

ผลของการรักษาแพทย์ทางเลือกที่มีต่อการเลื่อนและ/หรือการลดขนาดยาเคมีบำบัด  
ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ใหญ่ของรพ.จุฬาลงกรณ์

นางสาวขวัญญา ระเบิดทศพร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECT OF COMPLIMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE ON DOSE INTENSITY OF  
CHEMOTHERAPY TREATMENT IN KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL  
IN THAI PATIENTS WITH BREAST, LUNG AND COLON CANCERS

Miss Chawanya Rabilossaporn



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science Program in Medicine  
Department of Medicine  
Faculty of Medicine  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2014  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการรักษาแพทย์ทางเลือกที่มีต่อการเลื่อนและ/หรือ การลดขนาดยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและ มะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ใหญ่ของรพ.จุฬาลงกรณ์
โดย	นางสาวขวัญญา ระเบิดทศพร
สาขาวิชา	อายุรศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ นายแพทย์สีบพงศ์ ธนสารวิมล

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โสภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ชูชญา สอนกระต่าย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(อาจารย์ นายแพทย์สีบพงศ์ ธนสารวิมล)

.....กรรมการ  
(อาจารย์ นายแพทย์พิสุทธิ กตเวทิน)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ แพทย์หญิงศุทธิณี อธิธิเมฆินทร์)

ขวัญญา ระบิลทศพร : ผลของการรักษาแพทย์ทางเลือกที่มีต่อการเคลื่อนไหวและการลดขนาดยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ใหญ่ของรพ.จุฬาลงกรณ์ (EFFECT OF COMPLIMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE ON DOSE INTENSITY OF CHEMOTHERAPY TREATMENT IN KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL IN THAI PATIENTS WITH BREAST, LUNG AND COLON CANCERS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. นพ.สืบพงศ์ ธนสารวิมล, 80 หน้า.

ที่มา: การแพทย์ทางเลือกนั้นเป็นที่นิยมในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย ในปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนมากที่รักษาการแพทย์ทางเลือกควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อศึกษาผลของการรักษาแพทย์ทางเลือกที่มีผลต่อการรับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาหาเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนนัดให้ยาเคมีหรือลดขนาดยาเคมีบำบัด, ปริมาณยาเคมีบำบัดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้และไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกขณะรับยาเคมีบำบัด

วิธีการศึกษา: ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มารับยาเคมีสูตร Adriamycin/cyclophosphamide, สูตร carboplatin/paclitaxel หรือ สูตร carboplatin/gemcitabine และสูตร XELOX ครั้งที่ 1 ที่หน่วยเคมีบำบัด รพ.จุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2558 โดยทำการสัมภาษณ์ซึ่งหน้าผู้ป่วยทุกคน เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของการเลื่อนและหรือลดยาเคมีบำบัด, Relative dose intensity ของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ, คะแนนคุณภาพชีวิต และอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยที่รักษาและไม่ได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก โดยกำหนดความสำคัญทางสถิติไว้ที่  $p=0.05$

ผลการศึกษา: จากผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษาจำนวน 181 ราย มีผู้ป่วย 80 รายที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก คิดเป็นร้อยละ 44.2 โดยเหตุผลหลักที่รักษาแพทย์ทางเลือกเพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดเพื่อช่วยตนเองเพิ่มจากการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อช่วยให้การรักษาโรคได้ผลดียิ่งขึ้น (ร้อยละ 26.9) และ เพื่อลดความรุนแรงของผลข้างเคียงจากวิธีการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและสามารถทนต่อผลข้างเคียงนั้นได้ดีขึ้น (ร้อยละ 26.9) การแพทย์ทางเลือกที่ผู้ป่วยนิยมที่สุดคือ สมุนไพร (ร้อยละ 65.0) และร้อยละ 71.3 ของผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้แจ้งแพทย์ผู้รักษาว่ารักษาแพทย์ทางเลือกมีการเลื่อนและ/หรือลดยาเคมีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 40 ราย จากทั้งหมด 76 รายคิดเป็นร้อยละ 52.6 ไม่แตกต่างกับ 48 ราย จากจำนวนทั้งหมด 97 รายคิดเป็นร้อยละ 49.5 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก (จำนวน) ( $p=0.685$ ) อัตราการเลื่อนยาเคมีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 28.9 ไม่แตกต่างกับร้อยละ 27.8 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก ( $p=0.872$ ) อัตราการลดขนาดยาเคมีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รักษาแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 39.5 ไม่แตกต่างกับ ร้อยละ 37.1 อัตราการลดขนาดยาเคมีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก ( $p=0.751$ ), ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกทุกคนที่ได้รับยาเคมีบำบัด 4 ครั้งมีค่าเฉลี่ยของ Relative dose intensity ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก คือร้อยละ 92.37 เทียบกับร้อยละ 94.07 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ,  $p = 0.244$  อย่างไรก็ตาม พบผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยมี Relative dose intensity น้อยกว่าร้อยละ 90 ในผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกถึงร้อยละ 34.78 มากกว่าร้อยละ 19.78 ในผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก,  $p=0.033$  ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีคะแนนความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจดีกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก ( $p=0.029$ ) ผู้ป่วยที่รักษาแพทย์ทางเลือกมีภาวะโลหิตจางมากกว่า (ร้อยละ 63.3 เทียบกับร้อยละ 53.1 และ  $p=0.007$ ) และมีภาวะอ่อนเพลียมากกว่า (ร้อยละ 65.8 เทียบกับร้อยละ 61.2 และ  $p=0.033$ ) ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก

ผลสรุปงานวิจัย: การศึกษาที่ไปข้างหน้าี้แสดงให้เห็นถึงการเลื่อนและลดยาเคมีบำบัดที่ไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยที่รักษาและไม่ได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก แม้ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจะมีความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจดีกว่า แต่ปริมาณยาเคมีบำบัดที่ได้รับโดยรวมน้อยกว่า และอาการข้างเคียงบางอย่างมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก แพทย์โรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัดจึงควรให้ความสำคัญในการสอบถามถึงการรักษาแพทย์ทางเลือกของผู้ป่วย และผู้ป่วยควรมีตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดได้เมื่อใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกร่วมกับยาเคมีบำบัด

ภาควิชา อายุรศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา อายุรศาสตร์

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก .....

ปีการศึกษา 2557

# # 5674024230 : MAJOR MEDICINE

KEYWORDS: COMPLEMENTARY MEDICINE AND ALTERNATIVE MEDICINE / CANCER PATIENT / DOSE INTENSITY / CHEMOTHERAPY

CHAWANYA RABILTOSAPORN: EFFECT OF COMPLIMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE ON DOSE INTENSITY OF CHEMOTHERAPY TREATMENT IN KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL IN THAI PATIENTS WITH BREAST, LUNG AND COLON CANCERS. ADVISOR: SUEBPONG TANASANVIMON, M.D., 80 pp.

Background: Complementary and Alternative Medicine (CAM) was generally used among cancer patients worldwide including Thailand. Currently, many cancer patients use CAM along with conventional therapy. This prospective study was conducted to show the effect of CAM on chemotherapy delivery in Thai cancer patients.

Method: During January 2014 to February 2015, the patients with breast, non-small cell lung or colorectal cancer receiving first cycle of adriamycin plus cyclophosphamide, carboplatin plus paclitaxel or gemcitabine and capecitabine plus oxaliplatin regimens, respectively, at King Chulalongkorn Memorial Hospital were enrolled. We completed face-to-face interviewing to all patients. The correlation between CAM using and chemotherapy schedule delay and dose reduction, chemotherapy dose intensity, quality of life and adverse event rates were analysed.

Results: There were 80 patients (44.20%) using CAM from 181 enrolled patients. The major reasons for CAM use were to improve efficacy (26.9%) and reduce side effects (26.9%) of the conventional therapy. Herbal medicine was most commonly used (65.0%). Among CAM users, 71.3% did not inform their oncologists. Seventy six CAM users and 97 non-CAM users receiving 2<sup>nd</sup> cycle of chemotherapy were included for primary analysis. The chemotherapy schedules were delayed and/or reduced in 40 (52.6%) and 48 (49.5%) in CAM users and non-CAM users, respectively,  $p = 0.681$ . The chemotherapy schedules were delayed in 22 (28.9%) and 27 (27.8%) in CAM users and non-CAM users, respectively,  $p = 0.872$ . The chemotherapy dose reduction occurred in 30 (39.5%) and 36 (37.1%) in CAM users and non-CAM users, respectively,  $p = 0.751$ . The mean relative dose intensity was lower in CAM user but no statistical significance. However, compared to non-CAM users, there were significantly more CAM users receiving chemotherapy less than 90% relative dose intensity (34.78% vs 19.78%,  $p = 0.033$ ). CAM users had better emotional well being according to both time of quality assessment by FACT-G,  $p = 0.031$  and  $p = 0.029$ , respectively. CAM users had significantly higher rates of anemia (63.3% vs 53.1%,  $p = 0.007$ ), and malaise (65.8% vs 61.2%,  $p = 0.033$ ).

Conclusion: This prospective study in Thai cancer patients demonstrated similar overall rates of chemotherapy schedule delay and dose reduction between CAM users and non-CAM users receiving chemotherapy. Although certain aspect of quality of life was better, there were more some adverse events and less chemotherapy dose intensity in CAM users. Acquiring of CAM using data should be encouraged among the oncologists. The cancer patients should be aware of possibility of adverse effects of CAM use during chemotherapy treatment.

Department: Medicine

Field of Study: Medicine

Academic Year: 2014

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีรายนามดังต่อไปนี้ที่ได้ช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

1. อาจารย์ นายแพทย์สีบพงศ์ ธนสารวิมล หัวหน้าหน่วยโรคมะเร็ง ภาควิชาอายุรศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้ความรู้ ข้อคิด และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย  
มาตลอด

2. รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์

3. อาจารย์ แพทย์หญิงนภา ปริญญานิติกุล

4. อาจารย์ แพทย์หญิงปิยะดา สิทธิเดชไพบูลย์

5. อาจารย์ แพทย์หญิงณัฏฐา ภู่วรรณ

6. อาจารย์ แพทย์หญิงชนิดา วินะยานุวัติน

อาจารย์หน่วยโรคมะเร็งทุกท่านที่ให้ความรู้ข้อคิด และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์  
แก่ผู้วิจัยมาตลอด

7. ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ชัชฌา สวนกระต่าย

8. อาจารย์ นายแพทย์พิสุทธ์ กตเวทิน

9. อาจารย์ แพทย์หญิงศุทธิณี อธิเมฆินทร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย

10. นางพลอยดวงพร วงศ์ชนะภัย

11. นางสาวเพ็ญพิชชา วงศ์ชนะภัย

ผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยในงานวิจัย

12. นางศิริพรรณ โฉมใส

13. นางบังอร สถานะ

เจ้าหน้าที่หน่วยโรคมะเร็ง ผู้ดูแลเวชระเบียนของผู้ป่วยในแผนก

14. นางสาวศกลวรรณ พรทิพย์ปฎิมา

พยาบาลวิจัย ผู้ช่วยแจ้งรายละเอียดงานวิจัยให้แก่ผู้ป่วยในแผนก

15. แพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาอายุรศาสตร์โรคทุกท่าน

16. ผู้ป่วยทุกท่านที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ .....	ฏ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	6
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	7
1.4 สมมติฐานของการวิจัย.....	7
1.5 กรอบความคิดในการวิจัย.....	8
1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	9
1.7 ข้อจำกัดของการวิจัย.....	9
1.8 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	9
1.9 ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	12
1.10 ปัญหาทางจริยธรรม.....	13
บทที่ 2 การปริทัศน์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	14
2.1 การรักษาแพทย์ทางเลือก.....	14
2.2 ผลของการรักษาแพทย์ทางเลือกที่มีต่อการรักษามะเร็ง .....	16

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	19
3.1 รูปแบบการวิจัย .....	19
3.2 ระเบียบวิธีการวิจัย.....	19
3.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง .....	20
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	20
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	22
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	24
4.1 ลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษา.....	24
4.2 ลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยในกลุ่มที่รักษาแพทย์ทางเลือก และกลุ่มที่ไม่ได้รักษา แพทย์ทางเลือก .....	26
4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาการแพทย์ทางเลือก .....	30
4.4 อัตราการเลื่อนยาเคมีบำบัด, อัตราการลดขนาดยาเคมีบำบัด และ Relative dose intensity ในผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ ทางเลือก .....	34
4.5 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม FACT-G ในผู้ป่วยที่ใช้การ รักษาแพทย์ทางเลือก และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก.....	38
4.6 อัตราการเกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก .....	40
บทที่ 5 อภิปรายผล สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	50
5.1 อภิปรายผลการวิจัย .....	50
5.2 สรุปผลการวิจัย.....	55
5.3 ข้อเสนอแนะ .....	56
รายการอ้างอิง .....	58
ภาคผนวก.....	64



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ ..... 80



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอด และ มะเร็งลำไส้ใหญ่ (n=181).....	24
ตารางที่ 2 แสดงลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก .....	27
ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาการแพทย์ทางเลือก (N=80) .....	32
ตารางที่ 4 จำแนกชนิดของสมุนไพรตามความนิยมของผู้ป่วย.....	33
ตารางที่ 5 จำแนกชนิดของอาหารเสริมตามความนิยมของผู้ป่วย .....	33
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดและถูกลดขนาดยาเคมีบำบัด จำแนก ตามการรักษาแพทย์ทางเลือก .....	36
ตารางที่ 7 แสดง Relative dose intensity ของยาเคมีบำบัดแต่ละสูตร จำแนกตามการรักษา แพทย์ทางเลือก .....	37
ตารางที่ 8 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก.....	39
ตารางที่ 9 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตครั้งที่ 1 และ 2 จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก .....	40
ตารางที่ 10 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด จำแนกตามการรักษา แพทย์ทางเลือก .....	43
ตารางที่ 11 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AC ที่ถูกเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดและถูกลด ขนาดยาเคมีบำบัด จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก .....	45
ตารางที่ 12 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AC จำแนกตามการรักษา แพทย์ทางเลือก .....	47
ตารางที่ 13 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AC ที่ได้รับการสัมภาษณ์ คุณภาพชีวิตครั้งที่ 1 และ 2 จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก .....	48
ตารางที่ 14 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AC จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก .....	49

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
--	---



## คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

CAM	Complementary and alternative medicine
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
AC	AdriamycinCyclophosphamide
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy – General
PWB	Physical Well-being
SWB	Social/Family Well-being
EWB	Emotional Well-being
FWB	Functional Well-being
CTCAE	Common Toxicity Criteria Adverse Event
mg	milligram
m <sup>2</sup>	meter square
AUC	area under curve
RDI	Relative dose intensity

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ในปัจจุบันนอกจากการรักษาโรคด้วยวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (Conventional Medicine) ยังมีการแพทย์ทางเลือกซึ่งมีหลายชนิด ซึ่งเมื่อพูดถึงแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยก็มักจะนึกถึง “ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน” ซึ่งเกิดจากความคิดของชาวบ้านทั่วไป แต่ในความเป็นจริงแล้ว คำว่าการแพทย์ทางเลือกนั้นหมายรวมถึงการรักษาอีกหลายอย่างและเป็นการรักษาที่ภาครัฐให้การสนับสนุน โดยการแพทย์ทางเลือกทั่วโลกอาจจำแนกได้ถึง 200-300 ชนิด (สุขจันทร์ พงษ์ประไพ 2551 : ออนไลน์)ประเทศที่เป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้มีการประชุมในปี ค.ศ. 2001 โดยให้คำจำกัดความของการแพทย์เสริมและการแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine หรือ CAM) ว่ากลุ่มของเวชปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพแบบกว้างๆซึ่งไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบแผนเดิมของประเทศนั้นและไม่ได้รวมอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพกระแสหลักทั้งนี้หลักการสำคัญคือไม่ละทิ้งการแพทย์แผนปัจจุบันหากเป็นการรักษาการเจ็บป่วย

สำหรับในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกองการแพทย์ทางเลือก (2551 : ออนไลน์) ให้ความหมายการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) ว่า “การแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบันการแพทย์แผนไทย (การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) หมายถึงระบบการแพทย์แผนดั้งเดิมของไทยเกิดจากการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้านที่มีการจัดระบบองค์ความรู้แล้วกับการแพทย์อายุรเวทของอินเดียโดยมีคัมภีร์ตำราต่างๆที่สืบทอดมาเป็นเวลานานและใช้เป็นแม่บทหลักของระบบองค์ความรู้) และการแพทย์พื้นบ้านไทย (การแพทย์พื้นบ้านไทย (Thai Indigenous Medicine) หมายถึงการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชนแบบดั้งเดิมจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตเกี่ยวข้องกับความเชื่อพิธีกรรมวัฒนธรรมประเพณีและทรัพยากรที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่นและเป็นที่ยอมรับของชุมชนนั้นๆ) การแพทย์อื่นๆที่เหลือถือเป็นการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด”<sup>(1)</sup>

สำหรับในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกองการแพทย์ทางเลือก (2551 : ออนไลน์) ได้แบ่งการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

1. กลุ่มศาสตร์หรือเทคนิคของศาสตร์เพื่อการปรับสมดุลของธาตุ/สารชีวภาพในร่างกาย ได้แก่ สมุนไพรชนชาติต่างๆ สูตรอาหารต่างๆ ได้แก่ อาหารแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics), อาหารเจ, อาหารมังสวิรัต, อาหารเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยวิตามินบำบัด (Megavitamin), ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร, การล้างพิษ (Detoxification), สารชีวภาพอื่นๆ เช่น โฮมิโอพาที (Homeopathy), การบำบัดโดยใช้เซลล์ (Bio-Molecular Therapy) และการขับสารพิษ (Chelation Therapy) ฯลฯ

2. กลุ่มศาสตร์/เทคนิคของศาสตร์เพื่อการปรับสมดุลของโครงสร้างร่างกาย (กระดูก/กล้ามเนื้อ) ได้แก่ การนวดตัดตึงในวัฒนธรรมต่างๆ , การจัดกระดูกแบบจีน, การจัดกระดูกสันหลัง (Chiropractic Therapy), ดุขภาพบำบัด และการออกกำลังกายแบบต่างๆ เช่น โยคะ, ชี่กง, โทเก็ท และวาริบำบัด (Hydrotherapy) ฯลฯ

3. กลุ่มศาสตร์/เทคนิคของศาสตร์เพื่อปรับสมดุลของพลังในร่างกายความสัมพันธ์กาย-จิต ได้แก่ สมุนไพรในวัฒนธรรมต่างๆ การเสริมพลังในวัฒนธรรมต่างๆ ได้แก่ พลังกายทิพย์, พลังจักรวาล, พลังออรา, พลังปิรามิด, โยเร, โยคะ, โทเก็ท, ชี่กง, Biospectrum, พลังจิต, การสะกดจิต, จินตภาพบำบัด, เวทมนตร์, การฝังเข็ม (Acupuncture), การกดจุด (Reflexology), ดนตรีบำบัด (Music Therapy), สุนทรบำบัด (AromaTherapy) และสนามแม่เหล็กบำบัด (Magnetic Field Therapy) ฯลฯ

ในปัจจุบันการใช้การแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยได้รับความนิยมมากขึ้นในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554. 2550 : 14) ได้กล่าวถึงกระแสความตื่นตัวของวงการแพทย์ทางเลือกว่ามาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคร้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ในชุมชนชั้นกลางที่มีชีวิตแปลกแยกอยู่ในเมืองและต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคเมเร็งการใส่ใจเรื่องสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกจึงกลายเป็นทางออกจากภาวะบีบคั้นของวิถีชีวิตสมัยใหม่รวมทั้งการส่งเสริมการขายการโฆษณาการขายตรงและการโอ้อวดเกินจริงในบางกรณีมีส่วนชักจูงให้มีกาบริโภคมากขึ้น (นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี และวรรณภา ศรีวิริยานุภาพ. 2550 : 24)

ตัวอย่างความนิยมของการใช้การแพทย์ทางเลือกในสังคมไทยเช่นความนิยมในการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีแนวโน้มการใช้เพิ่มขึ้นข้อมูลในเดือนตุลาคม 2549 พบว่ามีการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประมาณ 5,000 ทะเบียนและคนไทยบริโภคอาหารเสริมประเภทสมุนไพรและเครื่องดื่มสมุนไพรสูงกว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี มณฑกา ธีรชัยกุล (2548 :ออนไลน์) ได้รวบรวมและรายงานสถานการณ์การแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยทั้งด้านการบริการและการนำไปใช้โดยในปี

พ.ศ. 2546 กองการแพทย์ทางเลือกได้สำรวจการให้บริการการแพทย์ทางเลือกในสถานประกอบการสุขภาพจำนวน 377 แห่งทั่วประเทศพบว่าสถานประกอบการที่มีการดำเนินการการแพทย์ทางเลือก ได้แก่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 48 แห่ง (ร้อยละ 52.17) โรงพยาบาลชุมชน 59 แห่ง (ร้อยละ 8.19) และโรงพยาบาลเอกชน 22 แห่ง (ร้อยละ 11.81) โดยชนิดของการแพทย์ทางเลือกที่ให้บริการมากที่สุดคือ การฝังเข็ม (ร้อยละ 65.89) ส่วนการให้บริการอื่นๆเช่นการทำตุลยาบำบัดซึ่งงดดนตรีบำบัดในเด็กก้อทิสติกการฝึกสมาธิวาริบำบัดการจัดโปรแกรมอาหารสุขภาพฯ อาหารสุขภาพฯ นอกจากนี้มีการวิจัยเชิงสำรวจในภาพรวมของประชาชนที่เกี่ยวข้องคือของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2540 (2542 :20-21) โดยศึกษาจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานเอกชนที่มีบทบาทการดำเนินงานด้านการแพทย์ทางเลือกถึงเทคนิคเฉพาะของศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่ได้รับความนิยมและถูกเลือกมาใช้ในกลุ่มเป้าหมายผลการสำรวจประเมินความนิยมใน 3 อันดับ ดังนี้

