

ISSN: 2822-0145 (Print)
ISSN: 2822-0153 (Online)

วารสารการแพทย์แผนจีน

ในประเทศไทย

Thailand Journal of
Traditional Chinese Medicine



ภาพจาก : มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเจิ้งตู

扁鹊

泰国中医药杂志



ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565

Vol. 1 No. 2 July-December 2022

第1卷第2期 2022年7月至12月出版



เปี่ยนเซวี่ (ก่อน ค.ศ. 407-310)

Bian Que (407-310 BC)

扁鹊 (公元前 407-前 310 年)

扁
鹊



เปี่ยนเซวี่ (ก่อน ค.ศ. 407-310) วันเดือนปีเกิดและการเสียชีวิตไม่ทราบแน่ชัด เดิม

แซ่จิ ชื่อเยว่เหริน ต่อมาเปลี่ยนแซ่เป็นฉิน ชื่อห้วน ท่านเป็นแพทย์ที่มีชื่อในยุคชุนชิวจ้านกั๋ว อาศัยอยู่ที่บริเวณทะเลบัวไห่ (ซึ่งในปัจจุบันคือบริเวณเมืองเร็นชิว ซึ่งปกครองโดยเมืองซางโจว ในมณฑลเหอเป่ย์)

เนื่องจากทักษะทางการแพทย์ที่ยอดเยี่ยมของท่าน ซึ่งได้สมญานามเป็นหมอเทวดา และผู้คนในสมัยนั้นจึงตั้งชื่อให้ท่านว่า "เปี่ยนเซวี่" ซึ่งเป็นแพทย์อัจฉริยะแห่งยุคสมัย จักรพรรดิเหลียว เมื่อยังเด็ก ท่านเรียนแพทย์กับท่านอาจารย์ฉางซางจวิน ได้รับถ่ายทอดเทคนิคทางการแพทย์และตำรายาต้องห้าม ท่านอาจารย์ฉางซางจวินบอกว่า "ดื่มน้ำจากสระด้านบน (หมายถึงน้ำค้างที่ยังไม่ตกถึงพื้น) ให้ดื่ม 30 วันแล้วจะเห็นผล" เปี่ยนเซวี่จึงดื่มยาเป็นเวลา 30 วัน หลังจากนั้นท่านก็ได้เป็นแพทย์ที่สามารถมองเห็นร่างกายคนได้อย่างทะลุปรุโปร่ง ทราบว่าโรคและการต่างๆ สัมพันธ์กับอวัยวะทั้ง 5 (ตับ หัวใจ ม้าม ปอด ไต)

หลังจากนั้นท่านก็ได้ออกเดินทางใช้ความรู้วิชาชีพแพทย์ของท่านรักษาผู้คนที่ป่วยไข้ ตั้งแต่แคว้นรัฐฉี (齐) จ้าว (赵) เว่ย (卫) เจิ้ง (郑) และแคว้นรัฐฉิน (秦) โดยท่านได้ให้การตรวจวินิจฉัยทางชีพจรหรือแม่และรักษาโรคบรรเทาทุกข์ทรมานให้แก่ประชาชน ท่านเชี่ยวชาญในทุกๆ แขนงวิชา ที่นครรัฐจ้าว ท่านมีชื่อเสียงในโรคทางนรีเวช นครรัฐโจว ท่านมีชื่อเสียงในโรคหูดตาอักเสบ นครรัฐฉิน ท่านมีชื่อเสียงในโรคกุมารเวช นับได้ว่าท่านเปี่ยนเซวี่คือผู้ที่วางรากฐานสำหรับวิธีการตรวจวินิจฉัย การจับชีพจรหรือการแม่ในทางการแพทย์แผนจีน และเป็นต้นฉบับและแบบอย่างสำหรับการแพทย์แผนจีน นอกจากนี้ท่านยังเป็นผู้เขียนตำราหนังสือ "น่านจิง" ที่มีชื่อเสียงอีกด้วย

Bian Que (407-310 BC), date of birth and death unknown, originally surnamed Ji, named Yueren, later changed to Qin, named Huan. A famous physician in the Chunqiu Zhanguo era. He lived in the Bohai Sea area, which is currently around the area of Renqiu town in Changzhou city, Hebei Province.

Because of his excellent medical skills, he was given the name of a divinity doctor. Therefore, people at that time named him "Bian Que", a genius physician of the Yellow Emperor era. When he was young, he studied medicine with Master Chang Shang Jun and received the transfer of medical techniques and prohibited drug prescription. Master Chang Shang Jun handed the medicine to Bian Que and said: "Drink the water from the above pool (means dew that has not yet reached the ground); drink it for 30 days and you'll see the results." Bian Que then drank the medicine for 30 days after that. He became a physician who was able to see through the human body and known that diseases and symptoms were related to the five organs (liver, heart, spleen, lungs, kidneys), Bian Que set out to use his medical knowledge to heal sick people. From the states of Qi (齐), Zhao (赵), Wei (卫), Zheng (郑) and Qin (秦), where he provided the people with a diagnosis of the pulse and treatment of suffering.

Bian Que was an expert in every field. In the state of Zhao, he was famous for gynecological diseases. In the state of Zhou, he was famous for ear-nose-throat diseases. In the state of Qin, he was famous for pediatric diseases. It could be said that Bian Que was the one who laid the foundation for the method of TCM diagnosis, the pulse diagnosis; and was the original and role model for traditional Chinese medicine. In addition, Bian Que wrote the famous traditional Chinese medicine classic "Nan Jing" book.

扁鹊 (公元前 407-前 310 年), 生卒年不详, 姬姓秦氏, 名越人, 一名缓, 春秋战国时期名医, 秋战国时期渤海郡郑 (今河北沧州市任丘市) 人。

由于他的医术高超, 被认为是神医, 所以当时的人们借用了上古神话的黄帝时神医“扁鹊”的名号来称呼他。少时学医于长桑君, 尽传其医术禁方, 乃出其怀中药予扁鹊:「饮是以上池之水, 三十日当知物矣」, 扁鹊以其言饮药三十日, 视见垣一方人。以此视病, 尽见五脏症结。

从那时起, 扁鹊悬壶行医, 足迹遍及当时的齐、赵、卫、郑、秦诸国, 为百姓诊脉治病, 解除痛苦。擅长各科。在赵为妇科, 在周为五官科, 在秦为儿科, 名闻天下。扁鹊奠定了中医学的切脉诊断方法, 开启了中医学的先河。相传有名的中医典籍《难经》为扁鹊所著。

สารบัญ

	Page
unusssณาริการ Editorial Note 编写说明	
วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (Wiwat Rojanapithayakorn, 育瓦 • 洛扎纳提亚官)	149
บทความพิเศษ Special Article 特殊文章	
● ความร่วมมือและสร้างสรรค์นวัตกรรม: เส้นทางของการพัฒนาสู่ความทันสมัยของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว Cooperation and innovation: the road of development and modernization of Huachiew TCM Clinic 合作创新：华侨中医院现代化发展之路	อรุณ เอี่ยมสุรีย์ และคณะ 151 Arun Eamsureya, et al. 蚁凡，等
● แนวคิดจากประสบการณ์รักษาผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ระยะแพร่กระจายหลังผ่าตัดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนของแพทย์จีนอาวุโสในประเทศไทย Concepts from the experience of treating thyroid cancer patients with re-metastasis after operation with traditional Chinese medicine of a senior Chinese physician in Thailand 泰国老中医治疗甲状腺癌手术后转移的治验思路	จรัส ตั้งอร่ามวงศ์, 163 ธีรวัฒน์ ตั้งอร่ามวงศ์ Jarus Tangaramvong, Teerawat Tangaramvong 陈亮，陈裕炯
● พัฒนาการของศาสตร์การฝังเข็มในประเทศไทย The development of acupuncture science in Thailand 针灸在泰国的发展	สมชาย จิรพิณิจวงศ์, 174 ภาสกิจ วัฒนาวินบูล Somchai Jirapinitwong, Bhasakit Wannawibool 谢强明，陈景彬
นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article 原创论文	
● การศึกษาทางคลินิกในการใช้วิธีแผ่นยาแปะบนจุดเส้นลมปราณรักษาอาการไอหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีกลุ่มอาการชี่พร่องร่วมกับมีเสมหะความชื้น Clinical observation on acupoint application as an adjuvant therapy for treating cough after lung cancer surgery due to Qi deficiency and phlegm dampness 穴位敷贴辅助治疗肺癌术后气虚痰湿型咳嗽的临床观察	เจียง จิ่งเจี๋ย และคณะ 190 Jiang Jingjie, et al. 姜靖洁，等

นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article 原创论文

- | | | |
|--|--|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● การเลือกจุดฝังเข็มในการรักษาภาวะปวดประจำเดือนปฐมภูมิ
Points selection for acupuncture-moxibustion treatment of primary dysmenorrhea
针灸治疗原发性痛经取穴规律的探析 | <p>รติกร อุดมไพบุลย์วงศ์
Ratikon Udompriboonwong
温珍慧</p> | <p>197</p> |
|--|--|------------|

unปริทัศน์ Review Article 文献综述

- | | | |
|---|---|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ผลต่อการปกป้องสมองของสารไฮดรอกซีแซฟฟลอไรด์เอ
Cerebral-protective effects of hydroxysafflor yellow A
羟基红花黄色素 A 的脑保护作用 | <p>เหวิน ซินหย่า, อ้าว หุ้ย
Wen Xinya, Ao Hui
温馨雅, 敖慧</p> | <p>211</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ● ความแตกต่างระหว่างเจ้อเป่ย์หมู่และหู่เป่ย์เป่ย์หมู่
Identification of Fritillaria thunbergii and Fritillaria hupehensis
浙贝母与湖北贝母的鉴别 | <p>หลัว เซี่ยว และคณะ
Luo Xiao, et al.
罗霄, 等</p> | <p>226</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ● ความก้าวหน้าด้านการวิจัยของแพทย์แผนจีนและแพทย์-
แผนปัจจุบันในการรักษาภาวะตาแห้ง
Research progress of traditional Chinese medicine and western medicine in dry eye
干眼的中西医研究进展 | <p>อู่ เสี่ยวหยู และคณะ
Wu Xiaoyu, et al.
吴晓宇, 等</p> | <p>234</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ● สำรวจแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างโรคของม้าม ภาวะหลอดเลือด-
เลือดติดขัดกับการเกิดพยาธิสภาพของท่อน้ำเหลืองโรค
หลอดเลือดแดงแข็ง
Relationship between spleen disease, unsmoothness of vessels and lymphatic vessel dysfunction in the pathogenesis of atherosclerosis
浅探“脾病，脉道不利”与淋巴管功能障碍在动脉粥样硬化发病中的关系 | <p>ตู้ หมิน และคณะ
Du Min, et al.
杜敏, 等</p> | <p>243</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ● ความคืบหน้าการวิจัยเกี่ยวกับกลไกการชะลอวัยของสาร
Polyphenol ในใบชา
Research progress on anti-aging mechanism of tea polyphenols
茶多酚抗衰老机制研究进展 | <p>จางซุน เจิ้งหยวน และคณะ
Zhangsun Zhengyuan, et al.
张孙正远, 等</p> | <p>250</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ● มุมมองและแนวทางในการประยุกต์ใช้หัตถการม้ายี่จิว
ในชั้นคลินิก
Clinical practice and progress of wheat-grain size cone moxibustion
麦粒灸的临床应用与进展 | <p>ศิริตรา วสะพงศ์ และคณะ
Siritra Vasapong, et al.
王秀美, 等</p> | <p>258</p> |

		Page
บทปริทัศน์ Review Article 文献综述		
● การรักษาอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันจากกีฬา ยกน้ำหนักด้วยการนวดทุยหนา	กัญธิมา วุฒิ และคณะ	269
Treatment of acute lumbar sprain from weightlifting with traditional Chinese medicine massage	Kanthima Wutthi, et al.	
中医推拿治疗举重急性腰扭伤	甘迪玛, 等	
● การศึกษาวิธีการรักษาโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน	บดินทร์ ก่อกวิน	275
A review on treating lumbar spondylosis by traditional Chinese medicine	Bordin Korkawin	
中医治疗腰椎间盘突出症的研究进展	关金顺	
บทความปกิณกะ Miscellaneous 杂项		
● ความแตกต่างระหว่างอินเพี้ยนในตลาดประเทศไทยกับ สาธารณรัฐประชาชนจีน	ลู๋ เหมยกุ้ย	282
The differences of Yin-Pian in the Thai and Chinese markets	Lu Meigui	
中药饮片在中泰两国市场中的差异	陆梅瑰	
● อันดับโรคที่ผู้ป่วยนิยมใช้การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์-แผนจีนจากฐานข้อมูล ICD-10-TM ของคลินิกการประกอบ-โรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว	เนมิราช พาหะมาก	287
The ranking of the diseases which patients prefer traditional Chinese medicine treatment at Huachiew TCM Clinic, according to ICD-10-TM database	Naymirach Pahamak	
泰国华侨中医院 ICD-10-TM 数据库中患者偏爱中医治疗的疾病排名	王英哲	
● ดอกสายน้ำผึ้ง องค์ประกอบหนึ่งในตำรับยาจีนต้าน COVID-19	วรารัตน์ กุลธีรพงศ์ธร	292
Honeysuckle flower: one of the ingredients in Chinese medicine formula against COVID-19	Wararat Kulteeraphongthorn	
金银花: 治疗新冠肺炎中药的成分	林楚芝	



วารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย

วารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย เป็นวารสารวิชาการของคลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนจีน-หัวเฉียว โดยความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเจิ้งตู และโรงพยาบาลหลงหัวสังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีน-เซี่ยงไฮ้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยด้านการแพทย์แผนจีน และสมุนไพร เป็นเวทีสื่อกลางแลกเปลี่ยน และพัฒนาทางวิชาการและนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนจีน และสมุนไพร โดยรับตีพิมพ์บทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ บทปริทัศน์ บทความพิเศษ รายงานผู้ป่วย เวทีทรรศนะ ปกิณกะ วารสารสโมสร ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนจีน การรักษาด้วยการฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพร การนวดทุยหนา หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนจีน ทั้งทางด้านบริการ บริหาร การศึกษา การพัฒนาคุณภาพ นวัตกรรม และเทคโนโลยีทางการแพทย์แผนจีน รวมทั้งบูรณาการระหว่างการแพทย์แผนจีนกับการแพทย์สาขาอื่นๆ

วารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย มีกำหนดออกเผยแพร่ 2 รูปแบบ คือ วารสารสิ่งพิมพ์ [ISSN: 2822-0145 (Print)] และวารสารอิเล็กทรอนิกส์ [ISSN: 2822-0153 (Online)] ที่เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM> โดยกำหนดเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-มิถุนายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อประเมินและให้ความคิดเห็นทางวิชาการโดยอิสระและเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงผลงานให้มีคุณภาพถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในลักษณะ “การทบทวนแบบปกปิดสองทาง (double-blinded review)” กล่าวคือ ทั้งผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิก็ไม่ทราบชื่อของผู้นิพนธ์บทความที่ประเมิน ภายหลังที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีการทบทวน และให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการตามแบบฟอร์มต่อกองบรรณาธิการแล้ว กองบรรณาธิการจะประสานงานให้ผู้นิพนธ์พิจารณาปรับปรุงแก้ไขผลงานตามข้อเสนอแนะ เมื่อผู้นิพนธ์ปรับปรุงแก้ไขผลงานแล้ว กองบรรณาธิการจะจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นอีกครั้งหนึ่ง และบรรณาธิการจะพิจารณาการรับหรือไม่รับการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานในขั้นสุดท้าย โดยจะมีการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขเท่าที่จำเป็นและสมควรก่อน

วารสารรับตีพิมพ์บทความ 3 ภาษา ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และภาษาจีน โดยบทความย่อจะมีทั้ง 3 ภาษา ผู้ที่สนใจสามารถจัดเตรียมต้นฉบับบทความตามแนวทางที่ได้เผยแพร่ไว้ในเว็บไซต์ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM/guidelines>) และศึกษาคำแนะนำผู้นิพนธ์ที่สามารถศึกษาข้อมูลด้านจริยธรรมของวารสารได้ที่เว็บไซต์ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM/ethics>) โดยสามารถส่งบทความได้โดยตรงที่กองบรรณาธิการวารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทยผ่านเว็บไซต์ หรือทางอีเมลของวารสาร

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

เลขที่ 14 ซอยนาคนเกษม แขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย

กรุงเทพฯ 10100 โทร 02-223-1111 ต่อ 826, 827

เว็บไซต์: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM>

อีเมล: hctcm.journal@gmail.com

พิมพ์ที่ บริษัท ธารณการพิมพ์ จำกัด

เลขที่ 457/6-7 ถนนพระสุเมรุ แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200



คำแนะนำผู้นิพนธ์



นโยบายและ
จรรยาบรรณ

ข้อมูล ความคิดเห็นและบทสรุปต่างๆ ในบทความทุกฉบับที่ตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย ถือเป็นความคิดเห็นของผู้นิพนธ์ มิใช่ความคิดเห็นหรือความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการวารสารฯ และมีได้แสดงว่าทางกองบรรณาธิการหรือคลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวจะเห็นพ้องด้วย



Thailand Journal of Traditional Chinese Medicine

The Thailand Journal of Traditional Chinese Medicine is published by Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic in collaboration between Chengdu University of Traditional Chinese Medicine and Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine. The Journal's objectives are (1) to disseminate technical and research articles on Traditional Chinese Medicine and (2) to serve as a central forum for the exchange and development of technical and innovative aspects of Traditional Chinese Medicine.

Articles published in this journal are in the form of original article, review article, special article, case report, viewpoints and perspectives, miscellaneous, and journal club with content related to traditional Chinese medicine, acupuncture treatment, herbal medicine, Tui Na massage, or other fields related to Chinese medicine. Its scope also covers, administration, education, quality development, innovation, Chinese medical technology, as well as collaboration between traditional Chinese medicine with other medical disciplines.

The Journal is published in both printed version [ISSN: 2822-0145 (Print Version)] and electronic version [ISSN: 2822-0153 (Online)] at <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTTCM>. Two issues are published annually:

Issue No.1: January-June

Issue No.2: July-December

As for the peer-review process of "original articles" and "review articles", the acceptance and preliminary review process for each article is undertaken by the editorial board; then it will be forwarded to at least two experts or reviewers for independent peer review and comments for quality improvements, using a double-blind review process whereby the authors are unable to identify the reviewers' name, and the reviewers do not know the names of the authors. After receiving the reviewers' technical comments in the established format, the editorial board will coordinate with the author to improve the article in accordance with the technical comments of the reviewers. After the revision, the revised version will be forwarded to the reviewers again for additional comments. The editorial board will have a final say as to whether or not the article will be accepted for publication.

The Journal publishes articles in three languages, including Thai, English and Chinese. The abstracts are available in all three languages. Those who are interested to publish can prepare the original article according to the guidelines provided on the website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTTCM/guidelines>. The Journal's ethical information is also available on the website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTTCM/ethics>. Articles can be submitted directly to the editors of the Chinese Medicine Journal in Thailand via the website or via email of the journal.

Hua Chiew Traditional Chinese Medicine (TCM) Clinic

14 Soi Nak Kasem, Klongmahanak, Pomprab Sattru Pai

Bangkok 10100 Tel. 02-223-1111 (826, 827)

Website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTTCM>

Email: hctcm.journal@gmail.com



Instructions to
Authors



Policy and Ethics

The opinions and conclusions in the original and review articles published in the Journal are regarded as those of the author, not the opinions or responsibilities of Huachiew TCM Clinic and the Journal's editorial board.



《泰国中医药杂志》

《泰国中医药杂志》是泰国华侨中医院，联合成都中医药大学、以及上海中医药大学附属龙华医院的学术期刊，目的是传播中医药的学术研究成果，作为中医药学术发展与创新和交流的媒介。主要是发表关于在针灸治疗、中药、骨伤推拿以及其他于中医药相关领域的学术知识。同时还包括中医管理、医疗服务和质量发展、医疗技术创新、中药技术以及中医和其他医学学科结合方面的原创论文，文献综述，特殊文章，案例报告，评论和杂项等学术型文章。

《泰国中医药杂志》每年出版两期，杂志分有两种类型：印刷期刊 [ISSN: 2822-0145 (Print)] 和电子期刊 [ISSN: 2822-0153 (Online)]，网址为：<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM>。发行的时间分别是 1 月至 6 月发行第 1 期，7 月至 12 月发行第 2 期。

本期刊发表的文章至少经过两位专家的独立评估和学术意见审查，以“双向审查”的形式（双盲评审查），以确保文章质量和准确性。即作者是不知评估文章的专家名字，并且审查人员也不知道文章的作者姓名。专家审阅后以表格形式向编辑提供修改建议，编辑部将通知作者根据建议进行修改，编辑组将再次发送修改后的文章给专家征求意见。编委将考虑在文章出版之前是否再进行修改和决定文章是否适合发表。

本刊以泰文、英文、中文三种语言来发表文章，摘要有三种语言，有兴趣者可根据网站上公布的资料投稿，网址为 <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM/guidelines>。如需阅读作者观点介绍和其他资料可点击 <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM/ethics> 文章可以通过网站和通过期刊的电子邮件直接提交给泰国中医药杂志的编辑部。

泰国华侨中医院杂志发行办公室

地址: 14 Soi Nak Kasem, Khlong Maha Nak, Pom Prap Sattru Pai, Bangkok 10100
联系电话: 02-223-1111 转 826、827 网址: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM>
电子邮件: hctcm.journal@gmail.com



投稿指南



政策和道德

《泰国中医药杂志》上发表的每篇文章中的信息、观点和结论仅代表作者的观点，并不代表编委和华侨中医院的观点。

คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายอร่าม เอี่ยมสุรีย์
ภญ.เย็นจิตร เตชะดำรงสิน
นาย ณ กาฬ เลหาวิไลย
ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ
รศ.ดร.อุไรพรรณ เจนวาณิชยานนท์
Professor Dr.Xiao Zhen

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
นักวิชาการด้านการสื่อสารองค์กร
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยห้วเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, China

คณะบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

นายอรรฎ เอี่ยมสุรีย์

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว

บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
Professor Dr.Peng Cheng
Professor Dr.Chen YueLai

เครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน-เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหิดล
Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, China

บรรณาธิการรอง

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์
พจ.สมชาย จิรพินิจวงศ์
Professor Dr.Deng Yun
Professor Dr.Huang Jie

สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์
คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว
Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, China

น.ส.เหมยกุล ฤ์

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนห้วเฉียว

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ภญ.นพมาศ สุนทรเจริญนนท์
ผศ.ดร.ภญ.วริศรา ปาริชาติกานนท์
รศ.ดร.ภก.อุทัย โสธนะพันธ์
นางสุภาวดี นวลมณี
นายปวินท์ สุวรรณกุล
พจ.ธรรมธัช เขียวพรมหคุณ
ดร.พจ.เสาวลักษณ์ มีศิลป์
พจ.วีรชัย สุทธิธารวัช
พญ.วิรัชพัชร เสี่ยงประเสริฐ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
กรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน
มหาวิทยาลัยห้วเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยห้วเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยห้วเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยห้วเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กองบรรณาธิการ

ภญ.สินีพร ดอนนาปี

พจ.จรัญ จันทะเพชร

ดร.พจ.ชวน ไพบูลย์เวช

พจ.เซ็งจุ่น แซ่ลี

พจ.ตันสกุล สังข์ทอง

พจ.ปภัสรา เจียรวัฒนชัย

พจ.พิมพ์ขวัญ มุจลินทโมลี

ดร.พจ.พีระพงศ์ เลิศนิมิตพันธ์

พจ.สิตา สร้อยอัมพรกุล

พจ.ศิริขวัญ ก้าวสัมพันธ์

พจ.อรกช มหาดีกรรัตน์

ภก.พจ.ฤทธิ์เจตน์ รินทร์แก้วกาญจน์

Luo Xiao

Professor Dr.Ao Hui

Professor Dr.Li Yunxia

Professor Dr.Liao Wan

Professor Dr.Yan Jie

Professor Dr.Zhan Gu

Professor Dr.Lu Zhenhui

Professor Dr.Chen Xiaoxu

Professor Dr.Dai Weiwei

Professor Dr.Gu Yebin

Professor Dr.Ma Chao

Professor Dr.Yang Ming

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

Chengdu Institute for Drug Control, China

Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China

Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China

Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China

Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China

Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China

Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, China

Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, China

Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, China

Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, China

Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, China

Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of
Traditional Chinese Medicine, China

คณะผู้จัดทำ

น.ส.นันทมนต์ ฤกษ์บุรี

น.ส.วัชรภรณ์ กวางแก้ว

พจ.วรารัตน์ กุลธีรพงศ์ธร

น.ส.อิสศญา น้อมศิริ

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว



Advisory Board

Aram Eamsureya	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Arkorn Praditsuwat	The Department of Health Service Support, Thailand
Uraipan Janvanichyanont	Huachiew Chalermprakiet University, Thailand
Nakan Laohavilai	The Scholar of Corporate organizational communication, Thailand
Yenchit Techadamrongsin	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Xiao Zhen	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Editorial Board

Excutive Editor

Arun Eamsureya	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
----------------	--

Editor

Wiwat Rojanapithayakorn	ASEAN University Network–Health Promotion Network Mahidol University, Thailand
Peng Cheng	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Chen YueLai	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Associate Editors

Vichai Chokeyivat	Institute for the Development of Human Research Protections, Thailand
Somchai Jirapinitwong	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Deng Yun	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Huang Jie	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Lu Meigui	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand

Editorial Team

Noppamas Soonthornchareonnon	Department of Pharmacognosy, Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Thailand
Warisara Parichatikanond	Department of Pharmacognosy, Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Thailand
Uthai Sotanaphun	Department of Pharmacognosy, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University, Thailand
Supavadee Nuanmanee	The professional committee of Chinese medicine, Thailand
Pavin Suwanagul	Huachiew Chalermprakiet University, Thailand
Saowalack Meesin	Huachiew Chalermprakiet University, Thailand
Thamatat Chiaopromkun	Huachiew Chalermprakiet University, Thailand
Veerachai Soottitantawat	Huachiew Chalermprakiet University, Thailand

Editorial Team

Sineeporn Donnapee	Department of Thai Traditional And Alternative Medicine, Thailand
Virunpat Siangprasert	Department of Thai Traditional And Alternative Medicine, Thailand
Charun Chanthaphet	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Lee Tseng Chun	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Lin PeiChuan	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Orakoch Mahadilokrat	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Paphasara Chiarawatchai	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Peeraphong Lertnimitphun	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Pimpitch Muchalintamolee	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Ritjet Rinkaewkan	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Sirikwan Kaosamphan	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Sita Soiampornkul	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Tonsakul Sungthong	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Luo Xiao	Chengdu Institute for Drug Control, China
Ao Hui	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Li Yunxia	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Liao Wan	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Yan Jie	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Zhan Gu	Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China
Lu Zhenhui	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Chen Xiaoxu	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Dai Weiwei	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Gu Yebin	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Ma Chao	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China
Yang Ming	Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Management Team

Issaya Nomsiri	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Nutsamon Rerkburi	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Wararat Kulteeraphongthorn	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand
Watcharaphon Kwangkaeo	Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand



顾问委员会

蚁锦桐

乌莱盼·简哇妮查雅奴

阿空·巴拉迪素万

纳甘·劳哈育莱

周少华

肖臻

泰国华侨中医院

泰国华侨崇圣大学

泰国卫生部医疗辅助健康司

泰国传媒家

泰国华侨中医院

上海中医药大学附属龙华医院

编辑委员会

责任编辑

蚁凡

主编

育瓦·洛扎纳提亚官

彭成

陈跃来

泰国华侨中医院

东盟大学联盟-泰国辅助健康联盟

泰国玛希隆大学

中国成都中医药大学

中国上海中医药大学附属龙华医院

副主编

育猜·措育瓦

谢强明

邓赞

黄杰

陆梅瑰

编委

王丽鸛

瓦丽莎·巴丽查干

肖旭泰

素帕瓦迪·诺玛妮

巴文·素万顾

萨静姝

萧仁信

钟伟才

泰国人体研究保护研究所

泰国华侨中医院

中国成都中医药大学

中国上海中医药大学附属龙华医院

泰国华侨中医院

泰国玛希隆大学

泰国玛希隆大学

泰国艺术大学

泰国执业中医师委员

泰国华侨崇圣大学

泰国华侨崇圣大学

泰国华侨崇圣大学

泰国华侨崇圣大学

编委

诗丽蓬·措纳毕

育拉蓬·诗帕绅

蔡佩玲

陈江成

贾靖雯

李成俊

林培川

林影雯

林志安

贾靖雯

宋先念

许谭丽

湛蓝

张慧珊

罗霄

敖慧

李芸霞

廖婉

闫婕

詹固

鹿振辉

陈晓旭

戴薇薇

顾晔斌

马超

杨铭

泰国泰医和替代医学司

泰国泰医和替代医学司

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

中国成都市药品检验研究院

中国成都中医药大学

中国成都中医药大学

中国成都中医药大学

中国成都中医药大学

中国成都中医药大学

中国上海中医药大学附属龙华医院

中国上海中医药大学附属龙华医院

中国上海中医药大学附属龙华医院

中国上海中医药大学附属龙华医院

中国上海中医药大学附属龙华医院

中国上海中医药大学附属龙华医院

管理团队

陈灵悦

林楚芝

吕慧仙

伊萨亚·诺姆喜丽

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

泰国华侨中医院

บทบรรณาธิการ

เปิดเวทีการแพทย์แผนจีน

ทุกวันนี้ คนทั้งโลกมีความตื่นตัวกับเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอย่างมาก การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นสถานการณ์ที่ทำให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพ และเห็นถึงความน่ากลัวของการแพร่ระบาดที่มีต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน เพราะโรคโควิด-19 ได้ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงในทุกภาคส่วนของสังคม โดยในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา ชาวโลกกว่า 650 ล้านคนต้องเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ และเสียชีวิตกว่า 6 ล้าน 6 แสนคน ส่วนคนที่ไม่ติดเชื้อ-ไม่ป่วย ก็ล้วนต้องรับความเดือดร้อนไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง โรคโควิด-19 ได้สร้างหายนะให้กับชาวโลกอย่างมากมาย ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ธุรกิจต่างๆ ต้องหยุดชะงักหรือล่มจม กิจกรรมทางสังคมก็ถูกจำกัดลง กล่าวได้ว่า ผลกระทบจากโรคโควิด 19 เป็นสถานการณ์โรคติดต่อที่มีความรุนแรงที่สุดในรอบ 100 ปี

ในการต่อสู้กับโรคโควิด-19 มีการระดมรูปแบบที่หลากหลาย ผลสมปนเปกันไป ตั้งแต่การติดตั้งเครื่องตรวจวัดอุณหภูมิตามสถานที่ต่างๆ การแจกจ่ายน้ำยาล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัยยัดแน่นหน้า การแยกตัวบุคคลให้อยู่ห่างกันทางสังคม การห้ามเดินทางข้ามจังหวัด การห้ามออกจากเคหสถานในยามวิกาล (เคอร์ฟิว) ในบางช่วงของการระบาด การปิดสถานศึกษา การปิดศูนย์การค้า การปิดสถานบันเทิง การจำกัดการขายและการห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจำกัดการเดินทาง การปิดสายการบิน การปิดสนามบิน การปิดสถานที่ท่องเที่ยว การกำหนดให้ทำงานที่บ้าน การสอบสวนและรายงานสถานที่และเวลาย้อนหลังกรณีติดเชื้อ (timeline) การกักกันโรค การแยกโรค รวมไปถึงการเปิดโรงพยาบาลสนามเพื่อให้มีสถานบริการเพียงพอต่อการขยายตัวของจำนวนผู้เจ็บป่วย แต่ถึงกระนั้น มาตรการต่างๆ ที่ผ่านมาก็ยังไม่ช่วยให้โรคสงบลง จึงต้องเป็นภาระหลักแก่ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องทุ่มเทสรรพกำลังและงบประมาณในการจัดหาวัคซีนและเวชภัณฑ์มาป้องกันและบำบัดรักษาผู้ป่วย

โรคโควิด-19 เกิดจากเชื้อไวรัส และเป็นไวรัสที่เกิดขึ้นใหม่ ซึ่งไม่มีการค้นพบยารักษามาก่อน จึงต้องมีการศึกษาค้นคว้ามายาการรักษา ทั้งยาที่ต้านเชื้อไวรัสโดยตรง และยาที่รักษากลุ่มอาการต่างๆ ที่เกิดจากการติดเชื้อ และมีการทดลองการรักษาที่หลากหลาย ซึ่งรวมถึงยาสมุนไพรหลายชนิด และมีการผสมผสานการแพทย์แขนงต่างๆ รวมถึงการแพทย์แผนจีน

ตัวอย่างจากโรคโควิดเพียงโรคเดียว ได้เน้นถึงความสำคัญของการบูรณาการมาตรการทางการแพทย์แขนงต่างๆ มาป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วย แต่โรคภัยไข้เจ็บในโลกนี้ยังมีอีกหลากหลายมาก ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคทางจิตเวช และอื่นๆ การศึกษาค้นคว้าและการบูรณาการของศาสตร์แขนงต่างๆ จึงยิ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งขึ้น

การถือกำเนิดของ “วารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย” เป็นโอกาสสำคัญที่จะมาเติมเต็มให้กับบริการทางการแพทย์ของประเทศไทยและตอบโจทยความต้องการของสังคม การก่อตั้งของคลินิกการประกอบโรค-ศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนหัวเดียวในประเทศไทยมากกว่า 2 ทศวรรษ ร่วมกับการมีสถาบันการแพทย์ไทย-จีนในกระทรวงสาธารณสุข แสดงถึงพัฒนาการของการประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนจีนในประเทศไทยได้เป็นอย่างดี การมีวารสารเฉพาะทางในด้านนี้ย่อมเป็นการขยายโอกาสในการพัฒนาวิชาการ และส่งเสริมบทบาทของการแพทย์แผนจีนให้ก้าวหน้าและกว้างขวางขึ้น



จุดเด่นของวารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย ไม่เพียงแต่การมีทีมนักวิชาการและทีมงานที่เข้มแข็งจากหน่วยงานในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวและสถาบันอุดมศึกษาหลายแห่งที่มีการเรียนการสอนในวิชาที่เกี่ยวข้อง แต่ยังมีความร่วมมือจากโรงพยาบาลหลวงในสังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ และมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตู ซึ่งเป็น 2 สถาบันที่มีชื่อเสียงในสาธารณรัฐประชาชนจีน มาร่วมเป็นต้นแบบในการพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้เป็นที่วิชาการที่ได้มาตรฐานในระดับนานาชาติ ความร่วมมือดังกล่าวนับเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อประเทศไทย ที่จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ศาสตร์การแพทย์แผนจีนที่มีการพัฒนามานับพันปีจากสถาบันชั้นนำในประเทศจีนโดยตรง และเป็นสถาบันที่ตั้งอยู่ในประเทศที่มีการใช้การแพทย์แผนจีนมากที่สุดในโลก

ความร่วมมือที่เกิดขึ้นมีได้หลายรูปแบบ อย่างน้อยที่สุดก็คือ การเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัยเกี่ยวกับการแพทย์แผนจีนและงานวิจัยใหม่ๆ จากสถาบันทั้ง 2 และสถาบันอื่นๆ การให้ข้อคิดเห็นในการประเมินและปรับปรุงผลงานทางวิชาการทั้งจากผู้มีพหุปัญญาในประเทศไทย ประเทศจีน และประเทศอื่นๆ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นปัญหาต่างๆ ที่ต้องมีการทำความเข้าใจร่วมกัน และค้นหาช่องว่างในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อหาองค์ความรู้ใหม่ในการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย

ความร่วมมือของสถาบันในประเทศไทย และสถาบันการแพทย์ทั้ง 2 แห่งในสาธารณรัฐประชาชนจีน เป็นเครื่องยืนยันว่า วารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทยจะเป็นเวทีสำคัญในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านการแพทย์แผนจีน และเป็นสื่อกลางระดับนานาชาติในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาวิชาการและนวัตกรรมทางการแพทย์แผนจีน บทความต่างๆ ที่พิมพ์เผยแพร่ในวารสารฉบับนี้ และฉบับอื่นๆ ที่จะตามมา จะเป็นสิ่งพิสูจน์ให้เห็นถึงความสำเร็จตามเจตนารมณ์ที่วางไว้

นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
บรรณาธิการวารสาร



特殊文章

合作创新：华侨中医院现代化发展之路

蚁凡¹, 黄杰², 陆梅瑰¹

¹ 泰国华侨中医院

² 上海中医药大学附属龙华医院

摘要: 泰国华侨中医院自 1995 年 7 月建院以来, 通过不断地探索和改革创新, 使医院发展至今已经成为一家具有综合性和现代化的泰国纯中医医疗机构, 集医疗、教学和科研为一体。长期以来, 中国多家友好合作单位在医疗服务、人才培养和学术交流合作方面给予了巨大的支持。2018 至 2021 年华侨中医院连续四年入选中国国家中医药管理局海外合作专项“中国-泰国中医药中心”, 现已建设成为东南亚乃至中国海外规模最大的中医药中心之一。这就是依托中国合作单位的雄厚力量, 中泰共同合作取得的硕果。从而推动了华侨中医院的现代化发展, 实践守正创新, 强化合力, 推动中医药事业在海外传承创新发展。

关键词: 泰国华侨中医院; 纯中医; 中国-泰国中医药中心; 中泰共同合作

通讯作者: 蚁凡: aruneamsureya@gmail.com



Received: 16 October 2022

Revised: 28 October 2022

Accepted: 9 November 2022



前言

在刚过去的 10 月 7 号到 8 号由泰国华侨中医院主办, 联合中泰五所知名中医药大学院校和医院, 包括上海中医药大学、天津中医药大学、成都中医药大学、以及上海中医药大学附属龙华医院和泰国华侨崇圣大学举办的首届“守正创新 传承发展”的中医药展览会, 在曼谷山燕商场 Samyan Mitrtown 5 楼隆重举行。^[1,2] 此次活动是华侨中医院履行“泰国-中国中医药中心”合作协议框架的内容, 在海外推动中医药文化的传播, 也是华侨中医院首次联合国内外友好合作单位举办的中医药展览会, 更是一次向泰国民众展示华侨中医院同中国合作的成长和现代化发展之路的历程。活动取得了圆满成功, 现场除了为泰国民众提供免费中医内科

问诊和针灸、推拿服务, 并现场讲解中医养生保健知识, 传播中医药文化外, 还设有上海中医药大学、^[3] 天津中医药大学、^[4] 成都中医药大学^[5] 以及上海中医药大学附属龙华医院和泰国华侨崇圣大学等华侨中医院长期友好合作的单位的展台。向泰国民众展示了这些机构的雄厚资质, 以及华侨中医院同它们长期进行合作的丰硕成果, 充分展现了华侨中医院的现代化发展之路离不开中国友好合作单位的帮助和支持。特别是“中国-泰国中医药中心”合作框架下, 华侨中医药在医疗服务、信息化建设以及医疗和医院管理人才培养下和临床科研下取得新的突破。诠释了“守正创新 传承发展”的深刻涵义。

在 10 月 7 日上午举行的开幕式上，泰国卫生部副部长萨提·皮图查表示，泰国华侨中医院经过多年发展，让越来越多的泰国民众了解和接受中医药，中医药成为泰国民众的一种医疗选择。泰国卫生部将一如既往支持中医药在泰国的发展，支持华侨中医院为泰国民众的生命健康作出贡献。

中国驻泰国大使馆侨务参赞刘敬师提到，泰国华侨中医院每年为数以万计的泰国民众提供优质中医药服务，赢得了泰国社会各界的认可和信赖。医院按照国际化标准设立，科室齐全，实力雄厚。被泰国卫生部授予“泰国中医药示范单位”、“泰国高级中医药机构”荣誉称号，被中国国家中医药管理局作为国际合作项目遴选为“中国-泰国中医药中心”，^[6]为促进中泰中医药文化交流合作、造福泰国人民作出了积极贡献，可喜可贺。刘敬师参赞还代颁了 2021 年度“中国-泰国中医药中心”的立项牌。（见图 1）

回顾华侨中医院铸造荣誉的过程，是一部同中国多家中医大学、中医院以及包括国家中医药管理局等政府机构和无数关心中医药在海外发展的业内人士的关心和支持下成长的历史。在医院发展的每个重要阶段，都得到了中国友好合作单位的巨大支持。如在建院初期，上海中医药大学附属龙华医院特派针灸专家程子成副教授来常驻，成为泰国第一位为西医培训针灸奠定基础的中医专家；又在 2004 年，派送了

时任教研处朱海燕处长来协助华侨中医院制定中医实习生的临床实习和带教医生的教学制度，为泰国本土中医师的人才培养指明了方向和奠定了坚实的基础。至今 2022 年 10 月，华侨中医院为泰国 9 所开设中医系的 1,624 名中医毕业生提供了临床实习培训，同时还为泰国多所西医学针灸的医疗机构提供了培训，成为泰国中医师的临床实习基地。^[7]

在华侨中医院人才培养上，前华侨中医院院长蚁锦桐制定的人才培养纲要中，选拔泰国本土最优秀的中医毕业生送到中国去攻读硕士和博士学位。这一举措得到了如北京、天津、广州、上海、成都、湖北、南京和福建等中国多所知名的中医药大学院校的大力支持。10 年来，它们分别为华侨中医院培养了众多人才。例如：上海中医药大学 10 位、成都中医药大学 10 位、天津中医药大学 5 位、广州中医药大学 4 位、湖北中医药大学 3 位、北京中医药大学 3 位、福建中医药大学 3 位以及陕西中医院附属医院为华侨中医院骨伤推拿科的 5 位医生提供了半年短期的骨科推拿手法培训，还有其他未提名到的大学和中医院也为华侨中医院的人才培养给予了强大的支持。这些中医师涉及的专业有中医妇科、脾胃科、肿瘤科、心脑血管科、皮肤科以及针灸和骨伤推拿等。为中医药在泰国的发展奠基了雄厚的人才队伍。^[7]（见图 2）这些中医师人才，他们不仅成为泰国有名的中医师，还成为泰国卫生部辅助健康医疗司的中医委员，



图 1 泰国华侨中医院获得 2018-2021 年度“中国-泰国中医药中心”的立项牌



图 2 泰国华侨中医院全体医师

参与制定和管理泰国执业中医师的考核和管理等，成为大学特邀讲师。更为重要的是，他们还推动中医和泰国传统医学的学术交流，寻找中泰传统医学的相似点和可结合点，为泰国人民的健康谋新的治疗方法。以及推动泰国中西医结合治疗，同西医探讨如何将中医在特效病症上治疗的优势融合到西医的治疗中。而这些探讨都为中医药在泰国的稳固和深入的发展，在科研合作上开辟了新的道路，具有深远的意义。

从 2018 年 - 2021 年连续四年入选中国国家中医药管理局海外合作专项的“中国-泰国中医药中心”，是华侨中医院同上海中医药大学附属龙华医院共同努力合作的硕果，现已建设成为东南亚乃至全球规模最大的中国海外中医药中心之一。这一中心的建立，为华侨中医院全面发展注入了新的力量。华侨中医院从 1996 年起就同上海龙华医院合作，就在医疗合作、中医人才培养和学术交流合作有着密切的合作。^[7]而中心建立后，双方的交流合作更加密切，每年派驻中级职称以上有丰富经验的临床医生赴华侨中医院开展看诊和进行医疗学术培训；利用信息化系统，为华侨中医院患者提供国际远程问诊与会诊服务；建立教学合作平台，共同培养本科生和研究生；分享抗疫成果；双方管理人员交流学习，提高医疗管理能力和推动华侨中医院信息化建设和提高医疗投诉管理能力。此外，还共同创办和出版了泰国第一份具有中英泰三种语言的中医学术期刊——《泰国中医药杂志》。^[8]从而使华侨中医院真正实现了依托中国三级甲等中医院雄厚的人才和技术能力，结合自身的特点，开创出了一条符合中医药现代化发展之路模式，加快了

华侨中医院自身现代化建设的步伐。

现今华侨中医院已经初步实现了中医现代化和标准化，在医疗服务和中药房服务方面处处展现着信息技术和传统医学的相结合。医疗服务上，华侨中医院是目前泰国唯一一家患者可通过网上进行预约，以及可进行网上问诊与会诊的中医医疗机构。网上预约以及网站信息查询设有中英泰三种语言，为来自 104 个国家的患者提供了便利的就医环境。中药房服务方面，坚持“好医配好药”的原则，华侨中医院每年从中国大型饮片厂进口 360 多种优质中药饮片外，中药房还设立了一套系统的质量管控管理措施，从审核处方、调剂、查药到煎药以及发药的过程都有严格的管理流程。并采用了二维码的监察系统，追溯处方的动态，形成完整的发药系统，病人可通过手机查询处方的动态，减少了等药的时间。同时药房还提供了代煎药和送药上门的服务，以及引进了中药颗粒剂，符合了现代人对中药服务的需求，大大提高了患者的满意度。

在疫情期间中医药在抗疫过程中发挥的显著作用，中医药在国际社会上得到了更多的认可，也加快了中医药在泰国民众的传播和加深对中医药的认可。同时在刚刚结束的中国共产党第二十次全国代表大会在人民大会堂开幕。习近平主席代表第十九届中央委员会向党的二十大作报告，报告提出：促进中医药传承创新发展。中医药的可持续发展放到了中国发展战略中。中医药的发展迎来了一个更新和更良好的发展环境。^[9]

首届“守正创新传承发展”的中医药展览会结束后，成都中医药大学国际合作交流合作处在给华侨中医院的贺信中充分肯定了此次活动的重大意义。同时提出成都中医药大学愿意作为主办方之一，积极参与其中。希望下次的主题中医药展览会，成都中医药大学专家教授可以现场进行专题讲座、提供医疗服务，并且可以推荐一些疗效好的中医药保健、食疗方法等。

上海中医药大学附属龙华医院的陈跃来院长也发来贺信，在贺信中陈跃来院长代表医院向华侨中医院表示热烈祝贺。同时还提到展览会的

成功举办，充分展示了中泰中医药合作领域的成果，促进了泰国民众对中医药和中国传统文化的体验和了解。未来龙华医院将继续致力于中泰中医药合作，以“守正创新 传承发展”为理念和使命，同泰国同仁一道提高中医药服务质量，促进中泰友谊和中医药文化交流，深化扩展“一带一路”建设作出新的贡献。

华侨中医院将在“天时地利人和”中，继续加强跟中国友好单位的合作，推动中医药在泰国的本土化蓬勃发展。将中国-泰国中医药中心建设成为高质量高水平的中医药海外中心，以及发展成为东盟区的中医药示范点，学习中国中医药现代化发展的经验，继续探讨适合自身的现代化发展道路，让中医药在海外继续为千万民众保驾护航。

References

1. Manager online. First time in Thailand Huachiew TCM Clinic joins hands with 4 leading Chinese medicine institutes from the People's Republic of China and Huachiew Chalermprakiet University organized the event "keep innovating, Huachiew TCM Clinic continuous development" [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://mgronline.com/online/section/detail/9650000097107> (in Thai)
2. Liu YT, Yang M. Huachiew TCM Clinic in Thailand holds traditional Chinese medicine exhibition [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 8]. Available from: <http://world.people.com.cn/n1/2022/1008/c1002-32540716.html> (in Chinese)
3. International Exchange Office, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine. Our university was invited to participate in the traditional Chinese medicine exhibition on the theme of "keep innovating, Huachiew TCM Clinic continuous development" [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 19]. Available from: <https://www.shutcm.edu.cn/2022/1019/c973a145288/page.htm> (in Chinese)
4. Institute of International Education of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine. "keep innovating, Huachiew TCM Clinic continuous development" -- overseas Chinese traditional Chinese medicine Confucius Institute of our school assisted the first Chinese medicine culture exhibition in Thailand [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 24]. Available from: <https://news13.tjutcm.edu.cn/info/1521/18983.htm> (in Chinese)
5. Institute of International Education Chengdu University of Traditional Chinese Medicine. Our university was invited to participate in the traditional Chinese medicine exhibition on the theme of "keep innovating, Huachiew TCM Clinic continuous development" by Thailand Huachiew TCM Clinic [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 9]. Available from: https://www.cdutcm.edu.cn/gjjyxy/xwsd/content_84460 (in Chinese)
6. Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine. Using overseas Chinese as a bridge, the four-party cooperation of the "China-Thailand Traditional Chinese Medicine Center" project was signed in Longhua Hospital [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 9]. Available from: http://www.longhua.net/lh_web/html/DefaultSite/lhyy_xwtd/2021-08-09/Detail_5334.htm (in Chinese)
7. Jirapinitwong J, Mahadilokrat O, Lu MG. 25 years of commitment to becoming a model traditional Chinese medicine clinic in Thailand. 1st ed. Samutprakarn: Sufcreate; 2021. (in Thai)
8. Huo WW. Our university participate in chief editor of Thailand Journal of Traditional Chinese Medicine and was officially released in Thailand [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 23].

- Available from: https://www.cdutcm.edu.cn/xwsd/content_83088 (in Chinese)
9. Ma WH. The 20th national congress of the communist party of China opens in Beijing. Xi Jinping reports to the congress on behalf of the 19th Central Committee [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 16]. Available from: http://www.gov.cn/xinwen/2022-10/16/content_5718884.htm (in Chinese)

บทความพิเศษ

ความร่วมมือและสร้างสรรคนวัตกรรม: เส้นทางพัฒนาสู่ความทันสมัยของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

อรัญ เอี่ยมสุรีย์¹, หวง เจีย², ลู่ เหมยกุ้ย¹

¹ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

² โรงพยาบาลหลงหัว สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: ตั้งแต่การก่อตั้งของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวในประเทศไทยในเดือนกรกฎาคม ปี ค.ศ. 1995 เป็นต้นมา คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้ดำเนินการสำรวจและปฏิรูปนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบันได้พัฒนาเป็นสถานพยาบาลการแพทย์แผนจีนที่ครบวงจรและทันสมัยทั้งในด้านการรักษา การจัดการเรียนการสอนและการวิจัยของประเทศไทย ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา หน่วยงานองค์กรความร่วมมือจากสาธารณรัฐประชาชนจีนได้ให้การสนับสนุนความร่วมมือในด้านการบริการการรักษา การฝึกอบรมบุคลากร และการแลกเปลี่ยนทางด้านวิชาการเป็นอย่างดี จนกระทั่งในปี ค.ศ. 2018-2021 คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้รับเกียรติจากสำนักงานบริหารการแพทย์แผนจีนแห่งชาติ สาธารณรัฐประชาชนจีน แต่งตั้งให้เป็น “ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีนในประเทศไทย” เป็นระยะเวลา 4 ปี ติดต่อกัน ปัจจุบันคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้เป็นศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และในต่างประเทศของสาธารณรัฐประชาชนจีน และภายใต้การสนับสนุนและความแข็งแกร่งของพันธมิตรจีน ทำให้ความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาชนจีนประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นการส่งเสริมการพัฒนาของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวให้มีความทันสมัยก้าวล้ำ เสริมสร้างการทำงานร่วมกัน แต่ยังเป็นการส่งเสริมการสืบทอดและพัฒนาการแพทย์แผนจีนในระดับนานาชาติ

คำสำคัญ: คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว; การแพทย์แผนจีน; ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีนในประเทศไทย; ความร่วมมือระหว่างประเทศไทย-สาธารณรัฐประชาชนจีน

ผู้รับผิดชอบบทความ: อรัญ เอี่ยมสุรีย์: aruneamsureya@gmail.com

บทนำ

เมื่อวันที่ 7-8 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ที่เพิ่งผ่านไปไม่นานนั้นคลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว (ชื่อย่อ คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว) ได้ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงทั้งในประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาชนจีน ได้แก่ มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจิน มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตู โรงพยาบาลหลงหัวในสังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ และมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติในประเทศไทย จัดงาน “ก้าวล้ำ คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว พัฒนาการที่ไม่หยุดนิ่ง” ซึ่งถือว่เป็นงาน

นิทรรศการที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนจีนครั้งยิ่งใหญ่เป็นครั้งแรก ณ “สามย่านมิตรทาวน์ฮอลล์ ชั้น 5 ศูนย์การค้าสามย่านมิตรทาวน์ กรุงเทพฯ^[1,2] โดยภายในงานคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้ดำเนินการตามกรอบข้อตกลงความร่วมมือ “ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีนในประเทศไทย” เพื่อเป็นการส่งเสริมการเผยแพร่วัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน นอกจากนี้ยังเป็นงานนิทรรศการด้านการแพทย์แผนจีนครั้งแรกที่จัดขึ้นโดยคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวร่วมกับหน่วยงานพันธมิตรทั้งในประเทศและต่างประเทศ นอกจากนี้ยังเป็นช่วงเวลาที่จะแสดงให้เห็นชาวไทยได้รับรู้ถึงประวัติศาสตร์ของ

การเติบโตของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวด้านความร่วมมือกับเครือข่ายในสาธารณรัฐประชาชนจีน และเส้นทาง การพัฒนาสู่ความทันสมัย ซึ่งถือว่าประสบความสำเร็จ ในการจัดงานครั้งนี้ กิจกรรมภายในงานนอกจากมีการให้บริการตรวจและปรึกษาปัญหาสุขภาพ บริการฝังเข็มและ นวดทุยหนาแล้ว ยังมีจัดงานเสวนาความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน เผยแพร่วัฒนธรรม การแพทย์แผนจีน และยังมีบอร์ดจัดแสดงนิทรรศการของ มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้^[3] มหาวิทยาลัย การแพทย์แผนจีนเทียนจิน^[4] มหาวิทยาลัยการแพทย์- แผนจีนเฉิงตู^[5] โรงพยาบาลหลงหัวในสังกัดมหาวิทยาลัย การแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ และมหาวิทยาลัยหัวเฉียว- เฉลิมพระเกียรติ เพื่อเป็นการแสดงเกียรติคุณให้ประชาชน ชาวไทย และผลแห่งความสำเร็จของคลินิกการแพทย์จีน- หัวเฉียวสู่พัฒนาการที่ทันสมัย ซึ่งจะขาดความร่วมมืออันดี จากเครือข่ายในสาธารณรัฐประชาชนจีนที่ช่วยเหลือและ ให้การสนับสนุนมาโดยตลอดไปไม่ได้ โดยเฉพาะภายใต้ กรอบข้อตกลงความร่วมมือ “ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีน แห่งสาธารณรัฐประชาชนจีนในประเทศไทย” คลินิกการ- แพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้สร้างความก้าวหน้าใหม่ๆ ในการ บริการทางการแพทย์ การสร้างระบบฐานข้อมูล บริการ ด้านการรักษา การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ และ บริหารจัดการสถานพยาบาล และการวิจัยทางคลินิก ซึ่งถูก ตีความถ่ายทอดผ่านช่องทาง “ก้าวล้ำ คลินิกการแพทย์แผน- จีนหัวเฉียว พัฒนาการที่ไม่หยุดนิ่ง” ได้อย่างลึกซึ้ง

ในช่วงเช้าของวันที่ 7 ตุลาคม ค.ศ. 2022 ได้จัดพิธี เปิดงาน โดยรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ดร.สาธิต ปิตุเตชะ ได้กล่าวถึง การพัฒนาของคลินิกการ-

แพทย์แผนจีนหัวเฉียวที่มีมายาวนานหลายปี ทำให้ ประชาชนชาวไทยมีความเข้าใจและให้การยอมรับการ แพทย์แผนจีนเพิ่มมากขึ้น และการแพทย์แผนจีนยังได้ เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการแพทย์ทางเลือก กระทรวง- สาธารณสุขไทยจะยังคงให้การสนับสนุนการพัฒนาการ- แพทย์แผนจีนในประเทศไทยต่อไป และยังคงสนับสนุน คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวที่มีส่วนช่วยเหลือชีวิตและ สุขภาพของประชาชนชาวไทย

ท่านหลิว จิ่งซือ ที่ปรึกษากิจการชาวจีนโพ้นทะเลของ สถานเอกอัครราชทูตจีนประจำประเทศไทย กล่าวว่า คลินิก- การแพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้ให้บริการด้านการแพทย์- แผนจีนอย่างมีคุณภาพแก่ชาวไทยหลายหมื่นคนทุกปี และ ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากทุกภาคส่วนของสังคมไทย โดยคลินิกฯ ได้จัดตั้งขึ้นตามมาตรฐานสากล มีแผนกต่าง ๆ ครบถ้วน และทีมบุคลากรที่แข็งแกร่ง ซึ่งเป็นผลให้กระทรวง- สาธารณสุขมอบประกาศเกียรติคุณและป้ายทอง “สถาน- พยาบาลการแพทย์แผนจีนต้นแบบในประเทศไทย” “หน่วยดำเนินงานด้านการแพทย์แผนจีนขั้นสูง” และคลินิก- การแพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้รับเกียรติจากสำนักงานการ- บริหารการแพทย์แผนจีนแห่งชาติ สาธารณรัฐประชาชนจีน แต่งตั้งให้เป็น “ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนแห่งสาธารณรัฐ- ประชาชนจีนในประเทศไทย”^[6] เพื่อผลักดันในการส่งเสริม การแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรมและความร่วมมือระหว่างจีน และไทยในด้านการแพทย์แผนจีนและเพื่อเป็นประโยชน์ต่อ ประชาชนชาวไทย และท่านหลิว จิ่งซือยังได้เป็นตัวแทน มอบป้าย “ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนแห่งสาธารณรัฐ- ประชาชนจีนในประเทศไทย” ประจำปี 2021 อีกด้วย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้รับมอบป้าย “ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีนในประเทศไทย” ปี ค.ศ. 2018-2021

เมื่อมองย้อนกลับไปที่กระบวนการการได้มาซึ่งเกียรติคุณของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว ถือเป็นประวัติศาสตร์ที่เติบโตมาพร้อมกับการดูแลและสนับสนุนของมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีน โรงพยาบาล รวมถึงสำนักงานบริหารการแพทย์แผนจีน หน่วยงานภาครัฐต่างๆ และคนในวงการการแพทย์แผนจีนอีกนับไม่ถ้วน ที่เป็นห่วงการพัฒนาการแพทย์แผนจีนในต่างประเทศ พัฒนาการของคลินิกฯ แต่ช่วงที่สำคัญ ล้วนแต่ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากหน่วยงานพันธมิตรที่มีข้อตกลงความร่วมมือกันจากสาธารณรัฐประชาชนจีน เช่น ในยุคแรกๆ ของการก่อตั้งคลินิก โรงพยาบาลหลงหัวสังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ได้ส่งรองศาสตราจารย์เจิง จื่อเจิง ผู้เชี่ยวชาญด้านการฝังเข็มมาพำนักที่ไทย และกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนจีนคนแรกในประเทศไทยที่เป็นผู้วางรากฐานการฝึกอบรมแพทย์แผนตะวันออกด้านการฝังเข็มและรมยา ต่อมาในปี ค.ศ. 2004 ยังได้ส่งท่านจู ไห่เยี่ยน ซึ่งเป็นหัวหน้าฝ่ายวิชาการและฝึกอบรมในขณะนั้น มาช่วยคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียววางระบบการเรียนการสอนภาคปฏิบัติทางคลินิกสำหรับนักศึกษาแพทย์จีนฝึกหัด และอาจารย์แพทย์ผู้สอน ได้ชี้ให้เห็นทิศทางและวางรากฐานที่มั่นคงสำหรับการฝึกอบรมแพทย์แผนจีนในประเทศไทยให้มีความสามารถ นับถึงเดือนตุลาคม ค.ศ. 2022 คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติทางคลินิกให้แก่นักศึกษาแพทย์จีนไปแล้ว 1,624 คน จาก 7 สถาบันที่เปิดหลักสูตรปริญญาตรี คณะการแพทย์แผนจีนในขณะเดียวกันยังเป็นแหล่งศึกษาดูงานของสถาบันทางการแพทย์และฝึกอบรมทักษะด้านการฝังเข็มให้แก่แพทย์แผนปัจจุบันจำนวนมากมาย จึงได้กลายเป็นฐานฝึกปฏิบัติการทางคลินิกสำหรับแพทย์จีนในประเทศไทย^[7]

ในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว ท่านอร่าม เอี่ยมสุรีย์ อดีตผู้อำนวยการคลินิกได้กำหนดแผนพัฒนาบุคลากร โดยจะคัดเลือกแพทย์จีนในประเทศไทยที่มีความสามารถส่งไปยังสาธารณรัฐประชาชนจีนเพื่อศึกษาต่อในระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ซึ่งความคิดริเริ่มนี้ก็ได้รับการสนับสนุนอย่างมากจากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนที่มีชื่อเสียงหลายแห่งในสาธารณรัฐประชาชนจีน เช่น ปักกิ่ง เทียนจิน กว่างโจว เซี่ยงไฮ้ เจิ้งตู หูเป่ย์ หนานจิง และฝูเจี้ยน กว่า 10 ปีที่ผ่านมาคลินิกการแพทย์แผนจีนได้ฝึกฝนและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก โดยส่งไปศึกษาต่อยังสถาบันต่างๆ อันได้แก่ มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ 10 ราย มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเจิ้งตู 10 ราย มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจิน 5 ราย

มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนกว่างโจว 4 ราย มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนหูเป่ย์ 3 ราย มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนปักกิ่ง 3 ราย มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนฝูเจี้ยน 3 ราย และคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวยังส่งแพทย์จีนแผนกระดูกและทุยหนาไปฝึกอบรมทักษะการนวดทุยหนา ระยะสั้น ที่โรงพยาบาลในเครือของมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนซ่านซี 5 ราย และยังมีมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลอีกหลายแห่งที่ไม่ได้เอ่ยชื่อนามในที่นี้ได้ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์แผนจีน โดยแพทย์จีนทั้งหมดนี้แต่ละคนจะมีความสามารถเฉพาะสาขาอันได้แก่ แผนกนรีเวช แผนกทางเดินอาหาร แผนกมะเร็งแผนกหลอดเลือดหัวใจและสมอง แผนกผิวหนัง แผนกฝังเข็ม แผนกกระดูกและทุยหนา เป็นต้น (ภาพที่ 2) เพื่อวางรากฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาการแพทย์แผนจีนในประเทศไทยด้วยทีมแพทย์ที่มีความสามารถที่แข็งแกร่ง แพทย์จีนเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นแพทย์แผนจีนที่มีชื่อเสียงในประเทศไทยแล้ว ยังกลายเป็นกรรมการในคณะกรรมการวิชาชีพแพทย์แผนจีน เป็นกรรมการคุมสอบและอำนวยความสะดวกการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย เป็นอาจารย์พิเศษของมหาวิทยาลัย และที่สำคัญพวกเขาเหล่านี้ยังส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการระหว่างการแพทย์แผนจีนและการแพทย์แผนไทย ค้นหาความเหมือนและความเป็นไปได้ของการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนจีนและการแพทย์แผนไทย และแสวงหาวิธีการรักษาใหม่ๆ เพื่อสุขภาพของประชาชนชาวไทย และยังส่งเสริมการผสมผสานการแพทย์แผนจีนและการแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทย และหารือกับแพทย์แผนปัจจุบันถึงแนวทางในการนำจุดเด่นของการแพทย์แผนจีนในการบำบัดรักษาโรคมาร่วมใช้ในการรักษาร่วมกับการผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อพัฒนาการแพทย์แผนจีนอย่างมั่นคงและลึกซึ้งในประเทศไทย เปิดเส้นทางใหม่ในการร่วมมือกันด้านการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในวงกว้าง



ภาพที่ 2 ทีมแพทย์ของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

จากการที่คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้รับเกียรติจากสำนักการบริหารการแพทย์แผนจีนแห่งชาติ-สาธารณรัฐประชาชนจีน แต่งตั้งให้เป็น “ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีนในประเทศไทย” เป็นระยะเวลา 4 ปี ติดต่อกัน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2018-2021 ซึ่งเป็นผลมาจากความพยายามและความร่วมมือร่วมกันระหว่างคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวและโรงพยาบาลหลงหัวในเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีน-เซี่ยงไฮ้ ปัจจุบันจึงกลายเป็นศูนย์การแพทย์แผนจีน-โพ้นทะเลที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และในต่างประเทศ ซึ่งการจัดตั้งศูนย์นี้กลายเป็นแหล่งพลังผลักดันอันใหม่ในการพัฒนาคลินิกการแพทย์แผนจีนอย่างรอบด้าน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 ที่คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้ก่อตั้งขึ้นก็ได้มีความร่วมมือร่วมกันกับโรงพยาบาลหลงหัวในเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีน-เซี่ยงไฮ้อย่างใกล้ชิดในด้านความร่วมมือทางการแพทย์ การฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านการแพทย์-แผนจีน และความร่วมมือด้านการจัดประชุมวิชาการและการแลกเปลี่ยนความรู้ต่างๆ หลังจากจัดตั้งศูนย์แล้ว การแลกเปลี่ยนและความร่วมมือระหว่างทั้งสองฝ่ายก็แน่นแฟ้นยิ่งขึ้นทุกๆ ปี แพทย์ที่มีประสบการณ์ซึ่งมีตำแหน่งวิชาชีพระดับกลางขึ้นไปจะถูกส่งไปที่คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวเพื่อให้คำปรึกษาด้านการรักษาและการฝึกอบรมทางวิชาการทางการแพทย์แผนจีน ใช้ระบบจากฐานข้อมูลเพื่อให้คำปรึกษาในการรักษาและบริการให้คำปรึกษาทางไกลระหว่างประเทศให้แก่ผู้ป่วยในคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว สร้างแพลตฟอร์มความร่วมมือด้านการเรียนการสอน ร่วมมือกันในการฝึกทักษะพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาในระดับปริญญาตรีและแพทย์จีนมหาบัณฑิต แบ่งปันความรู้ความสำเร็จในการต้านภัยโควิด-19 การแลกเปลี่ยนความรู้ของผู้บริหารทั้งสองฝ่ายยกระดับความสามารถในการบริหารจัดการสถานพยาบาล ผลักดันการสร้างฐานข้อมูลของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว ยกระดับความสามารถในการจัดการข้อร้องเรียนทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังได้ร่วมกันจัดทำและตีพิมพ์เผยแพร่วารสารทางการแพทย์แผนจีนเล่มแรกในประเทศไทย “วารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย” ซึ่งเป็นวารสารสามภาษา ภาษาจีน-อังกฤษ-ไทย^[8] ด้วยเหตุนี้คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวจึงได้ตระหนักถึงว่าต้องอาศัยศักยภาพของบุคลากรและความสามารถจากโรงพยาบาลการแพทย์แผนจีนระดับตติยภูมิ ร่วมกับเอกลักษณ์เฉพาะของตนเอง ได้สร้างแบบจำลองเส้นทางที่สอดคล้องกับการพัฒนาสู่ความทันสมัยของการแพทย์แผนจีน เร่ง

ความก้าวหน้าในการพัฒนาของคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวให้มีความก้าวหน้าทันสมัย

ปัจจุบันคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้เริ่มตระหนักถึงการก้าวหน้าตามสมัยและมาตรฐานของการแพทย์แผนจีนในเบื้องต้น โดยแสดงให้เห็นจากการผสมผสานระหว่างเทคโนโลยีสารสนเทศและการแพทย์แผนจีนแบบดั้งเดิมในบริการทางการแพทย์และเภสัชกรรมยาจีน ด้านการบริการทางการแพทย์คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวปัจจุบันเป็นคลินิกการแพทย์แผนจีนที่แรกและที่เดียวในประเทศไทยที่มีการใช้ระบบการนัดหมายออนไลน์ การปรึกษาทางการแพทย์ทางไกล (teleconsult) และระบบบริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) โดยที่ระบบนัดหมายออนไลน์และการสอบถามข้อมูลบนเว็บไซต์มีให้บริการ 3 ภาษา ได้แก่ภาษาจีน อังกฤษ และไทย เพื่ออำนวยความสะดวกสบายในการใช้งานด้านบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มาจาก 104 ประเทศ สำหรับงานบริการด้านเภสัชกรรมยาจีน ยังคงยึดตามหลักการ “หมดดีต้องมียาดีใช้” คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวนำเข้ายาสมุนไพรจีนที่มีคุณภาพสูงกว่า 360 ชนิดจากโรงงานยาอินเพียนขนาดใหญ่ในประเทศจีนทุกปี นอกจากนี้ยังได้กำหนดชุดมาตรการการจัดการควบคุมคุณภาพอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ขั้นตอนการทบทวนตรวจสอบใบสั่งยา การปรุงยา การตรวจสอบยา ไปจนถึงการต้มยาและการจ่ายยา ล้วนมีขั้นตอนการจัดการที่เข้มงวด และนำระบบตรวจสอบคิวอาร์โค้ดมาใช้เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงสถานะของใบสั่งยาและสร้างระบบการจ่ายยาที่สมบูรณ์ ทั้งนี้ ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของสถานะใบสั่งยาผ่านโทรศัพท์มือถือได้ซึ่งช่วยลดเวลาในการรอรับยา ในขณะเดียวกัน ห้องยายังให้บริการยาต้มและจัดส่งยาถึงบ้าน และยังมีบริการนำยาจีนชนิดผง (เคอลี่) เพื่อตอบสนองความต้องการของคนสมัยใหม่ที่รับประทานยาจีน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเป็นอย่างมาก

ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ การแพทย์แผนจีนมีบทบาทสำคัญในการต่อสู้กับโรคระบาด และการแพทย์แผนจีนก็ได้รับการยอมรับมากขึ้นในประชาคมระหว่างประเทศ ซึ่งช่วยทำให้ประชาชนชาวไทยเข้าถึงการแพทย์แผนจีนได้อย่างรวดเร็ว และทำให้การแพทย์แผนจีนเป็นที่รู้จักและยอมรับมากขึ้น ในขณะเดียวกันการประชุมสมัชชาใหญ่พรรคคอมมิวนิสต์จีนที่เพิ่งปิดฉากไป ณ ศาลาประชาชน ประธานาธิบดี สี จิ้นผิง ได้กล่าวรายงานต่อที่ประชุมสมัชชาใหญ่ครั้งที่ 20 ในนามของคณะกรรมการกลางชุดที่ 19 ว่าให้มุ่งเน้นส่งเสริมการสืบทอด นวัตกรรม และการพัฒนาการแพทย์แผนจีน การพัฒนาการแพทย์-

แผนจีนอย่างยั่งยืนได้รวมอยู่ในยุทธศาสตร์การพัฒนาของ
สาธารณรัฐประชาชนจีน และการพัฒนาการแพทย์แผนจีน
นำไปสู่สภาพแวดล้อมของการบริหารพัฒนาที่ใหม่กว่าและ
ดีกว่า^[9]

หลังจากที่งานนิทรรศการด้านการแพทย์แผนจีนครั้งแรก “ก้าวล้ำ คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว พัฒนาการที่ไม่หยุดนิ่ง” เสร็จสิ้นลง สำนักงานความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนระหว่างประเทศแห่งมหาวิทยาลัยการแพทย์-แผนจีนเฉิงตูได้ส่งจดหมายแสดงความยินดีและยืนยันถึงความสำคัญอย่างยิ่งของงานนี้ ในขณะเดียวกันมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตูยินดีที่จะเป็นหนึ่งในเจ้าภาพพร้อมให้การสนับสนุนและมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันหวังว่าในนิทรรศการการแพทย์แผนจีนในอีกรอบต่อไปผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์จากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตูจะได้มาบรรยายสดภายในงานประชุมวิชาการให้บริการทางการแพทย์ และแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพแบบแพทย์แผนจีน และวิธีการใช้อาหารในการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผล เป็นต้น

ท่านเฉิน เย่ยี่ไหล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลงหัว-สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ก็ได้ส่งจดหมายแสดงความยินดีมาเช่นกัน ท่านได้เป็นตัวแทนโรงพยาบาลกล่าวแสดงความยินดีต่อคลินิกการแพทย์-แผนจีนหัวเฉียว พร้อมกันนี้ยังได้กล่าวด้วยว่าการจัดนิทรรศการครั้งนี้ที่ประสบความสำเร็จนั้นแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของความสำเร็จในด้านความร่วมมือระหว่างจีนและไทยในด้านการแพทย์แผนจีนอย่างมาก อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมประสบการณ์และความเข้าใจของประชาชนชาวไทยเกี่ยวกับการแพทย์แผนจีนและวัฒนธรรมดั้งเดิมของชาวจีนอีกด้วย ในอนาคตโรงพยาบาลหลงหัวจะยังคงมุ่งมั่นในความร่วมมือระหว่างจีนและไทยในด้านการแพทย์แผนจีนต่อไป ด้วยแนวคิด และพันธกิจ “ยึดมั่นและสร้างสรรค์นวัตกรรม สืบทอดและมุ่งเน้นการพัฒนา” เราจะทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพด้านบริการทางการแพทย์แผนจีน ส่งเสริมมิตรภาพระหว่างจีนกับไทยและการแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรมการแพทย์แผนจีน และขยายผลเชิงลึกของโครงการ “หนึ่งแถบหนึ่งเส้นทาง” เพื่อสร้างสรรค์ผลงานใหม่

คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว พิสูจน์ในสังขารธรรมที่ว่า “ลิขิตฟ้าหรือจะสู้มานะตน” จะยังคงกระชับความร่วมมือกับหน่วยงานมิตรภาพของสาธารณรัฐประชาชนจีน ผลักดันการพัฒนาที่เข้มแข็งของการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย สร้าง “ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนแห่ง-สาธารณรัฐประชาชนจีนในประเทศไทย” ให้เป็นศูนย์การ-

แพทย์แผนจีนระดับสูงในจีนโพ้นทะเลที่มีคุณภาพ และพัฒนาเป็นสถานพยาบาลต้นแบบด้านการแพทย์แผนจีนในภูมิภาคอาเซียน เรียนรู้จากประสบการณ์การพัฒนาการ-แพทย์แผนจีนของสาธารณรัฐประชาชนจีนให้ก้าวหน้าตามสมัย สำนวณแนวทางการพัฒนาสู่ความทันสมัยที่เหมาะสมกับตนเองอย่างต่อเนื่อง และให้ศาสตร์การแพทย์แผนจีนปกป้องดูแลประชาชนหลายสิบล้านคนในจีนโพ้นทะเลต่อไป

References

1. Manager online. First time in Thailand Huachiew TCM Clinic joins hands with 4 leading Chinese medicine institutes from the People's Republic of China and Huachiew Chalermprikiet University organized the event “keep innovating, Huachiew TCM Clinic continuous development” [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://mgronline.com/online/section/detail/9650000097107> (in Thai)
2. Liu YT, Yang M. Huachiew TCM Clinic in Thailand holds traditional Chinese medicine exhibition [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 8]. Available from: <http://world.people.com.cn/n1/2022/1008/c1002-32540716.html> (in Chinese)
3. International Exchange Office, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine. Our university was invited to participate in the traditional Chinese medicine exhibition on the theme of “keep innovating, Huachiew TCM Clinic continuous development” [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 19]. Available from: <https://www.shutcm.edu.cn/2022/1019/c973a145288/page.htm> (in Chinese)
4. Institute of International Education of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine. “keep innovating, Huachiew TCM Clinic continuous development” -- overseas Chinese traditional Chinese medicine Confucius Institute of our school assisted the first Chinese medicine culture exhibition in Thailand

- [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 24]. Available from: <https://news13.tjutcm.edu.cn/info/1521/18983.htm> (in Chinese)
5. Institute of International Education Chengdu University of Traditional Chinese Medicine. Our university was invited to participate in the traditional Chinese medicine exhibition on the theme of “keep innovating, Huachiew TCM Clinic continuous development” by Thailand Huachiew TCM Clinic [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 9]. Available from: https://www.cdutcm.edu.cn/gjjyxy/xwsd/content_84460 (in Chinese)
 6. Longhua Hospital affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine. Using overseas Chinese as a bridge, the four-party cooperation of the “China-Thailand Traditional Chinese Medicine Center” project was signed in Longhua Hospital [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 9]. Available from: http://www.longhua.net/lh_web/html/DefaultSite/lhyy_xwtdt/2021-08-09/Detail_5334.htm (in Chinese)
 7. Jirapinitwong J, Mahadilokrat O, Lu MG. 25 years of commitment to becoming a model traditional Chinese medicine clinic in Thailand. 1st ed. Samutprakarn: Sufcreate; 2021. (in Thai)
 8. Huo WW. Our university participate in chief editor of Thailand Journal of Traditional Chinese Medicine and was officially released in Thailand [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 23]. Available from: https://www.cdutcm.edu.cn/xwsd/content_83088 (in Chinese)
 9. Ma WH. The 20th national congress of the communist party of China opens in Beijing. Xi Jinping reports to the congress on behalf of the 19th Central Committee [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 16]. Available from: http://www.gov.cn/xinwen/2022-10/16/content_5718884.htm (in Chinese)

Special Article

Cooperation and innovation: the road of development and modernization of Huachiew TCM Clinic

Arun Eamsureya¹, Huang Jie², Lu Meigui¹

¹ Huachiew TCM Clinic, Thailand

² Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: Since the establishment of the Huachiew TCM clinic in Thailand in July 1995, the Clinic has been exploring and reforming innovation constantly. In present, this clinic has become the modern one-stop TCM institution of Thailand in the areas of medical treatment, academic and scientific research. The People's Republic of China Cooperative Organizations have well supported cooperation in the field of treatment services, training and academic cooperation. In 2018-2021, the Clinic was honored by the National Bureau of Traditional Chinese Medicine Administration, People's Republic of China to become "the TCM center of People's Republic of China in Thailand" for four consecutive years. Currently, the Clinic has become one of the big TCM centers in Southeast Asia and foreign countries outside China, under the support and strength of Chinese alliances. The cooperation between Thailand and People's Republic of China has achieved concrete results. This is not only to promote the development of Huachiew TCM Clinic to be modern and advanced with enhanced collaboration, but also to promote the inheritance and development of traditional Chinese medicine globally.

