

บทความปริทัศน์

ความก้าวหน้าด้านงานวิจัยของการรักษาอาการปวดจากโรคกระดูกคอเสื่อมกับเส้นประสาทด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนา

อรภา คิลมัฐ, ศรัญญา สาธารณพร, จุฑารัตน์ ถิรศักดิ์ธนา, จารวกร สินธุสิงห์, นัทธา ธรรมพงศ์พันธ์, กุสุมาภรณ์ โสภาสาย, ธันยนันท์ สรรพธนวัฒน์, อัญญา โพธิสุทธิ, พรไพรินทร์ ศรีเมือง, ปภาวี สุวรรณวิจิตร, ชนิตดา ไกรรัตนสม

คณะการแพทย์แผนจีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ: โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเป็นโรคหนึ่งที่พบบ่อยในประเทศไทย สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สาเหตุเกิดจากการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้คน การพึ่งพาเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ มากขึ้น และออกกำลังกายลดน้อยลง สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ส่วนใหญ่การรักษาโรคนี้ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันในระยะเริ่มต้นมักเป็นการรักษาตามอาการโดยจะหลีกเลี่ยงการผ่าตัด ศาสตร์การแพทย์แผนจีนมักใช้การฝังเข็มและการนวดทุยหนารักษาและบรรเทาอาการต่างๆ จากโรคนี้เช่นกัน บทความนี้ได้รวบรวมข้อมูลจากคลังข้อมูลบนเว็บไซต์ และฐานข้อมูล CNKI ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี สรุปได้ว่าการรักษาด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนาสามารถรักษาอาการทางคลินิกต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและจะให้ผลการรักษาที่ดีมากยิ่งขึ้นหากใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน ถือเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ช่วยรักษาอาการปวดของผู้ป่วยและช่วยฟื้นฟูการทำงานของกระดูกคอได้ดีโดยไม่ผลข้างเคียงจากการใช้ยาและไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดระหว่างรับการรักษา

คำสำคัญ: โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท; ฝังเข็ม; ทุยหนา; ปวด; แพทย์แผนจีน

ผู้รับผิดชอบบทความ: อรภา คิลมัฐ: orapa.sin@live.hcu.ac.th

Received: 26 April 2023

Revised: 12 June 2023

Accepted: 20 June 2023

บทนำ

รูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของผู้คนในปัจจุบันมีหลากหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ขยับร่างกายน้อยลง สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้ผู้คนเกิดความเครียดได้ง่ายขึ้น อาหารการกินที่เน้นการบริโภคอาหารขยะหรืออาหารสำเร็จรูป การออกกำลังกายที่น้อยลง เป็นต้น โดยเฉพาะหนุ่มสาวยุคใหม่หรือผู้คนวัยทำงานที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับหน้าจอ โทรศัพท์เคลื่อนที่ หรือหน้าจอคอมพิวเตอร์วันละหลายๆ ชั่วโมง ต้องใช้ชีวิตอยู่บนรถที่การจราจรติดขัดเป็นเวลานาน รวมถึงต้องเผชิญกับภาวะความเครียดทั้งในที่ทำงานและจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยไม่สบายกาย ที่พบได้บ่อยคือ “โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท”

1. โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทในมุมมองของการแพทย์แผนปัจจุบัน

1.1 ความหมายของโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท (cervical spondylotic radiculopathy, CSR)

โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเป็นอาการเจ็บป่วยของกระดูกที่พบได้บ่อยมากในปัจจุบัน สาเหตุสำคัญคือ เมื่ออายุมากขึ้น หมอนรองกระดูกสันหลังค่อมมีการเสื่อมสภาพ ส่งผลให้ส่วนอื่นที่อยู่รอบข้างต้องรับแรงกระแทกมากขึ้น รวมทั้งการมีหินปูนมาเกาะกระดูกและเส้นเอ็น พังผืดมีการหนาตัวขึ้น เมื่อสิ่งต่างๆ เหล่านี้ไปกดทับเส้นประสาท ผู้ป่วยจะมีอาการปวดต้นคอ สะบัก ร้าวลงแขน มีอาการชา อาจมีอาการปวดบริเวณศีรษะ หัวไหล่ และหน้าอกร่วมด้วย^[1]

1.2 กายวิภาคศาสตร์และเส้นประสาทไขสันหลังของกระดูกสันหลังคอ

กระดูกสันหลังคอมี 7 ชั้น โดยลักษณะของกระดูกสันหลังคอในชั้นที่ 3-6 จะประกอบไปด้วยส่วนของตัวกระดูกสันหลัง (body) ช่องรูปสามเหลี่ยม (vertebral foramen) ซึ่งเป็นทางผ่านของหลอดเลือดแดง (vertebral artery) และมีส่วนของ spinous process ที่ยื่นออกมา มีลักษณะสั้นและเป็นสองแฉก (bifid) ด้านข้างทั้ง 2 ด้านของตัวกระดูกสันหลังมีช่องสำหรับเส้นประสาท (sulcus of the spinal nerve) ซึ่งในกระดูกชั้นที่ 1, 2 และ 7^[3] จะมีลักษณะพิเศษดังนี้ (ภาพที่ 1)

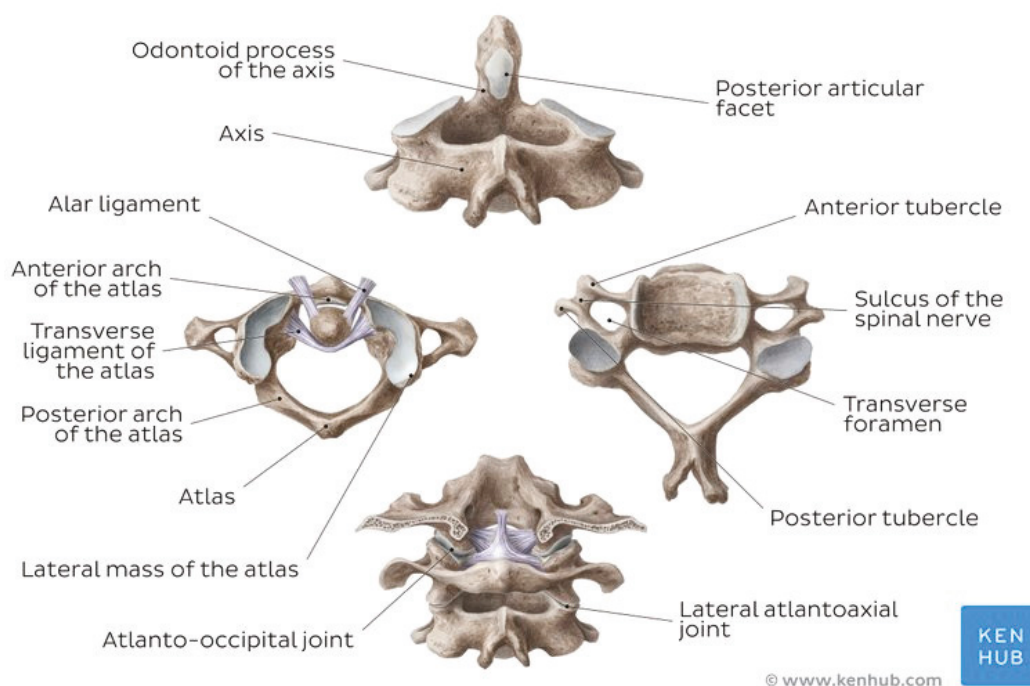
กระดูกสันหลังส่วนคอชั้นแรก (first cervical vertebra) หรือแอตลาส (atlas) เป็นกระดูกสันหลังที่ต่อกับกะโหลกศีรษะโดยตรง ไม่มีส่วนของ body ตรงกลางจะเป็นช่องเปิดใหญ่ที่ล้อมรอบด้วยแนวกระดูกโค้ง บริเวณผนังด้านข้างของช่องนี้เป็นจุดต่อกับปุ่มท้ายทอยของกะโหลกศีรษะ กระดูกสันหลังส่วนคอชั้นที่สอง (second cervical vertebra) หรือแอคซิส (axis) มีลักษณะที่สำคัญคือ dens ที่ยื่นขึ้นไปด้านบนนอกจากมีรอยปุ่มเล็กๆ เป็นจุดเกาะของเอ็น alar ligaments และป้องกันการหมุนที่มากเกินไประหว่างศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอ

กระดูกสันหลังส่วนคอชั้นที่ 7 จะมี spinous process ที่ยาวมากกว่าชั้นที่ 3-6 เป็นปุ่มนูนสามารถคลำได้ที่ด้านหลังของคอเรียกว่า vertebral prominence^[4]

1.3 สาเหตุของการเกิดโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทและอาการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกายที่เป็นไปตามวัย โดยมักพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป หรืออาจเกิดจากปัจจัยอื่น เช่น การได้รับบาดเจ็บที่คอ มีการเคลื่อนไหวคอที่ไม่เหมาะสม อยู่ในท่าทางที่ไม่ถูกต้องเป็นเวลานาน น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ไม่ออกกำลังกาย หรือคนในครอบครัวมีประวัติกระดูกต้นคอเสื่อม สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างต่างๆ ของกระดูกสันหลังคอ^[5]

โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทมักทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดตามเส้นประสาท เนื่องจากเส้นประสาทถูกกดทับจากกระดูกหรือแคลเซียม ทำให้คอ ไหล่ แขน ข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้างมีอาการปวดชา เป็นๆ หายๆ บ่อยครั้งอาการจะเป็นมากขึ้นเมื่อเงยหน้าหรือไอ มีอาการชาที่ปลายนิ้วมือ การเคลื่อนไหวของมือซึ่งเป็นกล้ามเนื้อมัดเล็กไม่คล่อง^[5]



ภาพที่ 1 กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสันหลังคอ ^[2]

ที่มา : <https://www.kenhub.com/en/library/anatomy/cervical-spine>

1.4 การตรวจวินิจฉัย การรักษา และการป้องกัน โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาททาง การแพทย์-แผนปัจจุบัน

โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท สามารถตรวจวินิจฉัยได้โดยการตรวจร่างกาย ด้วยวิธีการ Distraction test, Spurling test, Eaton's test และ Pressure head test พบว่าผลตรวจเป็น positive^[6] หรือส่งตรวจ X-ray, MRI, CT scan เพื่อใช้ในการยืนยันว่าเป็น โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท

ในผู้ป่วยระยะแรกที่มีเพียงอาการปวดที่ไม่มากนัก จะใช้การรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) คือ ใช้ยาบรรเทาอาการปวด พักการใช้งาน สวมใส่ cervical collar เพื่อปรับให้กระดูกสันหลังคอง อยู่ในองศาที่ถูกต้อง หรือใช้การประคบเย็นและร้อนเพื่อบรรเทาอาการปวด หากในผู้ป่วยที่มีอาการปวด ชา รุนแรง อาจพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด^[7]

เนื่องจากกระดูกสันหลังคองมีการเสื่อมตัวไปตามอายุ และการใช้งาน ดังนั้น เพื่อชะลอการเสื่อมตัวของกระดูกคอไม่ให้เสื่อมตัวเร็วเกินไปควรหลีกเลี่ยงการบิด การบิด หมุนคอ หรือสะบัดคอบ่อยๆ การนั่ง นอน ควรอยู่ในท่าทางที่ถูกต้อง คือเมื่อนั่งไม่ควรก้มหรือเงยคอมากเกินไป เมื่อนอนควรหนุนหมอนที่มีส่วนรองรับได้กระดูกสันหลังคอง และเพิ่มการบริหารกล้ามเนื้อคออย่างสม่ำเสมอ^[5]

2. โรคกระดูกคอเสื่อมกับเส้นประสาทในมุมมองของ การแพทย์แผนจีน

2.1 นิยามของโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท

โรคกระดูกสันหลังคองเสื่อมทับเส้นประสาท คือโรคที่มีอาการหลัก ได้แก่ ปวดคอ ปวดไหล่ เวียนหัว ปวดหัว แขนขา ถ้าโรครุนแรงขึ้นจะมีอาการตะคริวและแขนขาอย่างหนัก ปกติมักพบในผู้ใหญ่วัยทำงานและผู้สูงอายุ ในมุมมองทางแพทย์แผนจีนอาการปวดจัดเป็น “โรคปี้เจิ้ง” (痺症) ซึ่งเกิดจากปัจจัยก่อโรคภายนอกที่เป็นลม ความเย็น ความชื้น และความร้อนอุดกั้นเส้นลมปราณ ทำให้มีผลต่อการไหลเวียนของลมปราณและเลือด ทำให้แขนขาเอ็นกระดูกข้อต่อ กล้ามเนื้อเกิดการเจ็บปวดเมื่อยล้า หรือชา อาจทำให้ข้อต่อนั้นเคลื่อนไหวน้อยลง ส่งผลให้ข้อต่อนั้นเกิดการแข็ง บวม หรือผิดรูปไป ในคัมภีร์โบราณหวงตี้เนยจิงมีการกล่าวถึงปี้เจิ้งว่าเกิดจากปัจจัยก่อโรคภายนอก ได้แก่ ลม ความเย็น และความชื้น ทั้ง 3 ชนิด เข้ามากระทำ มีการแบ่งปี้เจิ้ง ออกเป็น 3 ประเภท คือ หากถูกลมมากระทำเด่นชัดจะเรียกว่า ลิงปี้ (行痺)

หากถูความเย็นมากระทำเด่นชัดจะเรียกว่า ฟ่งปี้ (痛痺) และหากถูความชื้นมากระทำเด่นชัดจะเรียกว่า จั่วปี้ (著痺) วิธีการแบ่งประเภทของปี้เจิ้งดังกล่าวยังมีการใช้ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันอีกด้วย^[8]

2.2 สาเหตุและกลไกการเกิดโรค

ปี้เจิ้งในทางแพทย์แผนจีนได้ถูกกล่าวถึงมาอย่างยาวนาน สามารถค้นพบได้ในคัมภีร์โบราณหลายเล่ม เช่น คัมภีร์หวงตี้เนยจิง ซึ่งกล่าวไว้ว่า สาเหตุของปี้เจิ้งเกิดจากการแทรกซึมของลม ความเย็น และความชื้น จึงทำให้เกิดอาการอุดกั้นในเส้นลมปราณทั้งซี่และเลือด กล่าวคือ ลม ความเย็น และความชื้น สามอย่างหลอมรวมกันเข้ามาอุดกั้นเส้นลมปราณจะทำให้เส้นเอ็นและเส้นลมปราณบริเวณคอตึง การไหลเวียนที่ไม่ไหลลื่นทำให้เจ็บปวดบริเวณคอได้นอกจากนี้ อาจเกิดจากการทำงานของอวัยวะตับและไตพร่องหรือทำงานไม่สัมพันธ์กันทำให้เส้นเอ็นบริเวณต่างๆ ขาดการหล่อเลี้ยงทำให้เกิดการพร่อง โดยเฉพาะเส้นเอ็นบริเวณช่วงคอ ทำให้เกิดอาการปวดคอได้^[8] นอกจากนี้ ในคัมภีร์จ่าปี้ ยังกล่าวไว้ว่า มีผู้คนจำนวนมากที่มีพฤติกรรมการนั่งที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอาการคอแข็ง หมุนคอไม่สะดวก ทั้งหมดนี้มาจากการที่ไตไม่สามารถหล่อเลี้ยงได้ ทำให้ตับไม่สามารถหล่อเลี้ยงเส้นเอ็นได้ส่งผลให้เส้นเอ็นติดขัด จากที่กล่าวมานั้น สามารถสรุปสาเหตุของการเกิดปี้เจิ้งได้ดังนี้ สาเหตุที่หนึ่งมาจากการได้รับลม ความเย็นและความชื้นที่เข้าไปกระทบซี่และเลือดจนเกิดการติดขัด และอีกสาเหตุมาจากการทำงานของตับและไตบกพร่องไป จนส่งผลให้เส้นเอ็นและกล้ามเนื้อขาดการหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดอาการปวดคอบ่าไหล่นั่นเอง^[10]