อันดับที่ 1 การนวด (Massage), การออกกำลังกาย (Exercise), การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายด้วยน้ำผัก/ผลไม้ (Juice Therapy), สมาธิ (Meditation), การผ่อนคลาย (Relaxation) และโยคะ (Yoga)

อันดับที่ 2 การอดอาหารเพื่อสุขภาพ (Fasting), การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Lifestyle Change), อาหารธรรมชาติ (Natural Food), การฝึกจังหวะหายใจ (Breathing Pattern), การให้คำปรึกษาแนะแนว (Counseling), ดนตรีบำบัด (Music Therapy) และสมุนไพร (Herbals)

อันดับที่ 3 การฝังเข็ม (Acupuncture), การสวนล้างลำไส้ (Colon Therapy), การล้างพิษ (Detoxification), การรักษาด้วยอาหาร (Nutritional Therapy), การบำบัดด้วยอาหารเสริม (Nutrition Supplement), แมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotic) และจินตภาพบำบัด (Guide Imaginary) จากการสำรวจข้อมูลและการดูแลสุขภาพทางเลือกในคนไทยปีพ.ศ. 2543 (สมพร เตรียมชัยศรีและคณะ 2543 อ้างถึงใน มณฑกา ธีรชัยกุล. 2548 : ออนไลน์)

สรุปได้ว่า ศาสตร์ที่คนไทยรู้จักและมีความนิยมใช้จำนวน 25 ศาสตร์ มีดังนี้สมุนไพร การนวดสมาธิ/โยคะ การนวดศีรษะ รำมวยจีน/ไทเก๊ก พลังรังสีธรรมชาติ สมาธิหมุนชีวิต พลังจักรวาล/โยเร การฝังเข็ม การฝังดนตรี การสวนมนต์/ภาวนาอบสมุนไพร การใช้เครื่องหอม/ยาต้ม การใช้วิตามิน/เกลือแร่/อาหารปลอดสารพิษตีม้น้ำผัก/ผลไม้ การสวนล้างพิษ การดูหมอ/รดน้ำมนต์ ศิลปะบำบัดการผ่อนคลายแบบ Biofeedback การใช้คาถา/เวทมนตร์ การเพ่งโดยการใชแสงสีเสียง การเข้าทรงนั่งทางใน การใช้เก้าอี้แม่เหล็กไฟฟ้า การใช้วิชาธรรมจักร นอกจากนี้ยังมี การนำศาสตร์การแพทย์

ทางเลือกรูปแบบต่าง ๆ ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังต่าง ๆ ร่วมกับ การแพทย์แผนปัจจุบันที่ชัดเจนที่สุด คือ กลุ่มเพื่อนมะเร็งที่มีการนำเอา การแพทย์ทางเลือกทั้งในรูปแบบของอาหารสุขภาพ, การนั่งสมาธิ และ การใช้หินบำบัด ฯลฯ มาใช้ร่วมด้วยในกลุ่มผู้ป่วยมีการสำรวจการใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 159 คนพบอัตราการใช้ร้อยละ 47.8 ประเภทของการแพทย์ทางเลือกที่ใช้คือโยคะ/ออกกำลังกาย (ร้อยละ 46.0), สมุนไพรที่ไม่มีการแปรรูป (ร้อยละ 42.1), สมุนไพรที่มีการแปรรูป (ร้อยละ 25.0), การฝังเข็ม (ร้อยละ 10.5), การรักษาทางจิตใจ (ร้อยละ 7.9), การใช้อาหารเสริม (ร้อยละ 5.3) และ การนวดน้ำมัน (ร้อยละ 2.6) (สัมมนาบุคลากรและคณะ. 2548 : 1637) และกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมในจังหวัดสุรินทร์เลือกใช้สมุนไพรเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 24.2), จับเส้นปีบนวด (ร้อยละ 16.9), บนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (ร้อยละ 12.0), สวดมนต์ (ร้อยละ 11.0), พบพระภิกษุ (ร้อยละ 9.6), สมาธิ (ร้อยละ 6), รับประทานวิตามิน (ร้อยละ 5.6), พิธีกรรม เช่น บังมดราผีฟ้า (ร้อยละ 5.2) และรับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 4.7) (อุบลดีพร้อม. 2548 : ออนไลน์)

สำหรับในต่างประเทศ ศูนย์การแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ (National Center for Complementary and Alternative Medicine : NCCAM) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จำแนกกลุ่มการแพทย์ทางเลือกดังนี้ (เทวัญ ธานีรัตน์. 2549 : ออนไลน์; สุชาติ คงแก้ว, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และพัชรี ไชยลังกา. 2550 : 286) โดยจัดระบบการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 5 กลุ่มในปีค.ศ. 2005 ดังนี้ (NCCAM.2007 : online; เทวัญ ธานีรัตน์. 2549 : ออนไลน์)

1. ระบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medical Systems) เป็นระบบสมบูรณ์ทั้งทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เช่น การแพทย์ตะวันออก (Eastern Medicine), การแพทย์แผนโบราณของจีน (Traditional Chinese Medicine), อายุรเวท (Ayurveda), การบำบัดแบบโฮมีโอพาตี (Homeopathic Medicine) และ ธรรมชาติบำบัด (Naturopathic Medicine) ซึ่งระบบดังกล่าวมีวิธีการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่หลากหลายทั้งการให้ยาการใช้เครื่องมือบำบัดและหัตถการต่าง ๆ เช่น การฝังเข็ม (Acupuncture), การรักษาด้วยสมุนไพร (Herbal Medicine) และชี่กง (Qigong) เป็นต้น

2. การแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับศักยภาพของจิตใจที่มีผลต่อร่างกาย (Mind-Body Medicine) เป็นวิธีบำบัดหลากหลายวิธีเพื่อเพิ่มศักยภาพของจิตใจที่มีผลต่อร่างกายใช้ความสัมพันธ์



ระหว่างจิตใจร่างกายปัญญาในการทำให้สุขภาพดี เช่น การใช้สมาธิ (Meditation), โยคะ (Yoga), การภาวนา (Prayer) และ การรักษาด้านจิตใจ (Mental Healing) เป็นต้น

3. การใช้สารชีวภาพธรรมชาติต่าง ๆ ในการบำบัดรักษา (Biologically Based Practices) คือ วิธีบำบัดรักษาโดยใช้สารจากธรรมชาติประเภทสมุนไพรอาหารและวิตามิน เช่น การใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร การให้อาหารเสริม การให้วิตามิน เป็นต้น

4. การเยียวยาด้วยมือ (Manipulative and Body-Based Practices) คือการบำบัดโดยใช้หัตถการต่างๆเน้นที่ระบบและโครงสร้างของร่างกายใช้การจัดหรือเคลื่อนไหวนิ้วส่วนองร่างกายเช่นการนวด (Massage), การจัดกระดูกสันหลัง (Chiropractic) และการจัดกระดูก (Osteopathic Manipulation) เป็นต้น

5. การแพทย์ในรูปแบบพลังงาน (Energy Medicine) เป็นการบำบัดรักษาโดยใช้พลังงาน แบ่งได้เป็น 2 แบบ

5.1 การบำบัดรักษาโดยใช้พลังงานชีวภาพ (Biofield Therapies) เป็นการบำบัดโดยใช้พลังงานชีวภาพซึ่งอยู่รอบ ๆ หรือจากร่างกายมนุษย์เช่นชีกง (Qigong), เรกิ (Reiki) และสัมผัสช่วยรักษา (Therapeutic Touch) เป็นต้น

5.2การบำบัดรักษาโดยใช้พลังแม่เหล็กไฟฟ้าชีวภาพ (Bioelectromagnetic-Based Therapies) เป็นวิธีบำบัดรักษาโดยใช้พลังสนามแม่เหล็กไฟฟ้าในตัวมนุษย์รวมทั้งการใช้พลังสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่ไม่ใช้ในการแพทย์แผนปัจจุบันด้วย เช่น ชีพจร (pulse fields), สนามแม่เหล็ก (magnetic fields) เป็นต้น

อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังไม่มีกรนำรูปแบบและวิธีการของ Complementary Care มาใช้อย่างชัดเจนนักแม้ว่าจะมีนโยบายส่งเสริมสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างชัดเจนแต่จะเป็นการนำเสนอรูปแบบการรักษาให้ผู้ให้บริการตัดสินใจเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียต่อการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยบางกลุ่มเช่นผู้ป่วยมะเร็ง อีกทั้งการแพทย์ทางเลือกยังมีข้อจำกัดเช่นคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์การปฏิบัติต่ำกว่ามาตรฐานเป็นต้นรวมทั้งบางวิธีของการแพทย์ทางเลือกไม่มีหลักฐานการพิสูจน์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ (evidence-based medicine) (กระทรวงสาธารณสุขกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กองการแพทย์ทางเลือก.2550: 31-34 ; Hirsch, Larrissa. 2007: Online)

ในปัจจุบันถึงแม้ว่าการแพทย์ทางเลือกจะเป็นที่นิยมแพร่หลายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ แต่ในส่วนของการศึกษาวิจัยเรื่องการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย ทั้ง ความชุกของการใช้, ประสิทธิภาพของการรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา

## 1.2 คำถามการวิจัย

### คำถามหลัก

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็น ยาจะต้องเลื่อนและ/หรือลดขนาดยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 และ 3 ที่ได้คู่กัน บ่อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้การ รักษาแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยาหรือไม่ คิดเป็นร้อยละเท่าใด

### คำถามรอง (secondary research question)

1. ความชุกของการใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอดและ มะเร็งลำไส้ที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัดที่รพ.จุฬาลงกรณ์มีปริมาณเท่าใดในช่วงที่มารับยาเคมีบำบัดรอบ แรก เทียบกับรอบที่สาม ความชุกเพิ่มขึ้นหรือลดลงคิดเป็นอัตราเท่าใด
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็น ยาจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยาหรือไม่ คิดเป็นร้อยละ เท่าใด
3. ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้การใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัดที่รพ.จุฬาลงกรณ์
4. ค่ารักษาแพทย์ทางเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ที่กำลังได้รับยา เคมีบำบัดที่รพ.จุฬาลงกรณ์ใช้เป็นจำนวนเท่าใดโดยเฉลี่ย
5. ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัดที่รพ. จุฬาลงกรณ์ที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก พบอาการข้างเคียงจากการรักษาแพทย์ทางเลือกคิดเป็น ร้อยละเท่าใด

### 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

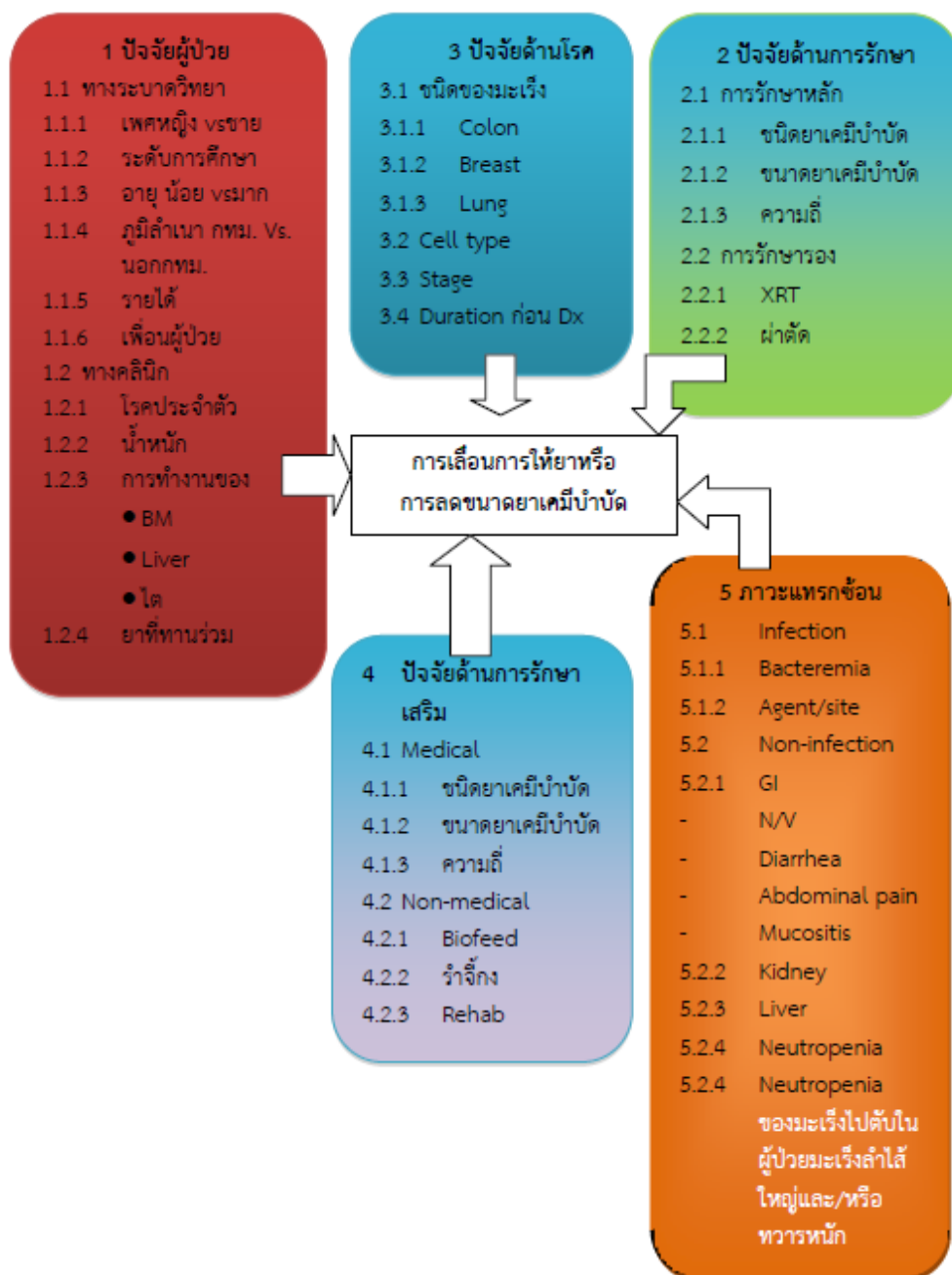
1. เพื่อศึกษาผลที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษาแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยาที่มีต่อการให้ยาเคมีบำบัด ทั้ง การเลื่อนการให้ยาและหรือการลดปริมาณยาเคมีบำบัด และคุณภาพชีวิต เมื่อได้ควบคู่กัน
2. เพื่อศึกษาหาข้อมูลทางระบาดวิทยาของการรักษาแพทย์ทางเลือกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่ใช้, ชนิดการรักษาแพทย์ทางเลือกที่ผู้ป่วยนิยมใช้, ค่าใช้จ่าย และปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้การใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก ในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัดที่รพ.จุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาหาข้อมูลทางระบาดวิทยาของการรักษาแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยมะเร็งเมื่อครั้งที่มารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 และช่วงที่มารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3 ที่รพ.จุฬาลงกรณ์

### 1.4 สมมติฐานของการวิจัย

- Ho: ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยาจะต้องเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดและ/หรือลดขนาดยาเคมีบำบัดบ่อกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยา
- Ha: ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยาจะต้องเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดและ/หรือลดขนาดยาเคมีบำบัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยา

## 1.5 กรอบความคิดในการวิจัย

แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย



## 1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งปอดหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลงลายมือชื่อให้ความยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

## 1.7 ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ไม่สามารถควบคุมตัวแปรต่างๆ ที่อาจมีผลต่อสิ่งที่ต้องการศึกษา(ผลของการใช้การแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยาที่มีต่อการให้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วย)ได้ เช่นปริมาณและความถี่และชนิดของการแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนใช้
2. คำตอบที่ผู้ป่วยตอบผู้สัมภาษณ์อาจจะไม่ใช่ข้อมูลที่แท้จริง เช่นผู้ป่วยอาจจะกลัวว่าการเปิดเผยข้อมูลจริงอาจทำให้แพทย์ผู้รักษาไม่พอใจ หรืออาจจะทำให้แพทย์ทางเลือกที่รักษาผู้ป่วยอยู่ไม่พอใจที่เปิดเผยข้อมูลต่างๆ เช่นเรื่องราคา
3. ผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดครั้งที่หนึ่งแล้ว ไม่ได้มารับยาตามนัดครั้งต่อไป ซึ่งพบได้หลายสาเหตุ เช่นผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยทนต่อผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดไม่ได้ หรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน หรือผู้ป่วยย้ายไปรักษาที่รพ.อื่น หรือโรคมะเร็งของผู้ป่วยกำเริบมากขึ้น จนไม่สามารถให้ยาเคมีบำบัดแขนงเดิมได้
4. เวชระเบียนของผู้ป่วยอาจมีการสูญหายทำให้ไม่สามารถค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยหลังจากการสัมภาษณ์ได้

## 1.8 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

- การแพทย์ทางเลือก (complementary and alternative medicine) หมายถึง ยาหรือ อาหารเสริม หรือ สารทุกชนิดที่ผู้ป่วยรับประทาน หรือฉีดเข้าร่างกาย หรือสวนเข้าทางทวารหนัก เพื่อรักษาโรคมะเร็ง และไม่ได้มาจากการรักษาแผนปัจจุบัน
- การเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดหมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาเคมีบำบัดตามนัดได้ โดยที่เหตุเกิดจากความผิดปกติหรืออาการผิดปกติของผู้ป่วย ทำให้แพทย์ผู้ดูแลต้องเลื่อนการให้ยาออกไปจากกำหนดเดิม เช่นการที่ผู้ป่วยมีเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าเกณฑ์ที่จะให้ยาได้ (ไม่นับการเลื่อนที่เกิดจากเหตุที่รพ.หรือผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะรับยาเคมีตามนัดได้)

- การลดขนาดยาเคมีบำบัด หมายถึง การที่มีเหตุอันเกิดจากความผิดปกติหรืออาการผิดปกติของผู้ป่วย ทำให้แพทย์ผู้ดูแลต้องลดขนาดยาเคมีบำบัดที่จะให้แก่ผู้ป่วย
  - Stage หมายถึง ระยะการลุกลามของโรคมะเร็ง
  - Regimen หมายถึง สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง
  - Adriamycin/Cyclophosphamide (AC) หมายถึง ยาเคมีบำบัด Adriamycin ขนาด  $60 \text{ mg/m}^2$  และยาเคมีบำบัด Cyclophosphamide ขนาด  $600 \text{ mg/m}^2$  ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 3 สัปดาห์
  - Carboplatin/Paclitaxel หมายถึง ยาเคมีบำบัด Carboplatin ขนาด AUC 5 และยาเคมีบำบัด Paclitaxel ขนาด  $175 \text{ mg/m}^2$  ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 3 สัปดาห์
  - Carboplatin/Gemcitabine หมายถึง ยาเคมีบำบัด Carboplatin ขนาด AUC 5 และยาเคมีบำบัด Gemcitabine ขนาด  $1000 \text{ mg/m}^2$  ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 3 สัปดาห์
  - XELOX หมายถึง สูตรยาเคมีบำบัดซึ่งประกอบด้วยยา Oxaliplatin ขนาด  $130 \text{ mg/m}^2$  ให้ทางหลอดเลือดดำ และยา Capecitabine ขนาด  $2000 \text{ mg/m}^2/\text{day}$  รับประทานติดต่อกัน 14 วัน ทุก 3 สัปดาห์
  - CMF หมายถึง สูตรยาเคมีบำบัดซึ่งประกอบด้วยยา Fluorouracil ขนาด  $600 \text{ mg/m}^2$  ร่วมกับยา Methotrexate ขนาด  $40 \text{ mg/m}^2$  ให้ทางหลอดเลือดดำ ในวันที่ 1, 8 และยา Cyclophosphamide ขนาด  $100 \text{ mg/m}^2/\text{day}$  รับประทานติดต่อกัน 7 วัน ทุก 4 สัปดาห์
  - FAC หมายถึง สูตรยาเคมีบำบัดซึ่งประกอบด้วยยา Fluorouracil ขนาด  $500 \text{ mg/m}^2$ , ยา Adriamycin ขนาด  $50 \text{ mg/m}^2$  และยา Cyclophosphamide ขนาด  $500 \text{ mg/m}^2$  ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 3 สัปดาห์
  - FLOX หมายถึง สูตรยาเคมีบำบัดซึ่งประกอบด้วยยา Fluorouracil ขนาด  $500 \text{ mg/m}^2$  ร่วมกับยา Leucovorin ขนาด  $500 \text{ mg/m}^2$  ให้ทางหลอดเลือดดำ ในวันที่ 1, 8, 15, 22, 29, 36 ทุก 8 สัปดาห์ และยา Oxaliplatin ให้ทางหลอดเลือดดำ ในวันที่ 1, 15, 29 ทุก 8 สัปดาห์
  - Aspartate aminotransferase หมายถึง เอนไซม์ที่บ่งบอกการอักเสบของเซลล์ตับสร้างจากเซลล์ตับมาจาก cytosol (ร้อยละ 20) และ mitochondria (ร้อยละ 40) และอวัยวะอื่น ๆ<sup>(2)</sup>

