

## ผลเบื้องต้นของการฝังเข็มด้วยเข็มกดต่ออาการปวดเส้นประสาท หลังจากเป็นโรคอุสวัด : การศึกษาย้อนหลัง

พัชรา เรืองวงศ์โรจน์

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57000

ผู้รับผิดชอบบทความ: patrucrh@gmail.com

### บทคัดย่อ

อาการปวดเส้นประสาทภายหลังเป็นอุสวัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังจากฟื้นอุสวัดแห้งแล้ว ผู้ป่วยมักมีอาการปวดรุนแรง ต้องใช้ยาแก้ปวดหลายชนิดร่วมกัน รวมถึงการรักษาอื่น ๆ เช่นการฝังเข็ม เพื่อควบคุมอาการปวด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิผลของการฝังเข็มลดปวดจากภาวะนี้ด้วยเข็มกด ซึ่งเป็นเข็มฝังเข็มที่มีขนาดเล็กเพียง 0.22 x 1.3 มิลลิเมตร และมีข้อเด่นคือสามารถติดรักษาได้นานต่อเนื่องหลายวัน โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีอาการปวดเส้นประสาทภายหลังเป็นอุสวัด และได้รับการรักษาฝังเข็มด้วยเข็มกดที่คลินิกฝังเข็ม กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 190 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินอาการปวด โดยใช้แบบประเมิน pain visual analogue scale (VAS) ก่อนเข้ารับการรักษาทุกครั้ง ผลการศึกษพบว่า ก่อนการรักษา คะแนนปวดเฉลี่ยเท่ากับ  $7.2 \pm 2.1$  คะแนน หลังให้การรักษา คะแนนปวดเฉลี่ยลดเหลือ  $2.1 \pm 2.4$  คะแนน ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001$  จากการศึกษาไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการฝังเข็มกดที่รุนแรง พบเพียงอาการผื่นแพ้พลาสติกเข็มจำนวน 2 ราย ดังนั้น การฝังเข็มด้วยเข็มกด จึงมีแนวโน้มที่จะเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดปวดให้แก่ผู้ป่วยที่ปวดเส้นประสาทภายหลังเป็นอุสวัดได้

**คำสำคัญ:** การฝังเข็ม, เข็มกด, อาการปวดเส้นประสาทภายหลังเป็นอุสวัด

## Effect of Press Needle Acupuncture Treatment on Postherpetic Neuralgia: A Retrospective Study

Patchara Ruengwongroj

Department of Rehabilitation Medicine, Chiangrai Prachanukroh Hospital, Chiang Rai 57000, Thailand

Corresponding author: patrucrh@gmail.com

### Abstract

Postherpetic neuralgia is a common complication following herpes zoster infection. Most patients experience severe pain and need multiple pain control medications including other alternative treatments such as acupuncture. This study aimed to determine the effect of press needle acupuncture treatment on pain intensity. The data from medical records of 190 patients with postherpetic neuralgia who had received press needle acupuncture treatment in Chiangrai Prachanukroh Hospital were collected. Baseline pain visual analogue scale (VAS) was  $7.2 \pm 2.1$ . After ten sessions of press needle acupuncture treatments pain VAS significantly reduced to  $2.1 \pm 2.4$  ( $p < 0.001$ ). No serious complications from press needle acupuncture were found in this study, except for only two cases of plaster contact dermatitis. Thus, the use of press needle acupuncture may be an alternative treatment in postherpetic neuralgia.

**Key words:** acupuncture, press needle, postherpetic neuralgia

### บทนำและวัตถุประสงค์

อาการปวดเส้นประสาทภายหลังงูสวัด (postherpetic neuralgia : PHN) คือกลุ่มอาการปวดในผู้ป่วยงูสวัด (acute herpes zoster) ภายหลังจากที่ผื่นหายแล้ว PHN เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่ได้รับ systemic steroid โดยรวมแล้วภาวะนี้พบได้ ร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยงูสวัด ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งมีโอกาสเป็นมากขึ้น โดยในกลุ่มอายุ 50-54 ปีพบได้ร้อยละ 8 และในกลุ่มอายุ 80-84 ปีพบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 ผู้ป่วย PHN ร้อยละ 80.9 มีอาการดีขึ้นภายในปีแรก ผู้ป่วยร้อยละ 15.6 มีอาการปวดอยู่นาน 1-5 ปี และผู้ป่วยร้อยละ 3.3 มีอาการปวดนานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป<sup>[1-2]</sup>

