



จุฬาสารโฮมีโอพาธีแห่งประเทศไทย

HOMOEOPATHIC ASSOCIATION OF THAILAND

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม พุทธศักราช 2552

ISSN 1906-5175

บทบรรณาธิการ

. . . จากใจบรรณาธิการ . . .

เป็นที่ประจักษ์มากขึ้นเรื่อยๆว่าการตื่นล้มตาตุโลกในแต่ละวันของเรา ณ ขณะนี้ เริ่มมีความน่ากลัวมากขึ้นเรื่อยๆ หากไม่ตื่นมาพบกับข่าวฆาตกรรม สงคราม (ซึ่งเหมือนจะใกล้เคียง) ก็ต้องพบกับภัยพิบัติทางธรรมชาติ และในปัจจุบันก็ต้องพบกับโรคระบาด ซึ่งอดีตไม่ใกล้ตัวเราเท่าไรนักถ้าไม่เลี้ยงสัตว์ปีก แต่ปัจจุบันกลับกลายเป็นเรื่องที่ถูก ๆ ชีวิตได้รับผลกระทบ ต้องตื่นตัวและคอยระแวดระวังภัย

หากจะกล่าวกันไปในโลกปัจจุบันที่ภาวะทางปัญญา (Wisdom) ของมนุษย์เริ่มถดถอย ก็เลสทางวัตถุเริ่มครอบงำและขึ้นามากขึ้นเรื่อยๆ สถานการณ์ในปัจจุบันคือ ความกลัวต่ออาการระบาดของโรคหวัดก็ไม่แตกต่างไปจากภาวะการณ์ที่สหรัฐอเมริกาต้องการทรัพยากรในอิรักและชักนำเอาความกลัวในการก่อการร้ายมาให้นำให้ชาวอเมริกันยอมจำนนและต้องเห็นด้วยกับการถล่มอิรักซึ่งในท้ายที่สุดเป็นที่ประจักษ์ชัดว่า ไม่มีเหตุผลอันใดที่ยุติธรรมในการถล่มอิรักแม้แต่เพียงสักน้อย และแม้จะรู้แล้วก็ไม่มีใครทำอะไรได้ ไม่มีใครรู้ฟืนอะไร เพราะเป็นเหตุการณ์ที่ผ่านไปแล้ว และที่สำคัญกว่าคือ ไม่มีใครอยากยุ่งกับใคร เพราะคนที่ถูกทำลายยังไม่ใช่เรา



ภาวะถดถอยทางปัญญาอาจไม่เลวร้ายเกินไป ถ้าตัวที่นำหน้าปัญญาและสติ ไม่ใช่ความกลัวที่แบ่งแยกระหว่างเราและเขา หากพิจารณาให้ดีถึงมาตรการที่กำลังเกิดขึ้นเราก็จะเริ่มเห็นทิศทางที่จะนำไปสู่ความขัดแย้งและการแย่งชิงทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดภายใต้แนวคิดวัตถุนิยมตามแบบแผนเดิม ๆ ที่ผ่านมา

โดยความเห็นส่วนตัว การนำเสนอเนื้อหาในจุฬาสารฉบับนี้ภายใต้แนวคิด “**โสรสภาค**” คงจะพอเป็นทางออกเล็กๆ ให้แก่ผู้ที่ได้ชื่อว่า เป็นนักบำบัดโฮมีโอพาธีและเป็นผู้นำบำบัดทุกข์ ให้แก่ผู้ป่วย และที่สำคัญกว่านั้น คงจะพอคลายความกังวลและความกลัวของเรา ๆ ลงได้บ้างเป็นผลให้พอมีกำลังในการตั้งสติขึ้นมาแนะนำความกลัวไว้ได้ ซึ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท้ายที่สุดสติ จะนำเราไปสู่หนทางแห่งปัญญาและนำผู้ที่เหลืออยู่หลุดรอดไปสู่สังคมที่ดีกว่าได้

อย่างไรก็ดี ข้าพเจ้าอยากให้เราทุกคนคำนึงไว้ว่า มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เราไม่ใช่เจ้าของธรรมชาติ ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงและยอมรับความเป็นจริงตามธรรมชาติ เห็นจังหวะและความไม่แน่นอนที่เป็นอยู่ อาจทำให้เรามีมิติในการทำความเข้าใจกับชีวิตและรู้คุณค่าของการกำเนิดมาบนโลกนี้ที่ลึกซึ้งยิ่งกว่า...