- Alanine aminotransferase หมายถึง เอนไซม์เอนไซม์ที่บ่งบอกการอักเสบของเซลล์ตับ ส่วนใหญ่สร้างจาก cytosol ของเซลล์ตับ<sup>(2)</sup>
- Alkaline phosphatase หมายถึง เอนไซม์ที่บ่งบอกภาวะ cholestasis หรือโรคของระบบท่อน้ำดีในตับมาจากตับและกระดูกเป็นส่วนใหญ่<sup>(2)</sup>
- Bilirubin หมายถึง สารที่เกิดจากการสลายของเม็ดเลือดแดงที่หมดอายุโดย Reticuloendothelial system ในซีรัมพบบิลิรูบิน 2 รูปแบบ คือ บิลิรูบินรูปไม่ละลายน้ำ (unconjugated bilirubin) และบิลิรูบินรูปละลายน้ำ (Bilirubin glucuronide)<sup>(3)</sup>
- Nadir หมายถึง ระยะเวลาที่เม็ดเลือดขาวลดลงต่ำที่สุด ส่วนใหญ่เริ่มเกิดอาการใน 8 -14 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัดจากนั้นจะเริ่มฟื้นคืนสู่สภาพปกติภายในวันที่ 15 - 21 หลังได้รับยาเคมีบำบัด<sup>(4)</sup>
- Neutrophil เป็นเม็ดเลือดขาวที่มีจำนวนมากที่สุดในร่างกาย ทำหน้าที่ phagocytosis แบบที่เรีย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบภูมิคุ้มกัน<sup>(5)</sup>
- ภาวะ febrile neutropenia<sup>(6)</sup>
  - ใช้ หมายถึง วัดอุณหภูมิแกนกลางของร่างกายทางปากได้มากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียสครั้งเดียวหรือวัดได้อุณหภูมิมากกว่าหรือเท่ากับ 38.0 องศาเซลเซียส 3 ครั้งในระยะเวลา 24 ชั่วโมงโดยแต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง
  - Neutropenia หมายถึง จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophils รวมทั้ง band forms น้อยกว่า 500 เซลล์ต่อลบ.มม. หรือมีจำนวนอยู่ระหว่าง 500-1,000 เซลล์ต่อลบ.มม. แต่มีแนวโน้มจะลดจำนวนลงจนต่ำกว่า 500 เซลล์ต่อลบ.มม. ในไม่ช้า เนื่องจากผู้ป่วยเพิ่งได้รับยาเคมีบำบัด
- Chemotherapy dose intensity<sup>(7)</sup> หมายถึง ปริมาณยาเคมีบำบัดที่ให้ต่อหน่วยเวลา เป็น  $\text{mg}/\text{m}^2 / \text{สัปดาห์}$  โดยไม่ขึ้นกับวิธีการบริหารหรือเวลาที่ให้ยา
- Relative dose intensity (RDI)<sup>(7)</sup> หมายถึง ปริมาณยาที่ให้ต่อหน่วยเวลา เทียบกับยามาตรฐาน

● ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status<sup>(8)</sup>  
หมายถึง การประเมินสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วย โดยดูจากความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน  
แบ่งเป็น

- 0 คือ ความสามารถปกติ ออกแรง ทำงานได้เหมือนก่อนป่วย ไม่มีข้อจำกัด
- 1 คือ ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ออกแรงมากได้ แต่ สามารถทำกิจวัตรประจำวัน  
และงานเบาๆ เช่น งานบ้าน, สำนักงาน
- 2 คือ สามารถเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ ไม่สามารถทำงาน ต้องพักบน  
เตียงหรือนั่ง น้อยกว่า 50 % ของเวลาตื่น
- 3 คือ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ไม่สามารถทำงาน ต้องพักบนเตียงหรือนั่ง  
มากกว่า 50 % ของเวลาตื่น
- 4 คือ ไร้สมรรถภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องนั่งหรือนอนบนเตียง  
ตลอดเวลา
- 5 คือ เสียชีวิต

### 1.9 ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงข้อมูลทางระบาดวิทยาของการรักษาแพทย์ทางเลือกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่ใช้, ชนิด  
ของการรักษาแพทย์ทางเลือกที่ผู้ป่วยนิยมใช้, ค่าใช้จ่าย และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยใช้การรักษาแพทย์  
ทางเลือก ในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอกที่รพ.จุฬาลงกรณ์
2. ทราบถึงผลที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาแพทย์ทางเลือกที่มีต่อการให้ยาเคมีบำบัดที่ได้  
ควบคุมทั้งการเลื่อนการให้ยาและหรือการลดปริมาณยาเคมีบำบัดในการให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2  
และ 3
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาแพทย์ทางเลือกต่อไปในอนาคต

### 1.10 ปัญหาทางจริยธรรม

1. หลักความเคารพในบุคคล: ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับข้อมูลรายละเอียดวัตถุประสงค์ของ  
โครงการวิจัยและระเบียบวิธีการศึกษา รวมทั้งได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่



อาจเกิดขึ้น และให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้ร่วมโครงการสามารถขอถอนตัวเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ

2. หลักการให้ประโยชน์และไม่ทำให้เกิดอันตราย: ข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาของผู้เข้าร่วมโครงการ อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยรายอื่นๆต่อไป และการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้เข้าร่วมโครงการ

3. หลักความยุติธรรม: ผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่านมีสิทธิ ที่ได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน และข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการแล้วเท่านั้น



## บทที่ 2

### การปรัทัศน์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 การรักษาแพทย์ทางเลือก (Complementary and alternative medicine)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จากการศึกษพบว่าความชุกของการรักษาแพทย์ทางเลือกมีอยู่ถึงร้อยละ30-90<sup>(9-14)</sup> ซึ่งในประเทศฝั่งตะวันออกจะพบสูงกว่าประเทศทางฝั่งตะวันตกก็มีความชุกเช่นจากการศึกษาในตุรกี<sup>(11,15)</sup> ร้อยละ 54-61, ในปาเลสไตน์พบ<sup>(16)</sup> ร้อยละ 60.9, ในสิงคโปร์<sup>(17)</sup> พบร้อยละ 55, ในมาเลเซีย<sup>(12)</sup> พบร้อยละ 64, ในจีน<sup>(18)</sup> พบร้อยละ 93.4 และในไต้หวัน<sup>(19)</sup> บางการศึกษาพบว่ามีความชุกถึงร้อยละ 100 โดยที่จำนวนประชากรที่นำมาศึกษาในแต่ละการศึกษาจะมีตั้งแต่ 100-1500 คนส่วนการศึกษาในประเทศฝั่งตะวันตกพบว่าจากการศึกษา systematic review<sup>(10)</sup> จากการศึกษา 152 การศึกษาจาก 18 ประเทศแถบตะวันตกได้แก่ออสเตรเลีย, แคนาดา, นิวซีแลนด์, สหรัฐอเมริกา รวมความชุกของการศึกษาในแต่ละประเทศรวมกันพบว่าสูงถึงร้อยละ 40 โดยพบการใช้มากที่สุดที่ประเทศอเมริกา รองลงมาคือประเทศอิตาลี และเนเธอร์แลนด์ ซึ่งการที่ประเทศในฝั่งตะวันออกมีความชุกมากกว่าน่าจะอธิบายได้จากหลายๆ ปัจจัยเช่น ความแตกต่างของ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา และหลักความเชื่อ นอกจากนี้จากการศึกษา meta-analysis นี้ยังพบว่ามิใช่เพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ช่วงปีคศ.1970 พบผู้ใช้ประมาณร้อยละ 25 แต่ตั้งแต่ปี คศ. 2000 เป็นต้นไปมีผู้ใช้มากถึงร้อยละ 49 โดยพบว่าผู้ที่ให้ข้อมูลเรื่องการแพทย์ทางเลือกแก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นเพื่อน หรือ ครอบครัว

สำหรับปัจจัยประชากรที่มีผลต่อการเลือกแพทย์ทางเลือกพบว่าบางการศึกษาให้ผลตรงกัน เช่น เพศหญิงมักจะมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, อายุที่น้อย (นิยามในแต่ละการศึกษาไม่ตรงกัน), ระดับการศึกษาที่น้อย, การอาศัยอยู่ในชนบท, การกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง และการที่เป็นมะเร็งในระยะแพร่กระจายแล้ว<sup>(20)</sup> ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่พบเช่น ชนิดของโรคมะเร็งที่เป็น, สถานภาพการสมรส, เชื้อชาติ, ความเคร่งศาสนา, รายได้, การประกอบอาชีพ/การว่างงาน, การมีประสบการณ์การรักษาแพทย์ทางเลือกมาก่อน และระบบประกันสุขภาพ<sup>(21)</sup> เป็นต้น ชนิดของการแพทย์ทางเลือกที่เป็นที่นิยมตามข้อมูลที่ได้จากการศึกษาของแต่ละประเทศจะไม่ตรงกัน เช่นการศึกษาหลายการศึกษาที่ทำภายในประเทศตุรกี<sup>(15)</sup> จะพบตรงกันคือ สมุนไพรเป็นการแพทย์ทางเลือกที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเลือกใช้มากที่สุด แต่ในการศึกษาของประเทศสิงคโปร์จะพบเป็นการแพทย์แผนจีน ส่วน

การศึกษาของประเทศอื่นๆ จะพบเป็น วิตามิน, อาหารเสริม, การฝังเข็ม, การนวด และการสวดมนต์<sup>(22)</sup> เป็นต้น

โดยเหตุผลส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยเลือกรักษาแพทย์ทางเลือก คือ เพื่อรักษาโรคมะเร็ง, เพิ่มภูมิคุ้มกันร่างกาย, บรรเทาอาการความเจ็บปวดที่เกิดจากโรคมะเร็ง, รู้สึกว่าการแพทย์ทางเลือกดีเท่ากับการแพทย์ปัจจุบัน และสามารถรักษาโรคมะเร็งหายได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 30-75 หลังจากรักษาแพทย์ทางเลือกแล้ว รู้สึกได้ประโยชน์จากการรักษาเช่นทำให้รู้สึกร่างกายและจิตใจดีขึ้น และได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาแผนปัจจุบันลดลง โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้าย บางการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากที่รักษาแพทย์ทางเลือกนานมากกว่า 5 ปี พบว่ามีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ให้ข้อมูลว่าได้รับผลข้างเคียงจากการแพทย์ทางเลือก โดยส่วนใหญ่จะเป็น อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่จะพบข้อมูลตรงกันคือน้อยกว่าร้อยละ 10 อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่จะต้องจ่ายเงินค่ารักษาเกินกว่าเศรษฐกิจของตนเอง และยังพบว่าค่ารักษาต่อปีในประเทศเพิ่มขึ้นจาก 427 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปีในปีพ.ศ.2533 เป็น 629 ดอลลาร์สหรัฐต่อปีในปี พ.ศ.2540

พบว่าผู้ป่วยจะแจ้งแก่แพทย์ผู้รักษาแผนปัจจุบันว่าตนรักษาแพทย์ทางเลือกร่วมด้วยร้อยละ 10-50 และมีผู้ป่วยที่ไม่ให้ข้อมูลแก่แพทย์มากกว่าร้อยละ 55 ส่วนหนึ่งเพราะเชื่อว่าการรักษาแพทย์ทางเลือกไม่อันตราย และแพทย์ผู้รักษาแผนปัจจุบันไม่ได้ถาม ซึ่งหลายๆ การศึกษาพบว่าแพทย์ไม่ได้ถามผู้ป่วยว่ารักษาแพทย์ทางเลือกหรือไม่มากกว่าร้อยละ 25 และพบว่ามีคนไข้เพียงส่วนน้อยที่ทราบว่าจะต้องแจ้งแพทย์หากรักษาแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย

สำหรับในประเทศไทย ล่าสุดในปี พ.ศ.2540 ได้มีการศึกษาวิจัยที่ทำในรพ.ตติยภูมิโดยนพ. พุฒิพรรณ<sup>(23)</sup> พบว่าในผู้ป่วยมะเร็ง 248 คนมีผู้ป่วย 151 คน (คิดเป็นร้อยละ 60.9) ที่เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ครั้งโดยพบว่าจะพบการใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติชนิดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งสมอง หรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้สูง และการแพทย์ทางเลือกที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ อาหารเสริม/วิตามิน (ร้อยละ 56.9) รองลงมาคือ ยา และยาสมุนไพร สาเหตุส่วนใหญ่คือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดจากโรคและเกิดจากการรักษาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 33.1) และเพื่อรักษาโรคมะเร็ง (ร้อยละ 31.1) โดยผู้ป่วยเกินกว่าครึ่งรู้สึกว่าได้ผลดีจากการรักษาแพทย์ทางเลือก และมีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา และเช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่

พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้เปิดเผยเรื่องการรักษาทางเลือกแก่แพทย์ผู้รักษาแผนปัจจุบัน เนื่องจากคิดว่าไม่จำเป็นที่แพทย์ผู้รักษาจะต้องทราบ รวมถึงค่ารักษาที่สูงถึง 200 ดอลลาร์สหรัฐ/เดือน

## 2.2 ผลของการรักษาแพทย์ทางเลือกที่มีต่อการรักษามะเร็ง

สำหรับการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการรักษาแพทย์ทางเลือกมีอยู่ค่อนข้างจำกัด โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะที่ 2 ที่ไม่มีผู้ป่วยในการศึกษามาก อีกทั้งการรักษาบางอย่างเช่น การบำบัดด้วยกลิ่น การนวด การนึ่งสมาธิ ซึ่งเป็นการรักษาที่มีผลข้างเคียงน้อย และไม่จำเป็นต้องได้รับการพิสูจน์ประสิทธิผลของการรักษา เนื่องจากเป็นการรักษาที่มุ่งเน้นการบรรเทาอาการ การเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสำหรับผลในแง่บวกที่ได้รับจากการรักษาแพทย์ทางเลือกที่ผู้ป่วยส่วนมากตอบในการศึกษา บางการศึกษาให้เหตุผลว่าน่าจะเป็นจากความเชื่อและความหวังของตัวผู้ป่วยเอง ทำให้รู้สึกได้รับผลดีจากการรักษาเนื่อง เพราะในหลายๆ การศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ต้องการจะรักษาแพทย์ทางเลือกด้วยตัวเอง โดยที่มักจะได้รับข้อมูลจากเพื่อนและครอบครัว มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยกว่าร้อยละ 5 ที่เข้ารับการรักษาแพทย์ทางเลือกจากคำแนะนำของแพทย์แผนปัจจุบัน<sup>(12-14,24-27)</sup>

สำหรับผลของการแพทย์ทางเลือกที่มีต่อการรับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็ง ในปัจจุบันมีการศึกษาที่พบว่าแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยาบางชนิดสามารถลดผลข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งได้<sup>(28,29)</sup> โดยในการศึกษาของ AnuKochanujanPillai<sup>(28)</sup> ในปี 2011 ที่พบว่าทำให้ขิงผงอัดเม็ดแคปซูลในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 8 – 21 ปี จำนวน 30 คนที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง bony sarcoma ที่กำลังจะได้รับยาเคมีบำบัดชนิดที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการอาเจียนได้สูง ว่าสามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในช่วง acute (หมายถึงอาการอาเจียนที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชม.ตั้งแต่เริ่มยาเคมีบำบัด) และในช่วง delay (หมายถึงอาการอาเจียนที่เกิดขึ้นตั้งแต่ได้รับยาเคมีบำบัดครบไปแล้ว 24 ชม.) เมื่อเทียบกับการได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในการศึกษาไม่พบว่ามีคนไข้ที่ได้รับผลข้างเคียงจากขิงผงอัดเม็ดแคปซูล และการศึกษาของ Liz Roffe<sup>(29)</sup> ที่รวบรวมการศึกษาวิจัย 6 การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการให้ co enzyme Q 10 ในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผลการศึกษาพบว่าทำให้ co enzyme Q 10 สามารถลดผลของยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดพิษต่อหัวใจและต่อตับของผู้ป่วยได้ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการวิจัยทดลองแบบสุ่มของ Yunfang Liu โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะต้นที่กำลังรับยาเคมีบำบัดสูตร

Oxaliplatin ในช่วงหลังการผ่าตัด 120 คน โดยในกลุ่มทดลองจะได้รับสมุนไพรจีนชื่อ Guilongtonggluofang เปรียบเทียบกับยาหลอก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาสมุนไพรมีอาการป่วยประสาทอักเสบซึ่งเกิดจากยา Oxaliplatin น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผลการรักษาไม่ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน<sup>(30)</sup> นอกจากนี้ยังพบบทวิจารณ์วรรณกรรม (Review article) ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาวิจัยทดลองแบบสุ่ม 8 การศึกษา มีผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 818 ราย โดยเปรียบเทียบการให้สมุนไพรจีนร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา กับ การให้ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับสมุนไพรจีนร่วมด้วยจะมีปริมาณของเม็ดเลือดขาวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้สรุปผลได้ว่าสมุนไพรจีนมีผลสามารถป้องกันการลดลงของเม็ดเลือดขาวจากยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา<sup>(31)</sup> โดยตัวอย่างการศึกษาวิจัยทดลองแบบสุ่มที่รวบรวมในบทวิจารณ์วรรณกรรมนี้ ได้แก่ งานวิจัยของ S. R. Zhuang ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษาจำนวน 58 ราย โดยให้สมุนไพรจีนชื่อ RG-CMH ซึ่งเกิดจากการผสมสารสกัดจากต้นเจอร์เรเนียม โรส และพืชหลายชนิด เปรียบเทียบกับยาหลอก พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับสมุนไพรจีนนั้นมีระดับเม็ดเลือดขาวที่ต่ำลงน้อยกว่าผู้ป่วยอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(32)</sup> และการศึกษาทดลองแบบสุ่มที่เปรียบเทียบการให้สมุนไพรจีนชื่อ CCMH ซึ่งได้จากการสกัดจากต้นตะไคร้ ผสมกับพืชหลายชนิด ในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังรับยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษาจำนวน 105 ราย พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับสมุนไพรจีนนั้นมีระดับเม็ดเลือดขาวที่ต่ำลงน้อยกว่าผู้ป่วยอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(33)</sup> อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยาว่ามีผลต่อการทนต่อยาเคมีบำบัดอย่างไร แม้จะมีการกล่าวอ้างว่าการแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยาบางชนิดสามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งทนต่อยาเคมีบำบัดได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนน้อยจะให้ข้อมูลว่าได้รับผลเสียจากการรักษาแพทย์ทางเลือก และผลเสียที่พบบ่อยจะเป็นอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแพทย์ทางเลือกจะทำให้การรักษาแผนปัจจุบันถูกทำให้ล่าช้าไป<sup>(34)</sup> หรือการรักษาบางอย่างเช่นสมุนไพรอาจประกอบด้วยสารเคมีหลายชนิดรวมกัน ซึ่งสารแต่ละตัวอาจมี drug interaction ต่อ ยาได้หลายชนิดรวมทั้งยาเคมีบำบัด<sup>(35)</sup> รวมถึงและปริมาณของสารเคมีเหล่านี้ในหนึ่งหน่วยบริโภคนั้น อาจจะไม่เท่ากัน จึงสามารถทำให้เกิด overdose ของสารเคมีบางตัวได้เมื่อรับประทาน และมีการศึกษาพบว่าสมุนไพรหลายชนิดมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดพิษต่อตับและไตได้ เช่น สมุนไพรชื่อ

Valerian ซึ่งมีรายงานว่าทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ และสมุนไพรชื่อ Kava kava ซึ่งมีรายงานว่าทำให้เกิดภาวะตับล้มเหลว<sup>(36-38)</sup> นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าสมุนไพรบางตัวที่ส่งออกจากประเทศจีน, สมุนไพรในประเทศอิหร่าน และ สมุนไพรในประเทศสหรัฐอเมริกามีการปนเปื้อนจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดโรค, สารโลหะหนัก และ สารฆ่าแมลงซึ่งทำให้เป็นพิษต่อร่างกายผู้บริโภค<sup>(39,40)</sup>

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกือบร้อยละ 60 มักจะปิดบังว่าตนรักษาแพทย์ทางเลือกจากแพทย์ผู้รักษาแผนปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า แพทย์ไม่จำเป็นต้องรู้ และมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 41 ที่ให้เหตุผลว่าแพทย์ผู้รักษาไม่เคยถาม และหนึ่งในสามของผู้ป่วยกล่าวว่าแพทย์จะให้หยุดการรักษาแพทย์ทางเลือก<sup>(12-14,24,25)</sup> ทำให้แพทย์ผู้รักษาส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลการรักษาแพทย์ทางเลือกจากผู้ป่วย และจากการศึกษาพบว่า หากแพทย์ทราบว่าผู้ป่วยรักษาการแพทย์ทางเลือกอยู่ พบว่าเกือบร้อยละ 40 ที่แพทย์ผู้รักษาให้ผู้ป่วยรักษาแพทย์ทางเลือกต่อ และหนึ่งในสามของผู้ป่วยได้รับคำสั่งจากแพทย์ให้หยุดการรักษาแพทย์ทางเลือกนั้น<sup>(41)</sup> อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาทั้งหมดจะเป็นการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงตามความจริงทั้งหมด

จากเหตุผลดังกล่าวทำให้การแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยาอาจทำให้เกิดผลเสียต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษานี้เพื่อที่จะเป็นหลักฐานสนับสนุนถึงผลเสียของการได้รับการแพทย์ทางเลือกชนิดที่เป็นยาควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยดูถึงการทำให้เกิดการเลื่อนหรือลดขนาดยาเคมีบำบัดได้

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อศึกษาหาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงของการให้ยาเคมีบำบัด และผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนนัดให้ยาเคมีหรือถูกลดขนาดยาเคมีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังรับยาเคมีบำบัดควบคู่กับการรักษาแพทย์ทางเลือกและในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังรับยาเคมีบำบัดที่ไม่ได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก

#### 3.2 ระเบียบวิธีการวิจัย

##### 3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กำลังได้รับยาเคมีสูตร adriamycin/cyclophosphamide (AC) ครั้งที่หนึ่ง, ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่กำลังได้รับยาเคมีสูตร carboplatin/paclitaxel ครั้งที่หนึ่งและสูตร carboplatin/gemcitabine ครั้งที่หนึ่งและผู้ป่วยมะเร็งลำไส้กำลังได้รับยาเคมีสูตร XELOX ครั้งที่หนึ่งที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอกที่รพ.จุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 – มกราคม พ.ศ. 2558 ทุกคนที่ยินดีร่วมเข้าโครงการหลังจากได้รับการอธิบายรายละเอียดของโครงการแล้ว

##### 3.2.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา

1. ผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
2. ผู้ป่วยจะต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่กำลังมารับยาเคมีสูตร