ผู้ป่วยมักมีอาการปวดที่รุนแรง เช่นปวดแปลบเหมือนเข็มแทง (lancinating) หรือเหมือนไฟช็อต

บางรายรู้สึกแสบร้อนปวดร้าวไปตามแนวเส้นประสาทที่ถูกติดเชื้อ herpes (burning pain) อยู่เฉย ๆ ก็ปวด การสัมผัสเบา ๆ หรือถูกลมพัดบริเวณนี้ก็กระตุ้นให้เกิดอาการปวดขึ้นมาได้ (allodynia)<sup>[3]</sup> ปวดทั้งกลางวันและกลางคืน แต่อาการปวดกลางคืนมักรุนแรงกว่า ทำให้ผู้ป่วยต้องตื่นขึ้นในกลางดึก ภาวะ PHN จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ปัญหาที่พบร่วมได้บ่อยในผู้ป่วย PHN ที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ ภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ปัญหาการนอน<sup>[4-5]</sup>

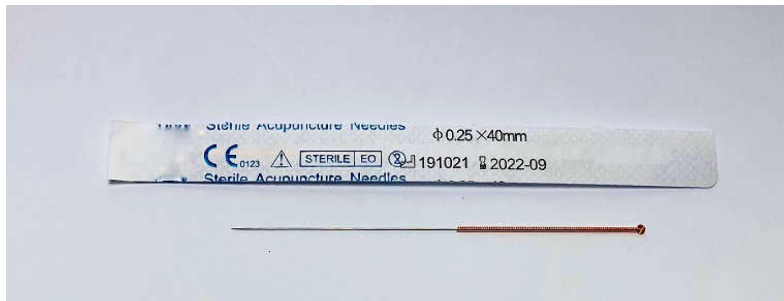
การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ไม่มีการรักษาหรือตัวยาชนิดใดชนิดหนึ่งที่เป็นการรักษาที่ดีที่สุดเพียงอย่างเดียวสำหรับภาวะ PHN<sup>[6]</sup> ผู้ป่วยมักต้องได้รับยาหลายขนานร่วมกัน เช่น tramadol, NSAIDS, amitriptyline, gabapentin, carbamazepine เป็นต้น<sup>[7]</sup> ทำให้พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้บ่อย เช่น อาการง่วงซึม อาการมึนงง อาการใจสั่น ปากแห้ง คอแห้ง<sup>[8]</sup> การ

รักษาอื่นที่นิยมใช้ในภาวะ PHN ได้แก่ การฝังเข็ม<sup>[9-10]</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยลดปวดได้ดีขึ้น โดยใช้ยาน้อยขนานและเกิดผลข้างเคียงจากยาน้อย

การฝังเข็ม เป็นการรักษาที่มีการใช้แพร่หลายในกลุ่มอาการปวดต่าง ๆ การฝังเข็มโดยทั่วไป ใช้เข็มไบสน (filiform needle) ในภาพที่ 1 ซึ่งเป็นเข็มตัน มีเส้นผ่านศูนย์กลาง 0.25 มิลลิเมตร ความยาว 25-40 มิลลิเมตร ลงเข็มลึกถึงชั้นใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อ ดังนั้น การฝังเข็มโดยใช้เข็มไบสนจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) ได้ นอกจากนี้การฝังเข็มด้วยเข็ม

ไบสนยังมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่กลัวเข็ม

เข็มกด (press needle, thumbtack type needle) ในภาพที่ 2 เป็นเข็มขนาดเล็ก จัดอยู่ในกลุ่มเข็มสอดผิวหนัง (intra dermal needle) ชนิดหนึ่ง ลักษณะตัวเข็มมีฐานขดเป็นวงกลม ปลายเข็มมีขนาด 0.22 x 1.3 มิลลิเมตร ยืนตั้งฉากออกมาตรงกลางวงกลม มองคล้ายกับตะปูตกระดาษ เดิมมีการนำเข็มกดมาใช้ในการฝังเข็มรักษาโรคเรื้อรัง ที่ต้องการคาเข็มเป็นระยะเวลานาน เช่น โรคที่มีความผิดปกติของระบบอวัยวะตัน-กลวง (Zang-fu organs) หรือในผู้ป่วยที่อาการมักกำเริบในเวลากลางคืน<sup>[11-12]</sup> ต่อ