Keyword: Huachiew TCM Clinic; traditional Chinese medicine; TCM center of the People's Republic of China in Thailand; cooperation between Thailand and the People's Republic of China

Corresponding author: Arun Eamsureya: aruneamsureya@gmail.com



特殊文章

泰国老中医治疗甲状腺癌手术后转移的治愈思路

陈亮¹, 陈裕炯²

¹ 卫生部东南亚泰中医药研究院

² 健华药行

摘要: 甲状腺癌的患者大部分都首选西医现代治疗的方法, 开刀切除或者进行治疗后都会对人体产生不同的损伤。陈亮泰国老中医, 从临床经验 50 余年总结出来的辨证分型, 以及甲状腺癌患者治疗前后的治疗指导原则, 曾有典型 15 例患者的治疗经验, 运用传统的中医辨病分型、辨证论治, 与西医抗癌治疗相结合为思想, 多年来在中医治疗甲状腺癌手术后转移的经验取得了较好疗效, 能改善患者生存质量, 延长患者寿命。本文章为临床应用提供新的思路与依据。

关键词: 甲状腺癌; 中医治疗; 思路; 泰国

通讯作者: 陈亮: birdcorp.gm@gmail.com

Received: 23 October 2021

Revised: 12 August 2022

Accepted: 16 October 2022

前言

陈亮 (泰国名为 Jaras Tangaramvong)、男, 是泰国老中医从事临床医疗工作 50 多年。曾被聘于华侨中医院任中医为内科主任医师 11 年、并被聘于华侨崇圣大学客座老师多年, 在健华药行行医 50 多年, 并且担任泰国卫生部东南亚泰中医药研究院《泰国中医常用方剂》第 1-4 册的编委。^[1] 目前被泰国卫生部东南亚泰中医药研究院聘请为顾问, 擅长治疗妇科、不孕不育、月经失调; 内科疑难杂病、心脑血管、糖尿病、前列腺肥大、肾病、消化道疾病、骨关节疾病、肿瘤等, 精于辨证论治, 用药精准治疗疑难病取得好疗效。

多年来本人在临床治疗甲状腺癌的经验治疗, 曾有总结典型 15 例患者、男性 6 例、女性 9 例, 年龄从 28 岁至 68 岁。以上 13 例病人属初、中期首选西医手术切除、以及部份病人再经放化疗以后虽取得近期疗效; 但经过

八个月至二年後癌瘤复发, 从颈一边转到另一边。此时病人不愿再行放、化疗, 改用中医治疗。经治疗一年半至二年, 坚持每天服药, 已安全过了 6 年至 15 年, 现仍健在。每三个月至六个月来复诊以巩固疗效, 并定期做血检、CT、B 超检查, 都未发现肿瘤转移复发。本文章从临床经验中总结出来的辨治各种甲状腺癌的病症, 运用传统的中医辨病分型、辨证论治, 与西医抗癌治疗相结合的思想, 多年来在治疗甲状腺癌手术后转移的经验取得了较好疗效, 能改善患者生存质量, 延长患者寿命。

甲状腺癌是一种起源于甲状腺滤泡上皮或滤泡旁上皮细胞的恶性肿瘤, 也是头颈部最为常见的恶性肿瘤。甲状腺癌在女性中更为常见比男性约占 3:1。^[2] 近年来, 全球范围内甲状腺癌的发病率增长迅速, 据中国肿瘤登记中心的数据显示, 中国城市地区女性甲状腺癌发病率

位居女性所有恶性肿瘤的第4位,每年20%的速度持续增长^[3]另外,研究报道,高达5-10%的所有甲状腺结节患者都患有甲状腺癌。全球甲状腺癌发病率呈逐年上升趋势,在过去35年中增加2.4倍。在泰国新发甲状腺癌病例的发病率有所增加,在2016-2018年期间,这病例增加到每100,000名女性中有6.9人,每100,000名男性中有1.6人。^[4]

甲状腺癌病位在颈部,肿块质硬而高低不平,形态不规则、边界不清、活动性差,初起肿瘤生长缓慢,多为单发、少数为多发或双侧,癌肿大小不一,一般为数毫米或至数厘米,病程较长。历代医家一致认为本病由情志内伤,肝失条达,气滞血瘀,以及饮食水土失宜,脾失健运,水湿内停,聚而成痰,痰浊内阻,导致气滞血瘀痰凝于颈部而成本病。尤其与长期情志忧思郁结,导致免疫功能下降有关,正如《济生方》曰:夫瘰癧者,多为喜怒不节,忧思过度,而成斯病矣。

甲状腺癌于发病初、中期病人都首先选择现代疗法,如手术切除,或结合化疗、放疗,虽能取得近期疗效,但这些疗法对病人身体的脏腑、阴阳、津液、气血均发生不同程度的损伤。如手术使肌体气血大伤,放疗导致耗伤津液、化疗导致肝、肠、胃损伤,消化功能减退。也可导致造血功能抑制,以及全身气血紊乱等。全甲状腺切除术最常见的并发症是,急性低甲状旁腺激素由于甲状旁腺供血不足,甲状旁腺激素水平低,或甲状旁腺在手术中被切除,导致低血钙,或喉返神经损伤会导致声带麻痹。^[5]部份病人在治疗后八个月至一年或二年以上癌瘤复发,从颈部一边转至另一边,或转移至肝、颅内、或转移至骨骼。^[3] Weizhang 等^[6]在2005-2010年收集甲状腺癌病例发现12.1%患者发现肿瘤复发。另外,邵礼成等^[7]研究发现甲状腺癌术后2-4年内是中青年患者术后复发的高峰期;尤其男性45-59年龄段如果术后未行¹³¹I治疗,具有较高的复发风险。在这情况下,病人可以选择中医药结合治疗,在中国很多研究发现甲状腺癌术后运用中医与西医治疗,使用中药、针灸、耳穴压豆等治疗可以改善术后残留的各种

临床症状,如乏力、心悸、失眠、失音、局部肿胀疼痛等,达到提高生活质量。^[8]本人运用传统的中医辨病分型、辨证论治,与西医抗癌治疗相结合,取得较满意的效果,重在于提高患者的生活质量。本文章针对甲状腺癌的中医思路进行分析甲状腺癌的常见证型^[9]以及用药思路介绍如下。

甲状腺癌患者分阶段的中医辨证治验思路

1. 甲状腺癌患者进行西医治疗前或治疗中阶段

1.1 肝郁痰湿型

证候: 颈部出现肿块质硬,随吞咽而上下,活动受限,伴有胸胁胀痛,舌质淡红,苔薄白腻,脉弦滑。

治法: 疏肝解郁,化痰散结消癭。

方药: 海藻玉壶汤《医宗金鉴》、^[10] 逍遥散《太平惠民和剂局方》^[11] 加减。海藻、昆布、夏枯草、浙贝母、姜半夏、白芥子、炮山甲、当归、赤芍、茯苓、白术、陈皮、柴胡、山甘草、稀莪草。

分析: 本方以,海藻、昆布、夏枯草、浙贝母、姜半夏、白芥子、有化痰软坚散结,当归、赤芍、养血行瘀,茯苓、白术,陈皮、健脾胃养正气,增进运化功能;柴胡、赤芍同用,以疏肝解郁,改善血液循环;炮山甲、加强活血通瘀软坚之力;山甘草、稀莪草有清热解毒化痰消肿的作用,以上全方的配伍切为无毒抗癌的药物组成。

加减: 如癌瘤肿块较硬者,加三棱、莪术,以加强活血化瘀消坚之力。或加黄药子,有化痰软坚散结、清热解毒、有显著的抗肿瘤作用,但本药有小毒,如多用对肝脏有不良反应,如有肝病者应慎用,对孕妇不宜使用。

1.2 气滞血瘀型

证候: 颈前坚硬如石,固定不移、局部刺痛、入夜尤甚、舌质紫暗或有瘀斑,苔薄白,脉弦涩。

治法: 理气化痰、活血散结。

方药: 理气散坚汤加减《中西医肿瘤诊疗大全》^[12] 当归、川芎、红丹参、莪术、海藻、穿山甲、姜蚕、胆南星、夏枯草、龙葵、白英。

分析: 本方以当归、川芎、红丹参以活血化瘀散结为君,海藻、穿山甲、胆南星、夏枯草化痰软坚为臣药,佐以龙葵、白英解毒化痰散结。

1.3 痰湿凝聚型

证候: 胸闷颈胀, 肢体倦懒, 胃纳不佳, 颈部肿块质硬, 舌质淡, 苔白腻, 脉滑濡。

治法: 健脾化痰, 软坚散结。

方药: 海藻玉壶汤《医宗金鉴》^[10] 二陈汤《太平惠民和剂局方》^[11] 加减。海藻、昆布、穿山甲、夏枯草、姜半夏、茯苓、白术、陈皮、白芥子、浙贝母、胆南星、黄药子、山甘草。

分析: 本方以昆布、海藻、穿山甲、夏枯草, 以化痰软坚、通瘀消痞散结为君, 姜半夏、白芥子、浙贝母、胆南星、陈皮、以理气化痰散结为臣药, 茯苓、白术、以健脾渗湿、以提高机体的免疫功能, 增强抗肿瘤的作用, 穿山甲, 有活血通经消肿, 现代研究; 有抗血凝, 降低血液粘稠度, 抗炎和提高耐缺氧能力, 以及显著增加外周动脉血流量, 降低外周阻力的作用; 山甘草有清热解毒。

2. 甲状腺癌患者进行西医治疗后阶段

常见于阴虚燥结型

证候: 颈部因手术、放化疗以后人体气阴受损, 或者体质阴虚气弱者, 呈现心悸、气短、口舌干燥、自汗盗汗, 全身乏力, 声嘶气憋, 吞咽不利, 舌质暗红少苔而干, 脉沉细微数。

治法: 养阴润燥, 化痰散结。

方药: 养阴清肺汤《重楼玉钥》、内消瘰疬丸《疡医大全》^[13] 加减。大生地、麦冬、玄参、丹皮、炒白芍、浙贝母、海蛤壳、牡蛎、穿山甲、海藻、黄药子、山茨菇、山甘草。

分析: 方中以, 大生地、麦冬、玄参、丹皮、炒白芍养阴生津, 凉血化瘀, 对阴虚血热伤津者, 或者, 病人在接受西医的放射治疗及化学药物治疗中所出现的火灼、耗阴伤津等毒副作用, 可减轻对唾液腺的损伤, 促进咽喉腔粘膜的新生, 恢复其分泌功能, 提高机体的免疫功能, 减少放疗及化疗的毒副作用, 提高治癌的疗效; 浙贝母、海蛤壳、牡蛎、穿山甲、海藻、黄药子、山茨菇、化痰通瘀软坚散结, 山甘草有清热解毒的作用。

加减: 气虚无力可加入黄耆、太子参以益气扶正。

如果放化疗, 产生肠胃消化功能的不良反应

而引起呕吐呃逆者: 可用橘皮竹茹汤 (橘皮、竹茹、大枣、生姜、甘草、人参)。本方的功效: 有降逆止呕、益气清热、抗化疗、所引起的阴虚发热、呃逆的作用。

如果肝脏受损出现黄疸者: 加茵陈, 以清湿热、退黄疸, 使血清转氨酶活性显著下降, 加强肝脏的解毒能力。

如果脾肾功能损伤而小便不利、身肿者: 加四苓汤 (茯苓、猪苓、白术、泽泻) 健脾利水、渗湿排毒, 减少化疗的毒性反应、从而抑制肿瘤细胞的生长。待放化疗反应减轻后, 再按前法分型论治, 常能取得较满意疗效。

体会

本人至今始终坚持发挥中医药优势, 中医治病强调辨证论治, 辅助西医治疗减毒增效。在各阶段疗程的虚实夹杂病症中, 需要准确诊断病患的证候表现究竟是因为为手术, 或放化疗以后人体阴阳虚实, 是否气阴受损, 或者体质阴虚气弱, 或是否存在癌症再发展中, 皆需倚靠临诊中医师的丰厚经验, 尽我们所能了解疾病发展的线索, 用药扶正或祛邪的比例, 把握治疗原则, 沟通患者坚持治疗每天服药, 定期复诊以巩固疗效, 并定期做血检、CT、B 超检查, 了解肿瘤的发展状况, 以提高生活质量, 延长生命为目的。

在中国多项研究, 证明了中西医结合治疗癌症常能取得更好的疗效。^[14-16] 如单用手术切除、放疗、化疗治癌, 虽对初、中期癌症病人的癌细胞有抑制和杀灭作用, 有近期疗效, 但它们对正常细胞和机体常带来损伤。若配合中医药治疗, 可减轻放疗、化疗的毒副作用、能增强机体抗病能力、提高临床疗效。因此在肿瘤治疗过程中, 把中西医各种治疗手段有机地结合起来, 取长补短, 对治疗癌症、改善其生存质量, 延长患者寿命, 能起到理想的效果。

References

1. Techadamrongsin Y, editor. Commonly used Chinese prescriptions in Thailand, complete edition. Bangkok: Agricultural Co-operative Federation of Thailand Printing; 2011. (in Thai)

2. Chaysiri P. Poorly differentiated thyroid carcinoma: recognition of its entity and current knowledge. *Journal of Thai Association of Radiation Oncology*. 2020;26(1):1-19. (in Thai)
3. Nation Heath Commission of the People's Republic of China. Diagnosis and treatment guidelines for thyroid cancer [Internet]. 2022 [cited 2021 Aug 3]. Available from: <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/downloadFiles/c19a52f5afca4b4a84d92f140fece9c7.pdf> (in Chinese)
4. Dumrisilp S. Incidence and analysis of factors related to thyroid cancer in patients undergoing surgery at the Otolaryngology Department at Krathum Baen Hospital. *Hua Hin Medical Journal*. 2022;2(1):22-33. (in Thai)
5. Samranvanich B. Complications after surgery for well-differentiated thyroid carcinoma in Otolaryngology Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Thai Cancer Journal*. 2019;39(3):93-102. (in Thai)
6. Zhang W, Jiao D, Liu BG, Sun SP. Analysis of risk factors contributing to recurrence of papillary thyroid carcinoma in Chinese patients who underwent total thyroidectomy. *Med Sci Monit* [Internet]. 2016 [cited 2021 Aug 16];22: 1274-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27084873/>
7. Shao LC, Jian HJ, Chen GH, Liang YY, Huang WZ. Recurrence and survival analysis of postoperative patients aged 25 to 59 years with differentiated thyroid carcinoma. *J South Med Univ* [Internet]. 2016 [cited 2016 Feb 20];37(2):274-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28219876/> (in Chinese)
8. Wan HN, Zhang GY, Duan F, Fu Y, Yan SH. Treatment of postoperative thyroid cancer by traditional Chinese and Western medicine. *Acta Chinese Medicine and Pharmacology*. 2022; 50(2):5-9 (in Chinese)
9. Gu BH. External medicine of TCM. Shanghai: Shanghai Scientific & Technical Publisher; 1985. (in Chinese)
10. Wu Q. The golden mirror of medicine. Beijing: Beijing Health Publishing House; 1963. (in Chinese)
11. Chen CH. Prescription of peaceful benevolent dispensary. Shenyang: Liaoning Science and Technology Publishing House; 1997. (in Chinese)
12. Zeng YL. Manual of tumor diagnosis and treatment in Chinese traditional and modern medicine. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine; 1996. (in Chinese)
13. Gu SC. Common in yin deficiency and dryness. In: Lin YP, editor, *Ulcer medicine encyclopedia*. Beijing: People's Medical Publishing House; 1987. p. 700. (in Chinese)
14. Zhang QW, Wu W. Evaluating the curative effect of integrative traditional Chinese and Western medicine on thyroid carcinoma. *Nei Mongol Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2017;36(21/22):143-4. (in Chinese)
15. Fang Y, Min JX. Clinical curative effect of combination of traditional Chinese and Western medicine in treatment of thyroid carcinoma. *World Latest Medicine Information*. 2015;15 (105):139-40. (in Chinese)
16. Wang B, Lin L, Ni QS, Cheng L. Exploration on the advantages of traditional Chinese medicine assisting western medicine in the treatment of thyroid cancer. *Beijing Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2011;30(5): 354-6. (in Chinese)

บทความพิเศษ

แนวคิดจากประสบการณ์รักษาผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ระยะแพร่กระจายหลังผ่าตัดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนของแพทย์จีนอาวุโสในประเทศไทย

จรัส ตั้งอรัมวงศ์¹, อีรวัฒน์ ตั้งอรัมวงศ์²

¹สถาบันการแพทย์ไทย-จีน กระทรวงสาธารณสุข

²เกรียงฟ้าโฮสเทล

บทคัดย่อ: ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาโดยศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกด้วยการผ่าตัดหรือฉายรังสีรักษา ซึ่งมักพบว่าจะเกิดผลเสียต่อร่างกายแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล ในบทความนี้ เฉิน เลี้ยง แพทย์แผนจีนอาวุโสในประเทศไทย ได้สรุปหลักการวินิจฉัยแยกแยะกลุ่มอาการแนวคิด และแนวทางในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ โดยแบ่งตามช่วงก่อนรักษาและหลังการผ่าตัด หรือรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ผ่านประสบการณ์ทางคลินิกมากกว่า 50 ปี มีจำนวนผู้ป่วยรับการรักษามากกว่า 15 ราย โดยใช้หลักทฤษฎีของศาสตร์การแพทย์แผนจีน ในการแยกแยะโรคและกลุ่มอาการ และเลือกวิธีการรักษาตามแต่ละบุคคลมีแนวคิดในการรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการแพทย์ผสมผสานระหว่างแผนจีนร่วมกับแผนตะวันตกซึ่งจากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการรักษา มะเร็งต่อมไทรอยด์แพร่กระจายไปหลังการผ่าตัดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนนั้นมีประสิทธิผลดีสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและยืดอายุของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำแนวคิดใหม่ๆ ไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิกต่อไป

คำสำคัญ: มะเร็งไทรอยด์; การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน; แนวคิด; ประเทศไทย

ผู้รับผิดชอบบทความ: จรัส ตั้งอรัมวงศ์: birdcorp.gm@gmail.com

บทนำ

เฉินเลี้ยง เป็นแพทย์จีนอาวุโสในประเทศไทย เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การรักษาทางคลินิกกว่า 50 ปี มีชื่อไทยคือจรัส ตั้งอรัมวงศ์ เคยได้รับเชิญให้เป็นแพทย์จีนออกตรวจที่คลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวมา 11 ปีและดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าแผนกอายุรกรรมในขณะนั้น และได้รับเชิญให้เป็นอาจารย์พิเศษที่มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติอยู่หลายปี ในขณะเดียวกันก็ยังได้ออกตรวจที่ร้านขายยาแผนโบราณเกรียงฟ้าโฮสเทล มากกว่า 50 ปี และยังเป็นกองบรรณาธิการจัดทำ “ตำรายาจีนที่ใช้บ่อยในประเทศไทย” เล่ม 1-4 ของสถาบันการแพทย์ไทย-จีน กระทรวงสาธารณสุข^[1] ปัจจุบันได้รับเชิญให้เป็นทีปรึกษาสถาบันการแพทย์ไทย-จีน กระทรวงสาธารณสุข มีประสบการณ์ในการรักษาโรคทางนรีเวชภาวะมีบุตรยากในบุรุษและสตรี ประจำเดือนมาไม่ปกติโรคซับซ้อนทางอายุรกรรม หลอดเลือดหัวใจและสมอง

เบาหวาน ต่อมลูกหมากโต โรคไต โรคทางเดินอาหาร โรคไขข้อกระดูก โรคมะเร็งและเนื้องอกต่างๆ เป็นต้น ยึดหลักการเป็นใจจริง ตรวจวินิจฉัยจำแนกกลุ่มอาการของโรคเพื่อกำหนดวิธีการรักษา เลือกใช้ยาอย่างแม่นยำตรงจุดในการรักษาโรคซับซ้อนซึ่งทำให้ได้ประสิทธิผลในการรักษา

ในหลายปีที่ผ่านมาผู้เขียนเคยมีประสบการณ์ในการรักษา มะเร็งต่อมไทรอยด์ เคยสรุปผลการรักษาผู้ป่วยจำนวน 15 ราย เป็นชาย 6 ราย หญิง 9 ราย อายุตั้งแต่ 28 ถึง 68 ปี ผู้ป่วย 13 รายข้างต้นอยู่ในระยะเริ่มต้นและระยะกลาง ได้รับการผ่าตัดด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นวิธีการรักษาขั้นพื้นฐานตามมาตรฐาน และผู้ป่วยบางรายได้รับผลการรักษาด้วยการฉายแสงและเคมีบำบัด แม้ว่าจะมีประสิทธิผลดีในการรักษาในระยะสั้นๆ แต่อย่างไรก็ตามหลังจากแปดเดือนไปจนถึงสองปี พบ

ว่ามะเร็งกลับเป็นซ้ำ และมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณด้านข้างของคอไปอีกข้างหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่เต็มใจที่จะรักษาด้วยการฉายแสงและเคมีบำบัดต่ออีก และเลือกที่จะเปลี่ยนมารับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนโดยการรับประทานยาสมุนไพรจีนเป็นหลัก ทำการรักษา 1.5 ถึง 2 ปี โดยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน ปัจจุบันผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงดำรงชีวิตอยู่มาเป็นเวลา 6 ถึง 15 ปี และตอนนี้ก็ยังมีชีวิตอยู่ ทุก 3 ถึง 6 เดือนนัดมาติดตามผลการรักษา และยังให้ผู้ป่วยตรวจเลือด ตรวจ CT scan ตรวจอัลตราซาวด์เป็นประจำ ซึ่งไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็งและการกลับเป็นซ้ำ บทความนี้จะทำการสรุปหลักการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ต่างๆ จากประสบการณ์ทางคลินิกโดยใช้หลักการของศาสตร์การแพทย์แผนจีนเพื่อแยกแยะประเภทของโรค จำแนกกลุ่มอาการของโรคเพื่อกำหนดวิธีการรักษา ร่วมกับการรักษาด้วยยาสมุนไพรแผนปัจจุบัน หลายปีที่ผ่านมาได้รักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่มีการกระจายหลังการผ่าตัดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนมีประสิทธิผลในการรักษาค่อนข้างดี สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตและยืดอายุของผู้ป่วยได้

มะเร็งต่อมไทรอยด์เป็นเนื้องอกชนิดร้ายที่มีต้นกำเนิดจากเซลล์เยื่อบุผิวของต่อมไทรอยด์ฟอลลิคูลาร์หรือเซลล์เยื่อบุผิวพาราฟอลลิคูลาร์ และยังเป็นเนื้องอกมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของบริเวณศีรษะและคออีกด้วย มะเร็งต่อมไทรอยด์พบได้บ่อยในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 3 : 1^[2] ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาอุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมไทรอยด์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก จากข้อมูลของทะเบียนมะเร็ง-กลางแห่งชาติ สาธารณรัฐประชาชนจีน (China National Central Cancer Registry) อุตการณ์ของมะเร็งต่อมไทรอยด์ในเขตเมืองของจีนอยู่ในอันดับที่ 4 ของมะเร็งในสตรีทั้งหมดและยังคงเพิ่มขึ้นในอัตรา 20% ต่อปี^[3] นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาพบว่า 5-10% ของผู้ป่วยที่มีก้อนไทรอยด์ทั้งหมดจะเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ อุตการณ์ของมะเร็งต่อมไทรอยด์ทั่วโลกยังคงเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้น 2.4 เท่าในช่วง 35 ปีที่ผ่านมา อัตราการเกิดมะเร็งต่อมไทรอยด์รายใหม่ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็น 6.9 ต่อผู้หญิง 100,000 คน และ 1.6 ต่อผู้ชาย 100,000 คน ในช่วงปี 2559-2561^[4]

มะเร็งต่อมไทรอยด์ ตำแหน่งของโรคอยู่บริเวณคอ ก่อนเนื้องอกแข็ง ผิวและรูปร่างไม่สม่ำเสมอ ขอบเขตไม่ชัดเจน ขยับเคลื่อนที่ได้ไม่ดี เนื้องอกจะเติบโตอย่างช้าๆ

ในระยะเริ่มต้น ส่วนใหญ่มักมีก้อนเดียว ส่วนน้อยที่จะเป็นหลายก้อนหรือเป็นพร้อมกันทั้งสองข้าง ขนาดของเนื้องอกแตกต่างกันไป โดยทั่วไปหลายมิลลิเมตรหรือหลายเซนติเมตร การดำเนินของโรคจะค่อนข้างยาวนาน ในสมัยโบราณแพทย์จีนมองว่าโรคนี้เกิดจากอารมณ์ภายในแปรปรวนก่อให้เกิดโรค ซึ่งขัดขวางความคล่องตัวและเลือดคั่ง การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ม้ามย่อยอาหารและดูดซึมไม่ดี น้ำและความชื้นหยุดนิ่งอยู่ภายใน และก่อตัวสะสมกลายเป็นเสมหะอุดกั้นภายใน ทำให้เลือดคั่งและเลือดคั่งอยู่บริเวณคอเป็นผลก่อให้เกิดโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งมักเกี่ยวข้องกับกับอารมณ์ครุ่นคิดกังวลที่สะสมมาเป็นเวลานาน ส่งผลให้การทำงานของภูมิคุ้มกันลดลง ดังในตำราจี้เจิงฟาง 《济生方》 ที่เขียนไว้ว่า “อิงหลิว (เนื้องอกบริเวณคอ) มักจะมีอารมณ์แปรปรวนหงุดหงิดครุ่นคิดกังวลมากเกินไปจะทำให้เจ็บป่วย”

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ในระยะเริ่มต้นและระยะกลางจะเลือกใช้วิธีการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันก่อน เช่น การผ่าตัด หรือร่วมกับการทำเคมีบำบัดและฉายรังสีรักษา แม้ว่าจะได้ประสิทธิผลการรักษาในระยะสั้น แต่การรักษาเหล่านี้มีระดับความเสียหายต่ออวัยวะภายในที่แตกต่างกัน รวมทั้งอินและหยาง สารจีนเย่ หรือน้ำและของเหลวในร่างกาย ซึ่งและเลือด เช่น หลังการผ่าตัดอาจทำให้ซีและเลือดในร่างกายขาดเจ็บบ้าง การฉายแสงอาจทำให้ของเหลวในร่างกายลดลง ส่วนการทำเคมีบำบัดอาจทำให้ตับ ลำไส้ และกระเพาะอาหารเสียหายได้ และการทำงานของระบบย่อยอาหารถดถอย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทำให้การสร้างเม็ดเลือดถูกยับยั้ง ซึ่งและเลือดทั่วร่างกายแปรปรวน ภาวะแทรกซ้อนหลังจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดที่พบบ่อยที่สุดคือ ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ต่ำเฉียบพลัน จากการขาดเลือดมาเลี้ยงต่อมพาราไทรอยด์หรือต่อมพาราไทรอยด์ถูกเอาออกระหว่างการผ่าตัด ทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ และการบาดเจ็บของเส้นประสาทกล่องเสียงทำให้เส้นเสียงเป็นอัมพาต^[5] ผู้ป่วยบางรายอาจมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้อีกหลังจาก 8 เดือน หรือ 1-2 ปี โดยจะมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณต้นคออีกด้านหนึ่ง และกระจายไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ สมอง หรือกระจายไปที่กระดูก จากงานวิจัยของท่านเหว่ยจางและคณะ^[6] ได้ทำการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 ถึง 2010 พบว่า 12.1% ของผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำของเนื้องอก นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยของเล่าหลี่เฉิงและทีม^[7] พบว่า 2-4 ปี หลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมไทรอยด์เป็นช่วงเวลาสูงสุดที่กลับ

มาเป็นข้าหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยวัยรุ่นและวัยกลางคน โดยเฉพาะผู้ป่วยชายที่มีอายุ 45 ถึง 59 ปีมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมาเป็นซ้ำหากไม่ได้รับการรักษาด้วยไฮโดรคอร์ติโซน-131 หลังการผ่าตัด ในกรณีเช่นนี้ ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนจีนและการแพทย์แผนปัจจุบันได้ ทั้งนี้ งานวิจัยหลายชิ้นในประเทศจีนพบว่า การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนจีนและการแพทย์แผนตะวันตกหลังการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ เช่น การใช้ยาสมุนไพรจีน การฝังเข็ม การกดจุดชีพจร สามารถบรรเทาอาการทางคลินิกต่างๆ ที่เหลือหลังการผ่าตัด เช่น อาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้า ใจสั่นนอนไม่หลับ เสี่ยงหกล้ม อาการบวมและปวดเฉพาะที่ เพื่อเป้าหมายในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^[8] ผู้เขียนได้ตรวจวินิจฉัยตามหลักการแพทย์แผนจีน จำแนกโรค และจำแนกกลุ่มอาการของโรคเพื่อกำหนดวิธีการรักษา โดยให้การรักษาควกับ การรักษาด้วยยาสมุนไพรแผนปัจจุบัน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ โดยมุ่งเน้นที่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บทความนี้จะวิเคราะห์แนวคิดในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน โดยกลุ่มอาการของโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่พบบ่อย^[9] และแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ยา มีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดจากประสบการณ์ในการจำแนกกลุ่มอาการของโรคเพื่อกำหนดวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ในแต่ละช่วง

1. ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ในช่วงก่อนการรักษาหรืออยู่ในระหว่างรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

1.1 กลุ่มอาการที่ติดขัดร่วมกับเสมหะและความชื้น

อาการ: ลำคอมีก้อนแข็งเกิดขึ้น ขยับขึ้นลงตามการกลืนน้ำลาย เคลื่อนไหวได้น้อย ร่วมกับอาการปวดตึงบริเวณหน้าอกและซี่ข้าง ลิ้นสีแดงอ่อน ฝ้าขาวบาง เหนียว ชีพจรตึงเส้น (เลียนหว่าม่าย)

การรักษา: ระบายเสมหะและก๊อมน

ตำรับยา: ให้อำนาจวิทูทาง 《อึ้งจินเจียน》^[10] และ เชียวเหยาซาน 《ไท่ผิงฮุ่ยหมินเหอจี้จี้ฟาง》^[11] เพิ่มลด

ให้อำนาจ คุณปู้ เชียวชู่เฉ่า เจ้อเป้ยหมู่ เจียงปิ่นเซี่ย ปายเจี้ยจี ฝั่วซานเจี้ย ดังกุย ซื่อสาว ผูลิง ปายจู้ เจินผี ซานกานเฉ่า ซิเชียนเฉ่า

วิเคราะห์: ในตำรับนี้ด้วยให้อำนาจ คุณปู้ เชียวชู่เฉ่า เจ้อเป้ยหมู่ เจียงปิ่นเซี่ย ปายเจี้ยจี ช่วยสลายเสมหะและก๊อมน ด้วยดังกุย ซื่อสาว ช่วยบำรุงเลือดสลายคั่ง ด้วยผูลิง

ปายจู้ เจินผี ช่วยบำรุงม้ามและกระเพาะเสริมเจ็งชี เสริมความสามารถในการย่อยและการดูดซึมสารอาหาร ด้วยฉางฮู ซื่อสาว ใช้ร่วมกันช่วยระบายเสมหะ ขับปัสสาวะ ไหลเวียนเลือด ด้วยฝั่วซานเจี้ย ช่วยเสริมการไหลเวียนเลือดทะลวงเลือดคั่งและสลายก้อน ด้วยซานกานเฉ่า ซิเชียนเฉ่า มีสรรพคุณขับพิษร้อน สลายคั่ง ลดบวม การใช้ด้วยมาประกอบเป็นตำรับดังกล่าวข้างต้น เป็นการใช้อย่างที่ไม่มีพิษและด้านละแรงร่วมกัน

เพิ่มลด: หากก้อนมะเร็งค่อนข้างแข็งให้เพิ่ม ซาน-หลิง เอ้อจู้ เพื่อเพิ่มการกระตุ้นการไหลเวียนเลือด สลายเสมหะและก๊อมน หรือเพิ่มหวงเย่าจี ในการสลายเสมหะและก๊อมน ขับพิษร้อน ให้ผลในการต้านมะเร็งที่เด่นชัด แต่อย่าดังกล่าวมีพิษเล็กน้อย หากใช้มากจะส่งผลกระทบต่อดัง ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับควรใช้ด้วยความระมัดระวัง ไม่ควรใช้ในสตรีมีครรภ์

1.2 กลุ่มอาการที่ติดขัดร่วมกับเลือดคั่ง

อาการ: ลำคอด้านหน้าเป็นก้อนแข็งเหมือนหิน ยึดติดแน่นไม่ขยับ เจ็บเหมือนเข็มแทงเฉพาะบริเวณ กลางคิน จะมีอาการมาก ลิ้นม่วงคล้ำหรือมีรอยเลือดคั่ง ฝ้าขาวบาง ชีพจรตึงผิดปกติ (เลียนเซอมา่ย)

การรักษา: ขับปัสสาวะ ไหลเวียนของชี สลายเสมหะ กระตุ้นการไหลเวียนเลือด สลายก๊อมน

ตำรับยา : หลี่ชีซานเจียนทางเพิ่มลด 《จงซีอิจังหลิว-เจิ้นเหลียวต้าเฉวียน》^[12]

ดังกุย ชวนชยง หงตานเซิน เอ้อจู้ ให้อำนาจ ชวนซานเจี้ย เจียงฉาน ตำนหนานซิง เชียวชู่เฉ่า หลงชุย ปายอิง

วิเคราะห์: ในตำรับนี้ด้วยดังกุย ชวนชยง หงตานเซิน กระตุ้นการไหลเวียนเลือด สลายคั่งและก๊อมน เป็นด้วยหลัก ด้วยให้อำนาจ ชวนซานเจี้ย ตำนหนานซิง เชียวชู่เฉ่า สลายเสมหะและก๊อมน เป็นด้วยเสริม ด้วยช่วยใช้ หลงชุย ปายอิง ขจัดพิษ สลายคั่งและก๊อมน

1.3 กลุ่มอาการเสมหะและความชื้นสะสม

อาการ: แน่นหน้าอกและคอตึง อ่อนล้าไปทั่วทั้งร่างกาย เบื่ออาหาร ก้อนที่ลำคอมีลักษณะแข็ง ลื่นซิด ฝ้าขาวเหนียว ชีพจรลื่นลอยแผ่ว (หว่ามหญ่าย)

การรักษา: บำรุงม้าม สลายเสมหะ สลายก๊อมน

ตำรับยา: ให้อำนาจวิทูทาง 《อึ้งจินเจียน》^[10] และ เอ้อเฉินทาง 《ไท่ผิงฮุ่ยหมินเหอจี้จี้ฟาง》^[11] เพิ่มลด

ให้อำนาจ คุณปู้ ชวนซานเจี้ย เชียวชู่เฉ่า เจียงปิ่นเซี่ย ผูลิง ปายจู้ เจินผี ปายเจี้ยจี เจ้อเป้ยหมู่ ตำนหนานซิง หวงเย่าจี ซานกานเฉ่า

วิเคราะห์: ในตำรับนี้ด้วยคุณปู้ ให้อำนาจ ชวนซานเจี้ย

เซียะชู่เฉ่า สลายเสมหะและก้อน ทะลวงคั่งสลายมะเร็ง เป็นตัวยาหลัก ด้วยยาเจียงป๋ันเซียะ ปายเจียจี้ เจ้อเป่ย์หมู่ ตานหนานซิง ฉินผิ ปรับการไหลเวียนของชี สลายเสมหะและก้อนเป็นตัวยาเสริม ด้วยยาฝูหลิง ปายจู บำรุงม้ามและขับความชื้น เสริมภูมิคุ้มกัน เสริมการด้านมะเร็ง ด้วยยาชวนซานเจีย กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทะลวงเส้นลมปราณ ลดบวม งานวิจัยในปัจจุบันพบว่า มีสรรพคุณป้องกันการแข็งตัวของเลือด ลดความหนืดของเลือด ด้านการอักเสบและเพิ่มความสามารถในการทนต่อภาวะขาดออกซิเจนในเนื้อเยื่อ อีกทั้งยังเพิ่มการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ด้วยยาชวนกานเฉ่า ช่วยระบายร้อนและขับพิษ

2. ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ในช่วงหลังการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

กลุ่มอาการอินพร่องร่วมกับมีภาวะแห้งเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อย

อาการ: หลังจากที่ได้มีการผ่าตัดก้อนบริเวณคอหรือได้รับการฉายรังสี เคมีบำบัดแล้ว ซึ่งและอินมักถูกทำลาย หรือพื้นฐานสุขภาพของร่างกายอาจมีอินพร่อง ซื่ออ่อนแอเป็นทุนเดิม มักจะพบอาการใจสั่น หายใจสั้น ปากลิ้นแห้ง เหงื่อออกมากขณะทำกิจกรรมหรือในขณะหลับ ร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เสี่ยงหอบหืด หายใจไม่ค่อยออก การกลืนมีปัญหา ลิ้นสีแดงคล้ำ ฝ้าบางหรือแห้ง ชีพจรจวมเล็กเร็ว (ฉินซี้ซั่วมา่ย)

การรักษา: บำรุงอินชุ่มชื้นความแห้ง สลายเสมหะและก้อน

ตำรับยา: หยางอินซิงเฟียทาง 《จิงโหลยวูเยา》 และ เนย์เซียะหวลลี่หวาน 《หยางอีต้าฉวน》^[13] เพิ่มลดเซิงตี้ ม่ายตง เสวียนเซิน ตันผิ เฉ่าปายสาว เจ้อเป่ย์หมู่ ไ้เก้อเซียะ หมู่ลี่ ชวนซานเจีย ไ้จ้าว หวงเยาจี ซานชือกู ซานกานเฉ่า

วิเคราะห์: ในตำรับนี้ด้วยยาเซิงตี้ ม่ายตง เสวียนเซิน ตันผิ เฉ่าปายสาว ช่วยบำรุงอินเสริมสารจีน ลดความร้อนในเลือดสลายเลือดคั่ง ในผู้ป่วยที่อินพร่องเลือดร้อนจน สารจีนถูกทำลาย หรือในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการฉายแสง เคมีบำบัดแล้วทำให้เกิดไฟเผาเผา สารอินและสารจีนถูกทำลาย เป็นต้น ซึ่งยาจะช่วยลดระดับการที่ต่อมน้ำลายถูกทำลาย ช่วยกระตุ้นให้สร้างเยื่อในช่องปากใหม่ฟื้นฟูความสามารถในการคั้หลังเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย ลดผลข้างเคียงจากการฉายแสงและเคมีบำบัด ส่วนด้วยยาเจ้อเป่ย์หมู่ ไ้เก้อเซียะ

หมู่ลี่ ชวนซานเจีย ไ้จ้าว หวงเยาจี ซานชือกู จะช่วยสลายเสมหะสลายเลือดคั่ง ทำให้ก้อนนิ่มและสลายก้อน ด้วยยาชวนกานเฉ่า ช่วยระบายร้อนและขับพิษ

เพิ่มลด: หากชีพร่งไม่มีแรงเพิ่มด้วยยาหวงฉี ไ้จื่อเซิน เพิ่มเสริมชีพยงเจิ้งชี

หากการฉายแสงและเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อการทำงานของระบบย่อยอาหารในทางเดินอาหารและทำให้อาเจียนและสะอึก: สามารถใช้ด้วยยา จวีผิจุหุทาง (จวีผิ จุหุ ต้าจ้าว เซิงเจียง กันเฉ่า เหวินเซิน) ยาตำรับนี้มีสรรพคุณในการดึงลงแก้อาเจียนเสริมชีระบายร้อน ลดผลข้างเคียงจากการทำเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการมีไข้ อาเจียนจากภาวะอินพร่อง

หากตับได้รับความเสียหายและเกิดภาวะดีซ่าน ตัวเหลือง เพิ่มด้วยยาอินฉิน เพื่อระบายร้อนและความชื้น ลดอาการตัวเหลือง ลดการทำงานของเอนไซม์ทรานซามิเนสในซีรัมลง และเสริมสร้างความสามารถในการล้างพิษของตับ

หากการทำงานของม้ามและไตบกพร่อง ปัสสาวะลำบาก ร่างกายบวม เพิ่มด้วยยา ชือหลิงทาง (ฝูหลิง จูหลิง ปายจู เจ้อเซียะ) เพื่อเสริมม้ามและขับปัสสาวะขจัดความชื้นและล้างพิษ ลดผลข้างเคียงจากพิษของเคมีบำบัด และยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง หลังจากผลข้างเคียงจากการฉายแสงและเคมีบำบัดบรรเทาแล้ว ให้รักษาตามวิธีการจำแนกประเภทก่อนหน้านี้ มักจะได้ผลที่น่าพอใจ

อนาคตของการปฏิบัติ

ผู้เขียนยังคงยืนยันหยึดอยู่เสมอว่าจะนำจุดเด่นของศาสตร์การแพทย์แผนจีนมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ในการรักษายึดหลักตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน จำแนกกลุ่มอาการของโรคและกำหนดวิธีการรักษา และลดผลข้างเคียงจากการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ในแต่ละขั้นตอนของการรักษาอาการโรคซับซ้อนพร่องแกร่งปะปนกัน จำเป็นต้องวินิจฉัยให้แม่นยำว่ากลุ่มอาการของผู้ป่วยเกิดจากการผ่าตัด หรือหลังการฉายแสงและเคมีบำบัด ร่างกายอินหยางพร่องหรือแกร่ง ซึ่งและอินเสียหายหรือไม่ หรือร่างกายอินพร่องและซื่ออ่อนแอ หรือว่าเป็นช่วงที่มะเร็งกำลังลุกลามอยู่ ล้วนต้องพึงพาประสบการณ์อันยาวนานทางคลินิกของแพทย์แผนจีน พยายามทำความเข้าใจเบาะแสของการพัฒนาโรครอยางดีที่สุด สัดส่วนในการใช้ยาเสริมบำรุงเจิ้งชี กับยาที่ช่วยขจัดปัจจัยก่อโรค เข้าใจหลักการรักษา สื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย รับ-

ประทานยาจีนทุกวันอย่างเนื่อง ตรวจสอบติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสอบเลือด ตรวจ CT scan ตรวจอัลตราซาวด์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามพัฒนาการของเนื้องอก ซึ่งก็จะสามารถบรรลุเป้าหมายในการยกระดับคุณภาพชีวิตและยืดอายุได้

ปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนมากในจีน ที่ได้พิสูจน์ประสิทธิผลในการรักษาโรคมะเร็งด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน^[14-16] ถ้าหากว่าใช้การผ่าตัด การฉายแสง และเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวในการยับยั้งและฆ่าเซลล์มะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มต้นและระยะกลาง มักเห็นประสิทธิผลการรักษาในระยะสั้น แต่มักสร้างความเสียหายต่อเซลล์ปกติและร่างกาย หากใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาสมุนไพรจีน จะสามารถลดพิษและลดผลข้างเคียงจากการฉายแสงและเคมีบำบัด ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย ปรับปรุงประสิทธิผลในการรักษา ดังนั้น ในกระบวนการรักษาเนื้องอก การผสมผสานวิธีการรักษาที่หลากหลายของการแพทย์แผนจีนและแพทย์แผนปัจจุบันเข้าด้วยกัน การเรียนรู้จากจุดแข็งของกันและกัน จึงจะสามารถบรรลุผลลัพธ์ในอุดมคติในการรักษามะเร็ง ปรับปรุงคุณภาพชีวิต และยืดอายุของผู้ป่วยได้

References

1. Techadamrongsin Y, editor. Commonly used Chinese prescriptions in Thailand, complete edition. Bangkok: Agricultural Co-operative Federation of Thailand Printing; 2011. (in Thai)
2. Chaysiri P. Poorly differentiated thyroid carcinoma: recognition of its entity and current knowledge. Journal of Thai Association of Radiation Oncology. 2020;26(1):1-19. (in Thai)
3. Nation Health Commission of the People's Republic of China. Diagnosis and treatment guidelines for thyroid cancer [Internet]. 2022 [cited 2021 Aug 3]. Available from: <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/downloadFiles/c19a52f5afca4b4a84d92f140fece9c7.pdf> (in Chinese)
4. Dumrisilp S. Incidence and analysis of factors related to thyroid cancer in patients undergoing surgery at the Otolaryngology Department at Krathum Baen Hospital. Hua Hin Medical Journal. 2022;2(1):22-33. (in Thai)
5. Samranvanich B. Complications after surgery for well-differentiated thyroid carcinoma in Otolaryngology Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Thai Cancer Journal. 2019;39(3):93-102. (in Thai)
6. Zhang W, Jiao D, Liu BG, Sun SP. Analysis of risk factors contributing to recurrence of papillary thyroid carcinoma in Chinese patients who underwent total thyroidectomy. Med Sci Monit [Internet]. 2016 [cited 2021 Aug 16];22:1274-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27084873/>
7. Shao LC, Jian HJ, Chen GH, Liang YY, Huang WZ. Recurrence and survival analysis of postoperative patients aged 25 to 59 years with differentiated thyroid carcinoma. J South Med Univ [Internet]. 2016 [cited 2016 Feb 20];37(2):274-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28219876/> (in Chinese)
8. Wan HN, Zhang GY, Duan F, Fu Y, Yan SH. Treatment of postoperative thyroid cancer by traditional Chinese and Western medicine. Acta Chinese Medicine and Pharmacology. 2022;50(2):5-9 (in Chinese)
9. Gu BH. External medicine of TCM. Shanghai: Shanghai Scientific & Technical Publisher; 1985. (in Chinese)
10. Wu Q. The golden mirror of medicine. Beijing: Beijing Health Publishing House; 1963. (in Chinese)
11. Chen CH. Prescription of peaceful benevolent dispensary. Shenyang: Liaoning Science and Technology Publishing House; 1997. (in Chinese)
12. Zeng YL. Manual of tumor diagnosis and treatment in Chinese traditional and modern medicine. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine; 1996. (in Chinese)
13. Gu SC. Common in yin deficiency and dryness. In: Lin YP, editor, Ulcer medicine encyclopedia. Beijing: People's Medical Publishing House; 1987. p. 700. (in Chinese)

14. Zhang QW, Wu W. Evaluating the curative effect of integrative traditional Chinese and Western medicine on thyroid carcinoma. *Nei Mongol Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2017;36(21/22):143-4. (in Chinese)
15. Fang Y, Min JX. Clinical curative effect of combination of traditional Chinese and Western medicine in treatment of thyroid carcinoma. *World Latest Medicine Information*. 2015;15(105):139-40. (in Chinese)
16. Wang B, Lin L, Ni QS, Cheng L. Exploration on the advantages of traditional Chinese medicine assisting western medicine in the treatment of thyroid cancer. *Beijing Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2011;30(5):354-6. (in Chinese)



Special Article

Concepts from the experience of treating thyroid cancer patients with re-metastasis after operation with traditional Chinese medicine of a senior Chinese physician in Thailand

Jaras Tangaramvong¹, Theerawat Tangaramvong²

¹ Institute of Chinese and Thai Medicine, Ministry of Health, Thailand

² Kriang Fah Osod, Thailand

Abstract: Most thyroid cancer patients are treated with Western medicine surgery or radiation therapy, which is often found to have some forms of complications. Chen Liang, a senior Chinese medicine doctor in Thailand, has outlined the principles for TCM syndrome differentiation from more than 50 years of clinical experience with over 15 patients; and developed guidelines for the treatment of thyroid cancer patients by pre- and post-operative treatments by modern medicine. The guidelines have applied the theory of traditional Chinese medicine in dialectically classified diseases and syndromes, and selected treatment in accordance with the condition of each individual. There is a concept of cancer treatment with a combination of traditional Chinese medicine and western medicine. The past experience in treating thyroid cancer patients after surgery with traditional Chinese medicine has shown to be quite effective. It could improve the patient's quality of life and prolong life. This article provides a new idea and method for future clinical practice.

Keywords: thyroid cancer; traditional Chinese medicine treatment; concept; Thailand

Corresponding Author: Jaras Tangaramvong: birdcorp.gm@gmail.com

บทความพิเศษ

พัฒนาการของศาสตร์การฝังเข็มในประเทศไทย

สมชาย จิรพินิจวงศ์¹, ภาสกิจ วัณนาวิบูล²

¹ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

² วิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ: การฝังเข็มเป็นศาสตร์หนึ่งของการแพทย์แผนจีนที่ได้รับการรับรองจากนานาชาติ บทความนี้ได้รวบรวมแนวความคิดของนักวิชาการจากหลากหลายสาขารวมทั้งประมวลสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในอดีตมาบูรณาการเพื่อการต่อยอดแนวคิดในการพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนจีนในอนาคต โดยจะกล่าวถึงประวัติความเป็นมาและพัฒนาการของศาสตร์การฝังเข็มในประเทศไทย ซึ่งศาสตร์การฝังเข็มได้เข้ามาในประเทศไทยมากกว่า 50 ปีแล้ว โดยแพทย์แผนโบราณจีนที่อพยพมาจากจีนแผ่นดินใหญ่ ได้นำเอาเข็มติดตัวมา การฝังเข็มรักษาโรคเป็นที่รู้จักกันแต่ในวงแคบๆ เฉพาะหมู่ชาวจีนโพ้นทะเล ต่อมาในปี พ.ศ. 2515 ศาสตร์การฝังเข็มเริ่มเป็นที่รู้จักของประชาชนไทยอย่างกว้างขวางในระดับทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน เป็นหน่วยงานระดับกองเป็นการภายใน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนจีนให้มีคุณภาพและมาตรฐานที่เหมาะสม เพื่อเป็นการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของคนไทยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย และเป็นหน่วยประสานความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยและจีนของกระทรวงสาธารณสุขของทั้งสองประเทศ โดยมีนายแพทย์ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง เป็นผู้อำนวยการคนแรก กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกต่างๆ โดยกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550-2554 โดยการแพทย์แผนจีนเป็นสาขาหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว และในปี พ.ศ. 2541 เริ่มจัดการฝึกอบรมหลักสูตรการฝังเข็มระยะเวลา 3 เดือน สำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งปัจจุบันมีผู้ที่ผ่านการอบรมดังกล่าวประมาณ 2,000 คน และบางส่วนได้เข้าไปอยู่ในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนที่มีการรักษาด้วยศาสตร์การฝังเข็ม ในปี พ.ศ. 2564 แพทย์จีนที่จบออกมาและสอบได้ใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน มีจำนวน 1,834 คน จะเห็นได้ว่าปัจจุบันศาสตร์การฝังเข็มเป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศไทยและระดับสากล และเป็นอีกศาสตร์ทางเลือกหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาโรครักษาไข้เจ็บต่างๆ ได้อย่างเป็นที่น่าพอใจ

คำสำคัญ: การแพทย์แผนจีน; ศาสตร์การฝังเข็ม; พัฒนาการของศาสตร์การฝังเข็มในประเทศไทย

ผู้รับผิดชอบบทความ: สมชาย จิรพินิจวงศ์: somchaiabin@gmail.com



Received: 31 August 2022 Revised: 11 September 2022 Accepted: 30 September 2022



บทนำ

การรักษาโรคหรืออาการต่างๆ ในแต่ละศาสตร์ตามภูมิปัญญาการแพทย์ของประเทศต่างๆ มีความหลากหลายบนพื้นฐานตามแนวคิดทางปรัชญา ความเชื่อ ประสบการณ์จากเวชปฏิบัติและการทดลองศึกษาวิจัย เป็นต้น ทั้งหมดล้วนมีจุดมุ่งหมายเหมือนกันคือรักษาบรรเทาความเจ็บป่วย ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ศาสตร์การแพทย์แผนจีนในประเทศไทยจัดเป็นการ-

แพทย์ทางเลือก มีกฎหมายรับรองให้เป็นสาขาหนึ่งของ การประกอบโรคศิลปะที่จะต้อง มีหลักสูตร 6 ปีของการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัย^[1,2] การฝึกปฏิบัติทางคลินิก และยังมีการสอบเพื่อได้รับใบประกอบโรคศิลปะ นับแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ตลอดเวลากว่า 20 ปี การแพทย์แผนจีนในประเทศไทยมีการพัฒนาการก้าวกระโดดอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีมหาวิทยาลัยที่มีคณะ-

การแพทย์แผนจีน 9 แห่ง ในภาคเหนือ ตะวันออกเฉียง-เหนือ และภาคกลาง ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ประชาชนจะทราบว่าการแพทย์แผนจีนมีจุดเด่นที่การรักษาโรคทางอายุรกรรม คือการใช้วิธีการตรวจร่างกาย ทั้ง 4 ด้วยการมอง การดม การฟัง การถาม การสัมผัสจับชีพจร (การแตะ) แล้ววินิจฉัยโรคหรืออาการ และสั่งจ่ายยาสมุนไพรจีนเป็นหลัก แต่ในประเทศไทย ประชาชนกลับมีความเข้าใจต่างกันโดยสิ้นเชิง คนไทยเมื่อพูดถึงการแพทย์แผนจีนก็มักจะนึกถึงการฝังเข็ม ขณะที่บางคนก็เห็นว่าเรียนจบก็ทำการฝังเข็มในการรักษาโรคเป็นส่วนใหญ่ วิธีการฝังเข็มเป็นศาสตร์หนึ่งของการแพทย์แผนจีนที่ได้รับการรับรองจากนานาชาติ และปัจจุบันประเทศไทยมีการนำศาสตร์นี้มาใช้อย่างแพร่หลายโดยแพทย์จีน และแพทย์แผนปัจจุบัน บทความนี้รวบรวมแนวความคิดของนักวิชาการจากหลากหลายสาขารวมทั้งประมวลสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในอดีตมาบูรณาการเพื่อการต่อยอดแนวคิดในการพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนจีนในอนาคต โดยกล่าวถึงประวัติความเป็นมาและการพัฒนาการของศาสตร์การฝังเข็มในประเทศไทย

พัฒนาการของศาสตร์การฝังเข็มในประเทศไทย

การฝังเข็ม เป็นศาสตร์หนึ่งของการแพทย์แผนจีนซึ่งมีประวัติมาอย่างยาวนานกว่า 4,000 ปี โดยอาศัยหลักทฤษฎีพื้นฐานของการแพทย์แผนจีน มีการวิจัยจุดฝังเข็มบนเส้นลมปราณจิงลั่ว (经络) เทคนิคในการแทงเข็ม แนวทางในการนำไปใช้ในการรักษาหลักเกณฑ์ในการใช้การฝังเข็มเพื่อป้องกันการเกิดโรค กลไกหน้าที่ในการทำงานของการฝังเข็ม^[3] โดยเริ่มมีการบันทึกรวบรวมเป็นทฤษฎีพื้นฐานอยู่ในคัมภีร์หวงตี้เนย์จิง《内经》 ซึ่งถือว่าเป็นตำราเล่มแรกที่บันทึกถึงหลักทฤษฎีการฝังเข็ม และในยุคราชวงศ์ฉิน หวงฝูมี (皇甫谧 ค.ศ. 215-282) ได้เขียนคัมภีร์จินเจียวเจียอี้จิง《针灸甲乙经》 ซึ่งเป็นตำราที่สำคัญต่อจากคัมภีร์เนย์จิง ที่ได้รวบรวมศาสตร์การฝังเข็มเป็นเล่มแรกอย่างครอบคลุมทั้งทฤษฎี จุดบนเส้นลมปราณสรรพคุณในการรักษา เทคนิคในการฝังเข็ม การรักษาโรคที่พบบ่อย ด้วยการพัฒนาของการฝังเข็มและรรมยาในยุคต่อๆ มา จนถึงราชวงศ์หยวน หมิง และชิง ได้จัดระเบียบและรวบรวมเอกสารบางส่วนเกี่ยวกับการฝังเข็มและรรมยา เกิดเป็นคัมภีร์จินเจียวต้าเฉิง《针灸大成》 ซึ่งเป็นตำราฝังเข็มที่สำคัญใช้อ้างอิงในยุคของคนรุ่นหลัง ซึ่งแน่นอนว่าบทบาทสำคัญในการสรุป

และการพัฒนาของการฝังเข็มล้วนมาจากประสบการณ์จริงในทางคลินิกของแพทย์จีน

ในปี ค.ศ.1914 หวัง ต้าเซี่ย รัฐมนตรีกระทรวงศึกษาธิการก๊กหมิงตั้ง (ปีที่สามของรัฐบาล) ได้เสนอให้มีการยกเลิกการแพทย์แผนจีน และให้ใช้การแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว ต่อมาใน ค.ศ. 1929 มีการประชุม “คณะกรรมการกลางสาธารณสุข” นายแพทย์เซี่ย วินชิว ซึ่งศึกษาวิชาแพทย์จากญี่ปุ่น ได้เสนอให้ยกเลิกการรักษาโรคโดยแพทย์แผนจีน ด้วยเหตุผลว่า ทฤษฎีการแพทย์จีนล้วนแล้วแต่เป็นทฤษฎีเพื่อฝัน การวินิจฉัยโรคโดยการแตะจับชีพจรไม่เป็นจริง หลอกหลวงประชาชน เป็นต้น มีการเสนอขึ้นตอนการยกเลิก และจำกัดสิทธิของผู้ประกอบโรคศิลปะ ปิดกั้นการโฆษณาประชาสัมพันธ์ และการลงหนังสือพิมพ์ และห้ามการจัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนจีน หลังจากที่มีมติการประชุมออกมา ได้เกิดการต่อต้านจากวงการแพทย์และเภสัชกรรมแผนจีนอย่างกว้างขวาง และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ รวมทั้งชาวจีนโพ้นทะเลในต่างประเทศ ซึ่งการรณรงค์คัดค้านจัดขึ้นในวันที่ 17 มีนาคม ค.ศ. 1929 ต่อมาได้ถือวันดังกล่าวของทุกปีเป็น “วันแพทย์จีน” โดยผลของการคัดค้าน ทำให้มติดังกล่าวไม่ได้ถูกนำไปปฏิบัติ แต่ก็มีกรออกคำสั่งให้เรียกโรงเรียนการแพทย์แผนจีนเป็นเพียงสถานที่ให้การศึกษา และสั่งห้ามการเรียนการสอนการแพทย์แผนจีนในระบบโรงเรียน และห้ามการทำงานร่วมกันกับแพทย์แผนปัจจุบัน^[3]

สาธารณรัฐประชาชนจีนซึ่งถือกำเนิด ในปี ค.ศ. 1949 รัฐบาลจีนใหม่มีนโยบาย “สังคายนาการแพทย์แผนจีน” ทั่วประเทศ กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาชนจีนได้ประกาศหลักเกณฑ์การประกอบโรคศิลปะสาขารแพทย์แผนจีน และเริ่มมีการสร้างโรงพยาบาลการแพทย์แผนจีนทั่วประเทศ รวมถึงมีแผนกฝังเข็มรักษา และต่อมาเริ่มมีก่อตั้งศูนย์วิจัยฝังเข็ม การรวบรวมเรียบเรียงคัมภีร์โบราณทางการแพทย์ รวมทั้งการฝังเข็มและรรมยา บทความ งานวิจัยทางคลินิกและห้องทดลอง ในปี ค.ศ. 1956 มหาวิทยาลัยทั่วประเทศได้มีหลักสูตรปริญญาตรีสาขาการแพทย์แผนจีน และศาสตร์การฝังเข็มก็เป็นหนึ่งในหลักสูตรด้วยเช่นกัน^[4] ในปี ค.ศ. 1958 ได้มีการใช้เทคนิคการฝังเข็มระงับความเจ็บปวดแทนการใช้ยาสลบในการผ่าตัดเป็นครั้งแรก และประสบความสำเร็จ^[5] จนเป็นที่กล่าวขานและมีอิทธิพลทำให้ศาสตร์การฝังเข็มเป็นที่ยอมรับมากขึ้นและเริ่มเผยแพร่ไปยังนานาประเทศในเวลาต่อมา^[6]

การฝังเข็มและการรมยาแบบจีนหลังจากที่แพร่กระจายไปต่างประเทศ ปัจจุบันประเทศต่างๆ ของภูมิภาคในเอเชีย ยุโรปตะวันตก ยุโรปตะวันออก ได้นำเอาการฝังเข็มมารักษาโรคเพื่อประชาชน หลายประเทศยังได้จัดประชุมวิชาการด้านการฝังเข็ม จัดทำหลักสูตรฝังเข็มและรมยาในสถาบันการศึกษา และสถาบันวิจัย^[7-11] จนกระทั่งในเดือนมิถุนายน ค.ศ. 1979 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมวิชาการเรื่องการฝังเข็มเป็นครั้งแรกที่กรุงปักกิ่ง และได้ประกาศยอมรับการรักษาโรคและบรรเทาอาการด้วยวิธีการฝังเข็มสามารถรักษาได้ผลดี 43 กลุ่มโรค ต่อมาในปี ค.ศ. 1996 ได้ปรับเปลี่ยนเป็น 64 โรค และได้จัดทำมาตรฐานการฝังเข็ม^[12] และในปี ค.ศ. 1984 สหพันธ์การฝังเข็มและการรมยาโลกได้ก่อตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการในกรุงปักกิ่ง ซึ่งกิจกรรมที่สำคัญคือการจัดทำมาตรฐานของการฝังเข็มและรมยาให้เป็นมาตรฐานระดับสากล และในครั้งนั้นมีประเทศต่างๆ เข้าร่วมเพียง 18 ประเทศ ปัจจุบันมีสมาชิกเพิ่มขึ้นเป็น 55 ประเทศด้วยกัน และในขณะนี้การฝังเข็มยังคงมีการดำเนินงานพัฒนาและเผยแพร่ตามนโยบายขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจระดับโลก “หนึ่งแถบหนึ่งเส้นทาง” เพื่อผลักดันให้ศาสตร์การฝังเข็มได้ไปยืนอยู่บนเวทีระดับโลก^[13] ในปี ค.ศ. 1990 เริ่มมีโครงการวิจัยระดับชาติที่สำคัญ โดยงานวิจัยด้านเส้นลมปราณได้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่สำคัญนี้ด้วย พร้อมทั้งเริ่มมีการจัดทำมาตรฐานระดับชาติด้านการรักษาด้วยการฝังเข็มและรมยา^[4]

พัฒนาการของศาสตร์การฝังเข็มในประเทศไทย

1. จุดเริ่มต้นการนำศาสตร์การฝังเข็มเข้ามาในประเทศไทย^[14-20]

ในอดีตศาสตร์การฝังเข็มไม่เป็นที่รู้จักของคนไทยทั่วไป เมื่อนับย้อนหลังจาก พ.ศ. 2515 ขึ้นไปจนถึงสมัยสุโขทัยนับเป็นเวลา 700 กว่าปี ไม่ปรากฏว่ามีหลักฐานทางประวัติศาสตร์ถึงการเผยแพร่ศาสตร์การฝังเข็มในประเทศไทยในวงกว้างและจริงจังมาก่อน แต่จาก “ตำราพระโอสถพระนารายณ์” ซึ่งรวบรวมตำรายาที่ใช้ในราชสำนักของสมเด็จพระนารายณ์มหาราช และจดหมายเหตุของลาลูแบร์มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่า ในแผ่นดินกรุงศรีอยุธยาสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชนั้น ได้มีการแพทย์แผนโบราณจีนเข้ามาเผยแพร่ในประเทศไทยแล้ว เพราะได้มีการกล่าวถึงการใช้ยาจีน แต่ก็ไม่ปรากฏการกล่าวถึงการฝังเข็มรักษาโรค

ในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น ได้มีการเผยแพร่

แพร่วัฒนธรรมจีนเข้ามาในประเทศไทยอย่างมาก แต่ก็ไม่มีความหลักฐานกล่าวถึงการนำศาสตร์การฝังเข็มมาใช้ในการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากการแพทย์แผนไทยได้รับอิทธิพลจากอินเดียเป็นสำคัญ มากกว่ามาจากประเทศจีน แนวคิดทฤษฎีและวิธีการรักษาโรคประกอบด้วยการใช้ยาสมุนไพรและการนวดดัดร่างกายเป็นสำคัญ ประการที่สอง ตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาตอนกลางเป็นต้นมา ซึ่งตรงกับสมัยราชวงศ์ชิงของจีน เป็นยุคที่การฝังเข็มเริ่มเสื่อมความนิยมและถูกยกเลิกไปในสมัยจักรพรรดิเต้ากวงเมื่อปี ค.ศ. 1822 ซึ่งจะตรงกับปลายสมัยรัชกาลที่ 2 ดังนั้นโอกาสที่จะมีการนำเอาศาสตร์การฝังเข็มมาเผยแพร่อย่างกว้างขวางนั้น จึงมีความเป็นไปได้น้อย

