

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของหญ้าดอกขาว (*Vernonia Cinerea* (L) Less) กับ bupropion ในการบำบัดผู้ติดบุหรี่

วิโรจน์ วีรชัย พ.บ.*, อภินัย ชินพิพัฒน์ พ.บ.*, สำเนา นิลบรรพ์ พย.ม.*, สมพร สุวรรณมาโจ ภม.*, รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง วท.ม.*, รุ่งลาวัลย์ พันธุ์สวัสดิ์ ค.บ.*, ลัดดา ขอบทอง วท.ม.*, ดวงใจ ดวงฤทธิ์ พร.ด.**

*สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

**คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

Abstract

The Comparision of Effectiveness Between *Vernonia Cinerea* (L) Less and bupropion Smoking Cessation

Verachai V*, Chinpipat A*, Nilaban S*, Suwanmajo S*, Thanatheerabunjong R*, Pansawat R*, Khobthong L*, Duangrithi D**

*Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

**Faculty of Pharmacy, Rangsit University

This study aimed to compare effectiveness between *Vernonia Cinerea* (L) and bupropion for smoking cessation as well as to study adverse events of *Vernonia Cinerea*.

Methodology: The randomized double blind controlled trial with two-parallel groups was conducted in Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment during 2008-2010. The 89 smokers from private companies, government sectors and state enterprises were voluntarily enrolled. Of these, 45 smokers were in *Vernonia Cinerea* group while the rest were in bupropion group. The participants in *Vernonia Cinerea* group were given 4 gm tea bag three times a day and bupropion identical placebo 1 tablet daily after meal on the first 3 days and followed by 4 gm tea bag three times a day and 1 placebo tablet 2 times a day to complete 7 weeks. The participants in bupropion group were given bupropion 150 mg daily after meal on the first 3 days and followed by 1 tablet 2 times a day to complete 7 weeks and *Vernonia Cinerea* tea bag identical placebo three times a day. The target quit date was the eighth day of treatment. Education and

counseling about smoking cessation by doctors, pharmacists and nurses were delivered to participants in both groups at week 0, 2, 4 and 7. Tobacco abstinence was followed up every month and evaluated by participants themselves and urine nicotine.

Results: The participants were 35.84 ± 7.85 years of age and smoked 14.74 ± 6.60 tobacco/day. Of all participants, 52.8% had smoked for 10-20 years with Fagerstom test for nicotine dependence of 4.67 ± 2.41 . Physical and laboratory examinations before and after treatment were within normal limit in both groups. The abstinence rate continued after treatment at week 7 were 15.6% in *Vernonia Cinerea* group and 25% in bupropion group ($p=0.267$). At week 16, there were 11.11% in *Vernonia Cinerea* group and 11.4% in bupropion group ($p=0.778$). At the end of treatment in week 24, there were 11.11% in *Vernonia Cinerea* group and 6.8% in bupropion group ($p=0.308$). The most common adverse events of *Vernonia Cinerea* were vertigo/headache (53.3%) followed by tingling tongue (28.9%) and dry throat (26.7%). Similarly, they were vertigo/ headache (50%) followed by insomnia (31.8%) and dry throat (26.7%) in bupropion group.

Conclusion: *Vernonia Cinerea* tea showed the similar effectiveness with bupropion. During 7 weeks of treatment, there was no serious adverse event among patients in *Vernonia Cinerea* group.

Key words : smoking cessation, bupropion, *Vernonia Cinerea* (L) Less

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวกับ bupropion ในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ของผู้ติดบุหรี่และศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ติดบุหรี่ที่ใช้หญ้าดอกขาวในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่

วิธีการวิจัย การวิจัยทางคลินิก (clinical trial) แบบ randomized double blind controlled trial two-parallel groups คัดเลือกอาสาสมัครที่ติดบุหรี่ในสถานประกอบการ ราชการ และรัฐวิสาหกิจ จำนวน 89 คน โดยสุ่มแบ่งเข้ากลุ่มศึกษา 45 คน และกลุ่มควบคุม 44 คน กลุ่มศึกษาได้รับชาชงหญ้าดอกขาวปริมาณ 4 กรัม ต่อชง ผสมน้ำ 1 แก้ว ต้มวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เช้า - กลางวัน - เย็น และยาหลอกลักษณะคล้ายยา bupropion รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารใน 3 วันแรก วันที่ 4 ให้ครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า - เย็นเป็นเวลา 7 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับ bupropion ขนาด 150 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารใน 3 วันแรก วันที่ 4 ให้ครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า - เย็น เป็นเวลา 7 สัปดาห์ และยาหลอกที่เป็นลักษณะเป็นชาชงคล้ายชาชงหญ้าดอกขาว ครั้งละ 1 ชง (ชงละ 4 กรัม) ผสมน้ำ 1 แก้ว ต้มวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เช้า - กลางวัน - เย็น กำหนดวันเลิกบุหรี่เป็นวันที่ 8 ของการรักษา ทั้ง 2 กลุ่มได้รับความรู้ คำปรึกษา และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่จากทีมแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 0 2 4 และ 7 หลังจากนั้นดำเนินการติดตามผลการเลิกบุหรี่ทุกเดือนรวมทั้งสิ้น 6 เดือน ผลการเลิกบุหรี่ได้จากรายงานโดยตัวผู้ป่วยเอง และยืนยันผลด้วยการตรวจโคตินินในปัสสาวะ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดบุหรี่มีอายุเฉลี่ย 35.84 ± 7.85 ปี สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 14.74 ± 6.60 มวน ร้อยละ 52.8 สูบบุหรี่มานาน 10-20 ปี มีคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบการติดนิโคติน (Fagerstom test for nicotine

