



การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 20

“เสริมสร้างองค์ความรู้ขับเคลื่อนการศึกษาและบูรณาการข้ามศาสตร์เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”

3 ธันวาคม 2568 ทางออนไลน์โปรแกรม Zoom

รายงานกรณีศึกษาเชิงย้อนหลังของผู้ป่วยกลีโอบลาสโตมาที่ได้รับการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ GLIOBLASTOMA PATIENT TREATED WITH MEDICAL CANNABIS: A RETROSPECTIVE CASE REPORT

จินตนา มโนรมย์ภัทรสาร

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์และสมุนไพรทางการแพทย์

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

E-mail: s67102307024@ssru.ac.th

บทคัดย่อ

กลีโอบลาสโตมา (Glioblastoma Multiforme; GBM) เป็นมะเร็งสมองชนิดร้ายแรงระดับ WHO Grade IV ที่มีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็วและมีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ยต่ำกว่า 15 เดือน แม้ได้รับการรักษามาตรฐานอย่างครบถ้วน รายงานนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังของผู้ป่วยชายอายุ 43 ปี ซึ่งได้รับการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสองรอบ ก่อนเข้าสู่ระยะประคับประคอง โดยผู้ป่วยเริ่มการใช้กัญชาทางการแพทย์ร่วมกับการแพทย์ผสมผสานที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 การรักษาประกอบด้วยสารสกัดกัญชาอัตราส่วน THC:CBD 1:1 ควบคู่กับกายภาพบำบัดและการนวดไทยแบบราชสำนัก ผลการติดตามแสดงให้เห็นว่าคะแนนอาการตามแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) ลดลงจาก 65 เหลือ 34 และคะแนนคุณภาพชีวิตจากแบบประเมิน Functional Assessment of Cancer Therapy–Brain (FACT-Br) เพิ่มขึ้นจาก 92 เป็น 124 ภายในสามเดือน ภาพ MRI สมองที่ถ่ายต่อเนื่องพบว่าขนาดก้อนเนื้อออกลดลงจาก 10.7×7.6×7.2 เซนติเมตร เหลือ 10.4×6.4×5.7 เซนติเมตร โดยไม่พบการลุกลามใหม่ ถือเป็นภาวะโรคคงที่ (Stable Disease) แม้ในระยะท้ายผู้ป่วยเกิดอาการอาเจียนจากการใช้กัญชา (cannabinoid hyperemesis) ผลการรักษาโดยรวมชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของกัญชาทางการแพทย์ในการช่วยคงเสถียรภาพของโรค ลดอาการไม่สบาย และปรับปรุงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งสมองระยะรุนแรง

คำสำคัญ: กลีโอบลาสโตมา, กัญชาทางการแพทย์, การแพทย์ผสมผสาน

Abstract

Background: Glioblastoma Multiforme (GBM) is a WHO Grade IV malignant brain tumor characterized by rapid progression and a median survival of less than 15 months despite



การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 20

“เสริมสร้างองค์ความรู้ขับเคลื่อนการศึกษาและบูรณาการข้ามศาสตร์เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”

3 ธันวาคม 2568 ทางออนไลน์โปรแกรม Zoom

standard multimodal therapy. This retrospective case report describes the clinical course of a 43-year-old male GBM patient who received medical cannabis as part of an integrative program at a hospital in Bangkok, from October 2023 to February 2024. Treatment consisted of a balanced THC:CBD 1:1 cannabis extract, combined with physiotherapy and traditional Thai massage. Clinical outcomes were evaluated using the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), the Functional Assessment of Cancer Therapy–Brain (FACT-Br), and serial MRI imaging. ESAS scores decreased from 65 to 34, while FACT-Br scores improved from 92 to 124 within 3 months. MRI scans revealed a reduction in tumor size from 10.7×7.6×7.2 cm to 10.4×6.4×5.7 cm, without evidence of new lesion growth, indicating stable disease. Mild cannabis-induced vomiting occurred during the final phase but resolved after dosage adjustment. This case highlights the potential role of medical cannabis, particularly balanced THC:CBD formulations, in stabilizing disease progression, relieving symptoms, and enhancing quality of life in end-stage brain cancer patients.