ภาพที่ 1 เข็มไบสน



ภาพที่ 2 เข็มกด

มาได้มีการนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเช่น PHN เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการปวดรุนแรง ปวดตลอดเวลา และมักปวดมากในเวลากลางคืน นอกจากนี้เข็มกดยังสามารถใช้รักษาได้ดีในผู้ป่วยที่กลัวการฝังเข็มด้วยเข็มโบน

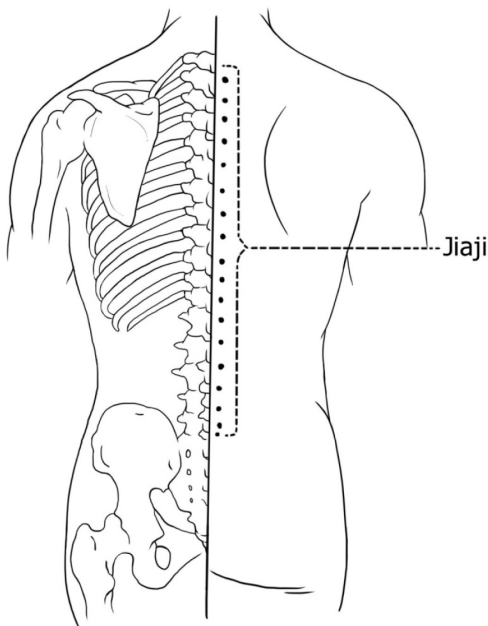
คลินิกฝังเข็ม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้นำเข็มกด (press needle) มารักษาฝังเข็มลดปวดให้กับผู้ป่วย PHN โดยมีหลักการเลือกจุดและวิธีดังนี้

1. ใช้จุด Huatuojiaji (Ex-B2) ในภาพที่ 3 ตามแนว dermatome ที่ปวด โดย

อาการปวดที่บริเวณใบหน้าและศีรษะใช้จุด Huatuojiaji (Ex-B2) ระดับ C2-C4

อาการปวดที่บริเวณหัวไหล่ แขน มือ ใช้จุด Huatuojiaji (Ex-B2) ระดับ C5-T2

อาการปวดที่บริเวณหน้าอก หลังช่วงบน ใช้จุด Huatuojiaji (Ex-B2) ระดับ T4-T11



ภาพที่ 3 จุด Huatuojiaji (Ex-B2)

อาการปวดที่บริเวณท้อง เอว และหลังช่วงล่าง ใช้จุด Huatuojiaji (Ex-B2) ระดับ T10-L2

อาการปวดที่บริเวณสะโพก ขา ใช้จุด Huatuojiaji (Ex-B2) ระดับ L1-L5

2. ใช้หลักการปักล้อมบริเวณปวด (เทคนิค “surrounding needling” หรืออีกชื่อหนึ่ง “surround the dragon”) ร่วมกับ โดยให้ผู้ป่วยชี้บริเวณที่มีอาการปวด หรืออาจใช้การตรวจโดยการเคาะเบาๆ แล้วสังเกตอาการปวดของผู้ป่วยร่วม เข็มกดแต่ละเข็มติดห่างกันประมาณ 2 เซนติเมตร

3. สอนให้ผู้ป่วยนวดกระตุ้นเข็มด้วยตนเอง โดยการนวดวนเป็นรูปก้นหอย 10 ครั้งต่อจุด วันละ 4 รอบ และนวดกระตุ้นเพิ่มได้เมื่อมีอาการปวด

4. แนะนำการดูแลเข็ม ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำทำความสะอาดผิวหนังได้ตามปกติ ถ้าเข็มจุดใดเริ่มเฉยหรือหลุดออกผู้ป่วยสามารถดึงออกเองได้

5. ทำการเปลี่ยนเข็มกดสัปดาห์ละครั้ง นัดผู้ป่วยมาทำการรักษาจำนวน 10 ครั้ง เป็นหนึ่งชุดการรักษา ผู้ป่วยรายใดที่อาการปวดดีขึ้นมาก สามารถหยุดทำการรักษาได้ก่อนครบสิบครั้ง ในบางรายอาการปวดดีขึ้นเมื่อรักษาครบสิบครั้ง แต่ก็ยังมีอาการปวดเหลืออยู่ ก็จะได้รับการรักษาในชุดที่สองต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิผลการรักษา PHN ด้วยเข็มกด

