อายุของผู้รับการสวนล้างพิษทางลำไส้ใหญ่ ๒๒ - ๗๑ ปี เฉลี่ย 50 ± 11.3 ปี. กาแฟเป็นสารล้างที่ใช้มากที่สุด. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำการสวนล้างพิษด้วยตนเอง (ร้อยละ ๗๓.๖). ความถี่ของการทำส่วนใหญ่ ๑-๕ ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ ๒๖.๔). ผู้ป่วยร้อยละ ๗๘ รู้สึกดีขึ้นหลังได้รับการทำ, ร้อยละ ๑๗.๖ ไม่รู้สึกเปลี่ยนแปลง และร้อยละ ๔.๔ รู้สึกเลวลง. การมีเลือดออกทางทวารหนักเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำร้อยละ ๒.๑๙. ผู้ป่วยกลุ่มที่ทำมีโรคทางลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำแต่ไม่แตกต่างกันโดยนัยสถิติ. โรคกระเจ็งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนี้. ผู้วิจัยสรุปว่าการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคทางลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่ได้รับการล้างพิษทางลำไส้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.

สปาเรดอน

สมชัย บวรกิตติ*, ไพฑูรย์ วรณพงษ์**

*สำนักวิทยาศาสตร์ ราชบัณฑิตยสถาน, **กลุ่มงานวิจัยสิ่งแวดล้อม สถาบันเทคโนโลยีแห่งชาติ

วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๒๕๕๐;๕: ๑๐๗-๘.

ปัจจุบันนี้ สปาถูกนำไปใช้ในความหมายเป็นสถานที่พักผ่อนเพื่อสุขภาพแบบต่าง ๆ ทั่วโลก. เรดอนเป็นแก๊สเฉื่อยกัมมันตรังสีธรรมชาติมีกำเนิดในเปลือกโลกในอนุกรมยูเรเนียมจึงพบในบรรยากาศ ในน้ำใต้ดินรวมทั้งในน้ำพุร้อน ธรรมชาติด้วย. นักวิชาการส่วนใหญ่เชื่อว่าเรดอนเป็นสารก่อโรค และเป็นสาเหตุสำคัญของโรคกระเจ็งปอดรองจากการสูบบุหรี่.

การใช้แหล่งน้ำพุร้อนที่มีเรดอนในการบำบัดโรคเริ่มตั้งแต่ ๕,๐๐๐-๖,๐๐๐ ปีมาแล้วที่น้ำพุร้อน Bad Gastein ประเทศออสเตรีย. ในปัจจุบันมีสปาเรดอน (radon spa) เป็นสถานบริการการบำบัดทางเลือก (alternative medicine) หลายแห่งในโลก เช่น Misasa ที่ประเทศญี่ปุ่น, Fuerstentum Duke's mine ในประเทศเยอรมนี, Gasteiner Heilstollen ในประเทศออสเตรีย, Radium Palace ในสาธารณรัฐเช็ก, Merry Widow Mine และ Free Enterprise Mine ในรัฐมอนทานา และ Saratoga Springs ที่นครนิวยอร์ก และน้ำพุร้อนที่รัฐอริโซนา ประเทศสหรัฐอเมริกา.

โรคที่มีรายงานว่า การบำบัดทางเลือกโดยอาบแช่น้ำ

เรดอนหรือหายใจอากาศที่มีเรดอนได้ผล ได้แก่ โรคข้ออักเสบกระดูกเสื่อม, ข้ออักเสบรูห์แมทอยด์, กระดูกสันหลังอักเสบยึดติด, โรคหืดหลอดลม, โรคเก๊าต์, ไช้ละอองฟาง, ความดันโลหิตสูง, โรคลิ้นตมิก ลูปัส เอร์รี่ธมาโตซิส, เป็นต้น. ผลการรักษาเป็นแบบประสพการณ์และแนวคิดฮอว์เมอสิส (มากเป็นพิษ น้อยเป็นยา).

การยับยั้งของสารสกัดใบบัวหลวงต่อความเสียหายของพลาสมิตีเอนเอที่ถูกเหนี่ยวนำโดยอนุมูลอิสระ

มารุต ตั้งวัฒนาสุสิทธิ์*, ธัญลักษณ์ ภูมิวัฒน์*, ภูริชญา สมภาร**

*คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, **คณะบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา ๒๕๕๐;๒:๑๑๔-๙.