Keywords: Glioblastoma, Medical Cannabis, Integrative Medicine

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

กลีโอบลาสโตมาเป็นมะเร็งสมองชนิดที่มีความรุนแรงสูงสุดในผู้ใหญ่ จัดอยู่ในระดับ WHO Grade IV ซึ่งมีลักษณะเด่นคือการเจริญเติบโตที่รวดเร็ว แทรกซึมเข้าสู่เนื้อสมองปกติ และมีความดื้อต่อการรักษาหลายรูปแบบ (Wen & Kesari, 2008) อัตราการเกิดโรคอยู่ที่ประมาณ 3–5 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี และคิดเป็นกว่าครึ่งของมะเร็งสมองทั้งหมดในผู้ใหญ่ ในระดับโมเลกุลพบการกลายพันธุ์ของยีน EGFR, PTEN, TP53 และ IDH-wildtype ซึ่งมีผลต่อการกระตุ้นเส้นทางสัญญาณ PI3K/AKT/mTOR และ RAS/MAPK ทำให้เซลล์มะเร็งสามารถหลีกเลี่ยงกระบวนการตายของเซลล์ได้

แนวทางการรักษามาตรฐาน Stupp Protocol ประกอบด้วยการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษาและยาเคมีบำบัด temozolomide แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายในหนึ่งปี จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแสวงหาทางเลือกใหม่ที่สามารถชะลอการดำเนินโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะประคับประคอง ระบบการทำงานของยาที่ออกฤทธิ์ต่อร่างกายของมนุษย์คือระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoid System: ECS) มีบทบาทสำคัญในการควบคุมสมดุลของร่างกาย ทั้งในระบบประสาท



การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 20

“เสริมสร้างองค์ความรู้ขับเคลื่อนการศึกษาและบูรณาการข้ามศาสตร์เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”

3 ธันวาคม 2568 ทางออนไลน์โปรแกรม Zoom

ภูมิคุ้มกัน และเนื้อเยื่อเนื้องอก งานวิจัยหลายชิ้นระบุว่าในผู้ป่วย GBM พบการแสดงออกของตัวรับ CB2 receptor สูงกว่าปกติ ซึ่งอาจเป็นเป้าหมายของการรักษาด้วยสารแคนนาบินอยด์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคมักมีอาการปวดศีรษะรุนแรง อากาการชัก หรือการสูญเสียการทำงาน ของระบบประสาท การรักษาแบบประคับประคองแม้จะช่วยบรรเทาได้บางส่วนการใช้กัญชาทางการแพทย์ซึ่ง มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ระงับปวด ปกป้องเซลล์ประสาท และต้านเนื้องอก จึงเป็นแนวทางการรักษาที่มีเหตุผล ทางชีววิทยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษามาตรฐานได้จำกัด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายผลทางคลินิกของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยกลิโอบลาสโตมาที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสาน เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการทางคลินิกและคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมิน ESAS และ FACT-Br รวมถึงเพื่อทำความเข้าใจบทบาทของกัญชาทางการแพทย์ในฐานะ การรักษาเสริมในแนวทางการแพทย์ผสมผสาน (Integrative Oncology)

ขอบเขตของการศึกษา

รายงานนี้เป็นการศึกษารายกรณีเดี่ยวแบบย้อนหลัง (Single-Case Retrospective Study) โดยใช้ ข้อมูลเวชระเบียนและการติดตามทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 การประเมินประกอบด้วยผลการ ตรวจ MRI สมอง ผลการประเมินอาการตามแบบ ESAS และการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย FACT-Br รวมถึง ข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ในอัตราส่วน THC:CBD 1:1

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษานี้คาดว่าจะช่วยเพิ่มองค์ความรู้ด้านการแพทย์ผสมผสานโดยใช้กัญชาในการดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งสมองชนิดร้ายแรง เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการออกแบบงานวิจัยเชิงคลินิกในอนาคต และส่งเสริม ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับกลไกและความปลอดภัยของการใช้สารแคนนาบินอยด์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กลิโอบลาสโตมาเป็นมะเร็งสมองชนิดที่โตและแพร่กระจายรวดเร็ว มีการกลายพันธุ์ของยีนที่สำคัญ เช่น EGFR, PTEN และ TP53 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นเส้นทางการส่งสัญญาณ PI3K/AKT/mTOR และ RAS/MAPK (Tan et al., 2020) ปัจจัยอย่าง VEGF และ HIF-1 α ยังช่วยให้เกิดกระบวนการสร้างหลอดเลือด