2.3 การวินิจฉัยแยกภาวะโรค

ทางการแพทย์แผนจีนสามารถจำแนกภาวะโรคได้เป็น 4 ภาวะ ดังนี้

2.3.1 อาการปวดที่เกิดจากลม ความเย็น และความชื้นจากภายนอก (风寒湿痺) เกิดจากการแทรกซึมของลม ความเย็น และความชื้น เนื่องจากมีการอยู่ในสถานที่ที่มีความชื้นเป็นเวลานาน หรืออยู่ในสถานที่ที่มีอากาศหนาวเย็นจัด ชอบนอนตากลม ทำให้ปัจจัยก่อโรคจากภายนอกที่เป็นลม ความเย็น และความชื้น เข้าไปอุดกั้นเส้นลมปราณ เกิดอาการปวด โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ภาวะโรค ตามความแรงของปัจจัยก่อโรคภายนอก ดังนี้

(1) ลิงปี้ (行痺) เป็นภาวะโรคที่มีการแสดงออก มีลักษณะเด่นจากปัจจัยก่อโรคชนิดเย็น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเมื่อยตามข้อหรือกล้ามเนื้อตามแขนขา ยึดเหนี่ยวติดขัด หากเป็นอาการหนักจะเกิดการปวดในหลายๆ ข้อตามแขนขาของร่างกาย อาการปวดจะไม่อยู่กับที่ อาการเริ่มต้นจะพบ

ชี้หนาว ตัวร้อนร่วมด้วย ฝ่าลิ้นบางสีขาว ชีพจรลอยหรือลอยช้า

(2) ท่งปี้ (痛痺) เป็นภาวะโรคที่มีการแสดงออกมีลักษณะเด่นจากปัจจัยก่อโรคชนิดเย็น ผู้ป่วยจะมีการปวดตามข้อแขนขา ระดับความปวดจะรุนแรงกว่า อาการปวดจะอยู่กับที่ เมื่อเจอความร้อนอาการปวดจะมากขึ้น เจอความร้อนอาการปวดจะน้อยลง การยืดเหยียดตามข้อติดขัด ผิวหนังบริเวณที่ปวดจะรู้สึกเย็นกว่าที่อื่น ลิ้นสีซีด ฝ่าบางสีขาว ชีพจรตึง

(3) จั้วปี้ (着痹) เป็นภาวะโรคที่มีการแสดงออกมีลักษณะเด่นจากปัจจัยก่อโรคชนิดชื้น ผู้ป่วยจะมีการรู้สึกปวดเมื่อยหนักและมีการบวมตามข้อหรือกล้ามเนื้อตามแขนขา การเคลื่อนไหวของข้อติดขัด รู้สึกชาตามผิวหนัง ลิ้นซีด ฝ่าเหนียวสีขาว ชีพจรลื่นเบาช้า

2.3.2 อาการปวดที่เกิดจากลม ความชื้น และความร้อน (风湿热痹) เกิดจากการถูกลม ความร้อน และความชื้น เข้ามากระทำ เช่น อยู่ในสถานที่ที่มีสภาพอากาศร้อนชื้นเป็นเวลานาน ทำให้ลม ความร้อน และความชื้น เข้ามากระทำต่อร่างกาย เกิดการอุดตันของชีและเลือดในเส้นลมปราณ ทำให้เกิดอาการปวดแบบเคลื่อนที่ไปตามข้อต่างๆ สามารถปวดที่จุดเดียวหรือหลายๆ จุดพร้อมกัน เคลื่อนไหวติดขัด บริเวณที่ปวดจะบวมแดงร้อน สัมผัสโดนไม่ได้ เจอความร้อนจะปวดน้อยลง อาจมีเหงื่อหรือรอยแดงใต้ผิวหนัง ร่วมกับตัวร้อน ชีหนาว เหงื่อออก คอแห้ง กระหายน้ำ กระสับกระส่าย เป็นต้น ลิ้นแดง ฝ่าเหลืองหรือเหลืองเหนียว ชีพจรลื่นเร็วหรือลอยเร็ว

2.3.3 อาการปวดแบบมีเสมหะอุดกั้นและเลือดคั่ง (痰浊血瘀) เมื่อเส้นลมปราณถูกกระทบโดยลม ความเย็น ความร้อน หรือความชื้น เป็นเวลานาน จะเกิดเป็นเสมหะและเลือดคั่ง ไปอุดตันเส้นลมปราณ เกิดเป็นอาการปวดเรื้อรังเป็นเวลานานตามกล้ามเนื้อและข้อ ปวดแบบเข็มทิ่มและการปวดจะอยู่กับที่ หรือผิวหนังตามข้อสีม่วงคล้ำ บวม ยิ่งกดยิ่งแข็ง แขนขาชาหรือหนัก อาจมีข้อต่อผิดรูป ยืดเหยียดติดขัด มีรอยม่วงใต้ผิวหนัง หน้าที่ดำ หนึ่งตาบวม แขนหน้าอก เสมหะเยอะ ลิ้นม่วงคล้ำหรือมีจุดคล้ำบนลิ้น ฝ่าขาวเหนียว ชีพจรตึงขัด

2.3.4 อาการปวดจากตับและไตพร่อง (肝肾亏虚) ผู้ป่วยที่มีอายุมากหรือเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ชีและเลือดจะถูกทำลาย กระทั่งตับและไต ทางแพทย์แผนจีนกล่าวว่า กระดูกจัดเป็นส่วนหนึ่งของไต เส้นเอ็นจัดเป็นส่วนหนึ่งของตับ เมื่อตับและไตอ่อนแอลง เนื้อเยื่อจึงขาดการหล่อเลี้ยง เกิดอาการปวดเรื้อรังนานวันรักษาไม่หาย ข้อต่อยืดเหยียดติดขัด กล้ามเนื้อลีบ ปวดเอวปวดเข่า อาจมีอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ ชีหนาว แขนขาเย็น เลือดสมรรถภาพ

ทางเพศ ผื่นเปื่อย หรือกระสับกระส่าย คอแห้ง ลิ้นแดงซีด ฝ่าบางขาวหรือแห้ง ชีพจรจืดเล็กไม่มีแรงหรือเล็กเร็ว^[5,11]

3.การรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมกับเส้นประสาท

3.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็มเพื่อลดความปวด

การฝังเข็มเป็นศาสตร์การรักษาโรคของจีนที่มีประวัติความเป็นมายาวนานกว่า 4,000 ปี^[12] การฝังเข็ม เป็นการใช้เข็มขนาดเล็กๆ แทงลงไปยังจุดฝังเข็มบนร่างกายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยการ ใช้เข็มปักตามตำแหน่งจุดเฉพาะต่างๆ ของร่างกาย มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับสมดุลร่างกาย ช่วยปรับให้อวัยวะและระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายกลับมาทำงานได้เป็นปกติ โดยเฉพาะการรักษาด้วยวิธีการฝังเข็มมีความโดดเด่นในการช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดได้^[13]

โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท มีอาการเด่นที่ปรากฏและส่งผลต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย คือ อาการปวด การฝังเข็มเพื่อปรับสมดุล เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและชีซึ่งช่วยบรรเทาอาการปวด ซึ่งจากงานวิจัยของอู่เหว่ย^[14] ได้ทำการทดลองจากผู้ป่วยกลุ่มละ 45 รายซึ่งเปรียบเทียบการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการดัดคอกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม โดยเลือกใช้จุดหลักมารักษา เช่น จุดเจียนจงซู (肩中俞, SI15) จุดเจียนจิ่ง (肩井, GB21) จุดโศวซานหลี่ (手三里, LI10) จุดเจียนไ่วซู (肩外俞, SI14) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B2) และจุดปิงเฟิง (秉风, SI12) ได้ผลว่าคะแนนความเจ็บปวด (vas) ของกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มมีอาการดีขึ้น 44 ราย (คิดเป็นร้อยละ 97.78) ดีกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการดัดคอเพียงอย่างเดียวซึ่งมีอาการดีขึ้น 24 ราย (คิดเป็นร้อยละ 53.33) และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการเคลื่อนไหว ความเจ็บปวด และการนอนหลับของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับจางกั๋วหมินและเสี่ยวหลู่^[15] จากกรณีตัวอย่างกลุ่มละ 43 ราย แต่เลือกใช้จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B2) จุดชวี่ฉือ (曲池, LI11) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดเจียนจงซู (肩中俞, SI15) จุดโศวซานหลี่ (手三里, LI10) จุดเจียนจิ่ง (肩井, GB21) หลังได้รับการรักษา ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มลดลงมากกว่าในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการดัดคอเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และในวิจัยของสงงจงเหา เทียนเฟิงเหว่ย และคณะ^[16] ทำการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มละ 40 ราย ได้เปรียบเทียบการ

รักษาด้วยการดัดคอและฉีดยาตั้งกึ่งเข้าที่รากประสาทที่กระดูกสันหลังคอกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม โดยเลือกใช้จุดเฟิงฉือ (风池, GB 20) จุดต้าจฺย (大椎, DU14) จุดไวกวาน (外关, TE5) จุดโหล่วซี้ (后溪, SI3) และจุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B2) ผลจากการทดลองพบว่าคะแนนความเจ็บปวด (vas) ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มและหายจากอาการปวดมีจำนวน 37 ราย (คิดเป็นร้อยละ 92.50) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการดัดคอและฉีดยาตั้งกึ่งเข้าที่รากประสาทที่กระดูกสันหลังคอกับผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจำนวน 9 ราย (คิดเป็นร้อยละ 72.50) และคะแนนคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าผลการรักษาในผู้ป่วยที่ใช้การฝังเข็มนั้นให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษาด้วยการดัดคอเพียงอย่างเดียว

ในงานวิจัยของหวางกู่ไฉ^[17] ที่รวบรวมกรณีตัวอย่างกลุ่มละ 300 ราย ทำการเปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วยการรับประทานยาพาราเซตามอลและวิตามินร่วมกับฉีดยาแก้ปวดเข้าเส้นเลือดดำกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม โดยเลือกใช้จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเจียนจงซู (肩中俞, SI15) จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B2) จุดเจียนไ่วซู (肩外俞, SI14) จุดโหล่วซานหลี่ (手三里, LI10) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดเจียนจิง (肩井, GB21) จุดต้าจฺย (大椎, DU14) จุดเทียนจู้ (天柱, BL10) พบว่าคะแนนความเจ็บปวด (vas) ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มได้ผลการรักษาที่มีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 290 ราย (คิดเป็นร้อยละ 96.67) มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการรับประทานยาแก้ปวดร่วมกับการฉีดยาแก้ปวดเข้าเส้นเลือดดำรักษาหายจำนวน 270 ราย (คิดเป็นร้อยละ 90.00) และทั้งสองกลุ่มมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับในงานวิจัยของหู่จื่อหมิง และหวางต้าเฉียน^[18] ใช้กรณีตัวอย่างกลุ่มละ 42 ราย ในการรักษาด้วยการฝังเข็มเลือกใช้จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดไวกวาน (外关, TE5) จุดไปหลาว (百劳, EX-HN15) จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B2) จุดเจียนจิง (肩井, GB21) จุดเจียนจิง (肩贞, SI9) และได้เพิ่มจุดที่ใช้รักษาซึ่งแตกต่างจากการวิจัยอื่น เช่น จุดจงจู่ (中渚, SJ3) จุดเหลี่ยเชวี่ (列缺, LU7) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดเหล่านี่เป็นจุดไกล และยังมีการใช้จุดร่วมตามอาการของผู้ป่วย นั่นคือ จุดเซินซู (肾俞, BL23) จุดซีไห่ (气海, RN6) ซึ่งจุดเหล่านี้มีสรรพคุณในการบำรุง ผลจากการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มมีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 39 ราย (คิดเป็นร้อยละ 92.90) มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการ

รับประทานยาซึ่งมีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 30 ราย (คิดเป็นร้อยละ 71.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

งานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้น พบว่าจุดที่นิยมนำมาใช้บรรเทาอาการปวดจากโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทมีจุดหลักๆ ในการรักษา ดังนี้ จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดไวกวาน (外关, TE5) จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B2) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดโหล่วซี้ (后溪, SI3) เป็นต้น และจากผลการรักษาจากคะแนนความเจ็บปวด (VAS) คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มที่มีผลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทำให้ทราบว่าการฝังเข็มนั้นมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดได้มากกว่าการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการดัดคอ การรับประทานยาแก้ปวดและวิตามินหรือการฉีดยาแก้ปวดเข้าเส้นเลือดดำ

3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาด้วยการนวดทุยหนา

การนวดทุยหนาเป็นศาสตร์การนวดของแพทย์แผนจีนที่มีมาอย่างยาวนาน อ้างอิงจากหลักทฤษฎีการรักษา^[19] โดยใช้วิธีกด คลึง ดัด บีบ หรือกลิ้ง นวดลงบนจุดต่างๆ ของร่างกายตามแนวเส้นลมปราณหรือจุดฝังเข็ม เพื่อรักษาอาการในบริเวณที่เจาะจง และทำให้เลือดไหลเวียนไปส่วนต่างๆ ของร่างกายดีขึ้น^[20] เพื่อช่วยคลายและบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ

โดยส่วนใหญ่โรคที่เหมาะสมกับการรักษาด้วยการนวดทุยหนามักจะเป็นโรคเกี่ยวกับอาการปวดตามร่างกาย เช่น โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท ที่จะมีอาการปวดบริเวณต้นคอ บ่า สะบัก และอาจปวดร้าวลงไปที่บริเวณแขนได้ ซึ่งมักทำการรักษาโดยใช้วิธีการนวดแบบการกด การคลึง และการกลิ้ง ในงานวิจัยของเฉินส่วง^[21] ได้ทำการรักษาในผู้ป่วยกระดูกต้นคอเสื่อมจำนวน 60 รายแบ่งเป็นสองกลุ่มเท่ากัน โดยใช้การนวดทุยหนาข้างต้น ร่วมกับการกดจุดตามจุดต้าจฺย (大椎, DU14) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดเทียนจู้ (天柱, BL10) และจุดชวี่ฉือ (曲池, LI11) เปรียบเทียบกับการใช้เครื่องดัดคอ ผลการรักษาพบว่าการนวดทุยหนามีคะแนนความเจ็บปวด (vas) ที่ลดลงมากกว่าการรักษาด้วยการดัดคอเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับงานวิจัยของหลี่เจี้ยน^[22] ได้ทำการรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นคอเสื่อมด้วยการดัดคอในผู้ป่วย จำนวน 41 ราย และในกลุ่มที่ใช้การดัดคอร่วมกับการรักษาด้วยการนวดทุยหนาจำนวน 41 ราย โดยวิธีการรักษาจะเพิ่มวิธีการนวดจากงานวิจัยก่อนหน้านี้คือ การบีบ แขน การบีบ และการดัดแขน รวมถึงกดจุดในบริเวณที่เจาะจงเพิ่มขึ้นตามจุดเฟิงฉือ จุดข้างกระดูกสันหลัง