กศ.มณฑกา ชีร์ชัยสกุล



รอบรู้เรื่องโรคชิกุนงุนยา (Chikungunya) หรือโรคไข้ปวดข้อยุ่งลาย

P. PRA



สถานการณ์ของโรคชิกุนงุนยาในปัจจุบัน นับว่ายังเป็นห่วงมิใช่น้อย หากแต่กระแสข่าวเกี่ยวกับโรค ไข้หวัดเม็กซิโกหรือไข้หวัด 2009 ที่มาแรงกว่าเลยทำให้ดูเหมือน กับโรคชิกุนงุนยากลับกลายเป็นเรื่องไกลตัวไป ในขณะที่ปัจจุบัน พบผู้ป่วยติดเชื้อชิกุนงุนยากระจายอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ของ ประเทศไทย โดยมีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 25 - 34 ปี เป็น ที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าโรคชิกุนงุนยาจะระบาดโดยอาศัย ยุงลายเป็นพาหะนำโรค ดังนั้นโรคดังกล่าวจึงมีอัตราการเพิ่ม สูงขึ้นในฤดูฝน เมื่อเร็ว ๆ นี้เราคงได้ยินข่าวว่าเกิดการแพร่ ระบาดของ “โรคชิกุนงุนยา” ในแถบจังหวัดชายแดนภาคใต้ 2 จังหวัด คือ จังหวัดนราธิวาสและปัตตานี ทำให้คนแปลกใจ ไม่น้อยว่า นี่คือโรคประหลาดสายพันธุ์ใหม่อะไรหรือไม่ หลังจากพบผู้ป่วยที่มีอาการเหมือนติดเชื้อไวรัสชิกุนงุนยาใน ภาคใต้ ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค เร่งส่งเจ้าหน้าที่พร้อมทั้งทีมเจ้าหน้าที่เข้า ตรวจสอบพื้นที่และเฝ้าระวังโรคดังกล่าวอย่างใกล้ชิด จากการสำรวจของสำนักระบาดวิทยาได้รายงานว่าตลอดปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคชิกุนงุนยา 2,234 คน และเสียชีวิต 3 คน

เชื่อว่าหลายคนยังคงไม่คุ้นหูกับโรคชิกุนงุนยา ไม่รู้ว่า มันเป็นโรคอะไร แท้ที่จริงโรคนี้มีมานานแล้ว ต้นกำเนิดแรก ของโรคนี้อยู่ที่ทวีปแอฟริกาและแพร่ระบาดไปหลาย ๆ ประเทศ ทั่วโลก ตรวจพบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2495 ในแถบ รอยต่อระหว่างภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศแทนซาเนีย และทางตอนเหนือของประเทศโมแซมบิก ชื่อของเชื้อไวรัส ชิกุนงุนยานั้นมาจากคำในภาษา Makonde ซึ่งเป็นภาษาของชน พื้นเมืองในแอฟริกาที่อาศัยอยู่ทางตะวันออกเฉียงใต้ของ ประเทศแทนซาเนีย และทางตอนเหนือของประเทศโมแซมบิก โดยมีรากศัพท์จากภาษาท้องถิ่นของชาวแอฟริกาที่เรียกเชื้อโรค ชนิดนี้ว่า “kungunvala” มีความหมายเป็นภาษาอังกฤษว่า “that which bends up” ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะอาการ บูดเบี้ยวบิดงอที่ก่อให้เกิดอาการปวดข้อรุนแรง

ระบาดวิทยาของโรค

โรคชิกุนงุนยานี้มีแหล่งกำเนิดมาจากลิงบาร์บูนในป่า แอฟริกาเป็นโฮสต์ เชื้อจะระบาดแบบ sylvatic cycle คือ เชื้อจะอาศัยอยู่ในร่างกายของสัตว์พวก primates และถ่ายทอด วนมาสู่คน เมื่อลิงที่มีเชื้อโดนยุงกัดก็จะทำให้ยุงตัวนั้นกลายเป็น พาหะนำโรค และเมื่อยุงไปกัดคนก็ทำให้ผู้ที่ถูกกัดได้รับเชื้อ ดังกล่าวเข้าไปด้วย ต่อมาเมื่อการคมนาคมที่สะดวกขึ้นทั้ง ทางถนนและทางอากาศ ทำให้มีการเดินทางมากขึ้นทั้งภายใน และระหว่างประเทศ ทำให้เชื้อเข้าสู่เมืองกลายเป็นโรคติดต่อ ระหว่างคนสู่คนโดยที่มียุงลายเป็นพาหะในการแพร่ระบาดของ โรคดังกล่าว

โดยปกติเชื้อ Chikungunya virus จะแพร่โดยยุง *Aedes aegypti* แต่จากการค้นคว้าของ Pasteur Institute ในปารีส กล่าวว่า ไวรัสชิกุนงุนยาสายพันธุ์ที่ระบาดในปี พ.ศ. 2548 – 2549 บริเวณ Reunion Island ได้เกิดการผ่าเหล่า ซึ่งทำให้สามารถถ่ายทอดโดยยุงเสือ (*Aedes albopictus*) ได้ ผู้เชี่ยวชาญด้านการระบาดของโรคที่มีแมลงเป็นพาหะ ที่ University of Texas Medical Branch in Galveston Texas ได้ยืนยันผลการผ่าเหล่านี้ว่าเกิดจาก point mutation ในยีนเอนเวโลป (envelope genes) E1 การผ่าเหล่านี้ ทำให้การระบาดสามารถขยายวงกว้างไปสู่บริเวณที่มี ยุงเสือด้วย