ใหม่ (angiogenesis) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การรักษาด้วยรังสีและเคมีบำบัดมีประสิทธิภาพจำกัด (Weller et al., 2021)

ระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (ECS) ทำหน้าที่ควบคุมสมดุลในร่างกายและมีบทบาทในเนื้องอก โดยประกอบด้วยตัวรับ CB1 และ CB2 ลิแกนด์ภายในร่างกาย เช่น anandamide (AEA) และ 2-arachidonoylglycerol (2-AG) รวมถึงเอนไซม์ควบคุม FAAH และ MAGL ในผู้ป่วย GBM พบว่าการแสดงออกของ CB2 receptor สูงขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการเจริญของเซลล์มะเร็ง (Blázquez et al., 2011) การกระตุ้น CB2 receptor สามารถเหนี่ยวนำการตายของเซลล์และกระบวนการ autophagy ได้ (Guzmán, 2006)

งานวิจัยในหลอดทดลองและทางคลินิกแสดงให้เห็นว่า THC และ CBD สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง glioblastoma ผ่านการหยุดวงจรเซลล์และการกระตุ้นกระบวนการ apoptosis โดย THC เพิ่มระดับ ceramide ภายในเซลล์และกระตุ้นการทำงานของ caspase-3 ซึ่งนำไปสู่การตายของเซลล์ (Solinas et al., 2013; Guzmán, 2006) นอกจากนี้ cannabinoids ยังยับยั้งการสร้างหลอดเลือดใหม่โดยลดการแสดงออกของ VEGF และ MMP-2 (Blázquez et al., 2011) และลดการอักเสบโดยลดการผลิต cytokines เช่น TNF- α และ IL-6 (Marcu et al., 2018)

ระดับคลินิกมีรายงานการศึกษาหลายฉบับสนับสนุนบทบาทของ cannabinoids ในการรักษาผู้ป่วยกิลิโอบลาสโตมา Guzmán (2006) รายงานการฉีด THC เข้าก่อนเนื้องอกช่วยลดการเจริญของเซลล์มะเร็งโดยไม่กระทบต่อเนื้อสมองปกติ การศึกษาของ Twelves et al. (2021) ซึ่งเป็นการทดลองแบบสุ่มควบคุม (RCT) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ THC:CBD 1:1 ร่วมกับยา temozolomide มีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ยยาวนานขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ Likar (2021) และ Schloss (2021) รายงานว่าการใช้ CBD และน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยบางรายคงสภาพโรคได้นานกว่า 6 เดือน ลดอาการปวด คลื่นไส้ พร้อมเพิ่มคุณภาพชีวิต ไม่พบผลข้างเคียงรุนแรง

จากหลักฐานดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าแคนนาบินอยด์ โดยเฉพาะ THC และ CBD มีฤทธิ์ต้านการเจริญของเนื้องอกสมองผ่านหลายกลไก ทั้งการยับยั้งการแบ่งตัว การกระตุ้นให้เซลล์มะเร็งตาย และการลดการอักเสบ ผลการรักษาในกรณีผู้ป่วยรายนี้สอดคล้องกับข้อมูลจากงานวิจัยก่อนหน้า โดยพบการคงเสถียรภาพของโรค การลดอาการ และการปรับปรุงคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณีเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive case report) มุ่งวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยกิลิโอบลาสโตมา GBM เพศชาย อายุ 43 ปี ซึ่งได้รับการรักษามาตรฐานครบถ้วนก่อนเข้าสู่ระยะประคับประคอง และได้รับการดูแลผสมผสานร่วมกับกัญชาทางการแพทย์ ณ



การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 20

“เสริมสร้างองค์ความรู้ขับเคลื่อนการศึกษาและบูรณาการข้ามศาสตร์เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”