dependence (FTND)) 4.67 ± 2.41 ผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, FBS, LFT, RFT) ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนและหลังการรับประทานยา หลังสิ้นสุดระยะเวลาการรักษาเมื่ออัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence rate, CAR) ในสัปดาห์ที่ 7 กลุ่มที่ดื่มชาหย้าดอกขาวสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 15.6 กลุ่มที่รับประทานยา bupropion เลิกได้ร้อยละ 25 ($p=0.267$) สัปดาห์ที่ 16 อัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันร้อยละ 11.11 และ 11.4 ตามลำดับ ($p=0.778$) เมื่อสิ้นสุดการรักษาในสัปดาห์ที่ 24 กลุ่มที่ดื่มชาหย้าดอกขาวมีอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องร้อยละ 11.11 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่รับประทานยา bupropion ที่มีค่าร้อยละ 6.8 ตามลำดับ ($p=0.308$) อย่างไรก็ตามอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องของทั้งสองกลุ่ม ณ ช่วงเวลาต่างๆ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของการใช้ชาหย้าดอกขาวพบว่า มีอาการเวียนศีรษะ/ปวดศีรษะมากที่สุดร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ ชาลิ้น ร้อยละ 28.9 และคอแห้ง ร้อยละ 26.7 ส่วนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของยา bupropion พบว่า มีอาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ มากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมา คือ นอนไม่หลับ ร้อยละ 31.8 และคอแห้ง ร้อยละ 26.7

สรุป ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าชาหย้าดอกขาวมีประสิทธิภาพในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ไม่แตกต่างกับ bupropion และไม่พบอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงตลอดระยะเวลาการติดตามกันนาน 7 อาทิตย์

คำสำคัญ : ผู้ติดบุหรี่ หย้าดอกขาว บุโพรพ็อน

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรงและยาวนาน นิโคตินในบุหรี่เป็นสารเสพติดหลักที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความยากลำบากในการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากเมื่อร่างกายขาดนิโคตินจะรู้สึกทรมาน มีอาการกระสับกระส่าย ง่วงเหงาหาวนอน ขาดสมาธิทำงานได้ไม่ดี กังวล หิว นอนไม่หลับ อาการจะเป็นมากที่สุดในวันที่สองและสามของการอดบุหรี่ และจะค่อยๆ ลดลงภายใน 7-10 วัน¹ การเลิกบุหรี่สามารถเลิกได้ด้วยตนเองโดยวิธีการหักดิบแต่อัตราสำเร็จจากการเลิกบุหรี่ติดตามในระยะเวลา 1 ปี สามารถเลิกได้เพียงร้อยละ 5-7 แต่ถ้าใช้รวมกับการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20-30¹ ปัจจุบันมีวิธีการบำบัดเพื่อให้เลิกบุหรี่โดยใช้ยา แบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ การให้นิโคตินทดแทน (Nicotine

Replacement Therapy) ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ แบบแผ่นปิดผิวหนัง (transdermal patch) และแบบหมากฝรั่งเคี้ยว (chewing gum) และการใช้ยาที่ไม่ใช่นิโคตินทดแทน ได้แก่ บุโพรพ็อน (Bupropion) จากการศึกษาพบว่ายาทั้งสองกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 17-30² เท่านั้น และพบว่ายามีผลข้างเคียง กล่าวคือนิโคตินทดแทนแบบแผ่นปิดผิวหนัง จะเกิดอาการระคายเคืองผิวหนัง คัน แสบ ร้อนแดงพบได้ถึงร้อยละ 50 นิโคตินทดแทนแบบหมากฝรั่งเคี้ยว จะพบแผลในช่องปาก ปวดกราม สะอึก เรอ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ และบุโพรพ็อน จะมีผลทำให้ seizure threshold ลดลงได้ ต้องระวังในการใช้กับผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลมชัก³ อีกทั้งยายังมีราคาแพง ถ้ารักษาผู้ป่วยจนครบตามแนวทางเวชปฏิบัติซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา 7-12 สัปดาห์ มีค่าใช้จ่ายประมาณ 3,000 - 12,000 บาท⁴ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้ครบตามกำหนดและเป็น

สาเหตุของการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่

หญ้านดอกขาว มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Vernonia Cinerea* (L) Less หรือมีชื่อเรียกต่างๆ กันในหลายท้องถิ่น เช่น หมอน้อย หญ้าละออง หญ้าสามวัน ก้านรูปถั่วแระดิน เป็นต้น มีสรรพคุณทางพื้นบ้านคือ แก้ไข้ รักษาตับอักเสบ ลดความดันโลหิตสูง รักษาโรคหอบ แก้ท้องเสีย รักษาแผลบวมอักเสบ มีหนอง ช่วยให้คล่องตัว ทำให้ไม่อยากบุหรี่ย⁵ เป็นสมุนไพรที่อยู่ในตำรับยาพื้นบ้านของประเทศต่างๆ มีการศึกษาความปลอดภัยโดยการทดสอบความเป็นพิษ พบว่าเมื่อฉีดสารสกัดทั้งต้นด้วย 50 % เอทานอลเข้าช่องท้องหนูถีบจักร ขนาดสูงสุดที่มีการศึกษาและยังไม่เกิดอาการพิษมีค่าเท่ากับ 500 มก./กก.⁶ ส่วนขนาดที่ทำให้สัตว์ทดลองตายเป็นจำนวนครึ่งหนึ่งเมื่อฉีดเข้าช่องท้องหนูถีบจักรมีค่าเท่ากับ 1.874 กรัม/กก.⁷ ด้านการศึกษาในคนพบว่ามีการใช้หญ้านดอกขาวเพื่อลดการขับออกซาเลตในปัสสาวะในผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 80 คน โดยรับประทานสารสกัดหญ้านดอกขาวปริมาณ 96 มก./วัน แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์ พบว่าหญ้านดอกขาวสามารถลดการขับออกซาเลตในปัสสาวะได้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญและไม่มีรายงานการเกิดพิษ⁸ และการศึกษาในผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 255 คน โดยให้รับประทานสารสกัดหญ้านดอกขาวปริมาณ 96 มก./วัน เป็นเวลา 3 เดือน พบว่า ร้อยละ 91.3 หายจากโรคและไม่มีรายงานการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้หญ้านดอกขาว⁹