## ระเบียบวิธีศึกษา

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

### สถานที่ศึกษา

คลินิกฝังเข็ม กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

### ประชากรเป้าหมาย

ผู้ป่วย PHN ที่ได้รับการรักษาฝึงเข็มด้วย เข็มกด ตั้งแต่ มกราคม 2556 ถึง ธันวาคม 2560

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย

ผู้ป่วย PHN ที่ได้รับการรักษาด้วยเข็มกด (ตั้งขั้นตอนที่กล่าวในหัวข้อหลักการเลือกจุดและวิธี ทั้ง 5 ข้อ) และได้รับการประเมินคะแนนปวด (pain visual analogue scale: VAS) ก่อนรักษาฝึงเข็ม แต่ละครั้ง ในการรักษาชุดแรก (1-10 ครั้งขึ้นกับการลดปวด) ตั้งแต่ มกราคม 2556 ถึง ธันวาคม 2560

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา

ผู้ป่วยที่มาติดตามรับการรักษาน้อยกว่า 2 ครั้ง (เนื่องจากการวัดผลการลดปวดจะทำการเปรียบเทียบคะแนนปวดที่วัดก่อนการรักษาแต่ละครั้ง กับคะแนนปวดที่วัดในครั้งก่อนหน้า)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของ ผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ตำแหน่งที่ปวด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการปวด คะแนนปวด (pain visual analogue scale) ก่อนรักษาฝึงเข็ม คะแนนปวดหลังรักษาฝึงเข็มแต่ละครั้งในการรักษาชุดแรก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การพรรณนาข้อมูล สำหรับข้อมูลแจกแจง ใช้ความถี่และร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ใช้ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean  $\pm$  SD) ส่วนข้อมูล ต่อเนื่องที่มีการแจกแจงไม่ปกติ ใช้ค่ามัธยฐานและ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 (Median and Inter-quartile range) ทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปวดก่อนและหลังฝึงเข็มโดยใช้ Paired *t*-test

การศึกษานี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจาก

คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ EC CRH 032/61 In

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 190 ราย เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วนร้อยละ 62 ต่อ 38 ผู้ป่วย

### ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย

ลักษณะ	ผู้ป่วย 190 ราย จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
ชาย	72 (37.9)
หญิง	118 (62.1)
<b>อายุ (ปี)</b>	
อายุเฉลี่ย ( $\pm$ SD)	65.1 ( $\pm$ 10.4)
(น้อยที่สุด, มากที่สุด)	(39, 89)
< 60 ปี	56 (29.5)
$\geq$ 60 ปี	134 (70.5)
<b>โรคประจำตัว</b>	
ความดันโลหิตสูง	85 (44.7)
ไขมันในเลือดสูง	33 (17.4)
เบาหวาน	24 (12.6)
ถุงลมโป่งพอง	11 (6.6)
มะเร็ง	5 (2.6)
ติดเชื้อ HIV	3 (1.6)
<b>ตำแหน่งผื่นงูสวัดที่มีอาการปวด</b>	
ศีรษะและใบหน้า	35 (18.4)
คอและแขน	24 (12.6)
หน้าอกและหลังช่วงบน	95 (50.0)
เอว สะโพก ขา	36 (19.0)
<b>ระยะเวลาที่มีอาการ (วัน)</b>	
ระยะเวลาเฉลี่ย ( $\pm$ SD)	138.3 ( $\pm$ 417.6)
Percentile ( $P_{25}$ , $P_{50}$ , $P_{75}$ )	(14, 21, 90)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนปวดก่อนและหลังการรักษา