บัวหลวงเป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่ชาวเอเชียนำมาใช้ในการรักษาโรคต่าง ๆ รวมทั้งใช้รักษาโรคที่มีความสัมพันธ์กับการมีอนุมูลอิสระมากเกินไป. การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินหาผลการยับยั้งของสารสกัดใบบัวหลวงต่อความเสียหายของพลาสมิตีเอนเอที่ถูกเหนี่ยวนำโดยอนุมูลอิสระ. การวิเคราะห์รูปร่างตามธรรมชาติของพลาสมิตีเอนเอใช้อิเล็กโตรโฟเรซิสแบบวุ้นอะกาโรส. การศึกษาแสดงให้เห็นว่าสารสกัดบัวหลวงด้วยเอทานอล ร้อยละ ๕ มีศักยภาพป้องกันการเสียหายของดีเอนเอ และสารสกัดบัวหลวงความเข้มข้น ๘๐๐ มก./มล. สามารถยับยั้งการเสียหายของดีเอนเอได้ดีกว่าสารต้านอนุมูลอิสระมาตรฐาน กรด แอล-แอสคอร์บิก ความเข้มข้น ๔๐ มิลลิโมลาร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี น้อยกว่า ๐.๐๕).

ผลของการบริการการแพทย์แผนไทยแบบเดิมและแบบผสมผสาน ต่อความตึงเครียดด้านร่างกาย จิตใจ และความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลวังน้ำเย็น ยุทธพงษ์ ศรีมงคล, พิษณุภัสสร ไพเราะ, จันธิดา อินเทพ, พินิต ชินสร้อย

โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๐;๑๖:๔๕๖-๖๒.

วัตถุประสงค์ของการศึกษานำร่องครั้งนี้เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลในการลดความตึงเครียดด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งความพึงพอใจของผู้รับบริการรูปแบบการแพทย์แผนไทยแบบเดิมและแบบผสมผสาน. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับ

บริการที่มีอาการตึงเครียด ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ในช่วงเดือน มิถุนายน - กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗. แบบประเมินประกอบด้วย แบบประเมินความตึงเครียดด้านร่างกายที่เป็นแบบประเมินด้วยตาเห็น (visual analogues scale: VAS), แบบประเมินความตึงเครียดด้านจิตใจที่ประยุกต์มาจากแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างเองตามแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที.

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบริการรูปแบบการแพทย์แผนไทยและแบบผสมผสาน เป็นหญิง ร้อยละ ๘๔.๔ และ ๘๗.๙, มีอายุระหว่าง ๕๖-๖๐ ปี (ร้อยละ ๓๔.๓ และ ๓๓.๓), มีอาการตึงเครียดมา ๑-๕ วัน (ร้อยละ ๙๐.๖ และ ๙๗). กลุ่มตัวอย่างมีอาการตึงเครียดด้านร่างกายและจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < ๐.๐๑$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการบริการ, แต่การลดความตึงเครียดด้านร่างกายและจิตใจของทั้ง ๒ รูปแบบไม่แตกต่างกัน, และกลุ่มที่ได้รับการบริการรูปแบบการแพทย์แผนไทยแบบผสมผสานมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบริการรูปแบบการแพทย์แผนไทยแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < ๐.๐๑$).

การประเมินฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระเบื้องต้นในเครื่องดื่มที่ทำจากผลไม้และสมุนไพรไทย

นิธรา เนื่องจันทน์*, นงคราญ เรืองประพันธ์†, สุภาภรณ์ คณิตวิทยา‡, สุดชญา ศรประสิทธิ์§, ประภาพรพรณ พรมหิรัญกุล#, ภาวดี น้อยอาษา¹, บุษบง สุเร**

*ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์พิษณุโลก, †ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงใหม่,

‡ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงราย, §ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สงขลา,

#ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์นครราชสีมา, ¹ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

ขอนแก่น, **ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชลบุรี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๐;๑๖:๗๗๘-๗๘๖.

การประเมินฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระเบื้องต้นในเครื่องดื่มน้ำผลไม้และสมุนไพรพร้อมบริโภคที่ผลิตและจำหน่ายในประเทศไทย ในช่วงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๔๘ - เมษายน ๒๕๔๙ โดย

วิธี diphenylpicryl hydrazyl assay. เก็บตัวอย่างจากสถานที่ผลิตและจำหน่ายในภาคเหนือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ทั้งหมด ๑๘๔ ตัวอย่าง จำแนกผลิตภัณฑ์เป็น ๓ ชนิด ได้แก่ เครื่องดื่มชนิดน้ำ เครื่องดื่มชนิดชาชง และเครื่องดื่มชนิดผง ผลการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระเบื้องต้นพบว่า เครื่องดื่มชนิดน้ำร้อยละ ๓๐.๑ (๒๘ ตัวอย่างจาก ๙๓ ตัวอย่าง), เครื่องดื่มชนิดชาชง ร้อยละ ๒๖.๘ (๑๕ ตัวอย่างจาก ๕๖ ตัวอย่าง) และเครื่องดื่มชนิดผง ร้อยละ ๕.๗ (๒ ตัวอย่างจาก ๓๕ ตัวอย่าง) มีฤทธิ์ในการต้านอนุมูลอิสระสูงกว่าร้อยละ ๘๐. ผลไม้และสมุนไพรที่มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระสูงในเครื่องดื่มชนิดน้ำ ได้แก่ ว่านชักมดลูก กระเจี๊ยบ มะขามป้อม มะยม กระชายดำ ลูกยอ เก๊กฮวย มะม่วงหิมพานต์ สตรอเบอร์รี่ ตรีผลา มะเกี๋ยง องุ่น มะเฟือง มะเฒ่า กวาวเครือแดง. เครื่องดื่มชนิดชาชง ได้แก่ ชาหญ้า หนัาหวดแมว พลุควา หนัาหวาน ชาเขียว ใบบัวบก กระเจี๊ยบแดง มะตูม หนัาดอกขาว ฟัาทะเลลายโจร บอระเพ็ด ดอกคำฝอย. เครื่องดื่มชนิดผง ได้แก่ ใบเตย หนัาหวดแมว. นอกจากนี้ พบว่าในผลไม้ชนิดเดียวแต่ละตัวอย่าง มีฤทธิ์ในการต้านอนุมูลอิสระแตกต่างกัน. สารสำคัญที่มีการรายงานในผลไม้และสมุนไพรเหล่านี้ ได้แก่ สารในกลุ่มฟีนอลิก เช่น ฟลาโวนอยด์, โพรแอนโทไซยานิน, แอนโทไซยานิน, แทนนิน. สารเหล่านี้มีรายงานสามารถป้องกันการเกิดความเสี่ยงของเซลล์จากการทำลายของอนุมูลอิสระได้. ดังนั้น การบริโภคเครื่องดื่มเหล่านี้เหมาะสมอาจจะมีส่วนช่วยในการป้องกันโรคและเสริมสุขภาพได้.

พฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้สดของประชาชนอำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร

วิภาวี เสาหิน*, ราไพ ขวระนอง**, สัมมนา มูลสาร*

*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, **โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร

วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๐;๑๖:๗๕๙-๗๗๗.

งานวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้สดของประชาชน อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร. ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง สุ่มจาก ๗ ตำบลของอำเภอ นิคมคำสร้อย, สุ่มเลือกตำบลละ ๑ หมู่บ้าน, เลือกครัวเรือนละ ๑ คน รวม ๓๔๘ คน ซึ่งเป็นบุคคลที่จัดหาอาหารให้สมาชิกใน

ครัวเรือน. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบที, ANOVA, Kruskal-Wallis test และ Pearson's Product Moment Correlation ในช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๔๘ ถึงมกราคม ๒๕๔๙.

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๕๑.๘) มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้สดที่ถูกต้องในระดับต่ำ มีการรับรู้ปัญหาเกี่ยวกับผักผลไม้สดระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = ๓.๘) มีความถี่ของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผักผลไม้สดระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = ๒.๒), ร้อยละ ๘๕.๔ เลือกบริโภคผักผลไม้ปลอดสารพิษหรือผักพื้นบ้านเพื่อสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยร้อยละ ๖๓.๓ เลือกบริโภคผักพื้นบ้านหรือผักปลอดสารพิษมากกว่าผักผลไม้สดในท้องตลาดทั่วไป. กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาและกลุ่มประถมศึกษาศึกษามีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้สดต่ำกว่ากลุ่มอาชีวศึกษาขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า P = ๐.๐๑). ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้สดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = ๐.๓๓, ค่า P < ๐.๐๐). นอกจากนี้ ประชาชนในเขตเทศบาลยังมีคะแนนความเชื่อ (ค่า P = ๐.๐๑) เจตคติ (ค่า P = ๐.๐๒) ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องผักผลไม้สด (ค่า P < ๐.๐๐๑) และพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้สด (ค่า P = ๐.๐๓) มากกว่าประชาชนนอกเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.