Adriamycin/cyclophosphamide (AC) ครั้งที่ 1 หรือมะเร็งปอดที่กำลังมารับยาเคมีสูตร carboplatin/paclitaxel ครั้งที่ 1 หรือสูตร carboplatin/gemcitabine ครั้งที่ 1 หรือมะเร็งลำไส้ที่กำลังมารับยาเคมีสูตร XELOX ครั้งที่ 1 ที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอกที่รพ.จุฬาลงกรณ์

3. ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาเคมีขนาดมาตรฐาน

##### 3.2.3 เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในช่วงได้รับยาเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัดจุฬาลงกรณ์
2. ผู้ป่วยไม่สามารถมารับการตรวจติดตามต่อที่รพ.จุฬาลงกรณ์

### 3.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับการเลื่อนและ/หรือลดขนาดยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ยังไม่เคยมีการศึกษาใดทำมาก่อน ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยเคมีบำบัดรพ.จุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประมาณร้อยละ 30 จำเป็นต้องเลื่อนหรือลดยาเคมีบำบัดในครั้งถัดไป ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การแพทย์ทางเลือกชนิดยาจะต้องเลื่อนหรือลดยาเคมีบำบัดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ประมาณร้อยละ 20 จำนวนประชากรต่อกลุ่มจึงสามารถคำนวณได้ ดังนี้

$$N = \frac{[Z_{\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

N = จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม

P<sub>1</sub> = อัตราการเกิดเหตุการณ์ในกลุ่ม Treatment = 0.5

P<sub>2</sub> = อัตราการเกิดเหตุการณ์ในกลุ่ม control = 0.3

P = (P<sub>1</sub> + P<sub>2</sub>)/2

กำหนดให้  $\alpha = 0.05 = 1.64$

$\beta = 0.2 = 0.84$

ดังนั้นการศึกษาในแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 93 คน

### 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 3.4.1 ขั้นเตรียมการ

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรักษาแพทย์ทางเลือกในปัจจุบัน
2. เสนอโครงร่างงานวิจัย และขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
3. เตรียมผู้สัมภาษณ์ โดยการศึกษานี้มีผู้สัมภาษณ์ 2 คน ซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งในงานวิจัย และได้รับการอบรมการสัมภาษณ์ผู้ป่วยก่อนเริ่มสัมภาษณ์จริง สำหรับวิธีการสัมภาษณ์จะให้ผู้สัมภาษณ์อธิบายแบบสอบถามให้



ผู้ป่วยฟัง ถามคำถามในแบบสอบถามทีละข้อ ผู้ป่วยจะตอบคำถามปากเปล่า และ ผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้เขียนคำตอบลงในแบบสอบถาม

4. เตรียมแบบสอบถาม ที่คิดขึ้นในงานวิจัยนี้ เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแพทย์ทางเลือก
5. เตรียมแบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยเป็นแบบสอบถามที่ได้รับอนุญาตมาจากแบบสอบถามจาก FACIT.org ซึ่งจัดทำแบบสอบถาม FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General) ฉบับแปลเป็นไทย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานสากล สามารถใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป แบบสอบถามมีทั้งหมด 27 คำถาม แบ่งเป็นคำถามด้านร่างกาย (Physical Well-being; PWB) 7 ข้อ, ด้านสังคม (Social/Family Well-being; SWB) 7 ข้อ, ด้านอารมณ์ (Emotional Well-being; EWB) 6 ข้อ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Well-being; FWB) 7 ข้อ คำถามแต่ละข้อจะให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 โดย 0 แปลว่าไม่มีปัญหาเลยและ 4 แปลว่ามีปัญหามากที่สุด และจะมีหลักการให้คะแนนที่ถูกกำหนดไว้ในคำถามแต่ละด้าน
6. เตรียม case record form เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย, ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแพทย์ทางเลือก, ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต, ข้อมูลการรับยาเคมีบำบัด และข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ โดยใช้เกณฑ์ Common Toxicity Criteria Adverse Event (CTCAE) version 3<sup>(42)</sup> แบ่งความรุนแรงของอาการออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 หมายถึง มีอาการไม่พึงประสงค์เล็กน้อย จนถึงระดับ 5 หมายถึง เสียชีวิตจากอาการไม่พึงประสงค์

### 3.4.2 ขั้นตอนดำเนินการ

- 1 ก่อนเริ่มการวิจัยผู้สัมภาษณ์จะขอความยินยอมจากผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่กำลังมารับยาเคมีสูตร Adriamycin/cyclophosphamide (AC) ครั้งที่ 1 หรือมะเร็งปอดที่กำลังมารับยาเคมีสูตร carboplatin/paclitaxel ครั้งที่ 1 หรือสูตร carboplatin/gemcitabine ครั้งที่ 1 หรือมะเร็งลำไส้ที่กำลังมารับยาเคมีสูตร XELOX ครั้งที่ 1 ที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอกที่รพ. จุฬาลงกรณ์โดยการอธิบายปากเปล่า
- 2 เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้สัมภาษณ์จะอธิบายแบบสอบถามในช่วงเวลาที่

ผู้ป่วยกำลังรอให้ยาเคมีบำบัด และซักประวัติรวมถึงข้อมูลที่ได้จากการบันทึกจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ทั้งข้อมูลพื้นฐานและโรคที่วินิจฉัยรวมถึงว่าครั้งนี้เป็นการมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่เท่าใด

3 หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแพทย์ทางเลือกและใช้แบบสอบถาม FACT-G เก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตเมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน จึงถือว่าการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 เสร็จสิ้น

4 จากนั้นผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งที่สอง เมื่อผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3 โดยใช้แบบสอบถาม FACT-G

5 เมื่อผู้สัมภาษณ์เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจนครบกำหนดเวลาที่ปิดรับผู้ป่วย (1 มี.ค. 2557 – 31 มี.ค. 2558) และสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยคนสุดท้ายมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3

6 ผู้วิจัยทำการสืบค้นเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกคน และเก็บรวบรวมข้อมูลตามคำถามการศึกษาลงใน case record form โดยข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้ารับการศึกษาจะถูกปกปิดชื่อ-สกุล และจัดเก็บเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์โดยใช้ record number และมีรหัสการเข้าดูข้อมูลโดยผู้บันทึกเท่านั้น

7 ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาประมวลผลโดยใช้วิธีทางสถิติ และนำเสนอต่อไป

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานและตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพเช่นลักษณะทางประชากรจะนำเสนอในรูปตาราง แผนภูมิแท่งหรือแผนภูมิวงกลมโดยจะแสดงค่าเป็นร้อยละหรือความถี่

2. การหาปัจจัยทางประชากรของการใช้ยาสมุนไพรหรือการรักษาทางเลือกอื่นๆ ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) จะใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) test ส่วนการหาความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ข้อมูลที่เป็น continuous data จะใช้ Paired t-test

3. สำหรับคำถามหลักของการทดลอง คือ อัตราการลดขนาดยาและหรือเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดในการรับยาเคมีครั้งที่ 2,3 วิเคราะห์แบบ modified intention to treat โดยเลือกเอาเฉพาะผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 มาคำนวณ ทำการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-

square) และเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลที่เป็นสัดส่วน หรือ student t test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้ระบบ SPSS version 17.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูล



## บทที่ 4 ผลการศึกษา

### 4.1 ลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษา

ในช่วงระยะเวลาที่คัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2557 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เข้าเกณฑ์การศึกษานี้ จำนวนทั้งสิ้น 181 ราย เป็นเพศชาย 43 ราย (ร้อยละ 23.8) และเพศหญิง 138 ราย (ร้อยละ 76.2) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54 ปี ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยที่สุดและมากที่สุดในการศึกษาเท่ากับ 28 ปี และ 80 ปี ตามลำดับ มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 100 ราย (ร้อยละ 55.2) สำหรับระยะของโรคมะเร็งทั้งสามชนิด พบผู้ป่วยในระยะที่ 3 จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 32.0) และระยะที่ 4 จำนวน 67 ราย (ร้อยละ 37.0)

สำหรับสูตรยาเคมีที่ผู้ป่วยได้รับจะตรงกับชนิดของโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็นตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษาโดยที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะได้รับยา AdriamycinCyclophosphamide (AC) ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะได้รับยา CarboplatinPaclitaxel จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 34.8), ยา CarboplatinGemcitabine จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 65.2)

สามารถจำแนกภูมิถิ่นอาศัยของผู้ป่วยได้ตามภาคต่าง ๆ ดังนี้ ผู้ป่วยจากกรุงเทพ 81 ราย (ร้อยละ 44.8), ผู้ป่วยจากภาคกลางนอกจากกรุงเทพ 56 ราย (ร้อยละ 30.9)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอด และ มะเร็งลำไส้ใหญ่ (n=181)

ลักษณะพื้นฐาน	ผู้ป่วย (%)
เพศ	
หญิง	138 (76.2%)
ชาย	43 (23.8%)
อายุ (ปี)	
อายุเฉลี่ย	54.26
ช่วงอายุ	28 – 80

<b>วินิจฉัย</b>	
มะเร็งเต้านม	100 (55.2%)
มะเร็งปอด	46 (25.4%)
มะเร็งลำไส้	35 (19.3%)
<b>ระยะของโรค</b>	
1	17 (9.4%)
2	39 (21.5%)
3	58 (32.0%)
4	67 (37.0%)
<b>สูตรยาเคมีบำบัด</b>	
AdriamycinCyclophosphamide	100 (55.2%)
CarboplatinPaclitaxel	16 (8.8%)
CarboplatinGemcitabine	30 (16.6%)
XELOX	35 (19.3%)
<b>ภูมิลำเนา</b>	
กรุงเทพ	81 (44.8%)
ภาคกลางนอกจากกรุงเทพ	56 (30.9%)
ภาคตะวันออก	8 (4.4%)
ภาคตะวันตก	2 (1.1%)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	21 (11.6%)
ภาคเหนือ	7 (3.9%)
ภาคใต้	6 (3.3%)
<b>ภูมิลำเนา</b>	
กรุงเทพ	81 (44.8%)
ต่างจังหวัด	100 (55.2%)
<b>การศึกษา</b>	
จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6	63 (34.8%)
จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6	53 (29.3%)
จบปริญญาตรี	49 (27.1%)
จบปริญญาโท หรือ ปริญญาเอก	15 (8.3%)
ไม่มีข้อมูล	1 (0.6%)
<b>อาชีพ</b>	
รับราชการ	37 (20.4%)
พนักงานบริษัท	30 (16.6%)
ทำธุรกิจส่วนตัว	48 (26.5%)

ไม่ได้ประกอบอาชีพ	51 (28.2%)
เกษียณ	14 (7.7%)
ไม่มีข้อมูล	1 (0.6%)
<b>รายได้</b>	
น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน	47 (26.0%)
15,000 – 29,999 บาท/เดือน	46 (25.4%)
30,000 – 60,000 บาท/เดือน	34 (18.8%)
มากกว่า 60,000 บาท/เดือน	9 (5.0%)
ไม่มีรายได้ของตนเอง	43 (23.8%)
ไม่มีข้อมูล	2 (1.1%)

#### 4.2 ลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยในกลุ่มที่รักษาแพทย์ทางเลือก และกลุ่มที่ไม่ได้รักษาแพทย์ทางเลือก

เมื่อจำแนกลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยตามกลุ่มที่รักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 80 ราย (ร้อยละ 44.2) มีผู้ป่วยเพศหญิงที่รักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 57 ราย (ร้อยละ 71.3) พบว่า ปัจจัยเรื่องเพศไม่มีความแตกต่างทางสถิติในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ( $p = 0.160$ )

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีภูมิลำเนาจากภาคต่าง ๆ ดังนี้ มีผู้ป่วยจากกรุงเทพฯ 46 ราย (ร้อยละ 57.5) และจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 34.7) ตามลำดับ, มีผู้ป่วยจากภาคกลางนอกจากกรุงเทพฯ 16 ราย (ร้อยละ 20.0) และจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 39.6) ตามลำดับ, มีผู้ป่วยจากภาคตะวันออก 4 ราย (ร้อยละ 5.0) และจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 4.0) ตามลำดับ, มีผู้ป่วยจากภาคตะวันตกพบ เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 2 ราย (ร้อยละ 2.0), มีผู้ป่วยจากภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ 10 ราย (ร้อยละ 12.5) และจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 10.9) ตามลำดับ, มีผู้ป่วยจากภาคเหนือ 1 ราย (ร้อยละ 1.3) และจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 5.9) ตามลำดับ และมีผู้ป่วย จากภาคใต้ 3 ราย (ร้อยละ 3.8) และจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.0) ตามลำดับ หากจำแนกเป็น ผู้ป่วยจากกรุงเทพฯและจากต่างจังหวัด พบว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมาจากกรุงเทพฯ 46 ราย (ร้อยละ 57.5) และจากต่างจังหวัดจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 34.7) และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การ รักษาแพทย์ทางเลือกมาจากกรุงเทพฯ 34 ราย (ร้อยละ 42.5) และจากต่างจังหวัดจำนวน 66 ราย (ร้อยละ 65.3) พบว่าปัจจัยเรื่องภูมิลำเนาของผู้ป่วยมีความแตกต่างทางสถิติในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ( $p = 0.019$  และ  $p = 0.002$  ตามลำดับ)

สำหรับอายุ, ECOG performance status, ชนิดของมะเร็งที่เป็น, สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ, ระยะของโรค, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, ภาวะโลหิตจางเดิมที่เป็นตั้งแต่ก่อนเข้าการศึกษา, ภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำเดิม, ภาวะเกร็ดเลือดต่ำเดิม, ภาวะเอนไซม์ Aspartate aminotransferase เพิ่มขึ้นกว่าปกติเดิม, ภาวะเอนไซม์ Alanine aminotransferase เพิ่มขึ้นกว่าปกติเดิม, ภาวะเอนไซม์ Alkaline phosphatase เพิ่มขึ้นกว่าปกติเดิม และภาวะสาร Bilirubin ในเลือดเพิ่มขึ้นกว่าปกติเดิมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดทั้งหมดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก

ผู้ป่วย	ใช้การรักษาแพทย์ ทางเลือก (n=80)	ไม่ใช้การรักษาแพทย์ ทางเลือก (n=101)	p-value
<b>เพศ</b>			
หญิง	57 (71.3%)	81 (80.2%)	0.160
ชาย	23 (28.8%)	20 (11.0%)	
<b>อายุ (ปี)</b>			
อายุเฉลี่ย	55.28	53.46	0.461
ช่วงอายุ	29 – 80	28 – 80	
<b>ECOG performance status</b>			
0	18 (32.1%)	19 (29.7%)	0.719
1	34 (60.7%)	42 (65.6%)	
2	3 (5.4%)	3 (4.7%)	
3	1 (1.8%)	0	
<b>วินิจฉัย</b>			
มะเร็งเต้านม	39 (48.8%)	61 (60.4%)	0.173
มะเร็งปอด	21 (26.3%)	25 (24.8%)	
มะเร็งลำไส้	20 (25.0%)	15 (14.9%)	
<b>สูตรยาเคมีบำบัด</b>			
AdriamycinCyclophosphamide	39 (48.8%)	61 (60.4%)	0.094
CarboplatinPaclitaxel	5 (6.3%)	12 (11.9%)	
CarboplatinGemcitabine	16 (20.0%)	13 (12.9%)	
XELOX	20 (25.0%)	15 (14.9%)	

สูตร AC	39 (48.8%)	61 (60.4%)	0.118
สูตรอื่น	41 (51.3%)	40 (39.6%)	
<b>ระยะของโรค</b>			
1	7 (8.8%)	10 (9.9%)	0.123
2	11 (13.8%)	28 (27.7%)	
3	30 (37.5%)	28 (27.7%)	
4	32 (40.0%)	35 (34.7%)	
<b>ระยะของโรค</b>			
ระยะที่ยังไม่แพร่กระจาย (1 – 3)	48 (60.0%)	66 (65.3%)	0.459
ระยะแพร่กระจายแล้ว (4)	32 (40.0%)	35 (34.7%)	
<b>ภูมิลำเนา</b>			
กรุงเทพ	46 (57.5%)	35 (34.7%)	0.019
ภาคกลางนอกจากกรุงเทพ	16 (20.0%)	40 (39.6%)	
ภาคตะวันออก	4 (5.0%)	4 (4.0%)	
ภาคตะวันตก	0	2 (2.0%)	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10 (12.5%)	11 (10.9%)	
ภาคเหนือ	1 (1.3%)	6 (5.9%)	
ภาคใต้	3 (3.8%)	3 (3.0%)	
<b>ภูมิลำเนา</b>			
กรุงเทพ			0.002
ต่างจังหวัด	46 (57.5%)	35 (34.7%)	
	34 (42.5%)	66 (65.3%)	
<b>การศึกษา</b>			
จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6	24 (30.0%)	39 (38.6%)	0.189
จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6	29 (36.3%)	24 (23.8%)	
จบปริญญาตรี	23 (28.8%)	26 (25.7%)	
จบปริญญาโท หรือ ปริญญาเอก	4 (5.0%)	11 (10.9%)	
ไม่ให้ข้อมูล	0	1 (1.0%)	
<b>อาชีพ</b>			
รับราชการ	17 (21.3%)	20 (19.8%)	0.760
พนักงานบริษัท	11 (13.8%)	19 (18.8%)	
ทำธุรกิจส่วนตัว	24 (30.0%)	24 (23.8%)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23 (28.8%)	28 (27.7%)	
เกษียณ	5 (6.3%)	9 (8.9%)	
ไม่ให้ข้อมูล	0	1 (1.0%)	
<b>รายได้</b>			
น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน	19 (23.8%)	28 (27.7%)	0.718



15,000 – 29,999 บาท/เดือน	21 (26.3%)	25 (24.8%)	
30,000 – 60,000 บาท/เดือน	17 (21.3%)	17 (16.8%)	
มากกว่า 60,000 บาท/เดือน	3 (3.8%)	6 (5.9%)	
ไม่มีรายได้ของตนเอง	20 (25.0%)	23 (22.8%)	
ไม่ให้ข้อมูล	0	2 (2.0%)	
<b>ภาวะโลหิตจางเดิม (ตั้งต่อก่อนเข้า การศึกษา)</b>			
• มี	32 (40.5%)	32 (31.7%)	0.220
• ไม่มี	47 (59.5%)	69 (68.3%)	
<b>ภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำเดิม (ตั้งต่อก่อนเข้าการศึกษา)</b>			
• มี	3 (3.8%)	2 (2.0%)	0.462
• ไม่มี	76 (96.2%)	99 (98.0%)	
<b>ภาวะเอนไซม์ Aspartate aminotransferase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ เดิม (ตั้งต่อก่อนเข้าการศึกษา)</b>			
• มี	5 (6.5%)	12 (12.1%)	0.442
• ไม่มี	72 (93.5%)	87 (87.9%)	
<b>ภาวะเอนไซม์ Alanine aminotransferase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ เดิม (ตั้งต่อก่อนเข้าการศึกษา)</b>			
• มี	5 (6.5%)	16 (16.2%)	0.141
• ไม่มี	72 (93.5%)	83 (83.8%)	
<b>ภาวะเอนไซม์ Alkaline phosphatase เพิ่มขึ้นกว่าปกติเดิม (ตั้งต่อก่อนเข้าการศึกษา)</b>			
• มี	5 (6.5%)	4 (4.0%)	0.741
• ไม่มี	72 (93.5%)	95 (96.0%)	
<b>ภาวะสาร Bilirubin ในเลือดเพิ่มขึ้น กว่าปกติเดิม (ตั้งต่อก่อนเข้าการศึกษา)</b>			
• มี	4 (5.2%)	8 (8.1%)	0.730
• ไม่มี	73 (94.8%)	91 (91.9%)	

#### 4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาการแพทย์ทางเลือก

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก (n=80) พบว่ามีผู้ป่วยที่ในขณะที่มารับยาเคมีบำบัดครั้งแรกยังใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกอยู่ จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 50.0) และพบว่ามีผู้ป่วยที่เคยรักษาแพทย์ทางเลือกแต่ขณะนี้หยุดการรักษาแพทย์ทางเลือกแล้วจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 50.0) ซึ่งเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดการรักษา พบว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยมารักษาแพทย์ปัจจุบันจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 42.5), เกิดจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรักษาแพทย์ทางเลือกไม่ได้ประโยชน์และเสียค่าใช้จ่ายจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 22.5), เกิดจากการที่แพทย์แผนปัจจุบันบอกให้หยุดจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 12.5), เกิดจากการที่ผู้ป่วยรักษาแพทย์ทางเลือกแล้วมีผลข้างเคียงจึงหยุดรักษาจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.5) และมีผู้ป่วยที่ไม่ให้เหตุผลจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 20.0)

และในช่วงเวลารอรับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3 เมื่อทำการสัมภาษณ์ครั้งที่สองในผู้ป่วย 40 รายที่ยังรักษาแพทย์ทางเลือกอยู่ในขณะที่มารับยาเคมีบำบัดครั้งแรก พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 45.0) ที่ยังคงรักษาแพทย์ทางเลือกอยู่, มีผู้ป่วยอีก 19 ราย (ร้อยละ 47.5) ที่เลิกรักษาแพทย์ทางเลือกแล้ว และมีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสัมภาษณ์จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 7.5)

สำหรับเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยรักษาแพทย์ทางเลือกมากที่สุดคือเพื่อลดความรุนแรงของผลข้างเคียงจากวิธีการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและสามารถทนต่อผลข้างเคียงนั้นได้ดีขึ้น (ร้อยละ 26.9) และ เพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดเพื่อช่วยตนเองเพิ่มจากการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อช่วยให้การรักษาโรคได้ผลดียิ่งขึ้น (ร้อยละ 26.9) และเหตุผลอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 3

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแพทย์ทางเลือกจาก เพื่อนมากที่สุด (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือจากครอบครัว (ร้อยละ 35.9), จากอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 7.6) และจากแหล่งอื่น ๆ เช่นจากวารสารทางการแพทย์ และจากวิทยุ เป็นต้น (ร้อยละ 9.8)