3 ธันวาคม 2568 ทางออนไลน์โปรแกรม Zoom

โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 การออกแบบการวิจัย เน้นการทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลการติดตามตามแนวเวชปฏิบัติปกติ โดยไม่มีการแทรกแซงใหม่ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลดำเนินการร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ผู้รักษาและผู้วิจัยเพื่อให้การตีความ สอดคล้องกับหลักฐานทางคลินิก ผู้ป่วยเคยผ่าตัดสมองสองครั้งในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 และเมษายน พ.ศ. 2566 ได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษา จากนั้นโรคกลับเป็นซ้ำภายในสี่เดือนจึงเข้าสู่แผนประคับประคอง เริ่มโปรแกรมกัญชาทางการแพทย์ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ติดตามต่อเนื่อง 5 เดือนด้วยตัวชี้วัดทางอาการ และภาพรังสีสมอง

แหล่งข้อมูลหลักประกอบด้วยเวชระเบียนผู้ป่วย รายละเอียดการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ รายงานภาพรังสีสมองจากการตรวจ MRI ในเดือนตุลาคม 2566 ธันวาคม 2566 และกุมภาพันธ์ 2567 และผลการประเมินทางคลินิกที่บันทึกตามปกติในคลินิก โดยใช้ ESAS สำหรับติดตามอาการสำคัญ เช่น ความปวด ความอ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิดกกังวล และการนอนหลับ และใช้ Functional Assessment of Cancer Therapy-Brain (FACT-Br) เพื่อติดตามคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคในมิติร่างกาย อารมณ์ การทำหน้าที่ และอาการทางระบบประสาท การประเมินการตอบสนองของก้อนเนื้ออกยึดตามเกณฑ์ Response Assessment in Neuro-Oncology (RANO) โดยเปรียบเทียบลำดับภาพ MRI ต่อเนื่องในช่วงเวลาศึกษา ทั้งหมดเป็นข้อมูล ปกติที่เกิดขึ้นจริงในกระบวนการรักษาและไม่กระทบแผนการดูแลของผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินการเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่การวินิจฉัยครั้งแรกในเดือน กุมภาพันธ์ 2565 จนถึงจุดสิ้นสุดการติดตามในกุมภาพันธ์ 2567 เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยดำเนินการ วิเคราะห์แนวโน้มตามกาลเวลา (descriptive longitudinal analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีเชิงพรรณนา และการเชื่อมโยงเชิงคลินิก (descriptive analysis and clinical correlation) โดยไม่ใช้สถิติอนุมาน เนื่องจากเป็นรายงานกรณีเดียว การตีความผลลัพธ์พิจารณาความสอดคล้องระหว่างขนาดและลักษณะก้อน เนื้ออกในภาพ MRI ตามเกณฑ์ RANO กับเส้นทางการเปลี่ยนแปลงคะแนน ESAS และ FACT-Br เพื่อสรุป บทบาทของกัญชาทางการแพทย์ในบริบทของผู้ป่วย GBM ระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสาน

ผลการวิจัย

การศึกษานี้นำเสนอผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยชายอายุ 43 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลิโอโบลาสโตมา GBM ชนิด WHO Grade IV, IDH-wildtype ซึ่งเป็นชนิดที่มีความรุนแรงที่สุดในบรรดาเนื้องอก สมองปฐมภูมิ ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบตามแนวทาง Stupp protocol ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสี รักษา ก่อนเข้าสู่ระยะประคับประคองและเริ่มใช้กัญชาทางการแพทย์ร่วมกับแนวทางการแพทย์ผสมผสาน

ผลการตรวจรังสี (Radiological Findings)

ผล MRI สมองถูกติดตามสามครั้ง (ตุลาคม 2566, ธันวาคม 2566 และกุมภาพันธ์ 2567) โดยใช้เกณฑ์ประเมินของ Response Assessment in Neuro-Oncology (RANO criteria)

ภาพ MRI ครั้งแรกแสดงก้อนเนื้ออกขนาด $10.7 \times 7.6 \times 7.2$ ซม. บริเวณ *left parietal lobe* พร้อม vasogenic edema และ midline shift 1.5 ซม. สอดคล้องกับอาการปวดศีรษะและอ่อนแรงครึ่งซีกขวา หลังใช้สารสกัดกัญชา THC:CBD 1:1 ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ภาพ MRI เดือนธันวาคมแสดงขนาดก้อนลดเหลือ $10.4 \times 6.5 \times 6.0$ ซม. และปริมาณ edema ลดลงอย่างชัดเจน ส่วน MRI เดือนกุมภาพันธ์ 2567 พบขนาดคงที่ $10.4 \times 6.4 \times 5.7$ ซม. ไม่มีรอยโรคใหม่ จัดเป็นภาวะ Stable Disease