ปัจจุบันได้มีการนำหญ้านดอกขาวมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ในหลายๆ แห่ง จากรายงานการศึกษาของฉวีวรรณ ดวงจรและคณะ¹⁰ ศึกษาเปรียบเทียบผลการลดการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพรในปี 2538 โดยใช้หญ้านดอกขาวกับยาหลอก (ใบเตยหอมและดอกเก๊กฮวย)

พบว่า หญ้านดอกขาวสามารถลดและเลิกการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 62 และ 33 อีก 1 ปี ต่อมา ศักดิ์วิชา ไชยสวัสดิ์ และมนัชา มรรคอนันตโชติ¹¹ ศึกษาการบำบัดผู้ติดบุหรี่ด้วยการใช้หญ้านดอกขาวและธรรมชาติบำบัดที่โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย โดยใช้สมุนไพรหญ้านดอกขาวในรูปของชาชงซองละ 4 กรัม ชงกับน้ำร้อน ครั้งละ 1 ซองต่อน้ำ 1 แก้ว ดื่มเป็นประจำวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เป็นเวลา 15 วัน มีผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 62 ราย ติดตามผลระยะเวลา 4 เดือน มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.35 โดยมีเหตุผลสำคัญในการเลิกสูบบุหรี่ คือ ชาลิ้น กินอาหารไม่อร่อย และไม่อยากสูบบุหรี่ รู้สึกเหม็นกลิ่นบุหรี่ สิบแล้วรู้สึกอยากอาเจียน

ต่อมาในปี 2549 ปรีดา เบญจนากาศกุล¹² ได้ศึกษาประสิทธิภาพของหญ้านดอกขาวในการเลิกบุหรี่ ในสถาบันธัญญารักษ์ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง แบบ randomized single blind placebo-controlled two-parallel group โดยให้ชาชงหญ้านดอกขาวเปรียบเทียบกับยาหลอก (ชาชงใบหม่อน) ขนาด 1 ซอง (3 กรัม) ต่อน้ำ 150 มิลลิตร ดื่มวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จจากเภสัชกร กำหนดวันเลิกบุหรี่เป็นวันที่ 8 ของการได้รับชาชงติดตามและประเมินผลการเลิกบุหรี่ในสัปดาห์ที่ 2 4 8 12 และ 16 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานชาชงหญ้านดอกขาว มีผู้เข้าร่วมโครงการ 64 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้านดอกขาวมีอัตราเลิกอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 37.5 34.4 31.3 21.8 และ 21.8 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องร้อยละ 34.4 25.0 18.8 12.5 และ 12.59 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ ก่อนวันประเมินผล (point prevalence abstinence rate (PAR)) ในกลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว มีอัตราการเลิกบุหรี่ตลอดสัปดาห์ก่อนวันประเมินผล ร้อยละ 37.5 46.9 46.9 43.8 40.6 และ 34.4 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอัตราการเลิกบุหรี่ตลอดสัปดาห์ก่อนวันประเมินผล ร้อยละ 34.4 34.4 28.1 21.9 21.9 และ 15.6 ซึ่งไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่พบว่าอัตราการเลิก บุหรี่อย่างต่อเนื่องและอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผลของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมตลอดระยะเวลาติดตามผล แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดมากที่สุดคือ ชาลิ้น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และเวียนศีรษะ แต่อัตราการ เกิดไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม จากการศึกษาดังที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ นับได้ว่าสมุนไพรหญ้าดอกขาวอาจเป็นทางเลือก อีกทางหนึ่งสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ เนื่องจาก เป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่สามารถหาได้ง่ายและมี ราคาถูก แต่พบว่าจากการศึกษาของทั้งสามแห่งนั้น มีการให้หญ้าดอกขาวเป็นระยะเวลาเพียง 2 สัปดาห์ และยังไม่มีการเปรียบเทียบกับยาซึ่งเป็นมาตรฐาน ในการบำบัดที่เป็นสากล ได้แก่ Bupropion และ Nicotine replacement therapy ซึ่งถือได้ว่าเป็นยาลำดับแรกที่เหมาะสมให้ใช้เพื่อการเลิกบุหรี่ ของ AUS public Health Service ในปี ค.ศ. 2000 โดยจะให้ยาเป็นระยะเวลา 7-12 สัปดาห์ ดังนั้น สถาบันธัญญารักษ์จึงได้ดำเนินการศึกษา ประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาวในการบำบัดผู้ ติดบุหรี่โดยเปรียบเทียบกับ bupropion เพื่อ เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดผู้ติดบุหรี่ และ สนับสนุนสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ในการบำบัด

รักษาบุหรี่ยังมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ ชัดเจน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Randomized, double-blind, placebo-controlled ซึ่งดำเนินการระหว่างปี 2551 -2553 ในสถาน ประกอบการ ราชการ และรัฐวิสาหกิจ ได้รับการ รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ของสถาบันธัญญารักษ์

กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครที่ติดบุหรี่ใน สถานประกอบการ ราชการ และรัฐวิสาหกิจ จำนวน 89 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย โปรแกรม PS Power and Sample size Calculation Version 2.1.30 อ้างอิงจากการศึกษาของ Roddy E¹³ ศึกษาประสิทธิภาพของ bupropion พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่ต่อเนื่องในระยะยาว ร้อยละ 19 ส่วนการศึกษานี้คาดว่าอัตราการ เลิกบุหรี่ของผู้ติดบุหรี่ที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยา bupropion ร้อยละ 15 กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ (two – sided) Power 80% ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 39 คน และประมาณ การว่ามีผู้ป้วยออกระหว่างการวิจัย (Drop out) ร้อยละ 20 จึงมีกลุ่มตัวอย่างเพิ่มกลุ่มละ 8 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม เท่ากับ 47 คน รวมทั้งหมดเป็น 94 คน คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ติดบุหรี่ และต้องการเลิกบุหรี่ อายุ 18 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิง ไม่เสพยาเสพติดอื่นร่วมด้วย ไม่เคย ได้รับการบำบัดหรือได้รับยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่หรือ ได้รับยาอื่นมาแล้วแต่ยังไม่สำเร็จ และกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ ไม่ต่ำกว่า 3 เดือนประเมินระดับความ ต้องการเลิกบุหรี่ ตาม transtheroretical model