ชนิดของการแพทย์ทางเลือกที่ผู้ป่วยนิยมมากที่สุดคือ สมุนไพร (ร้อยละ 65.0) ซึ่งประกอบด้วยเห็ดชนิดต่างๆ เช่น เห็ดหลินจือ (ร้อยละ 16.7), ยาสมุนไพรจีน เช่น เคียงเกี้ยวอั้ง, ตั่งทังเช่า, คักคก, จิงจูฉ่ำ, ยาจีนชื่อเขากวาง, ยาจีนต้มบำรุงน้ำเหลือง, เมียนท้าวเช่า, ยาน้ำหย่งเหิง เป็นต้น (ร้อยละ 9.5), ใบทุเรียนเทศ (ร้อยละ 9.5), น้ำมันต่าง ๆ เช่น น้ำมันสกัดเย็น (ร้อยละ 7.1), ยาหอมสมหมาย เช่น ยาเม็ดเคมีของหอมสมหมาย (ร้อยละ 4.8), สาหร่ายชนิดต่าง ๆ เช่น สาหร่ายแดง สาหร่ายสไปรูลิน่า (ร้อยละ 4.8), น้ำหมักต่าง ๆ เช่น น้ำหมักป่าเซง (ร้อยละ 2.4), คลอโรฟิลล์ (ร้อยละ 2.4) และสมุนไพรอื่น ๆ เช่น ขมิ้นชัน, กล้วยดิบผง, คาวตอง, ใบบัวบก, ใบไม้ห่อๆนำมาต้ม, ยา

สมุนไพรจากคลินิกแอลนี่เดิม บ้านสมุนไพร จ.อุบลราชธานี, ฟ้าทะลายโจร, ขมิ้นชันของอภัยภูเบศ, มะขามป้อม, ใบย่านาง, ยาประดงของโอสถ, ยาเหลือง, รากไม้ต้ม, เหงือกปลาหมอ, อโรคยาน้ำและแคปซูล, ต้มรากไม้กำลังเสือโคร่ง, ใบทุเรียนน้ำ, ยาไทยผสมน้ำผึ้งปั้นเป็นลูกกลมรักษามะเร็งเต้านม, หญ้าปักกิ่ง, สารสกัดเปลือกมังคุด, รากปลาไหลเผือก, น้ำฟักข้าว, ข้าวกล้องงอก5สี (ร้อยละ 42.9) (ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4) สำหรับการแพทย์ทางเลือกที่ได้รับความนิยมเป็นอันดับที่สองคืออาหารเสริมและวิตามิน (ร้อยละ 29.0) ซึ่งประกอบด้วยผลิตภัณฑ์อาหารเสริมแอมเวย์ เช่น แอมเวย์ นิวทรีไลท์ (ร้อยละ 27.3), วิตามินต่าง ๆ (ร้อยละ 27.3), น้ำมันตับปลา, พรินโรส ออย (ร้อยละ 24.2), อาหารเสริมอื่น ๆ เช่นน้ำผักผลไม้ปั่น, แครอท, บิทรูท, นูสกิน, น้ำมันรำข้าว, โบทานิก้า(ธัญพืชสกัด) (ร้อยละ 21.2) (ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5) และอันดับสุดท้าย คือการรักษาอื่น ๆ (ร้อยละ 6.0) เช่น สถาบันบันราวีซึ่งให้วิตามินซีฉีดเข้าในหลอดเลือด (ร้อยละ 25.0), การล้างพิษ (ร้อยละ 25.0), การฝังเข็ม (ร้อยละ 25.0) และการรักษาอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยไม่เปิดเผยรายละเอียด (ร้อยละ 25.0)

ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกเกิดความพึงพอใจในการรักษาจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 47.5) และรู้สึกเฉย ๆ จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 48.8) และมีผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 3.8) ที่เกิดความไม่พึงพอใจ เนื่องจากได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาแพทย์ทางเลือก คือ ผู้ป่วย 1 รายมีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อยและเหนื่อยง่าย และผู้ป่วย 1 รายมีอาการท้องอืด และผู้ป่วย 1 รายรู้สึกไม่ค่อยสบาย

ค่ารักษาแพทย์ทางเลือกโดยเฉลี่ยคือ 4,705 บาทต่อเดือน โดยค่ารักษาที่มีราคาสูงที่สุดคือ 70,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นค่าเข้ารับการฉีดวิตามินซีเข้าหลอดเลือดของสถาบันบันราวี และค่าใช้จ่ายที่ถูกที่สุดคือ 39 บาทต่อเดือน

ผู้ป่วยที่ไม่ได้แจ้งแพทย์ผู้รักษาของตนว่าเคยหรือกำลังรักษาแพทย์ทางเลือกอยู่มีจำนวนถึง 57 ราย (ร้อยละ 71.3) โดยเหตุผลที่ทำให้ไม่ได้แจ้งแพทย์ในผู้ป่วย 47 ราย (ร้อยละ 82.5) คือแพทย์ผู้รักษาไม่ได้ถาม, ในผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 12.3) คิดว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องแจ้งเรื่องนี้กับแพทย์ และผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 5.3) ไม่ได้ให้เหตุผล พบว่ามีเพียงผู้ป่วย 23 ราย (ร้อยละ 28.8) ที่แจ้งแพทย์ผู้รักษาว่าตนเองเคยหรือกำลังรักษาแพทย์ทางเลือกอยู่

ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาการแพทย์ทางเลือก (N=80)

	N (%)
เหตุผลที่ใช้การรักษาการแพทย์ทางเลือก <ul style="list-style-type: none"> <li>● หาวิธีที่ดีที่สุดเพื่อช่วยตนเองเพิ่มจากการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อช่วยให้การรักษาโรคได้ผลดียิ่งขึ้น</li> <li>● เพื่อลดความรุนแรงของผลข้างเคียงจากวิธีการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและสามารถทนต่อผลข้างเคียงนั้นได้ดีขึ้น</li> <li>● ช่วยลดความกังวลความกลัวในวิธีการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน</li> <li>● มีความหวัง เชื่อมั่น ศรัทธาในการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์สนับสนุนและการแพทย์ทางเลือกกว่ารักษาโรคให้หายได้</li> <li>● เคยได้ยินว่า วิธีการเหล่านี้ รักษาโรคให้หายได้โดยเฉพาะจากคนในครอบครัวและคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ</li> <li>● อื่น ๆ</li> </ul>	26.9% 26.9% 24.4% 7.1% 6.6% 7.6%
ผู้ให้ข้อมูลการรักษาการแพทย์ทางเลือก <ul style="list-style-type: none"> <li>● เพื่อนแนะนำ</li> <li>● คนในครอบครัวแนะนำ</li> <li>● อินเทอร์เน็ต</li> <li>● อื่น ๆ เช่น วารสารทางการแพทย์</li> </ul>	46.7% 35.9% 7.6% 9.8%
ชนิดการรักษาการแพทย์ทางเลือก <ul style="list-style-type: none"> <li>● สมุนไพร</li> <li>● อาหารเสริม และ วิตามิน</li> <li>● การรักษาอื่น ๆ</li> </ul>	65.0% 29.0% 6.0%
ความพึงพอใจจากการรักษาแพทย์ทางเลือก <ul style="list-style-type: none"> <li>● พอใจ</li> <li>● เฉย ๆ</li> <li>● ไม่พอใจ</li> </ul>	38 (47.5%) 39 (48.8%) 3 (3.8%)
ผลข้างเคียงจากการรักษาแพทย์ทางเลือก <ul style="list-style-type: none"> <li>● มี               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ อาการเวียนหัวเล็กน้อย, เหนื่อยง่าย</li> <li>○ ท้องอืด</li> </ul> </li> </ul>	3 (3.8%)

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ รู้สึกไม่ค่อยสบาย</li> <li>● ไม่มี</li> </ul>	77 (96.3%)
ค่ารักษาแพทย์ทางเลือก (บาท/เดือน) <ul style="list-style-type: none"> <li>● ค่าเฉลี่ย</li> <li>● ค่ารักษาที่ถูกที่สุด - ค่ารักษาที่แพงที่สุด</li> </ul>	4705 39 - 70,000
ผู้ป่วยได้แจ้งแพทย์เรื่องการรักษาแพทย์ทางเลือก <ul style="list-style-type: none"> <li>● แจ้ง</li> <li>● ไม่ได้แจ้ง</li> </ul>	23 (28.8%) 57 (71.3%)
เหตุผลที่ไม่ได้แจ้ง <ul style="list-style-type: none"> <li>● ไม่คิดว่าจำเป็นต้องแจ้งแพทย์</li> <li>● แพทย์ผู้รักษาไม่ได้ถาม</li> <li>● ไม่ให้เหตุผล</li> </ul>	7 (12.3%) 47 (82.5%) 3 (5.3%)

ตารางที่ 4 จำแนกชนิดของสมุนไพรตามความนิยมของผู้ป่วย

สมุนไพร	ร้อยละ
เห็นชนิดต่างๆ เช่น เห็นหลินจือ	16.7
ยาจีน	9.5
ใบทุเรียนเทศ	9.5
น้ำมัน	7.1
ยาหอมสมหมาย	4.8
สาหร่าย	4.8
น้ำหมัก	2.4
คลอโรฟิลล์	2.4
อื่น ๆ	42.9

ตารางที่ 5 จำแนกชนิดของอาหารเสริมตามความนิยมของผู้ป่วย

อาหารเสริม	ร้อยละ
ผลิตภัณฑ์แอมเวย์	27.3
วิตามิน	27.3
น้ำมันตับปลา, พรินโรส ออย	24.2
อื่น ๆ	21.2

#### 4.4 อัตราการเลื่อนยาเคมีบำบัด, อัตราการการลดขนาดยาเคมีบำบัด และ Relative dose intensity ในผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก

หลังจากผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่หนึ่ง มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 76 รายและผู้ป่วยที่ไม่รักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 97 รายที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่สองต่อ เนื่องจากหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดรอบแรก มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 1 รายและผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 1 รายเสียชีวิต, มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกอีก 2 รายที่โรคลุกลามมากขึ้นจนต้องเปลี่ยนสูตรยาเคมีบำบัด, มีผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 2 รายที่ขาดการติดต่อ, มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 1 ราย และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 1 รายที่ไม่ได้รับยาต่อ โดยไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากข้อมูลสูญหาย

หลังจากผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่สอง มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 72 รายและผู้ป่วยที่ไม่รักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 92 รายที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่สามต่อ เนื่องจากหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่สอง มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 1 รายและผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 1 รายเสียชีวิต, มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกอีก 1 รายที่โรคลุกลามมากขึ้นจนต้องเปลี่ยนสูตรยาเคมีบำบัด, มีผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 1 รายที่ขาดการติดต่อ, มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 1 รายที่กลับบ้านที่ต่างจังหวัดไม่มารับอีก, มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 1 ราย และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 3 รายที่ไม่ได้รับยาต่อ โดยไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากข้อมูลสูญหาย

อัตราการเลื่อนและหรือลดยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก พบว่าในผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจะมีผู้ป่วยที่เลื่อนและหรือลดจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 52.6) และมีผู้ป่วยที่ไม่เลื่อนและไม่ลดจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 47.4) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจะมีจำนวน 48 ราย (ร้อยละ 49.5) และจำนวน 49 ราย (ร้อยละ 50.5) ตามลำดับ โดยไม่มีความแตกต่างทางสถิติในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ( $p = 0.681$ )

อัตราการเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก พบว่ามีผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนเวลาให้ยาเคมีบำบัด เป็นผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.9 และเป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.8 และมีผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดตรงตามรอบการให้ยาจำนวน 54 ราย (ร้อยละ

71.1) และจำนวน 70 ราย (ร้อยละ 72.2) ตามลำดับ โดยไม่มีความแตกต่างทางสถิติในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ( $p = 0.872$ )

อัตราการลดขนาดยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก พบว่ามีผู้ป่วยที่ถูกลดขนาดยา เป็นผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.5 และเป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.1 และมีผู้ป่วยที่ได้รับขนาดยาเคมีบำบัดตรงตามสูตรยามาตรฐานจำนวน 46 ราย (ร้อยละ 60.5) และจำนวน 61 ราย (ร้อยละ 62.9) ตามลำดับ โดยไม่มีความแตกต่างทางสถิติในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ( $p = 0.751$ ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

หลังจากผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่สาม มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 68 รายและผู้ป่วยที่ไม่รักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 91 รายที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่สี่ต่อ เนื่องจากหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่สาม มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 4 ราย และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 1 รายที่ไม่ได้รับยาต่อ โดยไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากข้อมูลสูญหาย ในการศึกษาจึงมีผู้ป่วยจำนวน 159 รายที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร AdriamycinCyclophosphamide จำนวน 96 ราย เป็นผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 38 ราย และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 58 ราย, ผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร CarboplatinPaclitaxel จำนวน 13 ราย เป็นผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 4 ราย และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 9 ราย, ผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร CarboplatinGemcitabine จำนวน 21 ราย เป็นผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 10 ราย และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 11 ราย, ผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร XELOX จำนวน 29 ราย เป็นผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 16 ราย และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 13 ราย โดยไม่มีความแตกต่างทางสถิติในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ( $p = 0.364$ ) เนื่องจากมีข้อมูลผู้ป่วยบางรายสูญหาย ทำให้มีผู้ป่วยที่ได้รับการคำนวณ Relative dose intensity ของยาเคมีบำบัดไม่ครบทั้งหมด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 7

พบว่าผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับยาเคมีบำบัด 4 ครั้งทั้งสองกลุ่มมี Relative dose intensity ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.244$ ) แต่ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกทุกคนที่ได้รับยาเคมีบำบัด 4 ครั้งที่มี Relative dose intensity น้อยกว่าร้อยละ 90 มีจำนวน 24 ราย ในจำนวนทั้งหมด 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.78 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกที่มีจำนวน 18 ราย ในจำนวนทั้งหมด 91 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $p=0.033$ ) เมื่อจำแนก Relative dose intensity ตามสูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยที่รักษาและไม่ได้รักษาแพทย์ทางเลือกมี Relative dose intensity ของยาเคมีบำบัดแต่ละสูตรไม่แตกต่างกัน แต่จำนวนผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AdriamycinCyclophosphamide ที่มี Relative dose intensity น้อยกว่าร้อยละ 90 มีจำนวน 15 ราย ในจำนวนทั้งหมด 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.67 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกที่มีจำนวน 11 ราย ในจำนวนทั้งหมด 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.017$ )

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดและถูกลดขนาดยาเคมีบำบัด จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก

	ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก (n=76)	ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก (n=97)	p-value
ผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนและหรือลดยาเคมีบำบัด			
• เลื่อนและหรือลด	40 (52.6%)	48 (49.5%)	0.681
• ไม่เลื่อนและหรือไม่ลด	36 (47.4%)	49 (50.5%)	
ผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนเวลาให้ยาเคมีบำบัด			
• เลื่อน	22 (28.9%)	27 (27.8%)	0.872
• ไม่เลื่อน	54 (71.1%)	70 (72.2%)	
ผู้ป่วยที่ถูกลดขนาดยาเคมีบำบัด			
• ลด	30 (39.5%)	36 (37.1%)	0.751
• ไม่ลด	46 (60.5%)	61 (62.9%)	



ตารางที่ 7 แสดง Relative dose intensity ของยาเคมีบำบัดแต่ละสูตร จำแนกตามการรักษาแพทย์  
ทางเลือก

Mean Relative dose intensity (RDI)	ผู้ป่วยที่ใช้การรักษา แพทย์ทางเลือก	ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การ รักษาแพทย์ทางเลือก	p-value
<b>Chemotherapy RDI</b>	(n=69) 92.37%	(n=91) 94.07%	0.244
<b>Chemotherapy &lt; 90% RDI</b>	24/69 (34.78%)	18/91 (19.78%)	0.033
<b>AC</b>	(n=36)	(n=58)	
● Adriamycin	90.46%	92.77%	0.198
● Cyclophosphamide	90.29%	92.55%	0.117
● AC	91.19%	94.43%	0.171
● AC < 90% RDI	15/36 (41.67%)	11/58 (18.97%)	0.017
<b>CbPac</b>	(n=15)	(n=20)	
● Carboplatin	91.38%	92.88%	0.653
● Paclitaxel	93.25%	97.11%	0.415
● CbPac	95.46%	95.69%	0.962
● CbPac < 90% RDI	1/4 (25.00%)	1/9 (11.11%)	1.000
<b>CbGem</b>	(n=15)	(n=20)	
● Carboplatin	91.38%	92.88%	0.653
● Gemcitabine	81.83%	84.67%	0.695
● CbGem	85.46%	88.21%	0.583
● CbGem < 90% RDI	6/11 (54.54%)	4/11 (36.36%)	0.392
<b>XELOX</b>	(n=18)	(n=13)	
● Capecitabine	96.67%	95.69%	0.725
● Oxaliplatin	97.01%	96.54%	0.840
● XELOX	96.84%	96.12%	0.759
● XELOX < 90% RDI	2/18 (11.11%)	2/13 (15.38%)	1.000

#### 4.5 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม FACT-G ในผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก

สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม FACT-G จากผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษาจำนวน 187 คนมีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 46 รายและผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 53 รายที่ได้รับการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพชีวิต 81.70 และ 81.64 ตามลำดับ, ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกด้านร่างกาย 24.67 และ 24.34 ตามลำดับ, ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว 19.07 และ 18.87 ตามลำดับ, และ ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม 17.98 และ 19.68 ตามลำดับ โดยคะแนนของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.523, 0.762, 0.241, 0.571$ ) ตามลำดับ แต่คะแนนความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ของผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมากกว่าคะแนนของผู้ป่วยอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.031$ )

ในการสัมภาษณ์คะแนนคุณภาพชีวิตครั้งที่สอง มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 71 รายและผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 88 รายที่ได้รับการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพชีวิต 78.30 และ 75.84 ตามลำดับ, ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกด้านร่างกาย 21.76 และ 21.58 ตามลำดับ, ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว 19.17 และ 18.08 ตามลำดับ, ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ 19.75 และ 19.05 ตามลำดับ และ ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม 17.62 และ 17.68 ตามลำดับ โดยคะแนนรวมคุณภาพชีวิต, คะแนนความผาสุกด้านร่างกายและคะแนนความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.488, 0.991, 0.053$  ตามลำดับ) แต่คะแนนความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมากกว่าคะแนนของผู้ป่วยอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.029$ ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 8

มีผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตครบทั้งสองครั้งจำนวน 91 ราย เป็นผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 43 รายและผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 48 รายพบวาคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มแย่งลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.009, 0.001$  ตามลำดับ) โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีผู้ป่วยจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 34.9) มีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นโดยเฉลี่ยคือ 7.00 คะแนนและในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีผู้ป่วยจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 27.1) มีคะแนนเฉลี่ยคือ 8.67 คะแนน คะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยทั้งสอง

กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.425$ ) ในทางกลับกันผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 62.8) ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยเฉลี่ยคือ 10.61 คะแนนและผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 72.9) ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยเฉลี่ยคือ 13.58 คะแนนพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.018$ ) และคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นและลดลงของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.198$ ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 8 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก

	ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก	ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก	p-value
ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเมื่อสัมภาษณ์ครั้งที่ 1	(N=46)	(N=53)	
● คะแนนรวมคุณภาพชีวิต(0-108)	81.70	81.64	0.523
● คะแนนความผาสุกด้านร่างกาย (0-28)	24.67	24.34	0.762
● คะแนนความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (0-28)	19.07	18.87	0.241
● คะแนนความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ (0-24)	19.98	18.94	0.031
● คะแนนความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (0-28)	17.98	19.68	0.571
ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเมื่อสัมภาษณ์ครั้งที่ 2	(N=71)	(N=88)	
● คะแนนรวมคุณภาพชีวิต(0-108)	78.30	75.84	0.488
● คะแนนความผาสุกด้านร่างกาย (0-28)	21.76	21.58	0.991
● คะแนนความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (0-28)	19.17	18.08	0.053
● คะแนนความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ (0-24)	19.75	19.05	0.029
● คะแนนความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (0-28)	17.62	17.68	0.733

ตารางที่ 9 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตครั้งที่ 1 และ 2  
จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก

คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ ได้รับการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ครั้งที่ 1 และ 2		ผู้ป่วยที่ใช้การ รักษาแพทย์ ทางเลือก (n=43)*	ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การ รักษาแพทย์ ทางเลือก (n=48)	P value	P value
คะแนน	N(%)	15 (34.9%)	13 (27.1%)	0.425	0.198
คุณภาพชีวิตดี ขึ้น	ค่าเฉลี่ยของ คะแนนที่ดีขึ้น	7.00	8.67		
คะแนน	N(%)	27 (62.8%)	35 (72.9%)	0.018	
คุณภาพชีวิต แย่ลง	ค่าเฉลี่ยของ คะแนนที่แย่ลง	-10.61	-13.58		
P value		0.009	0.001		

\*มีผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตคงที่ 1 ราย

#### 4.6 อัตราการเกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก และ ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก

เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 1 รายเสียชีวิต และผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษา  
แพทย์ทางเลือก 1 รายเสียชีวิต และ 2 รายขาดการติดต่อหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 จึงมี  
ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ โดยใช้เกณฑ์ Common Toxicity  
Criteria Adverse Event (CTCAE) version 3<sup>(36)</sup> เพียง 79 ราย และ 98 ราย สำหรับข้อมูลของ  
ช่วงเวลาและจำนวนครั้งที่เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำมีของผู้ป่วยที่ใช้การรักษา  
แพทย์ทางเลือก 1 รายและผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 3 รายสูญหายไปทำให้เหลือข้อมูล  
ของผู้ป่วยจำนวน 79 รายและ 95 รายตามลำดับ และข้อมูลของค่าเอนไซม์ Aspartate  
aminotransferase, เอนไซม์ Alanine aminotransferase, เอนไซม์ Alkaline phosphatase และ  
สาร Bilirubin ของผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 8 ราย และ ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์  
ทางเลือก 11 รายสูญหายไป ทำให้เหลือข้อมูลของผู้ป่วยจำนวน 71 ราย และ 87 รายตามลำดับ