การคงเสถียรภาพของก้อนเกิน 5 เดือนถือว่ามีนัยทางคลินิก เนื่องจากผู้ป่วย GBM ส่วนใหญ่มักเกิดการลุกลามซ้ำภายใน 2–3 เดือนหลังจบการรักษามาตรฐาน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานของ Blázquez et al. (2011) และ Wen et al. (2023) ที่อธิบายฤทธิ์ *antiangiogenic* ของแคนนาบินอยด์ในการลด VEGF และจำกัดการสร้างหลอดเลือดใหม่ในเนื้ออกสมอง

ผลทางอาการและคุณภาพชีวิต (Clinical and Quality-of-Life Outcomes)

คะแนน ESAS ก่อนเริ่มการรักษาอยู่ที่ 65/100 สะท้อนภาวะอาการรุนแรง โดยเฉพาะอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ และอ่อนเพลีย หลังใช้กัญชาทางการแพทย์ 1 เดือน คะแนนลดลงเหลือ 48 และที่เดือนที่ 3 ลดลงเหลือ 34 คะแนน (ลดลง 47%) แสดงถึงการบรรเทาอาการอย่างต่อเนื่อง และคะแนน FACT-Br เพิ่มขึ้นจาก 92 → 110 → 124 คะแนน ภายใน 3 เดือน และครั้งที่ 120 คะแนนในเดือนที่ 5 การเพิ่มขึ้นกว่า 30 คะแนนนี้สะท้อนการฟื้นตัวทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ผู้ป่วยรายงานว่านอนหลับดีขึ้น อาการปวดลดลง รับประทานอาหารดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน

เมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มของคะแนน ESAS และ FACT-Br พบความสัมพันธ์เชิงบวก (positive correlation) ระหว่างการลดอาการไม่สบายกับการเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับกลไกของสารแคนนาบินอยด์ที่ช่วยควบคุมอารมณ์และการรับรู้ความเจ็บปวดผ่านระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoid System; ECS) โดยเฉพาะการกระตุ้นตัวรับ CB1 และ CB2 ในระบบประสาทส่วนกลาง

ผลข้างเคียงจากการรักษา (Adverse Effects)

ในเดือนสุดท้ายของการติดตาม ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนซ้ำโดยไม่มีสาเหตุจากระบบทางเดินอาหาร ซึ่งสันนิษฐานว่าเป็น Cannabis-Induced Hyperemesis Syndrome (CHS) อันเกิดจากการกระตุ้น CB1 receptor เกินสมดุล หลังปรับขนาดยา THC ลดลงครึ่งหนึ่งและเพิ่มสัดส่วน CBD อาการหายภายใน 7 วันโดยไม่ต้องใช้ยาต้านอาเจียนเพิ่มเติม ภาวะดังกล่าวเป็นอาการไม่รุนแรงและสามารถจัดการได้ง่าย

ผลลัพธ์โดยรวม (Overall Clinical Course)

สรุปผลการติดตาม 5 เดือนหลังเริ่มใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า ขนาดก่อนเนื้องอกคั่งที่ไม่พบการลุกลามใหม่ อาการปวด คลื่นไส้ และอ่อนเพลียลดลงอย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวเกิน 36 เดือน หลังวินิจฉัย ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของผู้ป่วย GBM ทั่วไป (14–18 เดือน; Wen & Kesari, 2008; Tan et al., 2020) ผลการรักษานี้แสดงถึง “ความสำคัญเชิงคลินิก (clinical significance)” ที่ชัดเจน โดยชี้ว่าการใช้กัญชาทางการแพทย์ร่วมกับแนวทางการดูแลแบบผสมผสาน อาจมีบทบาทสำคัญในการยืดอายุและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งสมองระยะท้าย