(椎旁痛点) จุดต้นคอ (颈根点) จุดกังเซีย (岗下点) จุดเจียนจงซู (肩中俞, SI15) และจุดเจียนไวซู (肩外俞, SI14) ผลการรักษาในกลุ่มที่ทำการรักษาด้วยการดึงคอ ร่วมกับการนวดทุยหนาสามารถรักษาให้ผู้ป่วยทั้ง 41 ราย มีอาการดีขึ้น (คิดเป็นร้อยละ 100) ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่รักษา ด้วยการดึงคอเพียงอย่างเดียวที่อาการของผู้ป่วยดีขึ้น จำนวน 33 ราย (คิดเป็นร้อยละ 80.49)

เนื่องจากการนวดทุยหนาเป็นศาสตร์การรักษาที่มีมา อย่างยาวนาน จึงมีการพัฒนาวิธีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเห็นได้จากงานวิจัยของต่งหลินหลินและต่งปิง^[23] ทำการรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นคอเสื่อมกลุ่มละ 30 ราย โดย จะได้รับการรักษาด้วยการนวดทุยหนาแบบดั้งเดิม และ อีกกลุ่มได้รับการรักษาด้วยการนวดทุยหนา 6 วิธี คือ การ ดัน การคลึง การบีบ การดึงยืด (拔伸法) การดัด (扳法) และการกด โดยเลือกใช้จุดเฟิงฝู (风府, DU16) จุดเจียนจิง (肩井, GB21) จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเจียนไวซู (肩外俞, SI14) และจุดเหลี่ยเซวีย (列缺, LU7) เป็นต้น ซึ่งการรักษาด้วยการนวดทุยหนา 6 วิธี มีประสิทธิผลใน การรักษาจำนวน 28 ราย (คิดเป็นร้อยละ 93.33) มากกว่า กลุ่มที่ใช้การรักษาแบบดั้งเดิมที่มีประสิทธิผลการรักษา จำนวน 19 ราย (คิดเป็นร้อยละ 63.33) เนื่องจากการนวด ทุยหนา 6 วิธีช่วยปรับสมดุลอินและหยาง ทำให้เลือดและ ซีไหลเวียนได้ดี ข้อต่อไม่ติดขัด ในขณะที่เดียวกันก็สะดวก รวดเร็ว เจ็บน้อย และผลข้างเคียงน้อยกว่าการนวดทุยหนา แบบดั้งเดิมที่ใช้วิธีคลึงด้วยนิ้ว (一指禅推法) ซึ่งวิธีดึงยืด (拔伸法) วิธีบีบ (拿法) วิธีดัด (扳法) และวิธีกด (点按法) เหมาะสำหรับการประยุกต์ใช้ทางคลินิก

การจัดกระดูกเป็นหนึ่งในวิธีการในการรักษาด้วยการ นวดทุยหนา นอกเหนือ การบีบ การคลึง การกด เป็นต้น มาใช้ในการรักษา ซึ่งให้ประสิทธิผลการรักษาที่ดีกว่าการ นวดทุยหนาทั่วไป จากงานวิจัยของกู่จิงผิง^[24] ได้ทำการ รักษาในผู้ป่วยกระดูกต้นคอเสื่อมกลุ่มละ 90 ราย โดยใช้ การนวดทุยหนาแบบดั้งเดิม และอีกกลุ่มได้ทำการรักษา ด้วยเทคนิคการนวดทุยหนาแบบหลงซือ (龙氏手法) คือ ใช้วิธีการนวดเพื่อผ่อนคลาย (放松手法) การนวดจัด กระดูกด้วยวิธีหลงซือ (龙氏正骨手法) การนวดเสริม ความแข็งแรง (强壮手法) และนวดคลายปวด (痛区手法) ตามลำดับ จากการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดทุยหนา จัดกระดูกหลงซือมีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 85 ราย (คิดเป็นร้อยละ 95.6) มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการนวด ทุยหนาแบบดั้งเดิมที่มีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 68 ราย (คิดเป็นร้อยละ 75.6) และในงานวิจัยของชวน ไส่วซง^[25] ได้ทำการทดลองรักษาในผู้ป่วยกระดูกต้นคอเสื่อม

2 กลุ่ม กลุ่มละ 300 ราย โดยทำการรักษาด้วยวิธีการ ดึงคอเปรียบเทียบกับการจัดกระดูกแบบจี้จู่เวียเถียว (脊柱微调手法) โดยเริ่มด้วยการนวดเพื่อผ่อนคลาย การ นวดจัดกระดูกจี้จู่เวียเถียว (脊柱微调手法) และนวด กระตุ้นการไหลเวียนกล้ามเนื้อบริเวณคอและไหล่ (手法整理颈肩部肌肉) ตามลำดับ พบว่าในกลุ่มที่ใช้ วิธีการรักษาด้วยการนวดจัดกระดูกมีประสิทธิภาพในการ รักษา 290 ราย (คิดเป็นร้อยละ 96.67) มากกว่าในกลุ่ม ที่รักษาด้วยการดึงคอที่มีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 270 ราย (คิดเป็นร้อยละ 90.00) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.05$)

จากงานวิจัยพบว่าการนวดทุยหนานั้นมีหลากหลาย รูปแบบที่สามารถนำมาใช้ในการรักษาอาการปวดของ ผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการนวดทุยหนาแบบดั้งเดิมที่นิยมใช้ อย่างแพร่หลาย หรือการนวดทุยหนาแบบใหม่ที่ใช้เพียง 6 วิธี คือ การดัน การคลึง การบีบ การดึงยืด การดัดซึ่งเป็นการ รักษาที่สะดวกรวดเร็วได้ผลในการรักษาดีเช่นเดียวกันกับ การนวดทุยหนาแบบดั้งเดิม และยังมีผลการนวดทุยหนาคัด กระดูก ที่มีผลการรักษาที่ดีเช่นกัน แต่การจัดกระดูกนั้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น เนื่องจากการจัดกระดูกต้องพิจารณาจากหลายเหตุปัจจัย ทั้งอาการของโรค และข้อจำกัดของร่างกายผู้ป่วยเอง

3.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม ร่วมการนวดทุยหนา

การฝังเข็มและการนวดทุยหนาเป็นการรักษาที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก เนื่องจากสามารถช่วยเพิ่มการ ไหลเวียนเลือดและซี จึงทำให้อาการปวดในผู้ป่วย โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทสามารถบรรเทาลง ได้มาก ดังนั้น การนำเอาการฝังเข็มมาใช้ร่วมกับการนวด ทุยหนานั้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้ดียิ่งขึ้นได้

จากงานวิจัยของเหมียวจิง หลี่เหว่ย และคณะ^[26] ได้ ทำการทดลองรักษาผู้ป่วยกลุ่มละ 25 ราย โดยเปรียบเทียบ การรักษาระหว่างการรักษาด้วยการดึงคอร่วมกับการ ฝังเข็ม กับการรักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา โดยทั้งสองกลุ่มใช้จุดฝังเข็มเหมือนกัน คือ จุดโหล่วซี (后溪, SI3) จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดไป่ฮุย (百会, GV20) การนวดทุยหนาใช้วิธีกดและคลึงบนจุด เฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเจียนจิง (肩井, GB21) จุดต้าจู่ (大椎, DU14) ผลการรักษาของกลุ่มที่รักษาด้วย การฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนามีประสิทธิผลดีกว่าการ รักษาด้วยการดึงคอร่วมกับการฝังเข็ม โดยผลการรักษา ด้วยการดึงคอร่วมกับการฝังเข็มมีประสิทธิผลการรักษา จำนวน 20 ราย (คิดเป็นร้อยละ 80.00) ซึ่งน้อยกว่าใน

กลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา ที่มีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 24 ราย (คิดเป็นร้อยละ 96.00) แสดงให้เห็นว่าการนวดทุยหนาสามารถช่วยคลายกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและซีดีได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของชินกัวหมิง^[27] ทำการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มละ 45 ราย ได้ใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีการดัดคอร่วมกับการฝังเข็ม และใช้การฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา โดยมีจุดสำคัญที่เลือกใช้ ดังนี้ จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B 2) จุดตำจุย (大椎, DU14) จุดตำจู้ (大杼, BL11) จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดโหล่วซานหลี่ (手三里, LI10) จุดหยางเหล้า (养老, SL6) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดโหล่วซี (后溪, SI3) จุดเหอคุ (合谷, LI4) การนวดใช้วิธีคลึง บีบ และกดที่บริเวณคอ จากการทดลองพบว่า การรักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา มีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 41 ราย (คิดเป็นร้อยละ 91.1) มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการดัดคอร่วมกับการฝังเข็มที่มีประสิทธิผลในการรักษาจำนวน 33 ราย (คิดเป็นร้อยละ 73.4)

การฝังเข็มนอกจากสามารถเพิ่มการไหลเวียนเลือดและซีดีได้แล้วนั้น ยังมีการนำเอาการนวดทุยหนามาช่วยเสริมประสิทธิภาพในการรักษา เช่น ในงานวิจัยของซือจุนเฟิง และจางเจียนหัว^[28] ทำการรักษาผู้ป่วยจำนวน 80 ราย โดยแบ่งเป็นสองกลุ่มเท่ากัน ได้ใช้การรักษาด้วยการฝังเข็มแบบดั้งเดิม มาเปรียบเทียบกับกรฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา โดยเลือกใช้จุดเทียนจู้ (天柱, BL10) จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B 2) จุดอาซือ (阿是穴 Pain point) จุดโ่วกวาน (外关, TE5) และจุดเหอคุ (合谷, LI4) และได้ใช้การฝังเข็มตามจุดข้างต้นร่วมกับการนวดทุยหนา ด้วยวิธีกดและคลึงตามจุดโหล่วซานหลี่ (手三里, LI10) จุดชวีฉือ (曲池, LI11) จุดโ่วกวาน (外关, TE5) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดตำจุย (大椎, DU14) และจุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B2) และใช้วิธีสั่น วิธีบีบที่แขน และข้อนิ้วมือ ผลการรักษาแสดงให้เห็นว่าการฝังเข็มเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิผลในการรักษาจำนวน 30 ราย (คิดเป็นร้อยละ 75.00) ซึ่งน้อยกว่าการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาที่มีประสิทธิผลจากการรักษาจำนวน 39 ราย (คิดเป็นร้อยละ 97.5) และเช่นเดียวกันกับงานวิจัยของโจวเกียเซิง^[29] ได้ทำการทดลองในผู้ป่วยกลุ่มละ 24 ราย โดยทำการรักษาด้วยการฝังเข็มเพียงอย่างเดียว ใช้จุดหลักคือจุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเทียนจู้ (天柱, BL10) จุดตำจุย (大椎, DU14) จุดเจียนจิ่ง (肩井, GB21) และมีจุดร่วมคือจุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดปี้่นาว

(臂臑, LI14) จุดชวีฉือ (曲池, LI11) จุดเหอคุ (合谷, LI 4) และจุดโ่วกวาน (外关, TE5) อีกกลุ่มได้ใช้จุดฝังเข็มเช่นเดียวกัน และเพิ่มการนวดกดจุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเฟิงฝู (风府, DU16) จุดเจียนจิ่ง (肩井, GB21) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดชวีฉือ (曲池, LI11) จุดโหล่วซานหลี่ (手三里, LI10) และจุดเหอคุ (合谷, LI 4) เพื่อลดอาการปวด ผ่อนคลายเส้นเอ็น ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและช่วยให้เส้นลมปราณเดินสะดวกมากขึ้น ผลการรักษาพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มมีประสิทธิ ผลการรักษาจำนวน 19 ราย (คิดเป็นร้อยละ 79.17) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาที่มีประสิทธิผลการรักษาจำนวน 23 ราย (คิดเป็นร้อยละ 95.83)

ในงานวิจัยของซูซู หวงเซียะ และกัวอีซิง^[30] ทำการเปรียบเทียบการรักษาโดยใช้การไช่ยาแก้ปวด พาราเซตามอลร่วมกับการดัดคอและอีกกลุ่มใช้วิธีเดียวกัน แต่เพิ่มการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาเสริมเข้าไปด้วย จะทำการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มละ 47 ราย โดยจะทำการฝังเข็มที่จุดอาซือ จุดโ่วกวาน (外关, TE5) จุดโหล่วซี (后溪, SI3) จุดเจียนเจิน (肩贞, SI9) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดโหล่วซานหลี่ (手三里, LI10) จุดชวีฉือ (曲池, LI11) จุดเจียนยหวิ (肩髃, LI15) จุดไป่ฮุ่ย (百会, GV20) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดเทียนจู้ (天柱, BL10) จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดจิ้งเจี๋ยจี้ (颈夹脊, EX-B2) และทำการนวดทุยหนาด้วยวิธี ดัน ดึง กลิ้ง กด ไปตามกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ และกดที่จุดกดเจ็บ (阿是穴, ouch point) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดชวีฉือ (曲池, LI11) จุดโ่วกวาน (外关, TE5) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดเฟิงฝู (风府, DU16) และจุดเฟิงฉือ (风池, GB20) ใช้วิธีดัดยืด โดยวิธีทำการดัดคอร่วมกับการดึงและสั่นแขนทั้งสองข้างของผู้ป่วย ผลจากการวิจัยพบว่าการรักษาโดยไช่ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการดัดคอมีประสิทธิผลในการรักษาจำนวน 37 ราย (คิดเป็นร้อยละ 78.72) น้อยกว่าใช้การฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาที่มีประสิทธิผลในการรักษาจำนวน 45 ราย (คิดเป็นร้อยละ 95.74)

จากงานวิจัยข้างต้น การรักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา การฝังเข็มนั้นมีสรรพคุณในการลดระดับอาการปวด เมื่อใช้การรักษาร่วมกัน พบว่าผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น และมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) มากกว่าการได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว ไม่ว่าจะเป็นการฝังเข็ม การนวดทุยหนา การดัดคอ หรือรับประทาน