อุบัติการณ์ของโรคชิกุนงุนยา (Chikungunya) เป็นไป ตามการแพร่กระจายและความชุกชุมของยุงลายมักพบมากใน ฤดูฝน พบโรคนี้ได้ในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งต่างจากไข้เลือดออกและ หัดเยอรมันที่ส่วนมากพบในผู้อายุน้อยกว่า 15 ปี

ในทวีปเอเชียตรวจพบโรคนี้ครั้งแรกในประเทศไทย ของเราเอง มีการตรวจเจอผู้ป่วยซึ่งติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ในปี พ.ศ. 2501 โดย Prof. W. McD Hamnon แยกเชื้อชิกุน-

กุนยาได้จากผู้ป่วยในโรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นก็มี การตรวจพบผู้ป่วยโรคชิคุนกุณยาในทวีปเอเชียเป็นครั้งคราวกระจัดกระจายไปในพื้นที่ต่าง ๆ จากนั้นในปี พ.ศ.2506 ตรวจพบผู้ป่วยโรคชิคุนกุณยาเกิดขึ้นที่เมืองกัลกัตตา ประเทศอินเดีย ซึ่งหลายคนเข้าใจว่าเป็นการตรวจพบเชื้อนี้เป็นครั้งแรกของทวีปเอเชีย จากนั้นจึงพบการระบาดเป็นครั้งคราวทั้งในประเทศศรีลังกา พม่า อินโดนีเซีย กัมพูชา เวียดนาม ฟิลิปปินส์

ในราว ปี พ.ศ. 2548 - 2549 มีการระบาดใหญ่ของโรคชิคุนกุณยาในหมู่เกาะทางตอนใต้ของประเทศอินเดีย ทำให้มีผู้เสียชีวิตราว 237 คน และประชากรหนึ่งในสามติดเชื้อมากกว่าครึ่ง ซึ่งสร้างความทรมานให้แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมากและในช่วงเวลาใกล้เคียงกันเมื่อเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2549 พบการระบาดของไวรัสชิคุนกุณยาในประเทศปากีสถานเช่นเดียวกัน

ปี พ.ศ. 2551 พบการระบาดครั้งแรกในสิงคโปร์และเกิดการแพร่ระบาดในมาเลเซียซึ่งในเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2552 มีรายงานผู้ป่วยจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 2,504 ราย



ภาพที่ 1: การกระจายของโรคชิคุนกุณยาในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 27 พฤษภาคม 2552
ที่มา: สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค

ในปี พ.ศ. 2552 (ตั้งแต่ มกราคม- พฤษภาคม 2552) พบผู้ป่วยโรคชิคุนกุณยาสะสมในประเทศไทยจำนวน กว่า 20,541 รายใน 28 จังหวัด ยังไม่พบผู้เสียชีวิต โดยพื้นที่ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างเข้มข้นคือจังหวัดในภาคใต้ เนื่องจากยังมีรายงานผู้ป่วยรายใหม่อย่างต่อเนื่องซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดสงขลา ร้อยละ 36.3 จัดเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคชิคุนกุณยามากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดนราธิวาสที่พบผู้ป่วยร้อยละ 28.6 ปัตตานี ร้อยละ 14.2 และยะลาร้อยละ 8.6 (ดังภาพที่ 1 แสดงการกระจายตัวของโรค) โดยมีการสำรวจพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2552 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือระหว่าง 25-34 ปี อาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ กลุ่มเกษตรกร นักเรียน นักศึกษา และอาชีพรับจ้าง ผู้ป่วยทุกรายอยู่ในอาการปลอดภัย นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้นหลังมีผู้ป่วยเดินทางกลับจากรับจ้างกรีดยางพาราจากจังหวัดใกล้เคียง

ลักษณะโรค

โรคชิคุนกุณยา เป็นโรคติดเชื้อไวรัสชิคุนกุณยาที่มียุงลาย *Aedes aegypti* หรือ *Ae. albopictus* เป็นพาหะนำโรคเหมือนโรคไข้เลือดออก แต่ต่างกันที่ไม่มีการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือดจึงไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากจนถึงมีการช็อกเหมือนโรคไข้เลือดออก

สาเหตุ

เกิดจากเชื้อไวรัสชิคุนกุณยา (Chikungunya virus) หรือที่รู้จักในชื่อ Chicken Guinea ซึ่งเป็น RNA Virus จัดอยู่ใน genus alphavirus และ family Togaviridae ไวรัสชิคุนกุณยามีความใกล้เคียงกับ O'nyong'nyong virus และ Ross River virus ที่พบในประเทศออสเตรเลีย รวมทั้งไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคไข้สมองอักเสบ eastern equine encephalitis และ western equine encephalitis



วิธีการติดต่อ

เชื้อไวรัสชิคุนกุนยาติดต่อกันได้ เมื่ออยู่กลางตัวเมียกัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไข้สูง ซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง และเพิ่มจำนวนมากขึ้นแล้วเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย เมื่อยุงที่มีเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาไปกัดคนอื่นก็จะปล่อยเชื้อไปยังคนที่ถูกกัด ทำให้คนนั้นเกิดอาการของโรคได้