อย่างไรก็ตาม การนำเอาศาสตร์การฝังเข็มเข้ามาในประเทศไทยนั้นน่าจะยาวนาน แม้ช่วง พ.ศ. 2493-2518 ความขัดแย้งทางการเมืองระหว่างประเทศหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการค้ายาจีนของประเทศไทย เนื่องจากเครื่องยาสมุนไพรจีนเข้าข่ายเป็นสินค้าต้องห้าม แต่อย่างไรก็ตาม ธุรกิจและอุตสาหกรรมทางการแพทย์แผนจีนที่มีการผลิตและใช้ยาจีนสำเร็จรูปและวัตถุดิบยาจีนยังสามารถดำเนินการปกติโดยฮ่องกงและสิงคโปร์เป็นช่องทางที่พ่อค้าคนกลางใช้เป็นทางผ่านนำเข้ามาสู่ประเทศไทย โดยมีแพทย์จีนแผนโบราณตามย่านต่างๆ เช่น “ร้านขายยาเจ้ากรมเป๋อ” เริ่มเปิดกิจการที่ถนนจักรวรรดิตั้งแต่ พ.ศ. 2439^[16] “ร้านขายยาได้อันตึง” เปิดกิจการในถนนวานิช 1 ตั้งแต่ พ.ศ. 2449^[15] และ “โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ” เปิดให้บริการที่ถนนเยาวราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2446^[20] ซึ่งพบว่ามีการฝังเข็มรักษาโรคให้แก่ผู้ป่วยอยู่ประปรายบ้าง ศาสตร์การฝังเข็มที่เผยแพร่สู่ประเทศไทยในยุคแรกนั้น แพทย์แผนโบราณจีนที่อพยพมาจากจีนแผ่นดินใหญ่ ได้นำเอาเข็มติดตัวมาด้วย การฝังเข็มรักษาโรคจึงเป็นที่รู้จักกันแต่ในวงแคบๆ เฉพาะหมู่ชาวจีนโพ้นทะเล ซึ่งมีคนไทยส่วนน้อยยินยอมเข้าไปรับการรักษา^[17]

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2508 พรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย (พคท.) ได้เริ่มทำสงครามต่อสู้กับรัฐบาลพลพรรคของ พคท. ได้นำเอาศาสตร์การฝังเข็มมาใช้รักษาโรคต่างๆ ให้แก่ทหารและประชาชนที่อยู่ในเขตสู้รบและบริเวณใกล้เคียง ทำให้การฝังเข็มเป็นที่รู้จักของประชาชนไทยบางส่วนที่อยู่ในชนบทห่างไกล แต่ก็เป็นการเผยแพร่ที่จำกัดในวงแคบๆ เมื่อจีนดำเนินนโยบายเปิดประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2513 ประธานาธิบดีนิกสันแห่งสหรัฐอเมริกาได้เดินทางไปเยือนประเทศจีน

ภายหลัง พ.ศ. 2514 ประเทศไทยดำเนินนโยบายฟื้นฟูความสัมพันธ์และเปิดประตูการค้ากับสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยเริ่มเปิดช่องทางความสัมพันธ์ทางการทูตตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2515 และต่อมาได้สถาปนาความสัมพันธ์ไทย-จีนอย่างเป็นทางการใน พ.ศ. 2518 จากนั้น ศาสตร์การฝังเข็มจึงเริ่มเป็นที่รู้จักของประชาชนไทยอย่างกว้างขวางในระดับทั่วประเทศเป็นครั้งแรก หลังจากนั้นก็มีคณะผู้แทนต่างๆ จากประเทศไทยทยอยกันเดินทางไปเยือนประเทศจีนเป็นระยะๆ อาทิเช่น คณะนักกีฬาป้องกันไทย แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ซึ่งหลังจากที่เดินทางกลับมา ก็นำเอาเรื่องราวเกี่ยวกับศาสตร์การฝังเข็มมาเผยแพร่ให้สาธารณชนได้รับทราบกันมากยิ่งขึ้น ซึ่งหนึ่งในนั้นได้แก่ ศาสตราจารย์นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา อธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เขียนบทความลงใน “จุฬาลงกรณ์เวชสาร” เมื่อปี พ.ศ. 2516 เรื่อง “การรักษาโรคด้วยวิธีฝังเข็ม” หลังจากที่ได้ไปเยือนประเทศจีนเอาไว้ว่า “ไม่น่าเชื่อเลยว่า เข็มที่ปักที่ขาจะทำให้คนไข้ไม่รู้สึเจ็บจนผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่คอได้ หรือเข็มที่ปักที่ขานี้ทำให้อาการปวดท้องหายไป หรือทำให้ดับทำงานดีขึ้น”^[18]

และศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงคุณหญิงสลัด ทัพวงศ์ ผู้ก่อตั้งภาควิชาวิสัญญีวิทยาในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งท่านเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบุกเบิกนำวิชาฝังเข็มมาใช้ในการรักษาผู้ป่วย ท่านเป็นคณะวิสัญญีแพทย์ไทยชุดแรกที่เดินทางไปศึกษาศาสตร์การฝังเข็มที่ประเทศจีน และกลับมาตั้งแผนกฝังเข็มและระงับความเจ็บปวดขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราช เมื่อ พ.ศ. 2517 โดยมีรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงลัดดาวัลย์ สุวรรณกิตติ เป็นหัวหน้าแผนก นับเป็นการนำเอาศาสตร์การฝังเข็มเข้ามาสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นครั้งแรกของประเทศไทย^[19]

2. จุดเปลี่ยนของพัฒนาการศาสตร์การฝังเข็มในประเทศไทย^[14,15,20-23]

แม้ว่าก่อนปี พ.ศ. 2525 ประเทศไทยจะมีหมอจีนที่รักษาด้วยการฝังเข็มรักษาโรคในขอบเขตแคบๆ ไม่แพร่หลาย จนกระทั่งมีประกาศพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งมาตรา 4 ได้นิยามการแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อการรักษาโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก ให้ถือเป็นเหตุการณ์ที่กระทำได้โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีการเปิดหลักสูตรการอบรมฝังเข็มแก่แพทย์แผนปัจจุบันในเวลาต่อมา โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 จนถึงปัจจุบัน

เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ ได้จัดตั้งศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน เป็นหน่วยงานเทียบเท่าระดับกองเป็นการภายใน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนจีนให้ได้คุณภาพและมาตรฐานที่เหมาะสมเพื่อเป็นการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของคนไทยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย และเป็นหน่วยประสานความสัมพันธ์ระหว่างไทยและจีนของกระทรวงสาธารณสุขของทั้งสองประเทศ

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ความรู้ศาสตร์การฝังเข็มให้แก่แพทย์แผนปัจจุบัน จนสามารถจัดให้บริการแก่ประชาชนทั่วประเทศได้ในขณะนั้นก็คือ นายแพทย์ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง และศาสตราจารย์เฉิง จื่อเฉิง (Prof. Cheng Zicheng) จากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ ท่านเป็นผู้อำนวยความสะดวกสถาบันวิจัยฝังเข็มและเป็นแพทย์ฝังเข็มท่านแรกจากสาธารณรัฐประชาชนจีนที่กระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลไทยเชิญมาเป็นผู้สร้างหลักสูตรฝังเข็ม 3 เดือนให้แก่แพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้หลักสูตรมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกรับรองให้กับทางมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ใช้ฝึกอบรมแพทย์ในต่างประเทศ เพื่อสามารถนำไปใช้และพัฒนาศาสตร์การฝังเข็มมาเป็นการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานปลอดภัย สะดวกและประหยัด สำหรับประชาชนชาวไทยและร่วมเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนไทยสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า^[22]

ในปี พ.ศ. 2543 มูลนิธิป่อเต็กตึ้ง ได้ก่อสร้างอาคารแพทย์จีนโรงพยาบาลหัวเฉียว 8 ชั้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขก็ได้อนุมัติให้จัดพื้นที่ในอาคารดังกล่าวเป็นสถานที่ทำงานของ “ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน” บริเวณชั้น 6 เพื่อความสะดวกในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ (ภาพที่ 1) และชั้น 7 เป็นห้องเรียน และได้ลงนามความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ จัดส่งผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนจีนมาประจำเพื่อให้การรักษาและฝึกอบรมในประเทศไทย และได้มีการเริ่มจัดการฝึกอบรมหลักสูตรการฝังเข็มระยะเวลา 3 เดือน สำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้หลักสูตรการฝึกอบรมจากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ ที่ได้รับการอนุมัติจากองค์การอนามัยโลก จัดการฝึกอบรมให้แก่แพทย์นานาชาติ

การอบรมหลักสูตร การฝังเข็มรุ่นที่ 1 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 27 เมษายน-24 กรกฎาคม พ.ศ. 2541 โดยมีศาสตราจารย์เฉิง จื่อเฉิง ผู้เชี่ยวชาญด้านการฝังเข็มจากโรงพยาบาลหลง-



ภาพที่ 1 พิธีเปิดศูนย์การแพทย์ไทย-จีน
โดย นายแพทย์วุฒิกิจ ธนะภูมิ อธิบดีกรมการแพทย์ เป็นประธาน
(ท่านที่ 7 จากทางขวามือ)
นายแพทย์ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง (ท่านที่ 3 จากทางขวามือ)



ภาพที่ 2 ศาสตราจารย์เฉิง จื่อเฉิงและผู้เข้าอบรมหลักสูตรฝังเข็ม
(ศาสตราจารย์เฉิง จื่อเฉิง แถวที่ 1 จากด้านซ้าย ท่านที่ 3 จากทางขวามือ)

หัวสังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้มาเป็นวิทยากร (ภาพที่ 2) นับเป็นอาจารย์จีนท่านแรกที่ได้นำรากฐานการฝังเข็มให้กับแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทย โดยในระยะแรกจัดการอบรมปีละ 1 รุ่น เมื่อมีแพทย์ให้ความสนใจเพิ่มมากขึ้น ระยะต่อมาจึงเปิดการอบรมปีละ 2 รุ่น ซึ่งศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน กรมการแพทย์ ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สถาบันการแพทย์ไทย-จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้” ในสังกัดกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับผิดชอบจัดการอบรมทั้งสิ้น 12 รุ่น มีแพทย์สำเร็จการอบรมทั้งสิ้น จำนวน 468 คน ซึ่งถือเป็นยุคบุกเบิกและทำให้ศาสตร์การฝังเข็ม รวมทั้งศาสตร์การแพทย์แผนจีนเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์แผนปัจจุบันมากยิ่งขึ้น

สำหรับการจัดการอบรมของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่รุ่นที่ 13 เป็นต้นมา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มอบหน้าที่ให้สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบดำเนินการจัดการอบรมจนถึงปัจจุบัน ในระยะหลัง

สถาบันพระบรมราชชนกได้เริ่มมีการประสานความร่วมมือทางวิชาการกับมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตู จึงมีการอบรมในบางรุ่นที่เชิญวิทยากรจากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตูมาจัดการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรเดิม

ในปี พ.ศ. 2543 จังหวัดเชียงใหม่ได้ลงนามความสัมพันธฉันท์บ้านพี่เมืองน้องกับนครเซี่ยงไฮ้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับโรงพยาบาลแมคคอมมิค ได้จัดกิจกรรมอบรมการฝังเข็มสำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้หลักสูตรเดียวกับการอบรมของกระทรวงสาธารณสุข และเชิญวิทยากรจากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้เป็นวิทยากรเช่นเดียวกัน โดยมีแพทย์จากสถานพยาบาลภายในจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดใกล้เคียงเข้ารับการอบรมจำนวน 25 คน

ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 จังหวัดอุบลราชธานี ได้ลงนามความสัมพันธฉันท์บ้านพี่เมืองน้องกับนครเฉิงตู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ก็ได้จัดการอบรมศาสตร์การฝังเข็มสำหรับแพทย์แผนปัจจุบันในหลักสูตร 3 เดือน เช่นเดียวกัน โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตูมาเป็นวิทยากร โดยจัดการอบรม 2 รุ่น มีแพทย์สำเร็จการอบรมจำนวน 43 คน

ในปี พ.ศ. 2549 กรมแพทย์ทหารบกได้มีความร่วมมือทางวิชาการกับมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจิน และได้เปิดการอบรมหลักสูตรการฝังเข็ม โดยใช้หลักสูตรเดียวกับที่กระทรวงสาธารณสุข สำหรับแพทย์ในสังกัดกระทรวงกลาโหม รุ่นที่ 1 ในวันที่ 1 ธันวาคม 2549-9 มีนาคม 2550 และได้จัดการอบรมต่อเนื่องทุกปีจบจนปัจจุบันปีละ 1 รุ่น ในระยะหลังได้เปิดรับแพทย์จากหน่วยงานต่างๆ และภาคเอกชนเข้ารับการอบรมด้วย ในปี พ.ศ. 2564 เป็นรุ่นที่ 15 รวมจำนวนทั้งสิ้น 706 คน

ปัจจุบันการอบรมหลักสูตรการฝังเข็มสำหรับแพทย์แผนปัจจุบันได้จัดการอบรมไปแล้วทั้งสิ้น 37 รุ่น มีแพทย์สำเร็จการอบรมและกระจายให้บริการแก่ประชาชนทั่วทั้งประเทศจำนวนประมาณมากกว่า 2,063 คน^[23]

หลักสูตรการฝังเข็ม (ระยะเวลา 3 เดือน)

หลักสูตรการอบรมการฝังเข็ม ระยะเวลาการอบรม 3 เดือน (ประมาณ 360 ชั่วโมง) ของประเทศไทย เป็นหลักสูตรที่พัฒนามาจากหลักสูตร Basic Acupuncture Training Course ที่องค์การอนามัย

โลกรับรองสำหรับมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ และจาก Guideline for Training in Acupuncture 1995 ขององค์การอนามัยโลก โดยปรับให้เข้ากับสภาพปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย จัดทำขึ้นมุ่งฝึกอบรมให้แพทย์ที่ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาการฝังเข็มพื้นฐาน พร้อมทั้งเป็นหลักสูตรที่มุ่งสร้างผู้ชำนาญการระดับอาจารย์ผู้สอน และพัฒนาการฝังเข็มสำหรับประเทศไทย

นอกจากนั้นยังเป็นหลักสูตรที่เปิดโอกาสให้ผู้สำเร็จการอบรมสามารถหาความรู้ และประสบการณ์จากแหล่งวิทยาการอื่นๆ ได้ ในการศึกษาการฝังเข็มในระดับสูงขึ้น เช่น การฝังเข็มระบบใบหู การฝังเข็มรอบดวงตา การฝังเข็มรักษาโรคเฉพาะทางด้านต่างๆ

ซึ่งแพทย์ที่สำเร็จการอบรมในหลักสูตรนี้สามารถรักษา บรรเทาโรค และอาการทั่วไปที่เป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่พบบ่อยในประเทศไทยใน 5 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อทั่วไป
2. กลุ่มอาการปวดต่างๆ
3. กลุ่มโรคทางระบบประสาททั่วไป
4. กลุ่มผู้ติดยา และสารเสพติด
5. กลุ่มโรคที่เกิดจากภูมิแพ้

โครงสร้างหลักสูตร ประกอบไปด้วย ความรู้ทั่วไป (ประวัติและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการแพทย์แผนจีน กฎหมายกับการฝังเข็ม มาตรการการปลอดเชื้อในการฝังเข็ม (Sterilization in Acupuncture) การจัดการและป้องกันอุบัติเหตุจากการฝังเข็ม) ทฤษฎีพื้นฐานการแพทย์แผนจีน ได้แก่ ทฤษฎีอิน-หยาง ทฤษฎีปี่จี่ธาตุ สารจำเป็น ซี เลือด และของเหลวในร่างกาย อวัยวะภายใน เหตุแห่งโรค พยาธิกำเนิดของโรค หลักการป้องกันและรักษาโรค การวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์แยกกลุ่มอาการโรค (เปี่ยนเจิ้ง) เป็นต้น ทฤษฎีเส้นลมปราณและการฝังเข็ม ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเส้นลมปราณ/หน้าที่ของเส้น-ลมปราณ องค์ประกอบของระบบเส้นลมปราณ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับจุดฝังเข็ม วิธีการหาตำแหน่งของจุดฝังเข็ม การเลือกจุดฝังเข็มในการรักษาโรคต่างๆ การรักษาด้วยการรมไถ้ ครอบกระปุก และเครื่องกระตุ้นไฟฟ้า เป็นต้น โดยมีการฝึกภาคปฏิบัติ 64 ชั่วโมง การสอบภาคทฤษฎีและปฏิบัติ 18 ชั่วโมง

3. พัฒนาการของศาสตร์การฝังเข็มในประเทศไทยยุคปัจจุบัน

3.1 การนำศาสตร์การฝังเข็มมาใช้ในแต่ละสาขา

ปัจจุบันผู้ที่นำศาสตร์การฝังเข็มมาใช้ประโยชน์เพื่อการรักษาถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ^[15,21,26] คือ

กลุ่มแพทย์จีน หมายถึง บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนจากคณะกรรมการวิชาชีพแพทย์แผนจีน

กลุ่มแพทย์ฝังเข็ม หมายถึง บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา ซึ่งผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ฝังเข็มที่จัดอบรมโดยกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มผู้ช่วยแพทย์แผนจีน หมายถึง บุคคลที่ส่งสมภูมิปัญญาประสบการณ์การรักษามาจากบรรพบุรุษครอบครัวหรือจากหมอจีน ที่ไม่ใช่หลักสูตรจากสถาบันการศึกษาที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพรับรอง ให้สามารถจ่ายสมุนไพรจีนรักษาเบื้องต้น ฝังเข็ม นวด รมยาบำบัด 15 อาการ เช่น ปวดข้อ ท้องอืด ไข้หวัด อัมพฤกษ์ อัมพาตเรื้อรัง โดยต้องปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์แผนจีนหรือแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาล หรือคลินิกตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555 และกำหนดเกณฑ์การต่ออายุหนังสือรับรองการประกอบวิชาชีพทุก 5 ปี

3.2 การพัฒนาด้านการศึกษาด้านการฝังเข็ม

เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและเอกอัครราชทูตสาธารณรัฐประชาชนจีนได้ร่วมเป็นประธานในการเปิดสถาบันการแพทย์แผนไทย-จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ ชั้น 6 อาคาร 5 กรมการแพทย์ ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น “กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก” ตามประกาศพระราชกฤษฎีกา เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2560^[15,24] มีหน้าที่ดังนี้ (1) พัฒนามาตรฐานวิชาชีพมาตรฐานบริการ สถานพยาบาล และสมรรถนะบุคลากร (2) พัฒนามาตรฐานข้อมูลการแพทย์แผนจีน ข่าวสาร สื่อสุขภาพ และระบบรายงาน (3) พัฒนาเครือข่ายการแพทย์แผนจีน (4) ประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยนายแพทย์ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง ได้ผลักดันให้เกิดหลักสูตรการเรียนการสอนการแพทย์แผนจีนระดับปริญญาตรีขึ้นในมหาวิทยาลัยของไทย หลังจากที่ผ่านมาได้วางรากฐานการฝังเข็มให้กับแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทยและประสบความสำเร็จจนทำให้แพทย์แผน-

ปัจจุบันให้การยอมรับการแพทย์แผนจีน โดยเฉพาะด้านการฝังเข็ม โดยการร่วมมือกับกลุ่มแพทย์จีน มูลนิธิ-ป่อเต็กตึ๊ง และมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 ได้จัดตั้งคณะกรรมการแพทย์แผนจีนขึ้นเป็นแห่งแรกในประเทศไทย ณ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ^[14] ซึ่งศาสตร์การฝังเข็มก็เป็นส่วนหนึ่งในเนื้อหาหลักสูตรของคณะกรรมการแพทย์แผนจีน^[25] ในปี พ.ศ. 2547 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ อธิบดีกรมฯ และนายแพทย์ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้ผลักดันให้เกิดหลักสูตรการเรียนการสอนการแพทย์แผนจีนระดับปริญญาตรีขึ้นเป็นแห่งที่สอง ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 มีการจัดตั้งวิทยาลัยการแพทย์ทางเลือก และได้เปิดสอนหลักสูตรการแพทย์แผนจีน^[14] ซึ่งปัจจุบันได้มีการขยายแหล่งการศึกษาจากเดิมสองแห่งเพิ่มอีกถึง 7 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยนครราชสีมา มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม มหาวิทยาลัยพะเยา วิทยาลัยการแพทย์ศาสตร์นานาชาติจุฬาภรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ตามลำดับ ปัจจุบันมีนักศึกษาแพทย์แผนจีนที่จบการศึกษามากกว่า 2,000 คน โดยมีแพทย์จีนที่สอบได้ใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ถึงปี พ.ศ. 2564 จำนวนรวม 1,834 คน

ปี พ.ศ. 2538 คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว ได้จัดตั้งขึ้น เดิมใช้ชื่อว่า “คลินิกการแพทย์ไทย-จีน การแพทย์แผนไทย” เปิดให้บริการจนถึงปัจจุบันมายาวนานกว่า 27 ปี เปิดให้บริการทั้งการบริการด้านการฝังเข็ม อายุรกรรมและกระดูกทุยหนา และขยายไปยังภูมิภาคอีก 2 สาขา ที่จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอศรีราชา นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ที่คลินิกมีส่วนร่วมในการจัดหลักสูตรอบรมฝังเข็ม 3 เดือน ให้กับแพทย์แผนปัจจุบันเป็นต้นมา ปัจจุบันทางคลินิกก็ยังคงเป็นแหล่งฝึกอบรมภาคปฏิบัติให้กับแพทย์แผนปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2552 คลินิก ได้ร่วมมือกับทางมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ ในด้านการเรียนการสอนและให้มีการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ในเวลานั้นคลินิกฯ ได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลหลงหัว เซี่ยงไฮ้ มาช่วยให้คำแนะนำในการทำงานด้านการฝึกปฏิบัติทางคลินิก นับแต่นั้นมาคลินิกได้รับนักศึกษาแพทย์จีนเข้าฝึกปฏิบัติทางคลินิกต่อเนื่องยาวนานกว่า 11 ปี ปัจจุบันเป็นแหล่งที่ฝึกปฏิบัติ

ทางคลินิกให้แก่ นักศึกษาแพทย์จีนจากมหาวิทยาลัยต่างๆ รวมกว่า 1,400 คน และปี พ.ศ. 2562 ยังได้ก่อตั้ง “ชมรมวิชาการครอบครัวแพทย์แผนจีน” เพื่อที่จะได้เป็นศูนย์รวมการพัฒนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้ทันสมัยรวมทั้งให้เท่าทันโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในอนาคต

นอกจากนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพยังยกระดับผู้ที่สั่งสมภูมิปัญญาและประสบการณ์การรักษาจากบรรพบุรุษ ครอบครัว หรือจากหมอจีนที่ไม่ใช่การเรียนในหลักสูตรจากสถาบันการศึกษา เป็นผู้ช่วยแพทย์แผนจีน ให้สามารถจ่ายสมุนไพรรักษาเบื้องต้น ฝังเข็ม นวด รมยาบำบัด 15 อาการ โดยที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์แผนจีนหรือแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลหรือคลินิกตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555 ทั้งนี้ตามที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีนกำหนดให้ผู้ช่วยแพทย์แผนจีนจะต้องผ่านหลักสูตรอบรมพัฒนาความรู้ในด้านวิชาชีพไม่ต่ำกว่า 120 ชั่วโมง และออกหนังสือรับรองการผ่านหลักสูตรอบรม มีเกณฑ์การต่ออายุหนังสือรับรองการประกอบวิชาชีพทุก 5 ปี ขณะนี้มีผู้ได้รับหนังสือรับรองทั้งหมด 342 คนทั่วประเทศ

3.3 การพัฒนาการบริการด้านการฝังเข็ม

ปี พ.ศ. 2446 โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ ถนนเยาวราช กรุงเทพฯ ได้เปิดให้บริการโดยคหบดีชาวจีนโพ้นทะเลจำนวน 6 ท่าน ซึ่งเป็นตัวแทนของชาวจีนท้องถิ่นในประเทศไทย 5 กลุ่ม (แต้จิ๋ว แคะ กวางตุ้ง ฮกเกี้ยน ไหหลำ) เดิมใช้ชื่อว่า “โรงพยาบาลเทียนฮั่วอูยฮี้” เพื่อตรวจรักษาและจ่ายยาจีนให้กับผู้ป่วยยากไร้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ ต่อมาปี พ.ศ. 2500 ได้เปิดแผนกแพทย์แผนปัจจุบัน ปัจจุบันในส่วนของการแพทย์แผนจีนให้บริการทั้งการบริการด้านการฝังเข็ม อายุรกรรม และทุยหนา^[20]

ปี พ.ศ. 2538 ได้ก่อตั้งคลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว สำนักงานใหญ่ กรุงเทพฯ และต่อมาปี พ.ศ. 2556 และ 2561 ได้ขยายกิจการอีก 2 สาขา ที่จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอศรีราชา ตามลำดับ เปิดให้บริการทั้งการบริการด้านการฝังเข็ม อายุรกรรม และกระดูกทุยหนา มีทั้งแพทย์จีนอาวุโสและแพทย์จีนรุ่นใหม่รวมทั้งสิ้นกว่า 60 ท่าน ปี พ.ศ. 2561 คลินิกได้รับการสนับสนุนจากทบวงการแพทย์แผนจีนแห่งชาติให้เป็น “ศูนย์กลางการแพทย์แผนจีนแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีนในประเทศไทย” และยังคงดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ต่อมาในปี พ.ศ. 2563 คลินิกได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง-

สาธารณสุข ให้เป็น “สถานพยาบาลการแพทย์แผนจีน-ต้นแบบในประเทศไทย” และเป็น “หน่วยงานด้านการแพทย์แผนจีนขั้นสูง” หลังจากทีมนายแพทย์ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง ได้วางรากฐานการฝังเข็มให้กับแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทย รวมทั้งหลักสูตรปริญญาตรีสาขาการแพทย์แผนจีน และสถาบันต่างๆ ได้ผลิตบุคลากรทางการแพทย์แผนจีนแล้วจำนวนมาก เมื่อปี พ.ศ. 2559 สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ได้ออกมาตรฐานกำหนดตำแหน่งของสาขาการแพทย์แผนจีนให้เป็นตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งสายงานครอบคลุมถึงตำแหน่งต่างๆ ที่ปฏิบัติงานทางการแพทย์แผนจีนในการรักษาพยาบาล การบำบัดรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและอนามัยของประชาชนด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน รวมถึงการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย คิดค้น และพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนจีน^[27] ทำให้มีแพทย์แผน-จีนและแพทย์แผนปัจจุบันทำงานร่วมกัน โดยการนำศาสตร์การฝังเข็มมาใช้ในการรักษาหลักในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการฝังเข็ม 340 แห่ง ทั่วประเทศอีกทั้งยังมีคลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนอีกจำนวน 339 แห่ง ที่ให้บริการฝังเข็มรักษาเป็นบริการหลัก^[21,28] จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันระบบสาธารณสุข

ของประเทศไทยมีแพทย์ฝังเข็ม (แพทย์ที่เรียนหลักสูตรฝังเข็ม) ประจำอยู่ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ และแพทย์จีนดังตารางที่ 1-2^[21]

3.4 การพัฒนาตามมาตรฐานการฝังเข็ม^[21,29]

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลความปลอดภัย การให้บริการสุขภาพต่างๆ แก่ประชาชน มีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกต่างๆ ที่จะนำมาใช้ในระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550-2554 โดยการแพทย์แผนจีนเป็นสาขาหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฝังเข็ม ดังนี้

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดทำกฎกระทรวงและระเบียบข้อบังคับต่างๆ ในการควบคุมคุณภาพ ดังนี้ (1) บุคลากรผู้ให้บริการต้องได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน (2) สถานบริการ (3) ติดตามกำกับทำให้บริการรักษาผู้ป่วยของแพทย์-จีน (4) รับคำร้องเรียนจากประชาชนที่ใช้บริการ

2. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีหน้าที่ดังนี้ (1) พัฒนามาตรฐานวิชาชีพมาตรฐานบริการ สถานพยาบาล และสมรรถนะบุคลากร (2) พัฒนามาตรฐานข้อมูลการแพทย์แผนจีน ข่าวสาร สื่อ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนแพทย์และจำนวนหน่วยบริการที่มีการจัดบริการด้านแพทย์แผนจีนทั่วประเทศไทย ปี 2563

ลำดับที่	ประเภทหน่วยบริการ	หน่วยที่มีการจัดบริการ (แห่ง)	แพทย์ฝังเข็ม (คน)	แพทย์จีน (คน)	รวม (คน)
1	โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)	34	64	26	90
2	โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	45	53	35	88
3	โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	140	79	107	186
4	อื่นๆ (สสจ. สสอ. รพ. สต. ศูนย์อนามัย)	121	1	12	13
	รวม	340	197	180	377

ตารางที่ 2 จำนวนหน่วยบริการสถานพยาบาลภาคเอกชนคลินิกแพทย์จีนที่มีแพทย์จีนเป็นผู้ให้บริการ^[3]

สถานพยาบาล	กทม.	ภูมิภาค	รวม (แห่ง)
คลินิกแพทย์จีน	126	213	339

สุขภาพ และระบบรายงาน (3) พัฒนาเครือข่ายการแพทย์แผนจีน (4) ประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ

ในช่วงปี พ.ศ. 2545-2555 มีการพัฒนาตำราหนังสือ คู่มือ และแนวทางการปฏิบัติงานต่างๆ ด้านการแพทย์แผนจีน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับศาสตร์การแพทย์แผนจีนเบื้องต้น การฝังเข็มและรยา ยาสมุนไพรจีนงานต่างๆ ด้านการแพทย์แผนจีน (ภาพที่ 3)

ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา ได้จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกร่วมกับเครือข่ายแพทย์ฝังเข็มเป็นหนังสือการฝังเข็มรักษาโรคต่างๆ เช่น การฝังเข็มรักษาอาการปวด การฝังเข็มรักษาโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย จำนวน 96 โรค การฝังเข็มรักษาโรคหลอดเลือดสมอง การฝังเข็มรักษากลุ่มอาการเมตาบอลิก และโรคที่เกี่ยวข้องกับการฝังเข็ม และการฝังเข็มร่วม

รักษาโรค เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไมเกรน โรคภูมิแพ้ทางอากาศ ซึ่งแพทย์จีนอีกท่านหนึ่งที่มีคุณูปการต่อการฝังเข็มอีกท่านคือ ศาสตราจารย์เหียน ลี้ จากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจิน โดยทางคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียวได้เชิญท่านมาประจำยาวนานกว่า 10 ปี ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ และยังมีความรู้ทั้งแพทย์แผนจีนและแผนตะวันตกอย่างลึกซึ้ง หลายครั้งที่ทางกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้เชิญไปเป็นวิทยากรและสาธิตวิธีการรักษาโรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อให้กับแพทย์ฝังเข็ม และยังมีส่วนในการจัดทำคู่มือ ตำรา และแนวทางในการประยุกต์ใช้ทางคลินิก^[28] เช่น ตำราฝังเข็ม-รยา การฝังเข็มในเวชปฏิบัติ ประสพการณ์ 40 ปี ศาสตราจารย์เหียน ลี้ และการใช้จุดฝังเข็มรักษาทางคลินิก (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 3 ตำรา หนังสือ คู่มือและแนวทางการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องศาสตร์การฝังเข็ม



ภาพที่ 4 ศาสตราจารย์เหียน ลี้ และผลงานหนังสือการฝังเข็มในเวชปฏิบัติ

ในปี พ.ศ. 2563 ได้มีการจัดทำแนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูให้กับหน่วยบริการ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอการจัดบริการฝังเข็มรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการฝังเข็มสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยบูรณาการร่วมกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care: IMC) ซึ่งเป็นบริการที่ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และบริการกายภาพบำบัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (Post stroke) (ภาพที่ 5)

3.5 การพัฒนางานวิจัยด้านการฝังเข็ม

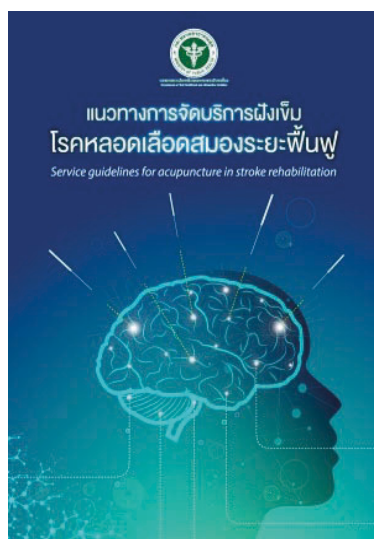
ช่วงประมาณปี พ.ศ. 2554 เริ่มมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับการฝังเข็มเพิ่มมากขึ้น โดยผลงานวิจัยที่ทำร่วมกับการให้บริการแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลภาครัฐ เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการฝังเข็มเพื่อรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง^[30] ประสิทธิภาพของการฝังเข็มรักษาอาการชาปลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน^[31] ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเลิบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^[32] การฝังเข็มด้วยเข็มหน้าจุด PC6 (neiguan) ในการป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากการให้มอร์ฟีนทางไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอด^[33] ผลการปักเข็มกระตุ้นไฟฟ้าแบบฝังเข็มร่วมกับการทำแผลด้วยวิธีมาตรฐานต่อการสมานแผล^[34] รายงานผู้ป่วยการรักษาโรคใบหน้าที่อัมพาตครึ่งซีก (Bell's palsy) ด้วยการฝังเข็ม^[35] และฝังเข็มร่วมรักษาโรคอื่นๆ

ในปี พ.ศ. 2564 ได้ทำการวิจัยประสิทธิผลการฝังเข็มรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู และการ

ศึกษาต้นทุนการฝังเข็มรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู^[36] การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการฝังเข็มรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยเทคนิคการกระตุ้นเข็มด้วยมือและการกระตุ้นเข็มด้วยไฟฟ้า^[37]

บทวิจารณ์

จากประสบการณ์ที่ผู้เขียนได้มีโอกาสเข้ามาช่วยงานในหลักสูตรอบรมฝังเข็ม 3 เดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-2554 ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงของการยอมรับในศาสตร์การแพทย์แผนจีน โดยเฉพาะการฝังเข็ม (ซึ่งต้องเรียนทฤษฎีศาสตร์การแพทย์จีนด้วย) ระยะแรกที่แพทย์แผนปัจจุบันมาเรียนนั้น จะมีวิสัยทัศน์แพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ออร์โธปิดิกส์ และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู มาเข้ารับการฝึกอบรมค่อนข้างมาก นอกนั้นก็มิศัลยแพทย์ แพทย์อายุรกรรมประสาท แพทย์หูคอจมูก เป็นต้น จะเห็นว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวน่าจะเป็นสาขาที่เหมาะสมกับการมาอบรมแพทย์แผนจีนมากที่สุด เพราะทฤษฎะคล้ายกันคือ ต้องมีความรู้ในสาขาอื่นด้วย มีมุมมองแบบองค์รวม ความยากของหลักสูตรคือ ต้องเปลี่ยนทฤษฎะความคิดใหม่หมด จากศาสตร์ที่อ้างอิงสถิติตัวเลข จับต้องได้มองเห็นได้ มาสู่ศาสตร์ที่เป็นนามธรรม แฝงหลักปรัชญาอันหยาย แม้มุมมองความคิดศาสตร์สองศาสตร์นี้ต่างกัน กลับมีสิ่งที่เหมือนกันก็คือความเป็นวิทยาศาสตร์ การแพทย์แผนจีนมีหลักการสำคัญคือ ความคิดแบบองค์รวมและการวิเคราะห์ในเชิงลึก (เปี่ยนเจิ้ง) ทำไมจึงบอกว่าการแพทย์แผนจีนเป็นวิทยาศาสตร์ เพราะการแพทย์แผนจีนเริ่มจากการสังเกตเป็นพื้นฐาน ตั้งแต่การสังเกตเห็นถึงอิทธิพลของธรรมชาติที่มีผลต่อร่างกายต่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงในร่างกายในหนึ่งวัน หนึ่งเดือนและหนึ่งปี ความที่คนจีนชอบการบันทึกและวิเคราะห์ และเมื่อมีการประดิษฐ์กระดาษขึ้น (ไซหลุนเป็นผู้ประดิษฐ์ในสมัยราชวงศ์ฮั่นราว ค.ศ. 105) ยิ่งทำให้องค์ความรู้ในศาสตร์นี้ได้สืบทอด และมีการทดลองใช้จริงในมนุษย์ กระทั่งตกผลึกเป็นองค์ความรู้ที่สามารถอธิบายการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายและพยาธิสภาพได้อย่างสอดคล้องกัน เหมือนกับวิทยาศาสตร์เริ่มจากการสังเกต ตั้งสมมติฐาน และทดลองยืนยันสมมติฐาน การแพทย์แผนจีนก็ดำเนินตามแบบแผนนี้เช่นกัน มีแพทย์ที่เข้าอบรมมากมายหลายท่านที่ได้เข้ามาอบรมในหลักสูตรนี้แล้วปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่โดยใช้ทฤษฎีอันหยาย เช่น เดิมชอบดื่มชาเย็นแต่เช้า ก็หันมาดื่มชาอุ่นตามทฤษฎีอันหยาย เมื่อทดลองทำแล้วผลคือ อาการภูมิแพ้จมูกดีขึ้น อาการมือเท้าเย็น



ภาพที่ 5 แนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู

ลดลงอย่างน่าประหลาด ซึ่งอาการเหล่านี้อธิบายกลไกได้ด้วยทฤษฎีอินหยาง มีหลายๆ โรคหรืออาการที่แพทย์หลายท่านประสบปัญหาในการรักษาและยังหาวิธีอื่นที่ดีกว่าไม่ได้ แต่เมื่อมาเข้าศึกษาหลักสูตรนี้ก็ทำให้เกิดความคิดที่สามารถนำแนวคิดของการแพทย์จีนไปใช้และได้ผลจริง ด้วยเหตุนี้จึงมีการบอกต่อให้กับเพื่อนแพทย์ด้วยกันให้มาสมัครเรียน จากเดิมจัดอบรมปีละครั้งเพิ่มเป็นสองครั้ง ครั้งละ 50-60 คน ต่อมาเมื่อมีผู้เข้าอบรมมากขึ้น ทำให้การฝึกภาคปฏิบัติประสบปัญหาจึงได้ยกเลิกไป และกลับมาจัดปีละครั้งเช่นเดิม

เมื่อพิจารณาหลักสูตรการเรียนการสอนของคณะกรรมการแพทย์แผนจีนในแต่ละมหาวิทยาลัยในปัจจุบัน พบว่ามีเวลาสอนมากน้อยแตกต่างกัน วิชาฝังเข็มซึ่งเป็นวิชาบังคับ จะเรียนเฉลี่ย 300 ชั่วโมง แยกเป็นทฤษฎี 120 ชั่วโมงและปฏิบัติ 180 ชั่วโมง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับหลักสูตรการอบรมฝังเข็มระยะเวลา 3 เดือนแล้วมีความแตกต่างกันมาก อย่างไรก็ตามการที่ผู้รับการอบรมเป็นแพทย์เวชกรรม ซึ่งมีพื้นฐานและมีประสบการณ์ทางคลินิกมาก่อนแล้ว ทำให้เรียนรู้เข้าใจศาสตร์การฝังเข็มได้ไวและสามารถนำไปประยุกต์ใช้อย่างได้ผล

ปัจจุบันพบว่าแพทย์จีนที่ได้ไปประกอบโรคศิลปะ-สาขาแพทย์แผนจีนส่วนมากจะให้การฝังเข็มรักษาเป็นหลัก ทั้งนี้เนื่องจาก

1. ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนจะเปิดคลินิกฝังเข็มเป็นส่วนมาก ไม่ค่อยมีแผนกอายุรกรรมที่ใช้ยาจีน เพราะการจะเปิดห้องยาจีนไม่ได้จะทำได้ง่ายๆ ต้องมีบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชแผนจีน การจัดซื้อจัดหาสมุนไพรจีน การดูแล และสถานที่เก็บยา การแปรรูปยาที่สำคัญต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร

2. การเปิดคลินิกเป็นผู้ประกอบการเองก็เช่นกันจะต้องลงทุนมากพอสมควร จำเป็นต้องมีสต็อกยาที่เพียงพอ การลงทุนสูงกว่าทำการฝังเข็ม โดยเฉพาะแพทย์จีนที่จบใหม่ซึ่งไม่มีเงินทุน

3. การใช้ยาจีนมีความซับซ้อน ต้องมีใจรักในการใช้ยา การฝังเข็มจะเรียนได้ง่าย ใช้ได้เร็ว การฝังเข็มแม้จะเรียนรู้ได้ไม่ยากแต่การจะฝังเข็มให้ชำนาญนั้นทำได้ยาก เพราะมีปัจจัยที่จะส่งผลต่อการรักษาด้วยการฝังเข็มมีมากมาย เช่น ทักษะตัวหมอเอง การตอบสนองต่อการฝังเข็มของคนไข้ ชนิดโรค หรืออาการที่เหมาะสมกับการฝังเข็ม ฉะนั้นการฝังเข็มให้ได้ผลจะต้องสามารถรักษาโรคให้ได้ผลด้วย นอกจากนี้โรคหรืออาการในเขตตัวเมืองจะมีความซับซ้อนมากกว่าโรคในชนบท เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิต ความรีบเร่ง การแข่งขัน ความเครียด สังคม

ในเมืองที่วุ่นวาย ทำให้มีแรงกดดันมากกว่า เมื่อป่วยอาการของโรค จะมีโรคทางอายุรกรรมปนกับอาการปวดต่างๆ รวมด้วยเสมอ การฝังเข็มอาจจะเห็นผลชัดเจนทันทีคือลดอาการปวด แต่โรคที่ซับซ้อนต้องใช้ยาจีนควบคู่กับการฝังเข็มจะได้ผลเพิ่มขึ้น

แพทย์จีนฝังเข็มจะสามารถยกระดับได้ดีโดยอาศัยเพียงเนื้อหาในตำราแบบเรียนในหลักสูตรย่อมไม่เพียงพอ ศาสตร์วิชาฝังเข็มมีประวัติอันยาวนาน คัมภีร์ฝังเข็มโบราณในแบบเรียนตามหลักสูตรถือว่าน้อยมาก หากต้องการจะได้เคล็ดวิชาจำเป็นต้องศึกษาในคัมภีร์โบราณเพิ่มเติม ร่วมกับการทำเวชปฏิบัติให้มาก การเรียนแพทย์จีนต้องเรียนรู้ภูมิปัญญาจากอดีตคือ เรียนจากคัมภีร์โบราณ ยิ่งศึกษาและนำไปปฏิบัติจะทำให้เข้าใจมากขึ้น ข้อเสนอแนะต่อแพทย์แผนจีนที่ใช้การฝังเข็มรักษาเช่นเดียวกับแพทย์ฝังเข็ม แพทย์จีนต้องหาจุดเด่นให้มีความแตกต่าง เช่น

1. การเรียนรู้วิธีการปักเข็มในลักษณะต่างๆ ในคัมภีร์เน่ยจิง ฉบับหลังซู 《灵枢·官针》 กล่าวถึงการฝังเข็ม 26 ลักษณะ

2. การเรียนรู้วิธีกระตุ้นเข็ม การฝังเข็มนอกเหนือจากต้องกำหนดตำแหน่งแม่นยำแล้ว การจะกระตุ้นเข็มเพื่อบรรลุผลการรักษานั้น หากมีเทคนิคย่อมจะได้ผล เช่น คัมภีร์จินจิวต้าเฉวียน บทจินเจินฟู 《针灸大全·金针赋》

3. การเรียนรู้ที่จะใช้การรมยา ซึ่งเป็นอีกหัตถการที่ให้ผลการรักษาดีมาก แต่ไม่ค่อยนิยมใช้เพราะสถานที่ไม่อำนวยรวมถึงการระบายอากาศ และการรมยาที่ไม่ถูกต้องอาจจะทำให้เกิดแผลพุพอง กลิ่นยาติดผม ศีรษะ และติดตัว

4. ทบทวนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เข้าร่วมอบรมประจำปี ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะเปิดโลกทัศน์ให้กว้างขึ้น การหาความรู้ด้านต่างๆ เช่น การบริหารจัดการการเงิน จิตวิทยาคลินิก ฯลฯ ความรู้เหล่านี้จะช่วยให้ทำงานในสังคมง่ายขึ้น คุยกับแพทย์สาขาอื่นๆ ได้เข้าใจ ที่สำคัญต้องอ่อนน้อมถ่อมตัว อะไรที่ไม่รู้ต้องถาม ต้องศึกษาหาคำตอบ ทักษะการใช้ชีวิตในสังคม การสื่อสารกับคนไข้ก็เป็นสิ่งที่พึงมี

5. การใช้ยาจีนร่วมกับการฝังเข็มในโรคที่ซับซ้อน แพทย์จีนต้องทบทวนความรู้วิชาอายุรกรรม การเลือกตำรับยาและการใช้ยาให้ชำนาญ

unaşu

ปัจจุบันในประเทศไทยมีการนำศาสตร์การฝังเข็มมาใช้ในการรักษาโรคอย่างแพร่หลาย เป็นการเพิ่มทาง

เลือกที่ให้ประสิทธิผลดี เด่นชัดในการรักษาโรคต่างๆ มากมายและได้รับการยอมรับในวงกว้างทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและประชาชนคนไทย แต่อย่างไรก็ตาม ทิศทางการที่จะพัฒนาศาสตร์การฝังเข็ม หรือศาสตร์การแพทย์แผนจีนในอนาคตนั้นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นแพทย์จีน แพทย์ฝังเข็ม ผู้ช่วยแพทย์จีน ภาครัฐ ภาคเอกชน ในการผลักดันและขับเคลื่อนไปด้วยกัน ทั้งทางด้านยุทธศาสตร์มาตรฐานและจริยธรรม แพทย์แผนจีนหรือแพทย์แผนปัจจุบันทำหัตถการฝังเข็ม จะต้องพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่องถึงจะไปได้ไกล ต้องหมั่นเพียรการฝึกฝนฐานทักษะศาสตร์การฝังเข็ม ศึกษาความรู้ในคัมภีร์ฝังเข็มโบราณถึงเทคนิคฝังเข็มต่างๆ ในโรคที่ซับซ้อน แพทย์แผนจีนควรนำยาจีนมาใช้ร่วมกับการฝังเข็มในโรคหรือกลุ่มอาการที่ซับซ้อนจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ขณะเดียวกันทางคลินิกการแพทย์แผนจีน-หัตถ์เย็บได้ก่อตั้ง “ชมรมวิชาการครอบครัวยุทธศาสตร์แพทย์แผนจีน” เพื่อที่จะเป็นศูนย์รวมการพัฒนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้ทันสมัยให้เท่าทันโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทางด้านสถาบันการศึกษาควรจัดตั้งคลินิกหรือสถานที่ที่จะให้นักศึกษาแพทย์จีนได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติจริง ได้ลงพื้นที่ชุมชนโดยประสานขอความร่วมมือกับทางราชการโดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขปทุมธานี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ นอกจากนี้ในอนาคต สถาบันการศึกษาควรจัดหลักสูตรวุฒิปริญญาฝังเข็มหรือประกาศนียบัตรหลักสูตรระยะสั้นเพื่การยกระดับต่อ ยอดศาสตร์การฝังเข็มแก่แพทย์จีน

References

1. Royal Decree Prescribing the branch of traditional Chinese medicine as a branch of the practice of the art of healing under the practice of the art of healing Act B.E. 2542 & B.E. 2552 (2009).Government Gazette. Vol 126, Part 46A, p 6. (2009 Jul 9) [Internet]. 2009 [cited 2022 Apr 5]. Available from: <https://dl.parliament.go.th/handle/lirt/25970> (in Thai)
2. Notification of Board of TCM Practice of Healing Arts, Re: approval criteria for educational institutions that provide TCM degree or certificate equivalent to TCM degree, Act B.E. 2561 (2018). Vol. 135, Part 117D, p 7. (2018 May 23) [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 5]. Available from: <https://hss.moph.go.th/>
3. Chokeyivat V. History of Chinese medicine. Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine. 2004;2(1):73-108. (in Thai)
4. Wang H, Du YH. Acupuncture and moxibustion 12th five-year plan. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine; 2012. (in Chinese)
5. Huang T. The world's first acupuncture anesthesia operation. Chinese Journal of Medical History. 2018;48(2):127-9. (in Chinese)
6. Zeng WL, Wen Y. Influence of acupuncture anesthesia on internationalization of acupuncture and moxibustion and its important factors. Journal of Nanjing University of Traditional Chinese Medicine (Social Science). 2022;23(2):90-6. (in Chinese)
7. Sun YZ. Present situation of acupuncture and moxibustion development. Journal of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine. 2012;14(1):175-7. (in Chinese)
8. Li P, Du YL, Liu M. Acupuncture and moxibustion in Germany. Chinese acupuncture and moxibustion. 2005;25(4):275-9. (in Chinese)
9. Larissa V. Current development of acupuncture and moxibustion in the United States. Chinese Journal of Acupuncture and Moxibustion (Electronic Edition). 2014;3(1):37-9. (in Chinese)
10. Xu H, Zhang R. Acupuncture in Thailand. Chinese acupuncture and moxibustion. 2010;30(9):752-4. (in Chinese)
11. Bai XH. History of acupuncture in India. Chinese acupuncture and moxibustion. 2016;36(9):971-4. (in Chinese)
12. World Health Organization. Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials. Geneva: World Health Organization; 2002.
13. Yang YY, Luo L. TCM acupuncture and moxibustion is introduced to countries along “the One Belt One Road”. Social Organizations in China. 2017;22:45-6. (in Chinese)

14. Techadamrongsin Y. A decade of traditional Chinese medicine in Thailand. In: Nitchpanit S, editor, Thai traditional and alternative health profile 2011-2013. Nonthaburi: Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Ministry of Public Health; 2013. p 249-53. (in Thai)
15. Santikitroonreung C. History of Chinese medicine from the past to the present. Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine. 2006;4(2):9-109. (in Thai)
16. Nonnak A. Empire, the herbal dealer in the city center [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 1]. Available from: http://www.muangboranjournal.com/post/Chakrawat_talk_2019 (in Thai)
17. Keeratichandecha W. Thailand's traditional Chinese medicine trade and Thai foreign policy towards the People's Republic of China before established full diplomatic relations, 1950-1975. Journal of History. 2021;46:79-98. (in Thai)
18. Suwanwayla J. Acupuncture treatment. Chulalongkorn Medical Journal. 1973;18(2): 123-9. (in Thai)
19. Sumret K. Study tour on Siriraj hospital: a path for leapfrog development [Internet]. 2009 [cited 2022 Mar 2]. Available from: <https://www.gotoknow.org/posts/262351> (in Thai)
20. HealthServ. Information about Thian Fah Foundation Hospital [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 3]. Available from: <https://healthserv.net/โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ-hospd194> (in Thai)
21. Limsila B. The two-decade development of traditional Chinese medicine in Thai public health system, 2002 – 2022. Thailand Journal of Traditional Chinese Medicine. 2022;1(1):120-35. (in Thai)
22. Hasanine T, Promkiemon B, editors. Acupuncture-Moxibustion Volume 4. Bangkok: Agricultural Co-operative Federation of Thailand Printing; 2012. (in Thai)
23. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine joins hands with Tianjin University of TCM (China) organize a training course on acupuncture expanding doctors in Thailand to have expertise in treatment [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 1]. Available from: <https://gnews.apps.go.th/news?news=79311>. (in Thai)
24. Royal Decree Changed the name of the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Development to Department of Thai Traditional And Alternative Medicine Act B.E. 2560 (2017). Government Gazette. Vol. 135, Part 21A. (2017 Feb 18) [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 20]. Available from: https://www.moj.go.th/attachments /20190918155719_65962.pdf (in Thai)
25. Announcement of the professional committee on traditional Chinese medicine: criteria for accreditation of educational institutions producing graduate degrees or a certificate equivalent to a degree in Traditional Chinese Medicine Act B.E. 2561 (2018). Government Gazette. Vol.135, Part 117D. (2018 May 23) [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 20]. Available from: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2018-07-04-1-18-44971839.PDF (in Thai)
26. Regulations of the Ministry of Public Health on persons working in a hospital according to the law on medical institutions to practice the art of healing in the field of Chinese medicine under the supervision of a practitioner of the art of healing in the field of Chinese medicine B.E. 2555 (2012). Government Gazette. Vol. 129, Part 79D, p 5. (2012 May 11) [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 30]. Available from: https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/wp-content/uploads/2022/09/306การแพทย์แผนจีน.pdf (in Thai)
27. Announcement of the standard positioning, Pub. L. No.3-6-021. (2016 Nov 21) [Internet]. 2016 [cited 2022 Apr 5]. Available from: http://203.155.220.238/csc/images/Files/files/standart_position/6medical/3-6-021.pdf (in Thai)

28. Institute of Thai-Chinese medicine. Acupuncturist database [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 20]. Available from: https://tcm.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=33:db003&catid=13:db&Itemid=187&limitstart=16 (in Thai)
29. Hasanine T, Promkiemon B, editors, Acupuncture-moxibustion Volume 4. Bangkok: Agricultural Co-operative Federation of Thailand Printing; 2012. (in Thai)
30. Hathaiareerug C, Chaivirach P, Soponprapakorn N, Kumnerddee W. Success factors of acupuncture in treatment of low back pain. J Thai Rehabil Med. 2012;22(3):89-94. (in Thai)
31. Tanakornnuwat S, Wang H, Fu P, Li JK, Liang FX, Cheng BG, et al. The effectiveness of acupuncture in diabetic peripheral neuropathy. Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine. 2012;10(3):177-86. (in Thai)
32. Nawakawongkan S. The effectiveness of smoking cessation programs among chronic non communicable diseases patients in Health Service Network, Ban Hong District, Lamphun Province. Lanna Public Health Journal. 2021;17(1):12-26. (in Thai)
33. Pinsornsak B. P6 acupuncture with facial needle prevents nausea and vomiting from Intrathecal morphine for cesarean section. Thai J Anesthesiology. 2013;39(2):124-36. (in Thai)
34. Faithed C, Wongviseskarn J, Nithikornathiwat P, Khunpasee A. Effect of percutaneous electrical stimulation via acupuncture needle with standard wound care on wound healing: a pilot study. J Thai Rehabil Med. 2015; 25(3):95-101. (in Thai)
35. Chaovisitsaree S, Brahmarnark M, Thewin B, Matanasarawoot A, Gomutbup P. Acupuncture treatment for Bell's palsy: a case report. Nursing Journal. 2013;40(4):186-92. (in Thai)
36. Theansuwan W. Unit cost of acupuncture in post stroke. Thailand Journal of Traditional Chinese Medicine. 2022;1(1):65-75. (in Thai)
37. Wannawibool B, Danaiswat P, Kiartivich S, Noomhorm N, Wannawibool N, Chiaopromkun T, et. al. Comparison of the effectiveness of manually stimulated and electrically stimulated scalp acupuncture in patients with lower back pain. Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine. 2020;18(3):521-34. (in Thai)



Special Article

The development of acupuncture science in Thailand

Somchai Jirapinitwong¹, Bhasakit Wannawibool²

¹ Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand

² College of Oriental Medicine, Rangsit University, Thailand

Abstract: Acupuncture therapy is one field of Traditional Chinese Medicine that is recognized as an international. This article was collect opinions from various scholars and situations that occurred in the past in order to further develop ideas for the development of Chinese medicine in the future. We will talk about more than 50 years of the history and development of the acupuncture science in Thailand. Originally, the ancient Chinese medical doctors who moved from mainland China to Thailand had the needles with them. The acupuncture was narrowly well-known only among the overseas Chinese migrants. Later in 1972, the acupuncture started to be well-known by Thai people across the country. Then in 1995, the Ministry of Public Health (MOPH) had set up a Thai-Chinese Medicine Cooperation Center, an internal divisional level, with the objectives to develop traditional Chinese medicine (TCM) to reach proper quality and standard, to be an alternative health care for Thai people along with the western medicine and Thai traditional medicine, and to be a focal point organization cooperating relationship between Thailand and People Republic of China via ministries of Public Health of the two countries. Dr. Chawalit Santikitroonreung was the first director of the division. In 1998, the training course titled “3 Months Acupuncture” was held for the western medical doctors as the first batch of the course by Department of Medical Services, MOPH. The Ministry had the clear policy to develop all systems of alternative medicines that were going to be integrated into the public health system of the country by regulating it as the national strategy plan, Thai Wisdom Development, Thai Way of Health 2007-2001 traditional Chinese medicine is one field of the said strategy plan. At present, about 2,000 doctors have been trained, some of them in government and private hospitals; and 1,834 have graduated from universities and obtained TCM licenses. It can be seen that it is now recognized both in Thailand and internationally, and has played an alternative important role in the treatment of various diseases.

Keywords: traditional Chinese medicine; acupuncture; development of acupuncture science in Thailand.

Corresponding Author: Somchai Jirapinitwong: somchaibin@gmail.com



特殊文章

针灸在泰国的发展

谢强明¹, 陈景彬²

¹ 泰国华侨中医院

² 泰国兰实大学, 东方医学院

摘要: 针灸疗法是中医的一门科学, 已得到了国际认可。本文章将从不同的学者和历史情况中收集观点, 综合总结为未来中医发展的观点。本文章将介绍 50 多年来的泰国针灸的历史和发展。从中国大陆移民的中医医师带针随身到泰国来。针灸治疗疾病是众所周知的, 但当初范围仅限于海外华人。1972 年针灸开始在泰国引起公众的注意, 1995 年卫生部成立了泰国中医合作中心, 作为一个司级机构, 目的是提高泰国中医的质量和标准, 使其成为泰国现代医学和替代医疗的选择之一, 也是作为双方中泰交流的其中一个卫生部门之一。在首位东南亚泰中医药研究院院长陈仰和博士的领导下, 卫生部制定了明确的政策, 将替代医疗系统应用于国家卫生系统。制定了 2007-2011 年的国家战略, 中医也是在其中一个战略项目之一。并于 1998 年开始为泰国西医医生举办为期3个月的针灸培训。目前, 大约有 2,000 名经过针灸培训的医生, 部分在政府和私营机构医院工作, 另外有 1,834 名的大学中医毕业的中医医师, 并已通过中医执业医师资格考试。因此, 表明针灸在泰国和国际上都得到了广泛的认可, 在治疗各种疾病方面也发挥了重要作用。

关键词: 中医; 针灸; 泰国针灸的发展

通讯作者: 谢强明: somchaibin@gmail.com



原创论文

穴位敷贴辅助治疗肺癌术后气虚痰湿型咳嗽的临床观察

姜靖洁, 甘珊珊, 刘睿潮, 阿格尔, 焦丽静, 龚亚斌

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院

摘要: 目的 观察穴位敷贴辅助治疗肺癌术后气虚痰湿型咳嗽的疗效。方法 将 51 例患者按完全随机分组的方法分为治疗组 27 例、对照组 24 例。两组基础治疗均为小青龙汤合四君子汤加减的中药汤剂。治疗组采用穴位敷贴治疗, 对照组采用空白穴位敷贴治疗, 疗程 14 天。比较两组治疗前、治疗后咳嗽症状变化、咳嗽视觉模拟评分(visual analogue score, VAS)、外周血清细胞因子水平。结果 治疗 14 天后, 治疗组和对照组的有效率分别为 93.6% 和 73.9%, 治疗组明显优于对照组 ($p < 0.01$)。治疗后, 两组 VAS 评分均有降低, 治疗组降低更明显 ($p < 0.001$); 治疗后, 两组外周血细胞因子白介素-2r (interleukin-2r, IL-2r)、白介素-6 (interleukin-6, IL-6) 均改善, 与治疗前比较差异有统计学差异, 治疗组改善更明显 ($p < 0.001$)。结论 穴位敷贴辅助治疗肺癌气虚痰湿型咳嗽效果显著, 可明显改善肺癌术后咳嗽患者的临床症状, 有效提高患者生活质量。

关键词: 肺癌术后咳嗽; 气虚痰湿型; 穴位敷贴; 血清细胞因子

通讯作者: 龚亚斌: gongyabin@hotmail.com

Received: 13 November 2022 Revised: 25 November 2022 Accepted: 30 November 2022

前言

据世界卫生组织国际癌症研究机构(IARC)报告, 在 2020 年, 中国有 300 万例患者因癌症而死亡, 其中 180 万例患者死于肺癌, 肺癌依旧是我国乃至世界死亡率最高的癌症。^[1] 咳嗽是肺癌患者最常见的症状之一, 对其生活质量造成严重的影响。西医治疗方法主要是病因治疗、对症止咳治疗, 疗效有限, 且部分患者不能耐受。中医药治疗肺癌相关性咳嗽有较好的临床效果, 穴位敷贴近年来应用广泛, 常用于治疗咳嗽, 用药物在体表刺激经络循环, 内达脏腑, 有益气化痰, 降气止咳之功效。我科采用穴位敷贴治疗肺癌术后气虚痰湿型咳嗽取得良好的疗效, 现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 病例选择

西医诊断标准: 原发性支气管肺癌诊断参照《中华医学会肿瘤学分会肺癌临床诊疗指南(2021 版)》。^[1] 中医辨证标准: 根据 2012 版《中医病证诊断疗效标准》,^[2] 辨证气虚痰湿型咳嗽主要表现根据 2012 版《中医病证诊断疗效标准》、第九版《中医诊断学》、第二版《中医内科学》及临床经验拟定: (1) 气虚证: 主症: ① 神疲乏力; ② 咳声低微; ③ 脉虚或细。次症: ① 气短懒言; ② 自汗; ③ 眩晕; ④ 舌淡。至少满足主症 2 项以上或主症 1 项兼有次症。(2) 痰湿证: 主症: ① 痰多; ② 胸闷; ③ 呕恶或纳呆; ④ 舌苔

白腻。次症：① 腹胀便溏；② 肢体困倦；③ 脉濡或细。至少满足主症 2 项以上或主症 1 项兼有次症。符合上述气虚证+痰湿证者，即可纳入诊断为气虚痰湿证。纳入标准：Ia-IIIa 期接受完全性手术切除，术后证实病理学证实为非小细胞肺癌患者；年龄在 18-80 岁之间，能准确叙述症状者。体能状况评分 (ECOG PS) ≤ 2 分；患者依从性好，能理解本研究的情况并签署知情同意书；咳嗽持续 2 周以上，中医辨证分型符合气虚痰湿型。排除标准：无明确病理诊断者。预期生存期 < 3 个月者；因气管、支气管肺部感染，支气管异物，肺结核，胃食管反流等引起咳嗽患者；患有不易控制的精神病史者；妊娠或哺乳期患者。脱落标准：试验过程中，受试者依从性差，影响有效性和安全性评价者；严重不良事件、并发症和特殊的生理改变，不适合进行后续研究；联合用药，尤其是与试验药物合用影响较大的药品，会对临床疗效和安全性产生重大影响；因其他各种原因疗程未结束退出试验、失访或死亡的病例。

表 1 两组患者临床资料比较

组别	n	性别		年龄 (岁)	分型			分期				
		男	女		鳞癌	腺癌	腺鳞癌	IA	IB	IIA	IIB	IIIA
治疗组	27	10	17	63.15 ± 10.39	1	24	2	18	2	1	1	5
对照组	23	7	16	64.26 ± 4.75	0	23	0	14	1	2	2	4

1.3 治疗方法

① 治疗组：穴位贴敷方贴敷患者大椎穴及天突穴。每周三次，4-6 h/次（不低于 4 h，不超过 6 h），初次治疗 2 h，共治疗 2 周。穴位贴敷方药由白芥子、甘遂、细辛、白芷、肉桂等组成，按比例研末，与鲜姜汁按 1:1 比例混合，调成糊状药团，敷贴每贴取 2 g 药团置于正方形敷贴材料泡沫内圈中，压扁成饼状，与泡沫内圈高度齐平。所用材料均来自于我院中药房。

② 对照组：安慰剂贴敷治疗（由不含中药调味剂组成，在外包装、颜色、气味、形状等方面与治疗剂相同，制作方法同前）。

两组均同时口服小青龙汤合四君子汤加减中药汤剂。

剔除标准：未按试验方案规定用药者；虽符合纳入标准但纳入后未按试验计划实施者。

1.2 临床资料

选取 2020 年 9 月至 2022 年 8 月在上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院肿瘤一科门诊或病房就诊的非小细胞肺癌术后气虚痰湿型咳嗽患者 51 例。采用完全随机分组方法，根据顾艳老师主编的第五版研究生教材《医学统计学》中两样本均数比较的样本量估计公式进行估算，计算得出预计观察每组 33 例。考虑 20% 的脱落率，最后设置每组 40 例，共计入组 80 例（本研究仅为中期数据）。最终纳入对照组 24 例，治疗组 27 例。对照组 24 例，其中有 1 例因疫情原因未及时复查而剔除；治疗组 27 例。最终共计 50 例患者纳入统计，全部病例均完成所有量表、外周血检查及安全性评价。两组性别、年龄、肺癌类型等基本信息差异无统计学意义 ($p > 0.05$)。见表 1。此研究经上海中医药大学岳阳中西医结合医院的伦理委员会同意，伦理号：2019-073-01。

方药组成如下：

党参 15 g、白术 15 g、茯苓 15 g、炙麻黄 9 g、桂枝 9 g、炒白芍 9 g、细辛 3 g、干姜 6 g、五味子 9 g、炙甘草 6 g、制半夏 9 g

随症加减：痰中带血者加白芨 9 g、仙鹤草 45 g；失眠者加酸枣仁 18 g、龙骨 30 g、牡蛎 30 g；胸闷气短者加桔梗 9 g、枳壳 9 g；腹胀者加槟榔 12 g、乌药 9 g；食欲不振者加炒谷麦芽各 15 g、炙鸡内金 20 g 等。

1.4 疗效观察

1) 咳嗽症状积分：用于咳嗽程度和疗效的临床评定，分为日间积分和夜间积分。（见表 2）分别于治疗前、治疗后评估。临床控制：咳嗽消失，或日间/夜间咳嗽积分 ≤ 1 分；显效：日间

咳嗽/夜间咳嗽积分减少 ≥ 2 分;无效:咳嗽症状减轻不明显,咳嗽评分变化不大。

2) VAS 咳嗽视觉模拟评分:由患者根据自己的感受在标记 0-10 cm 的直线上划记相应刻度以表示咳嗽的程度。0 表示无症状,10 表示咳嗽最剧烈的程度,数值越大,表示咳嗽的剧烈程度越重,由患者根据自身咳嗽情况打分。

3) 外周血清细胞因子:治疗前及治疗 14 d 后取患者静脉血,时间为晨起空腹,由我院检验科检测外周血 IL-2r、IL-6 水平。

1.5 统计学处理

采用 IBM SPSS Statistic 26.0 处理数据,计量数据统计分析:符合正态分布,方差齐性,采用t检验,非正态分布数据采用秩和检验分析。计数资料统计分析:采用卡方检验。 $p<0.01$,为差异有高度统计学意义, $p<0.05$ 为差异有统计学意义, $p>0.05$ 则表示差异无统计学意义。

表 2 咳嗽症状积分

日间咳嗽	夜间咳嗽	症状积分(分)
无咳嗽	无咳嗽	0
偶有短暂咳嗽	入睡时短暂咳嗽 或偶有夜间咳嗽	1
频繁咳嗽,轻度 影响日常活动	因咳嗽轻度影响 夜间睡眠	2
频繁咳嗽,严重 影响日常活动	因咳嗽严重影响 夜间睡眠	3

表 4 两组 VAS 评分的非参数检验比较 ($x\pm s$)

	治疗前	治疗后 7 天	治疗后 14 天	交互效应	时间效应	干预效应
对照组	6.22 $\pm$ 1.20	5.65 $\pm$ 1.03	5.43 $\pm$ 1.04	86.838	186.675	933.653
治疗组	5.67 $\pm$ 1.39	3.67 $\pm$ 1.33	1.56 $\pm$ 1.12			
t	-1.486	-5.827	-12.621			
p	0.144	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 5 两组 VAS 评分的非参数检验比较 ($x\pm s$)

变量	治疗组	对照组
IL-2r	治疗前	487.04 $\pm$ 356.84
	治疗后	455.91 $\pm$ 173.64
IL-6	治疗前	331.22 $\pm$ 104.39 ^{△*}
	治疗后	344.87 $\pm$ 118.50 [△]
	治疗前	9.93 $\pm$ 15.58
	治疗后	6.65 $\pm$ 7.94
	治疗前	2.77 $\pm$ 1.15 ^{△*}
	治疗后	2.53 $\pm$ 0.89 [△]

注:与本组治疗前比较,[△] $p<0.05$;与对照组治疗后同时期比较,* $p<0.001$ 。

2. 结果

2.1 两组治疗前后咳嗽症状积分比较

见表 3。以治愈、好转统计总有效率,对照组总有效率 73.9%,治疗组总有效率 96.3%,治疗组较对照组差异有统计学意义($p<0.01$)。

2.2 两组治疗前后VAS评分比较

见表 4。经治疗,对照组由治疗前的 6.22 $\pm$ 1.20 分,减少至 5.43 $\pm$ 1.04 分,治疗组由治疗前的 5.67 $\pm$ 1.39 分,减少至 1.56 $\pm$ 1.12分,采用重复测量方差分析,分组和时间具有交互作用,且交互作用具有统计学意义($p<0.001$)。

治疗前,两组VAS评分比较差异无统计学意义($p>0.05$)。治疗后7天和治疗后14天,治疗组VAS评分低于对照组,差异具有统计学意义(均为 $p<0.001$)。

2.3 两组治疗前后外周血细胞因子水平比较

见表 5。IL-2r、IL-6 治疗后的 $p<0.05$,组间比较两组治疗后 IL-2r、IL-6 对比均 $p<0.001$ 。

表 3 两组患者咳嗽症状积分比较

变量	对照组		治疗组	
	数量	%	数量	%
治愈率	治愈	2	8.6	5
	好转	15	69.6	21
	无效	6	21.7	1
总有效率		17	73.9	26

注:与对照组治疗后同时期比较,* $p<0.01$ 。

3. 讨论

随着国际社会对肺癌诊疗模式的重视与快速发展,肺癌治疗手段十分丰富。除了传统手术、化疗、放疗、靶向及免疫治疗,中医药治疗也逐步走进大众视野,关于中医药治疗肺癌的高水平循证医学研究越来越多。中医药在扶正抑癌的同时,针对肺癌症状进行全程化管理。肺癌患者主要以咳嗽、咳血、胸痛、短气、发热等临床表现为主。咳嗽是肺癌发生发展及治疗过程中最常见症状之一。