ยาแก้ปวด

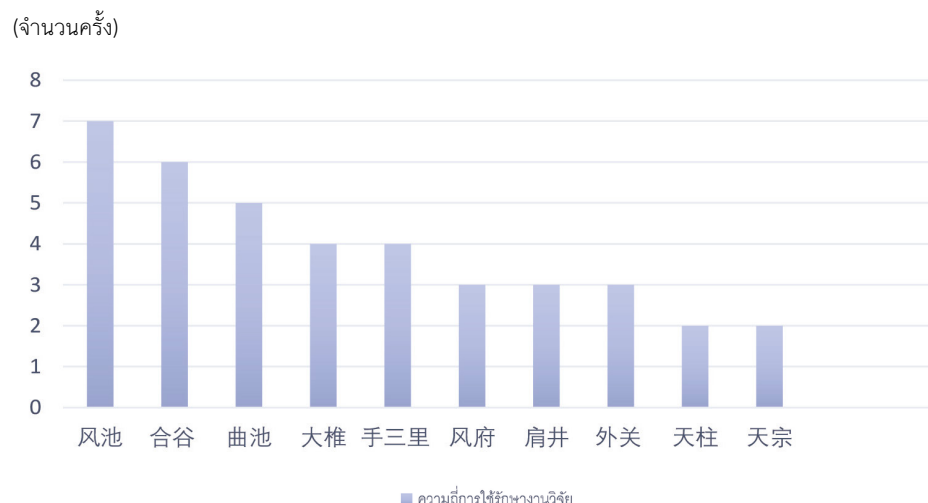
การเลือกจุดฝังเข็มเพื่อใช้ในการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทจากการรวบรวมงานวิจัย พบว่าจุดที่เป็นที่นิยมใช้ในงานวิจัยจะแสดงในแผนภูมิที่ 1 โดยมีจุดที่สูงที่สุด 5 อันดับ คือ จุดเฟิงฉือ (风池, GB 20) จุดจิ้งเจี๋ย (颈夹脊, EX-B 2) จุดเทียนจง (天宗, SI 11) จุดไ่ว่กวาน (外关, TE5) และจุดเหอคุ (合谷, LI 4) ซึ่งจุดเหล่านี้เป็นจุดใกล้ที่อยู่บนเส้นลมปราณถุงน้ำดี ชาวหยางเท้า เส้นลมปราณลำไส้เล็กไท่หยางมือ หรือเลือกใช้จุดไกลที่อยู่บนเส้นลมปราณซานเจียวชาวหยางมือและเส้นลมปราณลำไส้ใหญ่หยางหมิงมือที่มี

ทิศทางการวิ่งของเส้นลมปราณผ่านมายังบริเวณคอเป็นต้น (ภาพที่ 2)

การนวดทุยหนาเป็นอีกหนึ่งในวิธีการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนที่ได้รับความนิยม และได้ผลการรักษาที่ดีเช่นเดียวกับการฝังเข็ม เนื่องจากการเลือกใช้จุดในการนวดนั้น เป็นจุดฝังเข็มที่อยู่บนเส้นลมปราณที่มีทิศทางการวิ่งของชีฝ่านที่บริเวณคอ โดยจุดที่เป็นที่นิยมใช้ในการนวดทุยหนาที่พบในงานวิจัยจะแสดงในแผนภูมิที่ 2 โดยมีจุดที่มีความถี่ในการใช้สูงสุด 5 จุด คือ จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเหอคุ (合谷, LI4) จุดชวีฉือ (曲池, LI11) จุดต้าจู๋ (大椎, DU14) และโส่วซานหลี่ (手三里, LI10) (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 2 แสดงความถี่การใช้จุดฝังเข็มรักษาในงานวิจัย



ภาพที่ 3 แสดงความถี่การใช้จุดนวดทุยหนารักษาในงานวิจัย

จากการรวบรวมงานวิจัย ดังแผนภูมิแสดงความถี่ของจุดฝังเข็มและจุดนวดทุยหนาที่ใช้ในการรักษาพบว่าจุดฝังเข็มที่ถูกนำมาใช้นั้นเหมือนกัน เช่น จุดเฟิงฉือ (风池, GB20) จุดเหอกู่ (合谷, LI4) จุดเทียนจง (天宗, SI11) จุดไวกวาน (外关, TE5) และจุดต้าจู่ (大椎, DU14) เป็นต้น จะเห็นได้ว่าจุดเหล่านี้เป็นจุดบนเส้นลมปราณซาวหยางถุงน้ำดีเท้า (足少阳胆经) เส้นลมปราณไท่หยางลำไส้เล็กมือ (手太阳小肠经) เส้นลมปราณหยางหมิงลำไส้ใหญ่มือ (手阳明大肠经) เส้นมือเล้าหยางซานเจียว (手少阳三焦经) เส้นตูม่าย (督脉) เนื่องจากเส้นลมปราณเหล่านี้มีทิศทางวิ่งของชีฝ่านที่บริเวณคอ จึงสามารถเลือกจุดมาใช้ได้ทั้งจุดใกล้และจุดไกล ดังนั้น การรักษาด้วยการฝังเข็มร่วมการนวดทุยหนาโดยใช้จุดเหล่านี้จึงสามารถบรรเทาอาการปวดที่บริเวณคอของผู้ป่วยได้

สรุปผล

โรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทในมุมมองของแพทย์แผนจีนจัดว่าเป็นโรคปี้เจ็ง ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยก่อโรคนอกที่เป็นลม ความเย็น ความชื้น และความร้อนมาอุดกั้นเส้นลมปราณ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดและชีตติดขัด การติดขัดทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก หรือเกิดการผิดรูปของข้อต่อหรือเกิดจากการทำงานของอวัยวะระดับและไต่พร่องทำงานไม่สัมพันธ์กัน ทำให้เส้นเอ็นบริเวณต่างๆ รวมทั้งเส้นเอ็นบริเวณช่วงคอ ขาดการหล่อเลี้ยงส่งผลให้เกิดอาการปวดในทางแพทย์แผนปัจจุบันนั้นโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเกิดจากมีพยาธิสภาพจากการกดทับเส้นประสาทโดยมีสาเหตุจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังคอ หรือเกิดกระดูกงอก ทำให้เกิดอาการปวดที่คอ อาจมีอาการปวดร้าวไปที่สะบักและแขน สร้างความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากการรวบรวมงานวิจัย สรุปได้ว่า การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทในทางแพทย์แผนจีนนั้นสามารถใช้การฝังเข็ม การนวดทุยหนา การนวดทุยหนาจัดกระดูก มาใช้รักษาบรรเทาอาการปวดให้ผู้ป่วยได้ ทั้งยังสามารถนำการรักษาดังกล่าวมาใช้ร่วมกันได้ โดยจากงานวิจัยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการเหล่านี้ นั้นมีคะแนนความเจ็บปวด (VAS) ลดลงหรือคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น การรักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาจึงเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง ที่ใช้บรรเทาอาการของโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท และถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย

ในปัจจุบันพบว่าโรคกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทมีสถิติผู้ป่วยที่มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงและป้องกันการเกิดโรคในอนาคต ควรหมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ปรับท่าทางและอิริยาบถให้ถูกต้อง เช่น การนั่งหลังให้ตรง เมื่อต้องนั่งนานๆ เกิน 1 ชั่วโมงต้องลุกขึ้นมายืดเส้นยืดสาย ลดการอยู่ในท่าเดิมที่นานเกินไป หรือควบคุมน้ำหนัก ไม่สูบบุหรี่ และปรับระดับหมอนให้เหมาะสมกับคอ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคกระดูกสันหลังคอเสื่อม

References

1. Nakornping Hospital. Patients with spinal cord compression [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 20]. Available from: http://mis.nkp-hospital.go.th/institute/admInstitute/nFile/sID2018-03-17_102107. (in Thai)
2. Perry C. Cervical spine [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.kenhub.com/en/library/anatomy/cervical-spine>
3. Janchai K. Nursing guide for cervical spondylosis patients undergoing anterior cervical spine surgery [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 20]. Available from: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/225/sins_nursing_manual_2559_02.pdf. (in Thai)
4. Bunmaprasert T. Fractures & dislocations of the spine and acute spinal cord injury [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 16]. Available from: https://w1.med.cmu.ac.th/ortho/images/education/Dr.Torpong/PDF%20new_58/Fractures%20&%20Dislocations%20of%20the%20Spine.pdf. (in Thai)
5. Orthopedic Center, Thonburi Hospital. Neck pain [Internet]. [cited 2022 Mar 16]. Available from: https://www.thonburihospital.com/Neck_Pain_Causes_of_Cspine_s_Disease_.html. (in Thai)
6. Bintachitt P. Approach to neck pain [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 15]. Available from: https://meded.psu.ac.th/binla/class05/388_571_2/Approach_neck_pain/index2.html. (in Thai)