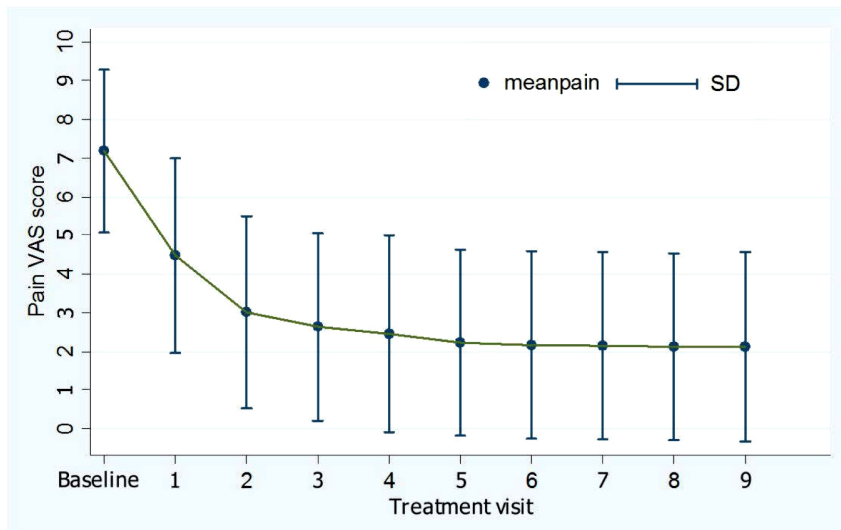
ผลลัพธ์	คะแนนปวดก่อนรักษา	คะแนนปวดหลังรักษา	คะแนนปวดที่ลดได้	p-value
	Mean ( $\pm$ SD)	Mean ( $\pm$ SD)	Mean ( $\pm$ SD)	
คะแนน	7.2 ( $\pm$ 2.1)	2.1 ( $\pm$ 2.4)	-5.1 ( $\pm$ 2.5)	< 0.001

ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย  $65.1 \pm 10.4$  ปี โรคประจำตัวที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.7 ไชมันในเลือดสูง ร้อยละ 17.4 เบาหวาน ร้อยละ 12.6 และถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 6.6 มีผู้ป่วยมะเร็ง 5 ราย และติดเชื้อ HIV 3 ราย ตำแหน่งผื่นงูสวัดที่ปวดพบมากที่สุดคือที่หน้าอกและหลังช่วงบน (ร้อยละ 50) รองลงมาคือที่ระดับเอว สะโพก ขา ร้อยละ 19 ที่ศีรษะ และใบหน้าพบร้อยละ 18.4 บริเวณคอและแขนพบร้อยละ 12.6 ระยะเวลาที่มีอาการปวดเฉลี่ยคือ  $138.3 \pm 417.6$  วัน โดยมีค่ามัธยฐานที่ 21 วัน (ตารางที่ 1)

คะแนนปวดเฉลี่ยก่อนการรักษาฝึ่งเข็มเท่ากับ  $7.2 \pm 2.1$  คะแนน หลังได้รับการรักษาฝึ่งเข็มลดคะแนนปวดเฉลี่ยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 คะแนนปวดหลังการรักษาฝึ่งเข็มรายครั้ง

Treatment	Pain VAS score	
	Mean	SD
0	7.2	2.1
1	4.5	2.5
2	3.0	2.5
3	2.7	2.4
4	2.5	2.6
5	2.2	2.4
6	2.2	2.4
7	2.2	2.4
8	2.1	2.4
9	2.1	2.4



ภาพที่ 4 กราฟแสดงคะแนนปวดหลังการรักษาฝึ่งเข็มรายครั้ง

เหลือ  $2.1 \pm 2.4$  คะแนน ( $p < 0.001$ ) คิดเป็นคะแนนปวดเฉลี่ยที่ลดได้  $5.1 \pm 2.5$  คะแนน หรือ ร้อยละ 72.1 (ตารางที่ 2)

เมื่อติดตามคะแนนปวดหลังการรักษาฝังเข็มแต่ละครั้ง พบว่าคะแนนปวดลดลงได้ดีตั้งแต่การรักษาในครั้งที่ 1-3 (ตารางที่ 3 และภาพที่ 4)

## อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การฝังเข็มด้วยเข็มกดสามารถลดอาการปวดในผู้ป่วย PHN ได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Feng และคณะ (พ.ศ. 2558)<sup>[13]</sup> ที่ใช้เข็มกดในการรักษาผู้ป่วย PHN จำนวน 50 ราย (เป็นที่ศีรษะและใบหน้า 8 ราย เป็นที่ลำตัว 42 ราย) ได้ผลหายปวด (complete response) 42 ราย และลดปวดได้บางส่วน (partial response) 8 ราย ซึ่งแม้วิธีการวัดผลจะแตกต่างกัน แต่ก็แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลลดปวดของเข็มกดในผู้ป่วย PHN สำหรับในการศึกษานี้เลือกใช้แบบประเมิน pain visual analogue scale เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การใช้เครื่องมือ pain visual analogue scale สามารถสื่อสารได้ง่าย โอกาสสื่อสารผิดพลาดน้อย เมื่อพิจารณาคะแนนปวดหลังการฝังเข็มแยกเป็นรายครั้ง พบว่าคะแนนปวดลดลงได้ดีในการรักษาห้าครั้งแรก แต่หลังจากนั้นคะแนนลดลงเพียงเล็กน้อย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อการฝังเข็มกดได้ดีตั้งแต่ในครั้งแรก ๆ ที่รักษา เมื่อการรักษาผ่านไปสี่ถึงห้าครั้ง บางรายหายปวดจนสามารถหยุดการฝังเข็มได้ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดคงเหลือมากอยู่จะได้รับ การรักษาต่อจนครบสิบครั้ง