ระยะฟักตัว (incubation period)

โดยทั่วไปจะมีการฟักตัวประมาณ 1 - 12 วัน แต่ที่พบบ่อยประมาณ 2 - 3 วัน สำหรับอาการและอาการแสดงผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูงอย่างฉับพลัน

ระยะติดต่อ

เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีไข้สูงประมาณวันที่ 2 - 4 เนื่องจากเป็นระยะที่มีเชื้อไวรัสชิคุนกุนยาอยู่ในกระแสเลือดมากที่สุด

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูงอย่างฉับพลัน มีไข้ประมาณ 40 องศาเซลเซียส ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น มีผื่นแดงขึ้นตามร่างกาย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก หรือข้อ ปวดศีรษะ (headache) ปวดกระบอกตา หรือมีเลือดออกตามผิวหนัง และอาจมีอาการคันร่วมด้วย พบอาการตาแดง (conjunctival injection) แต่ไม่ค่อยพบจุดเลือดออกในตาขาว และแพ้แสงเล็กน้อย (slight photophobia) แม้อาการนำของโรคชิคุนกุนยาจะคล้ายโรคไข้เลือดออก หรือหัดเยอรมัน แต่ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นช็อก หรือเลือดออกมาก

ส่วนใหญ่แล้วในเด็กจะมีอาการไม่รุนแรงเท่าในผู้ใหญ่ ในผู้ใหญ่อาการที่เด่นชัดคือ **อาการผื่น** ซึ่งอาจพบข้ออักเสบได้ ส่วนใหญ่จะเป็นที่ข้อเล็กๆ เช่น ข้อมือ ข้อเท้า อาการปวดข้อจะพบ

ได้หลายๆ ข้อเปลี่ยนตำแหน่งไปเรื่อยๆ (Migratory polyarthritis) อาการจะรุนแรงมากจนบางครั้งขยับข้อไม่ได้ อาการจะหายภายใน 1 - 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดข้อเกิดขึ้นได้อีกภายใน 2-3 สัปดาห์ต่อมาและบางรายอาการปวดข้อจะอยู่ได้นานเป็นเดือน หรือเป็นปี อาจพบ tourniquet test ให้ผลบวก และจุดเลือดออก (petechiae) บริเวณผิวหนังได้ ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างโรคชิคุนกุนยากับโรคไข้เลือดออกอาจแสดงพอสังเขปได้ดังตารางที่ 1

การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่จำเพาะเจาะจง (Specific treatment) หรือวัคซีนสำหรับเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา การรักษาเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ (supportive treatment) เช่น หากเป็นไข้ก็ให้ยาลดไข้ หรือหากปวดข้อก็ให้ยาลดอาการปวดข้อ และการพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น

การทำนายอาการโรค

การหายจากโรคจะขึ้นกับอายุของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะหายภายใน 5 - 15 วัน ผู้ป่วยวัยกลางคนจะหายภายใน 1 - 2.5 เดือน คือ ยิ่งอายุมากยิ่งหายจากอาการของโรคช้านั่นเอง ซึ่งเป็นแนวโน้มเดียวกับความรุนแรงของอาการของโรคด้วย ซึ่งผู้ที่อายุน้อยและสตรีที่ตั้งครรภ์จะมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า มีอาการตาอักเสบ (Ocular inflammation) แบบ iridocyclitis และอาจเกิดแผลที่เรตินาได้ ขาบวม (Pedal oedema) สามารถพบได้ แต่ยังไม่ทราบความเกี่ยวข้องกับโรคแน่ชัด เพราะโรคไม่ได้มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ตับ หรือไตแต่ประการใดภาวะแทรกซ้อน (Complications) [Cited from www.chikungunya.co.uk] ที่อาจพบได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน โรคไข้สมองอักเสบ โรคปอดบวม Myocarditis และการตายสามารถเกิดได้ในผู้ป่วยที่มีความต้านทานต่ำ

ตารางที่ 1: ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างโรคชิคุนกุนยากับโรคไข้เลือดออก

อาการ	โรคชิคุนกุนยา	โรคไข้เลือดออก
Fever Onset	เฉียบพลัน	เฉียบพลัน
Fever duration	2 วัน	4 วัน
Convalescent petechial rash	×	✓
Maculopapular rash	✓	อาจพบ
Conjunctival infection	✓	อาจพบ
Myalgia / Arthralgia	✓	✓
Epilepsy (High Fever)	ร้อยละ 10-15	ร้อยละ 3-5