สำหรับการประเมินภาวะโลหิตจางนั้นจะเปรียบเทียบผลเลือดหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด กับผลเลือดเดิมก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางเดิมที่เมื่อรับยาเคมีบำบัดแล้วพบว่าภาวะโลหิตจางรุนแรงมากขึ้นจากเดิมจึงจะได้รับการประเมินว่ามีภาวะโลหิตจาง โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงระดับที่ 1 จำนวน 28 คน (ร้อยละ 35.4) และ จำนวน 43 คน (ร้อยละ 43.9) ตามลำดับ, มีผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงระดับที่ 2 จำนวน 18 คน (ร้อยละ 22.8) และ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 9.2) ตามลำดับ, มีผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงระดับที่ 3 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 5.1) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก และไม่มีผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงระดับที่ 4,5 พบว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีภาวะโลหิตจางรุนแรงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ( $p = 0.007$ ) หากจำแนกเป็นมีผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงระดับที่ 3 - 5 มีเพียงผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 4 คน (ร้อยละ 4.9) และมีผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงน้อยกว่าระดับที่ 3 จำนวน 75 คน (ร้อยละ 94.9) และ จำนวน 98 คน (ร้อยละ 100) ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีภาวะโลหิตจางรุนแรงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ( $p = 0.024$ )

เมื่อพิจารณาถึงจำนวนครั้งที่เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำ พบว่าในผู้ป่วยที่รักษาและไม่ได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือกเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำ 1 ครั้ง จำนวน 32 คน (ร้อยละ 61.5) และ จำนวน 49 คน (ร้อยละ 81.7) ตามลำดับ, มีผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำ 2 ครั้ง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 30.8) และ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 16.7) ตามลำดับ, มีผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำ 3 ครั้ง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 5.8) และ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.7) ตามลำดับ และ มีผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำ 4 ครั้ง จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.9) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก จำนวนครั้งที่เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.093$ ) หากจำแนกเป็นมีผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำ 1 ครั้งมีจำนวน 32 คน (ร้อยละ 61.5) และ จำนวน 49 คน (ร้อยละ 81.7) ตามลำดับ และผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 38.5) และ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 18.3) ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีจำนวนครั้งที่เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำมากกว่า 1 ครั้งมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.018$ )

มีผู้ป่วยที่มีภาวะอ่อนเพลียรุนแรงระดับที่ 1 จำนวน 40 คน (ร้อยละ 48.8) และ จำนวน 55 คน (ร้อยละ 54.5) ตามลำดับ, มีผู้ป่วยที่มีภาวะอ่อนเพลียรุนแรงระดับที่ 2 จำนวน 15 คน (ร้อยละ 18.3) และ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 5.9) ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะอ่อนเพลียจำนวน 27 คน (ร้อยละ 32.9) และ จำนวน 40 คน (ร้อยละ 39.6) ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีภาวะอ่อนเพลียมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.033$ ) หากจำแนกเป็นมีผู้ป่วยที่มีภาวะอ่อนเพลียรุนแรงระดับที่ 2 มีจำนวน 15 คน (ร้อยละ 18.3) และ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 5.9) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีภาวะอ่อนเพลียน้อยกว่าระดับที่ 2 จำนวน 67 คน (ร้อยละ 81.7) และ จำนวน 95คน (ร้อยละ 94.1) ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีภาวะอ่อนเพลียรุนแรงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.009$ )

สำหรับภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำ, ช่วงเวลาที่เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำ, ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ, ภาวะเอนไซม์ Aspartate aminotransferase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ, ภาวะเอนไซม์ Alanine aminotransferase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ, ภาวะเอนไซม์ Alkaline phosphatase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ, ภาวะสาร Bilirubin เพิ่มขึ้นกว่าปกติ, ภาวะไข้, ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะจากแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะที่เม็ดเลือดขาวต่ำ, ภาวะ Febrile neutropenia, ภาวะเย็บปากอักเสบ, ภาวะคลื่นไส้รุนแรง, ภาวะอาเจียนรุนแรง, ภาวะท้องเสีย, ภาวะเบื่ออาหาร, ภาวะปวดกล้ามเนื้อ และ ภาวะน้ำหนักของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายละเอียดทั้งหมดแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด จำแนกตามการรักษาแพทย์  
ทางเลือก

อาการไม่พึงประสงค์	ผู้ป่วยที่ใช้การรักษา แพทย์ทางเลือก (N=79)	ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การ รักษาแพทย์ทางเลือก (N=98)	p-value
ภาวะโลหิตจาง			
● รุนแรงระดับ 1 - 5	50 (63.3%)	52 (53.1%)	0.007
● รุนแรงระดับ 3 - 5	4 (5.1%)	0	0.024
ภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำ			
● รุนแรงระดับ 1 - 4	48 (60.8%)	60 (61.2%)	0.605
● รุนแรงระดับ 3 - 4	30 (38.0%)	28 (28.6%)	0.185
ช่วงเวลาที่เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำ	(N=52)	(N=60)	
● ช่วง Nadir	26 (50.0%)	35 (58.3%)	0.395
● วันที่มารับยาเคมีบำบัด	14 (26.9%)	17 (28.3%)	
● ทั้งช่วง Nadir และวันที่มารับยาเคมี บำบัด	12 (23.1%)	8 (13.3%)	
จำนวนครั้งที่เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำ	(N=52)	(N=60)	
● 1 ครั้ง	32 (61.5%)	49 (81.7%)	0.018
● มากกว่า 1 ครั้ง	20 (38.5%)	11 (18.3%)	
ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ			
● รุนแรงระดับ 1 - 4	17 (21.5%)	18 (18.4%)	0.803
● รุนแรงระดับ 3 - 4	2 (2.5%)	2 (2.0%)	0.827
ภาวะเอนไซม์ Aspartate aminotransferase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ	(N=71)	(N=87)	
● รุนแรงระดับ 1 - 4	16 (29.1%)	11 (12.6%)	0.320
● รุนแรงระดับ 3 - 4	1 (1.4%)	0	0.267
ภาวะเอนไซม์ Alanine aminotransferase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ	(N=71)	(N=87)	
● รุนแรงระดับ 1 - 4	17 (23.9%)	11 (12.6%)	0.136
● รุนแรงระดับ 3 - 4	3 (4.2%)	0	0.053
ภาวะเอนไซม์ Alkaline phosphatase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ	(N=71)	(N=87)	
● รุนแรงระดับ 1 - 4	11 (15.5%)	8 (9.2%)	0.517
● รุนแรงระดับ 3 - 4	1 (1.4%)	0	0.267
ภาวะสาร Bilirubin ในเลือดเพิ่มขึ้นกว่าปกติ	(N=71)	(N=87)	

<ul style="list-style-type: none"> <li>● รุนแรงระดับ 1 - 4</li> <li>● รุนแรงระดับ 3 - 4</li> </ul>	5 (7.0%) 2 (2.8%)	9 (10.3%) 1 (1.1%)	0.095 0.445
ภาวะไข้ <ul style="list-style-type: none"> <li>● มีไข้</li> <li>● ไม่มีไข้</li> </ul>	12 (15.2%) 67 (84.8%)	10 (10.2%) 88 (89.8%)	0.318
ภาวะ Febrile neutropenia <ul style="list-style-type: none"> <li>● มี</li> <li>● ไม่มี</li> </ul>	3 (3.8%) 76 (96.2%)	4 (4.1%) 94 (95.9%)	0.923
จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะ <ul style="list-style-type: none"> <li>● ไข้</li> <li>● ไม่ได้ไข้</li> </ul>	31 (39.2%) 48 (60.8%)	33 (33.7%) 65 (66.3%)	0.443
ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ <ul style="list-style-type: none"> <li>● รุนแรงระดับ 1 - 5</li> <li>● รุนแรงระดับ 3 - 5</li> </ul>	24 (30.4%) 1 (1.3%)	26 (26.5%) 0	0.691 0.264
ภาวะคลื่นไส้ <ul style="list-style-type: none"> <li>● รุนแรงระดับ 1 - 3</li> <li>● รุนแรงระดับ 3</li> </ul>	41 (51.9%) 3 (3.8%)	56 (57.1%) 1 (1.0%)	0.111 0.217
ภาวะอาเจียน <ul style="list-style-type: none"> <li>● รุนแรงระดับ 1 - 5</li> <li>● รุนแรงระดับ 3 - 5</li> </ul>	25 (31.6%) 3 (3.8%)	34 (34.7%) 1 (1.0%)	0.560 0.217
ภาวะท้องเสีย <ul style="list-style-type: none"> <li>● รุนแรงระดับ 1 - 5</li> <li>● รุนแรงระดับ 3 - 5</li> </ul>	12 (15.2%) 0	13 (13.3%) 1 (1.0%)	0.540 0.368
ภาวะเบื่ออาหาร <ul style="list-style-type: none"> <li>● รุนแรงระดับ 1 - 5</li> <li>● รุนแรงระดับ 3 - 5</li> </ul>	57 (72.2%) 1 (1.3%)	67 (68.4%) 0	0.563 0.264
ภาวะอ่อนเพลีย <ul style="list-style-type: none"> <li>● รุนแรงระดับ 1 - 3</li> <li>● รุนแรงระดับ 2 - 3</li> </ul>	52 (65.8%) 15 (19.0%)	60 (61.2%) 5 (5.1%)	0.033 0.004
ภาวะปวดกล้ามเนื้อ <ul style="list-style-type: none"> <li>● รุนแรงระดับ 1 - 3</li> <li>● รุนแรงระดับ 2 - 3</li> </ul>	28 (35.4%) 7 (8.9%)	31 (31.6%) 3 (3.1%)	0.251 0.097
ผู้ป่วยที่นำหนักลด <ul style="list-style-type: none"> <li>● มี</li> <li>● ไม่มี</li> </ul>	43 (54.4%) 36 (45.6%)	55 (56.1%) 43 (43.9%)	0.822



#### 4.7.1 อัตราการเลื่อนยาเคมีบำบัด และอัตราการลดขนาดยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AdriamycinCyclophosphamide รักษาแพทย์ทางเลือก และ ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AdriamycinCyclophosphamide ที่ไม่ได้รักษาแพทย์ทางเลือก

เมื่อพิจารณาดูการเลื่อนและลดยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกและไม่ได้รักษาแพทย์เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AdriamycinCyclophosphamide ซึ่งมีจำนวน 100 คนแต่ขาดข้อมูลของผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก 2 ราย ซึ่งผู้ป่วย 1 รายขาดการติดต่อหลังจากรับยาเคมีบำบัดครั้งแรกและผู้ป่วย 1 รายข้อมูลสูญหาย พบว่าผู้ป่วยสองกลุ่มนี้ไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AC ที่ถูกเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดและถูกลดขนาดยาเคมีบำบัด จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก

	ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก (n=39)	ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก (n=59)	p-value
ผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนและหรือลดยาเคมีบำบัด			
● เลื่อนและหรือลด	26 (66.7%)	30 (50.8%)	0.121
● ไม่เลื่อนและหรือไม่ลด	13 (33.3%)	29 (49.2%)	
ผู้ป่วยที่ถูกเลื่อนเวลาให้ยาเคมีบำบัด			
● เลื่อน	10 (25.6%)	15 (25.4%)	0.981
● ไม่เลื่อน	29 (74.4%)	44 (74.6%)	
ผู้ป่วยที่ถูกลดขนาดยาเคมีบำบัด			
● ลด	23 (59.0%)	26 (44.1%)	0.149
● ไม่ลด	16 (41.0%)	33 (55.9%)	

#### 4.7.2 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม FACT-G ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AdriamycinCyclophosphamide รักษาแพทย์ทางเลือก และผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AdriamycinCyclophosphamide ที่ไม่ได้รักษาแพทย์ทางเลือก

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกและไม่ได้รักษาแพทย์เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AdriamycinCyclophosphamide (AC) เมื่อสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ 18.55 และ

19.06 ตามลำดับ และ เมื่อสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมี ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ 19.80 และ 18.00 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีคะแนนความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจจากการสัมภาษณ์ทั้งสองครั้งมากกว่าคะแนนของผู้ป่วยอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.043$ ,  $0.006$  ตามลำดับ) สำหรับคะแนนรวมคุณภาพชีวิต, คะแนนความผาสุกด้านร่างกาย, คะแนนความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว และคะแนนความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 12

มีผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตครบทั้งสองครั้งจำนวน 51 ราย เป็นผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 21 รายและผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 30 รายพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกไม่ได้แย่งอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีคะแนนคุณภาพชีวิตแย่งอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.095$ ,  $0.000$  ตามลำดับ) โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีผู้ป่วยจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 33.3) มีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นโดยเฉลี่ยคือ 8.43 คะแนน และในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีผู้ป่วยจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 10.0) มีคะแนนเฉลี่ยคือ 4.33 คะแนน คะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.456$ ) ในทางกลับกันผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 66.7) ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตแย่งโดยเฉลี่ยคือ 11.07 คะแนนและผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 90.0) ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตแย่งโดยเฉลี่ยคือ 14.44 คะแนนคะแนนคุณภาพชีวิตที่แย่งของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.101$ ) และคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นและลดลงของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.578$ ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 12 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AC จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก

	ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก	ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก	p-value
ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเมื่อสัมภาษณ์ครั้งที่ 1	(N=22)	(N=34)	
● คะแนนรวมคุณภาพชีวิต(0-108)	83.50	82.62	0.211
● คะแนนความผาสุกด้านร่างกาย (0-28)	25.91	24.85	0.213
● คะแนนความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (0-28)	18.55	19.06	0.184
● คะแนนความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ (0-24)	20.09	18.65	0.043
● คะแนนความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (0-28)	18.95	20.35	0.708
ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเมื่อสัมภาษณ์ครั้งที่ 3	(N=35)	(N=53)	
● คะแนนรวมคุณภาพชีวิต(0-108)	81.43	71.98	0.070
● คะแนนความผาสุกด้านร่างกาย (0-28)	22.34	20.64	0.319
● คะแนนความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (0-28)	20.06	17.30	0.282
● คะแนนความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ (0-24)	19.80	18.00	0.006
● คะแนนความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (0-28)	19.23	16.87	0.159

ตารางที่ 13 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AC ที่ได้รับการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตครั้งที่ 1 และ 2 จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก

คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตครั้งที่ 1 และ 3		ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก (n=21)	ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก (n=30)	P value	P value
คะแนน	N(%)	7 (33.3%)	3 (10.0%)	0.456	0.578
คุณภาพชีวิตดีขึ้น	ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ดีขึ้น	8.43	4.33		
คะแนน	N(%)	14 (66.7%)	27 (90.0%)	0.101	
คุณภาพชีวิตแย่ลง	ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่แย่ลง	-11.07	-14.44		
P value		0.095	0.000		

#### 4.7.3 อัตราการเกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร Adriamycin/cyclophosphamide ที่รักษาแพทย์ทางเลือก และผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร Adriamycin/cyclophosphamide ที่ไม่ได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก

ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีภาวะโลหิตจาง และภาวะอ่อนเพลียรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=0.020, 0.039$  ตามลำดับ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 14

สำหรับภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil ต่ำ, ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ, ภาวะเอนไซม์ Aspartate aminotransferase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ, ภาวะเอนไซม์ Alanine aminotransferase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ, ภาวะเอนไซม์ Alkaline phosphatase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ, ภาวะสาร Bilirubin เพิ่มขึ้นกว่าปกติ, ภาวะไข้, ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะจากแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะที่เม็ดเลือดขาวต่ำ, ภาวะ Febrile neutropenia, ภาวะเยื่อปากอักเสบ, ภาวะคลื่นไส้รุนแรง, ภาวะอาเจียนรุนแรง, ภาวะท้องเสีย, ภาวะเบื่ออาหาร, ภาวะปวดกล้ามเนื้อ และ ภาวะน้ำหนักของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มิได้แสดงข้อมูลไว้)

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีสูตร AC  
จำแนกตามการรักษาแพทย์ทางเลือก

อาการไม่พึงประสงค์	ผู้ป่วยที่ใช้การรักษา แพทย์ทางเลือก (N=39)	ผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษา แพทย์ทางเลือก (N=60)	p-value
ภาวะโลหิตจาง			
• รุนแรงระดับ 1	19 (48.7%)	31 (51.7%)	0.020
• รุนแรงระดับ 2	9 (23.1%)	3 (5.0%)	
• ไม่มีภาวะโลหิตจาง	11 (28.2%)	26 (43.3%)	
ภาวะอ่อนเพลีย			
• รุนแรงระดับ 1 - 3	26 (66.7%)	39 (65.0%)	0.110
• รุนแรงระดับ 2 - 3	8 (20.5%)	4 (6.7%)	0.039

## บทที่ 5

### อภิปรายผล สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

#### 5.1. อภิปรายผลการวิจัย

สำหรับวัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้คือดูอัตราการเลื่อนและการลดยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้และไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดและลดขนาดยาเคมีบำบัดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม พบอัตราการได้รับยาเคมีบำบัดที่มี relative dose intensity น้อยกว่าร้อยละ 90 ในผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีความผาสุกทางอารมณ์และจิตใจมากกว่าแต่มีอาการไม่พึงประสงค์บางอย่างมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก

การศึกษานี้ถือเป็นการศึกษาแรกที่เปรียบเทียบผลของการใช้และไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกต่อการให้ยาเคมีบำบัด โดยพบว่าอัตราการเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือการลดขนาดยาเคมีบำบัดไม่แตกต่างกันในผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก แม้อาจจะสรุปได้ว่า การใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกไม่มีผลต่อการให้ยาเคมีบำบัด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการดูแลเฉพาะอัตราการเลื่อนและ/หรือลดยาเคมีบำบัดโดยรวม จะเป็นการรวมการลดและเลื่อนยาเคมีบำบัดทุกกรณี ไม่ว่าจะเลื่อนนานหรือลดขนาดยาน้อยเท่าไรก็ตาม จึงอาจไม่ได้สะท้อนถึงความแตกต่างของปริมาณยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ และอัตราการเลื่อนหรือลดยาเคมีบำบัดที่ไม่มาก อาจไม่ได้มีความสำคัญทางคลินิก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อดู dose intensity ซึ่งเป็นปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดเฉลี่ยตามระยะเวลาที่ได้รับยา รวมทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นการรวมทั้งการเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดและการลดขนาดยาเคมีบำบัด โดยพบว่า แม้ค่าเฉลี่ย relative dose intensity ของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่ใช้จะน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ Relative dose intensity น้อยกว่าร้อยละ 90 มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด อาจมีความสัมพันธ์กับการได้รับยาเคมีบำบัดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

โดยปกติแล้วสาเหตุที่ผู้ป่วยจะถูกเลื่อนการให้ยาหรือถูกลดขนาดยามักจะเกิดจากภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ต่ำ, ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ, หรือผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ เช่น ภาวะอ่อนเพลีย ที่ทำให้ความสามารถในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลงจนแพทย์ผู้รักษาเห็นว่าไม่สามารถรับยาเคมีครั้งนั้นได้ ดังนั้น อาการไม่พึงประสงค์จึงมีความมีความสัมพันธ์กับการเลื่อนหรือลดและปริมาณยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ โดยผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีอุบัติการณ์เม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil ต่ำมากกว่าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะมีจำนวนครั้งที่เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil ต่ำมากกว่า 1 ครั้งมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกน่าจะมีภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil ต่ำที่ยาวนานกว่า ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้มีการเลื่อนและลดยาเคมีบำบัดที่มากกว่าจนทำให้ relative dose intensity ลดลงอย่างมีนัยสำคัญได้ในผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก อย่างไรก็ตาม มีรายงานการศึกษาในประเทศจีน พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้สารสกัดจากยาสมุนไพรหลายชนิดมีการลดลงของจำนวนเม็ดเลือดขาว neutrophil น้อยกว่ากลุ่มที่ได้ยาหลอกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(31-33)</sup> แต่เนื่องจากรูปแบบและจุดประสงค์การวิจัยที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการดูจำนวนเม็ดเลือดขาวที่ลดลงโดยเฉลี่ย โดยไม่ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาว neutrophil ต่ำตามเกณฑ์ของภาวะเม็ดเลือดขาว neutrophil ต่ำ (neutropenia) เหมือนการศึกษาปัจจุบัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้

ในแง่ของอัตราการเกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีภาวะโลหิตจางมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ อาจเกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่นิยมรักษาแพทย์ทางเลือก ซึ่งมักจะเน้นการรับประทานผักและแป้ง และงดเว้นการรับประทานเนื้อสัตว์ ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการมากกว่า และผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีเพียงแวนิลามีนจะทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะเอนไซม์ Aspartate aminotransferase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ, ภาวะเอนไซม์ Alanine aminotransferase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ, ภาวะเอนไซม์ Alkaline phosphatase เพิ่มขึ้นกว่าปกติ แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ มีเพียงภาวะอ่อนเพลียที่ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับภาวะไข้, จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะ, ภาวะเบื่ออาหาร และภาวะปวดกล้ามเนื้อ พบมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติเช่นกัน จึงสรุปได้ว่าการรักษาแพทย์ทางเลือกน่าจะมีแนวโน้มที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทั้งในระบบโลหิตวิทยา และระบบอื่น ๆ ซึ่ง

สาเหตุที่ผู้ป่วยยังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจจะเกิดจากการที่จำนวนผู้ป่วยได้จากการคำนวณจากคำถามวิจัยหลักของการศึกษา จึงทำให้มีค่าอำนาจการทดสอบ (power) ไม่เพียงพอได้ และเนื่องจากการศึกษานี้ไม่ใช้การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมจึงมิได้ควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มให้เหมือนกัน ทำให้ผลที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ได้อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีภาวะอ่อนเพลียมากขึ้นอาจจะเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้เกิดการเลื่อนและการลดยาเคมีบำบัดที่เกิดมีความรุนแรงมากขึ้น