การศึกษาเกี่ยวกับกลไกการลดปวดของการฝังเข็มพบว่า ผลลดปวดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ

neurotransmitter เช่น endorphin, serotonin และการออกฤทธิ์ยับยั้งความรู้สึกปวดโดยการกระตุ้นใยประสาท A-delta ทำให้เกิดการยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทของความปวดไปยังไขสันหลัง<sup>[14]</sup> แต่การศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาโดยใช้เข็มโบนสนและมีการกระตุ้นเข็มด้วยมือ หรือใช้เครื่องไฟฟ้ากระตุ้นเข็ม (electroacupuncture: EA) เป็นหลัก ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ลดปวดของเข็มกดโดยตรง ยังค่อนข้างมีจำกัด แต่ก็เริ่มมีการศึกษาพบว่า การฝังเข็มกดมีผลต่อการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติชนิดพาราซิมพาเทติก<sup>[15]</sup>

จากการศึกษานี้พบว่า ร้อยละห้าสิบของผู้ป่วยมีอาการปวดที่ระดับหน้าอก และหลังช่วงบน (thoracic dermatome) เนื่องจากการใช้เข็มโบนสนในบริเวณนี้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) ได้<sup>[16]</sup> การใช้เข็มกดจึงปลอดภัยกว่า ในทางตรงกันข้ามที่ระดับศีรษะ และใบหน้า (facial dermatome) อาจเหมาะกับการใช้เข็มโบนสนมากกว่า เนื่องจากการติดเข็มกดที่หนังศีรษะจะหลุดง่ายผู้ป่วยอาจไม่สะดวกที่จะติดเข็มกดไว้ที่บริเวณใบหน้า

จากการศึกษานี้พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการปวดมีความแตกต่างกันมากโดยสามารถแบ่งเป็นสามกลุ่มคือ กลุ่มที่ระยะเวลาปวดเป็นมาไม่เกิน 30 วัน มีร้อยละ 52.1 กลุ่มที่ระยะเวลาปวด 31-120 วัน มีร้อยละ 21.1 และกลุ่มที่ระยะเวลาปวดนาน 121 วันขึ้นไป มีร้อยละ 26.8

ภาวะแทรกซ้อนหลังการฝังเข็มด้วยเข็มกดจากการศึกษานี้ มีผู้ป่วยสองรายที่มีอาการผื่นคันจากพลาสติกติดเข็ม เมื่อหยุดใช้อาการผื่นคันดีขึ้น ไม่พบผู้ป่วยเป็นลมจากการเมาเข็ม ไม่พบการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน ไม่พบการเกิดจำเลือด หรือการติด

## ข้อผิดพลาด

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาย้อนหลังทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อผลลัพธ์ได้อย่างเต็มที่ เช่น ผู้ประเมินระดับความปวดก่อนและหลัง กับผู้ให้การบำบัดรักษา ควรเป็นคนละคนเพื่อลดอคติ ควรมีข้อมูลการติดตามระยะยาว เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวดกลับมาใหม่หรือไม่ ตลอดจนการประเมินคุณภาพชีวิตด้านอื่น เช่น อารมณ์ การนอน

การศึกษาในอนาคตต่อไปควรเป็นการศึกษาเปรียบเทียบการใช้เข็มกดกับวิธีฝังเข็มแบบอื่น ที่ถือเป็นวิธีมาตรฐาน เช่น การฝังเข็มด้วยเข็มใบสน การใช้เครื่องกระตุ้นเข็มด้วยไฟฟ้า (electroacupuncture: EA) หรืออาจใช้การศึกษาจากข้อมูลย้อนหลังแล้วใช้วิธีการทางสถิติ เช่น propensity score มาช่วยปรับความแตกต่างเริ่มต้นของผู้ป่วย รวมถึงการปรับลดอคติในการที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยเข็มชนิดใดชนิดหนึ่ง (confounding by indication, confounding by contraindication)<sup>[17-18]</sup>