肺癌咳嗽属中医学“咳嗽”范畴,肺失宣肃,肺气上逆,冲击气道,发出咳声或伴咯痰。穴位敷贴疗法是利用中药对穴位的刺激作用来治疗疾病的一种中医外治疗法。现代研究发现,贴敷于特殊经穴的药物,能产生相应的药理效应,^[3]它可以有效地防止过多口服药物在临床上引起的不良反应,并具有一定的免疫调节和治疗功能。本研究选取白芥子、甘遂、细辛、白芷、肉桂等及鲜姜汁制成穴位敷贴,取得较好干预效果。其中白芥子具有利气豁痰、温中散寒、通络止痛等功效;甘遂泻水逐饮、消肿散结;细辛散寒祛风、止痛通窍、温肺化饮;白芷收敛止咳;肉桂温化痰饮;生姜辛散降逆。天突、大椎二穴均为治疗咳嗽气喘的肺系要穴。药穴合用,共奏益气化痰止咳之功效。本研究结果显示,治疗后治疗组总有效率高于对照组,治疗组 VAS 评分改善均优于对照组,提示穴位敷贴治疗肺癌术后气虚痰湿型咳嗽患者,可提高其临床疗效,改善临床症状。

白细胞介素由多种细胞产生,在免疫细胞及组织细胞间相互作用的一种细胞因子。在淋巴细胞或巨噬细胞等细胞协同下参与免疫调节功能。肿瘤组织、血清、支气管肺泡灌洗液和呼吸冷凝液中可以检测到白介素,^[4]以预测肺癌的发生、发展和预后。根据肿瘤部位分泌的细胞因子的类型,免疫反应被归类为辅助性 T 细胞(helper T cell,Th)1 或 Th2 反应。抗肿瘤应答需要介导细胞免疫的 Th1 型应答,而介导体液免疫的 Th2 型应答一般与免疫抑制有关。^[5]典型的与 Th1 型应答相关的细胞因子是 IL-2r 和干扰素 IFN- γ 。^[6]IL-2r 预示着肺癌的

预后和转移,非小细胞肺癌患者血清可溶性 IL-2r 水平随疾病的进展而升高,无论是腺样体癌还是鳞状细胞癌,晚期(IIIA、IIIB 和 IV 期)可溶性 IL-2r 水平均高于早期(I 期和 II 期)。^[7]术前检测血清可溶性 IL-2r 水平对术前检测肺转移有重要价值。^[8]IL-6 是一种多效性促炎细胞因子,在超过 50% 的人类肺癌细胞系和原发组织中表达。^[9]高 IL-6 水平与肺癌的进展、抗肿瘤治疗和肺癌患者的生存不良有关,^[10]还与肺癌术后并发症和术后复发有关。^[11]机制研究表明,IL-6 通过激活信号传导及转录激活蛋白 3(signal transducer and activator of transcription, STAT3)诱导肺癌细胞中的增殖调节因子 CyclinD1 的表达,促进癌细胞增殖。^[12]血浆 IL-6 浓度升高,可损伤内皮血管,使免疫粘附增加、微血栓增多,阻碍内皮修复,引起肺损伤,使肺功能恶化。^[13]循环中 IL-6 水平的增加与肺癌的发生无关,但与肺癌的存活率有关。^[14]本研究中将两组组内比较,IL-2r、IL-6 治疗后的 $p < 0.05$,差异有统计学意义,提示两组均能改善患者白介素水平。组间比较两组治疗后 IL-2r、IL-6 对比均 $p < 0.001$,差异有统计学意义,提示治疗组相较于对照组更能改善患者 IL-2r、IL-6 水平。也提示穴位敷贴治疗肺癌术后咳嗽机理可能和调控细胞因子水平有关。

综上所述,穴位敷贴治疗肺癌术后气虚痰湿型咳嗽不仅可以有效缓解咳嗽症状,提高患者生活质量,且对外周血细胞因子的改善疗效确切,可能通过调节机体炎症反应,降低肺癌发展风险。可将其作为临床治疗手段之一,推广应用。

致谢

本研究由上海市科技技术委员会科研计划项目基金(19401934400)资助。

References

1. Oncology Committee of Chinese Medical Association. Oncology Committee of Chinese Medical Association guidelines for clinical

- diagnosis and treatment of lung cancer (2021 edition). National Medical Journal of China. 2021;101(23):1725-57. (in Chinese)
2. National Administration of Traditional Chinese Medicine. Criteria of diagnosis and therapeutic effects of diseases and syndromes in traditional Chinese medicine. Beijing: China Medical Science and Technology Press; 2012. (in Chinese)
3. Chen G. Effects of Shenfu injection on chemotherapy-induced adverse effects and quality of life in patients with advanced non-small cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis J Cancer Res Ther. 2018;14(12): S549-55.
4. Chu XX, Li LY. The role of interleukin in airway inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Hebei North University (natural science edition). 2014;30(05):110-3. (in Chinese)
5. Orditura M, Romano C, De Vita F, Galizia G, Lieto E, Infusino S, et al. Behaviour of interleukin-2 serum levels in advanced non-small-cell lung cancer patients: relationship with response to therapy and survival. Cancer Immunol Immunother. 2000;49(10):530-6.
6. Kuo SH, Chang DB, Lee YC, Lee YT, Luh KT. Tumour-infiltrating lymphocytes in non-small cell lung cancer are activated T lymphocytes. Journal of Asian Pacific Society of Respiriology. 1998;3(1):55-9.
7. Yano T, Yoshino I, Yokoyama H, Fukuyama Y, Takai E, Asoh H, et al. The clinical significance of serum soluble interleukin-2 receptors in lung cancer. Lung Cancer Journal. 1996;15(1):79-84.
8. Kawashima O, Kamiyoshihara M, Sakata S, Endo K, Saito R, Morishita Y. The clinicopathological significance of preoperative serum-soluble interleukin-2 receptor concentrations in operable non-small-cell lung cancer patients. Ann Surg Oncol. 2000;7(3):239-45.
9. Yamaji H, Iizasa T, Koh E, Suzuki M, Otsuji M, Chang H, et al. Correlation between interleukin 6 production and tumor proliferation in non-small cell lung cancer. Cancer Immunol. Immunother. 2004;53:786-92.
10. Koh E, Iizasa T, Yamaji H, Sekine Y, Hiroshima K, Yoshino I, et al. Significance of the correlation between the expression of interleukin 6 and clinical features in patients with non-small cell lung cancer. Int J Surg Pathol. 2012;20(3):233-9.
11. Kita H, Shiraishi Y, Watanabe K, Suda K, Ohtsuka K, Koshiishi Y, et al. Does postoperative serum interleukin-6 influence early recurrence after curative pulmonary resection of lung cancer?. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2011;17(5):454-60.
12. Zhou JJ, Qu ZX, Yan SP, Sun F, Whitsett JA, Shapiro SD, et al. Differential roles of STAT3 in the initiation and growth of lung cancer. Oncogene. 2015;34(29):3804-14.
13. Il'yasova D, Colbert LH, Harris TB, Newman AB, Bauer DC, Satterfield S, et al. Circulating levels of inflammatory markers and cancer risk in the health aging and body composition cohort. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2005;14(10):2413-8.
14. Qu ZX, Sun F, Zhou JJ, Li LW, Shapiro SD, Xiao GT. Interleukin-6 Prevents the Initiation but enhances the PprogreSSION of lung cancer. Cancer Res. 2015;75(16):3209-15.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาทางคลินิกในการใช้วิธีแผ่นยาแปะบนจุดเส้นลมปราณรักษาอาการไอหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีกลุ่มอาการซีฟรื่องร่วมกับมีเสมหะมากขึ้น

เจียง จิ่งเจี๋ย, กาน ซานซาน, หลิว รุ่ยเฉา, อาเก๋อเอ๋อ, เจียว ลีจิง, กง ย่าปิ่น

โรงพยาบาลการแพทย์ผสมผสานแผนจีนและแผนปัจจุบันแห่งเมืองเยว่หยางในสังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีน-เซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: งานวิจัยทางคลินิกนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาประสิทธิภาพการใช้แผ่นยาแปะบนจุดเส้นลมปราณรักษาอาการไอหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีกลุ่มอาการซีฟรื่องร่วมกับมีเสมหะมากขึ้น วิธีการคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่าง 51 รายโดยการสุ่มตัวอย่างแบบสมบรูณ์แบ่งออกเป็น กลุ่มรักษา 27 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย โดยทั้งสองกลุ่มจะรักษาโดยใช้ตำรับยาเสี่ยวชิงหลงทั้งและชื่อจุนจื่อทั้งรวมด้วย สำหรับกลุ่มรักษาจะใช้แผ่นยาแปะบนจุดเส้นลมปราณในการรักษา และกลุ่มควบคุมจะใช้แผ่นเปล่าแปะบนจุดเส้นลมปราณ คอร์สการรักษา 14 วัน โดยจะทำการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของอาการไอ อาการไอจากมาตรวัดประมาณด้วยสายตา ระดับของสารซีรัมไซโตไคน์ ผลการวิจัยพบว่า หลังจากรักษา 14 วัน ประสิทธิภาพในการรักษาของกลุ่มรักษาและกลุ่มควบคุมร้อยละ 93.6 และ 73.9 ตามลำดับ โดยที่กลุ่มรักษาได้ผลเด่นชัดกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.01$) ส่วนทั้งสองกลุ่มหลังจากรักษาแล้วคะแนนจากการประเมินวัดด้วยสายตาลดลง โดยที่กลุ่มรักษาลดลงเด่นชัดมากกว่า ($p < 0.001$) และทั้งสองกลุ่มมีระดับซีรัมไซโตไคน์อินเตอร์ลิวคิน-2 (IL-2r) อินเตอร์ลิวคิน-6 (IL-6) หลังจากรักษาแล้วดีขึ้นทั้งสองกลุ่ม โดยที่กลุ่มรักษาดีขึ้นเด่นชัดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ผลการวิจัยพบว่าประสิทธิภาพในการใช้แผ่นยาแปะบนจุดเส้นลมปราณรักษาอาการไอหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ผลเด่นชัดและสามารถแก้ไขอาการทางคลินิกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดี สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: อาการไอหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งปอด; กลุ่มอาการซีฟรื่องร่วมกับมีเสมหะมากขึ้น; วิธีการใช้แผ่นยาแปะบนจุดเส้นลมปราณรักษา; ซีรัมไซโตไคน์

ผู้รับผิดชอบบทความ: กง ย่าปิ่น: gongyabin@hotmail.com



Original Article

Clinical observation on acupoint application as an adjuvant therapy for treating cough after lung cancer surgery due to Qi deficiency and phlegm dampness

Jiang Jingjie, Gan Shanshan, Liu Ruichao, Ageer, Jiao Lijing, Gong Yabin

Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: The Objective of this study was to investigate the therapeutic effect of acupoint application as an adjuvant therapy for treating cough after lung cancer surgery due to Qi deficiency and phlegm dampness. Fifty-one patients were completely random design divided into the treatment group (27 cases) and the control group (24 cases). The basic treatment of both groups was a Chinese medicine decoction of Xiao-qinglong combined with Sijunzi plus and minus. The treatment group was treated with acupoint application, while the control group was treated with blank acupoint application. The course of treatment was 14 days. The changes in cough symptoms, visual analog score (VAS) and peripheral blood serum cytokine levels were compared between the two groups before and after treatment. It was found that the effective rates of the treatment and control groups were 93.6% and 73.9% after 14 days of treatment, respectively, and the treatment group was significantly better than the control group ($p < 0.01$). VAS scores decreased in both groups after treatment, with a more significant decrease in the treatment group ($p < 0.001$). the peripheral blood cytokines interleukin-2r (IL-2r) and interleukin-6 (IL-6) improved in both groups after treatment, with statistically significant differences compared to pre-treatment, and the improvement was more pronounced in the treatment group ($p < 0.001$). In conclusion, acupoint application as an adjuvant was effective for treating cough after lung cancer surgery due to Qi-deficiency and phlegm-dampness, which could significantly improved the clinical symptoms of patients with cough after lung cancer surgery and effectively improve the quality of life of patients.

Keyword: cough after lung cancer surgery; Qi deficiency and phlegm-dampness type; acupoint application therapy; serum cytokine

Corresponding author: Gong Yabin: gongyabin@hotmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเลือกจุดฝังเข็มในการรักษาภาวะปวดประจำเดือนปฐมภูมิ

รติกร อุดมไพบลย์วงศ์

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

บทคัดย่อ: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาหลักเกณฑ์ในการเลือกใช้จุดฝังเข็มในการรักษาภาวะปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ โดยใช้วิธีการสืบค้นในฐานข้อมูลออนไลน์ของสาธารณรัฐประชาชนจีนย้อนหลัง 10 ปี และใช้โปรแกรม Excel 2010 ในการรวบรวมข้อมูลและแปลผลทางสถิติ ผลจากการศึกษาพบว่า มีงานวิจัยทั้งหมด 205 เรื่องที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จุดฝังเข็มที่ใช้บ่อยในการรักษาภาวะปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ 3 อันดับแรกคือ ซานอินเจียว (Sanyinjiao, SP6, 三阴交) กวนหยวน (Guanyuan, RN4, 关元) และจูซานหลี่ (Zusanli, ST6, 足三里) ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 3 จุด จัดอยู่ในเส้นลมปราณที่ใช้บ่อย 3 อันดับด้วย เช่นเดียวกัน ได้แก่ เส้นลมปราณเท้าไท่อินม้าม เส้นลมปราณเร็น และเส้นลมปราณเท้าหยางหมิง กระเพาะอาหาร บริเวณขาเป็นตำแหน่งที่ถูกเลือกใช้จุดฝังเข็มมากที่สุด และจุดพิเศษที่ถูกใช้มากที่สุดคือ crossing point

คำสำคัญ: ฝังเข็ม; ฝังเข็มรมยา; ปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ

ผู้รับผิดชอบบทความ: รติกร อุดมไพบลย์วงศ์: dr.wenzhenhui@gmail.com



Received: 17 November 2021

Revised: 6 February 2022

Accepted: 10 May 2022



บทนำ

ภาวะปวดประจำเดือน เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งการเรียนและการทำงาน ทำให้ประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตลดลง อาการปวดประจำเดือนแบ่งเป็นชนิดปฐมภูมิและชนิดทุติยภูมิ การปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ เป็นอาการปวดชนิดที่ไม่พบว่ามีพยาธิสภาพที่มดลูกและรังไข่ร่วมด้วย ส่วนการปวดประจำเดือนชนิดทุติยภูมิ เป็นอาการปวดประจำเดือนที่มีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกรานร่วมด้วย มักพบอาการหลังจากมีประจำเดือนครั้งแรกมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มักพบหลังอายุ 25 ปี^[1] อาการที่แสดงออกทางคลินิกคือ ก่อนมีประจำเดือน หลังมีประจำเดือน หรือระหว่างมีประจำเดือน มีอาการปวดช่วงบริเวณท้องน้อยและอุ้งเชิงกราน โดยไม่พบพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน สาเหตุในทางการแพทย์แผนปัจจุบันอาจเกิดจากการผลิตสารโพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) ในปริมาณที่มากเกินไป^[2]

ทางการแพทย์แผนจีน ภาวะปวดประจำเดือนเกิดจากการเปลี่ยนแปลงซึ่งเลือดของเส้นลมปราณพิเศษชง เส้นลม-

ปราณพิเศษเร็น ทำให้เกิดความเย็น เสมหะความชื้น ซีและเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกไม่สะดวก เกิดภาวะปวดประจำเดือน โดยแบ่งกลุ่มอาการออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาการที่ติดขัดเลือดคั่ง กลุ่มอาการความเย็นอุดกั้นเลือดคั่ง กลุ่มอาการเสมหะร้อนอุดกั้น กลุ่มอาการซีและเลือดพร่อง กลุ่มอาการตับและไตพร่อง^[3] วิธีการรักษาภาวะปวดประจำเดือน ทางแพทย์แผนจีนมุ่งเน้นเรื่องปรับสมดุลเส้นลมปราณพิเศษชงและเส้นลมปราณพิเศษเร็น เพิ่มความอุ่นเส้นลมปราณ เพื่อบรรเทาอาการปวด ใช้จุดฝังเข็มบนเส้นลมปราณเร็นและเส้นลมปราณเท้าไท่อินในการรักษา^[4]

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลทางสถิติ ประมวลผล และสรุปแนวทางการเลือกใช้จุดฝังเข็มรักษาภาวะปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิที่มีประสิทธิผล

วิธีการศึกษา

ดำเนินการสืบค้นข้อมูลโดยใช้ภาษาจีนจากฐานข้อมูล

ออนไลน์ China National Knowledge Internet (CNKI) และ Wanfang data ของสาธารณรัฐประชาชนจีน ที่มีการเผยแพร่ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2555 จนถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2564 โดยระบุคำสำคัญในการ ค้นหาครั้งนี้ “ฝังเข็ม” “ฝังเข็มรมยา” “ปวดประจำเดือน ชนิดปฐมภูมิ” ผลจากการค้นหางานวิจัยที่มีความ เกี่ยวข้องรวมทั้งหมด 1,018 เรื่อง

จากบทความวิจัยทั้งหมด 1,018 เรื่อง ผ่านการ คัดเลือกและตรวจสอบโดยบุคคล พบว่ามีบทความวิจัยซ้ำ 583 เรื่อง จากนั้นมีการทบทวนบทความวิจัย โดยใช้เกณฑ์ inclusion and exclusion criteria การคัดเลือก บทความวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 205 เรื่อง

1. Inclusion criteria

1.1 เป็นบทความวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วและอยู่ในฐานข้อมูลออนไลน์ CNKI หรือ Wanfang Data

1.2 มีเกณฑ์การวินิจฉัยแน่ชัดว่าเป็นภาวะปวด ประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ

1.3 เพศหญิง ไม่จำกัดช่วงอายุ ระยะเวลาการเกิดโรค และกลุ่มอาการ

1.4 ใช้การรักษาด้วยการฝังเข็มอย่างเดียว หรือใช้ ฝังเข็มร่วมกับการรักษาอื่น เช่น รมยา กระตุ้นไฟฟ้า ทูยหนา ยาจีน

1.5 เป็นบทความวิจัยทางคลินิกที่มีอาสาสมัคร มากกว่า 30 คน

1.6 เป็นจุดฝังเข็มบน 14 เส้นลมปราณหลัก^[5] ซึ่ง ประกอบด้วย 12 เส้นลมปราณ ได้แก่ เส้นลมปราณมือ- ไทอินปอด เส้นลมปราณมือหยางหิงลำไส้ใหญ่ เส้น- ลมปราณเท้าหยางหิงกระเพาะอาหาร เส้นลมปราณเท้า- ไทอินม้าม เส้นลมปราณมือเส้าอินหัวใจ เส้นลมปราณมือ- ไทหยางลำไส้เล็ก เส้นลมปราณเท้าไท่หยางกระเพาะ- ปัสสาวะ เส้นลมปราณเท้าเส้าอินไต เส้นลมปราณมือ- เจวียอินเยื่อหุ้มหัวใจ เส้นลมปราณมือเส้าหยางซานเจียว เส้นลมปราณเท้าเส้าหยางถุงน้ำดี เส้นลมปราณเท้า- เจวียอินตับ เส้นลมปราณพิเศษหู และเส้นลมปราณพิเศษเร็น

2. Exclusion criteria

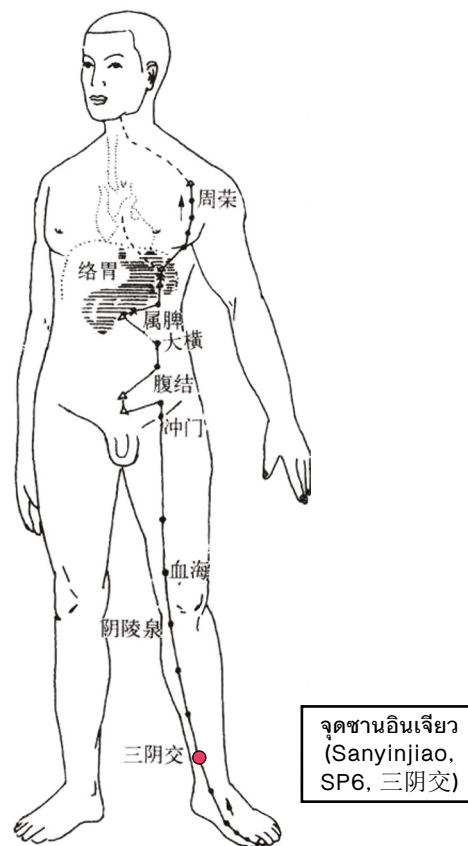
2.1 จุดฝังเข็มที่ไม่ได้อยู่บน 14 เส้นลมปราณหลัก
2.2 บทความวิจัยที่ทดลองกับสัตว์
2.3 บทความวิจัยตีพิมพ์ซ้ำซ้อนให้เลือกเพียง 1 เรื่อง
วิเคราะห์รวบรวมผลการศึกษาในรายงานที่คัดเลือก โดยพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหลักเกณฑ์ในการเลือก ใช้จุดฝังเข็มในการรักษาภาวะปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ

ผลการศึกษา

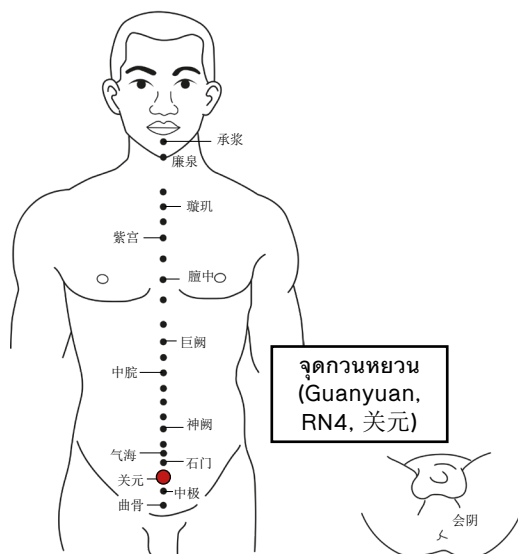
บทความวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 205 เรื่อง ใช้วิธี การฝังเข็มรมยาอย่างดี 170 เรื่อง ฝังเข็มควบคู่กับ การทานยาจีน 28 เรื่อง ฝังเข็มควบคู่กับทูยหนา 5 เรื่อง ฝังเข็มควบคู่กับกระตุ้นไฟฟ้า 2 เรื่อง เป็นบทความ รูปแบบ randomized controlled trial (RCT) ทั้งหมด 167 เรื่อง

1. ความถี่ในการใช้จุดฝังเข็ม

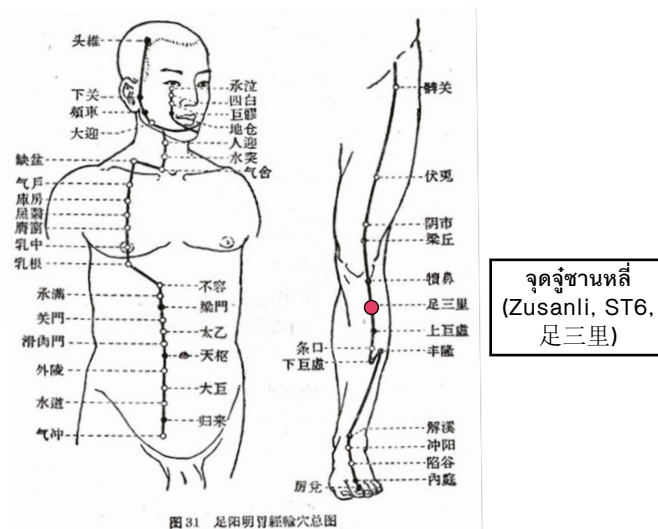
จากการศึกษาพบว่า การเลือกใช้จุดฝังเข็มรักษา ภาวะปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555- 2564 มีจุดฝังเข็มทั้งสิ้น 64 จุด โดยจุดฝังเข็มที่ถูกเลือกใช้ บ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ จุดซานอินเจียว (Sanyinjiao, SP6, 三阴交) ดังภาพที่ 1 จุดกวนหยวน (Guanyuan, RN4, 关元) ดังภาพที่ 2 และจุดจูซานหลี่ (Zusanli, ST6, 足三里) ดังภาพที่ 3 ซึ่งทั้ง 3 จุดนี้ ถูกใช้มากกว่า 90 เรื่อง (ตารางที่ 1) มี 68 เรื่อง ใช้ทั้ง 3 จุดร่วมกัน ในการรักษา จึงสรุปได้ว่าจุดฝังเข็มทั้ง 3 จุดนี้เป็นจุดที่ ใช้ร่วมกันบ่อยในการรักษาภาวะปวดประจำเดือนชนิด ปฐมภูมิ



ภาพที่ 1 เส้นลมปราณเท้าไท่อินม้าม (Spleen Meridian of foot-Taiyin, SP) จุดซานอินเจียว (Sanyinjiao, SP6, 三阴交)



ภาพที่ 2 เส้นลมปราณพิเศษเร็น
(Ren Meridian, RN)
จุดกวนหยวน (Guanyuan, RN4, 关元)



ภาพที่ 3 เส้นลมปราณเท้าหยางหมิงกระเพาะอาหาร
(Stomach meridian of foot-Yangming, ST)
จุดจู่ซานหลี่ (Zusanli, ST6, 足三里)

ตารางที่ 1 ความถี่ในการใช้จุดฝังเข็มที่ถูกเลือกใช้มากกว่า 10 ครั้ง

ชื่อจุดฝังเข็ม	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
Sanyinjiao, SP6 (三阴交)	174	14.78
Guanyuan, RN4 (关元)	154	13.08
Zusanli, ST6 (足三里)	91	7.73
Qihai, RN6 (气海)	89	7.56
Diji, SP8 (地机)	86	7.30
Ciliao, BL32 (次髎)	72	6.11
Zhongji, RN3 (中极)	66	5.60
Taichong, LR3 (太冲)	59	5.01
Xuehai, SP10 (血海)	51	4.33
Hegu, LI4 (合谷)	40	3.39
Shenshu, BL23 (肾俞)	32	2.71
Guilai, ST29 (归来)	28	2.37
Yinlingquan, SP9 (阴陵泉)	24	2.03
Shuidao, ST28 (水道)	21	1.78
Ganshu, BL18 (肝俞)	19	1.61
Pishu, BL20 (脾俞)	19	1.61
Geshu, BL17 (膈俞)	14	1.18
Mingmen, DU4 (命门)	13	1.10
Neiguan, PC6 (内关)	12	1.01
Taixi, KI3 (太溪)	10	0.84

2. การกระจายจุดฝังเข็มบนเส้นลมปราณ

จากการศึกษาพบว่าความถี่ในการเลือกใช้เส้นลมปราณมากที่สุด 3 เส้นลมปราณ ได้แก่ เส้นลมปราณเท้าไท่อินม้าม เส้นลมปราณพิเศษเร็น และเส้นลมปราณเท้าหยางหมิงกระเพาะอาหาร ตามลำดับ โดยความถี่ในการเลือกใช้เส้นลมปราณเท้าไท่อินม้ามมากถึง 338 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 28.71 รองลงมาคือ เส้นลมปราณเร็น

327 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.78 และเส้นลมปราณเท้าหยางหมิงกระเพาะอาหาร ความถี่ 158 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 13.42 เส้นลมปราณที่ถูกเลือกใช้น้อยที่สุดคือ เส้นลมปราณมือไท่อินปอดและเส้นลมปราณมือไท่หยางลำไส้เล็ก ถูกเลือกใช้เพียงแค่ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.08 ส่วนเส้นลมปราณเส้นอื่นหัวใจไม่ได้ถูกเลือกใช้เลย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความถี่ในการกระจายจุดฝังเข็มบนเส้นลมปราณ

ลำดับ	เส้นลมปราณ	จำนวนจุด	ชื่อจุดฝังเข็ม	ความถี่ (ครั้ง)	จำนวนครั้งที่ใช้	ร้อยละ
1.	เส้นลมปราณเท้าไท่อินม้าม Spleen meridian of foot-Taiyin, SP	7	Sanyinjiao, SP6 (三阴交)	174	338	28.71
			Diji, SP8 (地机)	86		
			Xuehai, SP10 (血海)	51		
			Yinlingquan, SP9 (阴陵泉)	24		
			Gongsun, SP4 (公孙)	1		
			Daheng, SP15 (大横)	1		
			Yinbai, SP1 (隐白)	1		
2.	เส้นลมปราณเร็น Ren meridian, RN	10	Guanyuan, RN4 (关元)	154	327	27.78
			Qihai, RN6 (气海)	89		
			Zhongji, RN3 (中极)	66		
			Qugu, RN2 (曲骨)	8		
			Zhongwan, RN12 (中脘)	4		
			Shimen, RN5 (石门)	2		
			Xiawan, RN10 (下脘)	1		
			Danzhong, RN17 (膻中)	1		
			Shangwan, RN13 (上脘)	1		
			Yinjiao, RN7 (阴交)	1		
3.	เส้นลมปราณเท้าหยางหมิง กระเพาะอาหาร Stomach meridian of foot-Yangming, ST	9	Zusanli, ST6 (足三里)	91	158	13.42
			Guilai, ST29 (归来)	28		
			Shuidao, ST28 (水道)	21		
			TianShu, ST25 (天枢)	9		
			Fenglong, ST40 (丰隆)	5		
			Wailing, ST26 (外陵)	1		
			Daju, ST27 (大巨)	1		
			Neiting, ST44 (内庭)	1		
			Shangjuxu, ST37 (上巨虚)	1		

ตารางที่ 2 ความถี่ในการกระจายจุดฝังเข็มบนเส้นลมปราณ (ต่อ)

ลำดับ	เส้นลมปราณ	จำนวนจุด	ชื่อจุดฝังเข็ม	ความถี่ (ครั้ง)	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
4.	เส้นลมปราณเท้าไท่หยาง กระเพาะปัสสาวะ Bladder meridian of foot-Taiyang, BL	17	Ciliao, BL32 (次髎)	72	187	15.88
			Shenshu, BL23 (肾俞)	32		
			Ganshu, BL18 (肝俞)	19		
			Pishu, BL20 (脾俞)	19		
			Geshu, BL17 (膈俞)	14		
			Weishu, BL21 (胃俞)	7		
			Shangliao, BL31 (上髎)	5		
			Zhongliao, BL33 (中髎)	5		
			Xialiao, BL34 (下髎)	4		
			Chengshan, BL57 (承山)	3		
			Zhibian, BL54 (秩边)	1		
			Qihai, BL24 (气海俞)	1		
			Guanyuanshu, BL26 (关元俞)	1		
			Kunlun, BL60 (昆仑)	1		
			Heyang, BL55 (合阳)	1		
			Sanjiaoshu, BL22 (三焦俞)	1		
			Shenmai, BL62 (申脉)	1		
5.	เส้นลมปราณเท้าเจี๋ยอินดับ Liver meridian of foot-Jueyin, LR	4	Taichong, LR3 (太冲)	59	69	5.01
			Ququan, LR8 (曲泉)	5		
			Xingjian, LR2 (行间)	4		
			Qimen, LR14 (期门)	1		
6.	เส้นลมปราณมือหยางหมิง ลำไส้ใหญ่ Large Intestine Meridian of hand-Yangming, LI	1	Hegu, LI4 (合谷)	40	40	3.39
7.	เส้นลมปราณตู Du meridian, DU	3	Mingmen, DU4 (命门)	13	16	1.35
			Dazhui, DU14 (大椎)	2		
			Zhongshu, DU7 (中枢)	1		
8.	เส้นลมปราณมือเจี๋ยอิน เยื่อหุ้มหัวใจ Pericardium meridian of hand-Jueyin, PC	1	Neiguan, PC6 (内关)	12	12	1.01
9.	เส้นลมปราณเท้าเส้าอินไต Kidney meridian of foot-Shaoyin, KI	4	Taixi, KI3 (太溪)	10	16	1.35
			Zhaohai, KI6 (照海)	2		
			Qixue, KI13 (气穴)	2		
			Yingu, KI10 (阴谷)	2		

ตารางที่ 2 ความถี่ในการกระจายจุดฝังเข็มบนเส้นลมปราณ (ต่อ)

ลำดับ	เส้นลมปราณ	จำนวนจุด	ชื่อจุดฝังเข็ม	ความถี่ (ครั้ง)	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
10.	เส้นลมปราณเท้าเล็กหาง ถุงน้ำดี Gallbladder meridian of foot-Shaoyang, GB	5	Yanglingquan, GB34 (阳陵泉) Zulinqi, GB41 (足临泣) Daimai, GB26 (带脉) Xuanzhong, GB39 (悬钟) Guangming, GB37 (光明)	5 2 1 1 1	10	0.84
11.	เส้นลมปราณมือ เล็กหางซานเจียว Sanjiao meridian of hand-Shaoyang, SJ	1	Waiguan, SJ5 (外关)	2	2	0.16
12.	เส้นลมปราณมือไท่หยาง ลำไส้เล็ก Small intestine meridian of hand-Taiyang, SI	1	Houxi, SI3 (后溪)	1	1	0.08
13.	เส้นลมปราณมือไท่ยินปอด Lung meridian of hand-Taiyin, LU	1	Lieque, LU7 (列缺)	1	1	0.08
14.	เส้นลมปราณหัวใจ Heart meridian of hand-Shaoyin, HT	0	-	0	0	0
รวม					1,177 ครั้ง	100

3. ความถี่การใช้จุดฝังเข็มตามตำแหน่งร่างกาย

จากการศึกษาพบว่าจุดฝังเข็มตามตำแหน่งบนร่างกายที่ถูกเลือกใช้บ่อย ได้แก่ บริเวณขา มีจุดฝังเข็ม 24 จุด ความถี่ในการใช้จุดฝังเข็มบริเวณนี้มากถึง 532 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.58 รองลงมาคือ ช่วงบริเวณอกและ

หน้าท้อง มีจุดฝังเข็ม 19 จุด ความถี่ในการใช้จุดฝังเข็มบริเวณนี้ 392 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.59 และบริเวณใบหน้าและศีรษะไม่มีการใช้จุดฝังเข็มบริเวณดังกล่าวดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความถี่การใช้จุดฝังเข็มตามตำแหน่งร่างกาย

ตำแหน่ง	จำนวนจุด	ชื่อจุดฝังเข็ม	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
ขา	24	Sanyinjiao, SP6 (三阴交) Zusanli, ST6 (足三里) Diji, SP8 (地机) Taichong, LR3 (太冲) Xuehai, SP10 (血海) Yinlingquan, SP9 (阴陵泉) Taixi, KI3 (太溪)	532	45.58

ตารางที่ 3 ความถี่การใช้จุดฝังเข็มตามตำแหน่งร่างกาย (ต่อ)

ตำแหน่ง	จำนวนจุด	ชื่อจุดฝังเข็ม	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
		Ququan, LR8 (曲泉)		
		Fenglong, ST40 (丰隆)		
		Yanglingquan, GB34 (阳陵泉)		
		Xingjian, LR2 (行间)		
		Chengshan, BL57 (承山)		
		Zhaohai, KI6 (照海)		
		Yingu, KI10 (阴谷)		
		Zulinqi, GB41 (足临泣)		
		Gongsun, SP4 (公孙)		
		Yinbai, SP1 (隐白)		
		Kunlun, BL60 (昆仑)		
		Heyang, BL55 (合阳)		
		Shenmai, BL62 (申脉)		
		Neiting, ST44 (内庭)		
		Shangjuxu, ST37 (上巨虚)		
		Xuanzhong, GB39 (悬钟)		
		Guangming, GB37 (光明)		
อกและหน้าท้อง	19	Guanyuan, RN4 (关元)	392	33.59
		Qihai, RN6 (气海)		
		Zhongji, RN3 (中极)		
		Guilai, ST29 (归来)		
		Shuidao, ST28 (水道)		
		TianShu, ST25 (天枢)		
		Qugu, RN2 (曲骨)		
		Zhongwan, RN12 (中脘)		
		Shimen, RN5 (石门)		
		Qixue, KI13 (气穴)		
		Xiawan, RN10 (下脘)		
		Danzhong, RN17 (膻中)		
		Shangwan, RN13 (上脘)		
		Yinjiao, RN7 (阴交)		
		Daheng, SP15 (大横)		
		Qimen, LR14 (期门)		
		Wailing, ST26 (外陵)		
		Daju, ST27 (大巨)		
		Daimai, GB26 (带脉)		

ตารางที่ 3 ความถี่การใช้จุดฝังเข็มตามตำแหน่งร่างกาย (ต่อ)

ตำแหน่ง	จำนวนจุด	ชื่อจุดฝังเข็ม	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
เอวสะโพก	10	Ciliao, BL32 (次髎) Shenshu, BL23 (肾俞) Mingmen, DU4 (命门) Shangliao, BL31 (上髎) Zhongliao, BL33 (中髎) Xialiao, BL34 (下髎) Zhibian, BL54 (秩边) Qihai, BL24 (气海俞) Guanyuanshu, BL26 (关元俞) Sanjiaoshu, BL22 (三焦俞)	135	11.56
แขน	5	Hegu, LI4 (合谷) Neiguan, PC6 (内关) Waiguan, SJ5 (外关) Houxi, SI3 (后溪) Lieque, LU7 (列缺)	56	4.79
หลัง	6	Ganshu, BL18 (肝俞) Geshu, BL17 (膈俞) Pishu, BL20 (脾俞) Weishu, BL21 (胃俞) Dazhui, DU14 (大椎) Zhongshu, DU7 (中膂)	52	4.45
ใบหน้าและศีรษะ	0	-	0	0
ตำแหน่งทั้งหมด			1,167 ครั้ง	100

4. ความถี่การใช้จุดฝังเข็มบนจุดพิเศษ

ความถี่การใช้จุดฝังเข็มบนจุดพิเศษที่ถูกเลือกใช้บ่อย อันดับแรกคือ crossing point มีจุดฝังเข็มรวม 14 จุด มีการเลือกใช้มากถึง 418 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 32.17 รองลงมา คือ front Mu point มีจุดฝังเข็ม 8 จุด ความถี่

ในการใช้จุดฝังเข็มบริเวณนี้ 237 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.24 และ five Shu points มีจุดฝังเข็ม 13 จุด ความถี่ในการใช้จุดฝังเข็มบริเวณนี้ 206 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15.85 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความถี่การใช้จุดฝังเข็มบนจุดพิเศษ (specific points)

จุดพิเศษ Specific points	จำนวนจุด	ชื่อจุด	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
Crossing point 交会穴	14	Sanyinjiao, SP6 (三阴交) Guanyuan, RN4 (关元) Zhongji, RN3 (中极) Qugu, RN2 (曲骨) Zhongwan, RN12 (中脘) Qixue, KI13 (气穴) Zhaohai, KI6 (照海) Dazhui, DU14 (大椎) Shangwan, RN13 (上脘) Yinjiao, RN7 (阴交) Daheng, SP15 (大横) Qimen, LR14 (期门) Shenmai, BL62 (申脉) Daimai, GB26 (带脉)	418	32.17
Front Mu point 募穴	8	Guanyuan, RN4 (关元) Zhongji, RN3 (中极) TianShu, ST25 (天枢) Zhongwan, RN12 (中脘) Shimen, RN5 (石门) Danzhong, RN17 (膻中) Qimen, LR14 (期门)	237	18.24
Five Shu points 五俞穴	13	Zusanli, ST6 (足三里) Taichong, LR3 (太冲) Yinlingquan, SP9 (阴陵泉) Taixi, KI3 (太溪) Yanglingquan, GB34 (阳陵泉) Ququan, LR8 (曲泉) Xingjian, LR2 (行间) Yingu, KI10 (阴谷) Zulinqi, GB41 (足临泣) Yinbai, SP1 (隐白) Houxi, SI3 (后溪) Neiting, ST44 (内庭) Kunlun, BL60 (昆仑)	206	15.85

ตารางที่ 4 ความถี่การใช้จุดฝังเข็มบนจุดพิเศษ (specific points) (ต่อ)

จุดพิเศษ Specific points	จำนวนจุด	ชื่อจุด	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
Yuan-primary point 原穴	3	Taichong, LR3 (太冲) Hegu, LI4 (合谷) Taixi, KI3 (太溪)	109	8.39
lower He-sea point 下合穴	3	Zusanli, ST6 (足三里) Yanglingquan, GB34 (阳陵泉) Shangjuxu, ST37 (上巨虚)	97	7.46
Xi-cleft point 郄穴	1	Diji, SP8 (地机)	86	6.66
Back Shu point 背俞穴	5	Shenshu, BL23 (肾俞) Ganshu, BL18 (肝俞) Pishu, BL20 (脾俞) Weishu, BL21 (胃俞) Sanjiaoshu, BL22 (三焦俞)	78	6.00
eight influential points 八会穴	5	Geshu, BL17 (膈俞) Yanglingquan, GB34 (阳陵泉) Zhongwan, RN12 (中脘) Danzhong, RN17 (膻中) Xuanzhong, GB39 (悬钟)	25	1.92
eight confluent points 八脉交会穴	8	Neiguan, PC6 (内关) Zhaohai, KI6 (照海) Waiguan, SJ5 (外关) Zulinqi, GB41 (足临泣) Gongsun, SP4 (公孙) Houxi, SI3 (后溪) Shenmai, BL62 (申脉) Lieque, LU7 (列缺)	22	1.69
Luo-connecting point 络穴	6	Neiguan, PC6 (内关) Fenglong, ST40 (丰隆) Waiguan, SJ5 (外关) Lieque, LU7 (列缺) Gongsun, SP4 (公孙) Guangming, GB37 (光明)	21	1.61
รวม			1,299 ครั้ง	100

วิจารณ์

จากการศึกษาบทความวิจัย การเลือกใช้จุดฝังเข็มรักษาภาวะปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิบนฐานข้อมูลออนไลน์ของสาธารณสุขประชาชนจีนย้อนหลัง 10 ปี มีบทความวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ ทั้งหมด 205 เรื่อง ใช้จุดฝังเข็ม 64 จุด โดยจุดฝังเข็มถูกเลือกใช้บ่อยสุด 3 อันดับแรก คือ จุดซานอินเจียว (Sanyinjiao, SP6, 三阴交) จุดกวนหยวน (Guanyuan, RN4, 关元) และจุดจูซานหลี่ (Zusanli, ST6, 足三里) ถูกเลือกใช้มากกว่า 90 ครั้ง และมีบทความวิจัย 68 เรื่อง ใช้ทั้ง 3 จุดร่วมกันรักษาภาวะปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ

จุดซานอินเจียว (Sanyinjiao, SP6, 三阴交) เป็นจุดตัดของเส้นลมปราณเท้าอิน 3 เส้น ได้แก่ เส้นลมปราณเท้าไท่อินม้าม เส้นลมปราณเท้าเล่าอินไต เส้นลมปราณเท้าเจี๋ยอินตับ สามารถกระตุ้นการไหลเวียนและเลือด ปรับสมดุลเส้นลมปราณพิเศษชงและเร็น ถือเป็นจุดสำคัญในการรักษาโรคทางนรีเวช จุดกวนหยวน (Guanyuan, RN4, 关元) เป็นจุดตัดกับเส้นลมปราณเท้าอิน 3 เส้น และเป็นจุดมู่ (front Mu point) ใช้รักษาโรคของอวัยวะภายใน โดยเฉพาะอวัยวะกลางทั้ง 5 จุดกวนหยวนเป็นจุดสำคัญในการบำรุงหยวนชี่ ใช้ในส่งเสริมสุขภาพและบำรุงร่างกาย จุดจูซานหลี่ (Zusanli, ST6, 足三里) เป็นจุดเหอ (He-sea point) และเซี่ยเหอ (lower He-sea point) เป็นจุดที่ชี่ของอวัยวะกลางไหลเวียนมาบรรจบรวมอยู่ เป็นจุดในการรักษาโรคเกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะกลาง สามารถใช้รักษาโรคบริเวณช่องท้อง ปรับสมดุลชี่เลือดของม้ามและกระเพาะอาหาร

ความถี่ในการเลือกใช้เส้นลมปราณ 3 อันดับแรก ได้แก่ เส้นลมปราณเท้าไท่อินม้าม เส้นลมปราณพิเศษเร็น และเส้นลมปราณเท้าหยางหมิงกระเพาะอาหาร ทางแพทย์แผนจีน ประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับอวัยวะม้าม ตับ และไต เนื่องจากม้ามทำหน้าที่ลำเลียงและรังเลือดให้อยู่ในหลอดเลือด ในคัมภีร์จินกั๋ยเย้าเล่ย์เขียนจูกั๋ลว่า เลือดในอู่จั้งและลิวฟู่ (อวัยวะต้นและอวัยวะกลาง) ต้องอาศัยชี่ม้ามในการลำเลียงและเหนี่ยวรั้ง^[6] (《金匱要略编注》: “五脏六腑之血, 全赖脾气统摄”) อีกทั้งม้ามยังมีความสัมพันธ์เป่ียวหลี่กับกระเพาะอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการเลือกใช้จุดฝังเข็มบนเส้นลมปราณเท้าไท่อินม้ามและเส้นลมปราณเท้าหยางหมิงกระเพาะอาหาร ส่วนเส้นลมปราณพิเศษเร็น เป็นทะเลแห่งอิน (阴脉之海) เนื่องจากวิธการไหลเวียนของเส้นลมปราณอยู่บริเวณหน้าท้อง และมีเส้นลมปราณอินมาเชื่อมติด ได้แก่ เส้นลมปราณเท้าอิน 3 เส้น เส้นลมปราณพิเศษชง เส้นลมปราณพิเศษ

อินเหวย เส้นลมปราณมืออิน 3 เส้นในคัมภีร์《素问·骨空论》: “所谓之任脉者, 女子得之以任养也” “任者妊也, 此是人之生养之本”^[7] กล่าวว่สตรีนั้นมีเร็นบำรุงเลี้ยง เป็นสารตั้งต้นในการให้กำเนิด การเติบโต เมื่อถึงวัยเจริญพันธุ์ ยังมีหน้าที่ควบคุมการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร (主胞胎) ดังนั้น เส้นลมปราณพิเศษเร็นถือเป็นหนึ่งในเส้นลมปราณที่มีความสำคัญในการรักษาโรคทางนรีเวช

ภาวะปวดท้องประจำเดือน ตำแหน่งอยู่บริเวณมดลูกหรือช่วงท้องน้อย แต่จุดฝังเข็มที่ถูกเลือกใช้มากที่สุดอยู่บริเวณขา เนื่องจากบริเวณท้องเป็นทางผ่านของเส้นลมปราณเท้าอิน 3 เส้น สอดคล้องกับหลักการ “经络所通, 主治所及” กล่าวคือ หากทางเดินเส้นลมปราณผ่านไปยังบริเวณใดของร่างกาย สามารถรักษาโรคบริเวณตำแหน่งนั้นได้ จุดฝังเข็มที่ใช้รักษาภาวะปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิอยู่ที่บริเวณขาและหน้าท้องเป็นส่วนใหญ่ จึงมีความปลอดภัยและได้ผลในการรักษาที่ดี

จุดพิเศษ crossing point หมายถึงจุดฝังเข็มที่มีเส้นลมปราณตั้งแต่ 2 เส้นขึ้นไปมาตัดผ่าน ทำให้มีคุณสมบัติรักษาโรคของทุกเส้นลมปราณที่มาตัดกัน จุดฝังเข็มใน crossing point ที่ถูกเลือกใช้มากที่สุดคือจุดซานอินเจียว (Sanyinjiao, SP6, 三阴交) เป็นจุดตัดของเส้นลมปราณเท้าอิน 3 เส้นตามที่กล่าวข้างต้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษาโรคทางนรีเวช

จากผลการศึกษาจุดฝังเข็มใช้บ่อยในการรักษาภาวะปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ จุดซานอินเจียว (Sanyinjiao, SP6, 三阴交) จุดกวนหยวน (Guanyuan, RN4, 关元) จุดจูซานหลี่ (Zusanli, ST6, 足三里) ซึ่งทั้ง 3 จุด อยู่บนเส้นลมปราณเท้าไท่อินม้าม เส้นลมปราณพิเศษเร็น และเส้นลมปราณเท้าหยางหมิงกระเพาะอาหาร ซึ่งเป็นเส้นลมปราณที่ถูกใช้บ่อยด้วยเช่นเดียวกัน ผลการศึกษานี้สืบข้อมูลจากฐานข้อมูลออนไลน์ภาษาจีนย้อนหลัง 10 ปี เป็นการรวบรวมสถิติ แนวทางในการเลือกใช้จุดฝังเข็มที่มีประสิทธิภาพ มีผลการรักษาดี เป็นฐานข้อมูลทางสถิติที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการอรัญ เอี่ยมสุรีย์ และคณะผู้บริหารคลินิกการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว ที่ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนเปิดโอกาสในการทำวิจัย โดยเฉพาะแพทย์จีนสมชาย จิรพินิจวงศ์ และ ภญ.เย็นจิตร เตชะดำรงสิน ที่ให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางตลอดจนปรับปรุงและแก้ไขรวมถึงแพทย์แผนจีนในแผนกฝังเข็มที่คอยให้ความช่วยเหลือ ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงด้วยดี

References

1. Lacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update*. 2015;21(6):762-78.
2. Angsuwathana S. Dysmenorrhea. In: Somboon K, Mongkon B, Manee R, Suwanit T (editors). *Gynecology*. Bangkok: PA Living; 2008. p. 47-55. (in Thai)
3. China Association of Chinese Medicine. Guidelines for diagnosis and treatment of common diseases of gynecology in traditional Chinese medicine. 1st ed. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine; 2012. (in Chinese)
4. Shuzhong G. Acupuncture and moxibustion therapy. 3rd ed. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine; 2012. (in Chinese)
5. Shen X. Meridians and acupoints. 15th ed. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine; 2007. (in Chinese)
6. Sun Guang Ren. Basic theory of traditional Chinese medicine. 19th ed. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine; 2007. (in Chinese)
7. Shen X. Meridians and acupoints. 15th ed. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine; 2007. (in Chinese)



Original Article

Points selection for acupuncture-moxibustion treatment of primary dysmenorrhea

Ratikon Udompriboonwong

Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand

Abstract: To explore the acupoints selection pattern for the treatment of primary dysmenorrhea from online database. Recent ten year's clinical studies of acupuncture-moxibustion treatment for primary dysmenorrhea in China database were summarized and analyzed. The literatures that meet inclusion criteria were established with excel 2010. A total of 205 clinical articles on primary dysmenorrhea were treated with acupuncture-moxibustion. The most frequently used acupoints for the treatment of primary dysmenorrhea are Sanyinjiao (SP6), Guanyuan (RN4), Zusanli (ST6) and 3 most frequency used meridians are spleen meridian, Ren meridian, stomach meridian and the most frequency used of specific acupoints is crossing point.

Keywords: acupuncture; acupuncture-moxibustion; primary dysmenorrhea

Corresponding author: Ratikon Udompriboonwong: dr.wenzhenhui@gmail.com

原创论文

针灸治疗原发性痛经取穴规律的探析

温珍慧

泰国华侨中医院

摘要: 挖掘针灸治疗原发性痛经的选穴规律, 为优化临床治疗方案提供参考。收集近 10 年针灸治疗原发性痛经的临床文献。将纳入的文献用 Excel 2010 进行整理、分析、归纳。本研究共纳入 205 篇针灸治疗原发性痛经的临床文献。针灸治疗原发性痛经的选穴方案中最重要及频繁的穴位为三阴交、关元、足三里; 所选经脉频率最高的是足太阴脾经、任脉、足阳明胃经; 所选特定穴位总频率最高为交会穴。

关键词: 针刺; 针灸; 原发性痛经

责任作者: 温珍慧: dr.wenzhenhui@gmail.com



Review Article

Cerebral-protective effects of hydroxysafflor yellow A

Wen Xinya, Ao Hui

State Key Laboratory of Southwestern Chinese Medicine Resources, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: Nowadays, as an important challenge, cerebral diseases are rapidly increasing, with high mortality and huge treatment costs. Moreover, most of the chemical drugs applied in the treatment of cerebral diseases with single-target are always ineffective and toxic. Natural medicines, characterized by multiple targets and low toxicity and are generally considered as promising treatments for a variety of human diseases. Therefore, developing novel and effective drugs derived from plants for treating cerebral diseases is of great importance. Hydroxysafflor yellow A (HYSA) is a natural agent isolated from the roots of from the flower of the safflower plant (*Carthamus tinctorius* L.), a traditional Chinese herbal medicine with the effect of promoting blood circulation and removing blood stasis. Numerous *in vitro* studies and *in vivo* animal experiments have proved that HYSA is beneficial against the progression of cerebral ischemic diseases, vascular dementia (VD), Alzheimer's disease (AD), Parkinson's disease (PD), traumatic brain injury (TBI), etc. The underlying mechanisms primarily involve regulating TLR9/NF- κ B, AK2/STAT3, SIRT1-HIF-1 α -VEGFA, PI3K/Akt/mTOR, TREM2/TLR4/NF- κ B, JAK2/STAT3/NF- κ B, BDNF/TrkB/DRD3, JNK/ERK, TLR4/NF- κ B pathways and so on. Overall, we demonstrate a systematic overview of the pharmacological actions and the molecular mechanisms of HYSA on diverse cerebral diseases, providing direction to future research of HYSA.

Keywords: hydroxysafflor yellow A (HYSA); cerebral diseases; pharmacological action; systematic overview

Correspondence author: Ao Hui: aohui2005@126.com



Received: 30 September 2022 Revised: 15 October 2022 Accepted: 25 October 2022



Introduction

Brain is regarded as the most complex organ of the human body's structure and function, and where human wisdom lies. Further studies on the pathogenesis of cerebral diseases, and effective treatment methods have become a hot spot all over the world.^[1] Notably, major cerebral diseases, such as cerebral ischemic disease, dementia Parkinson's disease (PD), traumatic brain

injury (TBI), with high mortality rates and high-cost treatment, have shown a rapid increase and become an important challenge in today's society and medicine.^[2-4] However, chemical drugs for the treatment of cerebral diseases, such as idebenone, diazepam, doxepin, and memantine hydrochloride, are highly toxic and mono-targeted, producing limited efficacy. Natural medicines such as

curcumin, quercetin, resveratrol, rutin, celastrol, berberine, and nuciferine, derived from natural plants and characterized by multi-targets and low toxicity, are usually regarded as promising treatments for a variety of human diseases.^[5-9] Therefore, attention should be paid to the exploration and development of natural agents with therapeutic potential against cerebral diseases.

Safflower (SY, *Carthamus tinctorius* L.) is a traditional herbal medicine and blood stasis for thousands of years across Asia especially in China. The flower of the safflower plant, *Carthamus tinctorius* L., and its extracts has been extensively used known as a blood stasis promoting drug has been used to treat several diseases such as cerebrovascular and cardiovascular disorders for more than 2000 years. Hydroxysafflor yellow A (HSYA) (Figure1), a water-soluble monomer responsible for the main beneficial effects of SY, was first separated from safflower by Meselhy MR, et al in 1993.^[10] It is the most active ingredient of safflower. In 2005, safflower yellow injection containing 45 mg HSYA per

50 mg was approved as a new drug by the State Food and Drug Administration of China and began to be widely used for treating cardiac diseases such as angina pectoris. The systematic evaluations demonstrated that this injection was significantly effective for cerebral infarction.^[11] In recent years, a great number of studies demonstrated that HSYA possessed cerebral-protective potentials against cerebral ischemic diseases, vascular dementia (VD), Alzheimer's disease (AD), Parkinson's disease (PD), traumatic brain injury (TBI). However, there is not a review summarizing the cerebral-protective effect of HSYA, which will greatly hinder the development and utilization of HSYA.

In this review, we managed to give a comprehensive summary and analysis of the cerebral-pharmacological properties of HSYA *in vivo* and *in vitro*, supporting the potential potentials of HSYA in cerebral diseases. This review will also shed light on the development and utilization of natural agent in the treatment of cerebral diseases.

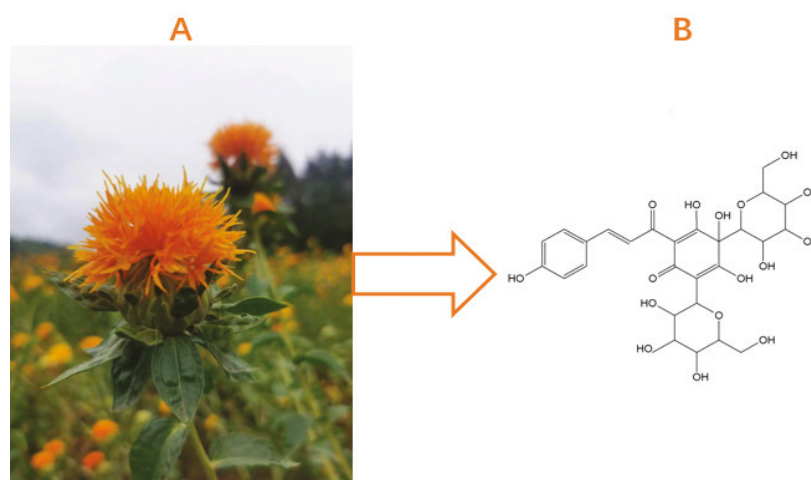


Figure 1 Hydroxysafflor yellow A (HSYA) and its sources

(A) *Carthamus tinctorius* L. (safflower); (B) Hydroxysafflor yellow A
(the main effective compound of *Carthami Flos*)

Effect of HSYA on cerebral ischemia

The strong inhibitory effect on ischemic brain injury of HSYA has become popular research topics. With the similar potency to nimodipine, HSYA was found to exert significant neuroprotective effects on focal cerebral ischemic rats caused by permanent middle cerebral artery occlusion (MCAO) as expressed by the reduced neurological deficit scores, infarct area, edema extend and levels of Bax, Caspase-3, ICAM-1, IL-1 β , TNF- α and NF- κ B, suppressed expressions of Bax, caspase-3 and ICAM-1, IL-1 β , TNF- α and NF- κ B, up-regulated glucose metabolism and expressions of GFAP, NGF and Bcl-2.^[12-14] (Table 1)

Additionally, HSYA inhibited neurons injury stimulated by glutamate, sodium cyanide (NaCN) and OGD via preventing cell death and LDH release in cultured rat fetal cortical cells.^[13] Another *in vitro* study showed HSYA protected PC12 cells from apoptosis induced by OGD followed by reperfusion through suppressing intracellular oxidative stress and mitochondria dependent pathway^[15] Further studies showed the inhibitor of Glycogen Synthase Kinase 3 Beta GSK3 β partly reversed the protection of HSYA on I/R by modulating NF- κ B and caspase-3 *in vivo* and *in vitro*.^[16] Further, intraperitoneal injection of HSYA activated Toll-like receptor 9 (TLR9) in microglia of ischemic cortex at 6 hours and inhibited the NF- κ B pathway in the acute cerebral ischemia and reperfusion rats. Consistently, TLR9-siRNA reversed the anti-inflammatory action of HSYA in primary microglia induced by OGD.^[17] Also, HSYA reduced hippocampal expression levels of light chain 3 (LC3), hypoxia-inducible factor-1 (HIF-1), BC12/ adenovirus E1B 19kDa interacting protein 3 (BNIP3), and neurogenic locus notch homolog protein 1 (Notch1) in the MCAO rats. And molecu-

lar modeling indicated that HSYA could be bound strongly to HIF-1, BNIP3, and Notch1 but weakly to LC3.^[18] Further, HSYA treatment suppressed the expression of the Janus Kinase2 (JAK2)-mediated signaling and promoted the expression of suppressor of cytokine signaling 3 (SOCS3) in the MCAO rats. However, inhibiting JAK2-mediated signaling abolished the influence of HSYA on SOCS3 activity, suggesting that induction of the JAK2/signal transducer and activator of transcription 3 (STAT3) pathway by HSYA was vital in provoking SOCS3-negative feedback signaling.^[19] It was investigated that the anti-cerebral ischemic effect of HSYA might result from its suppression of thrombin generation and thrombin-mediated inflammatory reaction including NF- κ B p65 nuclear translation, p65 binding activity, elevation of ICAM-1 mRNA and protein levels and neutrophils infiltration through decreasing angiotensin II.^[20] In addition to the inhibitory effect on thrombosis formation, the reasons for the therapeutic effects of HSYA on the MCAO rats were related to its beneficial action on the prostacyclin2 (PGI₂)/ thromboxane A2 (TXA₂) and blood rheological changes *in vivo* and platelet aggregation *in vivo* and *in vitro*.^[21] Notably, mitochondria, is likely to be involved in the underlying mechanism. The structurally and functionally ameliorative influence of HSYA on the cortex mitochondria in rats damaged by cerebral ischemia, which might be related to inhibition of overloaded Ca²⁺ and scavenging of free radicals included increase in the membrane fluidity and the activities of respiratory enzymes and decrease in the edema degree and the membrane phospholipid decomposability.^[22] Also, HSYA could ameliorate the behavioral and cognitive indexes including neurological scoring, latency time on rotarod

and percentages of alterations behavior, decrease MDA and TNF- α and reduce the infarct volume in I/R rats subjected to MCAO, whereas carboxyatractyloside (CAT), an mitochondrial permeability transition pore (mPTP) opener, attenuated the pharmacological activities of HSYA in the model, suggesting the neuroprotective effect of HSYA against I/R injury might be related to its antioxygenation together with inhibition of the opening of mPTP.^[23]

Blood-brain barrier, which is damaged by an ischemic stroke, was also the target of HSYA. After OGD/R in Brain microvascular endothelial cell (BMECs), HSYA significantly increased viability, and decreased the generation of ROS, opening of mPTP and translocation of CytC. Moreover, HSYA inhibited CypD, potentiated MEK, increased ERK phosphorylation, and hindered mitochondrial-modulated apoptosis in BMECs.^[24] Further studies showed that Silent information regulator 2 homolog 1 (SIRT1)-HIF-1 α -VEGFA and PI3K/Akt (protein kinase B) / molecular Target of Rapamycin(mTOR) signaling pathways were involved in the effects of HSYA on angiogenesis of BMECs treated by OGD/R. HSYA could promote cell proliferation, adhesion, migration and tube formation ability of BMECs and increase the levels of VEGF, Ang and PDGF in BMECs under OGD/R. Further, HSYA up-regulated the expressions of SIRT1, HIF-1 α , VEGFA mRNA and protein after OGD/R, which were reduced after SIRT1 inhibition.^[25] Also, HSYA effectively reversed the cellular morphological and ultrastructural alterations, increased cell survival, and normalized the permeability of BMECs. Mechanistic studies revealed that HSYA inhibited OGD/R-induced autophagy and apoptosis and increased

the levels of p-AKT and p-mTOR proteins, which could be abolished by PI3K inhibitor.^[26] Importantly, when combined with AV-IV, HSYA elicited synergetic effects in retaining survival of BMECs by decreasing the expression of PHLPP-1 and strengthening Akt signaling.^[27]

Effect on dementia

Recent findings have discovered the anti-dementia properties of HSYA and provided a foundation for its clinical use in both of vascular dementia (VD) and Alzheimer's disease (AD). Compared with the VD rats, the HSYA-treated VD rats induced by permanent bilateral carotid occlusion (2-VO) exerted reduced escape latency, more time spent in the platform quadrant, prolonged swimming distance in the water maze, and increased long-term potentiation (LTP) which could stimulate longlasting synaptic efficacy and plasticity and finally ameliorate learning and memory at CA3CA1 synapses in the hippocampus. The later study exhibited that HSYA could up-regulate expression of VEGFA, N-methyl-Daspartic acid receptor 1 (NR1), brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and N-methyl-d-aspartate receptor (NMDAR) GluN2B in the hippocampal, which enhanced LTP and increased synaptic plasticity consequently.^[29]

The result of Morris water maze experiment showed HSYA improved learning ability of the AD rats. This agent also inhibited the expression of hippocampus β -site amyloid precursor protein cleaving enzyme (BACE) protein, decrease the level of A β ₁₋₄₂, reduced cholesterol level in serum and hippocampus, alleviated structural damage to dendritic spines and the loss of synaptic-associated proteins

and ameliorated the disorder of glutamate circulation in the AD rats.^[30,31] Also, in the CUMS-induced learning and memory impairments mice, HSYA increased the expression of BDNF and activated downstream tropomyosin-related kinase B (TrkB) and PI3K/ Akt/mammalian target of rapamycin (mTOR) signaling. HSYA decreased the expression of regulator of calcineurin 1-1L (RCAN1-1L) that could promote the activity of glycogen synthase kinase-3 β (GSK-3 β). HSYA also attenuated tau phosphorylation by inhibiting the activity of GSK-3 β and cyclin-dependent kinase-5 (Cdk5).^[32] *In vitro*, HSYA could up-regulate cell viability and improve the morphology in A β_{1-42} in BV-2 cells, all of which were regulated by triggering receptor expressed myeloid 2 (TREM2) and switched microglia from an M1 proinflammatory phenotype to an M2 anti-inflammatory phenotype. It inhibited the A β_{1-42} -induced activation of the TLR4/NF- κ B pathway by upregulating TREM2.^[33] HSYA had a stimulatory effect on A β_{1-42} -induced BV-2 cells' viability dose-dependently. It down-regulated the mRNA levels of IL-1 β , TNF- α , COX-2 and iNOS and protein expression of COX-2, TNF- α and iNOS, up-regulated IL-4 and IL-10 and protein expression of p-JAK2 and p-STAT3, in order to exert anti-inflammatory effect in A β_{1-42} -induced BV-2 cells. Besides, cell viability of neurons and SH-SY5Y inhibited by conditioned medium of A β_{1-42} -induced BV-2 cells was obviously promoted by HSYA while the apoptosis percentage in the above neurons cells were greatly strengthened by HSYA. However, the anti-inflammatory and neuroprotective activities of HSYA, which might be a consequence of JAK2/STAT3 pathway involvements, could be attenuated by AG490, an inhibitor

of JAK2.^[34] This drug also displayed a protective effect against A β_{25-35} -induced neurotoxicity in cultured rat pheochromocytoma (PC12) cells by increasing cell viability, stabilizing mitochondrial function and inhibiting oxidative stress characterized by reduced levels of lactate dehydrogenase (LDH), intracellular reactive oxygen species ROS and MDA, and neuronal apoptosis as well as increased ratio of Bcl-2/Bax.^[35] *In vivo*, the cognitive impairment manifested as the shortened the escape latency, the reduced number to cross the hidden platform and time spent in the target quadrant induced by homocysteine (Hcy) was significantly reversed by HSYA. The further study confirmed that HSYA attenuated A β_{40} and A β_{42} levels in hippocampus partially via suppressing PS1 protein levels, rescued apoptosis, and increased long-term potentiation (LTP) in the AD model.^[36] HSYA ameliorated memory deficits of A β_{1-42} -induced AD mice according to the reduction of mean escape latency, and target quadrant time, and the increase of the percent distance in the Morris water maze test. The mechanism could be explained by the reduction of expression of Iba-1, GFAP, IL-1 β , TNF- α and iNOS and increase of expression of IL-4 and IL-10 caused by HSYA, which resulted in suppression of the activation of microglia and astrocytes and inhibition of inflammatory factors in the hippocampi. The further research demonstrated HSYA could promote JAK2 and STAT3 phosphorylation, up-regulate I κ B expression, and inhibit p65 nuclear translocation. Moreover, HSYA showed no obvious inhibitory effect on A β_{1-42} -induced p65 nuclear translocation with JAK2 inhibitor AG490, whereas, without the inhibitor, HSYA inhibited p65 nuclear trans-

location in BV-2 microglia, suggesting that STAT3 played a necessary role in the inhibition of NF- κ B activation of HSYA.^[37](Table 1)

Effect on Parkinson's Disease

HSYA had an essentially neuroprotective role in 6-OHDA-induced Parkinson's Disease (PD) rats manifesting as the reduced apomorphine-induced turns and increased levels of dopamine (DA) and its metabolites, 4-dihydroxyphenyl acetic acid (DOPAC) and homovanillic acid (HVA) as well as increased number of tyrosine hydroxylase-positive cells. Likewise, GDNF (glial cell line-derived neurotrophic factor) and BDNF (brain-derived neurotrophic factor) in striatum were enhanced in the PD rats.^[38] Meanwhile, HSYA could improve motor dysfunction of the PD mice model induced by rotenone evidenced as the reduced climbing time in the pole test and the increased rotarod time and total distance and average speed in the open field test and protect dopamine neurons by increasing the number of TH-containing dopaminergic neurons in substantia nigra and the dopamine content in the striatum in PD mice. It was suggested that BDNF/TrkB/DRD3 signaling pathway was responsible for the pharmacological effect of HSYA because the expressions of BDNF, p-TrkB/TrkB, DRD3, p-PI3K/PI3K and p-AKT/AKT in the rotenone-induced PD mice were enhanced by HSYA.^[39] Additionally, after coadministration of HSYA with L-DOPA, the 6-hydroxydopamine-lesioned rat model of PD exerted the attenuated dyskinesia, the prolonged motor response duration and the down-regulated expression of the dopamine D receptor in the striatum, compared with the PD rats administrated by L-DOPA only.^[40] HSYA enhanced expression of tyrosine hydroxylase (TH) in substantia nigra (SN) and corpus striatum (STR), reduced levels of iNOS, COX-2 and

NF- κ B and DA neuronal apoptosis in the PD rats. In 6-OHDA-treated SH-SY5Y cells, HSYA decreased the levels of p-p38 and p-JNK and upregulated that of p-ERK.^[41]

The formation of autophagosomes was augmented by HSYA in the rotenone-induced PD rats. Additionally, HSYA increased levels of TH, p-JNK1/JNK1, Beclin1, Atg7, Atg12-5, p-Bcl-2/Bcl-2, and the LC3-II/LC3-I ratio and reduced the expression of α -syn.^[42] Moreover, HSYA treatment attenuated the LPS-induced dopaminergic neurons damage and inhibited levels of IL-1 β , TNF- α and NO and the expressions of NF- κ B p65 and iNOS.^[43] (Table 1)

Effect on traumatic brain injury

HSYA showed excellent protective effects against TBI. In the TBI rats, HSYA attenuated BBB permeability via increasing the production of the TJPs, including occludin, claudin-1 and zonula occludens protein 24 h after. Additionally, HSYA could suppress levels of IL-1 β , IL-6, and TNF- α , and also down-regulate the expression of inflammation-related Toll-like receptor 4/nuclear factor kappa-B (TLR4/NF- κ B) protein, decreased oxidative stress markers and inhibited the expression of apoptosis proteins.^[44,45] Also, HSYA acutely attenuated blood-brain barrier permeability, oxidative stress, inflammation and apoptosis in traumatic brain injury in rats. Another report confirmed that HSYA increased activities of mitochondrial ATPase and tissue plasminogen activator (t-PA) and decreased plasma plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1) activity and MMP-9 expression in the hippocampus of the TBI rats.^[46] HSYA alleviated the neurological deficits of TBI rats. Fifteen potentially significant metabolites focusing on 4 key targets, including NOS1, ACHE, PTGS2 and XDH, as well as their related core metabolites and pathways were involved in the anti-TBI effects of HSYA.^[47] (Figure 2)

Table 1 Summary about the cerebra-protection of HYSA

Effects	Model	Detials	Ref
Cerebral ischemia	Rat fetal cortical cells stimulated by OGD.	↓ cell death, LDH release	13
	Rat fetal cortical cells stimulated by glutamate and NaCN	↓ cell death, LDH, NO	14
	MCAO rats	↓ neurological deficit scores, infarct area, edema extend, cell apoptosis and expressions of Bax, Caspase-3, ICAM-1, IL-1β, TNF-α, NF-κB ↑ glucose metabolism.GFAP, NGF and Bcl-2	12-14
	MCAO rats	↓ neurological deficit scores, thrombin generation, Ang II NF-κB p65 nuclear translation, p65 binding activity, ↑ ICAM-1 neutrophils infiltration	20,21
	MCAO rats	↓ apoptotic cell number, ↑ Bcl-2/Bax, phosphorylation of Akt and GSK-3β	26
	MCAO rats	↑ glucose metabolism, neurological function, GFAP, NGF and Bcl-2 ↓ cerebral infarction volume, Bax, caspase-3 ICAM-1, IL-1β, TNF-α, NF-κB	12
	MCAO rats	↑ TLR9; ↓ the NF-κB pathway	17
		↓ neurobehavioral deficits, brain infarct area and tissue damage, hippocampal expression levels of LC3, HIF-1, BNIP3 and Notch1	18
		↓ JAK2/ STAT3 ↑ SOCS3	19
	BMECs after OGD/R	↑ cell viability, MEK, pERK ↓ apoptosis, ROS, opening of mPTP and translocation of cytochrome C, CypD	24
	BMECs during OGD/R	↑ VEGF, Ang, PDGF VEGFA, Ang-2, PDGFB cell proliferation, adhesion, migration and tube formation ability, CD31 and CD34 , SIRT1, HIF-1α	26

Table 1 Summary about the cerebra-protection of HYSA (cont.)