การศึกษาเปรียบเทียบขิงกับยาโดเมนฮัยดรีนเตในการรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์

เด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เผ่า*, จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์*, อริตา จันทเสนานนท์*

*ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

จดหมายเหตุทางแพทย์ ๒๕๕๐;๙๐:๑๗๐๓-๕.

การศึกษาแบบ double-blind randomized controlled trial เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างขิงกับยาโดเมนฮัยดรีนเตในการบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนในสตรีมีครรภ์จำนวน ๑๗๐ ราย แบ่งกลุ่มแบบสุ่มเป็น ๒ กลุ่ม ๆ ละ ๘๕ ราย. กลุ่มที่ ๑ ได้รับยาขิง ๑ หลอด (๐.๕ กรัม) วันละ ๒ ครั้ง และกลุ่มที่ ๒ ได้รับยาโดเมนฮัยดรีนเต ๑ หลอด (๕๐ มก.) วันละ ๒ ครั้งเป็นเวลา ๗ วัน, ประเมินโดย visual analogue nausea score (VANS), จำนวนครั้งที่อาเจียน และผลข้างเคียง.

ผลการศึกษาไม่แสดงความแตกต่างสำคัญโดยนัยสถิติของคะแนนอาการคลื่นไส้ระหว่างกลุ่มทั้งสอง, ในวันที่ ๑ และ ๒ กลุ่มที่ได้รับยาขิงมีการอาเจียนบ่อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาโดเมนฮัยดรีนเตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในวันที่ ๓ - ๗ ของการรักษาจำนวนครั้งของการอาเจียนไม่แตกต่างกันทั้ง ๒ กลุ่ม. กลุ่มที่ได้รับยาขิงมีอาการง่วงนอนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาโดเมนฮัยดรีนเตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. สรุปว่ายาขิงมีประสิทธิภาพในการรักษาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนในสตรีมีครรภ์ไม่แตกต่างจากยาโดเมนฮัยดรีนเต แต่มีอาการผลข้างเคียงของยาน้อยกว่า.

ประสิทธิผลเปรียบเทียบระหว่างกาวเครือขาวกับเอสโตรเจนม้าสังเคราะห์หรือไม่ร่วมกับมีดรีกซีย์โปรเจสเทอโรนแอคซีเตตในการรักษาอาการเพสโตดอยในสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู

วีระพล จันทรดียง*, มลีนีแสงธวัช**

*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, และ**โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่, อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

จดหมายเหตุทางแพทย์ ๒๕๕๐;๙๐:๑๗๒๐-๖.

การศึกษาประเมินเปรียบเทียบระหว่างกาวเครือขาวขนาดวันละ ๕๐ มิลลิกรัมกับเอสโตรเจนม้าสังเคราะห์ (conjugated equine estrogen) วันละ ๐.๖๒๕ มิลลิกรัม ร่วมหรือไม่ร่วมกับมีดรีกซีย์โปรเจสเทอโรนแอคซีเตต (medroxyprogesterone acetate) วันละ ๒.๕ มิลลิกรัม ในการบรรเทาอาการเพสโตดอย (climacteric symptoms) ในสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู ๖๐ ราย สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มกาวเครือ ๓๐ ราย และกลุ่มเอสโตรเจน ๓๐ ราย. ผลการศึกษาแสดงว่าหลังการรักษาค่าเฉลี่ยของ modified Greene climacteric scale (MGSC) ในกลุ่ม ก และ ข ในเดือนที่ ๑, ๓ และ ๖ ลดลงตามลำดับจาก ๒๙/๓๒.๒๖ เป็น ๑๗.๘๖/ ๑๘.๑; ๑๒.๕๖/ ๙.๕๗ และ ๙.๙/๘.๑๖. ความพึงพอใจทางเวชกรรมประเมินจาก MGSC ไม่มีความแตกต่างสำคัญโดยนัยสถิติ (ค่า P = ๐.๐๕). การใช้ตัวชี้วัดประกอบในเลือด (เอสตราไดอล, สอร์โมนกระตุ้นฟอลลิเคิล, และลูทีนไนซิงก์ฮอร์โมน) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง ๒ กลุ่ม. สรุปว่ากาวเครือขาวประกอบด้วยสอร์โมนพืชมีการออกฤทธิ์คล้ายกับเอสโตรเจน (phytoestrogen) สามารถลดหรือบรรเทา

อาการเพ้อผุดผอยในวัยก่อนและหลังหมดระดู.