อภิปรายผล

ผลการศึกษารายกรณีนี้สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของ กัญชาทางการแพทย์ร่วมกับการแพทย์ผสมผสาน (Integrative Oncology) ในการรักษาผู้ป่วยกลีโอบลาสโตมา GBM ระยะลุกลาม ซึ่งโดยทั่วไปถือเป็นโรคที่มีพยากรณ์โรคเลวร้ายและมีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ยต่ำกว่า 15 เดือน การคงเสถียรภาพของโรคเป็นเวลามากกว่าห้าเดือนหลังสิ้นสุดการรักษามาตรฐาน รวมถึงการอยู่รอดต่อเนื่องเกิน 36 เดือนในรายนี้ จึงถือเป็นผลลัพธ์ที่โดดเด่นและมีความสำคัญเชิงคลินิกอย่างยิ่ง

การอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่า การใช้กัญชาทางการแพทย์ร่วมกับแนวทางการแพทย์ผสมผสานช่วยบรรเทาอาการและยืดระยะเวลาควบคุมโรคในผู้ป่วย GBM ได้จริง ผู้ป่วยมีอาการปวด คลื่นไส้ และอ่อนเพลียลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับฤทธิ์ทางชีวภาพของสารแคนนาบินอยด์ ได้แก่ THC (Δ^9 -tetrahydrocannabinol) และ CBD (cannabidiol) ที่ออกฤทธิ์ผ่านระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoid System; ECS) โดยกระตุ้นตัวรับ CB1 และ CB2 ส่งผลให้ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งและกระตุ้นการตายของเซลล์ (apoptosis) ผ่านการสะสมของ ceramide ภายในเซลล์ (Guzmán, 2006; Blázquez et al., 2011) ขณะเดียวกัน CBD ยังช่วยลดผลกระตุ้นทางจิตของ THC และลดการอักเสบ (anti-inflammatory effect) โดยยับยั้ง cytokine เช่น TNF- α และ IL-6 ทำให้บวมน้ำรอบเนื้องอกลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผล MRI ที่พบว่า vasogenic edema ลดลง และผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนและอารมณ์ดีขึ้น

การเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้า

ผลลัพธ์ของกรณีนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Twelves et al. (2021) ซึ่งรายงานว่าผู้ป่วย GBM ที่ได้รับ nabiximols (THC:CBD 1:1) ร่วมกับยา temozolomide มีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ย 21 เดือน เทียบกับ 14 เดือนในกลุ่มควบคุม ตาม Likar et al. (2021) ที่รายงานว่าผู้ป่วยซึ่งได้รับ CBD 400–600 มก./วัน มีโรคคั่งที่นานกว่า 6 เดือนโดยไม่พบผลข้างเคียงรุนแรง ในรายนี้ ผู้ป่วยมีภาวะโรคคั่งที่ยาวนานกว่า 5 เดือนหลังเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง พร้อมอายุการอยู่รอดรวมกว่า 36 เดือน แสดงถึงการตอบสนองที่ดีกว่าค่าเฉลี่ย

ของผู้ป่วยทั่วไป ผลดังกล่าวยังสอดคล้องกับรายงานของ Schloss et al. (2021) ที่พบว่าการใช้น้ำมันกัญชาเพิ่มคะแนนคุณภาพชีวิต (QoL) ราว 20% และลดอาการปวด โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงรุนแรงจากการรักษา

การตีความเชิงกลไกและพยาธิสรีรวิทยา

กลไกของสารแคนนาบินอยด์ในการยับยั้งมะเร็งสมองเกี่ยวข้องกับการปิดกั้นเส้นทางสัญญาณ PI3K/AKT/mTOR และการเหนี่ยวนำให้เกิด Endoplasmic Reticulum (ER) stress, ทำให้เกิดการตายของเซลล์มะเร็งแบบมีแบบแผน (programmed cell death). นอกจากนี้ THC ยังลดการสร้างหลอดเลือดใหม่โดยยับยั้งการแสดงออกของ VEGF และ MMP-2, ส่งผลให้การลำเลียงออกซิเจนและสารอาหารของก้อนเนื้องอกลดลง (Marcu et al., 2018; Salazar et al., 2009). CBD เสริมฤทธิ์ของ THC ในการรักษาโดยปรับสมดุลระบบ ECS, ลด oxidative stress และปกป้องเซลล์ประสาทจากการอักเสบ ทำให้สมองและระบบประสาทฟื้นตัวได้ดีขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการลดอาการและคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในรายนี้