อยู่ในระดับ preparation และ action และมีเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัยคือ มีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายได้ เช่นโรคหัวใจ โรคเมเร็ง โรคตับ โรคไต มีความผิดปกติทางระบบประสาท หรือมีภาวะซึมเศร้า ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร จัดเข้ากลุ่มโดยการสุ่มแบบ block randomization แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง จะได้รับชาชงหญ้าดอกขาว 1 ชอง (4 กรัม) ชงกับน้ำร้อน 150 CC ทิ้งไว้ 15-20 นาที ทานขณะอุ่นๆ หลังอาหาร 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็น ร่วมกับยาที่มีลักษณะเหมือน Bupropion โดย 3 วันแรก รับประทานวันละ 1 เม็ด ตอนเช้า หลังจากนั้นรับประทาน 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น จนครบ 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับยา Bupropion และชาหลอก (ชาใบหม่อน) วิธีการรับประทานเช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับความรู้ คำปรึกษา และการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่จากทีมแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 0 2 4 และ 7 ก่อนเข้าร่วมการวิจัยให้อาสาสมัครลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรทุกราย หลังจากนั้นสัมภาษณ์ประวัติทั่วไป ประวัติการสูบบุหรี่ ประเมินการติดนิโคติน ตามแบบทดสอบ Fagerstom test for nicotine dependence (FTND) และประเมินปัจจัยในการติดบุหรี่ ตรวจ

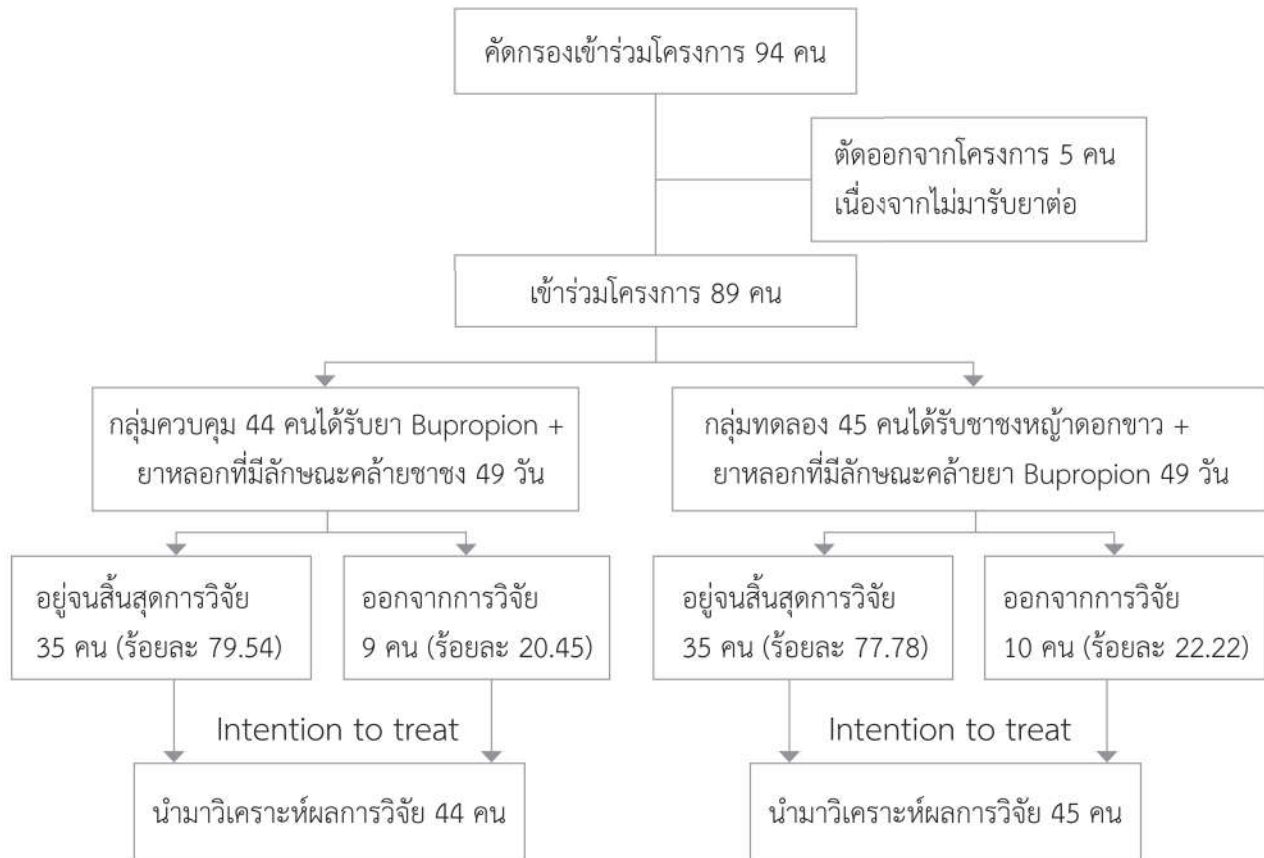
ทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ปัสสาวะ (UA) การทำงานของตับ (LFT) และการทำงานของไต (RFT) ในวันแรก และสัปดาห์ที่ 7

ผลิตภัณฑ์ชาชงหญ้าดอกขาว (*Vernonia cinerea*) นี้จะเตรียมในลักษณะชาชง บรรจุ 4 กรัม โดยคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี มีขั้นตอนการทำชาชง โดยการล้าง ตากแห้ง และ อบ โดยตู้อบแห้ง (hot air oven) ที่อุณหภูมิ 50-70 C ทำการ Standardize โดยวิเคราะห์ปริมาณ luteolin โดยวิธี Thin Layer chromatography

ติดตามผลการเลิกบุหรี่ โดย self report ภายหลังกำหนดวันเลิกบุหรี่ (quit date) คือวันที่ 8 ตรวจปัสสาวะหาสารโคตินิน เพื่อยืนยันการเลิกบุหรี่ ในวันที่ครบสัปดาห์ที่ 2, 7, 12, 16 และ 24 และประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในวันที่ครบสัปดาห์ที่ 2, 4, 7 นับจากวันเริ่มต้นรับประทานยา การติดตามโดยทีมแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล 4 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 2, 4, 7, 12) และ การติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 16 และ 24)

เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2551 ถึงเดือนมกราคม 2552 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 89 คน เป็นกลุ่มทดลอง 45 คน และกลุ่มควบคุม 44 คน ซึ่งสรุปการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนภูมิต่อไปนี้

แผนภูมิการเก็บรวบรวมข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แบบ intention - to - treat โดยใช้จำนวนและ ร้อยละ, χ^2 test หรือ Fisher's exact test หรือ Independent

t- test และ Odds ratio เพื่อหาความสัมพันธ์ของอัตราเลิกบุหรี่ ต่อเนื่องระหว่างกลุ่มที่ได้รับ Bupropion (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว (VC)

ผล

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะพื้นฐาน	VC	BP	p- value
เพศ (คน, %)	N = 45	N=44	
ชาย	42 (93.3%)	39 (88.6%)	0.439
หญิง	3 (6.7%)	5 (11.4%)	
อายุ ; ปี (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	33.56 $\pm$ 7.14	38.29 $\pm$ 7.91	0.004 *
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	16.93 $\pm$ 3.40	18.89 $\pm$ 4.8	0.03*
จำนวน บุหรี่ ที่สูบบุหรี่ต่อวัน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	14.11 $\pm$ 5.34	15.39 $\pm$ 7.69	0.368
จำนวนปี ที่สูบบุหรี่ (ปี) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	15.36 $\pm$ 6.67	18.73 $\pm$ 8.39	0.39
จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่ (ครั้ง) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	1.77 $\pm$ 0.951	1.84 $\pm$ 1.71	0.855
Fagerstrom Test for nicotine dependence (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	4.42 $\pm$ 2.03	4.93 $\pm$ 2.74	0.324
Baseline Liver function test			
AST	23.56 $\pm$ 7.8	27.66 $\pm$ 10.70	0.79
ALT	22.20 $\pm$ 11.03	32.46 $\pm$ 20.92	0.009*
Baseline Renal function test			
BUN	11.37 $\pm$ 2.75	12.88 $\pm$ 4.132	0.117
Cr	1.08 $\pm$ 0.152	1.09 $\pm$ 1.43	0.831

ตารางที่ 1 ผู้ติดบุหรี่กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วน เพศ จำนวน บุหรี่ ที่สูบบุหรี่ต่อวัน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวนปี ที่สูบบุหรี่ จำนวนครั้งของความพยายามเลิกบุหรี่ คะแนนเฉลี่ย จากแบบทดสอบการติดยาโคติน (Fagerstom test

for nicotine dependence (FTND)) ผลการตรวจ AST และ RFT) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ และผลการตรวจ ALT แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ความร่วมมือในการรับประทานยา

	รวม (N=89)	กลุ่ม VC (45)	กลุ่ม Bupropion (44)	p-value
ความร่วมมือในการรับประทานยา	64.49 $\pm$ 26.19 (100, 0)	73.83 $\pm$ 19.33 (100, 13.49)	53.02 $\pm$ 29.24 (97, 0)	.007*

ตารางที่ 2 กลุ่มที่ได้รับยาชงหลอดอกขาว มีความร่วมมือในการรับประทานชา ร้อยละ 73.83 มากกว่า กลุ่มที่ได้รับยา Bupropion ร้อยละ 53.02 อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจาก Bupropion เกิดอาการข้างเคียง ต่อระบบประสาท เช่น มึนงง นอนไม่หลับ ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของอาสาสมัคร ส่วนกลุ่มที่รับประทานชาชงหลอดอกขาวไม่ถึง

ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ไม่มีอุปสรรคในการชงชา เนื่องจากต้องไปทำงานนอกสถานที่ และพักอาศัย อยู่ในหอพักคนเดียว

(หมายเหตุ : ความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินจากการที่อาสาสมัครรับประทานยา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งที่ต้อง รับประทานยาทั้งหมด)

ตารางที่ 3 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Continuous abstinence) และอัตราการเลิกบุหรี่ ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (point prevalence abstinence)

ข้อมูล	Continuous abstinence rate (ร้อยละ)		Point prevalence abstinence rate (ร้อยละ)	
	กลุ่ม VC (n=45)	กลุ่ม BP (n=44)	กลุ่ม VC (n=45)	กลุ่ม BP (n=44)
สัปดาห์ที่ 2	9 (20)	15 (34.1)	9 (20)	15 (34.1)
χ^2 /p-value	2.24 / 0.134		2.24 / 0.134	
Odds ratio (95%CI)	0.48 (0.17 - 1.39)		0.48 (0.17 - 1.39)	
สัปดาห์ที่ 4	8 (17.8)	15 (34.1)	10 (22.22)	17 (38.6)
χ^2 /p-value	3.08 / 0.79		2.83 / 0.092	
Odds ratio (95%CI)	0.42 (0.14 - 1.24)		0.45 (0.16 - 1.26)	
สัปดาห์ที่ 7	7 (15.6)	11 (25)	13 (28.9)	15 (34.1)
χ^2 /p-value	1.23 / 0.267		.279 / .597	
Odds ratio (95%CI)	0.55 (0.17 - 1.77)		0.79(0.29 - 2.11)	
สัปดาห์ที่ 12	6 (13.3)	10 (22.7)	10 (22.2)	14 (31.8)
χ^2 /p-value	1.33 / 0.249		1.040 / .308	
Odds ratio (95%CI)	0.52 (0.15 - 1.79)		0.61(0.21 - 1.74)	
สัปดาห์ที่ 16	5 (11.11)	5 (11.4)	9 (20.0)	7 (15.9)
χ^2 /p-value	0.80 / 0.778		.252 / .615	
Odds ratio (95%CI)	0.98 (0.22 - 4.30)		1.32(0.39 - 4.48)	
สัปดาห์ที่ 20	5 (11.11)	4 (9.1)	7 (15.6)	6 (13.6)
χ^2 /p-value	0.40 / 0.526		0.066 / .798	
Odds ratio (95%CI)	1.25 (0.26 - 6.08)		1.17(0.31 - 4.39)	
สัปดาห์ที่ 24	5 (11.11)	3 (6.8)	6 (13.3)	8 (18.2)
χ^2 /p-value	1.03 / 0.308		.395 / .530	
Odds ratio (95%CI)	1.71 (0.32 - 9.78)		0.69(0.19 - 2.49)	

* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$

χ^2 = ค่า Chi-square

ตารางที่ 3 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (7- day Point prevalence abstinence Rate) (Continuous abstinence rate) และอัตราการ ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เลิกบุหรี่ ตลอด 1 สัปดาห์ ก่อนวันประเมินผล ทางสถิติ

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาวต่ออัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดการรักษาและ อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนสิ้นสุดการรักษา

ปัจจัย	อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ณ สัปดาห์ที่ 24		อัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ ณ สัปดาห์ที่ 24	
	Adjusted OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI
กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับหญ้าดอกขาว	2.506	0.152-41.277	0.333	0.068-1.641
อายุ	0.840	0.694-1.015	0.974	0.883-1.074
การศึกษา	1.726	0.129-23.095	0.772	0.187-3.196
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่	1.791	1.027-3.125	1.087	0.882-1.338
การเข้ารับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่	0.001	0.000-0.380	0.032	0.001-1.123
ระดับนิโคติน	0.570	0.038-8.500	1.661	0.399-6.917
ระดับ ALT ก่อนการรักษา	0.949	0.097-9.271	1.452	0.304-6.946

เนื่องจากมีตัวแปรบางค่าของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อลดอคติต่อผลการวิจัยจึงใช้วิธีการทางสถิติคือการถดถอยโลจิสติกเพื่อควบคุมผลของตัวแปรเหล่านี้ต่อตัวแปรที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการรักษา ซึ่งได้แก่อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดการรักษา ณ สัปดาห์ที่ 24 และอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนสิ้นสุดการรักษา

ณ สัปดาห์ที่ 24 ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า เมื่อควบคุมผลของตัวแปรดังกล่าวแล้ว พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับหญ้าดอกขาวจะมีอัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับ bupropion 2.5 เท่า แต่ผู้ป่วยที่ได้รับ bupropion จะมีอัตราการเลิกบุหรี่ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนสิ้นสุดการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับหญ้าดอกขาว 3 เท่า

ตารางที่ 5 แสดงอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้หญ้าดอกขาวเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

อาการอันไม่พึงประสงค์	กลุ่มศึกษา (VC)	กลุ่มควบคุม (BP)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ชาลิ้น ไม่รับรสอาหาร	27 (18.5)	20 (12.9)
ปวดท้อง	4 (.7)	0
คลื่นไส้ / อาเจียน	10 (6.8)	11 (7.1)

ตารางที่ 5 แสดงอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ยาอดอกขาวเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (ต่อ)

อาการอันไม่พึงประสงค์	กลุ่มศึกษา (VC)	กลุ่มควบคุม (BP)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เวียนศีรษะ / ปวดศีรษะ	41 (28.1)	42 (27.1)
หน้ามืด	2 (1.4)	4 (2.6)
ใจสั่น	3 (2.1)	1 (0.7)
นอนไม่หลับ	16 (10.9)	29 (18.7)
ปากแห้ง	41 (28.1)	40 (25.8)
ผื่นคัน	2 (1.4)	3 (1.94)
ท้องผูก	0	5 (3.2)
รวม	146 (100.0)	155 (100.0)

ตารางที่ 5 จากการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ Bupropion พบอาการเวียนศีรษะ ร้อยละ 27.10 มากที่สุด อาการปากแห้ง ร้อยละ 27.1 และอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 18.7 ตามลำดับ ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ที่พบไม่รุนแรง และอาการค่อยๆ หายไป ยกเว้นในกลุ่มที่ได้รับยาอดอกขาว พบอาการปากแห้งยังคงอยู่ และพบเพิ่มขึ้นตลอดการรับประทานยา และอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นสัปดาห์ที่ 7

พบร้อยละ 10.9 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ได้รับ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการตรวจนับเม็ดเลือด (CBC) การทำงานของตับ (LFT) และการทำงานของไต (RFT) ก่อนและหลังรับประทานยาของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล [ค่าปกติ]	กลุ่ม VC			กลุ่ม Bupropion		
	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value ^a (ก่อน-หลัง)	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value ^a (ก่อน-หลัง)
	[ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด]			[ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด]		
	สัปดาห์ที่ 0 (n=41)	สัปดาห์ที่ 7 (n=41)		สัปดาห์ที่ 0 (n=41)	สัปดาห์ที่ 7 (n=41)	
Complete Blood Count (CBC)						
Hb [13.6-17.2g/dL]	14.63 ± 1.32	14.73 ± 1.34	0.368	15.00 ± 1.24	14.77 ± 1.23	.077
Hct [40-52%]	44.15 ±3.64	44.77 ± 3.74	.145	45.14 ±3.66	44.68 ± 3.50	.319

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการตรวจนับเม็ดเลือด (CBC) การทำงานของตับ (LFT) และการทำงานของไต (RFT) ก่อนและหลังรับประทานยาของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูล [ค่าปกติ]	กลุ่ม VC			กลุ่ม Bupropion		
	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value ^a (ก่อน-หลัง)	ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value ^a (ก่อน-หลัง)
	[ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด]			[ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด]		
	สัปดาห์ที่ 0 (n=41)	สัปดาห์ที่ 7 (n=41)		สัปดาห์ที่ 0 (n=41)	สัปดาห์ที่ 7 (n=41)	
Liver Function Test (LFT)						
AST [0-50U/L]	23.56 ± 7.8	22.46 ± 5.7	.340	27.66 ± 10.70	28.56 ± 17.56	.673
ALT [0-65U/L]	22.20 ± 11.03	24.46 ± 13.98	.142	32.46 ± 20.92	36.51 ± 34.15	.387
ALP [35-130U/L]	79.80 ± 20.37	77.02 ± 24.73	.366	78.22 ± 20.81	79.17 ± 23.93	.718
Renal Function Test (RFT)						
BUN [7-20mg/dL]	11.37 ± 2.75	10.32 ± .479	.036*	12.88 ± 4.13	12.15 ± 3.99	.266
SrCr [0.6-1.3mg/dL]	1.08 ± .152	1.11 ± .173	.186	1.09 ± .143	1.13 ± .162	.060