Effects	Model	Details	Ref
	BMECs during OGD/R	↓ permeability, apoptosis, autophagy, LC3, Beclin-1, ↑ p-Akt and p-mTOR proteins	27
	primary microglia stimulated by oGD/R	↑ TLR9; ↓ the NF-κB pathway	17
	OGD-induced PC12 cells	↑ cell viability, Bcl-2, SOD ↓ MDA, apoptotic cells and expressions of Bax, Caspase-3 and cyto c and increasing	15
	MCAO rats	↓ overloaded Ca ²⁺ and scavenge capability of free radicals, edema degree and membrane phospholipid decomposability ↑ the membrane fluidity and activities of respiratory enzymes ↑ latency time on rotarod and alteration behavior in Y-maze, levels of GSH and catalase ↓ neurological deficit scores, levels of MDA and TNF-β, and infarct volume	25
Dementia	VD rats by 2-VO	↓ escape latency, prolonged time spent in the platform quadrant and swimming distance in the water maze, ↑ LTP, VEGF-A, NR1, BDNF, NMDAR	28,29
	Aβ ₁₋₄₂ -induced AD model rats	↑ learning and memory abilities ↓ Aβ deposition, structural damage to dendritic spines, the loss of synaptic-associated proteins, the disorder of glutamate circulation	30
	Aβ ₁₋₄₂ -induced AD model rats	↓ BACE protein, Aβ ₁₋₄₂	31
	CMS-induced AD model rats	↓ learning and memory impairments, BDNF, TrkB, PI3K/Akt/ mTOR, RCAN1-1L, tau phosphorylation, GSK-3β, Cdk5	32
	Aβ ₁₋₄₂ -induced AD model rats	↓ TLR4/NF-κB transduction pathway ↑ TREM2	33
	AD rats induced by Hcy	↓ escape latency, the number to cross the hidden platform and time spent in the target quadrant, Aβ ₄₀ , Aβ ₄₂ and PS1 protein levels, cell apoptosis and increasing LTP	36
	Aβ ₁₋₄₂ -induced AD mice	↓ memory deficits and expressions of Iba-1, GFAP, IL-1, TNF-α and iNOS, increasing expressions of IL-4 and IL-10 and suppressing activation of microglia and astrocytes in the hippocampi	34

Table 1 Summary about the cerebra-protection of HYSA (cont.)

Effects	Model	Details	Ref
	A β_{1-42} -induced BV-2 cells	↓ IL-1 β , TNF- α , COX-2, iNOS , COX-2, TNF- α , iNOS ↑ cell viability, L-4, IL-10, pJAK2, pSTAT3 ↓ cell apoptosis	37 37
	Neurons and SH-SY5Y cells inhibited by conditioned medium of A β_{1-42} -induced BV-2 cells A β_{25-35} -induced PC12 cells	↑ cell viability, mitochondrial function ↓ reducing LDH, intracellular ROS, MDA and neuronal apoptosis	35
TBI	TBI rats	↓ contusion volume, MDA and GSSG PAI-1 , MMP-9 ↑ SOD, CAT, GSH, t-PA, mitochondrial ATPase, GSH/GSSG	46,47
	TBI rats	↑ occludin, claudin-10, zonula occludens protein ↓ interleukin-1 β , interleukin-6, IL-1 β , IL-6, TNF- α , TLR4/NF- κ B, Bax, caspase-3 and caspase-9	47
Other nervous system diseases	LE-induced brain injury in rats	↓ neurological scores, cell apoptosis, HRV ↑ eNOS	48
	CUMS-induced depression rats	↓ TNF- α , IL-6 ,IL-1 β ,MDA,TLR4/NF- κ B ↑ SOD, GSH-Px expression signaling pathway	49

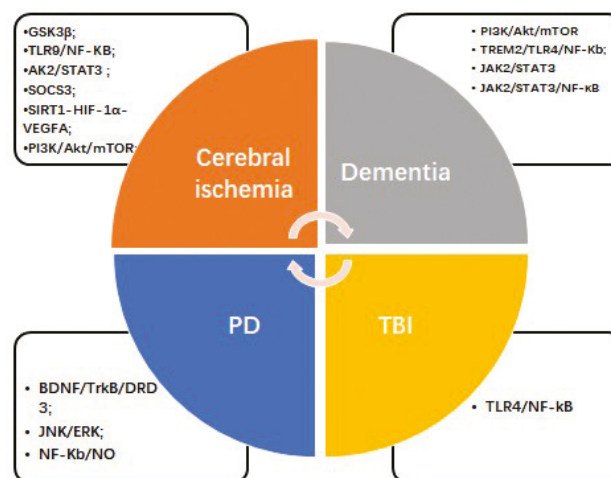


Figure 2 The pathways related to the cerebra-protective effects of HYSA

Additionally, HSYA treatment markedly alleviated brain injury induced by lymphostatic encephalopathy (LE) in rats by dramatically decreasing the neurological scores, attenuating histological change especially cell apoptosis in the rostral ventrolateral medullus (RVLM) and impaired cardiovascular function. Additionally, the decrease of endothelial nitric oxide synthase (eNOS) mRNA and protein expression in the RVLM of rats with LE were prevented by HSYA.^[48] In rat model of depression, HSYA improved depressive behavior, and inhibited the activation of HPA signaling, inflammation and oxidative stress in brain of depressed rats and exerted a suppressive role in TLR4/NF- κ B signaling pathway.^[49]

Conclusion

This paper systematically summarizes the therapeutic potentials of HSYA in the treatment of cerebral diseases *in vitro* and *in vivo*, and clarifies the underlying mechanisms. HSYA is a potentially effective drug in the prevention and treatment of cerebral diseases. Since there is currently no systematic review focusing on the role and mechanism of action of HSYA in cerebral diseases, we provide a comprehensive summary with this goal and an outlook for future HSYA research.

Acknowledgments

This study was funded by the National Natural Science Foundation of China (No: 81503272, 81630101)

References

1. Ito M. Brain science in the 21st century. No To Hattatsu. 1999;31(2):114-9. (in Japanese)
2. Sobocki P, Lekander I, Berwick S, Olesen J, Jönsson B. Resource allocation to brain research in Europe (RABRE). Eur J Neurosci. 2006;24(10):2691-3.
3. Olesen J, Baker MG, Freund T, Di Luca M, Mendlewicz J, Ragan I, et al. Consensus document on European brain research. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006;77 (Suppl 1):i1-49.
4. DiLuca M, Olesen J. The cost of brain diseases: a burden or a challenge?. Neuron. 2014;82(6):1205-8.
5. Velmurugan BK, Rathinasamy B, Lohanathan BP, Thiyagarajan V, Weng CF. Neuroprotective role of phytochemicals. Molecules. 2018;23(10):2485.
6. Gaire BP, Moon SK, Kim H. Scutellaria baicalensis in stroke management: nature's blessing in traditional Eastern medicine. Chin J Integr Med. 2014;20(9):712-20.
7. Subedi L, Gaire BP. Phytochemicals as regulators of microglia/macrophages activation in cerebral ischemia. Pharmacol Res. 2021;65:05419.
8. Uddin MS, Al Mamun A, Kabir MT, Ahmad J, Jeandet P, Sarwar MS, et al. Neuroprotective role of polyphenols against oxidative stress-mediated neurodegeneration. Eur J Pharmacol. 2020;886:173412.
9. Wan Y, Xia J, Xu JF, Chen L, Yang Y, Wu JJ, et al. Nuciferine, an active ingredient derived from lotus leaf, lights up the way for the potential treatment of obesity and obesity-related diseases. Pharmacol Res. 2022;175:106002.
10. Meselhy MR, Kadota S, Momose Y, Hatakeyama N, Kusai A, Hattori M, et al. Two new quinochalcone yellow pigments from *Carthamus tinctorius* and Ca²⁺ antagonistic activity of tinctormine. Chem Pharm Bull. 1993;41(10):1796-1802.
11. Cui HJ, He HY, Xing ZH. Meta-analysis of safflower yellow injection for the treatment of the overall effectiveness power and safety of acute cerebral infarction. Chinese Traditional Patent Medicine. 2011;33(8):1299-302.
12. Deng L, Wan H, Zhou H, Yu L, He Y. Protective effect of hydroxysafflor yellow A alone or in combination with acetylglutamine on cerebral

- ischemia reperfusion injury in rat: A PET study using ^{18}F -fluorodeoxyglucose. *Eur J Pharmacol.* 2018;825:119-32.
13. Zhu HB, Wang ZH, Ma CJ, Tian JW, Fu FH, Li CL, et al. Neuroprotective effects of hydroxysafflor yellow A: in vivo and in vitro studies. *Planta Med.* 2003;69(5):429-33.
14. Ye SY, Gao WY. Hydroxysafflor yellow A protects neuron against hypoxia injury and suppresses inflammatory responses following focal ischemia reperfusion in rats. *Arch Pharm Res.* 2008;31(8):1010-5.
15. Fan LH, Dang XQ, Shi ZB, Zhang C, Wang KZ. Hydroxysafflor yellow A protects PC12 cells against the apoptosis induced by oxygen and glucose deprivation. *Cell Mol Neurobiol.* 2011;31(8):1187-94.
16. Yang XM, Chen L, Li Y, Gao F, Yan ZB, Zhang P, et al. Protective effect of hydroxysafflor yellow A on cerebral ischemia reperfusion-injury by regulating GSK3 β -mediated pathways. *Neurosci Lett.* 2020;736:135258.
17. Gong Z, Pan JR, Li XP, Wang HX, He L, Peng Y. Hydroxysafflor yellow A reprograms TLR9 signaling pathway in ischaemic cortex after cerebral ischaemia and reperfusion. *CNS & Neurological Disorders.* 2018;17(5):370-82.
18. Zhang YL, Liu Y, Cui Q, Fu ZT, Yu HY, Liu A, et al. Hydroxysafflor yellow A alleviates ischemic stroke in rats via HIF-1, BNIP3, and Notch1-mediated inhibition of autophagy. *Am J Chin Med.* 2022;50(3):799-815.
19. Yu L, Liu ZL, He WD, Chen HF, Lai ZL, Duan YH, et al. Hydroxysafflor yellow A confers neuroprotection from focal cerebral ischemia by modulating the crosstalk between JAK2/STAT3 and SOCS3 signaling pathways. *Cell Mol Neurobiol.* 2020;40(8):1271-81.
20. Sun X, Wei XB, Qu SF, Zhao YX, Zhang XM. Hydroxysafflor yellow A suppresses thrombin generation and inflammatory responses following focal cerebral ischemia-reperfusion in rats. *Bioorg Med Chem Lett.* 2010;20(14):4120-4.
21. Zhu HB, Zhang L, Wang ZH, Tian JW, Fu FH, Liu K, et al. Therapeutic effects of hydroxysafflor yellow A on focal cerebral ischemic injury in rats and its primary mechanisms. *J Asian Nat Prod Res.* 2005;7(4):607-13.
22. Tian JW, Fu FH, Jiang WL, Wang CY, Sun F, Zhang TP. Protective effect of hydroxysafflor yellow A on experimental cerebral ischemia in rats. *Yao Xue Xue Bao.* 2004;39(10):774-7.
23. Ramagiri S, Taliyan R. Neuroprotective effect of hydroxy safflor yellow A against cerebral ischemia-reperfusion injury in rats: putative role of mPTP. *J Basic Clin Physiol Pharmacol.* 2016;27(1):1-8.
24. Huang P, Wu SP, Wang N, Seto S, Chang D. Hydroxysafflor yellow A alleviates cerebral ischemia reperfusion injury by suppressing apoptosis via mitochondrial permeability transition pore. *Phytomedicine.* 2021;85:153532.
25. Ruan JX, Wang L, Dai JH, Li J, Wang N, Seto SW. Hydroxysafflor Yellow a promotes angiogenesis in rat brain microvascular endothelial cells injured by oxygen-glucose deprivation/reoxygenation (OGD/R) through SIRT1-HIF-1 α -VEGFA Signaling Pathway. *Curr Neurovasc Res.* 2021;18(4):415-26.
26. Yang G, Wang N, Seto SW, Chang D, Liang HZ. Hydroxysafflor yellow a protects brain microvascular endothelial cells against oxygen glucose deprivation/reoxygenation injury: Involvement of inhibiting autophagy via class I PI3K/Akt/mTOR signaling pathway. *Brain Res Bull.* 2018;140:243-57.
27. Cao JY, Wang K, Lei L, Bai L, Liang Rm, Qiao Y, et al. Astragaloside and/or hydroxysafflor yellow A attenuates oxygen-glucose deprivation-induced cultured brain microvessel endothelial cell death through downregulation of PHLPP-1. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2020;2020:3597527.
28. Zhang N, Xing MY, Wang YY, Liang H, Yang Z, Shi FD, et al. Hydroxysafflor yellow A improves learning and memory in a rat model

- of vascular dementia by increasing VEGF and NR1 in the hippocampus. *Neurosci Bull.* 2014;30(3):417-24.
29. Xing MY, Sun QN, Wang YY, Cheng Y, Zhang N. Hydroxysafflor yellow A increases BDNF and NMDARs in the hippocampus in a vascular dementia rat model. *Brain Res.* 2016;1642:419-25.
30. Hou JW, Wang CH, Zhang MY, Ren MQ, Yang G, Qu ZW, et al. Safflower yellow improves the synaptic structural plasticity by ameliorating the disorder of glutamate circulation in $A\beta_{1-42}$ -induced AD model rats. *Neurochem Res.* 2020;45(8):1870-87.
31. Wang CH, Hou JW, Zhang MY, Zheng YJ, Ye HX, Qi YQ, et al. Effects of HSYA on serum and brain cholesterol levels in AD rats based on quantitative proteomics. *Int J Neurosci.* 2022;1-13.
32. Wang Y, Wang Q, Chen J, Yao LH, Tang N, Jiang ZX, et al. Protective effect of hydroxysafflor yellow a against chronic mild stress-induced memory impairments by suppressing tau phosphorylation in mice. *Curr Med Sci.* 2021;41(3):555-64.
33. Ren M, Zhang M, Zhang X, Wang C, Zheng Y, Hu Y. Hydroxysafflor yellow A inhibits $A\beta_{1-42}$ -induced neuroinflammation by modulating the phenotypic transformation of microglia via TREM2/TLR4/NF- κ B pathway in BV-2 cells. *Neurochem Res.* 2022;47(3):748-61.
34. Zhang ZH, Wu ZZ, Zhu XL, Hui XC, Pan J, Xu Y. Hydroxysafflor yellow A inhibits neuroinflammation mediated by $A\beta_{1-42}$ in BV-2 cells. *Neurosci Lett.* 2014;562:39-44.
35. Kong SZ, Xian YF, Ip SP, Lai XP, Shi XG, Lin ZX, et al. Protective effects of hydroxysafflor yellow A on β -amyloid-induced neurotoxicity in PC12 cells. *Neurochem Res.* 2013;38(5):951-60.
36. Lu YQ, Luo Y, He ZF, Chen J, Yan BL, Wang Y, et al. Hydroxysafflor yellow A ameliorates homocysteine-induced Alzheimer-like pathologic dysfunction and memory/synaptic disorder. *Rejuvenation Res.* 2013;16(6):446-52.
37. Zhang ZH, Yu LJ, Hui XC, Wu ZZ, Yin KL, Yang H, et al. Hydroxy-safflor yellow A attenuates $A\beta_{1-42}$ -induced inflammation by modulating the JAK2/STAT3/NF- κ B pathway. *Brain Res.* 2014;1563:72-80.
38. Wang T, Wang LJ, Li CT, Han B, Wang ZH, Li J, et al. Hydroxysafflor yellow A improves motor dysfunction in the rotenone-induced mice model of Parkinson's disease. *Neurochem Res.* 2017;42(5):1325-32.
39. Han B, Hu J, Shen JY, Gao YL, Lu Y, Wang T. Neuroprotective effect of hydroxysafflor yellow A on 6-hydroxydopamine-induced Parkinson's disease in rats. *Eur J Pharmacol.* 2013;714(1-3):83-8.
40. Wang T, Duan SJ, Wang SY, Lu Y, Zhu Q, Wang LJ, et al. Coadministration of hydroxysafflor yellow A with levodopa attenuates the dyskinesia. *Physiol behave.* 2015;147:193-7.
41. Yang XM, Li Y, Chen L, Xu MG, Wu JB, Zhang P, et al. Protective effect of hydroxysafflor yellow A on dopaminergic neurons against 6-hydroxydopamine, activating anti-apoptotic and anti-neuroinflammatory pathways. *Pharm Biol.* 2020;58(1):686-94.
42. Han B, Wang LJ, Fu FH, Wang ZH, Zhang LM, Qi GJ, et al. Hydroxysafflor yellow A promotes α -synuclein clearance via regulating autophagy in rotenone-induced Parkinson's disease mice. *Folia Neuropathol.* 2018;56(2):133-40.
43. Wang T, Ding YX, He J, Ma CJ, Zhao Y, Wang ZH, et al. Hydroxysafflor yellow A attenuates lipopolysaccharide-induced neurotoxicity and neuroinflammation in primary mesencephalic cultures. *Molecules.* 2018;23(5):1210.
44. Xu JJ, Zhan T, Zheng W, Huang YK, Chen K, Zhang XH, et al. Hydroxysafflor yellow A acutely attenuates blood-brain barrier permeability, oxidative stress, inflammation and apoptosis in traumatic brain injury in rats. *Acta Cir Bras.* 2021;35(12):e351202.
45. Wang Y, Zhang C, Peng WJ, Xia Z, Gan PP, Huang W, et al. Hydroxysafflor yellow A exerts

- antioxidant effects in a rat model of traumatic brain injury. *Mol Med Rep.* 2016;14(4):3690-6.
46. Bie XD, Han J, Dai HB. Effects of hydroxysafflor yellow A on the experimental traumatic brain injury in rats. *J Asian Nat Prod Res.* 2010;12(3):239-47.
47. Li T, Zhang W, Hu E, Sun ZJ, Li PF, Yu Z, et al. Integrated metabolomics and network pharmacology to reveal the mechanisms of hydroxysafflor yellow A against acute traumatic brain injury. *Comput Struct Biotechnol J.* 2021;19:1002-13.
48. Pan Y, Zheng DY, Liu SM, Meng Y, Xu HY, Zhang Q, et al. Hydroxysafflor yellow A attenuates lymphostatic encephalopathy-induced brain injury in rats. *Phytother Res.* 2012;26(10):1500-6.
49. Liu ZQ, Zou YZ, He M, Yang P, Qu XH, Xu LJ. Hydroxysafflor yellow A can improve depressive behavior by inhibiting hippocampal inflammation and oxidative stress through regulating HPA axis. *J Biosci.* 2022;47:7.

บทความปริทัศน์

ผลต่อการปกป้องสมองของสารไฮดรอกซีแซฟฟลอไรด์

เหวิน ชินหย่า, อ้าว หู่

ห้องปฏิบัติการหลักประจำมณฑลด้านทรัพยากรยาแผนจีนภาคตะวันตกเฉียงใต้ มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตู

บทคัดย่อ: ปัจจุบันอัตราการเสียชีวิตจากโรคทางสมองเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมไปถึงต้นทุนด้านการรักษาพยาบาลโรคทางสมองอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้กลุ่มยาสารเคมีส่วนใหญ่ที่ใช้ในการรักษาโรคทางสมองนั้นมักก่อให้เกิดการออกฤทธิ์โดยไปจับกับเป้าหมายจุดเดียว ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาที่ไม่ดีเท่าที่ควรและยังก่อให้เกิดความเป็นพิษ จึงมีการพิจารณายาจากสมุนไพรตามธรรมชาติมาใช้ในการรักษา อันเนื่องมาจากยาจากสมุนไพรธรรมชาติออกฤทธิ์โดยไปจับกับเป้าหมายที่หลากหลายและมีความเป็นพิษต่ำ ดังนั้นการพัฒนายาใหม่จากพืชสมุนไพรที่มีประสิทธิภาพสำหรับใช้ในการรักษาโรคทางสมองจึงนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง สาร hydroxysafflor yellow A (HYSA) เป็นสารสกัดได้จากดอกของคำฝอย (*Carthamus tinctorius* L.) ซึ่งมีฤทธิ์ตามภูมิปัญญาคือส่งเสริมการไหลเวียนของโลหิตและขจัดเลือดคั่ง จากงานศึกษาวิจัยจำนวนมากในหลอดทดลองและสัตว์ทดลองพบว่า สาร HYSA สามารถชะลอการดำเนินของโรคสมองขาดเลือดเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุมาจากขาดเลือดไปเลี้ยงสมองภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์โรคพาร์กินสัน การบาดเจ็บที่สมอง เป็นต้น โดยส่วนใหญ่ปรับและควบคุมผ่านกลไกที่เกี่ยวข้องคือ TLR9/NF- κ B, AK2/STAT3, SIRT1-HIF- α -VEGFA, PI3K/Akt/mTOR, TREM2/TLR4/NF- κ B, JAK2/STAT3/NF- κ B, BDNF/TrkB/DRD3, JNK/ERK, TLR4/NF- κ B เป็นต้น บทความนี้ได้สรุปและรวบรวมข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบในด้านฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและกลไกในระดับโมเลกุลของสาร HYSA ที่มีต่อกลุ่มโรคทางสมองต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยสาร HYSA ต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: สาร hydroxysafflor yellow A (HYSA); โรคทางสมอง; ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา; การรวบรวมข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ

ผู้รับผิดชอบบทความ: อ้าว หู่; aohui2005@126.com



文献综述

羟基红花黄色素 A 的脑保护作用

温馨雅, 敖慧

西南特色中药资源国家重点实验室, 成都中医药大学

摘要: 现今, 脑病致死率高, 花费高, 发生率增长迅速, 是如今社会面临的重大问题。大多数治疗脑病的化药作用靶点单一, 效果差且有一定毒性。天然药物由于靶点较多, 低毒, 被认为是可用于许多疾病治疗的潜力药物。因此, 从天然药物中发现新型有效药物用于脑病治疗非常中药。羟基红花黄色素 A 分离自活血化瘀中药红花。大量体内外实验表明, 该单体可缓解脑缺血、血管性痴呆、阿尔茨海默病、帕金森病、创伤性脑损伤等。其机制与调节TLR9/NF- κ B, AK2/STAT3, SIRT1-HIF-1 α -VEGFA, PI3K/Akt/mTOR, TREM2/TLR4/NF- κ B, JAK2/STAT3/NF- κ B, BDNF/TrkB/DRD3, JNK/ERK, TLR4/NF- κ B 等。本文系统综述了羟基红花黄色素 A 对于多种脑病的作用及机制, 为未来该单体的研究提供了方向。

关键词: 羟基红花黄色素 A; 脑病; 药理作用; 综述

通讯作者: 敖慧: aohui2005@126.com



文献综述

浙贝母与湖北贝母的鉴别

罗霄¹, 康帅², 彭善贵¹, 代琪¹, 雷蕾¹, 赵小勤¹, 李及¹¹ 成都市药品检验研究院, 国家药品监督管理局中药材质量监测评价重点实验室² 中国食品药品检定研究院, 国家药品监督管理局中药质量研究与评价重点实验室

摘要: 对本草文献、标准收载和《中国药典》收载中药制剂的应用等情况进行分析, 发现存在湖北贝母充或掺伪浙贝母的可能。通过传统鉴别经验、性状鉴别、薄层鉴别与含量测定相结合, 找出浙贝母与湖北贝母的区别点。建立了鉴别浙贝母与湖北贝母的多种技术手段, 可用于浙贝母药材和饮片的真伪鉴别。

关键词: 浙贝母; 湖北贝母; 鉴别经验

通讯作者: 李及: ss-lj@163.com

Received: 20 September 2022 Revised: 10 October 2022 Accepted: 25 October 2022

前言

浙贝母为百合科植物 *Fritillaria thunbergii* Miq. 的干燥鳞茎, 是中国传统的大宗中药材, 也是中国浙江省的道地药材, 被列为“浙八味”之一。主产于浙江宁波(鄞州、海曙、象山)、金华(磐安、东阳、武义), 包括浙东丘陵低山小区、浙东沿海平原小区、浙中丘陵盆地小区及周边地区。^[1] 湖北贝母为百合科植物湖北贝母 *Fritillaria hupehensis* Hsiao et K. C. Hsia 的干燥鳞茎, 在湖北等地具有悠久的应用历史, 湖北贝母已成为仅次于浙贝母的大产量贝母类商品。^[2] 两者大小形态相似, 极易混淆。

1. 方法

1.1 本草文献

《新修本草》载: “贝母……出润州、荆州、襄州者最佳, 江南诸州亦有, 味甘苦不辛”。据考证, 出“润州”(今江苏镇江)及“江南诸州”者均为浙贝母; 出“荆州”“襄州”(湖北境内)者为湖北贝母。《本草图经》载: “贝母, 生晋地。今河中、江陵府、野、寿、随、郑、蔡、润、滁州皆有之……”。出“润”者为浙贝母, 出“江陵府”“郢”“随”(湖北境内)者为湖北贝母。^[3]

1.2 标准收载

对比浙贝母与湖北贝母在《中国药典》的中药材收载、中药制剂处方应用和中国各地方的饮片炮制规范, 结果见表 1。

表 1 标准收载情况

	《中国药典》药材标准	《中国药典》2020 版成药标准	地方炮制规范
浙贝母	1963 年版起	38 个品种处方应用	23 个省、市或自治区
湖北贝母	2000 年版起		6 个省、市

1.3 化学成分

浙贝母含生物碱、多糖和总皂苷等多种有效成分，主要为异甾体生物碱、二萜、脂肪酸、 β -谷甾醇及其苷类、丁香脂素等。^[4] 湖北贝母主要含甾体生物碱，非碱性成分主

要有 β -谷甾醇、壳杉烷型二萜（对映-贝壳杉烷-16 α , 17-二醇和对映-贝壳杉烷-16 β , 17-二醇）、聚合二萜（鄂贝缩醛 A，鄂贝酸酯 C 和鄂贝酸酯 D）和腺苷等。^[2] 见表 2。

表 2 主要生物碱或生物碱苷类化学成分

药材	化学成分
浙贝母	贝母甲素、贝母乙素、贝母辛、浙贝宁、浙贝酮、贝母新碱、贝母芬碱、贝母定碱、胆碱、贝母醇、植物甾醇、去氢鄂贝啶碱、西贝素、伊贝辛、浙贝丙素、鄂贝啶碱、浙贝母碱、去氢浙贝母碱、异贝母素甲、 ^[5] 蒲贝素A、贝母辛氮氧化物、suchengbeisine、 β_1 -查茄碱、哈帕卜宁碱-3-O- α -鼠李糖-(1 $\rightarrow$ 2)- β -D-葡萄糖苷dongbeirine ^[6]
湖北贝母	贝母素甲、贝母素乙、湖贝甲素、湖贝甲素苷、湖贝乙素、湖北嗉、湖贝新、湖贝啶、湖贝苷、鄂贝新 ^[2] ；27, 12, 13-epoxy-22S, 25S, 5 α -veratramine-3 β , 17, 24 α triol-6-one-N, 0-diacetate、乙酰化浙贝甲素、鄂北贝母碱、紫鄂贝碱、22S, 25S, 5 α -藜芦胺-7(8), 12(14)-二烯-3 β , 13 β , 23 β -三醇-6-酮、3 β , 23 β -二羟基-7, 12(14)-二胺-5-藜芦胺-6-酮 ^[6]

1.4 鉴别

1.4.1 浙贝母商品

浙贝母产地加工，按照大小分开，大者除去芯芽，干燥，习称“大贝”；小者不去芯芽，干燥，习称“珠贝”。取鳞茎，大小分开，洗净，除去芯芽，趁鲜切成厚片，洗净，干燥，习称“浙贝片”。传统加工方法：鲜贝母用碎贝壳撞擦去

皮后，用煅贝壳粉吸湿；随着浙贝母主产地转移到盘安、东阳等地的山区，药农将鲜贝母置木制擦桶内，利用浙贝母相互碰撞或洗擦去皮，再加上石灰或蛎壳灰后晒干。目前浙贝产区和加工方法都已变化，多采用直接烘干的方式进行无硫加工。见图 1。



图 1 浙贝母商品规格

(1) 大贝 (2) 珠贝 (3) 浙贝片 (4) 大贝（石灰加工）(5) 珠贝（熏硫加工）(6) 浙贝母片（熏硫加工）

1.4.2 性状鉴别

对比无硫加工的浙贝母与湖北贝母药材，主要区别见表 3 和表 4。

1.4.3 显微鉴别

取粉末适量，采用直接装片法观察(淀粉粒)，或采用水合氯醛试液处理后观察。显微特征见表 5。

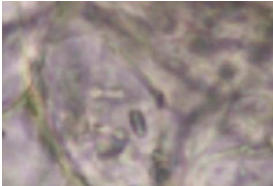
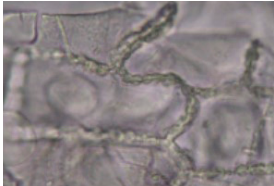
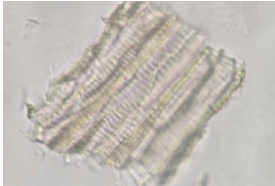
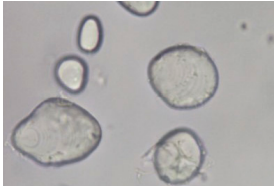
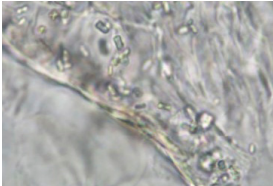
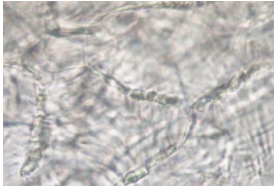
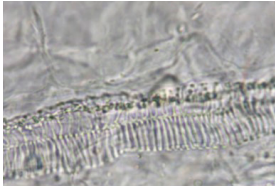
表 3 浙贝母与湖北贝母的主要区别点

特征部位	浙贝母	湖北贝母
表面	粗糙	光滑
鳞茎基部（底部）	皱褶不明显	皱褶密集
大小鳞叶抱合	几乎不抱合，松散，易分离	抱合紧密，不易分离
外层鳞叶边缘	圆钝	刀刃状
大鳞叶的凹陷程度	浅	深

表 4 浙贝母与湖北贝母性状特征对比

	浙贝母	湖北贝母
表面、基部及鳞叶抱合特征		
大鳞叶的凹陷程度及鳞叶边缘特征		

表 5 浙贝母与湖北贝母的主要显微特征

	淀粉粒	草酸钙晶体	表皮细胞	导管
浙贝母				
湖北贝母				

1.4.4 薄层鉴别

取粉末 5 g, 加浓氨试液 2 ml 与三氯甲烷 20 ml, 放置过夜, 滤过, 取滤液 8 ml, 蒸干, 残渣加三氯甲烷 1 ml 使溶解, 作为供试品溶液。另取贝母素甲对照品、贝母素乙对照品和湖贝甲素对照品, 加三氯甲烷制成每 1 ml 各含 1 mg 的溶液, 作为对照品溶液。照薄层色谱法试验, 吸取供试品溶液 10-20 μ l、对照品溶液 10 μ l, 分别点于同一硅胶 G 薄层板上, 以乙酸乙酯-甲醇-浓氨试液 (17:2:1) 为展开剂, 展开, 取出, 晾干, 喷以稀碘化铋钾试液。日光观察, 浙贝母和湖北贝母供试品色谱中, 均检出与贝母素甲和贝母素乙对照品相应的斑点; 浙贝母供试品色谱中未检出湖贝甲素对照品相应的斑点, 湖北贝母供试品色谱中检出与湖贝甲素对照品相应的斑点。见图 2

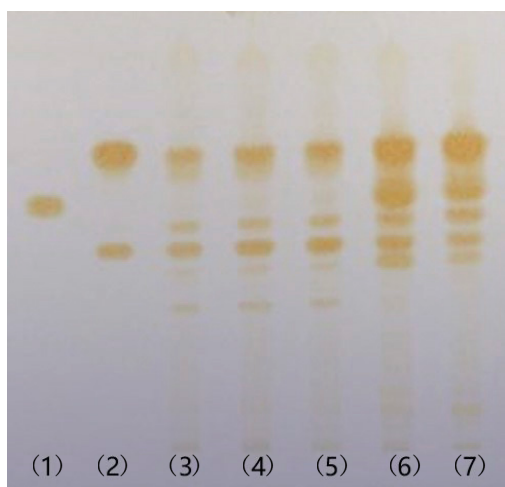


图 2 浙贝母与湖北贝母的薄层鉴别

(1) 湖贝甲素 (2) 贝母素甲和贝母素乙
(3)-(5) 浙贝母 (6)-(7) 湖北贝母

1.4.5 液相鉴别(高效液相色谱法)

色谱条件以十八烷基硅烷键合硅胶为填充剂; 以乙腈-水-二乙胺 (70:30:0.03) 为流动相; 蒸发光散射检测器检测。

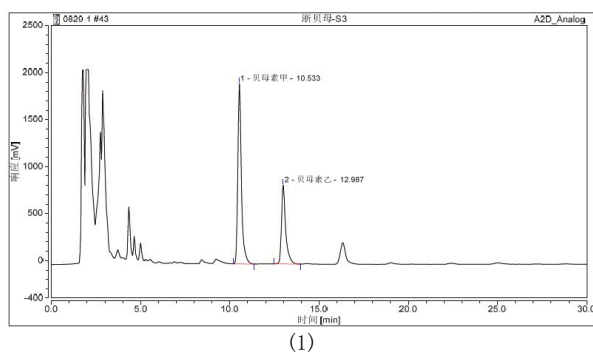
供试品溶液的制备取粉末(过四号筛)约 2 g, 精密称定, 置烧瓶中, 加浓氨试液 4 ml 浸润 1 小时, 精密加入三氯甲烷-甲醇 (4:1) 的混合溶液 40 ml, 称定重量, 混匀, 置 80℃ 水浴中加热回流 2 小时, 放冷, 再称定重量, 加上述混合溶液补足减失的重量, 滤过。精密量取续滤液 10 ml, 置蒸发皿中蒸干, 残渣加甲醇使溶解并转移至 2 ml 量瓶中, 加甲醇至刻度, 摇匀, 即得。

测定法: 分别精密吸取供试品溶液 5-15 μ l, 注入液相色谱仪, 测定, 计算贝母素甲和贝母素乙的峰面积比。见图 3。

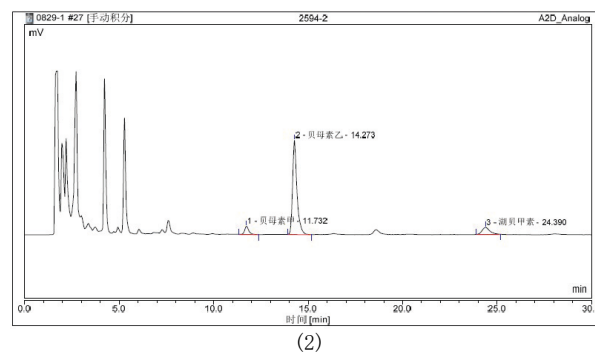
2. 结果

2.1 本草文献与标椎研究

唐代以前, 贝母药材品种比较混乱; 唐宋时期及明末以前, 主要以浙贝母和湖北贝母为道地品种; 明末以后, 浙贝母与其他品种明确区分。《中国药典》2020 版收载的中药制剂处方中, 均未使用湖北贝母; 安徽、北京、福建、广西、贵州、河南、黑龙江、湖北、湖南、吉林、江苏、江西、辽宁、内蒙古、宁夏、青海、山东、上海、天津、浙江、重庆、陕西、四川共 23 个地方省、市或自治区的炮制规范均收载了浙贝母, 而仅安徽、甘肃、湖北、湖南、重庆、四川 6 个地方炮制规范收载湖北贝母, 反映了湖北贝母的应用地域范围比较窄。而湖北贝母在本草记载中又有混用浙贝母的历史, 且



(1)



(2)

图 3 浙贝母与湖北贝母液相色谱图对比

(1) 浙贝母 (2) 湖北贝母

湖北贝母产量仅次于浙贝母，^[2] 故市场流通商品存在用湖北贝母冒充或者掺伪浙贝母的可能性。

2.2 鉴别经验

药材：浙贝母和湖北贝母的外层大鳞叶凹陷程度差异明显，直接用拇指按压可感受差别而区分；借助两者的外层鳞叶边缘

差异，用拇指感触鳞叶边缘是否锋利而区分。此外，浙贝母味微苦，湖北贝母苦味明显。

饮片：浙贝母的外层大鳞叶凹陷浅，湖北贝母凹陷较深，故浙贝母加工的饮片多数是完整的片，湖北贝母加工的饮片多数呈月牙形。此外，湖北贝母饮片底部皱褶残留明显，颜色略偏黄。见图 4。

药材商品



(1)



(2)

饮片



图 4 药材及饮片对比
(1) 浙贝母 (2) 湖北贝母

2.3 显微鉴别

浙贝母与湖北贝母的显微特征基本相似，显微鉴别区分不明显。主要区别在于淀粉粒的形态和草酸钙结晶的多少。见表 6。

2.4 薄层鉴别

浙贝母和湖北贝母均含贝母素甲和贝母素乙等相似的生物碱类成分，但湖贝甲素可作为湖北贝母区别于浙贝母的特征性成分。故以湖贝甲素、贝母素甲和贝母素乙为对照，采用薄层鉴别方式，可以区分浙贝母和湖北贝母。

2.5 液相鉴别

本研究收集浙贝母和湖北贝母的药材及饮片各 10 批，按照 1.4.4 色谱条件测定，结果表明：浙贝母色谱图中贝母素甲峰面积为贝母素乙峰面积的 1.76-4.26 倍，而湖北贝母色谱图中贝母素甲峰面积为贝母素乙峰面积的 0.04-0.31 倍。故拟定贝母素甲和贝母素乙峰面积比不得低于 1.0，即可有效区分浙贝母和湖北贝母。见表 7。

表 6 显微特征对比

显微特征	浙贝母	湖北贝母
淀粉粒	层纹不明显	层纹明显，细密
草酸钙结晶	少见，细小	易见

表 7 浙贝母与湖北贝母色谱峰面积比

来源	贝母素甲与贝母素乙峰面积比值									
浙贝母（药材）	2.94	3.43	2.42	1.76	2.12	1.97	1.92	2.06	2.86	2.75
浙贝母（饮片）	3.22	2.72	2.91	4.26	3.02	2.09	2.67	2.84	1.85	2.27
湖北贝母（药材）	0.07	0.15	0.16	0.24	0.22	0.14	0.08	0.08	0.27	0.06
湖北贝母（饮片）	0.06	0.19	0.05	0.06	0.11	0.04	0.05	0.10	0.31	0.21

3. 讨论

浙贝母和湖北贝母为目前市场供应量较大的贝母类商品，过去浙贝母采用熏硫加工而表面白而光滑，外观颜色与湖北贝母相差明显，在药材的购销中均能区分。近年来，浙贝母产区采用无硫加工技术，加工的浙贝母商品表面粗糙，大小及外观均与湖北贝母极为相似。在实际的药材购销过程中，多数商户依靠味觉进行区分（后者苦味更明显），但这种鉴别方式建立在长期从业经验积累的基础上，可推广性不强。

本文采用图文特征对比和鉴别经验归纳的方式，总结浙贝母和湖北贝母的主要区别鉴别特征；辅助以薄层色谱和液相色谱鉴别技术，筛选出了区分要点：湖贝甲素和液相色谱峰面积比（贝母素甲与贝母素乙）。利用传统鉴别经验与现代技术相结合的方式，可快速、客观、准确的鉴别浙贝母和湖北贝母。

References

- Huang LQ, Guo LP, Zhan ZL. Compendium of standards for authentic medicinal materials. Beijing: Beijing Science and Technology Press; 2020. (in Chinese)
- Xiao PG. A review on the study of hubeibeimu. First China Journal of Chinese Materia Medica. 2022;27(10):726-8. (in Chinese)
- Sun BB, Du WF, Kang XJ, Tang LL, Wang LH, Chen LB, et al. Herbage textual research and origin change of *Fritillariae thunbergii* bulbus. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy. 2022;37(9):5142-6. (in Chinese)
- He CL, Liu YR, Chen DL. Study on the constituents from roots of *Fritillaria thunbergia*. West China Journal of Pharmaceutical Sciences. 2022;37(2):111-4. (in Chinese)
- Zhao JK, Du WF, Ying ZX, Jiang KL, Ge WH. Modern research progress of Zhejiang fritillaria. Lishizhen Medicine and Materia Medica Research. 2019;30(1):177-80. (in Chinese)
- Jin X, Li CN, Zhang H. Research progress on alkaloid chemical constituents and pharmacological activities of fritillaria. Journal of Chinese Medicinal Materials. 2022;45(9):2262-8. (in Chinese)

บทความปริทัศน์

ความแตกต่างระหว่างเจ้อเป๋ยหมู่และหูเป๋ยเป๋ยหมู่

หลัว เซียว¹, คัง ชว่ย², เฝิง ซานกั๋ว¹, ไต้ ฉี¹, เหลย เหล่ย¹, จ้าว เสี่ยวฉิน¹, หลี จี¹

¹ ห้องปฏิบัติการหลักขององค์การยาของรัฐในการติดตามตรวจสอบคุณภาพและประเมิณยาจีน สถาบันวิจัยยาเมืองเฉิงตู

² ห้องปฏิบัติการหลักด้านการวิจัยคุณภาพและการประเมิณยาจีนขององค์การยาของรัฐ ศูนย์วิจัยอาหารและยา

บทคัดย่อ: ข้อมูลจากวรรณกรรมสมุนไพร บันทึกมาตรฐาน และบันทึกหลักการเตรียมยาใน ตำรามาตรฐานยาสมุนไพรประเทศจีน พบว่ามีการแอบอ้างนำเอาหูเป๋ยเป๋ยปลอมปนเป็นเจ้อเป๋ยหมู่ โดยทำการวิเคราะห์จากประสบการณ์ในการแยกความแตกต่างแบบดั้งเดิม การแยกความแตกต่างด้วยฤทธิ์และลักษณะ การแยกความแตกต่างด้วยวิธีโครมาโทกราฟีชั้นบาง และการวิเคราะห์หาปริมาณส่วนประกอบร่วมกัน ทำให้สามารถแยกความแตกต่างระหว่างเจ้อเป๋ยหมู่และหูเป๋ยเป๋ยหมู่ และสร้างคู่มือเทคนิคในการแยกแยะยาสมุนไพรเจ้อเป๋ยหมู่ที่ถูกต้องได้

คำสำคัญ: เจ้อเป๋ยหมู่; หูเป๋ยเป๋ยหมู่; การแยกความแตกต่างโดยใช้ประสบการณ์

ผู้รับผิดชอบบทความ: หลี จี: ss-lj@163.com



Review Article

Identification of *Fritillaria thunbergii* and *Fritillaria hupehensis*

Luo Xiao¹, Kang Shuai², Peng Shangui¹, Dai Qi¹, Lei Lei¹, Zhao Xiaoqin¹, Li Ji¹

¹ Chengdu Institute for Drug Control, NMPA Key Laboratory for Quality Monitoring and Evaluation of Traditional Chinese Medicine, China

² National Institutes for Food and Drug Control, NMPA Key Laboratory for Quality Research and Evaluation of Traditional Chinese Medicine, Beijing, China

Abstract: The possibility of *Fritillaria hupehensis* impersonating or adulterating *Fritillaria thunbergii* was found by analyzing the collection of herbal literature and standards, the application of traditional Chinese medicine preparations recorded in the Chinese Pharmacopoeia, Traditional identification experience, character identification, thin layer identification and content determination are used to find out the differences. A variety of technical means have been established to identify *Fritillaria thunbergii* and *Fritillaria hupehensis*, that can be used to identify the authenticity of the medicinal materials and decoction pieces of *Fritillaria thunbergii*.

Keywords: *Fritillaria thunbergii*; *Fritillaria hupehensis*; Identification by experience

Corresponding author: Li Ji: ss-lj@163.com



文献综述

干眼的中西医研究进展

吴晓宇, 牟林, 董志国, 吴佳俊, 张淑燕, 张殷建

上海中医药大学附属龙华医院眼科

摘要: 干眼是临床常见的眼病。近年来, 随着视频终端的普及、环境污染以及药物滥用误用等多种因素, 干眼的发病率逐年增加, 患病群体不断低龄化, 对大众的生活质量产生严重影响。如何防治干眼不仅是眼科的研究热点, 也是亟需解决的社会问题。本文旨在分析归纳干眼中西医临床研究的成果与不足, 探讨中西医结合防治干眼的重要性。

关键词: 干眼; 泪膜稳态失衡; 中医外治

通讯作者: 张殷建: zhangyinj@126.com

Received: 8 September 2022

Revised: 6 October 2022

Accepted: 19 October 2022

简述

近年来, 随着视频终端的普及、环境污染以及药物滥用误用等多重因素, 干眼的发病率逐年增加。研究表明, 干眼的全球发病率为 5.5%-33.7%, 我国干眼发病率为 21%-30%。^[1] 干眼病因病机的复杂性、临床症状的多样性、治疗手段的局限性、病患治疗的依从性等, 为其防治带来极大的挑战。分析干眼的研究现状, 充分发挥现代医学和传统医学的优势, 在防治干眼中显得尤为重要。

1. 干眼的西医研究

1.1 干眼的定义

1995 年美国国立眼科研究所提出“干眼”的概念,^[2] 2007 年国际干眼指南 DEWSI 将其定义为可引起眼部不适表现、视功能障碍及泪膜不稳定, 造成眼表损害, 同时伴有泪液渗透性增加和眼表炎性反应的多因素疾病,^[3] 2017 年 DEWSII 则引入“泪膜稳态”的

概念, 并强调了神经异常在干眼中的地位。^[4] 国内, 1996 年我国眼科学家李凤鸣在《眼科全书》中认为本病是由于泪膜的质或量的不足而造成的角结膜功能异常的疾病。^[5] 2013 年我国建立首个干眼诊疗规范, 定义干眼为由于泪液质或量或流体动力学异常, 造成泪膜稳定性下降和(或)眼表损伤, 并伴有眼部不适和视功能障碍的一类疾病。^[1] 至 2022 年最新专家共识强调了干眼的多因素致病性和慢性进程, 并引入了“眼表微环境”和“神经异常”的概念。^[6] 相对于国外对病理生理学改变的重视, 我国更侧重临床症状和体征以明确诊断。

1.2 干眼的发病机制

翼状胬肉、过敏性眼病等眼部因素、环境因素、全身性疾病, 都可诱发干眼。^[1] 国际眼表学组总结已有的研究成果, 认为干眼在病理生理过程上以泪液高渗透和泪膜不稳定为核心驱动要素, 眼表炎症与损伤为关键展开“恶性循环”,

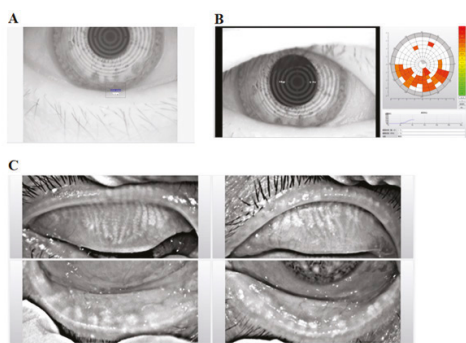


图 1 干眼患者临床体征

A. 泪河高度下降; B. 泪膜破裂时间缩短; C. 上下眼睑板腺不同程度萎缩

神经感觉异常与上述因素一起出现, 最终导致泪膜稳态失衡。^[4] 典型临床体征如图 1 所示。

1.2.1 泪膜不稳定与高渗

泪膜作为覆盖眼表绝大部分组织的动态薄膜, 其富含的抗体、溶酶体、乳铁蛋白可抵御微生物介导的病理免疫反应, 对眼表微环境的稳定起重要作用。^[7] 任何原因导致的泪膜成分异常可引起泪膜的不稳定, 进而引起早期的泪膜破裂, 泪膜破裂造成的二次蒸发, 成为局部高渗的基础, 且破裂时间的缩短, 会进一步加重泪液的高渗。^[8]

1.2.2 高渗炎症与细胞凋亡

高渗的泪液可激活角膜上皮丝裂原活化蛋白激酶 (MAPK) 的表达来诱导炎症, 形成高渗炎症状态, 导致细胞损伤, 引发干眼症状。^[9] 研究显示, 干眼眼表 IL-6、IL-1 β 、TNF- α 等致炎因子和 Fas、FasL 及 Bax 等促凋亡因子表达的增加可激活凋亡通路, 抑制淋巴细胞的凋亡, 加速角膜结膜上皮细胞、泪腺细胞及杯状细胞的凋亡。^[10,11] 淋巴细胞的增加, 进一步表达炎症因子, 放大炎症反应, 加重点状上皮病变和泪膜不稳定。

1.2.3 炎症与神经损伤

眼表功能受交感、副交感神经及来自三叉神经的感觉神经调控, 高渗和炎症可调动神经调节来促进腺体分泌, 增加瞬目活动。^[12] 随着病情的加重, 干眼患者角膜上皮细胞缺失增加, 角膜上皮神经纤维走行紊乱, 形态异常, 并伴有树突状细胞浸润,^[13] 提示神经损伤与炎症

存在关联。炎症的刺激、^[14] 上皮损伤导致的角膜神经暴露, 可使角膜神经处于敏感状态, 这可能是导致眼部不适, 甚至严重疼痛的原因。长期的炎性浸润可能造成神经的损伤, 降低其敏感性, 造成痛觉迟钝及自我修复迟缓, 导致干眼症状与体征分离。

1.2.4 性激素异常

围绝经期女性干眼发病率高达 89.5%, 提示性激素水平异常与干眼具有一定相关性。^[15] 研究证实, 雄激素受体、雌激素受体、孕激素受体等广泛存在于睑板腺、泪腺及眼表上皮中, 以调控其分化、发育及分泌。^[16] 雄激素的减少可刺激泪腺腺泡细胞表达自身抗原, 增加促炎因子 TNF- α 表达、抑制天然抗炎因子乳铁蛋白的分泌, 引发炎症反应, 进入干眼的恶性循环。^[15]

1.3 干眼的治疗

干眼的治疗以改善眼部不适和维护视功能为原则。目前, 干眼的药物治疗仍以眼表润滑、抗炎为主, 同时可辅以非药物治疗。

1.3.1 药物治疗

(1) 润滑、修复眼表

人工泪液为干眼的一线治疗手段, 起到润滑眼表作用。羧甲基纤维素钠滴眼液具有良好的保湿、润滑特性, 可缓解白内障术后眼部干燥症状, 治疗总有效率达 98.67%。^[17] 聚乙二醇滴眼液的有效成分羟丙基瓜儿胶可与相应的无机盐离子结合, 形成网状结构的高分子凝胶化合物, 促使活性润滑成分滞留, 起长效保湿作用, 促进受损细胞修复, 降低炎症损伤。^[18] 卡波姆眼用凝胶所特有的脂质成分与天然泪膜完全相同, 联合聚乙二醇滴眼液治疗, 临床有效率达 94.23%。^[19] 3% 地夸磷索滴眼液能激动结膜上皮及杯状细胞的 P2Y2 受体, 上调钙浓度, 促进黏蛋白和水分的分泌, 治疗效果显著。^[20] 重组人表皮生长因子能够刺激角膜表皮细胞干细胞增生和分化, 促进损伤修复, 联合用药的治疗总有效率显著高于玻璃酸钠对照组。^[21] 自体血清富含多种抗炎因子、神经营养因子等, 可改善中重症干眼的症状和体征。^[22]

(2) 抗炎治疗

炎症是导致干眼发展的重要因素, 局部抗炎及

免疫抑制剂适用于存在炎症反应的各类干眼。普拉洛芬具有镇痛、抗炎作用,可缓解眼部不适和疼痛,预防或减轻眼表炎症反应,对中重度患者具有短期疗效。^[23] 局部应用糖皮质激素可有效中断炎症联级反应,抑制NF- κ B通路,降低细胞因子IL-1、TNF- α 、ICAM-1、MMP 等的表达水平,减少眼组织中白细胞浸润产生的炎症,适用于中重度干眼。^[24] 环孢菌素 A (CsA) 于 2003 年被 FDA 批准用于治疗中度至重度干眼。^[25] 研究表明,CsA 滴眼液可以显著降低干眼大鼠模型中促炎细胞因子和趋化因子IL-1 β 、IL-6、TNF- α 、ICAM-1、VCAM-1 的表达水平。^[26] 抗生素可以抑制眼表细菌滋生,调节菌群微环境,改善眼表睑脂异常,同时兼具一定抗炎作用,尤其适用于脂质异常型干眼的治疗。^[27]

1.3.2 非药物治疗

热敷、睑缘清洁和定期按压腺脂等理疗手段,可改善脂质异常型干眼的病情。^[28] 热脉冲系统具有定位性加热和脉冲式按摩的作用,经治疗,患者主观症状、泪膜稳定性、脂质层厚度、睑板腺缺失情况等方面均有改善。^[29] 强脉冲光的光热效应能通过诱导睑缘小血管消融、杀伤睑缘的细菌、促使睑脂软化排出、促进睑板腺结构改善、降低线粒体氧化应激等多种作用抑制炎症形成,效如桴鼓。^[30] 此外,湿房眼镜和泪道栓塞可以减少泪液的流失,颌下腺及唇腺移植术、睑缘缝合术等可用于眼表结构遭到严重破坏的患者。

2. 干眼的中医研究

2.1 干眼的中医病名认识

中医常以临床症状群作为疾病命名的依据。《证治准绳》中首载其病名,称“白眼痛(不肿不红、沙涩昏痛)”、“干涩昏花症(干涩不爽、视物昏花)”、“神水将枯(干涩不润、淫泪盈珠)”。《审视瑶函》总结先贤见解和自身经验,首次提出“白涩症”一名,将其症状描述为“不肿不赤,爽快不得,沙涩昏朦”。“白涩症”一名自提出后,得到后世医家的推崇。上述病名虽不同,但症候表现大多相似,故而干眼在中医眼病中可归属于“白涩症”、“干涩昏花症”、“神水将枯”等范畴。

2.2 干眼的中医病机认识

早在《灵枢·大惑论》中就记载了“五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精”的理论,指出眼的发育及功能的发挥依赖脏腑精气的灌注。后世医家以此为指导,对干眼的病机认识不离五脏。隋《诸病源候论·目涩候》认为“脏腑劳热”可致阴亏液竭,引发目涩。北宋《太平圣惠方》云:“其液枯竭则目涩痛”,认为本病为肝心风热,壅滞所致。明代医家对干眼病机的认识进一步深入。王肯堂在《白眼痛》篇中提出其病机“脾肺络有湿热”,又在《神水将枯》篇中提到:“乃火气郁蒸,膏泽内竭”,认为当以阴虚为本,火热为标。《审视瑶函》总结病机为肝肾阴虚、肺脾湿热,还提出本病与阳虚有关:“盖神水即气中之精液,阳不生即阴不长也”。综上所述,干眼的病机乃五脏受损,阴阳失调,阴亏血衰,目失所养。

2.3 干眼的脏腑辨证论治

基于中医经典学说、现代医学的角度及临床辨治的经验,现今医者对干眼脏腑辨证论治的认识进一步加深。干眼多有角膜损伤,角膜为黑睛,在脏属肝。“肝郁”可影响性激素和神经递质的含量和活性,^[31] 继而可引发干眼。谢立科等^[32] 将其病机归为肝郁阴虚,认为道生散方具滋阴疏肝之效,可通过提高细胞及体液免疫功能,抑制腺泡及杯状细胞的凋亡,显著改善角膜损伤,促进泪腺分泌。泪膜的水液层与脂质层分别由泪腺和睑板腺分泌形成,二者在解剖上位于上下眼睑,在脏属脾,病变可责之于脾。唐由之^[33] 认为干眼发病乃“阴不足”、“阳不足”和“道不通”。治疗上,胃阴不足者予玉女煎;脾胃阳虚者予附子理中丸;湿热阻滞者予三仁汤。球结膜覆盖白睛表层,在脏属肺,结膜上皮的杯状细胞、副泪腺以及颞上穹隆部的泪腺均属于玄府。邹菊生先生^[34] 结合玄府、五轮相关学说认为肺阴不足,玄府郁滞乃干眼的病机,方用养阴宣肺汤加减。彭清华教授^[35] 认为下焦阴阳乃一身阴阳之本,阴阳互根互用,干眼的发生不仅有肾阴虚,还与肾阳亏虚有关。治疗上以滋阴药配伍升阳药,并配合风药直达病位,从而达到阴平阳秘的生理状态。

2.4 干眼的外治法

不同于汤剂以脏腑为中心的整体调节, 针灸、熏洗等外治法加强了眼的局部调理。

2.4.1 针刺

针刺在干眼的外治中应用最为广泛, 可分为穴位针刺和神经刺激。针刺眼周穴位可激活结膜组织的抗炎通路, 降低 IL-6 的含量, 同时调节 JAK2/p-STAT3 蛋白的表达水平。^[36] 孙远征^[37] 根据针刺调神理论, 选取眼周穴位及特定穴 (神庭、神门、本神) 治疗干眼, 患者的眼部症状体征及焦虑状态均得到有效缓解。陈婷婷^[38] 采用针刺蝶腭神经节联合脏腑经络辨证治疗干眼, 总有效率达 95%。

2.4.2 中药熏蒸

中药熏蒸使药液以蒸气的形式直接作用于病灶, 促进眼部的血液循环、睑板腺脂质流动。陈艳艳^[39] 等使用中药熏蒸联合人工泪液治疗干眼患者 41 例 82 眼, 患眼泪液分泌量增加、泪膜趋于稳定。郑玉红^[40] 对比发现多次、短时中药熏蒸法的疗效比单次、长时者更持久。

2.4.3 雷火灸

雷火灸具有热力峻, 渗透力强的优点, 能温经通络, 通关利窍, 加速眼周血液循环。宋立^[41] 等通过多中心的疗效观察证实雷火灸可改善干眼的症状及体征, 其中干涩感、异物感、眼疲劳的效果最好, 有效率分别为 74.0%、65.6%、62.2%。近年关于雷火灸治疗干眼的荟萃分析也证实了其有效性和安全性。^[42]

2.4.4 中药离子导入

电离子导入可将中药有效离子直接透入皮肤或黏膜进入眼内, 在病变局部形成离子堆, 使其维持较高浓度, 增加作用时间。密蒙花离子导入能够明显抑制泪液中 IL-6 和 ICAM-1 炎症因子的表达, 缓解泪腺局部炎症反应。^[43] 徐辉等^[44] 对使用人工泪液和中药口服效果欠佳的 65 例干眼患者采用中药离子导入治疗, 总有效率达 89.32%。

2.4.5 中药雾化

雾化可使药物直接渗入眼内, 以疏通经络, 祛邪导滞, 联合中药的抑菌抗炎作用, 共同改善患者眼表环境。周蓓等^[45] 对 28 例干眼患者

进行银耳雾化液超声雾化治疗后, 干眼症状及各项指标的改善均具有统计学意义。

总结

干眼已成为全球性的眼病, 影响患者的身心健康, 应引起学界的重视。目前, 西医对干眼的各方面研究均有深入。干眼发病机制的研究进展体现在定义的改变上, 其为临床诊疗提供指导。治疗上则以补充和储存泪液、恢复眼表结构、抗炎等共同恢复泪膜稳态。然而, 干眼属于眼表学领域, 而其角膜损伤与泪膜不稳定影响屈光所造成的视觉波动属于眼屈光学范畴, 临床分科的细化导致干眼的研究存在重泪液, 轻视觉的情况。干眼的治疗手段虽然较为丰富, 但需要考虑各类药物的副作用、自体血清的制备保存、湿房镜的高费用、手术的并发症及麻醉与显微技术的要求等。此外, 干眼的症候受生活、工作方式等影响, 存在反复性和变异性, 干扰疗效的评估。

中医防治干眼的特色与优势是有目共睹的, 但其存在的问题也不可忽视。由于中医眼科历来对眼屈光学不够重视, 导致中医在屈光方面缺乏经典理论的探讨。大量中医疗效的研究, 因缺乏科学设计的大样本、多中心的临床随机对照实验, 导致研究结果存在较大的偏移性, 缺少临床参考价值, 是目前研究的共性问题。辨证论治需要根据患者的证情变化进行方药的加减, 以便能更加灵活细致地把控病情的发展, 但其辨证的灵活性, 使得研究结果产生较大差异, 不利于临床的推广。局部外治的引入, 虽然丰富了该病的治疗, 但针刺、雷火灸等措施的疗效, 依赖操作的准确性及患者的依从性。总之, 现代医学和传统医学在防治干眼方面各自发挥着不可替代的作用, 二者应当进行优势互补, 为防治干眼开启新篇章。

致谢

本研究由国家重点研发计划 (No. 2019YFC1711605); 上海市中医药事业发展三年行动计划-海派中医流派传承延伸计划 (No. ZY3-CCCX-1-2004) 共同资助。

References

1. Corneal Disease Group of Chinese Ophthalmological Society. Expert consensus on clinical diagnosis and treatment of dry eye (2013). *Chin J Ophthalmol.* 2013;49(1): 73-5. (in Chinese)
2. Lemp MA. Report of the National Eye Institute/ industry workshop on clinical trials in dry eyes. *CLAO J.* 1995;21(4):221-32.
3. Lemp, MA, Foulks GN. The definition and classification of dry eye disease. *Ocul Surf.* 2007;5(2):75-92.
4. Jones L, Downie LE, Korb D, Benitez-del-Castillo JM, Dana R, Deng SX, et al. TFOS DEWS II management and therapy report. *The Ocul Surf.* 2017;15(3):575-628.
5. Li FM. System of ophthalmology. Beijing: People's Medical Publishing House; 1996. (in Chinese)
6. Asia Dry Eye Society, Ocular Surface and Lacrimal Diseases Group of the Standing Committee Member of the Ophthalmology Committee of the Cross-Strait Medical and Health Exchange Association, Ocular Surface and Dry Eye Group of the Ophthalmologists Society of Chinese Medical Doctor Association. Consensus of Chinese dry eye experts: definition and classification (2020). *Chin J Ophthalmol.* 2020;56(6):418-22. (in Chinese)
7. Millán A, Viso E, Gude F, Parafita-Fernández A, Moraña N, Rodríguez-Ares MT, et al. Incidence and risk factors of dry eye in a Spanish adult population: 11-year follow-up from the salnés eye study. *Cornea.* 2018;37(12):1527-34.
8. Shao Y. Interpretation of TFOS DEWS II. Recent Advances in Ophthalmology. 2018;38(1):1-12.
9. Liu HX, Begley C, Chen MH, Bradley A, Bonanno J, McNamara NA, et al. A link between tear instability and hyperosmolarity in dry eye. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2009;50(8): 3671-9.
10. Li HH, Wang YR, Liu Yang, Gu LL. Study on the inflammatory factor expression level and risk factors of patients with dry eye in outpatient clinic. *Chinese Med Guides.* 2016; 13(21): 127-30. (in Chinese)
11. Li J, Jin LS, Shen ZN, Li YJ. Research progress of the role of apoptosis in the pathogenesis of dry eye and its related mechanisms. *Chinese Community Doctors.* 2017;33(28):12-3. (in Chinese)
12. Belmonte C, Nichols JJ, Cox SM, Brock JA, Begley CG, Bereiter DA, et al. TFOS DEWSII pain and sensation report. *Ocul Surf.* 2017; 15(3):404-37.
13. Wang DL, Li X, Wi Q, Yang F, Hu Q. Histological changes of cornea in vivo of patients with xerophthalmia. *Int J Ophthalmol.* 2018; 18(05):945-9. (in Chinese)
14. Fernandes V, Sharma D, Vaidya S, Shantanu PA, Guan Y, Kalia K, et al. Cellular and molecular mechanisms driving neuropathic pain: recent advancements and challenges. *Expert Opin Ther Targets.* 2018;22(2):131-42.
15. Chen YJ, Liao L, Gong XH. Influencing factors of dry eye disease in perimenopausal women. *Int J Ophthalmol.* 2017;17(02):263-5. (in Chinese)
16. Liu C, Liang K, Jiang ZX, Tao LM. Sex hormone therapy's effect on dry eye syndrome in postmenopausal women: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine.* 2018;97(40):e12572.
17. Su YL. Efficacy and safety of carboxymethyl-cellulose sodium eye drops in the treatment of type 2 diabetes mellitus complicated with dry eye after cataract surgery. *China Practical Medicine.* 2021;16(3):102-4. (in Chinese)
18. Zhang J, Chen CX, Zhang PF, Yin J. Clinical curative effect of polyethylene glycol eye drops combined with sodium hyaluronate on dry eye tear film after cataract surgery and the influences on tear inflammation factors. *Journal of Clinical Ophthalmology.* 2020;28(4): 333-6. (in Chinese)
19. Qing XM. Observation on the effect of carbomer ophthalmic gel combined with polyethylene

- glycol eye drops on dry eye syndrome. *Journal of North Pharmacy*. 2019;16(2):71-2. (in Chinese)
20. Wang C, Lu B, Feng L, Zhang TX, Shi D, Shang Z, et al. Clinical efficacy and safety analyses of 3% diquafosol tetrasodium for treating dry eye disease. *J China Med Univ*. 2021;50(11):1002-4. (in Chinese)
21. Xue L, Li X, Peng Q, Yang W. Efficacy of sodium hyaluronate combined with recombinant human epidermal growth factor eye drops on tear film of dry eye after cataract surgery in the elderly. *Chin J Geront*. 2017;37(9):2268-9. (in Chinese)
22. Ni XF, Yang CS, Li SY, Liu Zhang, Hu ZX, Jia ZJ, et al. Efficacy and safety of deproteinized calf blood extractives for dry eye syndrome: a systematic review. *Chinese Journal of Evidence-Based Medicine*. 2022;22(1):51-9. (in Chinese)
23. Yang MJ, Liang L, Luo KS, Fang ZJ, Wu ZY, Qiao D. Short-term efficacy of pranoprofen combined with sodium hyaluronate in the treatment of moderate to severe dry eye. *Int J Ophthalmol*. 2019;19(09):1570-4. (in Chinese)
24. Mu PY, Chu CC, Yu D, Shao Y, Zhao SZ. PPAR γ : the dominant regulator among PPARs in dry eye lacrimal gland and diabetic lacrimal gland. *Int J Ophthalmol*. 2020;13(6):860-9.
25. Zhang XY, Zhao L, Deng SJ, Sun XG, Wang NL. Dry eye syndrome in patients with diabetes mellitus: prevalence, etiology, and clinical characteristics. *J Ophthalmol*. 2016;8201053.
26. Bang SP, Yeon CY, Adhikari N, Neupane S, Kim HR, Lee DC, et al. Cyclosporine eyedrops with self-nanoemulsifying drug delivery systems have improved physicochemical properties and efficacy against dry eye disease in a murine dry eye model. *PLoS One*. 2019;14(11):e0224805.
27. Sun SS, Huang Y. Reserch progress of antibiotics in the treatment of meibomian gland dysfunction. *Int J Ophthalmol*. 2022;22(05):827-32. (in Chinese)
28. Ding XZ, Zhong F, Wu JX, Yang WZ, Gao SY, Long YM, et al. The effect of omega-3 unsaturated fatty acid dietary supplementation on dry eye caused by meibomian gland dysfunction. *Chinese Journal of Nursing*. 2013;48(08): 692-5. (in Chinese)
29. Liang QF, Liu HR, Guo Y, Cui R, Li B, Wang NL, et al. Clinical observation on the treatment of meibomian gland dysfunction with the thermal pulsation system for meibomian gland. *Chin J Ophthalmol*. 2015;51(12):924-31. (in Chinese)
30. Cote S, Zhang AC, Ahmadzai V, Maleken A, Li C, Oppedisano J, et al. Intense pulsed light (IPL) therapy for the treatment of meibomian gland dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;3(3):CD013559.
31. Han C, Li XH. The correlation between of depression and liver of TCM. *Shandong Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2001;20(5):326-8. (in Chinese)
32. Xia LK, Song ZR, Zhang MM. Clinical study on the combined treatment of Xiaoyao powder and Shengmai powder on dry eye. *Journal of Traditional Chinese Ophthalmology*. 2009;19(2):71-3. (in Chinese)
33. Yu J, Tang YZ, Qiu LX. Treatment experience of Processor Tang Youzhi on dry eye. *Journal of Traditional Chinese Ophthalmology*. 2016;26(3):193-5. (in Chinese)
34. Dong ZG, Zhang YJ. Experience of Zou Ju-Sheng in treatment of dry eye. *Western Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2011;24(7):33-4. (in Chinese)
35. Jiang PF, Peng J, Peng QH. A brief analysis of professor Peng Qinghua's experience in treating dry eye disease. *Journal of Traditional Chinese Medicine University of Hunan*. 2018;38(6):661-4. (in Chinese)
36. Wei QB, Xu Q, Ding N, Shen HX, Gao WP. Effects of acupuncture on the cholinergic anti-inflammatory pathway in the conjunctiva of dry

- eye rabbits. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy. 2022;37(01): 411-5. (in Chinese)
37. Sun YZ, Chen CY, Yu TY, Wang LY. Clinical observation of Tiaoshen acupuncture for dry eye syndrome with yin deficiency of liver and kidney. chinese acupuncture and moxibustion. 2022;42(02):162-6. (in Chinese)
38. Chen TT. Clinical observation on acupuncture of sphenopalatine ganglion in the treatment of dry eye syndrome with yin deficiency of liver and kidney. World Latest Medicine Information. 2019;19(92):191-2. (in Chinese)
39. Chen YY, Chong H, Fen YH, Luo YF, Huang, QH, Yao XH, et al. Fumigation treatment of four yellow Qing Ling water with artificial tears for dry eyes. Int Eye Sci. 2018;18(04):762-4. (in Chinese)
40. Zheng YH, Zhao GM. Clinical study on different Chinese medicine fumigation therapy in the treatment of dry eye with excessive evaporation. Beijing Journal of Traditional Chinese Medicine. 2019;38(5):484-7. (in Chinese)
41. Song L, Tang WH, Yu XY, Fu YJ, Su HF, Shi JY. Statistical observation of therapeutic effect of thunder-fire moxibustion on dry eye clinical validation. Journal of Traditional Chinese Ophthalmology. 2015;25(2):98-101. (in Chinese)
42. Zhao L, Zuo T, Wang FY, Chi KY. Systematic evaluation and meta-analysis of thunder-fire moxibustion at periocular points for dry eye. Int Eye Sci. 2019;19(8):1338-43. (in Chinese)
43. Zheng PC, Peng J, Yao XL, Peng QH. Effects of Chinese medicine Mimenghua (Flos Buddlejae) iontophoresis on interleukin-6, intercellular adhesion molecule-1 in tear of dry eye patients. J Trad Chin Med. 2019;60(3):219-23. (in Chinese)
44. Xu H, Hao XB, Pang YQ, Chen H, Gong HZ, Kong XL. TCM iontophoresis 65 cases with dry eye treatment effect. Asia-Pacific Traditional Medicine. 2010;6(07):51-2. (in Chinese)
45. Zhou B, Li YL, Zeng YL, Huang XN. Clinical observation on the treatment of dry eye syndrome with ocular ultrasonic atomization of Tremella fuciformis atomized liquid. New J Tradit Chin Med. 2016;48(5):195-7. (in Chinese)

บทความปริทัศน์

ความก้าวหน้าด้านการวิจัยของแพทย์แผนจีนและแพทย์แผนปัจจุบันในการรักษาภาวะตาแห้ง

อู่ เสี่ยวหยู, มู่ หลิน, ต่ง จื่อกว๋อ, อู่ เจียจวิน, จาง ซูเหยียน, จาง อินเจี้ยน

แผนกจักษุ โรงพยาบาลหลงหัวสังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: ภาวะตาแห้งเป็นโรคจักษุวิทยาที่พบบ่อยในทางคลินิก ปัจจุบันเนื่องจากการนิยมใช้หน้าจอของสื่อต่างๆ และมลพิษทางสภาวะแวดล้อม รวมไปถึงการใช้ยาผิดประเภท ทำให้ในแต่ละปีภาวะตาแห้งมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้น โดยพบในกลุ่มช่วงอายุที่น้อยลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน วิธีการป้องกันและรักษาภาวะตาแห้งไม่เพียงแต่เป็นประเด็นสำคัญของทางจักษุวิทยา แต่ยังเป็นปัญหาสังคมที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วนอีกด้วย บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ผลสำเร็จและข้อบกพร่องในการวิจัยทางคลินิกของศาสตร์แผนจีนและแผนปัจจุบัน รวมถึงศึกษาและพิจารณาความสำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะตาแห้งโดยใช้วิธีผสมผสานระหว่างศาสตร์แผนจีนและแผนปัจจุบัน

คำสำคัญ: ตาแห้ง; สภาวะสูญเสียสมดุลของฟิล์มน้ำตา; วิธีการภายนอกของศาสตร์แผนจีน

ผู้รับผิดชอบบทความ: จาง อินเจี้ยน: zhangyinj@126.com

Review Article

Research progress of traditional Chinese medicine and western medicine in dry eye

Wu Xiaoyu, Mu Lin, Dong Zhiguo, Wu Jiajun, Zhang Shuyan, Zhang Yinjian

Department of Ophthalmology, Longhua Hospital Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: Dry eye is a common eye disease in clinics. In recent years, with the popularity of video terminals, environmental pollution, drug abuse, and other factors, the incidence of dry eyes has been increasing year by year, and the patients are getting younger, which has a severe impact on the quality of life of patients. How to prevent and cure dry eye is a hot topic in ophthalmology and a social problem to be solved urgently. This paper aimed to analyze and summarize the achievements and shortcomings of clinical research on traditional Chinese and western medicine in dry eyes and to explore the importance of integrated traditional Chinese and western medicine in the prevention and treatment of dry eyes.