7. Chaiyamongkol W. Degenerative spinal disorder: cervical spine [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 15]. Available from: https://meded.psu.ac.th/binlaApp/class05/388_571_2/Degenerative_spinal2/index4.html. (in Thai)
8. Zhou ZY, editor. Internal traditional Chinese medicine. 2nd ed. Beijing: Beijing Songyuanying Printing; 2008. (in Chinese)
9. Wang HM, editor. Orthopedics and traumatology of traditional Chinese medicine. 2nd ed. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Publishing House; 2007. (in Chinese)
10. Zhan HS, He W, editors. Orthopedics and traumatology of traditional Chinese medicine. 2nd ed. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Publishing House; 2019. (in Chinese)
11. Zhou ZY, editor. Internal traditional Chinese medicine. 2nd ed. Beijing: Beijing Songyuanying Printing; 2008. (in Chinese)
12. Alternative Medical Unit, Ramathibodi Hospital. Acupuncture [Internet]. [cited 2022 Mar 12]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/altern_med/th/acupuncture_km. (in Thai)
13. Huachiew TCM Clinic. How does acupuncture and moxibustion treat diseases? [Internet]. 2023 [cited 2022 Mar 12]. Available from: <https://www.huachiewtcm.com/content/5859/ฝังเข็มรักษาโรคได้อย่างไร>. (in Thai)
14. Wu W. Effectiveness of acupuncture and moxibustion in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy. Guide of China Medicine. 2020;18(32):121-3. (in Chinese)
15. Zhang GM, Xie R. Clinical value of acupuncture and moxibustion in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy. Health for Everyone. 2020;(5):169. (in Chinese)
16. Xiong ZH, Tian FW, Liu YB, Lu Y. Clinical observation on the treatment of 80 cases of cervical spondylotic radiculopathy with acupuncture and moxibustion. Inner Mongolia Journal of Traditional Chinese Medicine. 2017;36(Z1):195. (in Chinese)
17. Wang GC. Safety analysis of acupuncture and moxibustion in treating cervical spondylotic radiculopathy. Guangming Journal of Chinese Medicine. 2020;35(21):3418-20. (in Chinese)
18. Hu ZM, Wang DQ. Clinical observation of acupuncture and moxibustion in the treatment of radicular pain of cervical spondylosis. Chinese Community Doctors. 2020;36(6):97-9. (in Chinese)
19. Huachiew TCM Clinic. Tuina [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 12]. Available from: <https://www.huachiewtcm.com/content/6276/การนวดทุยหนารักษาโรค-tuina-นวดแผนจีน>. (in Thai)
20. Medical Unit, Ramathibodi Hospital. Tuina [Internet]. [cited 2022 Mar 12]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/altern_med/th/tuina. (in Thai)
21. Chen S. Therapeutic effect of massage on cervical spondylotic radiculopathy. Continuing Medical Education. 2020;31(11):165-6. (in Chinese)
22. Li J. Efficacy of massage plus cervical traction on cervical spondylotic radiculopathy. Clinical Journal of Chinese Medicine. 2020;12(13):36-8. (in Chinese)
23. Dong LL, Dong B. Treatment of 30 cases of cervical spondylotic radiculopathy with six tuina massage methods. Traditional Chinese Medicinal Research. 2020;30(1):55-7. (in Chinese)
24. Gu ZP, Huang JH, Zhang HY. Clinical observation in the treatment of senile cervical spondylotic radiculopathy with LONG 's manipulation. Journal of Zhejiang Chinese Medical University. 2020;44(6):585-795. (in Chinese)
25. Xuan SS, Luo YB, He TF. Clinical study on the treatment of cervical spondylotic radiculopathy

- by spinal fine-tuning. Hebei Journal of Traditional Chinese Medicine. 2020;42(12): 1871-5. (in Chinese)
26. Miao J, Li W, Wang K, Guo L, Liu HY. Study on the clinical effect of massage combined with acupuncture and moxibustion on cervical spondylotic radiculopathy. Renowned Doctor. 2020;(2):108. (in Chinese)
27. Xin GM. Clinical effect of Chinese massage combined with acupuncture and moxibustion on cervical spondylotic radiculopathy. Modern Diagnosis & Treatment. 2013;24(11):2459. (in Chinese)
28. Shi JF, Zhang JH. Effect of acupuncture and moxibustion on cervical spondylotic radiculopathy. China Continuing Medical Education. 2020;12(3):133-5. (in Chinese)
29. Zhou GS. Clinical effects of massage plus acupuncture on cervical spondylotic radiculopathy. Clinical Journal of Chinese Medicine. 2020;12(28):41-4. (in Chinese)
30. Su S. Efficacy of acupuncture plus massage on pain and functional recovery of cervical spondylotic radiculopathy. Clinical Journal of Chinese Medicine. 2019;11(1):24-6. (in Chinese)

Review Article

Research advance in treating cervical spondylosis with acupuncture and tuina massage

Orapa Sinlamuth, Sarunya Satharanaporn, Jutharat Thirasakthana, Jarawee Korn Sintuhsing, Nutch Thammamongpan, Kusumaporn Sopasai, Thunyanun Suppatanawat, Aunchana Potisut, Pornpirin Srimuang, Paphavee Suwanvichit, Chantatda Krirattanasom

Faculty of Chinese Medicine, Huachiew Chalermprakiet University, Thailand

Abstract: Cervical spondylotic radiculopathy is a common clinical condition in Thailand. The number of patients is continuously increasing due to the changing lifestyle which is becoming more dependent on electronic devices and less exercise, affecting the patient's quality of life. The general management in the early stages involves symptomatic treatment and avoiding surgical intervention. Traditional Chinese medicine usually applies acupuncture and Tuina massage treatment to alleviate the symptoms. This research collected data from the China National Knowledge Infrastructure website (CNKI) for a period not exceeding 10 years. The research results show that acupuncture treatment and tuina massage can effectively treat the clinical symptoms.

Keywords: cervical spondylotic radiculopathy; acupuncture; tuina massage; impediment syndrome; traditional Chinese medicine

Corresponding author: Orapa Sinlamuth: orapa.sin@live.hcu.ac.th



文献综述

针灸联合推拿治疗神经根型颈椎病研究进展

邱惠敏, 单兰雅, 刘玉簪, 邢萝莉, 马宝玉, 刘晓嫣, 安东柏, 郑珍, 林玉心, 白薇, 宋莉颖

泰国华侨崇圣大学

摘要: 神经根型颈椎病是泰国最常见的疾病之一, 可能发生在任何人身上, 而且呈上升趋势。其原因是人们生活方式的变化, 对各种电子仪器的依赖性越来越强, 运动量越来越少。这些都严重影响了患者的生活质量。目前西医治疗本病早期往往是避免手术、以缓解症状为基础治疗。中医通常也可以采用针灸和推拿治疗为缓解本病的各种症状。本文收集了不超过10年的网站档案和 CNKI 数据库中的信息。总之, 针灸治疗和推拿可以治疗各种临床症状, 并且如果同时使用这两种方法, 效果会更好。它被认为是另一种有助于治疗患者疼痛和恢复颈部骨骼功能的替代品, 没有药物的副作用, 在治疗过程中也不会引起疼痛。

关键词: 神经根型颈椎病; 针灸; 推拿; 痹症; 中医

通讯作者: 邱惠敏: orapa.sin@live.hcu.ac.th