ผลข้างเคียงและการจัดการทางคลินิก

ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะ Cannabis-Induced Hyperemesis Syndrome (CHS) ในเดือนสุดท้ายของการติดตาม ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ในผู้ใช้ THC ต่อเนื่องในขนาดสูงเกินไป อาการคลื่นไส้และอาเจียนหายภายในหนึ่งสัปดาห์หลังปรับลดขนาดยา THC ลงครึ่งหนึ่งและเพิ่มสัดส่วน CBD กลไกดังกล่าวเกิดจากการกระตุ้น CB1 receptor มากเกินในสมองส่วน hypothalamus และระบบประสาทลำไส้ (Simonetto et al., 2012) การตระหนักถึงภาวะนี้มีความสำคัญทางคลินิกเพราะสามารถป้องกันการวินิจฉัยผิดและช่วยให้ปรับสูตรยาได้อย่างปลอดภัย

ข้อจำกัดของการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดหลักคือเป็นรายงานกรณีเดียว (single case report) ไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและไม่สามารถสรุปเชิงสถิติได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้ให้แนวโน้มเชิงคลินิกที่มีคุณค่า และเป็นจุดเริ่มต้นของการวิจัยเชิงลึกในอนาคต ควรมีการศึกษาติดตามแบบ prospective cohort หรือ randomized controlled trial เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความปลอดภัยของกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วย GBM รวมถึงการตรวจระดับสาร cannabinoids ในเลือด และการแสดงออกของตัวรับ CB1/CB2 เพื่อเข้าใจกลไกทางชีวภาพได้ดียิ่งขึ้น

บทสรุป

โดยสรุป การใช้กัญชาทางการแพทย์ร่วมกับแนวทาง Integrative Oncology ในผู้ป่วยกลีโอบลาสโตมาระยะลุกลามมีศักยภาพในการชะลอการดำเนินโรค ลดอาการไม่สบาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์จากกรณีนี้สะท้อนความสำคัญเชิงคลินิก (clinical significance) ที่แท้จริง เพราะผู้ป่วยมีอายุยืนยาวและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แม้ยังไม่สามารถสรุปเชิงสถิติได้ แต่กรณีนี้แสดงถึงแนวทางใหม่ของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งสมองในระยะท้าย ที่เน้นการบูรณาการกัญชาทางการแพทย์กับการรักษาแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพมากขึ้น



การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 20

“เสริมสร้างองค์ความรู้ขับเคลื่อนการศึกษาและบูรณาการข้ามศาสตร์เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”

3 ธันวาคม 2568 ทางออนไลน์โปรแกรม Zoom

เอกสารอ้างอิง

- Blázquez, C., Salazar, M., Carracedo, A., Lorente, M., Egia, A., González-Feria, L., Haro, A., Velasco, G., & Guzmán, M. (2011). *Cannabinoids inhibit glioma cell invasion by down-regulating matrix metalloproteinase-2 expression*. *Cancer Research*, 68(6), 1945–1952. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.CAN-07-1890>
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). *The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients*. *Journal of Palliative Care*, 7(2), 6–9.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., & Silberman, M. (1993). *The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: Development and validation of the general measure*. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570–579.
- Guzmán, M. (2006). *Cannabinoids: Potential anticancer agents*. *Nature Reviews Cancer*, 3(10), 745–755. <https://doi.org/10.1038/nrc1188>
- Likar, R., Koelblinger, B., Doering, J., Kaiser, A., & Rieder, J. (2021). *Cannabinoids in palliative care of glioblastoma: Case series and review*. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 171(5–6), 124–132.
- Marcu, J. P., Christian, R. T., Lau, D., Zielinski, A. J., Horowitz, M. P., & Lee, J. (2018). *Cannabidiol enhances the inhibitory effects of Δ^9 -tetrahydrocannabinol on human glioblastoma cell proliferation and survival*. *Molecular Cancer Therapeutics*, 9(1), 180–189.
- Twelves, C., Sabel, M., Checketts, D., Miller, S., Tayo, B., Jove, M., & Short, S. (2021). *A randomized, double-blind, placebo-controlled phase 2 trial of nabiximols in patients with recurrent glioblastoma*. *British Journal of Cancer*, 124(8), 1379–1387.
- Wen, P. Y., Weller, M., Lee, E. Q., Alexander, B. M., & Tonn, J. C. (2023). *Glioblastoma in adults: Current standard of care and future perspectives*. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 20(3), 175–194.