Keywords: dry eye; tear film homeostasis imbalance; external treatment of traditional Chinese medicine

Corresponding author: Zhang Yinjian: zhangyinj@126.com



文献综述

浅探“脾病，脉道不利”与淋巴管功能障碍在动脉粥样硬化发病中的关系

杜敏，冯骁腾，张一凡，李斯锦，王佳柔，刘萍

上海中医药大学附属龙华医院心病科

摘要：近年来，由动脉粥样硬化（AS）引起的心脑血管疾病发病率和死亡率逐年升高。中医学认为 AS 的发生与脾功能障碍密切相关，“脾病，脉道不利”是 AS 形成的关键机制；现代研究证实淋巴管功能障碍会导致 AS 发生，淋巴管生理功能与“脾主运化”的生理功能具有相似之处。本文将结合“脾病，脉道不利”的理论与淋巴管功能障碍探讨 AS 的病因病机及发病机制，探讨淋巴管与脾“运”功能之间的密切联系，为中医药防治动脉粥样硬化性疾病提供新的思路。

关键词：动脉粥样硬化；脾病；脉道不利；免疫炎症

通讯作者：刘萍：liuping0207@126.com



Received: 20 September 2022 Revised: 11 October 2022 Accepted: 28 October 2022



前言

动脉粥样硬化 (Atherosclerosis, AS) 是多种心脑血管疾病发病的重要基础病变，AS 以血管壁发生脂质沉积和炎症浸润为主要特征，形成过程中多种炎症因子和免疫细胞通过相关机制参与其中，调节免疫炎症反应干预 AS 发展逐渐成为心血管领域的研究热点。^[1] 中医学认为 AS 属本虚标实之证，病变在脉，病源在心，AS 形成与虚、痰、瘀等多种病理因素有关，^[2] “脾病”是虚、痰、瘀形成的核心机制。脾病，包括“脾实”和“脾虚”，AS 形成可主要归结为“脾实脉道不通”和“脾虚脉道不利”两方面。^[3-6] 因此，本文将基于“脾病，脉道不利”探讨 AS 的发病与免疫炎症之间的关系，为从脾论治 AS 提供相应的理论依据。

1. “脾病”与 AS 的形成

1.1 “脾实”痰瘀阻滞，脉道不通则生 AS

脾主运化，包括主“运”和主“化”两方面，

中医“脾”除有消化系统功能外，还涉及免疫、内分泌、循环等多个系统的功能。^[7] 《素问·经脉别论篇》言：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布”，脾化得正将饮食水谷转化为精微物质和津液，上输于肺，通过宣发和肃降功能布散全身，充养·五脏之气，滋养全身；浊液则通过三焦运送至肾和膀胱，排出体外，在这一过程中“脾”上腾下达，维持机体水液代谢平衡。《圣济总录·脾藏门》中有“脾实”和“脾虚”的专篇记载。^[8] 脾实，湿热、痰瘀、饮食壅滞于脾，日久阻滞气机，痰瘀阻脉，损伤脉道，日久脉损之处脂浊痰邪壅滞益甚，血管内有形斑块形成，最终引起动脉管腔的狭窄。^[9]

1.2 “脾虚”气血不足，脉道失濡则生 AS

脾与脉关系密切，脾为太阴，“其德为濡”，脉为血府，“血主濡之”，《灵枢·经脉》曰：“谷入于

胃，脉道以通，血气乃行”，饮食水谷在脾胃的作用下，化生气血，滋养“脉道”，维持其通畅，脉道充盈是保证脉结构和功能正常的基础。《素问·太阴阳明论》中记载“脉道不利”为脾虚气血不足，脉不得濡，脉道涩滞，气血运行不畅，则脉道不利，《灵枢·天年》言：“血气虚，脉不通”。

“脾主肌肉”，脾能够管理肌肉形态，使肌肉发挥其正常生理功能，此处所言肌肉不仅包括骨骼肌软组织，还包括平滑肌、心肌等。^[10] 现代研究发现脾与血管平滑肌细胞密切相关：脾气虚证大鼠血管平滑肌细胞线粒体超微结构比正常大鼠明显减少，并有血管平滑肌细胞的增殖和凋亡。^[11,12] 脾虚日久，脾主肌肉功能失常，血管平滑肌运动减弱或弹性下降，导致血运减缓，局部循环障碍，不能及时转运脉中痰浊杂质，久之则形成 AS。^[13]

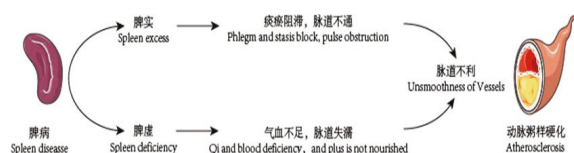


图 1 脾病与 AS 关系示意图

2. 淋巴管与 AS 的关系

AS 的病位在脉，随着对中医学“脉”的研究逐渐深入，“脉”不仅代表循环系统中的血管，其与淋巴管之间的关系十分密切。

心脏淋巴管于胎儿早期发育完成，^[14] 由淋巴管内皮细胞 (Lymphatic endothelial cells, LECs) 组成。心的淋巴主要经左、右淋巴干引流汇入淋巴结，淋巴管能从组织中收集富含蛋白质的渗出液并运输到血液循环。^[15-17] 淋巴系统和免疫系统的功能密切相关，淋巴管积极参与免疫细胞的运输和适应性免疫，对心肌组织液和炎性细胞的引流能使心肌内环境维持在平衡状态，若淋巴管功能减弱可能会导致内环境失衡，使机体相应产生不同程度的炎症反应和免疫反应。

AS 是炎症免疫疾病，以脂质聚集、免疫细胞浸润和纤维脂肪斑块形成为主要特征，^[18]

沉积的脂质常被认为是驱动炎症反应的信号，募集单核细胞分化为巨噬细胞，吞噬脂质形成泡沫细胞，并分泌相关细胞因子及趋化因子，促进免疫 (淋巴) 细胞的浸润与活化。^[19] 淋巴管对免疫细胞的输送、炎症反应的调控具有重要意义，异常的淋巴管增生及重塑可能是各种慢性炎症反应持续加剧的主要原因之一。^[20] 淋巴管参与 AS 的形成过程，有研究显示，^[21] 动脉硬化发生，血管受损释放多种因子促使血管和淋巴管新生，炎性细胞和细胞因子通过新生淋巴管被输送至淋巴结再次被激活，而后又经循环被输送至血管受损处；与此同时，活化的中性粒细胞释放血管活性因子，使血管通透性增加，更多的脂质聚集于血管受损部位并超过淋巴管的转运及重吸收能力，导致淋巴瘀滞，淋巴管代偿性增生及重塑，炎性细胞和细胞因子的功能被放大，最终血管发生粥样硬化、内膜增生和重构等病理变化，加快 AS 的病理发展过程。^[21,22] 因此，脂质沉积，痰瘀互结，引起“脉道不利”，影响淋巴管的正常循环，激活并放大机体的免疫炎症反应，最终诱导 AS 发生。

3. 脾运与淋巴管的关系

中医治病重视整体观念，气血阴阳兼顾，对于脾虚痰瘀证的 AS 以健脾益气、化痰通脉为主要治疗原则。《医宗必读》言：“脾为生痰之源，治痰不理脾胃，非其治也”，治病求本，健脾防治 AS 既从源头上阻断痰湿的生成，又化已成之痰湿，使痰无由生，湿无所聚。现代研究表明，健脾祛痰化痰中药对 AS 性疾病治疗具有显著疗效，健脾益气、化痰通脉能有效减小动脉粥样斑块面积、减轻管壁脂质沉积，抑制血栓形成及粥样斑块的形成、改善心肌功能。^[23, 24] 一方面健脾化痰祛湿，洁净脉府积滞；另一方面，脾生理功能正常，主肌肉的作用正常，有助于维持血管平滑肌的正常功能，脾旺气血充足，脉道得濡。因此，从脾论治 AS 能清脉与护脉兼顾，从而延缓 AS 进展。

脾作为人体内最大的免疫器官，是免疫反应的主要场所。^[25] AS 斑块的发生和进展涉及单核细胞从骨髓和脾脏迁移到血液循环，然后进入

动脉壁。^[26] 现代研究证明高胆固醇血症、炎症以及感染引发 AS 的过程其本质都是机体进行免疫反应的过程。脾虚免疫功能下降,是 AS 形成重要因素之一,脾虚者的细胞免疫功能显著下降。^[27] 健脾化痰法可激活自噬,恢复脾功能的同时加强巨噬细胞自噬作用,^[28] 增加血管内胆固醇的清除率。

研究发现四君子汤能调节机体免疫、改善气血生化乏源以及健运失调的病理状态。^[29,30] 益脉颗粒(黄芪、党参、白术、清半夏、瓜蒌、茯苓、桃仁、红花、炙甘草)治疗 AS 小鼠后,小鼠血脂水平下降,血清肿瘤坏死因子(tumor necrosis factor, TNF- α)及白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)水平降低,表明健脾化痰中药能减轻血管内炎症,改善机体内环境,干预动脉粥样硬化斑块形成。^[31] 中药健脾通脉方(黄芪、党参、茯苓、白术、甘草)能抑制 ApoE^{-/-} 小鼠血管平滑肌细胞的表型转化从而干预动脉粥样硬化进展。^[32] 此外,临床常用补益脾气中药党参、黄芪、白术等或其活性成分也具有降低血脂、抑制炎症因子产生、调节免疫的作用,能保护心肌细胞,进而起到保护血管内皮细胞、改善动脉粥样硬化的作用。^[33-35]

目前中药抑制淋巴生成方面的研究较少,研究范围大多集中在中药抑制淋巴管生成抗肿瘤等方面,^[36,37] 在治疗 AS 时也将动脉粥样硬化斑块看作一种发生在血管壁上的微观“肿瘤”,重视气血调理,治以理气通脉,活血化瘀。本课题组前期应用桃仁红花煎对高脂饮食喂养 ApoE^{-/-} 小鼠进行实验研究^[38] 发现,中药复方可降低 AS 模型动物的血脂水平,稳定斑块,保护血管内皮细胞,减少小鼠心房淋巴管含量和纵膈淋巴结 T 细胞含量,表明活血化瘀,清除脉中积滞可能改善机体免疫,抑制心脏淋巴管增生及重塑,减少淋巴管输送至淋巴结的免疫细胞数量,抑制局部受损血管处炎症因子及免疫细胞的分泌和积聚。因此,健脾祛瘀、活血通脉法减轻免疫炎症反应的方法可能成为防治 AS 的重要途径。

总结

AS 基本病机为痰瘀互结,脉道不利,病理、

改变的关键因素为“虚、痰、瘀”。脉道不利,淋巴管循环障碍加剧免疫炎症反应则诱发 AS 的发生。中医学提倡“未病先防,既病防变”,对于 AS 未成者予益气健脾,保障血管、心肌正常功能;已成者则治病求本,虚实兼顾,一方面健脾顾护血脉,另一方面健脾化痰祛瘀,荡涤血脉中的痰浊瘀滞之邪,从多角度、多维度减缓 AS 进展。目前对 AS 脾虚产生的免疫炎症机制研究较多,但对于中药抗 AS 的作用靶点及调控心脏淋巴管增生重塑的研究尚且不足,因此,还需要加强相关方面的研究,为中药抗防治脉粥样硬化相关疾病提供更充足的理论支持。

致谢

本研究由国家自然科学基金 (No. 81873117; 82074200) 资助。

References

1. Neele AE, Van den Bossche J, Hoeksema MA, de Winther MP. Epigenetic pathways in macrophages emerge as novel targets in atherosclerosis. *Eur J Pharmacol.* 2015;763 (Pt A):79-89.
2. Li XP, Xu ZX, Xu J, Song XY, Wang YQ. Study on the correlation between different TCM syndromes and risk factors in patients with coronary heart disease. *China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy.* 2019;34(6):2717-20. (in Chinese)
3. Feng XD, Dong X, Wang Y, Pang LL. Literature review on the mechanism of treating atherosclerosis from spleen based on the theory of “spleen deficiency generates phlegm”. *Jiangsu Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2021;53(2):69-71. (in Chinese)
4. Zhang HY, Min DY, Jia LQ, Yang GL. Exploration of spleen diseases leading to “unsmooth vessels” based on macrophage foam. *World Chinese Medicine.* 2017;12(5):1000-3. (in Chinese)
5. Jia LQ, Zhang N, Song N, Zhang HY, Yang GL. Modern biological basis on coronary heart

- disease (CHD) of phlegm turbidity and blood stasis syndrome from unsmoothness of vessels. Journal of Zunyi Medical University. 2015; 38(4):337-40. (in Chinese)
6. Cao HM, Song N, Jia LQ, Zhang HY, LV XM, Chen N, et al. Exploration of the scientific connotation of AS caused by "unsmoothness of vessels" of spleen disease based on mitochondrial homeostasis imbalance. Chinese Journal of Basic Medicine in Traditional Chinese Medicine. 2020;26(05):635-7. (in Chinese)
7. He J, Zhou L, Chen JX, Zhao HB, Ding XF. A research progress on spleen deficiency syndrome of traditional Chinese medical science. Jilin Journal of Traditional Chinese Medicine. 2015;35(1):103-7. (in Chinese)
8. Zhao J. General records of holy universal relief. Beijing: People's Medical Publishing House;1962. (in Chinese)
9. Liu ZY, Jin S, Hou MQ, Guo YP, Wang C, Zhu AS. Discussion on atherosclerosis based on the spleen-phlegm-lipid correlation theory. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy. 2019;34(10):4702-4. (in Chinese)
10. Sun YX. Understanding of the "spleen main muscle" and its clinical application. Chinese Journal of Basic Medicine in Traditional Chinese Medicine. 2018;24(5):710-2. (in Chinese)
11. Liu HP, Hou YM, Chang XF, Wang SL. Study on ultrastructure of vascular smooth muscle in rats with spleen Qi deficiency. Journal of Chinese Electron Microscopy Society. 1991;(4):383-4. (in Chinese)
12. Change L, Zhang LD, Ma XD, Fu CZ. Influence of expression on PDGF, in vascular smooth muscle cells of spleen-deficiency syndrome rats by totifying spleen Qi herbals. Chinese Archives of Traditional Chinese Medicine. 2011;29(5):1093-4. (in Chinese)
13. Chen SW, Wen ZL, Lin XZ. Discussion on the function of "the spleen nourishing the muscles" in related diseases. Journal of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine. 2021;33(1):7-9. (in Chinese)
14. Riquet M, Brière J, Dupont P, Pennhouat G, Hidden G. The embryonic and early fetal development of the lymphatics of the heart and lungs in humans (25.6.93). Surg Radiol Anat. 1993;15(4):369-70.
15. Norman S, Riley PR. Anatomy and development of the cardiac lymphatic vasculature: Its role in injury and disease. Clin Anat. 2016;29(3):305-15.
16. Aspelund A, Robciuc MR, Karaman S, Makinen T, Alitalo K. Lymphatic system in cardiovascular medicine. Circ Res. 2016;118(3):515-30.
17. Vuorio T, Nurmi H, Moulton K, Kurkipuro J, Robciuc MR, Ohman M, et al. Lymphatic vessel insufficiency in hypercholesterolemic mice alters lipoprotein levels and promotes atherogenesis. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2014;34(6):1162-70.
18. Hansson GK, Hermansson A. The immune system in atherosclerosis. Nat Immunol. 2011; 12(3):204-12.
19. Schaftenaar F, Frodermann V, Kuiper J, Lutgens E. Atherosclerosis: the interplay between lipids and immune cells. Curr Opin Lipidol. 2016; 27(3):209-15.
20. Alitalo A, Detmar M. Interaction of tumor cells and lymphatic vessels in cancer progression. Oncogene. 2012;31(42):4499-508.
21. Xu XS, Lin HL, Lv HX, Zhang M, Zhang Y. Adventitial lymphatic vessels -- an important role in atherosclerosis. 2007;69(6):1238-41.
22. Ju WH, Wang HY. The relationship of vascular endothelial growth factor-C and vascular diseases. Advances in Cardiovascular Diseases. 2017;38(1):34-8. (in Chinese)
23. Liu XY, Lu ZZ. National top Chinese physician Professor Zhizheng Lu in treatment of chest obstruction (coronary heart disease) from spleen-stomach. Journal of Hunan University of Chinese Medicine. 2015;35(7):1-4. (in Chinese)

24. Zhang Y, Ding J, Wang Y, Feng X, Du M, Liu P. Guanxinkang Decoction Attenuates the Inflammation in Atherosclerosis by Regulating Efferocytosis and MAPKs Signaling Pathway in LDLR^{-/-} Mice and RAW264.7 Cells. *Front Pharmacol.* 2021;12:731769.
25. Wu PT, Yang N, Liu M, Guo DM, Xie LY, Yu H, et al. Relationship between splenic function and coronary artery disease. *Chinese Journal of Integrative Medicine on Cardio-/Cerebrovascular Disease.* 2012;10(1):85-7. (in Chinese)
26. Zhao G, Yang W, Wu J, Chen B, Yang X, Chen J, et al. Influence of a coronary artery disease-associated genetic variant on furin expression and effect of furin on macrophage behavior. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2018;38(8):1837-44.
27. Zhang JH, Zhu AS. Discussion on atherosclerosis from the perspective of spleen qi-deficiency. *China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy.* 2015;30(2):353-5. (in Chinese)
28. Gao XY, Zhang Z, Wang Y, Liu Y, Kong DZ, Meng FL, et al. Exploring the relationship between macrophage autophagy and atherosclerosis based on the theory of spleen deficiency generating phlegm. *Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2017;58(22):1902-5. (in Chinese)
29. Li HY, Wang J, Gao TF, Fan ZQ, Li L, Li Y. Experimental study on the correlation between spleen deficiency and lymphatic immunity. *Journal of Changchun University of Traditional Chinese Medicine.* 2007;(5):16-7. (in Chinese)
30. Liao LL, Luo AX, Tang GY, Li M, Han YR, Xu H. Effect of Sijunzi-tang on rhubarb-induced spleen deficiency in mice. *Journal of Guangdong Pharmaceutical University.* 2013;29(2):202-5. (in Chinese)
31. Guan L. Study on the therapeutic mechanism of Yimai granule in treating atherosclerosis [dissertation]. China: Liaoning University Of Traditional Chinese Medicine; 2019. (in Chinese)
32. Li JS. Experimental study on improving atherosclerosis by treating phenotypic transformation of vascular smooth muscle from spleen theory [Thesis]. China: Liaoning University Of Traditional Chinese Medicine; 2020. (in Chinese)
33. Gao Q, Li SN, Lin Q. Effects of Huangqi [Astragali radix, 黄芪] and Dangshen [Codonopsis radix, 党参] on calcium transients in myocardial cells of heart failure model mice. *Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2017;58(16):1408-11. (in Chinese)
34. Chen BB. Progress in pharmacological research of Rhizome Atractylodis macrocephala. *Nei Mongol Journal of Traditional Chinese Medicine.* 2012;31(10):101-2. (in Chinese)
35. Zeng GA, Chen YY, Li B, Wu QH. The effect of astragalus polysaccharide on the function of endothelial cells of in rabbits with atherosclerosis. *Chinese Journal of Integrative medicine on Cardio-/Cerebrovascular Disease.* 2010;8(10):1206-8. (in Chinese)
36. Li MQ, Zheng HX, Li JB, Feng KJ. Study on the effect of shenmai injection on lymphangiogenesis. *Acta Chinese Medicine and Pharmacology.* 2009;37(3):26-7. (in Chinese)
37. Xu YY. The clinical study of shen qi jian wei tang combined with chemotherapy in gastric cancer patients inhibition of VEGF-C [Thesis]. China: Nanjing University Of Chinese Medicine; 2010. (in Chinese)
38. Wang YR, Jia QY, Zhang YF, Wei J, Liu P. Taoren Honghua drug attenuates atherosclerosis and plays an anti-inflammatory role in ApoE knock-out mice and RAW264.7 cells. *Front Pharmacol.* 2020;11:1070.



บทความปริทัศน์

สำรวจแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างโรคของม้ามภาวะหลอดเลือดติดขัดกับการเกิดพยาธิสภาพของ ท่อน้ำเหลืองโรคหลอดเลือดแดงแข็ง

ตู้ หมิ่น, เฟิง เซียวเถิง, จาง อี้ผาน, หลี่ ซื่อจิน, หวาง เจียโร่ว, หลิว ผิง

แผนกโรคหลอดเลือดหัวใจ มหาวิทยาลัยการแพทย์จีนเซี่ยงไฮ้สังกัดโรงพยาบาลหลงหัว

บทคัดย่อ: ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (AS) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยการแพทย์แผนจีนเชื่อว่าการเกิด AS นั้นสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความผิดปกติของม้าม และแนวคิดเรื่อง "โรคม้าม ส่งผลต่อหลอดเลือดติดขัด" นั้นยังถือเป็นกลไกสำคัญต่อการเกิด AS ขึ้นอีกด้วย โดยจากงานวิจัย ณ ปัจจุบันนั้น เป็นที่แน่ชัดว่าความผิดปกติของท่อน้ำเหลืองสามารถนำไปสู่การเกิด AS ได้ อีกทั้งหน้าที่ทางสรีรวิทยาของท่อน้ำเหลืองและม้าม ในทางแพทย์แผนจีนซึ่งมีคำกล่าวที่ว่า "ม้ามทำหน้าที่เป็นตัวขับเคลื่อน ขนส่ง เปลี่ยนแปลง" ยังคงมีความคล้ายคลึงกันอีกด้วย บทความนี้ได้รวบรวมและสำรวจทฤษฎีแนวคิดสาเหตุและกลไกการเกิดหลอดเลือดติดขัดจากโรคม้าม และพยาธิสภาพของท่อน้ำเหลือง ต่อโรคหลอดเลือดแดงแข็ง รวมถึงวิเคราะห์และสำรวจความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างการทำงานของม้าม ซึ่งหน้าที่เป็นตัวขับเคลื่อน ขนส่ง เปลี่ยนแปลง กับการทำงานของท่อน้ำเหลือง เพื่อให้เกิดแนวคิดการรักษาและป้องกันแนวใหม่ด้วยยาสมุนไพรจีนต่อโรคหลอดเลือดแดงแข็งต่อไป

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดแดงแข็ง; โรคม้าม; หลอดเลือดติดขัด; ภาวะอักเสบจากระบบภูมิคุ้มกัน

ผู้รับผิดชอบบทความ: หลิว ผิง: liuping0207@126.com



Review Article

Relationship between spleen disease, unsmoothness of vessels and lymphatic vessel dysfunction in the pathogenesis of atherosclerosis

Du Min, Feng Xiaoteng, Zhang Yifan, Li Sijin, Wang Jiarou, Liu Ping

Department of Cardiology, Longhua Hospital Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: In recent years, the incidence and mortality rates of cardiovascular and cerebrovascular diseases caused by atherosclerosis (AS) have exhibited an increasing trend year by year. According to traditional Chinese medicine, the occurrence and development of AS are closely related to the dysfunction of the spleen; and the critical pathogenic mechanism was the unsmoothness of vessels in spleen disease. Many studies demonstrated that inflammation and immune dysfunction may play a crucial role in the pathogenesis of atherosclerosis. Fortifying the spleen can adjust the level of immune inflammation and delay the progression of AS. This article studied the theory of spleen disease, unsmoothness of vessels and lymphatic dysfunction to explore the etiology and pathogenesis of atherosclerosis as well as the relationship between lymphatic vessels and spleen circulation function. It can provide a theoretical basis for the use of Chinese medicine in the prevention and treatment of atherosclerotic diseases.

Keywords: atherosclerosis; spleen disease; unsmoothness of vessels; immune dysfunction

Corresponding author: Liu Ping: liuping0207@126.com

文献综述

茶多酚抗衰老机制研究进展

张孙正远, 谢安娜, 章喻, 戴薇薇

上海中医药大学附属龙华医院科技中心实验室

摘要: 茶叶具有广泛的保健功能。茶叶成分的作用在不断研究和探索之中。茶多酚是茶叶中多酚类化合物的总称, 是细胞氧化还原调节剂。其主体成分是儿茶素及其衍生物, 具有抗衰老、抗氧化、抗炎等多种生理活性。发现茶多酚有助于减少一些衰老相关疾病的发生, 包括神经退行性疾病、心血管疾病、肝功能障碍、肠道功能衰退、骨质疏松症等。本文就近年来茶多酚抗衰老的机制研究作一综述, 旨在为预防与治疗衰老相关疾病提供新思路。

关键词: 茶多酚; 表儿茶素-3-没食子酸酯; 衰老; 退行性病变; 抗氧化

通讯作者: 戴薇薇: wdai2018@shutcm.edu.cn

Received: 20 September 2022

Revised: 7 October 2022

Accepted: 21 October 2022

前言

《神农本草经》记载: “神农尝百草, 日遇七十二毒, 得茶解之”。说明古代利用茶叶最少有四千多年的历史, 茶当时以药用为主。唐代“茶圣”陆羽著有中国乃至世界现存最早、最完整、最全面介绍茶的第一部专著《茶经》, 是当时有关茶叶的科学知识和实践经验的系统总结, 全面叙述茶区分布、茶叶的生长、种植、采摘、制造和品鉴(图1)。唐朝药物学家陈藏器, 撰《本草拾遗》10卷, 其“诸药为各病之药, 茶为万病之药”论述中提出“本草茶疗”的概念。茶叶可分为绿茶、白茶、黄茶、乌龙茶、红茶、黑茶及再加工茶, 是仅次于水的第二大消费饮料。茶叶具有广泛的保健功能。茶叶成分的作用在不断研究和探索之中。目前已被证实茶的医疗保健作用主要有: 抗氧化、抗衰老; 增强免疫; 防癌、抗癌; 抗辐射及重金属毒害; 抑制有害微生物; 美容; 抗龋齿等。

本文主要就茶叶在抗衰老机制方面的研究进展做一综述。

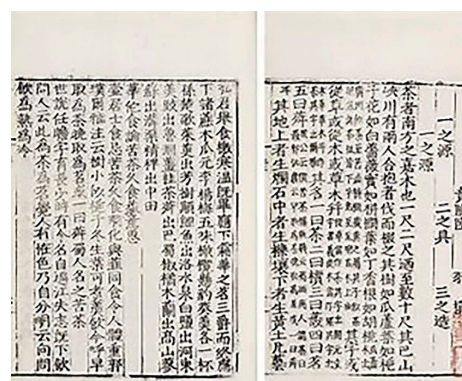


图1 《茶经》内页

1. 茶多酚的成分

茶叶中含有丰富的多酚类物质,^[1] 茶多酚(Teapolyphenol, TP)是多酚类物质统称。茶多酚的主要成分是单体黄烷-3-醇,

也称为儿茶素，是一种基本结构为 α -苯基苯并吡喃的类黄酮化合物，约占茶叶干重的 30%。^[2] 茶叶中常见的儿茶素及其含量是：表儿茶素 (epicatechin, EC, 6.4%)、表儿茶素-3-没食子酸酯 (epicatechin-3-gallate, ECG, 13.6%)、表儿茶素-3-没食子酸酯 (epigallocatechin, EGC, 19%) 和表儿茶素-3-没食子酸酯 (epigallocatechin-3-gallate, EGCG, 59%)。茶叶中的多酚含量可以通过发酵和加热发生改变。^[3] 目前研究最多的为 EGCG。(图 2)

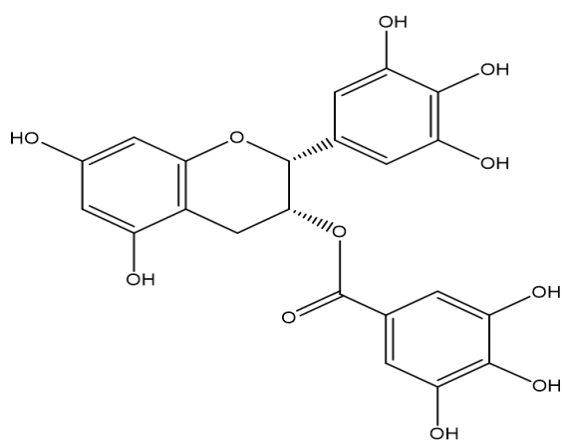


图 2 表儿茶素-3-没食子酸酯 (EGCG) 结构

2. 衰老机制的学说

衰老 (Senescence, aging) 是生命发展中多因素共同作用下而逐渐发生的组织、器官功能性衰退的过程。由一系列相互关联的机制通过不同的信号通路驱动，包括氧化应激、炎症状态、自噬等，^[4] 影响每个器官和组织，导致广泛的功能下降和组织结构受损。^[5,6] 目前有许多衰老机制的学说，包括自由基学说、端粒学说、DNA 损伤修复学说、线粒体 DNA 损伤学说、免疫学说、神经内分泌学说等。细胞水平研究表明，各种外界环境（如营养失衡、氧化反应、电离辐射、紫外照射等）可以引起细胞衰老。茶多酚是细胞的氧化还原调节剂，可以诱导内源性抗氧化防御系统并维持细胞内氧化还原动态平衡，^[3] 有助于减少一些衰老相关疾病的发生，包括神经退行性疾病、心血管疾病、肝功能障碍、肠道功能衰退、骨质疏松症等。

3. 茶多酚抗衰老机制研究进展

3.1 神经退行性病变

脑衰老的主要形态特征表现为脑体积缩小、白质和灰质退化、皮质变薄脑回减少和脑室扩大。^[4] 氧化应激、线粒体功能障碍、端粒缺失、DNA 修复功能受损、炎症反应增强、神经营养因子减少等会导致神经退行性疾病，如阿尔茨海默病 (Alzheimer's disease, AD)、帕金森病 (Parkinson's disease, PD)。^[7] 茶对神经的保护作用具有靶点多、无毒、协同作用等优点。^[8] 茶多酚作为一种高效低毒的潜在神经保护物质，可以抑制神经炎症，防止大脑退行性变化。^[4] 茶多酚通过抑制线粒体凋亡信号、提高神经营养因子的活性、调节蛋白激酶和脂肪激酶的信号级联来保护神经细胞。^[9] 0.05-0.2 $\mu\text{g/mL}$ 的绿茶多酚 (green tea polyphenols, GTPs) 联合低浓度的脑源性神经营养因子 (brain-derived neurotrophic factors, BDNF)，可明显增强 BDNF 的神经分化能力，GTPs 的最佳浓度为 0.1 $\mu\text{g/mL}$ 。^[4,10]

淀粉样斑块和神经原纤维缠结 (neurofibrillary tangles, NFTs) 是 AD 的两个病理特征，^[11] 可由淀粉样 β 蛋白 (amyloid beta, A β) 沉积和 tau 蛋白过度磷酸化所致。^[8] EGCG 通过增加 α 分泌酶活性，降低 β 、 γ 分泌酶活性，减少 A β 的生成聚集，继而减少斑块；通过降低 GSK-3 α 和 GSK-3 β ，抑制 tau 蛋白聚集和过度磷酸化，减少脑内的 NFTs。EGCG 可预防 A β 诱导的毒性，抑制淀粉样前体蛋白 (amyloid precursor protein, APP)/PS1 转基因神经元的凋亡；同时，EGCG 下调内质网应激相关蛋白的表达，减轻内质网异常的超微结构肿胀，表明 EGCG 可能通过抑制内质网应激相关神经细胞的凋亡而减弱 AD 的神经毒性。^[12] EGCG 对 AD 的调控机制可概括为：清除活性氧 (reactive oxygen species, ROS)，逆转氧化应激，通过调节促炎因子或炎性蛋白如白细胞介素-1 β (interleukin-1 β , IL-1 β)、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α) 抑制神经炎症；通过调节信号通路和

激活自噬, 去除错误折叠的蛋白 A β 和 tau; 降低乙酰胆碱酯酶以调节神经递质; 螯合金属离子以降低神经毒性; 阻断激活 caspase, 从而达到保护神经并缓解 AD 的作用。^[8] (图 3)

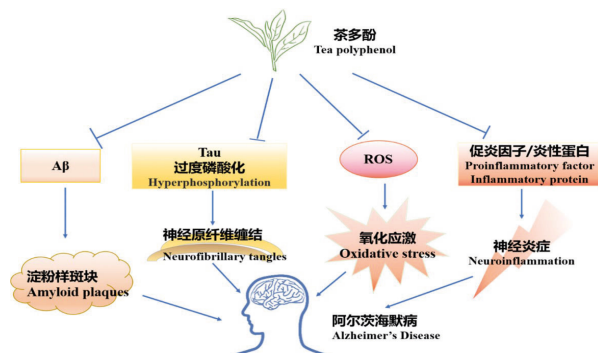


图 3 茶多酚干预阿尔茨海默病的机制示意图

PD 是一种以运动功能受损为主要特征的神经退行性疾病。α-突触核蛋白 (α-synuclein, α-Syn) 蓄积是 PD 的一种显著病理改变。^[13] EGCG 抑制 α-Syn 的聚集, 并阻止其介导的毒性。EGCG 可与未折叠的 α-Syn 多肽链结合, 并抑制形成有毒的 β 结构。^[9] 研究表明在分子和纤维素酶的基础上, EGCG 形成铜(II)/EGCG 络合物, 继而抑制铜(II)诱导的 α-Syn 从无规卷曲到 β 折叠的构象转变 (该结构是 α-Syn 纤维和聚集体中的主要结构), EGCG 还可将成熟的 α-Syn 纤维转化为对细胞无害的较小的蛋白质聚集体。且当铜(II)和 EGCG 的摩尔比在 0.5 到 2 之间时会有效抑制这一过程。氧化应激会导致 PD,^[14] 在 α-Syn 转导的 PC12 细胞中, EGCG 不仅抑制 α-Syn 的过度表达, 还可以减少铜(II)诱导的 ROS。^[13] ROS 过量会诱导线粒体 DNA 突变、改变线粒体膜通透性、破坏钙稳态, 最终导致线粒体和所在细胞的功能障碍。^[15] EGCG 具有螯合二价金属离子、抗氧化和抗炎的能力, 可直接清除 ROS, 发挥显著的抗氧化作用。^[13] 这些研究表明, 茶多酚是治疗 PD 和 AD 的一种潜在物质。

3.2 心血管疾病

心血管疾病是全球死亡的主要原因之一。异常的血管内皮细胞能导致高血压和动脉粥样硬化等心血管疾病, 因此调节血管内皮细胞是维持心血管系统健康的重要策略。^[16] 而产生

过量 ROS、炎症是心血管疾病发病机制的关键机制。研究表明每天多喝三杯茶会降低冠心病的发病率; 每天饮用 1-3 杯与 1-5 杯茶分别会降低心脏死亡和总死亡率。^[17] Meta 分析显示, 增加饮茶量可降低中风和心肌梗死的风险。^[18] 儿茶素可与 ROS 和氮类反应, 防止产生新的自由基。^[17] EGCG 结构中的苯酚环可捕获电子和清除自由基, 抑制 ROS 的形成, 继而抑制氧化应激。EGCG 可通过抑制胶原或凝血酶进而阻止血小板活化, 并改善线粒体功能。EGCG 抑制核因子 kappa B (nuclear factor kappa B, NF-κB) 信号转导通路, 显著减少单核细胞黏附。EGCG 作用于人冠状动脉内皮细胞, 可下调多种细胞因子、趋化因子及转录因子的活性。EGCG 还可显著逆转 TNF-α 刺激的单核细胞和高通透性的内皮,^[19] 激活核因子红系 2-相关因子 2 (nuclear factor erythroid 2-related factor 2, Nrf2) /血红素氧化酶 1 (heme oxygenase 1, HO-1) 信号通路阻断 MC-LR 诱导的脐静脉内皮细胞 (human umbilical vein endothelial cells, HUVECs) 凋亡。^[20]

3.3 肝功能障碍

与年龄相关的进行性肝功能障碍会促进肝细胞衰老。实验表明, 茶多酚能改善 D-半乳糖诱导的衰老小鼠的肝指数, 降低转氨酶和总胆红素水平, 提高肝脏总抗氧化剂和谷胱甘肽水平及超氧化物歧化酶、谷胱甘肽 S-转移酶和过氧化氢酶的活性。^[21] D-半乳糖诱导肝脏产生氧化应激, 主要与年老小鼠肝脏抗氧化酶活性和非酶类抗氧化剂含量的急剧下降有关。^[22] 氧化应激不仅直接引起细胞损伤, 还诱导激活 NF-κB, 促进释放促炎细胞因子。茶多酚可抑制促炎细胞因子的过度产生, 并减轻 D-半乳糖引起的肝脏炎症细胞浸润。^[21] Nrf2/Kelch 样 ECH 相关蛋白 1 (Kelch-like ECH-associated protein 1, Keap1) 信号通路是主要的抑制氧化应激信号通路,^[23] 而茶多酚通过激活 Nrf2/Keap1 通路, 从而减轻肝衰老。Nrf2 激活后从 Keap1 中释放出来, 移位到细胞核, 上调抗氧化基因, 如超氧化物歧化酶、过氧化氢酶、谷胱甘肽过氧化物酶、还原型谷胱甘肽等。^[23]

3.4 肠道功能衰退

肠上皮整合了来自衰老应激源、免疫反应、代谢物等多种信号,作为环境的动态屏障,肠上皮需要高更新率来维持其屏障功能。^[24] 随着年龄的增长,肠道干细胞活性降低、消化和吸收能力降低、肠道绒毛的大小和密度减小。^[25] 研究发现肠道微生物在治疗神经退行性疾病中有重要作用。^[26] 小胶质细胞是中枢神经系统中的常驻免疫细胞,与AD、PD等中枢神经系统疾病密切相关,而肠道微生物调控小胶质细胞的成熟及功能。^[24] 茶多酚通过增加肠道紧密连接蛋白的数量维持肠道屏障的完整性,^[27] 并增强肠上皮屏障功能,改善肠道微生物代谢。^[3] 茶多酚不仅可以提高肠道菌群的多样性,还可以提高有益菌的相对丰度。未被小肠吸收的多酚在结肠中被微生物群分解代谢,一些成为抗炎活性和生物利用度更高的物质。^[28] 茶多酚与肠道微生物群协同作用,减少氧化应激,抑制炎症细胞因子分泌,保护肠道屏障,缓解脑老化症状。^[29]

3.5 骨质疏松症

骨质疏松症由成骨细胞和破骨细胞生成之间的失衡引起,表现为骨量减少,骨组织微结构恶化,骨骼脆性增强,^[30] 骨折的风险随着年龄增长而增加。^[31] 炎症和高ROS诱导成骨细胞凋亡、抑制成骨细胞增殖和分化,促进破骨细胞生成。绿茶具有抗氧化和抗炎作用,故适度摄入茶多酚在不同的骨丢失模型中均起到保护作用。^[32] 儿茶素可直接作用于破骨前细胞/破骨细胞,促进破骨细胞凋亡、抑制破骨细胞形成,从而缓解成骨细胞和破骨细胞生成失衡的不利影响。儿茶素还促进间充质干细胞(mesenchymal stem cells, MSCs)成骨分化,促进成骨细胞的存活、增殖、分化和矿化。研究表明去卵巢(OVX)大鼠的雌激素缺乏导致其骨转换速度加快,骨矿物质密度降低,骨小梁微结构恶化,骨强度下降。给其补充较高剂量的茶多酚,发现可有利于骨代谢,表现为较低的骨转换率、骨重建,并能保护去卵巢大鼠的骨生物力学性能,同时可以减少胫骨中破骨细胞的数量。^[32]

总结

随着医学发展及生活水平提高,人口平均年龄持续升高,老年人比例增加,与衰老相关的各种退行性疾病居高不下,导致生活质量降低。因此,选择一种绿色健康且相对便捷的资源来维护老年人自身的健康状况至关重要。茶叶防治衰老相关疾病具有多靶点、无毒的特点,其强大的抗氧化抗炎性能使得茶叶及其主要成分茶多酚具有显著的保健作用。但茶多酚及茶叶中许多其它成分对机体起保护作用的具体机制依然亟待研究补充。

致谢

本研究由国家自然科学基金项目(No. 81873318);中华医学会医学教育分会、中国高等教育学会医学教育专业委员会2020年医学教育研究立项课题(N. 2020B-N13169);上海中医药大学医养结合科创项目(No. YYKC-2021-01-010)共同资助。

References

1. Zhang L, Ho CT, Zhou J, Santo JS, Armstrong L, Granato D. Chemistry and biological activities of processed *Camellia sinensis* teas: a comprehensive review. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*. 2019;18(5):1474-95.
2. Yan ZM, Zhong YZ, Duan YH, Chen QH, Li FN. Antioxidant mechanism of tea polyphenols and its impact on health benefits. *Anim Nutr*. 2020;6(2):115-23.
3. Truong VL, Jeong WS. Antioxidant and anti-inflammatory roles of tea polyphenols in inflammatory bowel diseases. *Food Sci Hum Wellness*. 2022;11(03):502-11.
4. Hong MY, Yu J, Wang XP, Liu YN, Zhan SN, Wu ZF, et al. Tea polyphenols as prospective natural attenuators of brain aging. *Nutrients*. 2022; 14(15):3012.
5. Lord SR, Delbaere K, Sturnieks DL. *Aging. Handb Clin Neurol*. 2018;159:157-71.
6. Schumacher B, Pothof J, Vijg J, Hoeijmakers J. The

- central role of DNA damage in the ageing process. *Nature*. 2021;592:695-703.
7. Naoi M, Inaba-Hasegawa K, Shamoto-Nagai M, Maruyama W. Neurotrophic function of phytochemicals for neuroprotection in aging and neurodegenerative disorders: modulation of intracellular signaling and gene expression. *J Neural Transm*. 2017;124(12):1515-27.
8. Huang Y, Wei Y, Xu J, Wei XL. A comprehensive review on the prevention and regulation of Alzheimer's disease by tea and its active ingredients. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2022;1-25. Preprint doi: 10.1080/10408398.2022.2081128.
9. Malar DS, Prasanth MI, Brimson JM, Sharika R, Sivamaruthi BS, Chaiyasut C, et al. Neuroprotective properties of green tea (*Camellia sinensis*) in parkinson's disease: a review. *Molecules*. 2020;25(17):3926.
10. Gundimeda U, McNeill TH, Fan TK, Deng R, Rayuda D, Chen Z, et al. Green tea catechins potentiate the neuritogenic action of brain-derived neurotrophic factor: role of 67-kDa laminin receptor and hydrogen peroxide. *Biochem biophys Res commun*. 2014;445(1):218-24.
11. Sengoku R. Aging and alzheimer's disease pathology. *Neuropathology*. 2020;40(1):22-9.
12. Du X, Wang XY, Geng MY. Alzheimer's disease hypothesis and related therapies. *Transl Neurodegener*. 2018;7:2.
13. Teng YL, Zhao J, Ding LL, Ding Y, Zhou P. Complex of EGCG with Cu(II) suppresses amyloid aggregation and Cu(II)-Induced cytotoxicity of α -Synuclein. *Molecules*. 2019;24(16):2940.
14. Hemmati-Dinarvand M, Saedi S, Valilo M, Kalantary-Charvadeh A, Sani MA, Kargar R, et al. Oxidative stress and parkinson's disease: conflict of oxidant-antioxidant systems. *Neurosci. Lett*. 2019;709:134296.
15. Mossad O, Batut B, Yilmaz B, Dokalis N, Mezö C, Nent E, et al. Gut microbiota drives age-related oxidative stress and mitochondrial damage in microglia via the metabolite N(6)-carboxymethyllysine. *Nat Neurosci*. 2022;25(3):295-305.
16. Kamaruddin NA, Hakim Abdullah MN, Tan JJ, Lim V, Fong LY, Abd Ghafar SA, et al. Vascular protective effect and its possible mechanism of action on selected active phytochemicals: a review. *Evid Based Complementary Altern Med*. 2022;2022:3311228.
17. Landini L, Rebelos E, Honka MJ. Green tea from the far east to the drug store: focus on the beneficial cardiovascular effects. *Curr Pharm Des*. 2021;27(16):1931-40.
18. Pang J, Zhang Z, Zheng TZ, Bassig BA, Mao C, Liu XB, et al. Green tea consumption and risk of cardiovascular and ischemic related diseases: a meta-analysis. *International Journal of Cardiology*. 2016;202:967-74.
19. Reddy AT, Lakshmi SP, Maruthi Prasad E, Varadacharyulu NC, Kodidhela LD. Epigallocatechin gallate suppresses inflammation in human coronary artery endothelial cells by inhibiting NF- κ B. *Life Sci*. 2020;258:118136.
20. Shi J, Zhang M, Zhang LB, Deng HP. Epigallocatechin-3-gallate attenuates microcystin-LR-induced apoptosis in human umbilical vein endothelial cells through activation of the NRF2/HO-1 pathway. *Environ Pollut*. 2018;239:466-72.
21. Wang DX, Wang TT, Li ZM, Guo YX, Granato D. Green tea polyphenols upregulate the Nrf2 signaling pathway and suppress oxidative stress and inflammation markers in D-galactose-induced liver aging in mice. *Front in Nutr*. 2022;9:836112.
22. Saleh DO, Mansour DF, Hashad IM, Bakeer RM. Effects of sulforaphane on D-galactose-induced liver aging in rats: Role of keap-1/nrf-2 pathway. *European Journal of Pharmacology*. 2019;855:40-9.
23. Ramos-Tovar E, Muriel P. Molecular mechanisms that link oxidative stress, inflammation, and fibrosis in the liver. *Antioxidants*. 2020;9(12):1279.
24. Funk MC, Zhou J, Boutros M. Ageing, metabolism and the intestine. *EMBO rep*. 2020;21(7):e50047.
25. He D, Wu HG, Xiang JN, Ruan XS, Peng PK, Ruan YY, et al. Gut stem cell aging is driven by

- mTORC1 via a p38 MAPK-p53 pathway. *Nat Commun.* 2020;11(1):37.
26. Zhu XL, Li B, Lou PC, Dai TT, Chen Y, Zhuge AX, et al. The relationship between the gut microbiome and neurodegenerative diseases. *Neurosci Bull.* 2021;37(10):1510-22.
27. Ye Y, Warusawitharana H, Zhao HY, Liu ZH, Li B, Wu YY, et al. Tea polyphenols attenuates inflammation via reducing lipopolysaccharides level and inhibiting TLR4/NF- κ B pathway in obese mice. *Plant Foods Hum Nutr.* 2022; 77(1):105-11.
28. Pérez-Burillo S, Navajas-Porras B, López-Maldonado A, Hinojosa-Nogueira D, Pastoriza S, Rufián-Henares JA. Green tea and its relation to human gut microbiome. *Molecules.* 2021; 26(13):3907.
29. Li H, Christman LM, Li R, Gu LW. Synergic interactions between polyphenols and gut microbiota in mitigating inflammatory bowel diseases. *Food & Function.* 2020;11(6):4878-91.
30. Pouresmaeili F, Kamalidehghan B, Kamarehei M, Goh YM. A comprehensive overview on osteoporosis and its risk factors. *Ther Clin Risk Manag.* 2018;14:2029-49.
31. Huang HT, Cheng TL, Lin SY, Ho CJ, Chyu JY, Yang RS, et al. Osteoprotective roles of green tea catechins. *Antioxidants.* 2020;9(11):1136.
32. Shen CL, Smith BJ, Li JL, Cao JJ, Song X, Newhardt MF, et al. Effect of long-term green tea polyphenol supplementation on bone architecture, turnover, and mechanical properties in middle-aged ovariectomized rats. *Calcif Tissue Int.* 2019;104(3):285-300.

บทความปริทัศน์

ความคืบหน้าการวิจัยเกี่ยวกับกลไกการชะลอวัยของสาร polyphenol ในใบชา

จางซุน เจิ้งหยวน, เชีย อันน่า, จาง ยู่, ไต้ เว่ยเว่ย

ห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีโรงพยาบาลหลงหัวในเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: ใบชามีสรรพคุณมากมายที่สามารถช่วยดูแลสุขภาพ มีการศึกษาอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสรรพคุณขององค์ประกอบทางเคมีของใบชา สาร Polyphenol เป็นสารประกอบในชาซึ่งเป็นตัวควบคุมการลดออกซิเดชันของเซลล์ ส่วนประกอบหลักคือ catechin และอนุพันธ์ซึ่งมีผลทางสรีรวิทยาหลายอย่างเช่นการชะลอวัย การต้านอนุมูลอิสระ การต้านการอักเสบ พบว่าสาร Polyphenol ช่วยในการชะลอวัยที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคบางอย่าง รวมถึงโรคทางระบบประสาท โรคหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติของตับ การทำงานของลำไส้ลดลง โรคกระดูกพรุนและอื่นๆ บทความนี้ทบทวนบทสรุปเกี่ยวกับการวิจัยกลไกการชะลอวัยของสาร Polyphenol ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวคิดใหม่ๆ ในการป้องกันและรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับการชะลอวัย

คำสำคัญ: สารโพลีฟีนอล; การชะลอวัย; โรคความเสื่อม; สารต้านอนุมูลอิสระ

ผู้รับผิดชอบบทความ: ไต้ เว่ยเว่ย: wdai2018@shutcm.edu.cn



Review Article

Research progress on anti-aging mechanism of tea polyphenols

Zhangsun Zhengyuan, Xie Anna, Zhang Yu, Dai Weiwei

Central Laboratory of Science and Technology Department, Longhua Hospital Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

Abstract: Tea has a wide range of health functions. The role of tea components is under continuous research and exploration. Tea polyphenol is the general name of polyphenolic compounds in the tea; and it is the redox regulator of the cells. The main component of tea polyphenol is catechin and its derivatives. It has anti-aging, anti-oxidation, anti-inflammation and other physiological activities. It has been found that tea polyphenols can reduce the occurrence of aging-related diseases, including neurodegenerative diseases, cardiovascular diseases, liver dysfunction, intestinal dysfunction, osteoporosis, and so on. This review summarizes the anti-aging mechanism of tea polyphenols in the recent years in order to provide new ideas for the prevention and treatment of aging-related diseases.

Keywords: tea polyphenol; epigallocatechin-3-gallate; aging; degenerative diseases; resistance to oxidation

Corresponding author: Dai Weiwei: wdai2018@shutcm.edu.cn

บทความปริทัศน์

มุมมองและแนวทางในการประยุกต์ใช้หัตถการม้ายี่จิวในชั้นคลินิก

ศิริตรา วะวงค์, กรกช รัชเพชร, วรรัชชลา ธนศิลป์

สถาบันการแพทย์ไทย-จีน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

บทคัดย่อ: หัตถการรมยาสมุนไพรจีนเป็นแขนงหนึ่งที่มีความนิยมและใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยหัตถการม้ายี่จิวจัดอยู่ในหัตถการรมยาสมุนไพรจีนตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนในชั้นคลินิกพบว่า ในการทำหัตถการรมยาสมุนไพรจีนแบบปกติมีข้อจำกัดและปัญหาบางประการ เช่น กลิ่นฉุนที่ค้างติดห้องหัตถการ ควันที่เกิดจากการเผาไหม้อายหรง (艾绒) หรือความร้อนที่มากเกินไปจนอาจก่อให้เกิดแผลไหม้พุพอง ดังนั้นจึงมีความสนใจสืบค้นเกี่ยวกับการใช้หัตถการม้ายี่จิวในการรมยาสมุนไพรจีน เนื่องจากเป็นกรรมยานขนาดเล็ก กลิ่นฉุนและควันค่อนข้างน้อย และเพื่อหาแนวทางการรักษาที่สามารถบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆ ร่วมกันโดยศึกษาถึงประสิทธิภาพของหัตถการม้ายี่จิวในการรักษาโรคหรือกลุ่มอาการประเภทใด รวมทั้งศึกษารูปแบบการนำไปประยุกต์ใช้ในชั้นคลินิกเพื่อให้มีความเหมาะสมกับประเทศไทย โดยสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลนานาชาติ ในช่วงปี ค.ศ. 2010 ถึง 2021 โดยคัดเลือกเฉพาะรูปแบบงานวิจัยในชั้นคลินิกที่เกี่ยวกับการใช้หัตถการม้ายี่จิวในการรักษาโรคหรือกลุ่มอาการต่างๆ ทั้งในภาษาจีน ภาษาอังกฤษ และภาษาไทย พบงานวิจัยจากการสืบค้นทั้งหมด 84 เรื่อง โดยมีงานวิจัยที่เข้าขานำมาวิเคราะห์จำนวน 15 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า หัตถการม้ายี่จิวมีสรรพคุณในเรื่องการทะลวงและอบอุ่นเส้นลมปราณ เสริมภูมิคุ้มกันร่างกาย ลดอาการปวดหรืออักเสบ โรคระบบประสาทและสมอง โรคผิวหนัง โรคกระษัย หรือผลข้างเคียงจากการทำเคมีบำบัด โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น ดังนั้น สถาบันการแพทย์ไทย-จีน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงสามารถนำหัตถการม้ายี่จิวประยุกต์ใช้ควบคู่กับการฝังเข็มในชั้นคลินิก โดยบูรณาการร่วมกับกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด เพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดตึงจากการกดทับเส้นประสาท จึงทำให้เกิดแนวทางการรักษาที่หลากหลายและสามารถนำไปต่อยอดงานวิจัยในชั้นคลินิกต่อไปได้

คำสำคัญ: การทะลวงและอบอุ่นเส้นลมปราณ; ม้ายี่จิว; บูรณาการ; อายหรง

ผู้รับผิดชอบบทความ: ศิริตรา วะวงค์; siritra.vas@mfu.ac.th



Received: 11 November 2021 Revised: 18 January 2022 Accepted: 25 January 2022



บทนำ

หัตถการรมยาสมุนไพรจีนนั้นนับว่ามีประวัติอันยาวนานนับ 3,000 ปี^[1] โดยได้มีการกล่าวอ้างในคัมภีร์ Elementary Medicine 《医学入门》ว่า “โรคใดที่ไม่สามารถช้ำยาหรือเข็มในการรักษาให้หายได้แล้ว ควรเปลี่ยนมาใช้การรมยาแทน”^[2] ซึ่งหัตถการรมยาสมุนไพรจีนได้จัดอยู่ในหัตถการการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนแขนงหนึ่ง และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศเกาหลี ญี่ปุ่น เวียดนาม ไทย สหรัฐอเมริกา โดยในช่วงทศวรรษที่ 1820 ถึง 1840^[3] ได้มีการจัดบันทึกลงใน

เวชระเบียนของแพทย์ชาวอเมริกันว่า มีการใช้หัตถการรมยาเกิดขึ้นโดยใช้รักษาในกลุ่มอาการปวด อาการอักเสบ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต

สถาบันการแพทย์ไทย-จีน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงได้นำหัตถการรมยาสมุนไพรจีนมาใช้รักษาพบว่า มีข้อจำกัดและปัญหาต่างๆ เช่น ควันที่เกิดจากการรมยาทำให้เกิดกลิ่นที่ฉุนแรงเกินไป ส่งผลรบกวนแก่ผู้มารับบริการรายอื่น ความร้อนและเศษขี้เถ้าอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดแผลไหม้พุพอง จึงมีการนำหัตถการ

มัยลีจิวมาประยุกต์ใช้ในชั้นคลินิก ซึ่งหัตถการมัยลีจิวจัดเป็นการรมยาสมุนไพรจีนประเภทหนึ่ง โดยเป็นหัตถการรมยาขนาดเล็ก มีควันที่เกิดจากการเผาไหม้อายเหง (艾绒) ค่อนข้างน้อย จึงส่งผลให้เกิดกลิ่นฉุนน้อยกว่าและความร้อนลงลึกเฉพาะจุด จึงสนใจสืบค้นข้อมูลถึงประสิทธิผลของสรรพคุณการรักษาของหัตถการมัยลีจิวเพื่อนำไปพัฒนาหาแนวทางการรักษาที่หลากหลาย และสามารถนำแนวทางการรักษานี้บูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆ ได้เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และเพิ่มทักษะความรู้แก่วิชาชีพเพื่อนำไปวิจัยต่อในชั้นคลินิกเป็นลำดับถัดไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลนานาชาติแบบอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CNKI, Pubmed และ Hindaw สืบค้นตั้งแต่ ค.ศ. 2010 จนถึง ค.ศ. 2021 จากคำสำคัญดังนี้ ฐานข้อมูล CNKI ใช้คำสำคัญภาษาจีน “麦粒灸 (MAILIJU)” และฐานข้อมูล Pubmed และ Hindaw ใช้คำสำคัญภาษาอังกฤษ “wheat-grain size cone moxibustion” ทั้งในภาษาจีน ภาษาอังกฤษ หรือภาษาไทย พบงานวิจัยจากการสืบค้นทั้งหมด 84 เรื่อง โดยมีงานวิจัยที่เข้าข่ายนำมาวิเคราะห์จำนวน 15 เรื่อง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นด้วยมือ (hand searching) จากงานวิจัยวารสารที่เกี่ยวข้อง และสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงงานวิจัยที่สืบค้นได้

งานวิจัยที่สืบค้น

1. เป็นงานวิจัยประเภท clinical trial
2. รายงานผลการศึกษาหรือตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ. 2010 ถึงกันยายน ค.ศ. 2021
3. ศึกษาโดยการใช้หัตถการมัยลีจิวในการรักษา กลุ่มอาการหรือโรคต่างๆ ในชั้นคลินิก

งานวิจัยที่สืบค้นไม่รวมประเด็นต่อไปนี้

1. รูปแบบงานวิจัยที่ใช้หัตถการมัยลีจิวศึกษาในสัตว์ทดลอง
2. ตีพิมพ์เป็นภาษาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ภาษาจีน ภาษาอังกฤษ และภาษาไทย

ประวัติและมุมมองการแพทย์ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันต่อหัตถการรมยาสมุนไพรจีน

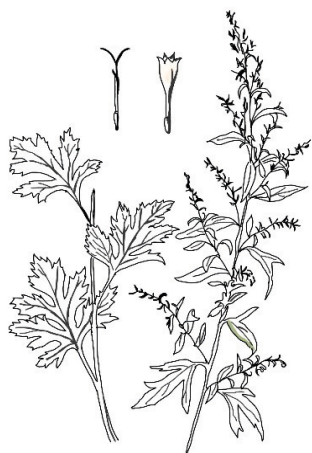
การแพทย์ในปัจจุบันเมื่อกล่าวถึงการรมยาสมุนไพรจีนจัดว่า เป็นการผสมผสานระหว่างกลไกการรักษาด้วยความร้อน (thermal treatment) และการออกฤทธิ์ของตัวยาสมุนไพรจีนอายเหง (chemical treatment) ที่เป็นวัตถุดิบในการใช้รมยาซึ่งได้มีการกล่าวในหนังสือ

Shen Jiu Jing lun 《神灸经论》ว่า “การรมยานั้นใช้ประโยชน์จากไฟจนเกิดการเผาไหม้และให้ความร้อนอย่างฉับพลัน ซึ่งเป็นความร้อนที่ร่างกายยังรับได้ ขณะตัวยาก็ถูกเผาไหม้จะออกฤทธิ์อบอุ่นพลังงานหยาง ขจัดความเย็นของพลังหยิน และยังช่วยทะลายสารพิษต่างๆ ที่เกิดทั้งจากความชื้น ลม หรือเสมหะ นอกจากนั้นไฟยังมีลักษณะรวดเร็วฉับพลัน สามารถนำพาหรือโยกย้ายอาการปวด อาการชา มีส่วนช่วยให้ชี้และเลือดในร่างกายหมุนเวียนได้ดียิ่งขึ้น เพราะฉะนั้นการใช้ไฟในการเผาไหม้ตัวยาจนเกิดความร้อนจึงเป็นบทบาทสำคัญของหัตถการรมยานั่นเอง”^[4] ในส่วนของสมุนไพรอายเหงที่นำมาใช้พบว่าสมุนไพรที่เหมาะสมกับการใช้รมยามากที่สุด จากหนังสือฝังเข็มผู้พิพากษ์ Pu Ji Fang Acupuncture 《普济方针灸》ได้กล่าวถึงวัตถุดิบทั้ง 8 ชนิดที่เลือกใช้มาเผาไหม้เพื่อรมยาใช้ไม่สั่นยากต้องการรักษา ใช้ไม้ชิงช้าร้อนเกินจนทำให้เกิดแผลพุพองได้ง่าย ใช้ไม้จากต้นส้มทำให้เกิดผิวหนังพุพอง ใช้ไม้ผลเบอร์รี่ทำให้กล้ามเนื้อลีบ ใช้ไม้พุทราทำให้ร่างกายชุปพอม ใช้ไม้ไผ่ทำให้เส้นเอ็นบาดเจ็บและหย่อนยาน ใช้ไม้ต้นส้มพันธุ์มังกรบิน (trifoliate orange wood) ทำให้เส้นเลือดแห้ง ใช้ไม้เอล์มเป็นอันตรายต่อกระดูกและมีสารตะกั่ว แต่เมื่อใช้ต้นอายเหง (艾草 ต้นของสมุนไพรอายเหง) รมยาก็คงพบว่าความร้อนที่ได้นั้นเหมาะสมและไม่แห้งหรือร้อนจนเกินไปที่จะทำลายระบบต่างๆ ในร่างกาย หัตถการรมยาสมุนไพรจีนจึงเป็นหัตถการที่มีความเก่าแก่และสืบทอดกันมานาน มีส่วนช่วยในการปรับสมดุลของพลังของหยางและหยินให้สมดุล ทะลวงและอบอุ่นเส้นลมปราณ ขจัดความชื้นและเสมหะ ปรับสมดุลการหมุนเวียนของชี้และเลือด ทั้งยังนิยมใช้ขึ้นป้องกันการเกิดโรคตามศาสตร์แพทย์แผนจีนได้

วัตถุดิบที่ใช้ในหัตถการมัยลีจิว

อายเหง (艾叶) คือส่วนของใบที่นำมาตากแห้งจากต้นอายเหง (艾草) มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Artemisia argyi*. จัดอยู่ในตระกูลวงศ์ทานตะวัน Apiaceae (Compositae) เป็นพืชล้มลุกลำต้นตรงความสูงประมาณ 1 เมตร เจริญเติบโตในที่แห้งแล้ง พบได้ทางตอนเหนือและใต้ของประเทศจีน ใบมีลักษณะเย้น แตกหัก ก้านใบสั้น ผิวใบเรียบ ส่วนขอบใบหยัก ชีฟันไม่แน่นอน รูปรี ทรงไข่ หยักลึกแบบขนนก ผิวด้านบนสีเขียวอมเทาหรือสีเขียวอมเหลืองเข้ม มีขนอ่อนและจุดต่อมประปราย ผิวด้านล่างใบมีขนสั้นหนานุ่มสีขาวอมเทาหนาแน่นอ่อนนุ่ม^[5] ดังภาพที่ 1

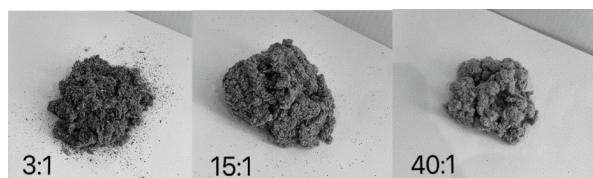
อายเหงมีกลิ่นฉุน มีรสขม เผ็ด อุ่น เข้าเส้นลมปราณตับ ม้าม และไต มีสรรพคุณ อบอุ่นเส้นลมปราณหยุดเลือด



ภาพที่ 1 ลำต้น ใบ และดอกของอ้ายเฉ่า

ขจัดความเย็นปรับประจำเดือน ลดปวด สงบครรภ์ อุ่นกระเพาะ มากไปกว่านั้นยังมีสารประกอบสำคัญที่มีฤทธิ์ต้านในการอักเสบและต้านมะเร็งอีกด้วย^[6] ส่วนที่นำมาใช้ประโยชน์ได้แก่ ใบและยอดนำไปตากแห้งและบดเป็นผง ซึ่งอ้ายเฉ่าจัดเป็นยาสมุนไพรเชิงเดี่ยวที่ใช้ได้ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย จึงสามารถนำไปใช้ได้ทั้งภายในและการแปรรูปได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. อ้ายหรง (艾绒 Moxa wool) หรือผงอ้ายเฉ่า เป็นวัตถุดิบสำคัญในหัตถการมัยลีจิว คือการนำส่วนของใบและกิ่งขนาดเล็กนำไปปั่นละเอียดให้มีลักษณะเป็นผง จึงมีความนิ่มเหมือนปุยฝุ่น พร้อมผ่านการคัดกรองสิ่งแปลกปลอมขนาดใหญ่ออก ซึ่งคุณภาพของอ้ายหรงที่นำมาใช้นั้นขึ้นอยู่กับความบริสุทธิ์ของตัวอ้ายหรงที่ได้จากการแปรรูป (ปริมาณอ้ายเฉ่าที่นำมาใช้ปั่นก็กิโลกรัม:อ้ายหรง 1 กิโลกรัม)^[7] มีตั้งแต่ 5:1, 10:1, 15:1, ..., 45:1 เป็นต้น ส่วนใหญ่นิยมใช้อ้ายหรงที่มีความบริสุทธิ์ที่ 20:1 ขึ้นไป นำมาใช้ในหัตถการมัยลีจิว เนื่องจากค่อนข้างนุ่ม ปั่นขึ้นทรงได้ง่ายมีการติดไฟและการเผาไหม้รวดเร็ว สม่ำเสมอ ไม่มีสิ่งแปลกปลอมขนาดใหญ่ที่มีความเสี่ยงในการรบกวนการเผาไหม้ ซึ่งได้มีการจดบันทึกถึงการเลือกใช้อ้ายหรงในตำรายาเป็นแห่งๆ ใน 《本草纲目》 หรือ Compendium of Materia Medica ของหลี่ซือเจิน ดังนี้ “การนำอ้ายเฉ่ามาใช้ ควรเลือกอ้ายเฉ่าที่มีอายุการเก็บรักษาค่อนข้างนาน เวลานำมาใช้ ตัวยาต้องมีลักษณะละเอียดนุ่ม และต้องผ่านการแปรรูปตากแห้งเป็นที่เรียบร้อยแล้ว หากเป็นอ้ายเฉ่าแบบสด การนำมาใช้รมยาจะเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ ดังนั้นหัตถการมัยลีจิวจึงนิยมใช้อ้ายหรง โดยเลือกใช้อ้ายหรงที่มีความบริสุทธิ์น้อยกว่า 10:1 ในการรมยาทั่วไป และอ้ายหรงที่มีความบริสุทธิ์มากกว่า



ภาพที่ 2 ภาพถ่ายแสดงตัวอย่างอ้ายหรงในแต่ละเกรด

10:1 ขึ้นไปเหมาะกับการรมยาโดยตรงแบบไม่มีสิ่งกีดกัน” (直接灸, Direct Moxibustion) ดังภาพที่ 2