โฮมีโอพาธีช่วยอะไรได้

จากรายงาน CHIKUNGUNYA: Homoeopathic Management ปี 2006 กล่าวถึงการเลือกใช้ยาโฮมีโอพาธีในการป้องกันโรคชิคุนคุนยาว่า ให้เลือกใช้ Eupatorium perfoliatum 200C เป็นยาหลักเพื่อป้องกัน และนอกจากนี้ยังอาจเลือกใช้ยาโฮมีโอพาธีชนิดอื่นดังต่อไปนี้ Gelsemium, Rhus tox, Bryonia Alba, Ars alb, Aconite, Pyrogenum, Cedron, Influenzinum, China, Amica, Belladonna, Nuxvomica, Sulphur and Polyporus ซึ่ง The Karnataka Board of Homoeopathic System of medicine [India] แนะนำ Rhus tox 200C และ Pyrogen 200C เป็นยาที่ใช้ป้องกันโรคชิคุนคุนยา มีรายงานว่า ในแถบแคว้นทมิฬ นาฑู [Tamil Nadu, India] แพทย์โฮมีโอพาธีแนะนำให้ใช้ Rhus tox และ Eupatorium perfoliatum เพื่อการป้องกันโรคชิคุนคุนยา ในประชากรมากกว่า 4,000 คน นอกจากนี้ในแคว้นอันทราประเทศ (Andhrapradesh) มีการจ่ายยา Eupatorium perfoliatum 200 C และ Belladonna 200 C ให้ประชากรจำนวนกว่าสองแสนคน

จากปรากฏการณ์การระบาดของชิคุนคุนยาในแคว้นการณาตาคา (Karnataka) เมือง Puttur taluk ในช่วงเดือนเมษายน 2551 พบว่า ข้อมูลจากการรักษาประชากรด้วยยาโฮมีโอพาธี จำนวน 42,000 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา Rhus tox ทั้งสิ้น 38,232 คน Eupatorium perfoliatum 849 คน Belladonna 729 คน Bryonia 1,564 คน

และ Ledum pal 626 คน ซึ่งเป็นการดำเนินการโดย The Joint Effort of Preventive & Social Medicine Department of Fr. Muller Homoeopathic Medical College and Dept of Health, Govt of Karnataka และจากผลดังกล่าวทำให้สรุปได้ว่า ยาโฮมีโอพาธีที่เป็น Genus Epidemic ของโรคชิคุนคุนยา คือ Rhus toxicodendron

ทั้งนี้มียารายงานการวิจัยถึงประสิทธิผลของยาโฮมีโอพาธีในการป้องกันโรคชิคุนคุนยา (Efficacy of Homoeopathic Prophylaxis in Chikungunya) โดย Dr.S.K.Tiwari และคณะดำเนินการวิจัยทดสอบประสิทธิผลการใช้ยาโฮมีโอพาธีขนาด 200C ในประชากรจำนวน 100 คนเป็นการทดลองแบบสุ่ม (Random) และให้รับประทานยาครั้งละ 4 เม็ดวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7 วันสำหรับผู้ใหญ่ และรับประทานครั้งละ 2 เม็ดวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7 วันสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และไม่มีทารกเข้าร่วมในการทดลอง และติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 เดือนโดยดำเนินการทดสอบสมมติฐานงานวิจัยด้วยค่าไคสแควร์ ผลปรากฏว่า ยาโฮมีโอพาธีเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลในการป้องกันโรคชิคุนคุนยา และคณะผู้วิจัยเสนอให้มีการเพิ่ม Rubric ในดรรรชนีตำราอ้างอิงยา (Repertory) ดังนี้

Chikungunya:

Prevention:- RHUS TOX, Eupat, Bell. Bry, Led.

Treatment:- RHUS TOX, Eupat, Bell. Bry, Led.

ที่มาของบทความ

1. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. (2552).
2. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552).
3. Sunila. BHMS, M.D. (Hom). CHIKUNGUNYA: Homoeopathic Management. Government Homoeopathic Medical College. Calicut. Kerala. (2006)
4. S.K.Tiwari and et al. Efficacy of Homoeopathic Prophylaxis in Chikungunya. (Cited on 06.07.09)

โฮมิโอพาธีกับโรคระบาด



ภญ.มหัททา ชัยชัยสกุล

จาก กลไกหลักพื้นฐานของโฮมิโอพาธีที่มุ่งเน้นการรักษาความเจ็บป่วยโดยการ**ใช้ยาที่เตรียม**จากสารที่ก่อให้เกิด**ความทรงจำเช่นเดียวกัน**นั้นในคนธรรมดา **ในปริมาณน้อยเพียงพอแก่การกระตุ้น**ให้ร่างกายเกิดการตอบสนองโดยขจัดความเจ็บป่วยออกไปตามกระบวนการธรรมชาตินี้เอง ที่ทำให้อนุमानได้ว่า การหายจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาโฮมิโอพาธีจะเป็นการหายที่ยั่งยืนกว่าการกินยาระงับอาการต่างๆไป เพราะ ร่างกายเกิดกระบวนการขจัดโรคได้ด้วยศักยภาพของร่างกายเอง ซึ่งเมื่อเกิดกระบวนการขจัดโรคด้วยตนเองได้บ่อยครั้งขึ้น ร่างกายจะมีความแข็งแรงขึ้น และสามารถเอาชนะโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเองได้มากขึ้น นี่จึงเป็นหลักการพื้นฐานที่ทำให้เกิดแนวคิดของการนำยาโฮมิโอพาธีมาใช้เพื่อการป้องกันโรคระบาด กล่าวคือ เป็นการเพิ่มความแข็งแรงให้กับร่างกายของคน หรือ Host ในทางระบาดวิทยา นั้นเอง