หมายเหตุ* = แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $\alpha=0.05$ (Hb=Hemoglobin, Hct=Hematocrit, ALT=Alanine Aminotransferase, AST=Aspartate, ALP=Aminotransferase Alkaline Phosphatase, SrCr=serum creatinine, BUN=Blood Urea Nitrogen)

ตารางที่ 6 แสดงถึงค่าการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการของเม็ดเลือด ค่าการทำงานของตับ ทั้งในกลุ่มศึกษา (กลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว) และกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ได้รับ bupropion) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ก่อนและหลังการรับประทานยาทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนค่าการทำงานของไต (BUN, SrCr) กลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว มีค่าการทำงานของ BUN ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากที่ได้รับชาชง 49 วัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับ

bupropion ไม่มีความแตกต่างทั้งค่า BUN และ SrCr หลังจากได้รับยาครบ 49 วัน

วิจารณ์

ประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวยังได้รับการยืนยันดังจะเห็นได้จากการใช้ชาชงหญ้าดอกขาวในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ในสถานพยาบาลหลายแห่ง อาทิ โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร โรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก และโรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี¹³ และต่อมาชาชงหญ้าดอกขาวได้ถูกบรรจุลงในบัญชียาจากสมุนไพร บัญชียาหลักแห่งชาติปี พ.ศ. 2554¹⁴ สำหรับการออกฤทธิ์ของหญ้าดอกขาวในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่นั้นอาจมี

ส่วนเกี่ยวข้องกับนิโคติน เนื่องจากมีรายงานว่าพบนิโคตินปริมาณต่ำในสารสกัดที่ได้จากการเคี้ยวใบและดอกของหญ้าดอกขาว¹⁵ ทั้งนี้หญ้าดอกขาวอาจออกฤทธิ์ในลักษณะเช่นเดียวกับการให้นิโคตินทดแทน ในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ (nicotine replacement therapy; NRT) นอกจากนั้นหญ้าดอกขาวยังออกฤทธิ์ทางอ่อนที่แตกต่างกันโดยผ่านกลไกใน 2 ลักษณะกล่าวคือ กลไกแรกออกฤทธิ์ลดอาการจากการถอนนิโคติน โดยผ่านสาร beta endorphin ดลระวี ลีลารุ่งระยับ และคณะ¹⁶ รายงานว่าพบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของสารดังกล่าวในพลาสมาของผู้ติดบุหรี่ที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาวเมื่อเทียบกับค่าเริ่มต้นก่อนได้รับชาชง โดยที่ Crain¹⁷ รายงานว่าสาร beta endorphin สามารถลดความวิตกกังวลได้ ดังนั้นสารนี้อาจช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินได้ ส่วนกลไกที่ 2 เกิดผ่านการรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลงไปผลการศึกษาของ ศุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ ปรีดา เบญจนากาศกุล ธนภัทร ทรงศักดิ์ สมพร สุวรรณมาโจ และวิโรจน์ วีระชัย¹⁸ พบว่าผู้ติดบุหรี่รายงานว่าไม่อยากสูบบุหรี่หลังจากได้รับชาหญ้าดอกขาวเนื่องจากไม่ชอบรสชาติและกลิ่นของบุหรี่ในขณะที่ bupropion ซึ่งมีฤทธิ์เพิ่มสารสื่อประสาทโดปามีนโดยไปลดการเก็บกลับของสารสื่อประสาทนี้จึงสามารถใช้ในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ได้¹⁹

ซึ่งจากการศึกษานี้ ในสัปดาห์ที่ 7 อัตราการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence rate, CAR) และอัตราการเลิกบุหรี่ ตลอด 1 สัปดาห์ก่อนวันประเมินผล (7-day Point prevalence abstinence Rate) กลุ่ม Bupropion มีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับชาชงหญ้าดอกขาว อาจเนื่องมาจากการออกฤทธิ์ของ bupropion ซึ่งมี

ฤทธิ์โดยตรงต่อสารสื่อประสาท โดยเพิ่มสารสื่อประสาทโดปามีนโดยไปลดการเก็บกลับของสารสื่อประสาทนี้จึงสามารถใช้ในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ได้¹⁹ และจากการติดตาม สัปดาห์ที่ 16 อัตราการเลิกบุหรี่ของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันร้อยละ 11.11 และ 11.4 ตามลำดับ ($p=0.778$) ในสัปดาห์ที่ 24 กลุ่มที่ดื่มชาหญ้าดอกขาวสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่รับประทานยา bupropion ร้อยละ 11.11 และ 6.8 ตามลำดับ ($p=0.308$) แต่อัตราการเลิกบุหรี่ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา bupropion พบมากกว่าในกลุ่ม VC ได้แก่ มีอาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะมากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมา คือ นอนไม่หลับ ร้อยละ 31.8 และคอแห้งร้อยละ 26.7 ทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่ต้องการรับประทานยาต่อเนื่อง ตลอดจนอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จในระยะยาว ได้แก่ อายุเฉลี่ย อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ของกลุ่ม Bupropion สูงกว่ากลุ่ม VC อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ Tombor L, shahab L, Brown J และ West R²⁰ ซึ่งสำรวจผู้สูบบุหรี่ในประเทศอังกฤษ รายงานว่า คนที่อายุมาก เพศชาย มีการติดนิโคตินมาก มีแรงจูงใจต่ำ ไม่มีความพยายามที่จะเลิกในปีที่ผ่านมา ยังมีความสุขในการสูบบุหรี่และรู้ตัวว่าติดบุหรี่ จะเลิกบุหรี่ยาก