2. อ้ายเถียว (艾条 Moxa stick) คืออ้ายหรงที่นำมาอัดเป็นแท่ง เพื่อสะดวกต่อการใช้งานและมีขนาดความยาวแตกต่างกันไปตั้งแต่ 2-20 เซนติเมตร และขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางตั้งแต่ 0.4-5 เซนติเมตร^[2]

ประเภทการรมยาสมุนไพรจีนของหัตถการมัยลีจิว

หัตถการมัยลีจิวจัดอยู่ในการรมยาแบบใช้อ้ายจ้วง ซึ่งคำว่า “จ้วง (壮)” คือลักษณะนามที่เรียกอ้ายหรงที่ปั่นขึ้นทรงเรียบร้อยแล้ว และนำมาวางโดยตรงบนผิวหนังหรือบริเวณที่ต้องการทำหัตถการ โดยไม่มีสิ่งกีดกันระหว่างผิวหนังมีเพียงน้ำมันสมุนไพรหรือวาสลีนเพื่อการยึดติดที่ดีของอ้ายจ้วง โดยเมื่อเผาไหม้ไป 2 ใน 5 หรือ 1 ใน 4 ของอ้ายจ้วง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกร้อนและปวดหน่วงเล็กน้อย จึงนำอ้ายจ้วงออกหรือใช้ปลายคีมกดลงในแนวตั้งเพื่อดับไฟ หลังทำหัตถการพบว่า พื้นผิวบริเวณที่รมยาจะมีลักษณะแดงเล็กน้อย แต่จะไม่เกิดตุ่มน้ำเป็นแผลไหม้พุพอง เหมาะกับการรักษากลุ่มอาการพร่องและกลุ่มความเย็นที่เข้ามากระทบร่างกาย^[8] ซึ่งจัดลักษณะการทำหัตถการนี้อยู่ในประเภทการรมยาโดยตรง (direct moxibustion) ชนิดไม่เกิดแผลเป็น (nonscarring moxibustic)

ขั้นตอนการกำและอุปกรณ์ของหัตถการมัยลีจิว

ขั้นตอนการทำหัตถการ

1. เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ดังตารางที่ 1 ให้ครบถ้วน
2. จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมและสำรวจความพร้อมบริเวณที่จะทำหัตถการให้เรียบร้อยแล้ว ไม่มีแผลไหม้พุพอง แผลติดเชื้อหรือกระดูกหักบริเวณที่จะทำหัตถการ
3. นำก้านสำลิตี่เตรียมไว้แต้มน้ำมันนวดหรือวาสลีนเพื่อเตรียมพร้อมในการทำหัตถการ
4. นำอ้ายหรงที่เตรียมไว้ปั่นให้ขึ้นทรงที่มีขนาดเท่าเมล็ดข้าวโดยทำการปั้นที่ละจ้วง ก่อนนำอ้ายจ้วงไปวางให้ก้านสำลีในข้อ 3 ทาบบริเวณหรือจุดที่จะทำหัตถการเพื่อการยึดติดที่ง่ายขึ้นของอ้ายจ้วง การวางอ้ายจ้วง ฐานต้องตั้งตรงมั่นคง ไม่เอียงไปทางใดทางหนึ่ง ดังภาพที่ 3

ตารางที่ 1 รายละเอียดวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในหัตถการ

ลำดับ	วัสดุอุปกรณ์	หมายเหตุ
1	อ้ายหรงหรือผงอ้ายเย่	ใช้อ้ายหรงความบริสุทธิ์ที่ 20:1 ขึ้นไป
2	น้ำมันนวดหรือวาสลิน	น้ำมันนวดสมุนไพรจีน DiedaWanHuaYou (铁打万花油) วาสลิน ปิโตรเลียมเจลลี่ ผลิตและจำหน่ายโดยยูนิลีเวอร์
3	สำลี 1 ก้าน	ห่อไม้พันสำลี จากหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
4	รูป 1 ก้าน	รูปหอมโชคลาภ ตรา 3 ดอกบัว ผลิตและจำหน่ายโดย บจก.สวัสดี ไทยอิน
5	ไฟแช็ก 1 อัน	ยี่ห้อ Moto ผลิตและจำหน่ายโดย PRC by Matsushi Electric
6	คีม 1 ด้าม	จากหน่วยจ่ายกลางโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย
7	โคมไฟ 1 ตัว	โคมไฟอินฟาเรด รุ่น TDD 4 ขา

5. นำรูปที่เตรียมไว้จุดไฟ ใช้รูปเป็นตัวจุดไฟอ้ายจ้วง เพื่อให้เกิดการเผาไหม้พร้อมสังเกต เมื่อเผาไหม้ไป 2 ใน 5 ของอ้ายจ้วงให้นำออกหรือใช้ปลายคีมกดทับลงไปตรงๆ เพื่อดับไฟเพื่อให้ความร้อนลงลึกไปสู่บริเวณหรือจุดที่ทำหัตถการ ดังภาพที่ 4

6. หลังเสร็จหัตถการ นำโคมไฟความร้อนส่อง บริเวณที่ทำหัตถการต่อเป็นระยะเวลา 8-10 นาที^[9] เพื่อให้ความร้อนยังคงอยู่ แล้วจึงนำอ้ายจ้วงออกเมื่อครบ กำหนดเวลา ดังภาพที่ 4 ภาพแสดงการทำหัตถการม้ายี่จิว บริเวณแขนในผู้ป่วยที่มีอาการภาวะปวดตึงจากการกดทับ เส้นประสาทอัลนา (ulnar nerve entrapment)

ขนาดเล็กใหญ่ของอ้ายจ้วงในการทำหัตถการ

การกำหนดขนาดเล็กใหญ่ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เลือกใช้และประสบการณ์ของแพทย์แผนจีนแต่ละท่าน โดยแบ่งออกเป็น 3 ขนาด ได้แก่ ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ ในการปั้นขนาดใหญ่ใช้อ้ายหรง 6 มิลลิกรัม ปั้นความสูง 5 มิลลิเมตร และฐานกว้าง 3 มิลลิเมตร ขนาดกลางใช้อ้ายหรง 4 มิลลิกรัม ปั้นความสูง 4 มิลลิเมตร และฐานกว้าง 2.5 มิลลิเมตร และขนาดเล็กใช้อ้ายหรง 2 มิลลิกรัม ในการปั้นความสูง 3 มิลลิเมตร และฐานกว้าง 2 มิลลิเมตร^[10]

จำนวนของอ้ายจ้วงในการทำหัตถการ

เมื่อพิจารณาจากความรุนแรงของโรค ได้มีการกล่าว



ภาพที่ 3 แสดงการวางของอ้ายจ้วงที่ปั้นเสร็จแล้ว



ภาพที่ 4 แสดงการเผาไหม้แล้วใช้คีมกด เพื่อเป็นการดับไฟหรือคีบออก

ถึงจำนวนการใช้อ้ายจ้วงในหนังสือ Bian Que Heart Book 《扁鹊心书》กล่าวว่า “โรคที่มีความรุนแรง จำนวนอ้ายจ้วงในการมยาใช้ 100 จ้วง ในขณะที่โรคที่ไม่มีความรุนแรงมากนักใช้ไม่เกิน 3-7 จ้วงก็เพียงพอแล้ว”^[11] และในตามชั้นคลินิกเมื่อพิจารณาตามบริเวณที่ทำหัตถการ เช่น บริเวณใบหน้า เลือกใช้ 2-3 จ้วง แขนขาเลือกใช้ 3-4 จ้วงและตามลำตัวเลือกใช้ 5-9 จ้วง ดังที่มีการบันทึกใน

ตำรา The Golden Mirror of Medicine 《医宗金鉴》กล่าวว่า“ปริมาณหรือจำนวนที่เลือกใช้นั้นแตกต่างกันตามตำแหน่งบริเวณที่เลือกทำหัตถการ เช่น ศีรษะ และแขนขาชั้นผิวหนังที่บาง เหมาะแก่การใช้จี้ขนาดเล็กและจำนวนน้อย หากเป็นบริเวณลำตัวและชั้นผิวหนังที่หนา เหมาะแก่การใช้จี้ขนาดใหญ่และจำนวนมากได้”^[12] เช่นถึง หลินไฮ^[13] ได้เลือกใช้หัตถการม้ายี่จี้ โดยใช้จี้ 9 จี้ในแต่ละจุด ดังต่อไปนี้ Feishu (肺腧) Pishu (脾腧) Shenshu (肾腧) จุดช่วงตำแหน่งกลางหลัง จุดละ 9 จี้

รายงานการวิจัยที่สนับสนุนแนวทางการใช้หัตถการม้ายี่จี้ในชั้นคลินิก

1. ระบบประสาทและสมอง

เจิ้ง เหยียนหงและทีมผู้วิจัย^[14] ได้ทำการเก็บตัวอย่าง 102 ราย ในการใช้ม้ายี่จี้ร่วมกับการฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้ารักษาภาวะอาการหลงเหลือจากการโรคหลอดเลือดสมองโดยเลือกใช้การรมยาตรงบริเวณจุดดังต่อไปนี้ Zusanli (足三里), Shenshu (肾腧), Yanglingquan (阳陵泉), Shaochong (少冲), Shaoze (少泽) และจุดจี้ (井穴) ตามลำดับด้านข้าง โดยรมยาจุดละ 3-5 จี้ รักษาทั้งสิ้น 10 ครั้ง ถือเป็น 1 รอบการรักษา ใน 1 รอบการรักษาเว้นช่วงพัก 3 ครั้ง พบว่าผลการรักษาภาวะพิการหลงเหลือจากการโรคหลอดเลือดสมอง เช่น พูดไม่ชัด เคลื่อนไหวติดขัดดีขึ้น ร้อยละ 99.02 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

2. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

เผิง จงห่ายและทีมผู้วิจัย^[15] ได้ทำการศึกษาวิจัยเก็บกลุ่มตัวอย่างทางคลินิก โดยทำการรมยาสมุนไพรจีนม้ายี่จี้เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของข้อเข่าในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หลังหัวเข่าร่วมกับการออกกำลังกาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 31 คน รวม 62 คน พบว่ากลุ่มรักษาที่ใช้หัตถการม้ายี่จี้ร่วมกับการออกกำลังกายมีเพิ่มขึ้น และมีการทำงานของข้อเข่า (lysholm) และองค์การเคลื่อนไหวและมีคะแนนความปวดเข่า (VAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. ระบบสูติรีเวช

หลี่ เจิ่นฮวาและคณะผู้วิจัย^[16] ได้ทำการศึกษาผลการรักษาอาการปวดประจำเดือนที่มีสาเหตุมาจากเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (adenomyosis) และปัจจัยที่มีผลต่อการอักเสบ ด้วยการฝังเข็มร่วมกับม้ายี่จี้ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน รวม 80 คน จากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์ปิ่นโจว พบว่าผลการศึกษาประสิทธิผลระดับความปวดประจำเดือน

ขนาดมดลูก เยื่อบุโพรงมดลูกและปัจจัยการอักเสบของกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มและหัตถการม้ายี่จี้ดังจุดต่อไปนี้ Zhigou (支沟) และ Ciliao (次膠) เท่ากับร้อยละ 97.5 ได้ผลการรักษาที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. ระบบโรคผิวหนัง

สวี ซือซือ^[9] ได้ทำการศึกษาในชั้นคลินิกโดยการร้อยไหมละลายร่วมกับม้ายี่จี้เพื่อรักษาโรคผื่นบริเวณใบหน้าจากแผนกฝังเข็ม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแพทย์จีน-กวางโจว โดยทำการสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน รักษาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ใช้การร้อยไหมละลายร่วมกับหัตถการม้ายี่จี้ มีผลการรักษาโดยรวมทั้งเรื่องขนาดของผื่นลดลง ความเข้มของสี สภาพจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 90 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่รับประทานยาวิตามินซี อี และทาครีมไฮโดรควิโนนอย่างเดียว ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5. ระบบม้ามและกระเพาะอาหาร

ไชยูเหมยและคณะผู้วิจัย^[17] ทำการศึกษาและสำรวจประสิทธิผลของหัตถการม้ายี่จี้และเข็มอุ่นในการรักษาโรคกระเพาะอักเสบเรื้อรังในกลุ่มอาการของม้ามและกระเพาะอาหารพร่องและมีความเย็นสะสม โดยสุ่มเลือกผู้ป่วยรวม 200 คน แบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 100 คน โดยทั้งสองกลุ่มใช้จุดดังต่อไปนี้ Zhongwan (中脘), Tianshu (天枢), Qihai (气海), Liangqiu (梁秋), Zusanli (足三里) เหมือนกัน หลังจากทำการรักษาและติดตามผลพบว่า คะแนนของอาการทางคลินิกและสัญญาณเตือนของโรคของทั้งสองกลุ่มต่ำกว่าก่อนการรักษา ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนองค์ประกอบทางกายภาพ (PCS) และองค์ประกอบทางจิตใจ (MCS) ของคุณภาพชีวิตสูงกว่า และเมื่อติดตามผลทางคลินิกในกลุ่มหัตถการม้ายี่จี้พบว่า สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ดีกว่ากลุ่มที่ใช้เข็มอุ่นในการทำหัตถการทำจึงได้ผลระยะยาวที่ดีกว่า

6. กลุ่มโรคมะเร็งหรือหลังได้รับการบำบัดเคมี

หลี่หยาง^[18] ได้ทำการศึกษาในชั้นคลินิกในการใช้ม้ายี่จี้ เพื่อป้องกันภาวะข้างเคียงของระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ หลังจากการทำเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน โดยใช้การให้ยาทางหลอดเลือดดำในปริมาณสูงโดยใช้ยา TEC ที่ใช้ paclitaxel ร่วมกับเคมีบำบัด และการให้ dexamethasone 5 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำก่อนทำเคมีบำบัด ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับ tropisetron-

mesylate 0.25 มิลลิกรัม สำหรับ antiemetics และให้ lansoprazole 30 มิลลิกรัม สำหรับการป้องกันกระเพาะอาหาร หากท้องผูกให้รับประทานโคไซลู 1 ขวด เป็นยาระบาย หากมีอาการท้องร่วง ให้รับประทานผงมอนต์มอริลโลไนต์ 1 ซอง และกลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วยหัตถการมัยลีจิวและเคมีบำบัดพร้อมยาควบคุม โดยทั้งสองกลุ่มให้การรักษาดังตั้ง 1 วันก่อนการให้เคมีบำบัดจนถึง 5 วันหลังจากสิ้นสุดการให้เคมีบำบัด (ทั้งหมด 7 วัน) ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบอาการคลื่นไส้และอาเจียนของทั้งสองกลุ่มพบว่า การประยุกต์ใช้หัตถการมัยลีจิวร่วมกับการให้ยาสามารถป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง ท้องผูกและเบื่ออาหารที่เกิดจากเคมีบำบัดทำให้มีประสิทธิผลมากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

โรคหรือกลุ่มอาการที่เหมาะสมกับหัตถการมัยลีจิว

จากรายงานการวิจัยสนับสนุนเบื้องต้นและการสืบค้นข้อมูลพบว่า หัตถการมัยลีจิวสามารถนำไปรักษาโรคหรือกลุ่มอาการต่างๆ ดังนี้

1. โรคระบบประสาทและสมอง เช่น โรคอัมพาต-ใบหน้า โรคปลายประสาทอักเสบที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือหลังจากการผ่าตัด โรคหลอดเลือดในสมองทั้งระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู ในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยต้องพ้นชั้นวิกฤตและแพทย์ลงความเห็นว่ามีอาการคงที่พร้อมที่จะรับการรักษาอื่นๆ ในระยะฟื้นฟูทำการรักษาและฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้อตึงเกร็ง อาการอ่อนแรง หรืออาการพิการหลงเหลือจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. โรคทางระบบกล้ามเนื้อและกระเพาะอาหาร เช่น โรคท้องผูก โรคท้องเสีย
3. โรคระบบผิวหนัง เช่น โรคงูสวัด โรคผื่นแพ้ โรคผื่น
4. โรคระบบสูติรีเวช เช่น โรคประจำเดือนมาไม่ปกติ อาการปวดท้องประจำเดือน ภาวะมีบุตรยาก
5. โรคกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น โรคปวดข้อเข่า โรคข้อเข่าเสื่อม โรคปวดหลัง
6. โรคเมเร็งหรือผลข้างเคียงจากการทำเคมีบำบัด เช่น โรคเมเร็งระบบทางเดินอาหาร อาการข้างเคียงที่เกิดจากการทำเคมีบำบัด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการไม่ย่อยอาหาร อาการท้องผูก
7. กลุ่มอาการปวดและอักเสบ อาการปวดและอักเสบที่มาจากกลุ่มโรคข้างต้น เช่น อาการปวดจากปลายประสาทอักเสบ อาการปวดจากกล้ามเนื้อตึงเกร็ง โรคปลอกหุ้มเอ็นข้อมืออักเสบ

ประสิทธิภาพของหัตถการมัยลีจิว

หัตถการมัยลีจิวเป็นการรรมยาโดยตรงชนิดไม่ก่อให้เกิดแผลเป็น เป็นการรรมยาขนาดเล็กกะทัดรัด สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยขณะทำหัตถการรรมยา ความร้อนและฤทธิ์ของอ้ายเย่ (艾叶) สามารถลงลึกสู่ชั้นผิวหนังได้รวดเร็วตรงจุด^[19] และหลังทำหัตถการยังคงมีความร้อนใต้ชั้นผิวหนังจึงทำให้เกิดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เนื้อเยื่อบริเวณรอบๆที่ทำหัตถการเกิดการเปลี่ยนแปลง^[20] อาทิ การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด การเปลี่ยนแปลงของเส้นใยกล้ามเนื้อ ซึ่งมีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา ดังนี้

1. ทะลวงและอบอุ่นเส้นลมปราณ

กลืนอุณหภูมิของอ้ายเย่สามารถทะลวงเส้นลมปราณ เพื่อควบคุมการไหลเวียนของเลือดและลมปราณให้เป็นปกติ^[21] มีความร้อนที่ลงลึกสู่ผิวหนังและเกิดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง จึงสามารถอบอุ่นเส้นลมปราณในร่างกายได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีส่วนช่วยในการปรับสมดุลของทั้งพลังงานหยินและหยาง ขจัดความชื้น และสลายเลือดคั่งตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน

2. ลดอาการปวด

กลไกการลดอาการปวดของหัตถการมัยลีจิวสัมพันธ์กับความร้อนที่ให้อุณหภูมิทำหัตถการ พบว่าความร้อนที่ให้อุณหภูมิทำหัตถการ 1 จังหวะ ในขนาด 2 มิลลิกรัม สามารถให้ความร้อนสูงสุดได้ 130 องศาเซลเซียส มีความร้อนใต้ชั้นผิวหนังหรือจุดที่ทำหัตถการอยู่ที่ 56 องศาเซลเซียส^[21] ซึ่งความร้อนที่เกิดขึ้นส่งผลต่อสรีรวิทยาในร่างกายเรา แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

(1) หลอดเลือดและเส้นเลือดฝอยบริเวณที่ทำหัตถการ ความร้อนที่ได้ส่งผลให้หลอดเลือดและเส้นเลือดฝอยบริเวณนั้นขยายตัว มีส่วนช่วยในการกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดได้ดี

(2) เส้นประสาท ความร้อนส่งผลในการระงับความปวดโดยใช้ทฤษฎีควบคุมประตูมาอิกบาย (gate control theory) ซึ่งเสนอโดย Melzack R & Wall PD^[22], ศศิธร พุ่มดวง^[23] ระบุว่าเมื่อปลายประสาทส่วนปลายขนาดใหญ่ที่ได้รับการกระตุ้น จะส่งผลให้เกิดการลดการนำสัญญาณประสาทของ C fiber ทั้ง afferent fiber และ efferent fiber ทำให้นำสัญญาณประสาทของความเจ็บปวดไปที่สมองลดลง ทำให้รู้สึกเจ็บปวดน้อยลงตาม ความร้อนมีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้สมองหลั่งสารเอนโดर्फิน (endorphin) เพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย อาการปวดจึงลดลงตามกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อ ความร้อนส่งผลต่อความหนืดของเส้นใยกล้ามเนื้อ สามารถเพิ่ม

คอลลาเจนเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่หดเกร็งบริเวณนั้นๆ ได้ ผู้ป่วยจึงรู้สึกผ่อนคลาย

3. ลดอาการอักเสบ

เนื่องจากกระบวนการรบกวนในเหตุการณ์มัยสัจจิวง ส่งผลต่อแกนต่อมใต้สมอง-ต่อมหมวกไต (hypothalamus-pituitary-adrenal axis, HPAA) ซึ่งกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนอะดรีนัลคอร์ติโคทรอปิน (Adrenocorticotropin, Corticotropin) และเป็นผู้ผลิตกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid)^[23] ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่จำเป็นของร่างกาย ช่วยปกป้องสิ่งมีชีวิตจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันมากเกินไป และลดความเสียหายของเนื้อเยื่อจากการอักเสบ จึงมีส่วนช่วยในเรื่องการลดอาการอักเสบในร่างกายได้เป็นอย่างดี

การประยุกต์ใช้ในชั้นคลินิกของหัตถการมัยสัจจิวง

การนำหัตถการมัยสัจจิวงประยุกต์ใช้อยู่บนพื้นฐานการคิดวิเคราะห์ ตรรกะวินิจฉัย ตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนในแต่ละกลุ่มโรคและอาการ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. นำหัตถการมัยสัจจิวงประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อ

เมื่อก้าวถึงศาสตร์การแพทย์แผนจีนในประเทศไทย หัตถการฝังเข็มเป็นหัตถการอันดับต้นๆ ที่มีกรกล่าวถึงและให้ผลการรักษาที่ดี แต่ในประเทศไทยมีคนจำนวนไม่น้อยที่มีภาวะกล้ามเนื้อและมีความสนใจรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน สามารถนำหัตถการมัยสัจจิวงมาประยุกต์ใช้ในเบื้องต้น เนื่องจากขณะทำหัตถการมัยสัจจิวงความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับขณะความร้อนที่เกิดขึ้นลงลึกผ่านชั้นผิวหนัง ผู้ป่วยจะรู้สึกอุ่นเล็กน้อยถึงปานกลางและหนาว ซึ่งคล้ายกับการเต๋อซี (得气) ของการฝังเข็ม แต่ยังคงอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยทนได้

2. นำหัตถการมัยสัจจิวงใช้ควบคู่กับการฝังเข็ม

การนำหัตถการมัยสัจจิวงมาประยุกต์ใช้ควบคู่กับการฝังเข็ม เพื่อเสริมประสิทธิภาพของการรักษาให้ดีขึ้น และสามารถลดระยะเวลาการรักษาให้สั้นและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการนำหัตถการมัยสัจจิวงมาประยุกต์ใช้สามารถแบ่งตำแหน่งการวางอ้ายจ้วงเป็น 2 แบบ ได้แก่

(1) การวางตามตำแหน่งจุดฝังเข็ม เช่น การนำหัตถการมัยสัจจิวงรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis of the knee) โดยวางอ้ายจ้วงบนจุดดังต่อไปนี้ Dubi (犊鼻), Neixiyan (内膝眼), Hedding (鹤顶), Xuehai (血海), Liangqiu (梁丘), Zusanli (足三里), Yanglingquan (阳陵泉) และตามจุดกดเจ็บ (阿是穴)^[23]

(2) การวางบริเวณที่มีอาการแสดงของโรค เช่น

การรักษาอาการปวดจากการกดทับเส้นประสาทอัลนา (ulnar nerve entrapment) นำอ้ายจ้วงวางคล้อยตามแนวเส้นประสาทอัลนาหรือวางตรงบริเวณที่ผู้ป่วยมีอาการปวด การวางอ้ายจ้วงครอบคลุมพื้นที่บริเวณฝ่ามือเพื่อรักษาและควบคุมการขยายของฝ่ามือในบั้น

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 55 ปี มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว ช่วงตั้งแต่ข้อศอกขวาถึงข้อมือขวา เป็นระยะเวลา 1 ปี เนื่องจากประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ แพทย์วินิจฉัยเกิดการกดทับเส้นประสาทอัลนา (ulnar nerve entrapment) ปัจจุบันมีอาการปวดตึงชาทั้งแขนขวา อาการหนักขึ้นในตอนกลางคืนหรือเมื่ออากาศเปลี่ยนแปลงหรือใช้งานเป็นระยะเวลานาน เช่น การพิมพ์งาน การเขียนหนังสือ กวาดบ้าน ล้างจาน ปฏิเสธโรคประจำตัวและประวัติการแพ้ต่างๆ มารับการรักษาที่สถาบันการแพทย์ไทย-จีน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ส่วนงานกายภาพและกิจกรรมบำบัดเพื่อรักษาและฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของแขนขวา และปรึกษาแพทย์แผนจีนเรื่องลดอาการปวดและอาการชาเนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมรับประคบยาแก้ปวด

แนวทางการรักษา: กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดเพื่อฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของแขนขวาร่วมกับหัตถการฝังเข็มบริเวณแขนขวาถึงข้อมือ โดยมีใช้จุดต่อไปนี้ Biniao (臂臑), Shousanli (手三里), Quchi (曲池), Shaohai (少海), Shouwuli (手五里), Waiguan (外关), Yanggu (阳谷), Houxi (后溪) พร้อมกระตุ้นไฟฟ้าคลื่นห่างสลับคลื่นถี่ (rarefaction-dense wave) ระยะเวลา 20 นาที จึงนำเข็มออกและทำหัตถการมัยสัจจิวง โดยวางอ้ายจ้วงตามแนวเส้นประสาทหรือตามแนวที่ผู้ป่วยรู้สึกปวด เพื่ออบอุ่นเส้นลมปราณและบำรุงเส้นประสาท รักษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 5 ครั้ง เป็นอันสิ้นสุดการรักษา

ผลการรักษา: พบว่าหลังการรักษาผู้ป่วยมีอาการชาดีขึ้น อาการปวดลดลง และรู้สึกอุ่นขึ้นบริเวณข้อศอกจนถึงฝ่ามือ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดการรับประคบยาแก้ปวดและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ผลข้างเคียงและข้อควรระวัง

1. ไม่ควรทำหัตถการมัยสัจจิวงในผู้ที่มีประวัติแพ้ควันแพฟซีไบไม้ชนิดต่างๆ หรือแพ้อ้ายหรง (艾绒) เพราะอาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น อาการคัน ผื่นแดงตามผิวหนัง เป็นต้น หากมีประวัติการแพ้ขั้นรุนแรงอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิต

2. หลีกเสี่ยงการทำหัตถการม้ายี่จิวในผู้ป่วยที่มีความกลัวต่อความร้อนหรือไฟ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองระยะเฉียบพลันที่ยังไม่พ้นวิกฤติ

3. หลีกเสี่ยงการทำหัตถการม้ายี่จิวในผู้ป่วยที่มีไข้ตัวร้อน บริเวณที่เป็นแผลไหม้พุพอง แผลติดเชื้อหรือบริเวณที่กระดูกหักยังเชื่อมต่อไปสนธิ บริเวณที่อยู่ใกล้กับเส้นเลือดแดงขนาดใหญ่และบริเวณจุดฝังเข็มที่ใกล้กับดวงตา

4. ระมัดระวังเกิดแผลไหม้พุพองในขณะที่ทำหัตถการ

วิจารณ์

หัตถการม้ายี่จิวเป็นหัตถการรรมยาสมุนไพรจีนประเภทหนึ่งที่มีขนาดเล็กคล้ายเมล็ดข้าว ส่งผลให้ขณะทำหัตถการมีกลิ่นฉุนและควันที่น้อยกว่าหัตถการรรมยาปกติทั่วไป มีการเผาไหม้ที่รวดเร็วและสม่ำเสมอ ให้ความร้อนที่ลงลึกสู่ชั้นผิวหนังและตรงจุด ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลของการรักษาที่ดี ซึ่งสรรพคุณในการรักษาเกิดจากกลไกความร้อนและฤทธิ์ยาของสมุนไพรจีนอายเย่ (艾叶) จึงมีส่วนช่วยปรับสมดุลพลังงานหยินและหยาง สามารถทะลวงและอบอุ่นเส้นลมปราณ ป้องกันการเกิดโรคและเสริมภูมิคุ้มกัน ลดอาการปวดและอาการอักเสบ จึงเหมาะกับการรักษาโรคและกลุ่มอาการต่างๆ เช่น โรคระบบประสาทและสมอง โรคผิวหนัง โรคระบบทางเดินอาหาร โรคกล้ามเนื้อและกระดูก โรคกระเพาะ และกลุ่มอาการผลข้างเคียงจากการทำเคมีบำบัด กลุ่มอาการปวดและอักเสบ เป็นต้น ในการทำหัตถการยังคงต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงและข้อควรระวังต่างๆ สำหรับการเตรียมพร้อมนำไปประยุกต์ใช้ในชั้นคลินิก เช่น ปรับใช้สำหรับ ผู้ป่วยที่มีภาวะกลัวเข็มเบื้องต้น หรือใช้หัตถการม้ายี่จิวควบคู่กับหัตถการฝังเข็มเพื่อเสริมประสิทธิผลของการรักษาให้ดีขึ้น พร้อมสามารถนำไปบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆ เพื่อให้เกิดแนวทางการรักษาที่หลากหลายมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

หัตถการม้ายี่จิวเป็นการเผาไหม้รูปแบบหนึ่ง จึงมีข้อถกเถียงเกี่ยวกับควันที่ได้จากการรรมยาเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ทำหัตถการหรือไม่ และส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมมากน้อยเพียงใด จึงเป็นอีกหัวข้อหนึ่งที่น่าสนใจในการทำการศึกษาค้นคว้าต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การเขียนครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความกรุณาช่วยเหลือ

แนะนำ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดีจาก จินต์จุฑา ประสพธรรม, อ.พจ.จุฬารักษ์ ศรศักดิ์านุกภาพ และคณาจารย์ วิทยาลัย

References

1. Zhang Y, hang C, Liu X, Huang X, Zhang W, Liu D, et al. Study on the burning characteristics of moxa and its biological effects and mechanism in osteoarthritis rats. Chinese Journal of Chinese Materia Medica. 2020;17:4071-80. (in Chinese)
2. Wanaratna L, Hasanai T, Techadamrongsin Y, editors. Acupuncture and moxibustion, Vol. 1. Bangkok: War Veteran Organization Printing; 2008. (in Thai)
3. Acton QA. New allied sciences data have been reported by AK Dudley and co-authors. In: Acton QA, editor, Issue in general science and scientific theory and method. Georgia: Scholarly Editions; 2012. p.2632.
4. Deng H, Shen X. The mechanism of moxibustion: ancient theory and modern research. Evid-Based Complementary Altern Med. 2013;1-7. (in Chinese)
5. Huachiew TCM Clinic. Chinese herbal information [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 18]. Available from : <https://www.huachiewtcm.com/content/8483/> (in Thai)
6. Liu T, Liao X, Wu Y, Chen P, Bai Q, Ren Z, et al. Research progress on the anti-inflammatory effects and mechanisms of the effective components of mugwort leaves. New Chinese Medicine and Clinical Pharmacology. 2021;3:449-54. (in Chinese)
7. Rui XY. Airong [internet]. 2021 [cited 2021 Nov 2]. Available from: <https://baike.baidu.com/item/%E8%89%BE%E7%BB%92/2623246?fr=aladdin> (in Chinese)
8. Shi X. Acupuncture method. In: Wang Q, Liang F, Wang H, Du Y, editor. Eleventh "Shi Yi Wu" National planning textbook for general higher education: acupuncture. 2nd ed. Beijing: Beijing Weishun Printing Factory; 2007. p.154. (in Chinese)

9. Xu S. Clinical study on acupoint catgut embedding combined with grain moxibustion for treatment of female chloasma. *Journal of New Chinese Medicine*. 2019;18:117-20. (in Chinese)
10. Wang X, Wang L, Zhang J. Controlling the amount of moxibustion in grain moxibustion. *Shanghai Journal of Acupuncture*. 2013;6:426-9. (in Chinese)
11. Wang G. Bianque moxibustion [internet]. 2021 [cited 2021 Oct 28]. Available from: <http://www.zysj.com.cn/lilunshuji/bianquexinshu/777-5-12.html> (in Chinese)
12. Zhang Y, Zhang C, Liu X, Huang X, Zhang W, Liu D, et al. Study on the burning characteristics of moxa and its biological effects and mechanism in osteoarthritis rats. *Chinese Journal of Chinese Materia Medica*. 2020;17:4071-80. (in Chinese)
13. Tang L, Wang L. Observation on the clinical effect of grain moxibustion on bronchial asthma. *Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion*. 2015;4:45-7. (in Chinese)
14. Zheng J. Observation on therapeutic effect of electroacupuncture and grain moxibustion in treating sequelae of stroke. *Shanghai Journal of Acupuncture*. 2000;1:1. (in Chinese)
15. Peng Z, Chen S, Tang D, Zhang H, Jiao F, Tang H, et al. Effect of grain moxibustion combined with exercise therapy on the functional rehabilitation of knee joint after posterior cruciate ligament avulsion fracture. *Chinese Medicine Herald*. 2021;9:125-32. (in Chinese)
16. Li Z, Wang S, Wu R, Li P. Clinical observation of acupuncture combined with wheat grain moxibustion in treating dysmenorrhea induced by uterine adenomyosis. *Clinical Journal of Chinese Medicine*. 2020;24:90-9. (in Chinese)
17. Cai M, Lu J, Zheng F, Wang C, Zhang F, Yao W. Clinical observation on wheat grain moxibustion for chronic superficial gastritis of spleen-stomach deficiency and cold. *Chinese Acupuncture*. 2021;5:511-4. (in Chinese)
18. Li Y. Clinical study of wheat grain moxibustion on prevention and treatment of gastrointestinal reactions after breast cancer chemotherapy [Master's Degree Thesis]. Guangzhou: Guangzhou University of Chinese Medicine; 2018. (in Chinese)
19. Zhou H, Wang J. Curative observation of grain-moxibustion at Sihua acupoints combined with surround-moxibustion in treating postherpetic neuralgia. *Journal of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine*. 2020;4:686-90. (in Chinese)
20. Li Y, Zhang HF, Deng HY, Deng HP, Zhao L. Data mining analysis of acupuncture and moxibustion in the treatment of leukopenia. *Chinese Journal of Traditional Medical Science and Technology*. 2016;23(4):494-6. (in Chinese)
21. Okazaki M, Aizawa S, Yamauchi M, Oguchi K. Effects of single moxibustion on cutaneous blood vessel and microvascular permeability in mice. *Am J of Chinese Med*. 1990;18:121.
22. Melzack R, Well PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150(3699):971-9.
23. Phumduang S. Pain relief during pregnancy without medication. *Songklanakarind Medical Journal*. 2013;21(4):291-300. (in Thai)
24. Li L, Xin W, Li C, Xu J, Jiao Z, Li Y. Research progress on the mechanism of moxibustion therapy regulating inflammatory reaction. *Global Traditional Chinese Medicine*. 2020;11:1986-90. (in Chinese)



Review Article

Clinical practice and progress of wheat-grain size cone moxibustion

Siritra Vasapong, Korakot Rakphet, Watchala Thanusin

Institute of Thai-Chinese Traditional Medicine, Mae Fah Luang University Hospital, Thailand

Abstract: Wheat grain-sized cone moxibustion is a type of moxibustion which is a popular and widely used therapy in traditional Chinese medicine. However, at the clinically, there were certain issues and limitations found on the use of moxibustion, which included lingering pungent odor, excessive smoke from burning moxa wool (艾绒), and burn injuries from excessive heat. Therefore, the researchers were interested to investigate more on wheat grain-sized cone moxibustion which is a small moxibustion procedure, thus making less pungent odor and smoke. The study also aimed to establish a guideline for the therapy for its application in multidisciplinary treatment. To study the therapeutic properties of wheat grain-sized cone moxibustion including its effectiveness in treating various diseases or symptoms and to study treatment guidelines for suitable application in the clinical practice in Thailand. Data were retrieved from international databases during 2010 to 2021. Only clinical research studies in English, Chinese, and Thai on the use of wheat grain-sized cone moxibustion for treatment of diseases or symptoms were included. 84 studies were found under the criteria, then 15 studies were selected for analysis. In the studies, wheat grain-sized cone moxibustion was found to have properties such as penetrating and warming the meridians, boosting the immune system, relieving pain, and reducing inflammation. Therefore, it was found most commonly used in the treatment of pain or inflammation, neurological and brain diseases, skin diseases, cancer or side effects from chemotherapy, musculoskeletal diseases, etc. In conclusion, wheat grain-sized cone moxibustion could be used at the clinic in Institute of Thai-Chinese Traditional Medicine, Mae Fah Luang University Hospital along with acupuncture, or integration with physical therapy and occupational therapy for the treatment of patients with pain from nerve injury in arm(s). It could help reducing patients' pain level and increasing their quality of life, as well as creating a variety in therapeutic approaches, and leading to further research at the clinical level.

Keywords: penetrating and warming the meridians; wheat grain-sized cone moxibustion; integration; moxa wool

Corresponding author: Siritra Vasapong: siritra.vas@mfu.ac.th



文献综述

麦粒灸的临床应用与进展

王秀美, 高丽春, 李彤妍

皇太后大学医院

摘要: 麦粒灸是中医常用的一种灸法。在临床上, 中医灸法的使用发现一些问题和限制, 包括挥之不去的刺鼻气味、燃烧艾绒产生的过多烟雾, 以及过热造成的烧伤。因此, 研究人员有兴趣更多地研究麦粒灸大小的锥形灸, 这是一种小形状灸法, 从而减少刺激性气味和烟雾。该研究还旨在为该疗法在多学科治疗中的应用建立指南。为了研究麦粒灸的功效, 包括其治疗各种疾病或症状的有效性, 并研究适合在泰国临床实践中应用的治疗指南。方法于国际数据库中检索从 2010 年至 2021 年间所发表的麦粒灸相关临床研究。仅纳入英文、中文和泰文文献。检索结果显示 84 项研究符合标准, 进一步筛选后选择 15 项研究进行分析。研究结果发现麦粒灸具有通经温络、增强免疫、止痛、消炎等功效。因此, 它最常用于治疗疼痛或炎症、神经和脑部疾病、皮肤病、癌症或化疗的副作用、肌肉骨骼疾病等。在皇太后大学医院, 临床上使用麦粒灸配合针灸、理疗或作业疗法相结合使用。于手臂神经损伤导致的疼痛, 它能有效降低患者的疼痛程度, 并提高患者的生活质量。麦粒灸可配合其他治疗法创造出更多临床上有效治疗方式, 于临床层面有着进一步研究的价值。

关键词: 通经温络; 麦粒灸; 整合; 艾绒

通讯作者: 王秀美: siritra.vas@mfu.ac.th

บทความปริทัศน์

การรักษาอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันจากกีฬายกน้ำหนักด้วยการนวดทุยหนา

กัญธิมา วุฒิ, อธิรา อารี, อธิ นิรุจน์รัตน, ปภาวรินทร์ อัครเดชเมธากุล, ชนาธิป ศิริดำรงค์, ธนภรณ์ ธนศรีวินิชชัย, กรกฎ คุณโท, ฉันทิชา เจริญ

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

บทคัดย่อ: อาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลัน (acute lumbar sprain) เป็นอาการการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยในกีฬายกน้ำหนัก มักมีอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างรุนแรง ปัจจุบันผู้คนหันมาปรึกษากับแพทย์ทางเลือกมากขึ้น โดยเฉพาะศาสตร์การแพทย์แผนจีน บทความนี้ได้รับรวบรวมมุมมองเกี่ยวกับการรักษาอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันด้วยการนวดทุยหนา เช่น กลไกการเกิดโรค อาการของโรค การตรวจร่างกาย รวมถึงหลักการและวิธีการนวดรักษาต่างๆ ซึ่งได้ผลดีอย่างเห็นได้ชัด เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษา หากรักษาได้อย่างถูกต้องและทันเวลาที่สามารถยับยั้งการดำเนินการของโรคเข้าสู่การเรื้อรังได้

คำสำคัญ: อาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลัน; กีฬายกน้ำหนัก; แพทย์แผนจีน; ทุยหนา

ผู้รับผิดชอบบทความ: กัญธิมา วุฒิ: namtan30@windowsslive.com



Received: 9 November 2021

Revised: 23 March 2022

Accepted: 9 June 2022



บทนำ

ปัจจุบันผู้คนสนใจในการออกกำลังกายมากขึ้น โดยเฉพาะกีฬายกน้ำหนักซึ่งเป็นหนึ่งในกีฬาที่ได้รับความนิยม มีทั้งการแข่งขันหรือการออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของร่างกาย แต่ก็มีความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นเกิดขึ้นขณะฝึกซ้อมหรือแข่งขัน ซึ่งสามารถเกิดการบาดเจ็บได้ทุกส่วนของร่างกาย การบาดเจ็บที่พบในนักกีฬายกน้ำหนักประมาณร้อยละ 50 จะเป็นการบาดเจ็บที่กล้ามเนื้อแบบเฉียบพลัน (acute muscle injuries) หรือเอ็นกล้ามเนื้อที่เกิดจากการใช้งานมากเกินไป (overuse-related tendon injuries)^[1] จะพบการบาดเจ็บที่หลังส่วนล่างมากที่สุด รองลงมาคือเข่าและไหล่ ในประเภทของการบาดเจ็บ พบว่ากล้ามเนื้อและเส้นเอ็นอักเสบมากที่สุด การบาดเจ็บที่หลังและไหล่มักเป็นการบาดเจ็บเฉียบพลัน และการบาดเจ็บที่เข่าเป็นการบาดเจ็บเรื้อรัง^[2] จากการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการนวดทุยหนาเพื่อรักษาอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า การนวดทุยหนาสามารถรักษาอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันได้ผลดีอย่างเห็นได้ชัด รวมถึงผล

ข้างเคียงน้อย จึงนับเป็นวิธีที่น่าสนใจและเป็นทางเลือกใหม่สำหรับผู้ป่วย

การบาดเจ็บจากกีฬายกน้ำหนัก

การบาดเจ็บจากกีฬายกน้ำหนักส่วนใหญ่จะเป็นการบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่าง เนื่องจากเป็นศูนย์กลางในการรับน้ำหนักตัว โดยผู้เล่นอาจจะมีการอบอุ่นร่างกายไม่เพียงพอหรือการฝึกซ้อมท่าเทคนิคที่ไม่ถูกต้อง การยกน้ำหนักในปริมาณที่มากเกินไปสามารถส่งผลต่อท่าทางการยก (body posture) และการที่เอียงตัวหรือการงอหลัง เป็นการเพิ่มความตึงเครียดบริเวณกระดูกสันหลังของผูยกน้ำหนัก และส่งผลกระทบต่อกระดูกสันหลังส่วนเอวทำให้เกิดการบาดเจ็บได้^[3] จากการสำรวจการบาดเจ็บของนักกีฬายกน้ำหนักระดับเยาวชนในช่วงระยะเวลาการแข่งขันของจรรยา ใจคำ^[4] มีผู้เข้าร่วม 158 คน พบว่าตำแหน่งบาดเจ็บของนักกีฬายกน้ำหนักในช่วงแข่งขัน 3 อันดับแรก ได้แก่ การบาดเจ็บที่หลังร้อยละ 15.2 ที่เข่าร้อยละ 14.6 ข้อมือร้อยละ 13.3 และตำแหน่งการบาดเจ็บของร่างกายในช่วง 3 เดือนก่อนการแข่งขัน ได้แก่ การบาดเจ็บที่หลัง

จำนวน 56 คน การบาดเจ็บที่บริเวณเข่าจำนวน 50 คน การบาดเจ็บที่ข้อมือ 44 คน ตามลำดับ จากการศึกษาอุบัติการณ์การบาดเจ็บของนักกีฬาคนน้ำหนักทีมชาติไทยของจังหวัดหนองคาย สอน^[5] การบาดเจ็บครั้งแรกในการเริ่มเล่นกีฬาคนน้ำหนักคือ หลังส่วนล่างร้อยละ 28.89 ข้อมือร้อยละ 20 ฝ่ามือร้อยละ 13.33 ข้อศอกร้อยละ 8.89 ไหล่ร้อยละ 4.4 สะบักร้อยละ 2.22 ซึ่งเห็นได้ว่าการบาดเจ็บจากกีฬาคนน้ำหนักส่วนใหญ่จะเป็นการบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่าง โดยทั่วไปมักเป็นการบาดเจ็บแบบเฉียบพลันขณะฝึกซ้อม

อาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันในมุมมองการแพทย์แผนจีน

การแพทย์แผนจีนจัดอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันอยู่ในกลุ่มอาการปวดเอว (腰痛) คือ การบาดเจ็บแบบเฉียบพลันของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ ปอดหุ้มข้อ (articular capsule) และเซลล์เนื้อเยื่อข้อต่อ (synovial cell) ที่บริเวณช่วงหลัง เอว และสะโพก ทำให้เกิดอาการปวดที่บริเวณช่วงเอว จนส่งผลกระทบต่อการทำงานของข้อ หรือเกิดการบาดเจ็บอย่างรุนแรงบริเวณกล้ามเนื้อหลังส่วนเอวตามเส้นลมปราณ กระเพาะปัสสาวะ และเส้นลมปราณถุงมัย มีการติดขัดของเลือด จนทำให้เกิดการบาดเจ็บขึ้นมา^[6] มักพบในกลุ่มวัยรุ่นหรือผู้ที่ต้องใช้แรงงานอาชีพที่ต้องก้มๆ เงยๆ ทำงานเป็นประจำ หรือกลุ่มคนที่ขาดการออกกำลังกาย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มักมีอาการปวดหลังส่วนล่างรุนแรงลักษณะเหมือนเข็มแทงปวดตึง หรือปวดบิดอย่างต่อเนื่อง มีตำแหน่งการบาดเจ็บที่ชัดเจน การเคลื่อนไหวติดขัด หรือไม่สามารถพลิกตัวขณะนอนได้ เมื่อลุกขึ้นจากที่นอน ไอ จาม หายใจลึกๆ ส่งผลให้ปวดมาก บางรายอาจมีอาการปวดร้าวไปที่บริเวณสะโพก มีกล้ามเนื้อหดเกร็งข้างเดียวหรือสองข้าง และพบการบาดเจ็บที่ตำแหน่งของกล้ามเนื้อช่วงกระเบนเหน็บ (sacrospinalis) หรือที่แอ่งกระดูกสันหลังเอว (lumbar fascia) เมื่อทดสอบด้วยท่า straight leg raising test (SLRT) และท่า rotation test พบว่าผลเป็นบวก^[7]

สาเหตุและกลไกการเกิดอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันในทางการแพทย์แผนจีน

การแพทย์แผนจีนเชื่อว่าอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันเกิดจาก 2 ปัจจัย คือ (1) ปัจจัยภายในกระดูกสันหลังช่วงเอวเป็นตำแหน่งศูนย์กลางการเคลื่อนไหวของร่างกาย รับน้ำหนักครึ่งหนึ่งของร่างกาย เป็นหนึ่งในจุดที่มีการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ หรือการใช้ชีวิตประจำวัน

มากที่สุด ดังนั้นบริเวณนี้จึงง่ายต่อการบาดเจ็บ (2) ปัจจัยภายนอก การบาดเจ็บระยะเฉียบพลันของเนื้อเยื่อต่างๆ ที่บริเวณเอว มักมีสาเหตุมาจากได้แรงมากระทำมากผิดปกติ หรืออาจเกิดการเคลื่อนไหวร่างกายในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง การออกแรงที่มากเกินไป กล้ามเนื้อขาดความพร้อมขณะยกของหนัก รวมไปถึงการหกล้ม ทำให้เส้นเอ็นกล้ามเนื้อเกิดการบาดเจ็บ ฉีกขาด ทำให้บริเวณนี้มีเลือดคั่ง บวม และเข้าสู่กระบวนการซ่อมแซมตัวเองของร่างกาย^[7] จากการศึกษาของ Pu Jianfeng^[8] พบว่าอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันทางแพทย์แผนจีนมองว่า เกิดจากการที่ร่างกายเกิดภาวะพร่องของเลือดบริเวณสันหลัง เมื่อปล่อยไปนานๆ จะทำให้ร่างกายพร่องจนกระทบถึงไต หมายความว่าสาเหตุการเกิดอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันนั้นเกิดจากการที่เกิดปัจจัยจากภายนอกมากระทบจนเกิดการติดขัดของเลือด ชีพจรเต้นเร็ว และเส้นลมปราณจึงล้นติดขัด จะเจ็บหนักช่วงกลางคืนและเบาลงช่วงกลางวัน หากอาการป่วยไม่รักษาอาจพัฒนาไปเป็นโรคปวดเอวเรื้อรัง และอาจพัฒนาไปเป็นโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวทับเส้นประสาทได้

การรักษาอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันด้วยทุยหนา

การแพทย์แผนจีนเชื่อว่า ทุยหนามีสรรพคุณในการทะลวงเส้นลมปราณ กระตุ้นการไหลเวียน สลายเลือดคั่ง คลายเส้นเอ็น เมื่อเกิดการบาดเจ็บจะทำให้การไหลเวียนของชีและเลือดติดขัดส่งผลให้เกิดภาวะเลือดคั่ง ซึ่งเลือดคั่งจะติดอยู่ตามข้อต่อ กล้ามเนื้อ หรือกระดูก ทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง ข้อต่อไม่ยืดหยุ่นหรือเกิดอาการบวมและปวด^[9] นอกจากนี้การนวดทุยหนายังช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว บรรเทาอาการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ ยังสามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ปรับสมดุลการทำงานทั้งการเหยียดและงอ (flexor and extensor) รวมถึงทำให้กล้ามเนื้อและกระดูกมีความสมดุลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคนไข้ปวดหลังส่วนล่าง จากงานวิจัยของ Pan Fan และคณะ^[10] ทดลองในหนูทดลองพบว่า การนวดทุยหนาสถาบันลดความรู้สึกเจ็บปวดและลดการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดที่ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดประเภท C-fiber ที่อยู่บริเวณประสาทส่วนปลายได้ รวมถึงเพิ่มการซ่อมแซมการบาดเจ็บของระบบประสาทส่วนปลายได้อีกด้วย

หัตถการทุยหนาสามารถแบ่งได้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การทะลวงเส้นลมปราณ ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ ผู้ทำการรักษานอนอยู่ด้านข้าง ใช้ท่ากดและคลึง (อันโรวฝ่า 按揉法) เป็นลำดับแรกที่กล้ามเนื้อช่วงเอว ทำการนวดขึ้นลงสลับกันไปมาเป็นระยะเวลา 3-5 นาที จากนั้นใช้มือ

ทั้งสองข้างขนาดเท่าบิปลิง (หมาโหรวผ่า 拿揉法) ที่กล้ามเนื้อหลังจนรู้สึกตึงๆ หน่วงๆ ซึ่งหากมีอาการปวดเมื่อยหรืออาการชาลงไปที่สะโพกและขา ควรใช้ท่าที่ดัดเอวผู้ป่วยไปทางด้านหลัง 2-3 ครั้ง

2) การบรรเทาอาการปวดและคลายกล้ามเนื้อ ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ ผู้ทำการรักษายืนอยู่ด้านข้าง ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดบริเวณเอว 2-3 นาที หลังจากนั้นจึงใช้ท่าดัด (ถานโปฝ่า 弹拨法) ที่จุดกดเจ็บหรือบริเวณที่พบกล้ามเนื้อหดเกร็ง จุดละ 2-3 นาที เพื่อบรรเทาอาการปวดและคลายกล้ามเนื้อ

3) การปรับโครงสร้างร่างกาย

3.1) ท่านอนคว่ำดัดเอว ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ ผู้ทำการรักษายืนอยู่ด้านข้าง และใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างซ้อนกันแล้ววางไว้ที่ตำแหน่งเอว จากนั้นกดลงไปตามแนวกระดูกสันหลังจากบนลงล่าง 3-5 รอบ เน้นเวลาที่ตำแหน่งเอวและกระเบนเหน็บ ใช้แรงกดที่พอเหมาะไม่มากเกินไป ผู้ทำการรักษาใช้มือข้างหนึ่งกดที่สะโพกด้านตรงข้ามให้หนึ่งแล้วใช้มืออีกข้างดึงหัวไหล่ด้านตรงข้ามขึ้นมา ออกแรงบิดให้เอวหมุนไปจนสุด แล้วจึงออกแรงดึงเบาๆ อีก 3-5 ครั้ง ทำแบบนี้เหมือนกันทั้งสองข้าง

3.2) ท่านอนตะแคงปรับโครงสร้างร่างกาย ให้ผู้ป่วยนอนตะแคง ขาด้านบนงอเข่า ส่วนขาด้านล่างเหยียดตรง ผู้ทำการรักษาใช้มือข้างหนึ่งจับที่หัวไหล่ผู้ป่วย แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งจับที่สะโพกจากนั้นออกแรงดันสะโพกไปด้านหน้า มือทั้งสองข้างออกแรงดันคนละไปคนละทาง ให้เอวบิดจนได้ยินเสียงกระดูกก๊น ทำท่านี้เหมือนกันทั้งสองข้าง ทำสุดท้ายให้ผู้ป่วยนอนตะแคง ผู้ทำการรักษาใช้มืออีกข้างหนึ่งจับไว้ตรงเอวด้านบนตรงกับจุดที่มีปัญหา แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งจับที่หัวเข่าหรือข้อเท้าด้านบน โดยออกแรงดันที่เอวและดึงขาให้อยู่ในท่าเหยียดขามาทงด้านหลัง ทำ 1-3 ครั้ง ทำท่างานี้ทั้งสองข้างเหมือนกัน ทำนี้ใช้จัดกระดูก ที่ตำแหน่ง lumbar facet joints ให้ข้อต่อที่เคลื่อนออกจากตำแหน่งปกติกลับเข้าสู่ตำแหน่งเดิม

3.3) ท่าอเข่าหมุนเอว ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย ผู้ทำการรักษายืนอยู่ด้านข้าง ให้ผู้ป่วยงอขาเข้ามจนหัวเข่าชิดกับหน้าอก ผู้ทำการรักษาใช้มือข้างหนึ่งจับที่หัวเข่าทั้งสองข้าง จากนั้นใช้มืออีกข้างหนึ่งจับที่ข้อเท้าทั้งสองข้าง จากนั้นออกแรงหมุนหัวเข่าไปตามเข็มนาฬิกา และหมุนทวนเข็มนาฬิกาและออกแรงกดลงไปที่ท้องรอบละ 3-5 ครั้ง ขั้นตอนสุดท้ายให้ผู้ป่วยนอนหงาย เหยียดขาออกใช้ท่าดึงและสั่นขา (เชียนโต้วฝ่า 牵抖法) อีก 2-3 ครั้ง

4) การอบอุ่นเส้นลมปราณ ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนคว่ำ ผู้ทำการรักษายืนอยู่ด้านข้าง แล้วใช้ฝ่ามือทำนวดคลึงลงบน

กล้ามเนื้อหลังและเอวจากบนลงล่างสลับกันไปมา ให้ทำข้างที่ไม่มีอาการก่อน จากนั้นจึงทำอีกด้านหนึ่ง ทำสลับกันไปมา 3-5 รอบ หลังจากนั้นใช้ท่าถู (ซาฝ่า 差法) โดยกล้ามเนื้อด้านข้างฝ่ามือถูขึ้นลงไปตามแนวเส้นลมปราณ-กระเพาะปัสสาวะทั้งสองข้าง และถูในแนวนอนที่บริเวณกระเบนเหน็บ ถูทั้งสองตำแหน่งจนเกิดความรู้สึกอุ่นๆ เป็นอันสิ้นสุดกระบวนการและต้องทำร่วมกับการประคบร้อนเพื่อให้เส้นลมปราณไหลเวียนได้อย่างสะดวกสลายเลือดคั่ง^[7]

จากการศึกษาของ Liang Zhenxin^[11] ใช้การนวด-ทุยหนา 4 ขั้นตอนในการรักษาอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลัน โดยขั้นตอนที่หนึ่ง ผู้ป่วยนอนหงาย แพทย์ผู้รักษาใช้นิ้วโป้ง นิ้วชี้ หรือนิ้วนางกดคลึงที่จุด Qihai (气海 RN6) ประมาณ 10 นาที กดจนจุดข้างต้นเกิดอาการหน่วง ขั้นตอนที่สอง แพทย์ผู้รักษาใช้นิ้วโป้งทั้งสองข้างประสานกันกดคลึงที่จุด Jimen (箕门 SP11) ประมาณ 5-10 ครั้ง ขั้นตอนที่สาม ผู้ป่วยนอนคว่ำ แพทย์ผู้รักษาใช้นิ้วโป้งทั้งสองข้างกดคลึงที่จุด Shenshu (肾俞 BL23) ประมาณ 3 นาที และใช้ฝ่ามือกดคลึงบริเวณกล้ามเนื้อหลังล่างทั้งสองข้าง ประมาณ 3-4 ครั้ง ขั้นตอนที่สี่ แพทย์ผู้รักษาใช้นิ้วโป้งกดคลึงที่จุด Weizhong (委中 BL40) และใช้นิ้วโป้งทั้งสองข้างประสานกันกดคลึงที่จุด Weizhong ประมาณ 5-10 ครั้ง และสุดท้ายใช้ฝ่ามือถูกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนล่าง ประมาณ 5 นาที ฤๅจนบริเวณข้างต้นเกิดความร้อน รักษาวันละ 1 ครั้ง/หนึ่งคอร์สการรักษา รักษา 7 ครั้ง มีประสิทธิผลในการรักษาถึง 100% ผลการรักษาหายขาด 45 รายและอาการดีขึ้น 5 ราย

จากการศึกษาของ Li XM^[12] ใช้เทคนิคการกดคลึง (อันโหรวผ่า 按揉法) ที่จุด Shousanli (手三里 LI10) ประมาณ 5 นาที ร่วมกับการนวดทุยหนารักษาโรคกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วย 31 ราย โดยการนวดทุยหนายะเน้นที่บริเวณเอวเป็นหลัก ใช้เทคนิคการกลิ้ง (กุนฝ่า 滚法) ประมาณ 3-4 ครั้ง การกดคลึงที่จุด Shenshu (肾俞 BL23), Yaoyangguan (腰阳关 DU3), Weizhong (委中 BL40) และจุด Chengshan (承山 BL57) ต่อมาผู้ป่วยนอนตะแคงข้าง แพทย์ผู้รักษาใช้เทคนิคการจัดกระดูก (ปานฝ่า 扳法) บริเวณหลังส่วนล่าง และสุดท้ายผู้ป่วยนอนคว่ำ แพทย์ผู้รักษาใช้เทคนิคการถูบริเวณกล้ามเนื้อที่ได้รับการบาดเจ็บ ฤๅจนบริเวณข้างต้นเกิดความร้อน มีประสิทธิผลในการรักษาเป็นอย่างดี รักษาหายขาด 17 ราย อาการดีขึ้น 14 ราย

จากการศึกษาของ Chen LJ^[13] ใช้เทคนิคการปล่อยเลือดที่จุด Weizhong (委中 BL40) ร่วมกับการนวด-

ทฤษฎีการวิจัยโรคกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลัน เน้นการนวดบริเวณที่กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็ง โดยใช้เทคนิคการนวดนิ้วเดียว (อู่จื่อฉานทฤษฎี 一指禅推法) การกลิ้ง (กุนฝ่า 滚法) และการกด (อันฝ่า 按法) ประมาณ 10 นาที และใช้เทคนิคการตีดคลึงบริเวณกล้ามเนื้อหลังล่างข้างกระดูกสันหลังทั้งสองข้าง ประมาณ 5 นาที ผู้ป่วยรับการรักษาทันที 3 ครั้ง (2 วัน/ครั้ง) มีประสิทธิผลในการรักษาร้อยละ 93.02 ผลการรักษายาขาด 33 ราย อาการดีขึ้น 7 ราย และไม่หาย 3 ราย

สรุป

แพทย์แผนจีนมองว่า อาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันที่เกิดจากกักขังน้ำหนักรุนแรงบริเวณกล้ามเนื้อหลังส่วนเอวตามเส้นลมปราณกระเพาะปัสสาวะและเส้นลมปราณถุงมัย มีการติดขัดของเลือด จนทำให้เกิดการบาดเจ็บตามมา การรักษาจะเน้นการนวดทฤษฎี โดยใช้หลักการทะลวงเส้นลมปราณกระตุ้นการไหลเวียน สลายเลือดคั่ง คลายกล้ามเนื้อและเส้นเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ปรับสมดุลการทำงานของโครงสร้างร่างกาย จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ใช้การนวดทฤษฎีในการรักษาอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันได้ผลดีอย่างเห็นได้ชัด สามารถช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดให้ดีขึ้นและเพิ่มการปรับสมดุลให้สมดุล ส่งผลให้อาการปวดลดน้อยลง ไม่ว่าจะเป็นท่ากด ท่าคลึง ท่าบีบคลึง ท่าตืด ท่าดึง และสั่นขาเป็นต้น หรือเน้นการนวดคลึงที่จุดฝังเข็ม เช่น จุด Qihai, Jimen, Shenshu, Weizhong, Shousanli, Yaoyangguan, Chengshan ร่วมกับเน้นนวดบริเวณที่กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็ง หากได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการปวดสามารถหายขาด ทั้งนี้ยังสามารถยับยั้งการดำเนินการของโรคเข้าสู่อาการเรื้อรังได้

References

1. Raske A, Norlin R. Injury incidence and prevalence among elite weight and power lifters. *Am J Sports Med.* 2002;30:248-55.
2. Kamthorathip W. Physiology of pain and approaches to the treatment of musculoskeletal pain. In: Pacharee K (editor). *Bone and muscle pain for physical medicine and rehabilitation.* 2nd ed. Bangkok: PA Living; 2020. p 5. (in Thai)
3. Fares MT, Fares J, Salhab HA, Khachfe HH, Bdeir A, Fares Y. Low back pain among weightlifting

- adolescents and young adults. *Cureus.* 2020; 12(7):e9127.
4. Jaikam J. Survey of injuries in junior weightlifter during competitive phase [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2009. (in Thai)
5. Kanthason J. Incidence of injuries in Thai national weightlifters team. [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005. (in Thai)
6. Han DM, Zhang HL. Clinical observation on 41 cases of acute lumbar sprain treated by triple therapy of tuina massage combined with wet and hot Chinese herbal compress and medium frequency pulse. *Clinical Journal of Chinese Medicine.* 2016;8(28):34-6. (in Chinese)
7. Wang ZH, Ding TY. *Chinese massage book.* 3rd ed. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Publishing House; 2012. (in Chinese)
8. Pu JF. Treatment of 52 cases of acute lumbar sprain with Chinese massage and oral Taohong Siwu Tang. *Jiangsu: China's Naturopathy.* 2015; 3(28):49-51. (in Chinese)
9. He HH. Talking about therapeutic effect of Chinese massage. *Heilongjiang: World's Latest Medical Information.* 2013;13(5):455. (in Chinese)
10. Pan F, Yu TY, Wong S, Xian ST, Lu MQ, Wu JC. Tuina down regulates the elevated levels of tissue plasminogen activator in sciatic nerve injured Sprague-Dawley rats. *Chin J Integr Med.* 2017;23(8):617-24. (in Chinese)
11. Liang ZX, Wang HL, Liu J. The effect of four step massage on acute lumbar sprain. *Chinese Journal of Information on TCM.* 2010;11(17): 77-80. (in Chinese)
12. Li XM. Pressing Shousanli (LI10) combined with Tuina for treatment of acute lumbar sprain in 31 cases. *Nei Mongol Journal of TCM.* 2014; 8(34):38. (in Chinese)
13. Chen LJ. The effect of Tuina combined with pricking blood therapy at Weizhong on acute lumbar sprain. *Journal of Emergency in TCM.* 2013;22(5):823-4. (in Chinese)



Review Article

Treatment of acute lumbar sprain from weightlifting with traditional Chinese medicine massage

Kanthima Wutthi, Teera Aree, Thini Nilrungratana, Paphawarin Asawadethmetakul, Chanathip

Siridumrong, Tanaporn Tanasrivanichchai, Koraghod Khuntho, Chantouch Chen

Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand

Abstract: Acute lumbar sprain is a common injury in weightlifting. Often there is severe pain in the lower back. Nowadays more people are turning to alternative medicine. Especially traditional Chinese medicine. This article has compiled views on the treatment of acute lumbar sprain with Tuina massage, such as disease mechanism, symptoms, physical examination including principles and methods of massage therapy which clearly has good results as an alternative to treatment. If treated properly and in a timely manner, it can inhibit the progression of the disease into a chronic condition.