ในปัจจุบันแนวคิดของการค้นหาโฮมิโอพาธีเพื่อการนำไปใช้ป้องกันโรคนั้นมีได้ 3 แนวคิด (On the Genus Epidemicus, 2001: Will Taylor, M.D.) กล่าวคือ

แนวคิดที่ 1 การนำโนโสด (Nosode)¹ ที่เตรียมจากโรคที่ต้องการป้องกันมาใช้เป็นยาเพื่อการป้องกันโรคนั้น เช่น การใช้ ยา Influenzinum เพื่อป้องกันการระบาดของไข้หวัดใหญ่ หรือ ใช้ยา Morbillinum เพื่อป้องกันการระบาดของโรคหัด

ซึ่งจะเห็นว่าแนวคิดนี้เป็นการเลือกยาโดยอิงสาเหตุจากเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดการระบาดเป็นสำคัญ โดยที่การเลือกยาโฮมิโอพาธีตามแนวคิดนี้จะครอบคลุมกลุ่มอาการทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย ซึ่งหากเป็นการนำยาในกลุ่มนี้มาใช้เพื่อการรักษาโรคอาจใกล้เคียงกับหลักการที่เรียกว่า ไอโซพาธี (Isopathy)² มากกว่าโฮมิโอพาธี และจากข้อมูลเชิงประจักษ์ทางประวัติศาสตร์กลับพบว่า ยังไม่มีข้อมูลยืนยันที่ชัดเจนถึงประสิทธิภาพ

ของการค้นหาตำรับยาโฮมิโอพาธีเพื่อการป้องกันโรคระบาดภายใต้แนวคิดนี้ กระนั้นก็ตามวิธีนี้จัดเป็นแนวคิดที่มีความเป็นไปได้และจัดว่าเป็นวิธีที่สะดวกและรวดเร็วที่สุด

แนวคิดที่ 2 เป็นการคัดเลือกตำรับยาที่เหมาะสมโดยค้นหาจากกลุ่มอาการที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคระบาดนั้น ๆ กล่าวคือ เป็นกลุ่มอาการของโรคระบาดนั้น เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ จะมีอาการหลักคือ มีไข้สูง ปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว แขนขา ล้า-เพลีย มีหนาวสลับ เป็นต้น โดยมีได้นำปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแต่ละรายเข้ามาเกี่ยวข้อง จากกลุ่มอาการดังกล่าวข้างต้นนำมาค้นหาตำรับยาที่เหมาะสมผ่านคู่มือสรรพคุณตำรับยา (Repertory) หรือนำผลจากการรักษาโรคระบาดดังกล่าว ว่ายาตำรับใดที่เป็น Genus Epidemic แล้วนำตำรับยาดังกล่าวมาเป็นยาที่ใช้เพื่อการป้องกันโรคระบาดนั้นๆ ต่อไป ซึ่งจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในประวัติศาสตร์พบว่า กระบวนการนี้เป็นการป้องกันโรคระบาด

แนวคิดที่ 3 คัดเลือกตำรับยาที่เหมาะสมโดยอาศัยลักษณะของปัจเจกบุคคลเข้าร่วมด้วย ซึ่งตามแนวคิดโฮมิโอพาธีแล้วทั้งในแง่ของการรักษาและการป้องกันโรค แนวคิดนี้เป็นแนวความคิดที่ดีที่สุด เพราะเป็นตำรับยาที่ค้นคว้าเฉพาะมาเพื่อบุคคลนั้น ซึ่งในระยะยาวแล้วมิใช่ป้องกันแค่เพียงโรคระบาดเท่านั้น แต่ด้วยกระบวนการนี้จะป้องกันโรคอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายนี้ในอนาคตได้ด้วย

กระนั้นก็ตาม หากเป็นการค้นคว้าตำรับยาโฮมิโอพาธีเพื่อนำไปใช้ในการป้องกันโรคระบาดแล้ว การทำงานภายใต้กระบวนการนี้คงเป็นไปได้ยากและมีข้อจำกัดหลายประการ ดังนั้น แนวความคิดนี้จะถูกตั้งขึ้นมาประยุกต์ใช้กรณีป้องกันโรคระบาดก็ต่อเมื่อ แนวคิดที่ 1 และ 2 ไม่ประสบความสำเร็จ



¹Nosode หมายถึง ยาโฮมิโอพาธีที่เตรียมขึ้นจาก เนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่ติดเชื้อ เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา เชื้อไวรัส หรืออื่น ๆ หรือเตรียมขึ้นจากตัวเชื้อ หรือผลิตภัณฑ์ของโรคนั้น ๆ ซึ่งหมายรวมถึงสารคัดหลั่งต่าง ๆ ด้วย