สารสกัด *Myristica fragrans* Houtt กระตุ้นเซลล์ เจอร์แคตให้เกิดอะพอโทสิสโดยลดการแสดงออก ของหน่วยพันธุกรรม SIRT1

จินตนา จิรถาวร*, วิสาตรี คงเจริญสุนทร†, ฐิติพร เดชดวงจันทร์†,
อลิสสา โลว์นิชพัฒน์‡, ภัทธิดา สงวนหมู่‡, ยง ภู่วรรณ§

*ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, †ภาควิชา
ชีววิทยา มหาวิทยาลัยบูรพา, ‡บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
§ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จดหมายเหตุมหาวิทยาลัย ๒๕๕๐;๓๐:๒๔๒๒-๘.

ลูกจันทน์เทศ [*Myristica fragrans* Houtt (nutmeg)]
เป็นพืชสมุนไพรที่มีรายงานว่าสารสกัดมีฤทธิ์ต้านแบคทีเรีย
และไวรัส และทำลายเซลล์มะเร็ง แต่กลไกการออกฤทธิ์ยังไม่
เป็นที่ทราบชัด. การศึกษาเพื่อดูผลของสารสกัดลูกจันทน์
เทศต่อการเพิ่มจำนวนเซลล์มะเร็งชนิดเจอร์แคตด้วยวิธี MTT
assay ศึกษาการเกิดอะพอโทสิส โดยย้อมเซลล์ด้วยสาร
แอนเนกซิน วี และดูการแสดงออกของหน่วยพันธุกรรม SIRT
1 ด้วยวิธี RT-PCR พบว่าสารสกัดลูกจันทน์เทศเข้มข้น ๔๐ และ
๑๐๐ ไมโครกรัม/มิลลิลิตร ยับยั้งการเพิ่มจำนวนเซลล์เจอร์แคต
โดยการกระตุ้นให้เกิดอะพอโทสิส. เมื่อวัดด้วยวิธีการย้อมด้วย
แอนเนกซินวี พบว่าสารสกัดในปริมาณเพียง ๑๐ ไมโครกรัม/
มิลลิลิตร สามารถลดการแสดงออกของหน่วยพันธุกรรม SIRT
1 ได้ และกลไกหนึ่งในการกระตุ้นอะพอโทสิส เกิดจากการ
ลดการแสดงออกของหน่วยพันธุกรรม SIRT 1. สรุปว่าสารสกัด
ลูกจันทน์เทศกระตุ้นให้เซลล์เจอร์แคตตายโดยอะพอโทสิสโดย

กลไกการลดการแสดงออกของหน่วยพันธุกรรม SIRT1.

ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดเมล็ดมะขามด้วย เมธานอล

ยุทธนา สุตะเจริญ

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต

วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา ๒๕๕๐;๒:๑๔๖-๘.

การทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดเมธานอล
จากเมล็ดมะขาม ในการลดอนุมูลอิสระชนิด DPPH และ Lipid
peroxide พบว่ามีฤทธิ์ ดังนั้นฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสาร
สกัดเมธานอลจากเมล็ดมะขามอาจมีประโยชน์ต่อสุขภาพได้.

ศิลปกรรมบำบัดเด็กเหื่อน้ำหนักดินถล่มที่อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

เลิศศิริ บวรกิตติ

คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๐;๑:๓๑๔-๓๒.

ศิลปกรรมบำบัดเป็นศาสตร์แขนงหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เป็นวิธี
บำบัดภาวะผิดปกติทางจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะ
ประเภทที่เกิดจากการได้รับการทำร้ายจิตใจ. คณะผู้วิจัยได้นำ
วิธีการไปประยุกต์ใช้ในเด็กผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจ
จากภัยธรรมชาติ ๘ ราย พบว่าได้ผล ๗ ราย (ร้อยละ ๘๗.๕)
จึงสรุปว่าศิลปกรรมบำบัดเป็นวิธีทางเลือกที่ใช้ได้ผลในผู้ป่วย
ในระยะเริ่มแรกที่ยังมีอาการยังไม่รุนแรงถึงระดับที่ต้องได้รับการ
รักษาทางจิตเวช.