ด้านอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้หญ้าดอกขาวพบว่า มีอาการเวียนศีรษะ/ปวดศีรษะมากที่สุดร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ ชาลิ้นร้อยละ 28.9 และคอแห้ง ร้อยละ 26.7 สอดคล้องกับ ศักดิ์วีชา ไชยสวัสดิ์ และมนัชยา มรรคอนันตโชติ¹¹ ปรีดา เบญจนากาศกุล¹² และดลระวี ลีลารุ่งระยับ¹⁶ ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ของยา bupropion

พบว่า มีอาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ มากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมาคือ นอนไม่หลับ ร้อยละ 31.8 และคอแห้งร้อยละ 26.7

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแสดงให้เห็นว่าภายหลังการให้ชาสมุนไพรดอกขาวนาน 7 สัปดาห์ ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับยา bupropion เว้นแต่ BUN มีค่าลดลงในกลุ่ม VC อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Marya และ singa⁹ และ Kekade²¹ ที่ใช้สารสกัดเข้มข้นชาดอกขาวทั้งต้นในการขับออกซาลेटในผู้ป่วยโรคนี้ โดยได้รับประทานปริมาณ 96 มิลลิกรัม แบ่งรับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 และ 6 เดือน พบว่าไม่มีอาการเกิดพิษทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ดังนั้นชาสมุนไพรดอกขาวมีประสิทธิภาพผลไม่แตกต่างกับ bupropion ในการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ของผู้ติดบุหรี่และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ในการให้รับประทานติดต่อกัน 7 อาทิตย์ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก คณะผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะว่าควรทำการศึกษาต่อไปในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และศึกษาความเป็นพิษในระยะยาว และพัฒนาผลิตภัณฑ์ในรูปแบบที่เหมาะสมต่อไปเพื่อเป็นทางเลือกในการเลิกบุหรี่ที่มีราคาถูกเหมาะสมกับบริบทของคนไทย

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่. ใน: บุขบา จินดาวิจักษ์ณ์, สุวัฒนา จุฬารัตนพล, ปรีชา มณฑาทิฏกุล, เนติ สุขสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ก้าวใหม่ของเภสัชกรงานบริหารผู้ป่วยนอก. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2546. หน้า 153-74.
2. U.S. Department of Health and Human Services. Treatment tobacco use and dependence: A clinical practice guideline (AHRQ Publication No. 00-0032)
3. Saenghirunvattana, S. Smoking cessation. Rama Med J. 1991; 22(1): 4-10.
4. ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช. คู่มือบัญชียาหลัก โรงพยาบาลศิริราช (อัดสำเนา). กรุงเทพมหานคร. ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช; 2548.
5. นริศรา ยิ้มแย้ม. ฤทธิ์ของชาดอกขาวอีกทางเลือกหนึ่งของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่. จุลสารบุหรืและสุขภาพ 2541; 8 (1): 15-6.
6. Dhar ML, Dhar D, DhawanBN, Mehrotra BN, Ray C. Screening of indian plants for biological activity: Part 1. Indian J Exp Bio. 1968; 6: 232-47.
7. Muir CK. Depressant action of an extract of Vernonia cinerea. Med J Malasia. 1981; 36: 119-21.
8. Pendse, A.K., Ghosh R, Goyal A, Singh PP. Effect of indigenous drugs on idiopathi chyperoxaluria in stone formers. Asian Medical Journal 1984; 2: 136-9.
9. Marya SK, Singla S. Role of Cystone in management of Ureteric Calculi. Medicine and Surgery 1993; December: 21-4.
10. ฉวีวรรณ ดวงจร และคณะ. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาสมุนไพรชาดอกขาวกับยาหลอกในการลดการสูบบุหรี่. ในกลุ่มงานวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย. รวมบทความวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร; 2550.
11. ศักดิ์วิศา ไชยสวัสดิ์, มนัษยา มรรคอนันตโชติ. การศึกษารูปแบบการบำบัดผู้ติดบุหรี่ด้วยการใช้ชาดอกขาวและธรรมชาติบำบัด ของโรงพยาบาลเทิง จังหวัด

- เจียงราย. นนทบุรี: สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
12. ปรีดา เบญจนากาศกุล. ประสิทธิภาพของหญ้าดอกขาว ในการเลิกบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
 13. Paeratakul O. Chemical Constituents, Biological Activity of Vernonia Cinerea (L.) Less., and its Formulation Development as a Smoking Cessation Aid. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*. 2010; 8 (1): 81-92.
 14. บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2554. บัญชียาจากสมุนไพร. สืบค้นจาก www.dms.moph.go.th/dmsweb/main_page/herbal_book.pdf.
 15. สุนันทา สุขสุมิตร. สมุนไพรหญ้าดอกขาว. Available from: <http://www.thaihealth.or.th/health-content/article/18857>.
 16. Leelarungrayub D, Pratanaphon S, PothongsununP, Sriboonreung T, Yankai A, Bloomer RJ. Vernoniacinerea Less.supplementation and strenuous exercise reduce smoke rate: relation to oxidative stress status and beta-endorphin release in active smokers. *J Int Soc Sports Nutr* 2010 May 26; 7: 21.
 17. Crain S, Crain MA, Crain SM. Emotional and Physical Distress Relief Using a Novel Endorphinergic Formulation. *JBBS*. 2013; 3(6): 441-53.
 18. Supakit Wongwiwatthananut, Preeda Bebjanakaskul, Thanapat Songsak, Somporn Suwanmajo and Viroj Verachai. EFFICACY OF VERNONIA CINEREA FOR SMOKING CESSATION. *J Health Res*. 2009; 23(1): 31-36.
 19. Wilkes S. The use of bupropion SR incigarette smoking cessation. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2008; 3(1): 45-53.
 20. Tombor I, Shahab L, Brown J, West R. Positive smoker identity as a barrier to quitting smoking: Findings from a national survey of smokers in England. *Drug Alcohol Depend*. 2013; 133 (2): 740-745.
 21. Kekade, S.R. Cystone Therapy in urolithiasis. *Probe*. 1985; 24(3): 167-8.