²ไอโซพาธี (Isopathy) คือการรักษาภายใต้แนวคิดนำสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคมารักษาผู้ป่วยโรคนั้น ๆ ขณะที่โฮมิโอพาธี (Homoeopathy) คือ การรักษาภายใต้แนวคิดนำสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานที่**เหมือนกัน**มารักษาผู้ป่วย เช่น ตามแนวคิดไอโซพาธี การรักษาโรคหัดต้องใช้ยาที่เตรียมจากเชื้อไวรัส Influenza ขณะที่ตามแนวคิดโฮมิโอพาธีกล่าวว่า ใช้ยาที่เตรียมจากอะไรก็ได้ที่ก่อให้เกิดอาการเช่นเดียวกับสิ่งที่ผู้ป่วยทุกข์ทรมานอยู่ อาจเป็น ยาที่เตรียมจากลูกหัวหอม ต้นลำโพง หรือแม้กระทั่งสารหนู โดยทั้งนี้ต้องเป็นวิธีการเตรียมเฉพาะแบบโฮมิโอพาธี คือ ผ่านกระบวนการทำละลายอย่างมากมายตามมาตรฐานการเตรียมยาโฮมิโอพาธี

ไข้หวัดใหญ่ 2009



นพ.พลวิช กลั่นกาญจน์

กำลังเป็นที่ตื่นตัวอย่างยิ่งในเรื่องไข้หวัดใหญ่ 2009 กระทั่งองค์การอนามัยโลกยังออกมายอมรับอย่างตรงไปตรงมาว่า “ไม่สามารถควบคุมการระบาดได้และมาตรการสำคัญที่สุดคือ ให้ประชาชนในแต่ละประเทศดูแลตนเองอย่างเข้มงวด” [สำนึกชาวไทย 14 ก.ค. 2552]

เป็นที่ทราบกันดีว่าโฮมีโอพาธีได้รับการยอมรับว่าเป็นทางเลือกที่ดีในการรักษาโรคไข้หวัดใหญ่ที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งคำกล่าวนี้สามารถยืนยันได้จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ในครั้งที่มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ในปีค.ศ.1918 (Flu Pandemic) ดังนั้นในจุลสารฉบับนี้จึงนำข่าวสารของสมาพันธ์แพทย์โฮมีโอพาธีสากลไลก้า (LIGA Medicorum Homeopathica Internationalis) ว่าด้วยการจัดการไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์H1N1: **ประสบการณ์จากแพทย์โฮมีโอพาธีชาวเม็กซิกัน** มาเผยแพร่ให้สมาชิกได้ทราบทั่วกันดังนี้



ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1 Influenza- บันทึก รายงานจากแพทย์โฮมีโอพาธีชาวเม็กซิกัน) มักมีองค์ประกอบของอาการ

ดังต่อไปนี้

1. **อาการไข้** มักจะมีไข้คงที่ระหว่าง 38.5 – 39.4 องศาเซลเซียส (101.3 – 102.9 องศาฟาเรนไฮต์) และร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจะมีอาการหนาวสั่นร่วมด้วย
2. **มีน้ำมูก** ออกมากระหว่างมีไข้
3. **อาการพลัด** เบื่ออาหารและขาดสมาธิ
4. **อาการระคายเคืองต่อแสงรุนแรง** การรับประทานของแข็งทำให้แสบ และในท้ายที่สุดแม้กระทั่งการดื่มของเหลวก็ทำให้แสบได้
5. **อาจมีอาการไอ** ได้บ้าง (พบน้อย) โดยเป็นอาการไอที่มีลักษณะไม่ธรรมดา และไอแบบแห้ง ๆ

6. **อาการปวดข้อ บริเวณมือ 100 ไมล์** ในช่วงที่มีไข้ขึ้น ทั้งนี้ การประคบเย็นทำให้อาการดังกล่าวดีขึ้น (> Cold application)

7. **อาการปวดศีรษะ** อาจลามไปเป็นอาการปวดศีรษะซึ่งมีอาการดังกล่าวดีขึ้นจากการพักผ่อน (> Rest)

8. **อาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยและต้นคอ** ซึ่งแย่งจากการนอนบนหมอน

9. **ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย** คือ การเป็นปอดบวมซึ่งเชื้อกระจายเข้าไปบริเวณ interstitial (ช่องเล็ก ๆ ที่อยู่ระหว่างเนื้อเยื่อในปอด) หรือกระจายไปตามหลอดย่อยต่างๆภายในปอดซึ่งมักทำให้เกิดอาการไอที่มีเสมหะสีเหลืองเกิดร่วมด้วย

อย่างไรก็ตามอาการโดยสรุป ที่สามารถพบในผู้ป่วยได้คือ ภาวะไข้สูง ปวดศีรษะ จามร่วมกับมีน้ำมูกใส อาการไอ (พบเมื่ออาการเริ่มรุนแรง) อาการปวดตามตัว อาการเพลียที่อาจมีต่อเนื่องได้หลายสัปดาห์ อาจพบอาการเจ็บคอได้บ้าง อาการไข้และปวดเมื่อยตามตัวมีระยะเวลาโดยประมาณคือ 3-5 วัน ขณะที่อาการไอและอ่อนเพลียมีระยะเวลายาวนานได้มากกว่าสองสัปดาห์ซึ่งไข้หวัดใหญ่ 2009 อาจพบ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และมีอาการท้องเสียร่วมด้วย