## ข้อสรุป

การฝังเข็มด้วยเข็มกด ช่วยลดอาการปวดเส้นประสาทภายหลังเป็นงูสวัดได้ร้อยละ 72 โดยมีความปลอดภัยสูง ภาวะแทรกซ้อนเพียงเล็กน้อย จึงน่าจะมีโอกาสเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับบำบัดภาวะนี้ ควรมีการศึกษาเชิงทดลองต่อไปในอนาคต เพื่อลดอคติต่าง ๆ และปัจจัยกวนที่ควบคุมไม่ได้ในการศึกษาย้อนหลัง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศ.ดร.น.พ. ชัยนรินทร์ ปทุมานนท์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา และช่วยเหลือในการศึกษานี้

## References

1. Helgason S, Petursson G, Gudmundsson S, Sigurdsson JA. Prevalence of postherpetic neuralgia after a first episode of herpes zoster: prospective study with long term follow up. *BMJ*. 2000;321:794-6.
2. Jung BF, Johnson RW, Griffin DR, Dworkin RH. Risk factors for postherpetic neuralgia in patients with herpes zoster. *Neurology*. 2004;62:1545-51.
3. Johnson RW, Rice ASC. Postherpetic neuralgia. *N Engl J Med*. 2014;371:1526-33.
4. Volpi A, Gatti A, Pica F, Bellino S, Marsella LT, Sabato AF. Clinical and psychosocial correlates of post-herpetic neuralgia. *J Med Virol*. 2008;80:1646-52.
5. Drolet M, Brisson M, Schmader KE, Levin MJ, Johnson R, Oxman MN, Patrick D, Blanchette C, Mansi JA. The impact of herpes zoster and postherpetic neuralgia on health-related quality of life: a prospective study. *CMAJ*. 2010;182:1731-6.
6. Alper BS, Lewis PR. Treatment of postherpetic neuralgia: a systematic review of the literature. *J Fam Pract*. 2002;51(2):121-8.
7. Volmink J, Lancaster T, Gray S, Silagy C. Treatments for postherpetic neuralgia-a systematic review of randomized controlled trials. *Fam Pract*. 1996;13:84-91.
8. Tontodonati M, Ursini T, Polilli E, Vadini F, Masi FD, Volpone D, Parruti G. Post-herpetic neuralgia. *Int J Gen Med*. 2012;5:861-71.
9. Avijgan M, Hajzargarbashi ST, Kamran A, Avijgan M. Postherpetic neuralgia: practical experiences return to Traditional Chinese Medicine. *J Acupunct Meridian Stud*. 2017;10:157-64.
10. Hui F, Cheng A, Chiu M, Vayda E. Integrative approach to the treatment of postherpetic neuralgia: a case series. *Altern Med Rev*. 1999;4:429-35.
11. Buranathawornsom T, Piyaman S, Niroksamabat S, Jariangprasert J, Wanichanon S, Anothayanon S, editors. *Acupuncture and Moxibustion*. Nonthaburi: Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Ministry of Public Health; 2015. (in Thai).
12. Ding XY. Intradermal needle therapy and its application in treating gastric diseases. *J Acupunct Tuina Sci*. 2012;10:120-4.
13. Feng W, Liao T, Zhao Y. Needle-embedding therapy for fifty cases of post-herpetic neuralgia. *World J Acupunct - Moxibustion*. 2015;25:51-4.

14. Zhang R, Lao L, Ren K, Berman BM. Mechanisms of acupuncture-electroacupuncture on persistent pain. *Anesthesiology*. 2014;120:482-503.
15. Tsumaki M, Saita Y, Ikeda H, Kaneko K, Yukishita T, Lee K, Kim S, Yokota S, Suetake N, Kobayas H. Effect of enpishin (press tack acupuncture needles) on autonomic function, WBC count and oxidative stress. *Health*. 2011;3:437-43.
16. Ernst E, Lee MS, Choi TY. Acupuncture: does it alleviate pain and are there serious risks? A review of reviews. *Pain*. 2011;152(4):755-64.
17. Johnson SR, Tomlinson GA, Hawker GA, Granton JT, Feldman BM. Propensity score methods for bias reduction in observational studies of treatment effect. *Rheum Dis Clin N Am*. 2018;44:203-13.
18. Kyriacou DN, Lewis RJ. Confounding by indication in clinical research. *JAMA*. 2016;316(17):1818-9.