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มจะแย่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากรับยาเคมีบำบัด 2 ครั้ง แต่ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกนั้นมีจำนวนผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แย่งและมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตที่แย่งน้อยกว่าอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการสัมภาษณ์ทั้งสองครั้งพบว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ จิตใจมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าการรักษาแพทย์ทางเลือกน่าจะมีผลในแง่บวกต่อจิตใจของผู้ป่วย อาจจะเนื่องมาจากความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ จิตใจดีขึ้น พบข้อพึงระวังสำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น เมื่อพิจารณาจะพบว่าตัวเลขค่าเฉลี่ยนั้นต่างกันเพียงเล็กน้อย จึงอาจจะต้องระวังว่าความแตกต่างนี้อาจจะไม่มีผลในทางคลินิกและเนื่องจากผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกไม่ได้มีคะแนนในด้านร่างกายและด้านการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการแพทย์ทางเลือกจะช่วยทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยแย่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รักษา

อย่างไรก็ตามมีข้อพึงระวังเนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวนทั้งหมด 84 ราย มีผู้ป่วยเพียง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.43 เท่านั้น ที่ยังคงรักษาแพทย์ทางเลือกอยู่จนถึงรอบการให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่สาม แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่มาจากกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกนั้น ในความเป็นจริงแล้วมีถึงร้อยละ 78.57 ของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่ไม่ได้รักษาแพทย์ทางเลือกแล้ว ในขณะที่อยู่ในช่วงการศึกษา รวมถึงผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกแต่ละราย มีชนิดการรักษา, ปริมาณสารที่รับประทาน และระยะเวลาที่รักษามายาวนานแตกต่างกันทุกคน ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ไม่สามารถควบคุมได้ในงานวิจัยนี้ ทำให้ผลการศึกษาทั้งหมดมีความน่าเชื่อถือลดลง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาผลของการรักษาแพทย์ทางเลือกที่เป็นสิ่งที่มีผู้ป่วยรับประทาน, ฉีด หรือสวนทวารเข้าไปในร่างกายซึ่งอาจจะเกิดผลเสียต่อร่างกายได้ โดยผลเสียนั้น



สามารถเกิดจากตัวสารโดยตรง เช่นทำให้เกิดพิษต่อดับและไตได้<sup>(31-33)</sup> หรือเป็นผลทางอ้อมจากสารนั้น เช่นเกิด Drug interaction<sup>(31)</sup> กับสารอื่น ๆ เช่นยาเคมีบำบัดที่เข้าไปในร่างกายหรือเกิดการเป็นพิษจากสิ่งปนเปื้อนกับสารนั้น<sup>(34,35)</sup> และเนื่องจากระยะเวลาในการศึกษาที่จำกัดเพื่อให้ได้จำนวนผู้ป่วยครบตามที่ต้องการและมีลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยที่แตกต่างกันน้อยที่สุดจึงจำเป็นต้องเลือกชนิดของโรคมะเร็งที่มีปริมาณผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดมากที่สุดและไม่กำหนดระยะของโรคแต่กำหนดสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้มากที่สุดของผู้ป่วยนอก โดยประชากรที่รวบรวมมาได้นั้นมีลักษณะพื้นฐานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง, อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 50 - 60 ปี, ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม, อยู่ในระยะแพร่กระจายแล้ว (ระยะที่ 4), ได้รับยาเคมีสูตร AdriamycinCyclophosphamide, มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ, สำเร็จการศึกษาจากชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6, ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือนซึ่งผู้วิจัยคาดว่าเป็นไปตามความชุกของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัดนี้ จากผลการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยทั้งหมด 181 คน มีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 ซึ่งจากการศึกษาของนพ.พุดผพรรณเมื่อปี 2555 พบว่าอัตราการรักษาแพทย์ทางเลือกสูงถึงร้อยละ 60.9<sup>(22)</sup> ซึ่งการที่การศึกษานี้มีอัตราการรักษาแพทย์ทางเลือกที่ต่ำกว่า น่าจะเนื่องมาจากวิธีการเก็บข้อมูล โดยในการศึกษานี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์ซึ่งหน้าโดยผู้สัมภาษณ์ซึ่งไม่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตามเนื่องจากทำการสัมภาษณ์ที่หน่วยเคมีบำบัด อาจจะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลทั้งหมด จากนั้นเมื่อผู้วิจัยทำการติดตามผู้ป่วยที่ตอบผู้สัมภาษณ์ว่าไม่ได้รักษาแพทย์ทางเลือกเป็นระยะเวลาหนึ่ง พบว่ามีผู้ป่วย 3 รายที่แพทย์ผู้รักษาสามารถซักประวัติได้ ภายหลังว่าในความเป็นจริงผู้ป่วยรักษาแพทย์ทางเลือกพร้อมกับรับยาเคมีบำบัดมาเป็นเวลานานแล้ว จึงเป็นข้อเท็จจริงว่าจำนวนผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกในการศึกษานี้น้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งมีผลทำให้ผลการศึกษาคคลเคลื่อนได้

นอกจากนี้สูตรยาเคมีบำบัดน่าจะเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้เกิดการเลื่อนและการลดขนาดยาเคมีได้ในการศึกษานี้ โดยสูตรยาที่มีผลทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงทั้งต่อระบบโลหิตวิทยาและระบบอื่น ๆ อาจจะถูกเสริมฤทธิ์ให้รุนแรงมากขึ้นหากได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือกซึ่งอาจจะก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายควบคู่ไปด้วย จึงทำการเปรียบเทียบทั้งการเลื่อนและการลด, คุณภาพชีวิต และอาการไม่พึงประสงค์ ระหว่างผู้ป่วยที่รักษาและไม่ได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AdriamycinCyclophosphamide โดยผู้วิจัยคาดว่า ผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัดสูตรนี้น่าจะเกิดผลเสียจากการรักษาแพทย์ทางเลือกมากกว่า จากผลการศึกษาพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่

เลื่อนการให้ยาเคมีบำบัด และลดขนาดยาเคมีบำบัดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกที่ได้รับยาสูตร AdriamycinCyclophosphamide ถูกเลื่อนการให้ยาและหรือลดปริมาณยาลงจน Relative dose intensity ของยาเหลือน้อยกว่าร้อยละ 90 มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร AdriamycinCyclophosphamide เป็นประชากรหลักในการศึกษานี้ จึงทำให้มีค่าอำนาจการทดสอบ (power) มากพอที่จะทำให้เห็นความแตกต่างของ Relative dose intensity ของผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษานี้ได้ สำหรับเหตุผลที่ผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร AdriamycinCyclophosphamide ที่รักษาแพทย์ทางเลือกร่วมด้วยมี Relative dose intensity ที่น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น่าจะเกิดจากการที่สูตรยา AdriamycinCyclophosphamide นั้นเป็นสูตรที่ทำให้เกิดการกดการทำงานของไขกระดูกรุนแรงและมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ โดยจาก NCCN Guideline Version 2.2014<sup>(43)</sup> พบว่าสูตรยาเคมีบำบัด AdriamycinCyclophosphamide จัดเป็นสูตรยาที่มีความเสี่ยงถึงร้อยละ 10-20 ที่จะทำให้เกิดภาวะ Febrile neutropenia ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตรนี้มี ความเสี่ยงที่จะเกิดการเลื่อนและหรือการลดยาเคมีบำบัดมากอยู่แล้ว หากผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตรนี้ได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือกร่วมด้วยอาจทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำมากขึ้น หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ รุนแรงขึ้น จนทำให้เกิดการเลื่อนและหรือลดยาเคมีบำบัดมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับ Relative dose intensity ของยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกร่วมด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AdriamycinCyclophosphamide พบว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกยังคงมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ จิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญถึงสองครั้งที่ทำการสัมภาษณ์ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกไม่ได้แย่ลงอย่างมีนัยสำคัญเหมือนในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก ซึ่งน่าจะเกิดจากการที่คะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยที่ดีขึ้นพบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AdriamycinCyclophosphamide ที่รักษาแพทย์ทางเลือกมีอาการไม่พึงประสงค์ คือ ภาวะโลหิตจางและภาวะอ่อนเพลียมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกซึ่งน่าจะเกิดจากการที่ผู้ป่วย

ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AdriamycinCyclophosphamide ที่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงกว่า จะทำให้ผู้ป่วยทนต่อผลของการแพทย์ทางเลือกได้น้อยลง จึงเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้นและเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ของการศึกษาจึงมีค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่จะทำให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้

เนื่องจากการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีได้วางแผนเรื่องการดู Relative dose intensity นี้ตั้งแต่ก่อนเริ่มการศึกษา ทำให้มีข้อจำกัดของการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างในการรักษาระหว่างแพทย์แต่ละราย ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการเลื่อนลดที่แตกต่างกัน จนส่งผลให้ Relative dose intensity แตกต่างกันได้ ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถสรุปได้ว่า Relative dose intensity ที่น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญในการศึกษานี้ เกิดจากการรักษาแพทย์ทางเลือกเพียงอย่างเดียว จึงสรุปได้เป็นข้อพึงระวังว่าการรักษาแพทย์ทางเลือกอาจจะมีผลเสียต่อการรับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งได้ดังนั้นแพทย์เวชปฏิบัติทุกคน โดยเฉพาะแพทย์ในสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยาจึงควรตระหนักถึงปัญหานี้ และทำการซักประวัติการรักษาแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดทุกราย และในอนาคตควรทำการศึกษานี้ต่อ โดยควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นข้อจำกัดในการศึกษานี้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

## 5.2 สรุปผลการวิจัย

ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่รักษาและที่ไม่ได้รักษาแพทย์ทางเลือกมีอัตราการเลื่อนและ/หรือลดยาเคมีบำบัดที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกถูกเลื่อนการให้ยาและหรือลดปริมาณยาจน relative dose intensity ของยาเคมีบำบัดโดยรวมเหลือน้อยกว่าร้อยละ 90 มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงทั้งต่อระบบโลหิตวิทยาและระบบอื่น ๆ อาจจะถูกเสริมฤทธิ์ให้รุนแรงมากขึ้นหากได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย และแม้ว่าผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกจะมีคะแนนความพึงสุทางด้านอารมณ์ จิตใจที่ดีกว่า แต่คะแนนความพึงสุด้านร่างกาย, ด้านการปฏิบัติกิจกรรม และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมก็ไม่ได้แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก รวมทั้งผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกยังพบมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นมากกว่าและรุนแรงกว่า จึงเป็นข้อพึงระวังว่าการใช้การรักษาแพทย์ทางเลือกระหว่างรับยาเคมีบำบัด อาจจะมีผลเสียต่อการรับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งได้

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะของการศึกษานี้คือ

1. ข้อจำกัดของการศึกษานี้ : มีความแตกต่างในการรักษาระหว่างแพทย์แต่ละราย ทำให้การเลื่อนลดที่แตกต่างกัน ส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากแพทย์ผู้รักษาเอง อย่างไรก็ตามการรักษาโดยทั่วไปของแพทย์อยู่บนมาตรฐานเดียวกัน และในการศึกษานี้แพทย์ผู้รักษาจะถูกปกปิดข้อมูลจากผู้สัมภาษณ์และผู้วิจัย ว่าผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในกลุ่มใด

ข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุง คือ กำหนดให้มีแพทย์ผู้รักษาคนเดียวกัน และควรมีแบบแผนสำหรับเกณฑ์การพิจารณาการเลื่อนและการลดยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ เพื่อให้การรักษาเป็นบรรทัดฐานเดียวกัน

2. ข้อจำกัดของการศึกษานี้ : เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงผลของการรักษาซึ่งผู้ป่วยต้องเป็นผู้สมัครใจรักษาด้วยตนเอง ทำให้รูปแบบงานวิจัยนี้ไม่สามารถทำการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จึงทำให้ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน ทั้งอายุ, ระยะของโรค และความสามารถในชีวิตประจำวัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจจะมีผลทำให้เกิดอคติในการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุง : ควรจะคัดเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันมากขึ้น โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับสูตรยาเคมีชนิดเดียวกัน, ระยะโรคระยะ และภูมิลำเนาเดียวกัน สำหรับรูปแบบงานวิจัยที่เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า และวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ซึ่งหน้า น่าจะเป็นรูปแบบและวิธีการเก็บข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับลักษณะงานวิจัยนี้

3. ข้อจำกัดของการศึกษานี้ : ทำการสัมภาษณ์ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอรับยา ทำให้การสัมภาษณ์ทำที่หน่วยให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าตอบสัมภาษณ์ความจริง ทำให้ความน่าเชื่อถือ และความถูกต้องของข้อมูลมีน้อยลง

ข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุง : ควรจะมีสถานที่เฉพาะสำหรับการสัมภาษณ์ที่เป็นส่วนตัว และไม่เกี่ยวข้องกับการให้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วย

4. ข้อจำกัดของการศึกษานี้ : เนื่องจากการรักษาแพทย์ทางเลือกเป็นสิ่งที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยแต่ละรายจึงมีระยะเวลาที่รักษายาวนานไม่เท่ากัน, ชนิดของการแพทย์ทางเลือกแตกต่างกัน, ปริมาณยาที่รับประทานไม่เท่ากัน รวมถึงภายในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแพทย์ทางเลือก

ประกอบด้วย ทั้งผู้ป่วยที่หยุดรักษาตั้งแต่รอบการสัมภาษณ์ครั้งที่หนึ่ง และผู้ป่วยที่ยังรักษาแพทย์ทางเลือกต่อ ซึ่งความแตกต่างทั้งหมดมีผลทำให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือลดลง

ข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุง คือ ควรจะคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ยังรักษาแพทย์ทางเลือกถึงปัจจุบัน และเป็นผู้ที่สมัครใจจะรักษาแพทย์ทางเลือกต่อภายหลังได้รับการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 แล้ว สำหรับผู้ป่วยที่เคยรักษาแพทย์ทางเลือกมาก่อนแต่ขณะนี้หยุดรักษาแล้ว ควรจะคัดออกจากการศึกษา แต่สำหรับความแตกต่างของระยะเวลา, ชนิด และปริมาณยาที่รับประทานนั้น เป็นสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้

5. ข้อจำกัดของการศึกษานี้ : ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต, ขาดการติดต่อ และมีข้อมูลเวชระเบียนส่วนกลางสูญหายไปจำนวนหนึ่ง ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ และอาจจะทำให้ผลการศึกษาลาดเคลื่อน
  6. ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การติดตามผู้ป่วยในการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาเพียง 3 รอบของการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้น และน่าจะไม่เพียงพอ
- ข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุง คือ ยืดระยะเวลาการศึกษาออกไป ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลว่าผลของการรักษาแพทย์ทางเลือกนั้นจะมีอยู่ในร่างกายผู้ป่วยเป็นเวลานานเท่าใด

ข้อดีของการศึกษานี้ คือ จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการรักษาแพทย์ทางเลือกอาจจะมีผลเสียต่อการรับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง ด้วยเหตุนี้แพทย์เวชปฏิบัติทุกคนโดยเฉพาะแพทย์ในสาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยาควรตระหนักถึงข้อพึงระวังนี้ และส่งเสริมให้ทำการซักประวัติการรักษาแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดทุกราย รวมทั้งไม่ควรสนับสนุนผู้ป่วยให้ทำการรักษาแพทย์ทางเลือกต่อไป จนกว่าจะมีการศึกษาที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและผลเสียของการรักษาแพทย์ทางเลือกมากกว่านี้

## รายการอ้างอิง

1. ดวงพร กัตัญญุตานนท์. การแพทย์ทางเลือก.วารสารมจร.วิชาการ 2551;11:68-78.
2. Giannini EG, Testa R, Savarino V. Liver enzyme alteration: a guide for clinicians. CMAJ 2005; 172: 367-79.
3. Routh JI. Liver function. In: TietzNW,ed. Fundamental of Clinical Chemistry. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: WB Suander; 1976. p. 1028-62.
4. Connie HY, Debra V, Barbara HG. Cancer Nursing: Principles and Practice. 7<sup>th</sup> ed. Sudbury: Jones and Bartlett's Publishers; 2011.
5. ปณิสินี ลวสุต. บทความพื้นวิชา Chronic Neutropenia. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2552; 3: 211-219.
6. Huges WT, Armstrong D, Bodey GP, Feld R, Mandell GL, Meyers JD, et al. Guidelines for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with unexplained fever: a statement by the Infectious Diseases Society of America. J Infect Disease 1990; 16: 381.
7. นรินทร์ วรวิทย์. หลักการใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษาโรคมะเร็ง. ใน วิทยา ศรีมาตา และ ชัยชน โสวัชรญาณกุล (บรรณาธิการ). การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในทางอายุรกรรม. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้พับลิเคชั่น; 2541. หน้า 217-61.
8. Purposes and principles of staging. In: American Joint Committee on Cancer. Manual for staging of cancer. 3rd ed. Philadelphia: J.Bl Lippincott, 1988: 3-1 0.
9. N. Klafke, J. A. Elliott, G. A. Wittert, et al. Prevalence and predictors of complementary and alternativemedicine (CAM) use by men in Australian cancer outpatient services. Annals of Oncology 2011; 5: 1-8.
10. M. Horneber, G. Bueschel, G. Dennert, D. Less, E. Ritter, M. Zwahlen. How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis. Integrative Cancer Therapies 2012; 11: 187-203.

11. A. D. Akyol, B. Oz. The use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: in Turkey. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2011; 17: 230-234.
12. S. H. Shaharudin, S. Sulaiman, N. A. Emran, et al. The use of complementary and alternative medicine among Malay breast cancer survivors. *Alternative Therapies In Health And Medicine* 2011; 17: 50-56.
13. A. Naing, S. K. Stephen, M. Frenkel, et al. Prevalence of complementary medicine use in a phase 1 clinical trials program: the MD anderson cancer center experience. *Cancer* 2011; 117: 5142-50.
14. M. J. Sewitch, M. Yaffe, J. Maisonneuve, et al. Use of complementary and alternative medicine by cancer patients at a montreal hospital. *Integrative Cancer Therapies* 2011; 10: 305-11.
15. L. A. Algier, Z. Hanoglu, G. Ozden, and F. Kara. The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology* 2005; 9: 138-146.
16. M. S. Ali-Shtayeh, R. M. Jamous, and R. M. Jamous. Herbal preparation use by patients suffering from cancer in Palestine. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2011; 17: 235-240.
17. W. H. Chow, P. Chang, S. C. Lee, A. Wong, H.M. Shen, and H. M. Verkooijen. Complementary and alternative medicine among Singapore cancer patients. *Annals of the Academy of Medicine Singapore* 2010; 39: 129-135.
18. L. Teng, K. Jin, K. He et al. Use of complementary and alternative medicine by cancer patients at zhejiang university teaching hospital zhuji hospital, China. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines* 2010; 7: 322-330.

19. Hsiu-Po Wang, Ye-Lin Chung. Use of Complementary and Alternative Medicine Among Breast Cancer Survivors in Taiwan. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2012; 13: 4789-92.
20. A. Wanchai, J. M. Armer, and B. R. Stewart. Complementary and alternative medicine use among women with breast cancer: a systematic review. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2010; 14: E45-E55.
21. S. Butler, A. Owen-Smith, C. Diiorio, M. Goodman, J. Liff, and K. Steenland. Use of complementary and alternative medicine among men with prostate cancer in a rural setting. *Journal of Community Health* 2011; 36: 1004–1010.
22. J. A. Brauer, A. El Sehamy, J. M. Metz, and J. J. Mao. Complementary and alternative medicine and supportive care at leading cancer centers: a systematic analysis of websites. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2010; 16: 183-186.
23. P. Puataweepong, N. Sutheechet. A Survey of Complementary and Alternative Medicine Use in Cancer Patients Treated with Radiotherapy in Thailand. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2012; 2012: 1-6. Article ID: 670408.
24. C. L. McDermott, D. K. Blough, C. R. Fedorenko, et al. Complementary and alternative medicine use among newly diagnosed prostate cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 2012; 20: 65-73.
25. R. Mercurio and J. A. Elliott. Trick or treat? Australian newspaper portrayal of complementary and alternative medicine for the treatment of cancer. *Supportive Care in Cancer* 2011; 19: 67-80.
26. B. Oh, P. Butow, B. Mullan, et al. Patient-doctor communication: use of complementary and alternative medicine by adult patients with cancer. *Journal of the Society for Integrative Oncology* 2010; 8: 56-64.



27. G.A. Saxe, L.Madlensky, S. Kealey, D. P. H.Wu, K. L. Freeman, and J. P. Pierce. Disclosure to physicians of CAMuse by breast cancer patients: findings from the women's healthy eating and living study. *Integrative Cancer Therapies* 2008; 7: 122-129.
28. Anu Kochanujan Pillai, Kamlesh K Sharma, Yogendra K. Gupta, Sameer Bakhshi. Anti-Emetic Effect of Ginger Powder Versus Placebo as an Add-On Therapy in Children and Young Adults Receiving High Emetogenic Chemotherapy. *Pediatr Blood Cancer* 2011; 56: 234-238.
29. Liz Roffe, Katja Schmidt, and Edzard Ernst. Efficacy of Coenzyme Q10 for Improved Tolerability of Cancer Treatments: A Systematic Review. *J ClinOncol* 2004; 22: 4418-442.
30. Yunfang Liu, Guangying Zhu, Li Han, Jie Liu, Ting Ma, and Huiming Yu. Clinical study on the Prevention of Oxaliplatin-Induced Neurotoxicity with Guilongtongluofang: Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* Volume 2013.
31. Youji Jia, Huihui Du, Min Yao, et al. Chinese Herbal Medicine for Myelosuppression Induced by Chemotherapy or Radiotherapy: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* Volume 2015, Article ID 690976, 12 pages
32. S. R. Zhuang, H. F. Chiu, S. L. Chen, et al. Effects of a Chinese medical herbs complex on cellular immunity and toxicity-related conditions of breast cancer patients. *British Journal of Nutrition* 2012; 107: 712-718.
33. S. R. Zhuang, S. L. Chen, J. H. Tsai, et al. Effect of Citronellol and the Chinese Medical Herb Complex on Cellular Immunity of Cancer Patients Receiving Chemotherapy/Radiotherapy. *Phytother. Res.* 2009; 23: 785-790.