ยาโฮมีโอพาธีที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปใช้รักษาผู้ป่วยในภาวะระบาดของไข้หวัดใหญ่ 2009 เรียงตามลำดับคือ

1. Aconitum เมื่อผู้ป่วยมีภาวะกลัวตายจากการเจ็บป่วยคอแดง หน้าแดง อาการเกิดอย่างรวดเร็วหลังการเผชิญกับอากาศหนาว อาการเกิดขึ้นรุนแรง ฉียบพลัน มีอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ

2. Belladonna ผู้ป่วยมีอาการตาแดง (มีน้ำในตา) หน้าแดง มีไข้สูงมากกว่า 39 องศาเซลเซียส มีอาการคออักเสบ ฉียบพลัน ปวดศีรษะรุนแรงมีลักษณะปวดแบบตุบๆ (pulsating pain) ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อแสงหรือเสียงรบกวน

แม้เพียงเล็กน้อย

3. Bryonia ผู้ป่วยมีอาการเริ่มต้นจากการปวดศีรษะ แยกจากการขยับตัว มีอาการใช้ร่วมกับภาวะหนาวสั่น ผู้ป่วยทรมาณจากการไอ มีภาวะปวดปวดหลังและขาอย่างรุนแรง อาการแยกจากการขยับแม้เพียงเล็กน้อย ดีขึ้นจากการได้พัก ผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง คอแดง และกระหายน้ำมาก ปวดขามากขึ้นเมื่อเดิน

4. Arsenicum ผู้ป่วยมีอาการเริ่มต้นจากภาวะเจ็บคออย่างรุนแรง อาการดีขึ้นจากการดื่มน้ำอุ่น ผู้ป่วยรู้สึกหนาวเย็นทั่วร่างกายต้องห่มคลุมด้วยผ้าหลายชั้น เหนื่อยและอ่อนเพลียมาก อาจมีอาการอาเจียนรุนแรง หรือภาวะท้องเสียร่วมด้วย (ซึ่งพบน้อย) ร่วมกับอาการสับสนที่รู้วาม ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง กระสับกระส่าย คิดว่าตนจะตาย และไม่ยอมกอดผู้คนเดียว

5. Eupatorium perfoliatum ผู้ป่วยมีอาการใช้เริ่มต้นจากการหนาวสะท้านและสั่น ใช้สูงต่อเนื่อง และ

กระหายน้ำอย่างมาก มีอาการปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อและกระดูกมากราวกับกระดูกแตกหรือถูกทุบตี ผู้ป่วยทรมาณจากการไอ หน้าแดงร่วมกับมีอาการใช้ อาการทุกอย่างดีขึ้นหลังจากเหงื่อออกยกเว้นอาการปวดศีรษะ

6. Mercurius vivus ผู้ป่วยมีอาการเริ่มต้นจากเสียงแหบหรือไม่มีเสียง มีภาวะอักเสบของระบบทางเดินหายใจ ตอนบน น้ำมูกไหลและกัดแสบ มีภาวะเจ็บคอรุนแรง ไอแห้งๆ และเป็นช่วง ๆ มีอาการใช้ร่วมกับมีเหงื่อออกในเวลา กลางคืนซึ่งไม่ทำให้อาการดีขึ้น กระหายน้ำตลอดเวลา มีกลิ่นปากเหม็น ลิ้นมีรอยประทับฟัน ปวดกระดูก รู้สึกกระวังตัวตลอดเวลา

7. Gelsemium ผู้ป่วยมีอาการใช้หนาวสั่นมือสั่นเหงื่อออกมาก รู้สึกหดหู่ซึมเศร้า ปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะบริเวณขามักนอนนิ่งบนเตียง ตาแดง หน้าแดง เจ็บคอ ไอแห้งๆ ซีพจรเต้นเร็ว แม้ใช้สูงไม่กระหายน้ำ



... ข่าวสารสมาชิก ...

ฉบับนี้ กระจอกข่าวเอาข่าวฝากการประชุม 64th Congress of the Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis (LMHI) ณ กรุงวอซอ (Warsaw) ประเทศโปแลนด์มาเป็นข่าวฝากว่า เขาจะมีการจัดประชุมระหว่างวันที่ 26-30 สิงหาคม 2552 นี้ โดยอาจารย์ของเราเป็นหนึ่งในทีมที่เข้าร่วมนำเสนอผลงานทางวิชาการด้วย ซึ่ง Dr.Leon Scheepers จะเป็นตัวแทนนำเสนอในหัวข้อ “The First Official Homoeopathic Education Project in Thailand” และจะมีพวกเราทุก ๆ คนปรากฏอยู่บนสไลด์ด้วยจ้า 😊