34. G. E. Davis, C. L. Bryson, B. Yueh, M. B. McDonell, M. A. Micek, and S. D. Fihn. Treatment delay associated with alternative medicine use among veterans with head and neck cancer. *Head and Neck* 2006; 28: 926-931.
35. Juei-Tang Cheng. Review: Drug Therapy in Chinese Traditional Medicine. *Journal of Clinical Pharmacology* 2000; 40: 445-450.
36. Kerry Bone, Simon Mills. Principles of herbal pharmacology. Principles and Practice of Phytotherapy: Modern Herbal Medicine. 2<sup>nd</sup> ed. London: Churchill Livingstone; 2013.
37. Metin Tascilar, Floris A. de Jong, Jaap Verweil and Ron H. J. Mathijssen. Complementary and Alternative Medicine During Cancer Treatment: Beyond Innocence. *The Oncologist* 2006; 11: 732-741.
38. Peter A. G. M. De Smet. Health risks of herbal remedies: An update. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2004; 76: 1-17.
39. Denholm J. Complementary Medicine And Heavy Metal Toxicity In Australia. *WebmedCentral TOXICOLOGY* 2010; 1(9): WMC00535.
40. Zahra M, Parisa Z, Mahdih ED, Mahnaz Q. Heavy Metals (Lead and Cadmium) in some Medicinal Herbal Products in Iranian Market. *Iranian Journal of Toxicology* 2014; 8: 1004-10.
41. D. M. Eisenberg, R. B. Davis, S. L. Ettner, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association* 1998; 280: 1569-75.
42. Cancer Therapy Evaluation Program. Common terminology criteria for adverse events [online]. 2006 [cited 2014 February 11]. Available from: [http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic\\_applications/docs/ctcae3.pdf](http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/ctcae3.pdf)

43. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines<sup>®</sup>) Version 2.2014 [online]. Available from:

[http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp)





แบบสอบถาม

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

HN.....ลำดับที่.....

Dx.....Stage.....มารับยาเคมีบำบัด cycle ที่.....

สูตรยา.....

แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรหรือการรักษาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้ในขณะที่ได้รับยาเคมีที่แผนก  
เคมีบำบัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

\*\*\*\*\* “การแพทย์ทางเลือก” คือการรักษาทุกชนิดที่ใช้ ที่ทำเพื่อรักษาโรคมะเร็ง

1. การรักษาด้วยยา ทั้งยากิน ยาทา ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

รวมถึงวิตามิน อาหารเสริมสมุนไพร

2. การรักษาที่ไม่ใช่ยา เช่น การฝังเข็ม การนวด การนึ่งสมาธิ การสะกดจิต\*\*\*\*\*

วัน/เดือน/ปี.....

เพศ.....วันเดือนปีเกิด.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน(จังหวัด).....

1. ท่านจบการศึกษาอะไร ?

- a. ไม่ได้เรียนหนังสือ
- b. จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6
- c. จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6
- d. จบปริญญาตรี
- e. จบปริญญาโท หรือ ปริญญาเอก

2. ท่านประกอบอาชีพอะไร ?

- a. รับราชการ
- b. พนักงานบริษัท
- c. ทำธุรกิจส่วนตัว
- d. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- e. เกษียณ

3. รายได้ของท่านเป็นเงินจำนวน...../เดือน
- น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน
  - 15,000 – 29,999บาท/เดือน
  - 30,000 – 60,000 บาท/เดือน
  - มากกว่า 60,000 บาท/เดือน

4. ก่อนหน้านี้ท่านใช้การรักษาการแพทย์ทางเลือกเพื่อรักษาโรคมะเร็งนอกจากการรักษาที่ทำโดยแพทย์ที่รพ.จุฬาหรือไม่ ? (โปรดวงกลมหน้าข้อที่ถูกต้อง)

- ใช่ยาหรือการรักษาอื่น
  - ในขณะนี้ยังใช่ยาหรือการรักษาอื่นอยู่
  - เคยใช้แต่ขณะนี้หยุดยาหรือการรักษาอื่นแล้ว และเพราะเหตุใดท่านจึงหยุด

.....  
 .....

- ไม่ได้ใช่ยาหรือการรักษาอื่น

**\*\*\* หากข้อ 4 ท่านตอบข้อ a โปรดตอบคำถามข้อ 5 – 11 ต่อ \*\*\***

5. เหตุผลที่ท่านใช้การรักษาการแพทย์ทางเลือกคือ ? (โปรดวงกลมหน้าข้อที่ถูกต้อง ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- เพื่อลดความรุนแรงของผลข้างเคียงจากวิธีการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและสามารถทนต่อผลข้างเคียงนั้นได้ดีขึ้น
  - ช่วยลดความกังวลความกลัวในวิธีการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน
  - หาวิธีที่ดีที่สุดเพื่อช่วยตนเองเพิ่มจากการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อช่วยให้การรักษาโรคได้ผลดียิ่งขึ้น
  - ไม่แน่ใจในผลจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน
  - มีความหวัง เชื่อมั่น ศรัทธาในการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์สนับสนุนและการแพทย์ทางเลือกกว่ารักษาโรคให้หายได้

- f. เคยได้ยินว่า วิธีการเหล่านี้ รักษาโรคให้หายได้โดยเฉพาะจากคนในครอบครัวและคนที่ผู้ป่วยไว้ใจ
- g. วิธีการรักษาง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่เจ็บปวดไม่มีผลข้างเคียงมาก
- h. ผู้ให้การรักษาให้ความเชื่อมั่นในผลการรักษา ให้ความหวัง
- i. การรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน รักษาโรคไม่หายแล้ว
- j. อื่น ๆ คือ
6. ท่านรู้เรื่องการรักษาการแพทย์ทางเลือกจาก ? (โปรดวงกลมหน้าข้อที่ถูกต้อง ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- a. อินเทอร์เน็ต
- b. หนังสือพิมพ์
- c. วารสารทางการแพทย์
- d. คนในครอบครัวแนะนำ
- e. เพื่อนแนะนำ
7. การรักษาการแพทย์ทางเลือกที่ท่านใช้คือ ? (โปรดวงกลมหน้าข้อที่ถูกต้อง ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- a. ยาสมุนไพรชื่อ.....
- b. ยาต้ม ชื่อ.....
- c. ยาหม้อชื่อ.....
- d. ยาลูกกลอนชื่อ.....
- e. ยาพระชื่อ.....
- f. น้ำหมักต่าง ๆ ชื่อ.....
- g. อาหารเสริมชื่อ.....
- h. วิตามินชื่อ.....
- i. การล้างพิษชื่อ.....
- j. การฝังเข็มชื่อ.....
- k. การแพทย์แผนโบราณของจีน ชื่อ.....

- l. การใช้ธรรมชาติบำบัดชื่อ.....
- m. อื่นๆ คือ.....
8. หลังจากท่านใช้การรักษาการแพทย์ทางเลือกแล้วท่านรู้สึกอย่างไร ? (โปรดวงกลมหน้าข้อที่ถูกต้อง)
- พอใจ
  - เฉย ๆ
  - ไม่พอใจ
9. หลังจากท่านใช้การรักษาการแพทย์ทางเลือกแล้วท่านมีอาการไม่สบาย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่อยากอาหาร ปวดท้อง ท้องเสีย หรือไม่ ?  
(หากมี โปรดเขียนอาการที่ท่านมีทั้งหมด)
- มี คือ.....
  - ไม่
10. ค่าการรักษาการแพทย์ทางเลือกที่ท่านใช้  
(ไม่รวมค่ารักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่รพ.จุฬา)  
เป็นเงินจำนวน...../เดือน
11. ท่านได้แจ้งแพทย์แผนกเคมีบำบัดที่รักษาท่านให้ทราบหรือไม่ว่าท่านได้ใช้การรักษาการแพทย์ทางเลือกเพื่อรักษาโรคมะเร็งร่วมด้วยหรือไม่ ?
- แจ้ง
  - ไม่ได้แจ้ง

**\*\*\* หากข้อ 11 ท่านตอบข้อ b โปรดตอบคำถามข้อ 12 ต่อ \*\*\***

12. หากท่านไม่ได้แจ้ง เพราะเหตุใด ? (โปรดวงกลมหน้าข้อที่ถูกต้อง ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- กลัวแพทย์ผู้รักษาจะบอกให้หยุด
  - ไม่คิดว่าจำเป็นที่จะต้องแจ้งแพทย์
  - แพทย์ผู้รักษาไม่ได้ถาม

\*\*\*\*\*ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือคะ\*\*\*\*\*



## แบบสอบถามคุณภาพชีวิต FACT-G

### (Functional Assessment of Cancer Therapy – General)

ข้อความต่างๆ ด้านล่างนี้คือสิ่งที่ผู้ป่วยโรคเดียวกับท่านกล่าวว่ามีค่าสำคัญ ขอให้ท่านพิจารณาว่า

ข้อความแต่ละข้อตรงกับสถานการณ์ของท่านในช่วง 7 วันที่ผ่านมาหรือไม่ อย่างไร จากนั้น

วงกลมหรือทำเครื่องหมายที่ตัวเลขเพียงตัวเดียวต่อหนึ่งบรรทัด เพื่อระบุคำตอบของท่าน

ความผาสุกด้านร่างกาย		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GP 1	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง .....	0	1	2	3	4
GP 2	ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้ .....	0	1	2	3	4
GP 3	เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้ทำให้ข้าพเจ้ามีปัญหาในการดูแลรับภาระต่างๆในครอบครัว .....	0	1	2	3	4
GP 4	ข้าพเจ้ามีอาการปวด .....	0	1	2	3	4
GP 5	ข้าพเจ้ารำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา .....	0	1	2	3	4
GP 6	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย .....	0	1	2	3	4
GP 7	ข้าพเจ้าจำต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง .....	0	1	2	3	4

ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GS 1	ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ .....	0	1	2	3	4
GS 2	ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากครอบครัว .....	0	1	2	3	4
GS 3	ข้าพเจ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ .....	0	1	2	3	4
GS 4	คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า .....	0	1	2	3	4
GS 5	ข้าพเจ้าพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัวเช่นการพูดคุยการแสดงความเห็นอกเห็นใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า .....	0	1	2	3	4
GS 6	ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ) .....	0	1	2	3	4
Q1	ไม่ว่าในปัจจุบันท่านจะมีเพศสัมพันธ์มากน้อยเพียงใดก็ตามกรุณาตอบคำถามต่อไปนี้หากท่านไม่ต้องการตอบคำถามในส่วนนี้กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงในช่องนี้แล้วข้ามไปทำข้อต่อไป					
GS 7	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง (ไม่ว่าขณะนี้จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ก็ตาม )	0	1	2	3	4

ขอให้ท่านพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อตรงกับสถานการณ์ของท่านในช่วง 7 วันที่ผ่านมาหรือไม่  
อย่างไร จากนั้น วงกลมหรือทำเครื่องหมายที่ตัวเลขเพียงตัวเดียวต่อหนึ่งบรรทัด เพื่อระบุคำตอบ  
ของท่าน

ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GE						
1	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ.....	0	1	2	3	4
GE						
2	ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้าปรับตัวกับการเจ็บป่วยของ ตนเอง.....	0	1	2	3	4
GE						
3	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย .....	0	1	2	3	4
GE						
4	ข้าพเจ้ารู้สึกกระวนกระวายใจ.....	0	1	2	3	4
GE						
5	ข้าพเจ้ากังวลเกี่ยวกับความตาย .....	0	1	2	3	4
GE						
6	ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง .....	0	1	2	3	4

ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GF						
1	ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้(รวมถึงงานบ้าน).....	0	1	2	3	4
GF						
2	ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน (รวมถึงงานบ้าน).....	0	1	2	3	4
GF						
3	ข้าพเจ้ายังมีชีวิตที่สนุกสนานได้ .....	0	1	2	3	4
GF						
4	ข้าพเจ้ายอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้.....	0	1	2	3	4
GF						
5	ข้าพเจ้านอนหลับสนิทดี .....	0	1	2	3	4
GF						
6	ข้าพเจ้ายังคงสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคย ทำเพื่อความสำเร็จ.....	0	1	2	3	4
GF						
7	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้.....	0	1	2	3	4

### แบบบันทึกการเก็บข้อมูล (Case record form)

(วัน/เดือน/ปี.....)

Code no.....

เรื่อง การสำรวจการใช้ยาสมุนไพรและการรักษาแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับเคมี

บำบัดรักษาที่รพ.จุฬาลงกรณ์

เพศ  หญิง  ชาย อายุ.....ปี

วินิจฉัย  CA breast ระยะ.....มารับ AC regimen cycle ที่.....

CA lung ระยะ..... มารับ Carboplatin/Paclitaxel cycle ที่.....

CA lung ระยะ.....มารับ Carboplatin/Gemcitabine cycle ที่.....

CA colon ระยะ.....มารับ XELOX cycle ที่.....

ข้อมูลจากแบบสอบถาม

- ภูมิลำเนา

กรุงเทพฯ  ภาคกลางนอกจากกรุงเทพฯ

ภาคตะวันออก  ภาคตะวันตก

ภาคเหนือ  ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ภาคใต้

- การศึกษา

ไม่ได้เรียนหนังสือ  จบปริญญาตรี

จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6  จบปริญญาโท หรือ ปริญญาเอก

จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6

- อาชีพ

ข้าราชการ  ไม่ได้ประกอบอาชีพ

พนักงานบริษัท  เกษียณ

ทำธุรกิจส่วนตัว

- รายได้

- น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน  มากกว่า 60,000 บาท/เดือน
- 15,000 – 29,999บาท/เดือน
- 30,000 – 60,000บาท/เดือน

- การใช้การรักษาการแพทย์ทางเลือก

- ใช้ยาสมุนไพรหรือการรักษาอื่นๆ
- ขณะนี้ยังใช้อยู่
- เคยใช้แต่หยุดใช้แล้ว เพราะ
- .....

- ไม่ได้ใช้ยาหรือการรักษาอื่น

- เหตุผลที่ใช้การรักษาการแพทย์ทางเลือก

- เพื่อลดความรุนแรงของผลข้างเคียงจากวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบันและสามารถทนต่อผลข้างเคียงนั้นได้ดีขึ้น
- ช่วยลดความกังวลความกลัวในวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน
- หาวิธีที่ดีที่สุดเพื่อช่วยตนเองเพิ่มจากการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อช่วยให้การรักษาโรคได้ผลดียิ่งขึ้น
- ไม่แน่ใจในผลจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน
- มีความหวัง เชื่อมั่น ศรัทธาในการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์สนับสนุนและการแพทย์ทางเลือกกว่ารักษาโรคให้หายได้
- เคยได้ยินว่า วิธีการเหล่านี้ รักษาโรคให้หายได้โดยเฉพาะจากคนในครอบครัวและคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ
- วิธีการรักษาง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่เจ็บปวดไม่มีผลข้างเคียงมาก
- ผู้ให้การรักษาให้ความเชื่อมั่นในผลการรักษา ให้ความหวัง
- การรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน รักษาโรคไม่หายแล้ว
- อื่น ๆ คือ.....

● ผู้ให้ข้อมูลการรักษาการแพทย์ทางเลือก

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> อินเทอร์เน็ต      | <input type="checkbox"/> หนังสือพิมพ์      |
| <input type="checkbox"/> วารสารทางการแพทย์ | <input type="checkbox"/> คนในครอบครัวแนะนำ |
| <input type="checkbox"/> เพื่อนแนะนำ       |  |

● ชนิดการรักษาการแพทย์ทางเลือก

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ยาสมุนไพร  | <input type="checkbox"/> ยาพระ                  |
| <input type="checkbox"/> ยาต้ม      | <input type="checkbox"/> น้ำหมักต่างๆ           |
| <input type="checkbox"/> ยาหม้อ     | <input type="checkbox"/> อาหารเสริม             |
| <input type="checkbox"/> ยาลูกกลอน  | <input type="checkbox"/> วิตามิน                |
| <input type="checkbox"/> การล้างพิษ | <input type="checkbox"/> การแพทย์แผนโบราณของจีน |
| <input type="checkbox"/> การฝังเข็ม | <input type="checkbox"/> การใช้ธรรมชาติบำบัด    |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ คือ  |   |

● ความพึงพอใจจากการรักษาแพทย์ทางเลือก

- |                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> พอใจ  | <input type="checkbox"/> ไม่พอใจ |
| <input type="checkbox"/> เฉย ๆ |                                  |

● ผลข้างเคียงจากการรักษาแพทย์ทางเลือก

- มี คือ.....
- ไม่มี

● ค่ารักษาแพทย์ทางเลือก...../เดือน

● ผู้ป่วยได้แจ้งแพทย์เรื่องการรักษาแพทย์ทางเลือก

- |                               |                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> แจ้ง | <input type="checkbox"/> ไม่ได้แจ้ง |
|-------------------------------|-------------------------------------|

● เหตุผลที่ไม่ได้แจ้ง

- กลัวแพทย์ผู้รักษาจะบอกให้หยุด
- ไม่คิดว่าจำเป็นที่จะต้องแจ้งแพทย์
- แพทย์ผู้รักษาไม่ได้ถาม

## FACT-G Scoring Guidelines (Version 4)

<u>Subscale</u>	<u>Item Code</u>	<u>Reverse item?</u>	<u>Item response</u>	<u>Item Score</u>
PHYSICAL	GP1 4	-	_____	= _____
WELL-BEING (PWB)	GP2 4	-	_____	= _____
	GP3 4	-	_____	= _____
	GP4 4	-	_____	= _____
ช่วงคะแนน: 0-28	GP5 4	-	_____	= _____
	GP6 4	-	_____	= _____
	GP7 4	-	_____	= _____
				ผลรวมคะแนน : _____
				คูณด้วย 7 : _____
			หารด้วยจำนวนข้อที่ผู้ป่วยตอบ: _____	= <u>PWB subscale score</u>
SOCIAL/FAMILY	GS1 0	+	_____	= _____
WELL-BEING (SWB)	GS2 0	+	_____	= _____
	GS3 0	+	_____	= _____
	GS4 0	+	_____	= _____
ช่วงคะแนน: 0-28	GS5 0	+	_____	= _____
	GS6 0	+	_____	= _____
	GS7 0	+	_____	= _____
				ผลรวมคะแนน : _____
				คูณด้วย 7 : _____
			หารด้วยจำนวนข้อที่ผู้ป่วยตอบ: _____	= <u>SWB subscale score</u>
EMOTIONAL	GE1 4	-	_____	= _____
WELL-BEING (EWB)	GE2 0	+	_____	= _____
	GE3 4	-	_____	= _____
	GE4 4	-	_____	= _____
ช่วงคะแนน: 0-24	GE5 4	-	_____	= _____
	GE6 4	-	_____	= _____
				ผลรวมคะแนน : _____
				คูณด้วย 7 : _____

หารด้วยจำนวนข้อที่ผู้ปวยตอบ: \_\_\_\_\_ = **EWB subscale score**

FUNCTIONAL	GF1 0	+	_____	= _____
WELL-BEING	GF2 0	+	_____	= _____
(FWB)	GF3 0	+	_____	= _____
	GF4 0	+	_____	= _____
ช่วงคะแนน: 0-28	GF5 0	+	_____	= _____
	GF6 0	+	_____	= _____
	GF7 0	+	_____	= _____

ผลรวมคะแนน : \_\_\_\_\_

คูณด้วย 7 : \_\_\_\_\_

หารด้วยจำนวนข้อที่ผู้ปวยตอบ: \_\_\_\_\_ == **FWB subscale score**

คะแนนรวม :

ช่วงคะแนน: 0-108

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ = **FACT-G Total score**  
 (PWB score) (SWB score) (EWB score) (FWB score)

ข้อมูลจากเวชระเบียน

Adverse effect

Hemato (Post C1)

Anemia grade..... Hb.....

Neutropenia grade..... ANC.....

Thrombocytopenia grade..... Plt.....

ฯลฯ.....

Hemato (Post C2)

Anemia grade..... Hb.....

Neutropenia grade..... ANC.....

Thrombocytopenia grade..... Plt.....

ฯลฯ.....

Infection (Post C1)

Bacterial เชื้อ.....

Viral เชื้อ.....

Parasite เชื้อ.....

Febrile neutropenia grade.....

เชื้อ.....

Source.....

ATB.....

Infection (Post C2)

Bacterial เชื้อ.....

Viral เชื้อ.....

Parasite เชื้อ.....



- Febrile neutropenia grade.....
- เชื้อ.....
- Source.....
- ATB.....

- GI
- Mucositis grade.....
- Nausea grade.....
- Vomiting grade.....
- Diarrhea grade.....
- Anorexia grade.....

- Liver
- Increased ALT/ AST grade.....
- Increased alkaline phosphatase grade.....
- Increased bilirubin grade.....

- Sensory neuropathy grade.....

- Other
- Fever grade.....
- Rash grade.....
- HFS grade.....
- Malaise grade.....
- Myalgia grade.....

Edema grade.....  
 Wt loss  <5  5-10  >10

สรุป  No change in dose/frequency  
 Change in  Decrease dose  Increase frequency



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวชวัลญา ระเบิดทศพร

สถานที่เกิด เขตพญาไท จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

พ.ศ. 2543-2548	นิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2548	แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 ปีโรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น
พ.ศ. 2549	แพทย์ใช้ทุนโรงพยาบาลโนนสัง จ.หนองบัวลำภู
พ.ศ. 2551-2554	แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
พ.ศ. 2553	อายุรแพทย์โรงพยาบาลชุมแพ จ.ขอนแก่น
พ.ศ. 2556-ปัจจุบัน	แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาวิชาอายุรศาสตร์หน่วยโรคมะเร็ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปริญญาและประกาศนียบัตร

พ.ศ. 2548	แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2553	วุฒิปัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมาชิกสมาคมวิชาชีพ

สมาชิกแพทยสภา

สมาชิกราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