Keyword: acute lumbar strain; weightlifting; traditional Chinese medicine; tuina

Corresponding author: Kanthima Wutthi: namtan30@windowslive.com

文献综述

中医推拿治疗举重急性腰扭伤

甘迪玛, 林茜媛, 林嘉诚, 马惠敏, 黄君历, 刘财蓬, 周承, 陈泰任

泰国华侨中医院

摘要: 急性腰肌扭伤 (acute lumbar sprain) 急性腰扭伤是举重运动中常见的症状。以腰部剧烈疼痛为主。近年来, 越来越多的人转向替代医学求治, 尤其是中医。本文整理了推拿推拿治疗急性腰肌扭伤的病因病机、症状、体格检查及中医治疗等相关文献进行归纳和总结, 以及治病的思路与有效方案, 为临床推拿治疗急性腰扭伤提供更加具体的理论依据及正确诊疗思路。即便按照正确的方法做治疗和及时处理, 也能够抑制病情转变为慢性疾病。

关键词: 急性腰扭伤; 举重运动; 中医; 推拿

通讯作者: 甘迪玛: namtan30@windowslive.com

บทความปริทัศน์

การศึกษาวิธีการรักษาโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน

บดินทร์ ก่อกวิน

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

บทคัดย่อ: โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทเป็นโรคที่พบได้บ่อยในประเทศไทย อาการหลักคือ ปวดเอวร้าวลงขา มักเป็นในผู้ที่มียอายุ 40 ปีขึ้นไป หรือในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุ วัตถุประสงค์ของบทความชิ้นนี้คือ การรวบรวมข้อมูลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน ไม่ว่าจะเป็นการฝังเข็ม การนวดทุยหนา การจ่ายยาสมุนไพร การครอบแก้ว การบริหารร่างกาย เป็นต้น สรุปรวบรวมไว้สำหรับแพทย์แผนจีน เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาโรคนี้ให้ได้ผลดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่นๆ ได้เข้าใจในศาสตร์การแพทย์ทางเลือกในการดูแลรักษาโรคนี้อย่างปลอดภัย และมีทางเลือกให้กับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท; การฝังเข็ม; การนวดทุยหนา; ยาสมุนไพรจีน

ผู้รับผิดชอบบทความ: บดินทร์ ก่อกวิน: korkawin@hotmail.com

Received: 19 July 2021

Revised: 9 December 2021

Accepted: 16 December 2021

บทนำ

โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท (lumbar disc herniation, LDH) เป็นโรคที่พบได้บ่อย เกิดจากการเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูก จนเกิดการทรุดตัวไปกดทับเส้นประสาทที่อยู่บริเวณข้างเคียง ทำให้เกิดอาการปวดร้าวลงขา ขาชาลงไปตามแนวเส้นประสาท เมื่อเส้นประสาทมีการกดทับมากขึ้น จะทำให้เคลื่อนไหวตัวลำบาก ส่งผลต่อการยืน เดิน นั่ง นอน ถ้ามีการกดทับค่อนข้างมากจะพบกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือกล้ามเนื้อฝ่อลีบ เป็นต้น มักพบในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป หรือวัยรุ่นหนุ่มสาวที่มีกิจกรรมโลดโผน หรือเคยได้รับอุบัติเหตุที่กระดูกสันหลัง สาธารณรัฐประชาชนจีนระบุว่าโรคนี้เป็นหนึ่งในแปดโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาคุณภาพชีวิต^[1] แพทย์แผนจีนจัดโรคนี้ในกลุ่มโรค “กู่ปี้” (骨痹) หรือ “ปวดเอว” (腰痛) มีสาเหตุเกิดจากร่างกายอ่อนแอ มีการทำงานของตับและไตพร่อง เมื่อมีลมเย็นและความชื้นเข้ามากระทบ ส่งผลต่อการทำงานของเส้นลมปราณ ทำให้ชื้นและเลือดไหลเวียนติดขัด เมื่อลมปราณไหลเวียนไม่ดีก็จะทำให้เกิด

อาการปวดขึ้นมา ซึ่งศาสตร์การแพทย์แผนจีนมีวิธีการรักษาโรคดังกล่าวด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การฝังเข็ม การนวดทุยหนา การจ่ายยาสมุนไพรจีน การรักษาอื่นๆ บทความนี้ได้รวบรวมรายละเอียดของวิธีดังกล่าว

วิธีการสืบค้นข้อมูล

สืบค้นข้อมูลจากตำราการแพทย์แผนจีนและวารสารทางการแพทย์แผนจีน ที่ตีพิมพ์ในสาธารณรัฐประชาชนจีน และนานาชาติ

เนื้อหาที่กบฏวน

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การรักษาโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน มีได้หลายวิธี ได้แก่

การฝังเข็ม

จากหลักการของแพทย์จีนกล่าวไว้ว่า การฝังเข็มจะช่วยอบอุ่นเส้นลมปราณกระจายความเย็น กระตุ้น

การไหลเวียนเลือด ช่วยลดการอักเสบและบวมที่บริเวณ รากประสาท จากงานวิจัยพบว่า หลังการฝังเข็มและการ นวดทุยหนาไปแล้ว สารกระตุ้นการอักเสบ ได้แก่ TNF- α และ IL-1 มีระดับที่ลดลง^[2] และช่วยคลายกล้ามเนื้อได้อีกด้วย นอก เหนือจากแนวทางการรักษาพื้นฐานในคู่มือการฝังเข็มชั้น พื้นฐานยังสามารถเพิ่มเติมวิธีการรักษาได้ดังต่อไปนี้

1. ปรับเปลี่ยนวิธีการฝังเข็ม มีการอ้างอิงการรักษา จากตำราโบราณหวังตี้เนยจิงที่ได้กล่าวถึงวิธีการฝังเข็มใน รูปแบบต่างๆ ได้แก่ การฝังเข็มด้านที่ไม่แสดงอาการ (巨刺) ฝังลงตามแนวเส้นลมปราณ^[3] การฝังเข็มที่ตำแหน่งจุดกดเจ็บ ที่บริเวณช่วงเอว แล้วกระตุ้นเข็มแบบขึ้นลงแล้วแทงเข็มไป ทางซ้ายและขวา (合谷刺) ร่วมกับการฝังตามแนวเส้น- ลมปราณ^[4] การฝังเข็มที่จุดกดเจ็บลงไป 1 เล่ม กระตุ้นเข็ม ประมาณ 1 นาที จากนั้นจึงฝังเข็มอีก 2 เล่ม ในตำแหน่ง ข้างเคียง ให้ปลายเข็มแทงเข้าหาเข็มแรก กระตุ้นเข็ม ประมาณ 1 นาที (齐刺) ร่วมกับการฝังเข็มตามแนวเส้น- ลมปราณ^[5] การฝังเข็มแบบปลาติดเบ็ด (金钩钓鱼针法) จะเลือกใช้จุดตามแนวกระดูกสันหลังและจุดกดเจ็บร่วมกับการ ฝังตามแนวเส้นลมปราณ โดยจุดหลักอยู่ที่เอวจะฝังเข็ม ลงไป กระตุ้นจนเกิดการเตือซี่ แล้วหมุนเข็มจนเกี่ยวกับเนื้อ เยื่อโดยรอบจนรู้สึกเหมือนปลาเกี่ยวติดเบ็ด^[6]

2. เพิ่มการฝังเข็มที่จุดปาเหลียว (八膠穴) จาก งานวิจัยพบว่า การฝังเข็มที่จุดปาเหลียวร่วมกับการนวด- ทุยหนา จะช่วยลดเอ็นไซม์ MMP-3, TGF-beta1, PGE2 ที่ทำให้เกิดการอักเสบและการปวด และยังสามารกระตุ้น ระดับภูมิคุ้มกันในเลือดได้แก่ IgA, IgG, IgM ให้มากขึ้น อีกด้วย^[7] จากตำรา “เงินจี้ต้าเฉิง” 《针灸大成》 ได้ กล่าวไว้ว่า จุดปาเหลียวสามารถรักษาอาการปวดหลังได้ เนื่องจากจุดปาเหลียวนั้นอยู่ที่บริเวณหลังส่วนล่างอยู่บน เส้นลมปราณกระเพาะปัสสาวะ เมื่อฝังเข็มไปที่จุดนี้จะช่วย กระตุ้นให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น สลายเลือดคั่ง บำรุงไต เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง

3. การฝังเข็มร่วมกับรมยาสมุนไพร (灸疗) การรมยา สมุนไพรหรืออายุจิว วางไปบนเข็ม โดยจะเน้นจุดที่สามารถบำรุงไต เซินซู (肾俞) มิ่งเหมิน (命门) เยาหยางกวน (腰阳关) ต้าฉางซู (大肠俞) กวนหยวนซู (关元俞) การ ฝังเข็มในรูปแบบนี้จะอาศัยความร้อนจากตัวสมุนไพรจีนที่ จุดอยู่บนตัวเข็มจะช่วยให้การกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการฝังเข็มในจุดเดียวกันแต่ไม่มี การรมยาสมุนไพร^[8]

4. การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า ในกลุ่มที่เลือดและชี หลไหลเวียนติดขัด (气滞血瘀型) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการ ปวดค่อนข้างมาก การเพิ่มการกระตุ้นไฟฟ้าแบบ

กระแสลับ (疏密波) ไปที่จุดต้าฉางซู (大肠俞) และจุด หวนเทียว (环跳) การใช้คลื่นนี้จะช่วยกระตุ้นสมองให้หลั่ง สารสื่อประสาท 5-HT enkephalin ที่มีส่วนช่วยในการ ระบายความเจ็บปวดให้มีระดับสูงขึ้น นอกจากนี้ยังช่วย คลายกล้ามเนื้อ ลดอาการอักเสบ กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ให้ดียิ่งขึ้น^[9]

การนวดทุยหนา

การนวดทุยหนาเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาโรคของแพทย์- แผนจีน ด้วยวิธีการใช้มือหรือส่วนต่างๆ นวดแบบกดคลึง เป็นต้น ร่วมกับการจัดกระดูกทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ช่วย ในการทะลวงเส้นลมปราณ ลดการเกิดพังผืดในกล้ามเนื้อ ถ้าทำหัตถการตามแนวทางชั้นพื้นฐานได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร อาจเพิ่มการหัตถการดังต่อไปนี้

1. งานวิจัยพบว่า การรักษาตามแพทย์แผนจีนด้วย การนวดทุยหนา จัดกระดูกร่วมกับการฝังเข็มได้ผลดีกว่า การทำกายภาพบำบัดที่ทำการดึงหลังเพียงอย่างเดียว เนื่องจากการทำการนวดทุยหนา จะเน้นการคลายกล้ามเนื้อ จัดกระดูกให้เข้าที่ เพื่อลดแรงดันในหมอนรองกระดูกให้ ลดลง ทำให้แรงที่มากกดทับรากประสาทก็ลดลงด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การทำงานของข้อต่อและกล้ามเนื้อกลับมา ทำงานได้เป็นปกติ เมื่อมีการฝังเข็มเพิ่มเติมจะช่วยเสริมให้ ร่างกายหลังสามารถรับอาการปวด ลดกระบวนการเกิดการ อักเสบที่รากประสาทและหมอนรองกระดูก^[10]

2. เน้นการนวดจุดเกาะต้นของกล้ามเนื้อ hip adductors ที่บริเวณขาหนีบ^[11] กล้ามเนื้อมัดนี้ทำหน้าที่ ในการหุบขาเข้าด้านใน มีเส้นประสาท obturator และ femoral ทำหน้าที่ควบคุมการทำงาน เมื่อทำการนวดที่ จุดนี้เท่ากับได้กระตุ้นเส้นประสาทถึงสองเส้น จะช่วยในการ คลายกล้ามเนื้อ psoas และ iliopsoas ทำให้แรงดันใน หมอนรองกระดูกสันหลังลดลง ควรใช้วิธีนี้ร่วมกับการทำ หัตถการอื่นๆ เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดียิ่งขึ้น

3. การบริหารร่างกายแบบ McKenzie^[12] โดยจะ เน้นให้ผู้ป่วยทำการกายบริหารภายหลังเข้ารับการรักษา ด้วยการนวดทุยหนา การบริหารร่างกายแบบนี้จะอาศัย กลไกการทำงานของหมอนรองกระดูกคือ เมื่อร่างกาย เอนตัวไปด้านหน้าหมอนรองกระดูกจะถูกดันไปด้านหลัง แต่เมื่อเอนตัวไปด้านหลังหมอนรองกระดูกจะถูกดันมา ด้านหน้า การเกิดโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นเกิดจาก หมอนรองกระดูกถูกดันมาทางด้านหลัง ฉะนั้นการบริหาร ร่างกายด้วยวิธีนี้จะต้องค่อยๆ ดันหมอนรองกระดูกให้ กลับเข้าที่ ทำแรกให้คนไข้ทำ plank โดยให้คนไข้ นอนคว่ำใช้ศอกดันลำตัวให้ตั้งตรง ขนานกับลำตัว เกร็ง หน้าท้องและลำตัวให้ตรง ขมิบก้น จิกปลายเท้าลงกับพื้น

แล้วดันตัวขึ้นเอาข้อศอกทั้งสองข้างดันพื้นไว้ ทำท่านี้นาน 10 วินาที ทำ 10 ครั้ง เป็น 1 เซต ทำทั้งหมด 3 เซต ทำที่ 2 ให้คนไข้นอนคว่ำราบลงกับพื้น จากนั้นใช้ข้อศอกดันศีรษะและหน้าอกขึ้น โดยที่หน้าท้องและขาทั้งสองข้างยังติดอยู่กับพื้น ทำท่านี้ครั้งละ 1 นาที ถือว่าเป็น 1 ครั้ง ทำ 10 ครั้ง ถือว่าเป็น 1 เซต ทำวันละ 4 เซต ทำที่ 3 ให้คนไข้นอนคว่ำ เอาฝ่ามือดันลำตัวและหน้าท้องขึ้นมาโดยที่ขาทั้งสองข้างยังติดอยู่กับพื้น เหยียดแขนทั้งสองข้างให้ตรง ทำครั้งละ 10 วินาที ถือว่าเป็น 1 ครั้ง 6 ครั้งเป็น 1 เซต ทำรอบละ 10 เซต ทำวันละ 4 รอบ (**ใช้ทำนี้ในผู้ที่มีการปวดไม่รุนแรงมากเกินไป)

การใช้อาสนะโพธิ์

การใช้อาสนะโพธิ์ในการรักษาโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทนั้นก็ได้ผลดีไม่แตกต่างจากวิธีที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งอาจจะใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่นๆ เช่น การนวดทุยหนา หรือการฝังเข็มก็ได้ เป็นการรักษาจากภายนอกและภายใน ทำให้หายจากอาการเจ็บปวดได้ดียิ่งขึ้น

1. การใช้ตำรับยา ปู่เซินโงบี้หัวเสวียทัง (补肾通痹活血汤) เหมาะสำหรับคนที่มีภาวะตับและไตพร่อง^[13] โรคนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรค ปี้เจิ้ง (痺证) หรือ ปวดเอว (腰痛) ของตำราแพทย์แผนจีนโบราณ มักมีเหตุปัจจัยจากตับและไตพร่อง ซึ่งและเลือดผิดปกติ อีกทั้งยังมีการทำงานหนักทำให้ร่างกายอ่อนแอ ร่วมกับการได้รับเหตุปัจจัยจากภายนอกเข้ามากระทบ ทำให้ซึ่งและเลือดไหลเวียนติดขัด ทำให้เอ็นและเส้นลมปราณได้รับผลกระทบ ทำให้มีอาการปวด เพราะฉะนั้นการใช้อาสนะจึงเน้นบำรุงตับไต ขับเลือดและซึ่ง แก้วปวด ซึ่งประกอบด้วยตัวยา ตู๋หวั (独活) ซังจีเซิง (桑寄生 กาฝากต้นหม่อน) ตู๋จั้ง (杜仲) ไก่วจี (狗脊) หินวซี (牛膝) เวยหลิงเซียน (威灵仙) จีเสวียเถิง (鸡血藤) ตังกุย (当归) ซือสาว (赤芍) หงฮวา (红花 ดอกคำฝอย) ถูเปียงฉง (土鳖虫) กุ้ยจื่อ (桂枝 กิ่งอบเชย) กานเจียง (干姜 ขิงแห้ง) มู่เซียง (木香 โกรฐกระดูก) กันเฉ่า (甘草 ชะเอมเทศ)

2. การใช้ตำรับยา ปู่หยางหวงอู่ทัง (补阳还五汤) ในกลุ่มวัยรุ่น^[14] ในกลุ่มคนที่ต้องนั่งนาน ยืนนาน รวมไปถึงกลุ่มคนอ้วน ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคนี้ได้ง่าย เมื่อเป็นโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท จะมีอาการปวดและสามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน ถ้ากดตำแหน่งที่ปวดจะรู้สึกเจ็บมาก ปวดเมื่อยเอวง่าย จะมีอาการปวดมากเวลากลางคืน แต่กลางวันไม่ค่อยรู้สึก เมื่อเอนตัวไปด้านหลังและบิดตัวจะมีอาการมากขึ้น ลื่นมีสีม่วงคล้ำ มีจุด สีพริ้วตึงเป็นเส้นหรือผืด (弦紧/涩) แพทย์จีนจัดอาการเหล่านี้อยู่ในกลุ่มซึ่งพร่องจนทำให้เกิดเลือดคั่ง

ด้วยที่ใช้คือ เซิงหวงฉี (生黄芪) 120 กรัม ตังกุย (当归) 12 กรัม ซือสาว (赤芍) 10 กรัม ซวนเซียง (川芎 โกรฐหัวบัว) 6 กรัม เกาเหริน (桃仁 เมล็ดท้อ) 6 กรัม หงฮวา (红花 ดอกคำฝอย) 6 กรัม ตี้หลง (地龙 ไส้เดือน) 6 กรัม ถ้ามีอาการชาทำให้เพิ่ม มู่กัว (木瓜) 10 กรัม ผางเฟิง (防风) 10 กรัม กรณีที่มีภาวะไตพร่องเพิ่ม ตู๋จั้ง (杜仲) 15 กรัม ซวี่ต้วน (续断) 15 กรัม ถ้าปวดมากให้เพิ่มเหยียนหูลั่ว (延胡索) 10 กรัม ซึ่งจากงานวิจัยในสัตว์ทดลองพบว่า ด้วยยาจะช่วยให้การเจริญเติบโตและซ่อมแซมเซลล์ประสาทที่ได้รับบาดเจ็บ^[15]

3. ตำรับยา ตู๋หวัเจีเซิงทัง (独活寄生汤) เหมาะกับคนที่สภาพร่างกายมีการไหลเวียนของซึ่งและเลือดติดขัด ได้รับความเย็นหรือความร้อนขึ้นมากกระทบ มีภาวะตับและไตพร่อง ด้วยยาจะช่วยบำรุงและกำจัดสารพิษ จากงานวิจัยพบว่า ด้วยยาในตำรับนี้จะช่วยลดอาการปวด ด้านการอักเสบ ช่วยซ่อมแซมหมอนรองกระดูก ลดการเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูก ป้องกันการเสื่อมสภาพของเส้นประสาท และกระตุ้นการซ่อมแซมของเซลล์ประสาท^[16]

4. ตำรับยาเกาเหรินโงบี้หวน (桃仁通痹丸) กลุ่มคนที่มีซึ่งและเลือดไหลเวียนติดขัด^[17] จนทำให้การทำงานของเส้นลมปราณไหลเวียนไม่สะดวกจนเกิดการอุดตัน ทำให้มีอาการปวด ด้วยยาที่ใช้ประกอบด้วย เกาเหริน (桃仁 เมล็ดท้อ) หงฮวา (红花 ดอกคำฝอย) ซือสาว (赤芍) สู้ตหวง (熟地黄 โกรฐขี้แมลงวัน) มู่ไตเว่ (木豆叶) ซวนเซียง (川芎 โกรฐหัวบัว) หลงเสวียเจี (龙血竭) จื่อเซียว (枳壳 ผลส้มซ่า) ซวี่ต้วน (续断) จีเสวียเถิง (鸡血藤) ซวนหนิวซี (川牛膝) ใช้วันละ 6 กรัม วันละ 2 ครั้ง ด้วยยาจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ลดการอักเสบของเนื้อเยื่อต่างๆ บำรุงเส้นประสาทและหลอดเลือด และลดอาการปวด

การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ได้แก่

1. การอบด้วยยาสมุนไพร^[18] (中药熏蒸) จากงานวิจัยพบว่า การอบด้วยยาสมุนไพรร่วมกับการฝังเข็มและการนวดทุยหนาจะช่วยให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น โดยใช้ด้วยาดังต่อไปนี้ เหล้า (黄酒) 20 มิลลิลิตร ไท่กู่เฉ่า (透骨草) มู่กัว (木瓜) ซังจื่อ (桑枝 กิ่งหม่อน) เซียนเหนียนเจียน (千年健) ตังกุยเหว่ย (当归尾 โกรฐเซียง) กุ้ยจื่อ (桂枝 กิ่งอบเชย) อย่างละ 12 กรัม ถ้ามีอาการปวดมากให้เพิ่มด้วยา จื่อชานอู๋ (制川乌) จื่อฉางอู๋ (制草乌) ซวนเซียง (川芎 โกรฐหัวบัว) หงฮวา (红花 ดอกคำฝอย) อย่างละ 12 กรัม อบวันละ 30 นาที

2. การฝังเข็มเสี้ยวจินเตา (小针刀) เข็มชนิดนี้ถือเป็นเข็มชนิดหนึ่งในศาสตร์การฝังเข็มแบบโบราณ มีปลายแบน ทำหน้าที่คล้ายกับมีดขนาดเล็ก สามารถตัดเนื้อเยื่อต่างๆ ได้ดี กระตุ้นเส้นประสาทได้มากกว่า เนื่องจากมีขนาดเข็มที่ใหญ่กว่า จึงช่วยคลายกล้ามเนื้อที่เป็นพังผืดได้ดี จากงานวิจัยพบว่า การฝังเข็มชนิดนี้ร่วมกับการจัดกระดูกจะให้ผลการรักษาได้ดียิ่งขึ้น^[19] เมื่อเปรียบเทียบกับ การฝังเข็มและการนวดทุยหนาแล้วก็ได้ผลที่ชัดเจนมากกว่าและรวดเร็วกว่า^[20]

3. การปล่อยเลือด (放血疗法) คือ การใช้เข็มแทงลงไปบนผิวหนัง แล้วใช้ถ้วยดูดสุญญากาศดึงเลือดที่อยู่บริเวณใต้ผิวหนังออกมา ส่วนมากจะเลือกจากจุดบนเส้นลมปราณที่เกี่ยวข้องกัน ในทางการแพทย์แผนจีนมองว่า “ต้นเหตุของการเกิดโรคเกิดจากการอุดกั้นของเลือดและชี” เมื่อลมปราณไหลเวียนไม่สะดวกก็ทำให้เกิดการปวดขึ้น การปล่อยเลือดจึงเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนเลือดทางตรง ช่วยดึงออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ มาเลี้ยงบริเวณนั้นมากขึ้นช่วยให้การรักษาหลักได้ผลดียิ่งขึ้น^[21]

4. การบริหารแบบจิน^[22] ได้แก่ ปาตวันจิน ไทเก็ก อี้จิ้นจิง อุฉินชี สามารถช่วยบรรเทาอาการปวดหลังจากโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทได้ เนื่องจากกลไกการเกิดโรคจากการที่มีพฤติกรรมนั่งทำงานเป็นเวลานาน ทำให้กล้ามเนื้อหลังมีการเกร็ง ขัดต่อเคลื่อนไหวติดขัด ส่งผลไปยังหมอนรองกระดูกและเส้นประสาท การบริหารร่างกายจะช่วยให้อาการกล้ามเนื้อเกิดความยืดหยุ่น เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว และกล้ามเนื้อส่วนเอวที่ช่วยพยุงข้อต่อไม่ให้ไปกดทับเส้นประสาท เพิ่มการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังช่วยลดการอักเสบได้อีกด้วย

บทสรุป

แพทย์แผนจีนเป็นศาสตร์การรักษามีมายาวนานเป็นพันปี การรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ค่อนข้างหลากหลาย มีจุดเด่นที่แตกต่างกัน ความยากง่ายในการทำหัตถการที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับแพทย์แต่ละคนจะมีความสนใจเชี่ยวชาญที่แตกต่างกันออกไปที่จะนำเอาวิธีการรักษาเหล่านั้นมาใช้ให้ได้ผลดี การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนต่างๆ ดังที่กล่าวมานั้น จะช่วยฟื้นฟูร่างกายใน 3 ด้านหลักๆ ได้แก่ (1) การกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ลดการอักเสบของเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ (2) คลายกล้ามเนื้อและช่วยให้ข้อต่อทำงานได้ดีขึ้น ลดการกดทับต่อเส้นประสาทที่เป็นสาเหตุหลักของโรค (3) การบริหารร่างกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่อให้สามารถพยุง

ร่างกายให้เคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าจากงานวิจัยส่วนใหญ่จะนำเอาจุดเด่นของหัตถการต่างๆ ผสมผสานเข้าด้วยกันเพื่อให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น

References

1. Zhang MC, Wang X, Shi Y. Shi's traumatology medical center proposed pattern identification and treatment standard of lumbar intervertebral disc herniation (I) staging diagnosis scheme. Shanghai J Tradit Chin Med. 2020;54(1):9-12. (in Chinese)
2. Guan W, Yu QH. Clinical effect of acupuncture in patients with lumbar disc herniation and its effect on sciatic nerve injury repair. Journal of Hubei University of Chinese Medicine. 2021; 23(3):90-2. (in Chinese)
3. Li LL. Effect of contralateral needling on F-wave of electromyography in patients with lumbar disc herniation. Res Integr Chin West Med. 2019;11(3):125-7. (in Chinese)
4. Huang JS, Xie XQ. Clinical observation on AShi Acupoint HeGu needling combined with massage in treating lumbar intervertebral disc protrusion. Western J Trad Chinese Med. 2013; 26(11):111-3. (in Chinese)
5. Zhao CZ, Zhao YD, Zhang GX. Clinical observation of triple needling combined with central-square needling treating LDH. J Clin Acupunct Moxibustion. 2019;35(5):37-40. (in Chinese)
6. Zhu BW, Zhang XH, Sun RJ. Zheng's gold hook fishing acupuncture for lumbar disc herniation: a clinical observation. Chin Acupunct Moxibustion. 2016;36(4):355-8. (in Chinese)
7. Zhang JL, Zhang ZG, Yang LJ. Clinical observation Zheng's warming acupuncture for lumbar disc herniation. Shanghai J Acupunct Moxibustion. 2018;37(8):937-40. (in Chinese)
8. Tang CY, San EL. Clinical observation on rarefaction wave electroacupuncture at BL 25 and GB 30 plus TCM massage for lumbar disc herniation. Journal of Medicine Theory and Practical. 2021;34(8):1340-2. (in Chinese)

9. Lu G, Wang Y, Wang Q, Li J. Clinical observation on acupuncture plus adductor muscle massage release for lumbar disc herniation. *World Latest Medicine Information*. 2019;19(24): 146-7. (in Chinese)
10. Zhang H. The effect of acupuncture and TCM massage treatment of lumbar intervertebral disc herniation on lumbar vertebra function and lumbar joint mobility. *Gansu Science and Technology*, 2019;35(13):148-9. (in Chinese)
11. Liu BY. McKenzie therapy stretching exercise combination with abdominal bridge movement on lumbar disc herniation. Chengdu: Sport Medicine and Health Science Faculty of Chengdu Sport College; 2019. (in Chinese)
12. Yang Z, Ma Y. Clinical effect of acupuncture on Baliao point combine with TCM massage for lumbar disc herniation. *Journal of Jilin Traditional Chinese Medicine*. 2021;41(5): 685-8. (in Chinese)
13. Wang XD, Xie JR. Bu Yang Huanwu decoction combined with massage for lumbar intervertebral disc herniation treatment in youth. *Journal of Guangxi Traditional Chinese Medicine*. 2019; 42(2):63-4. (in Chinese)
14. Qian YB, Tao YL. Experimental study on Bu Yang Huanwu decoction in promoting neuron survival after peripheral nerve injury. *Chinese Journal of Practical Surgery*. 2002;16(3):152-4. (in Chinese)
15. Bai ZX, Dong YL. Visualized analysis of the "Drug target protein model" of Duhuoji sheng decoction for intervention of lumbar intervertebral disc herniation. *World Chin Medicine*. 2021;16(18):2657-62. (in Chinese)
16. Lin HQ. Clinical observation on treatment of lumbar intervertebral disc herniation (stagnation of qi and blood stasis) using acupuncture and tuina combined with Taoren Tongbi pill. *Asia-Pacific Trad Med*. 2019;15(6):153-5. (in Chinese)
17. Pan AM. Clinical observation on Chinese steaming therapy plus acupuncture and TCM massage for lumbar disc herniation. *China Rural Health*. 2019;172(22):26-8. (in Chinese)
18. Wang SD, Song X. Clinical effect of acupotomy combine chiropractic in patient with lumbar disc herniation. *Chinese Medicine Modern Distance Education of China*. 2021;19(5):111-2. (in Chinese)
19. Chen P. Clinical effect of acupotomy in patient with lumbar disc herniation. *Medical Diet and Health*. 2020;3:61-3. (in Chinese)
20. Li HQ. Clinical observation on TCM massage plus bloodletting therapy for lumbar disc herniation. *Chinese Manipulation and Rehabilitation Medicine*. 2019;10(18):14-5. (in Chinese)
21. Cao B, Guo GX. Research progress on the prevention and treatment of lumbar intervertebral disc herniation by using Daoyin Gong method. *World Chinese Medicine*. 2021;16(10): 1633-6. (in Chinese)
22. Li LF, Fang XH. Clinical observation of Bushen Tongbi Huoxue decoction in treating patients with lumbar intervertebral disc herniation. *Chinese J Trad Med Sci Technol*. 2021;28(4): 655-6. (in Chinese)

Review Article

A review on treating lumbar spondylosis by traditional Chinese medicine

Bordin Korkawin

Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand

Abstract: Lumbar disc herniation is a condition frequently found in Thailand. The main symptom is lower back pain and a sharp pain from the lower back down to the leg. It is often found in patients over 40 years old, or from accident. The main focus of this article is to look into researches of lumbar disc herniation treatments with traditional Chinese medicine, i.e. acupuncture, TCM massage, Chinese herbal medicine, cupping and physical exercise. All of the treatments mentioned are summarized in this article for Chinese medicine practitioners to better treat their patients. Moreover, medical personal from other disciplines can understand the treatments of alternative medicine and have more options to treat patients safely.

Keywords: lumbar disc herniation; acupuncture; TCM massage; traditional Chinese medicine

Corresponding Author: Bordin Korkawin: korkawin@hotmail.com



文献综述

中医治疗腰椎间盘突出症的研究进展

关金顺

泰国华侨中医院

摘要: 在泰国腰椎间盘突出症是较为常见的疾病, 主要症状是腰痛和下肢放射痛, 好发于 40 岁以上或有外伤史, 本文目的对中医治疗腰椎间盘突出症的研究结果包括针灸、推拿、中药、拔罐、锻炼等治疗方法进行研究和总结, 为了让泰国的中医师治疗本病取得良好的效果, 除此之外让医疗相关人员能够了解替代医学的治疗方式, 而且推荐比较安全的治疗方法给病人。

关键词: 腰椎间盘突出症; 针灸; 推拿; 中药

通讯作者: 关金顺: korkawin@hotmail.com

บทความปกพิเศษ

ความแตกต่างระหว่างอินเพียนในตลาดประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาชนจีน The differences of Yin-Pian in the Thai and Chinese markets 中药饮片在中泰两国市场中的差异

ลู่ เหมยกุ้ย

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

Lu Meigui

Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand

陆梅瑰

泰国华侨中医院

ผู้รับผิดชอบบทความ: ลู่ เหมยกุ้ย: gulaplmg@gmail.com

Corresponding author: Lu Meigui: gulaplmg@gmail.com

通讯作者: 陆梅瑰: gulaplmg@gmail.com



Received: 10 November 2021 Revised: 20 November 2021 Accepted: 7 January 2022



บทนำ

อินเพียน คือ เครื่องยาพร้อมใช้ที่ได้ผ่านกระบวนการเตรียมจากสมุนไพรดิบหรือเหี่ยว (สมุนไพรที่เก็บเกี่ยวมาได้) ซึ่งกระบวนการเตรียมอินเพียน (เผาจี้) ของสาธารณรัฐประชาชนจีน มีวิธีและขั้นตอนมากมาย อินเพียนถือได้ว่าเป็นเครื่องยาที่คนทั่วโลกนิยมและมีการใช้อย่างแพร่หลาย จึงทำให้ปริมาณการส่งออกเครื่องยาจากสาธารณรัฐประชาชนจีนมีปริมาณเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี ประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งประเทศที่มีการสั่งนำเข้าเครื่องยาจากสาธารณรัฐประชาชนจีนมาอย่างยาวนาน แต่เนื่องจากข้อกำหนดมาตรฐานการควบคุมคุณภาพของสมุนไพรจีนมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ จึงทำให้เครื่องยาจีนบางชนิดที่ใช้ในประเทศไทย อาจจะไม่ตรงตามข้อกำหนดมาตรฐานของเภสัชตำรับของสาธารณรัฐประชาชนจีน^[1] บทความนี้ได้ทำการเปรียบเทียบถึงความแตกต่างและปัญหาในการใช้บางชนิดในประเทศไทยกับสาธารณรัฐ-

ประชาชนจีน ในหัวข้อ (1) ลักษณะภายนอก (2) ส่วนที่ใช้เป็นยา (3) กระบวนการเตรียมยา และ (4) แหล่งผลิต

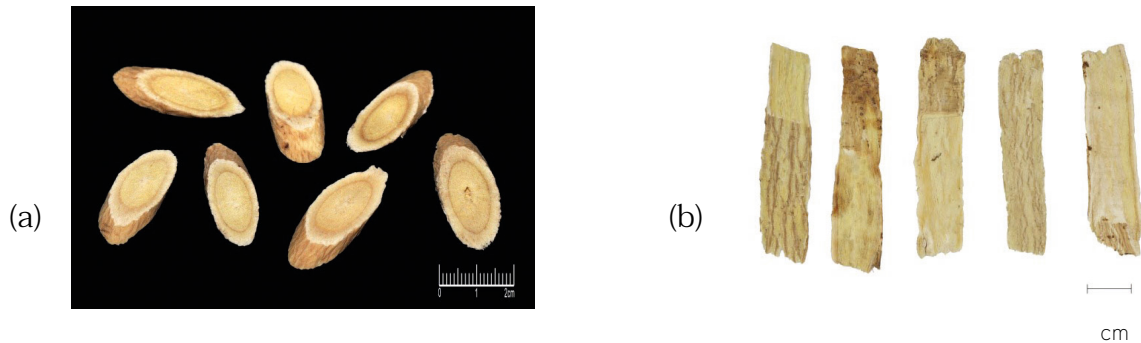
ลักษณะภายนอกของอินเพียน

การสังเกตรูปร่างลักษณะภายนอกเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการพิสูจน์ชนิดของเครื่องยา ผลจากการเตรียมอินเพียนอาจทำให้สมุนไพรชนิดหนึ่งๆ มีรูปลักษณะของอินเพียนได้มากกว่า 1 แบบ เช่น การหั่นขวาง หั่นตามยาว หรือหั่นเฉียง ตัวอย่างอินเพียนในประเทศไทยที่มักพบว่าจะมีลักษณะภายนอกแตกต่างจากรูปแบบมาตรฐานของอินเพียนในสาธารณรัฐประชาชนจีน เช่น หวงฉี (黄芪)

หวงฉี คือ รากแห้งของพืชที่มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Astragalus propinquus* Schischkin [ชื่อพ้อง *Astragalus membranaceus* var. *mongholicus* (Bunge) P.K. Hsiao และ *A. membranaceus*

(Fisch.) Bge.] วงศ์ Fabaceae (Leguminosae-Papilionoideae)^[1] มีสรรพคุณบำรุงซี่ ระวังเหี่ยว ขับปัสสาวะลดอาการบวม เพิ่มสารอินทรีย์สร้างเลือด ทำให้ซี ไทลเวียน ระวังปวด ช่วยรักษาบาดแผลและสร้างเนื้อเยื่อ วิธีการเตรียมหวงฉีเป็นอินเพียนมีดังนี้คือ นำสมุนไพรมา กำจัดสิ่งแปลกปลอม คัดแยกขนาด ล้างให้สะอาด แขน้ำ

ให้เนื้อตัวยาอ่อนนุ่ม แล้วหั่นเป็นแผ่นหนา และนำไปตากแห้ง อินเพียนหวงฉีในตำราจีนโบราณประชาชนจีนส่วนมากจะมี ลักษณะภายนอกเป็นแผ่นที่หั่นตามเฉียง แต่อินเพียน หวงฉีที่ พบเห็นได้บ่อยๆ ในประเทศไทยจะนำหวงฉีที่มีขนาด ค่อนข้างเล็กมาอัดเป็นแผ่น เรียกว่า “แผ่นเข็มขัด” (ภาพที่ 1) ซึ่งคุณภาพจะแตกต่างกัน



ภาพที่ 1 ลักษณะภายนอกแตกต่างกันของอินเพียนหวงฉีที่ใช้ในตำราจีนโบราณและประเทศไทย

(a) หวงฉีที่ใช้ในตำราจีนโบราณ^[2] (b) หวงฉีที่ใช้ในประเทศไทย

อินเพียนได้มาจากส่วนของพืชที่แตกต่างกัน

สมุนไพรแต่ละชนิดมีส่วนที่ใช้เป็นยาแตกต่างกัน นอกจากชนิดที่ถูกต้อง การใช้สมุนไพรยังต้องคำนึงถึงส่วน ที่ใช้ที่ถูกต้องด้วย ตัวอย่างอินเพียนในประเทศไทยที่มักพบ ว่าได้มาจากส่วนที่ใช้เป็นยาแตกต่างจากอินเพียนใน ตำราจีนโบราณประชาชนจีน เช่น หวงปู้หลิวสิง (王不留行)

หวางปู้หลิวสิง คือ เมล็ดสุกแห้งของพืชที่มีชื่อ วิทยาศาสตร์ว่า *Vaccaria egetalis* (Neck.) Garcke วงศ์ Caryophyllaceae^[1] สามารถเตรียมเป็นอินเพียน

ได้ 2 วิธี คือการกำจัดสิ่งแปลกปลอมและการนำมาคั่วด้วย ไฟระดับกลางจนปะทุพองเป็นสีขาว ทิ้งไว้ให้เย็น จะเรียก อินเพียนที่ได้นี้ว่า เฉ่าหวางปู้หลิวสิง (炒王不留行) ซึ่งการคั่วจะทำให้ตัวยาวออกฤทธิ์กระตุ้นการไหลเวียนของ เลือด ทะลวงเส้นลมปราณ กระตุ้นการหลั่งน้ำนม ลดบวม แก้ปัสสาวะขัด และแก้ขัดเบาได้ดีขึ้น ในประเทศไทยมักพบ ว่าหวางปู้หลิวสิงไม่ใช่ส่วนของเมล็ด แต่เป็นส่วนกิ่งและใบ ซึ่งสรรพคุณทางยาจะไม่เหมือนกัน (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ลักษณะภายนอกแตกต่างกันของอินเพียนหวางปู้หลิวสิงที่ใช้ในตำราจีนโบราณและประเทศไทย

(a) หวงปู้หลิวสิงที่ใช้ในตำราจีนโบราณ^[2] (b) เฉ่าหวางปู้หลิวสิงที่ใช้ในตำราจีนโบราณ^[2]

(c) หวงปู้หลิวสิงที่ใช้ในประเทศไทย

อินเพี้ยนได้มาจากกระบวนการเตรียมที่แตกต่างกัน

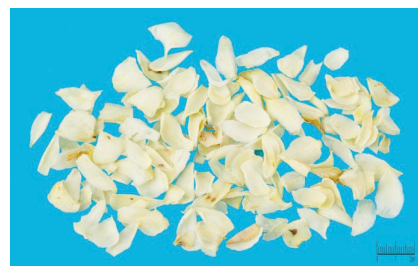
กระบวนการเตรียมอินเพี้ยนของสาธารณรัฐประชาชนจีนมีหลายขั้นตอน ตั้งแต่กระบวนการแปรรูปเบื้องต้นที่แหล่งปลูกไปจนถึงการแปรรูปด้วยเทคนิคพิเศษสมุนไพรแต่ละชนิดมีวิธีที่แตกต่างกัน และสมุนไพรชนิดหนึ่งๆ สามารถใช้วิธีการเตรียมอินเพี้ยนได้มากกว่า 1 วิธี ทำให้ได้อินเพี้ยนที่มีคุณสมบัติแตกต่างกัน การใช้ยาจะต้องเลือกใช้อินเพี้ยนที่ผ่านกระบวนการเตรียมที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ จึงจะสามารถบำบัดรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ในบทความนี้ขอยกตัวอย่างของอินเพี้ยนในประเทศไทยที่มักพบว่าผ่านกระบวนการเตรียมอินเพี้ยนที่แตกต่างจากมาตรฐานในเภสัชตำรับของสาธารณรัฐประชาชนจีน ได้แก่ ไปเหอ (百合) ปั่นเซีย (半夏) และสุหรินฉิง (徐长卿)

ไปเหอ คือ ใบเกล็ดแห้งที่ติดอยู่ที่หัวใต้ดินของพืชที่มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Lilium lancifolium* Thunb., *L. brownii* var. *viridulum* Baker หรือ *L. pumilum* Delile วงศ์ Liliaceae^[1] มีสรรพคุณช่วยบำรุงอิน ช่วยให้อุดมมีความชุ่มชื้น ระบายความร้อนในหัวใจ และสงบจิตใจ มีลักษณะเป็นแผ่นรูปรี ขอบโค้งเข้าด้านในเล็กน้อย



สีค่อนข้างขาว สีเหลืองอมน้ำตาลอ่อน หรือสีอมม่วง แต่มักพบว่าไปเหอในประเทศไทยมีสีขาวบริสุทธิ์ ทั้งนี้เนื่องจากการอบกัมมะถันหรือซัลเฟอร์ไดออกไซด์ในขั้นตอนการเตรียมอินเพี้ยน (ภาพที่ 3) การใช้ซัลเฟอร์ไดออกไซด์จะช่วยฆ่าหนอน ป้องกันเชื้อรา ช่วยในการอบแห้ง และทำให้เก็บรักษาได้นานมากขึ้น นอกจากนี้ยังจะทำให้ตัวยามีสีขาวขึ้น อย่างไรก็ตาม เภสัชตำรับในสาธารณรัฐประชาชนจีน ฉบับปี 2015 ระบุว่ายาสมุนไพรและอินเพี้ยน (ยกเว้นธาตุวัตถุที่มีกัมมะถันเป็นองค์ประกอบ) จะต้องมียาปริมาณสารซัลเฟอร์ไดออกไซด์ที่ตกค้างไม่เกิน 30 มิลลิกรัม/กิโลกรัม (ยกเว้นมีข้อกำหนดพิเศษ)

นอกจากไปเหอแล้วยังมีอินเพี้ยนอีกหลายชนิดที่พบว่านิยมอบกัมมะถัน ได้แก่ ผื่นเก๋เก็น (粉葛根) ไปจู (白术) ไปเสา (白芍) หนิวซี (牛膝) เทียนหมา (天麻) ตังเซิน (党参) เทียนฮวาเฟิน (天花粉) เทียนตง (天冬) และ ไปจี (白及) ซึ่งเภสัชตำรับของสาธารณรัฐประชาชนจีนได้กำหนดให้สมุนไพรเหล่านี้มีปริมาณสารซัลเฟอร์ไดออกไซด์ตกค้างไม่เกิน 400 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ซานเหย้า (山药) เป็นอินเพี้ยนอีกชนิดที่นิยมผ่านการอบกัมมะถัน จะกำหนดให้มีซัลเฟอร์ไดออกไซด์ตกค้างไม่เกิน 10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม



ภาพที่ 3 ลักษณะภายนอกแตกต่างกันของอินเพี้ยนไปเหอที่ใช้ในสาธารณรัฐประชาชนจีนและประเทศไทย

(a) ไปเหอที่ใช้ในสาธารณรัฐประชาชนจีน^[2] (b) ไปเหอที่ใช้ในประเทศไทย

ปั่นเซีย คือ ลำต้นใต้ดินแห้งของพืชที่มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Pinellia ternata* (Thunb.) Makino วงศ์ Araceae^[1] มีวิธีการเตรียมอินเพี้ยนหลายวิธี ได้แก่

1. เชิงปั่นเซีย เตรียมโดยการล้างปั่นเซียให้สะอาด กำจัดรากฝอยและปอกเปลือกออก นำไปตากแห้ง เชิงปั่นเซียมีสรรพคุณ แก้อาเจียน ละลายเสมหะ ลดการไหลย้อนของซีรังบีอาเจียน และสลายก้อนบวม

2. ฝ่าปั่นเซีย เตรียมโดยการแช่ปั่นเซียจนน้ำซึมเข้าเนื้อใน แล้วนำมาแช่ต่อในน้ำต้มกันเฉ่า (ชะเอมเทศ) คนสม่ำเสมอวันละ 1-2 ครั้ง รักษาค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) ของน้ำให้สูงกว่า 12 แช่จนหน้าตัดมีสีเหลืองสม่ำเสมอ และเมื่อแตะแล้วรู้สึกชาเพียงเล็กน้อย นำออก

มาล้างให้สะอาด แล้วทำให้แห้ง น้ำต้มกันเฉ่าที่ใช้เตรียมมาจากการต้มกันเฉ่า 15 กิโลกรัม ต่อตัวยา 100 กิโลกรัม ต้มสองครั้ง รวมน้ำที่ต้มได้ เดิมปูนขาว 10 กิโลกรัม แล้วคนให้เข้ากัน ปั่นเซียเป็นตัวยามีพิษ การเตรียมปั่นเซียด้วยวิธีนี้ทำให้พิษของปั่นเซียลดลง และยังทำให้มีฤทธิ์สลายเสมหะเย็น ปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของม้ามและกระเพาะอาหาร

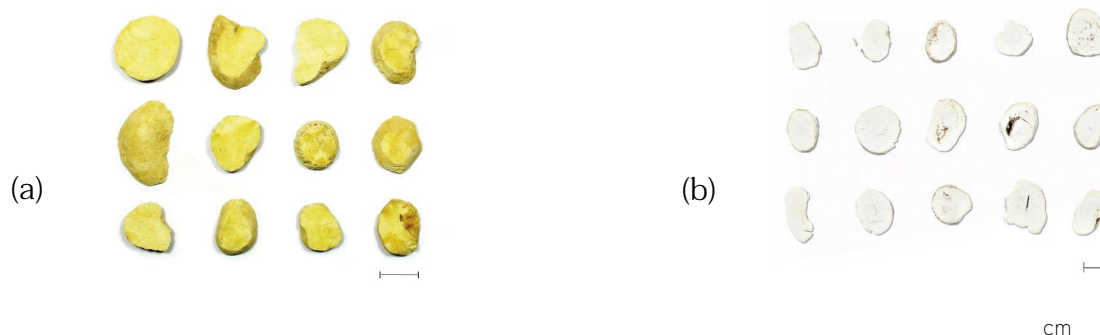
3. เจียงปั่นเซีย เตรียมโดยการแช่ปั่นเซียจนน้ำซึมเข้าเนื้อใน นำมาต้มต่อในน้ำต้มชิงจนสุกทั่ว นำขึ้นมาผึ่งในที่ร่มจนแห้งหมาดๆ จากนั้นนำไปทำให้แห้งสนิท หรือหั่นเป็นแผ่นหนา 1-2 มิลลิเมตร ก่อนทำให้แห้งสนิท น้ำต้มชิงที่ใช้เตรียมมาจากชิงสด 25 กิโลกรัม ต่อตัวยา 100 กิโลกรัม

และเติมสารส้ม 12.5 กิโลกรัม เช่นเดียวกับฝ้าน้ำเชื่อม การเตรียมบั้นเชียววิธีนี้จะช่วยลดพิษของบั้นเชียว และทำให้มีฤทธิ์ระงับอาการเจ็บปวด มีสรรพคุณหลักคือ อบอุ้ม กระเพาะอาหาร สลายเสมหะ และลดไข้ที่ไหลย้อนรับ อาเจียน

4. ชิงบั้นเชียว เตรียมโดยการแช่บั้นเชียวในสารละลาย สารส้มที่มีความเข้มข้น 8% แช่จนกระทั่งสารละลายสารส้ม ซึมเข้าเนื้อในตัวยาค และเมื่อแต่ละชิ้นแล้วรู้สึกชาเล็กน้อย นำออกมาล้างให้สะอาด หั่นเป็นแผ่นหนา 2-4 มิลลิเมตร ทำให้แห้งแล้วร้อนเค็มผึ่งออก ปริมาณของสารส้มที่ใช้ เตรียมสารละลายสารส้มคือ 20 กิโลกรัม ต่อดัวยา 100 กิโลกรัม การเตรียมบั้นเชียวด้วยวิธีนี้ทำให้บั้นเชียวมีพิษลดลง

และทำให้มีฤทธิ์สลายเสมหะเด่นขึ้น มีสรรพคุณหลักคือ ทำให้แห้งและสลายเสมหะ

จากอินเพี้ยนของบั้นเชียวที่กล่าวข้างต้น ฝ้าน้ำเชื่อม จะมีลักษณะเป็นแผ่นสีขาวอมเหลืองอ่อน สีเหลือง หรือ สีเหลืองอมน้ำตาล เนื้อค่อนข้างหยาบหรือแข็ง เพราะ หน้าตัดสีเหลืองหรือสีเหลืองอ่อน เมื่อเคี้ยวจะรู้สึกชาลิ้น เล็กน้อย แต่พบว่าฝ้าน้ำเชื่อมที่มีจำหน่ายในประเทศไทย มักมีสีขาว เนื่องจากผ่านกระบวนการเตรียมอินเพี้ยนที่ไม่ถูกต้อง (ภาพที่ 4) เนื่องจากบั้นเชียวเป็นตัวยาคที่เป็นพิษ ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา จึงต้องเตรียม อินเพี้ยนให้ถูกวิธี การเลือกซื้อจะต้องศึกษารูปร่างลักษณะ ของอินเพี้ยน ของบั้นเชียวแต่ละชนิดให้ดีเสียก่อน

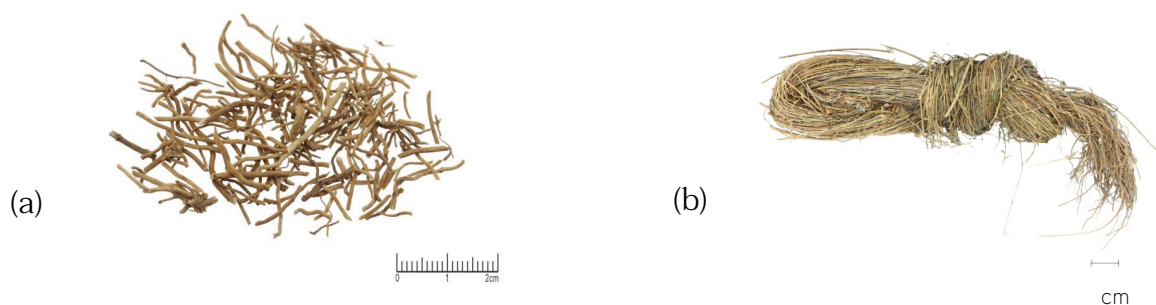


ภาพที่ 4 ลักษณะภายนอกแตกต่างกันของอินเพี้ยนฝ้าน้ำเชื่อมที่ใช้ในสาธารณรัฐประชาชนจีนและประเทศไทย

(a) ฝ้าน้ำเชื่อมที่ใช้ในสาธารณรัฐประชาชนจีน^[2] (b) ฝ้าน้ำเชื่อมที่ใช้ในประเทศไทย

สุทวิฉางซิง คือ รากและลำต้นใต้ดินแห้งของพืชที่มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Cynanchum paniculatum* (Bunge) Kitag. ex H.Hara วงศ์ Apocynaceae^[1] มีสรรพคุณขับกระจายไล่ลม ขับความชื้น ระงับปวด แก้คัน ใช้ในผู้ที่มีอาการปวดที่เกิดจากลมและความชื้น ปวดแน่นท้อง ปวดฟัน ปวดเอว บาดเจ็บฟกช้ำ ลมพิษ และผิวหนังอักเสบเรื้อรัง ตามเภสัชตำรับของสาธารณรัฐประชาชนจีนมีวิธีการเตรียมอินเพี้ยนคือ ต้องทำความสะอาดตัวยาสุมไพโรก่อน

เพื่อได้ตัวยาคที่สะอาดตามมาตรฐาน แล้วจึงทำการคัดเลือกเอาส่วนที่ใช้เป็นยา และคัดแยกส่วนที่ไม่ใช่ออกไป รวมถึงสิ่งแปลกปลอมและส่วนที่ขึ้นรา มีแมลง หลังจากนั้นล้างน้ำให้สะอาด หั่นเป็นท่อน แล้วทำให้แห้ง อินเพี้ยนของสุทวิฉางซิงจึงมีลักษณะเป็นท่อนสั้นๆ แต่ที่อาจพบในประเทศไทยจะมีลักษณะเป็นมัดของตัวยาสุมไพโร คือ ยังไม่ได้ผ่านกระบวนการเตรียมเป็นอินเพี้ยน (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 ลักษณะภายนอกแตกต่างกันของอินเพี้ยนสุทวิฉางซิงที่ใช้ในสาธารณรัฐประชาชนจีนและประเทศไทย

(a) สุทวิฉางซิงที่ใช้ในสาธารณรัฐประชาชนจีน^[2] (b) สุทวิฉางซิงที่ใช้ในประเทศไทย

อินเพียนมีแหล่งกำเนิดที่แตกต่างกัน

แหล่งกำเนิดหรือแหล่งผลิตที่ดีของอินเพียนแต่ละชนิดมีบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์การแพทย์แผนจีน อินเพียนจากต่างแหล่งผลิตจะมีคุณภาพที่ไม่เท่ากัน ตัวอย่างอินเพียนในประเทศไทยที่มักพบว่ามีแหล่งกำเนิดแตกต่างจากอินเพียนที่ใช้ในสาธารณรัฐประชาชนจีน เช่น ขวนหนิวซี (川牛膝)

ขวนหนิวซี คือ รากแห้งของพืชที่มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Cyathula officinalis* K.C.Kuan วงศ์ Amaranthaceae^[1] มีสรรพคุณช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด และชะลอการเสื่อมของกระดูก ทำให้ข้อต่อเคลื่อนไหวได้สะดวก ปัสสาวะคล่อง และรักษาอาการปวดข้อเท้า มีวิธีการเตรียมยาคือ กำจัดสิ่งแปลกปลอม คัดแยกขนาด ล้างให้สะอาด แช่น้ำทิ้งไว้ จนกระทั่งน้ำซึมเข้าเนื้อตัวยาระมาณ

ร้อยละ 60-70 นำขึ้นจากน้ำ หั่นเป็นแผ่นบางๆ แล้วทำให้แห้งที่อุณหภูมิ 60-70 องศาเซลเซียส อินเพียนโดยส่วนใหญ่จะมีลักษณะเป็นแผ่นบางกลมหรือรี มีรอย "วงปี" เป็นเอกลักษณ์ ขวนหนิวซีมีแหล่งกำเนิดอยู่ที่มณฑลชื้อชวน (เสฉวน) จัดเป็นยาสมุนไพรประจำถิ่นของมณฑลชื้อชวน อินเพียนที่มักสับสนกับขวนหนิวซีและพบได้บ่อยในประเทศไทยคือ ไหวหนิวซี (怀牛膝) หรือหนิวซี (牛膝) มีแหล่งกำเนิดที่มณฑลหูเป่ย์ ซึ่งนอกจากมีแหล่งกำเนิดต่างจากขวนหนิวซีแล้ว ยังได้มาจากพืชคนละชนิด คือ เป็นรากแห้งของพืชชนิดอื่นที่มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Achyranthes bidentata* Blume (พันงูน้อย) วงศ์ Amaranthaceae (ภาพที่ 6) ฉะนั้นสรรพคุณทางยาของขวนหนิวซีและไหวหนิวซีจึงไม่เหมือนกัน ต้องระมัดระวังในการใช้ยา



ภาพที่ 6 ลักษณะภายนอกแตกต่างกันของอินเพียนขวนหนิวซีที่ใช้ในสาธารณรัฐประชาชนจีนและประเทศไทย

(a) ขวนหนิวซีที่ใช้ในสาธารณรัฐประชาชนจีน^[2] (b) ขวนหนิวซีที่ใช้ในประเทศไทย

อุปสรรค

สาธารณรัฐประชาชนจีนมีพื้นที่กว้างใหญ่ มีแหล่งสมุนไพรจีนที่อุดมสมบูรณ์มากมาย มีการเปลี่ยนแปลงจากการเก็บสมุนไพรจากในป่ามาเป็นการเพาะปลูก แต่ในพื้นที่ที่มีความถนัดในการใช้ยาไม่เหมือนกัน มีการเรียกชื่อสมุนไพรชนิดเดียวกันแตกต่างกัน หรือเรียกชื่อเดียวกันแต่เป็นสมุนไพรคนละชนิดกัน อีกทั้งปัจจุบันอินเพียนมีราคาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดปัญหาของอินเพียนปลอมไม่ผ่านคุณภาพ เช่น มีการปนเปื้อน มีการอบด้วยกำมะถัน มีการปลอมปนสิ่งอื่นเพื่อเพิ่มน้ำหนัก หรือปลอมปนด้วยส่วนที่ไม่ได้ใช้ทำเป็นยา ดังนั้นจึงควรเลือกใช้อินเพียนที่มีมาตรฐานตามข้อกำหนดของเภสัชตำรับของสาธารณรัฐประชาชนจีน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

References

1. Chinese Pharmacopoeia Commission. Pharmacopoeia of the People's Republic of China 2015. Volume I. Beijing: China Medical Science Press; 2015. (in Chinese)
2. Xiao L, Lei L, Wen YSH. Illustrated Chinese materia medica. Chengdu: Sichuan Science and Technology Press; 2020. (in Chinese)

บทความปกพิเศษ

อันดับโรคที่ผู้ป่วยนิยมใช้การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนจากฐานข้อมูล ICD-10-TM ของ
คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนจีนห้วเจียว

**The ranking of the diseases which patients prefer traditional Chinese medicine
treatment at Huachiew (TCM) Clinic, according to ICD-10-TM database**

泰国华侨中医院 ICD-10-TM 数据库中患者偏爱中医治疗的疾病排名

เนมิราช พาหะมาก

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนจีนห้วเจียว

Naymirach Pahamak

Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand

王英哲

泰国华侨中医院

ผู้รับผิดชอบบทความ: เนมิราช พาหะมาก: naymirach@gmail.com

Corresponding author: Naymirach Pahamak: naymirach@gmail.com

通讯作者: 王英哲: naymirach@gmail.com



Received: 5 November 2021 Revised: 15 December 2021 Accepted: 22 December 2021



บทนำ

ศาสตร์การแพทย์แผนจีน คือศาสตร์การรักษาโรค
แขนงหนึ่งที่มีต้นกำเนิดในสาธารณรัฐประชาชนจีนมา
หลายพันปี ด้วยระยะเวลาที่ยาวนานผ่านการทดลองใช้
จริงและพิสูจน์ประสิทธิผลมาครั้งแล้วครั้งเล่าว่ามี
ประสิทธิผลในการรักษาโรค ทำให้ศาสตร์การแพทย์-
แผนจีนได้รับความนิยมและแพร่หลายไปยังประเทศ
ต่างๆ ทั่วโลก^[1]

ในช่วงธันวาคมปี 2019 เกิดวิกฤติการณ์การแพร่-
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็น
โรคอุบัติใหม่และแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วโดยมีการ
พบผู้ป่วยยืนยันครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น^[2] การแพร่กระจาย
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายอย่าง
รวดเร็วภายในประเทศจีนและเกิดการแพร่กระจายไปยัง

ประเทศต่างๆ โดยองค์การอนามัยโลกประกาศให้การ
ระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่าง
ประเทศ เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2020^[3]

ช่วงระหว่างเกิดวิกฤติการณ์การแพร่ระบาดของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศจีน เป็นช่วง
ระยะเวลาที่ประชาคมโลกจับตามองการควบคุมการแพร่
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน
ประเทศจีน โดยประเทศจีนได้นำการรักษาด้วยศาสตร์
การแพทย์แผนจีนเข้ามาช่วยเสริมในการรักษาผู้ป่วยของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลที่ได้คือประเทศจีน
สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ได้อย่างรวดเร็ว โดยระบุไว้ในเอกสาร
Fighting COVID-19^[4] ของการควบคุมการ

แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ประชาคมโลกได้ประจักษ์แจ้งถึงประสิทธิผลการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน

จุดเด่นของการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนที่ใช้ในการรักษาโรค หรืออาการที่ยังไม่สามารถระบุแนวทางการรักษาหรือระบุแนวทางการใช้ยาในการรักษาได้อย่างแน่ชัดคือ หลักการการมองร่างกายเป็นองค์รวมเพื่อวิเคราะห์สภาวะร่างกายและจัดแบ่งออกมาเป็นกลุ่มอาการเพื่อนำไปสู่วิธีการรักษา (整体观念, 辨证论治) โดยใช้วิธีดังนี้

1. การมอง การมองลักษณะท่าทาง การตอบสนอง และปฏิกิริยาต่างๆ ที่ผู้ป่วยสนองตอบในบทสนทนา รวมถึงการตรวจมองดูลิ้น โดยลิ้นจะบ่งบอกถึงสภาวะร่างกายและอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

2. การฟังและการดม เนื้อหาสำคัญคือ การฟังเสียงพูด การฟังเสียงไอ หรือกลิ่นที่มีความหมายพิเศษและความหมายทางคลินิก เช่น กลิ่นปาก กลิ่นตัวในผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. การถาม แพทย์จะซักถามปัญหาสุขภาพต่างๆ เพื่อแยกแยะกลุ่มอาการของโรค

4. การจับชีพจรหรือผู้คนที่ทั่วไปเรียกว่า “การแตะ” จะเป็นการตรวจโดยผู้ตรวจใช้นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางวางบริเวณข้อมือด้านนอกของผู้ป่วย โดยการตรวจจะต้องตรวจทั้ง 2 ข้างและในชีพจรที่เด่นอยู่บริเวณปลายนิ้วแต่ละนิ้วจะเป็นตัวชี้บ่งความสมบูรณ์ของแรงและสภาวะต่างๆ ของร่างกายได้ เช่น จุดสัมผัสบริเวณนิ้วชี้ข้อมือซ้ายจะบ่งบอกความสมบูรณ์แข็งแรงของหัวใจ เป็นต้น^[1] หลังจากใช้วิธีการตรวจแพทย์จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์สภาวะร่างกายและจัดแบ่งออกมาเป็นกลุ่มอาการเพื่อนำไปสู่วิธีการรักษา ด้วยหลักการนี้ทำให้แพทย์แผนจีนสามารถค้นหาด้วยยาสมุนไพรจีนเพื่อนำไปสู่การบำบัดรักษายาสมุนไพรจีนหรือวิธีการรักษาอื่นๆ เช่น ฝังเข็มหรือทุยหนา (การนวดรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน) ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยได้โดยการรักษาจะมุ่งเน้นการปรับสภาวะร่างกายให้กลับเข้าสู่สมดุลและการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายสามารถดำเนินไปได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เมื่อทางรัฐบาลจีนนำศาสตร์การแพทย์แผนจีนบูรณาการร่วมกับศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันจึงทำให้ศาสตร์ทั้งสอง “เสริมจุดแข็งและขจัดจุดอ่อนซึ่งกันและกัน” ส่งเสริมให้ประเทศจีนควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศจีนได้อย่างรวดเร็ว

ในประเทศไทยศาสตร์การแพทย์แผนจีนได้เข้ามามีบทบาทร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยในการในการดูแลสุขภาพของคนไทยมากกว่า 200 ปีและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น^[1]

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีน-หัตถ์เฉียว (คลินิกการแพทย์แผนจีนหัตถ์เฉียว) คือ สถานพยาบาลที่ให้บริการด้านการรักษาโดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนจีนในการรักษาผู้ป่วย โดยด้านบริการการรักษแบ่งออกเป็น 4 แผนกหลักคือ แผนกอายุรกรรม แผนกอายุรกรรมภายนอก แผนกฝังเข็ม และแผนกทุยหนา (การนวดรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน) ตลอดระยะเวลา 26 ปีที่ผ่านมา คลินิกการแพทย์แผนจีนหัตถ์เฉียวมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการด้านการแพทย์แผนจีนที่มีคุณภาพได้ง่ายขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชนชาวไทย โดยทางคลินิกได้รับประกาศเกียรติคุณจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็น “สถานพยาบาลการแพทย์แผนจีนต้นแบบในประเทศไทย” ในปัจจุบันคลินิกการแพทย์แผนจีนหัตถ์เฉียวได้ขยายการให้บริการไปยังภูมิภาคในจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดชลบุรี เพื่อให้ประชาชนในส่วนภูมิภาคมีโอกาสเข้าถึงการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนมากขึ้น โดยคลินิกมีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากกว่า 190,000 รายต่อปี

ในปี 2021 ตั้งแต่ 1 มกราคม เป็นต้นมา ทางคลินิกการแพทย์แผนจีนหัตถ์เฉียวได้พัฒนาคู่มือการลงรหัสการวินิจฉัยโรคในการบันทึกเวชระเบียน^[5] และพัฒนาระบบรองรับการลงบันทึกรหัสโรค ICD-10-TM รองรับการลงรหัสการวินิจฉัยโรคของแพทย์แผนจีน เพื่อนำมาใช้ในการเก็บฐานข้อมูลผู้ป่วย เพื่อรวบรวมข้อมูลต่อยอดสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ ต่อไป จากฐานข้อมูลที่ได้มีการบันทึกลงในระบบของผู้ป่วยมากกว่า 100,000 ราย นำมาจัดอันดับโรคและอาการที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนดังตารางที่ 1-4

ในปัจจุบันมีประชาชนหลากหลายช่วงอายุเข้ามาใช้บริการการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนโดยผู้ป่วยที่อายุน้อยที่สุดอยู่ที่อายุ 1 ปีและมากที่สุด อายุ 102 ปี และสัดส่วนของช่วงอายุที่เข้ามาใช้บริการภายในคลินิกการแพทย์แผนจีนหัตถ์เฉียวมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 25-59 ปี ที่ร้อยละ 67.72 จากจำนวนผู้รับบริการทั้งหมดของคลินิกฯ สะท้อนให้เห็นว่าการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนมิใช่แค่ได้รับความนิยมเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้นและจากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ผู้คนในวัยทำงานนิยมเข้ารับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนเป็นจำนวนมาก โดยข้อมูลเพศและช่วงอายุของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน 1 มกราคม-30 มิถุนายน 2021 มีดังตารางที่ 5 และ ภาพที่ 1

ตารางที่ 1 สัดส่วนโรคและอาการในแผนกอายุรกรรม

อันดับ	ภาษาไทย	ภาษาจีน	ภาษาอังกฤษ	CODE	ร้อยละ
1.	ภาวะมีบุตรยาก	不孕	Infertility	U78.564	8.86
2.	ซิวเหลา (ภาวะอ่อนเพลีย)	虚劳	Consumptive disease	U78.225	8.38
3.	นอนไม่หลับ	不寐	Insomnia	U78.123	4.74
4.	ท้องอืด	痞满 (脘痞)	Gastric stuffness	U78.012	4.53
5.	เวียนศีรษะ	眩晕	Dizziness	U78.120	4.27

ตารางที่ 2 สัดส่วนโรคและอาการในแผนกอายุรกรรมภายนอก

อันดับ	ภาษาไทย	ภาษาจีน	ภาษาอังกฤษ	CODE	ร้อยละ
1.	ผื่นแพ้ผิวหนังอักเสบ	湿疹	Eczema	BWR070	17.53
2.	สิว	粉刺	Acne	U78.426	11.84
3.	ลมพิษ	瘾疹	Urticaria	U78.422	9.31
4.	เยื่อจมูกอักเสบจากภูมิแพ้	鼻鼾	Allergic rhinitis	U78.824	4.88
5.	โรคสะเก็ดเงิน	白疔	Psoriasis	U78.424	4.84

ตารางที่ 3 สัดส่วนโรคและอาการในแผนกฝังเข็ม

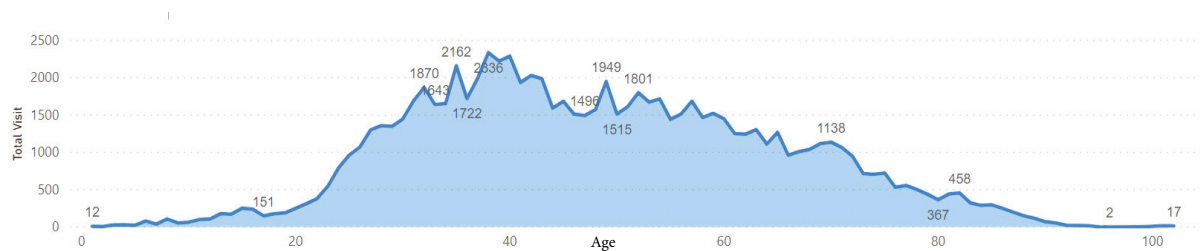
อันดับ	ภาษาไทย	ภาษาจีน	ภาษาอังกฤษ	CODE	ร้อยละ
1.	ปัสเจ้ง (โรคปวดต่างๆ)	痹症	Impediment disease	U78.250	34.46
2.	ปวดเอว	腰痛	Lumbago	U78.493	4.06
3.	นอนไม่หลับ	不寐	Insomnia	U78.123	3.74
4.	โรคหลอดเลือดในสมอง	中风	Stroke	BNG080	2.37
5.	เสียงผิดปกติในหู	耳鸣	Tinnitus	U78.813	1.91

ตารางที่ 4 สัดส่วนโรคและอาการในแผนกทุยหนา

อันดับ	ภาษาไทย	ภาษาจีน	ภาษาอังกฤษ	CODE	ร้อยละ
1.	ปัสเจ้ง (โรคปวดต่างๆ)	痹症	Impediment disease	U78.250	79.02
2.	ปวดเอว	腰痛	Lumbago	U78.493	6.65
3.	เส้นเอ็นบาดเจ็บ	伤筋	Sinew injury	U78.901	4.26
4.	ภาวะอักเสบรอบข้อไหล่	肩周炎	Scapulohumeral periarthritis	BGS020	1.56
5.	โรคหลอดเลือดในสมอง	中风	Stroke	BNG080	0.48

ตารางที่ 5 ข้อมูลเพศและช่วงอายุของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาศาสตร์การแพทย์แผนจีน

ข้อมูล	สัดส่วน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย
	36.34
	หญิง
	63.66
ช่วงอายุ	0-14 ปี
	1.09
	15-24 ปี
	3.26
	25-59 ปี
	67.72
	60 ปีขึ้นไป
	27.93



ภาพที่ 1 ข้อมูลอายุของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาศาสตร์การแพทย์แผนจีน

หลังจากประเทศจีนใช้การรักษาศาสตร์การแพทย์แผนจีนเข้ามาช่วยในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ทั่วโลกได้ประจักษ์กับประสิทธิผลการรักษาศาสตร์การแพทย์แผนจีนมากขึ้น และในประเทศไทยเองผู้ป่วยจำนวนมากเริ่มหันมาสนใจการรักษาศาสตร์การแพทย์แผนจีนมากขึ้น โดยโรคที่น่าจับตามองที่มีผู้รับบริการเข้ามารักษาเพิ่มขึ้นชัดเจนคือ ภาวะอาการหลังจากหายป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยจากฐานข้อมูลพบว่า ไตรมาส 1/2565 มีผู้เข้ารับการรักษา 43 ราย ไตรมาส 2/2565 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 366 ราย และจากสรุปข้อมูลไตรมาส 3/2565 พบว่ามีผู้เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น 621 ราย ที่เข้ามารักษาภาวะอาการหลังจากหายป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยอาการที่ผู้ป่วยเข้ามาทำการรักษา คือ อ่อนเพลียร้อยละ 43 อาการไอ ร้อยละ 14.52 ประสิทธิภาพการรับกลืนลดลง ร้อยละ 5.38 ปวดตามร่างกาย ร้อยละ 4.3 นอนไม่หลับร้อยละ 3.23 และอาการอื่นๆ ร้อยละ 29.57

จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาในสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้คนมากมายได้รับผลกระทบจากสภาพทางเศรษฐกิจที่ถดถอย การดำเนินไปของชีวิตที่ต้องเร่งรีบแข่งกับเวลา อาหารที่มีสารเคมีเจือปนและโรคระบาด ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพโดยรวมของผู้คน ศาสตร์การแพทย์แผนจีน มีหลักการรักษาโดยออกแบบแนวการรักษา “จากรากฐานของบุคคล” ด้วยที่ใช้คือผลผลิตจากธรรมชาติ การทฤษฎีที่ใช้เพียงมือเปล่าและองค์ความรู้ในการรักษา การฝังเข็มเป็นเพียงโลหะปลายแหลมขนาดเล็กที่ซึมเข้าสู่ร่างกายและใช้องค์ความรู้ของแพทย์ ปราศจากยาใดๆ ในเข็ม “ต้นทุนในการดำเนินการรักษามีราคาที่ไม่สูง” ผู้คนสามารถเข้าถึงได้ง่าย และศาสตร์การแพทย์แผนจีนสามารถเข้าไปช่วยเหลือผู้คนได้ ทั้งในด้านการป้องกันก่อนที่จะเกิดโรค ป้องกันหรือชะลอการลุกลามของโรค รักษาโรค และฟื้นฟูร่างกายหลังเจ็บป่วยจากโรคได้ ในอนาคตศาสตร์การแพทย์แผนจีนสามารถเป็นอีกหนึ่งทางเลือกให้กับผู้คนในการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้คนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพด้วยสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง

References

1. Wuhiran P, editors. Introduction to health care with traditional Chinese medicine. Institute of Thai-Chinese Medicine, Department of Thai Traditional Medicine, Ministry of Public Health. Bangkok: Phumthong Publisher; 2020. (in Thai)
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 12] Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
3. World Health Organization. Statement on the second meeting of the international health regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. [cited 2020 Jan 30]. Available from: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
4. The State Council Information Office of the People's Republic of China. Fighting COVID-19 China in action (full text) [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 8]. Available from http://en.nhc.gov.cn/2020-06/08/c_80724.htm (in Chinese)
5. Mahadilokrat O, editor. A guide to coding diagnostics in medical records. Bangkok: Huachiew TCM Clinic; 2021. (in Thai)

บทความปกิณกะ

ดอกสายน้ำผึ้ง องค์ประกอบหนึ่งในตำรับยาจีนต้าน COVID-19

Honeysuckle flower: one of the ingredients in Chinese medicine formula against COVID-19

金银花：治疗新冠肺炎中药的成分

วรารัตน์ กุลธีรพงศ์ธร

คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว

Wararat Kulteeraphongthorn

Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Thailand

林楚芝

泰国华侨中医院

ผู้รับผิดชอบบทความ: วรารัตน์ กุลธีรพงศ์ธร: wararatkultee@hotmail.com

Corresponding author: Wararat Kulteeraphongthorn: wararatkultee@hotmail.com

通讯作者: 林楚芝: wararatkultee@hotmail.com

Received: 18 October 2021 Revised: 19 November 2021 Accepted: 10 December 2021

ปัจจุบันคิดว่าคนไทยคงไม่มีใครไม่รู้จักรโรค COVID-19 ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV2-ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งเริ่มต้นระบาดขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศสาธารณประชาชนจีน ณ วันที่ 6 ตุลาคม 2564 โรค COVID-19 ได้ระบาดไปทั่วโลก ทำให้มนุษยชาติต้องเสียชีวิตไปกว่า 4.8 ล้านราย^[1]

ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน แพทย์ได้รักษาผู้ป่วยด้วยวิธีมาตรฐานร่วมกับการใช้ตำรับยาจีนเพื่อรักษาตามอาการและฟื้นฟูร่างกายให้ดีขึ้น^[2-4] ซึ่งตำรับยาดังกล่าวมีส่วนประกอบหนึ่งของตัวยาสุมุนโพคือ “ดอกสายน้ำผึ้ง (金银花 จินอันฮวา)” ซึ่งตามภูมิปัญญามีการใช้ตำรับยาที่มีดอกสายน้ำผึ้งเป็นตัวยาลหลัก เช่น ตำรับ Yinqiaosan

(银翘散 อินเฉียวसान) มีบันทึกอยู่ในคัมภีร์เวินปิงเฉียวเบียน 《温病条辨》 โดยท่านปรมาจารย์อู่จวิทงเป็นผู้บันทึกไว้ใช้รักษากลุ่มอาการลมร้อนปิดกั้นที่ปอด เว่ยซีไม่สามารถระบายได้ ปัจจุบันในตำราเรียนถูกจัดไว้ในกลุ่มตำรับยารักษาอาการภายนอกที่มีรสขมเผ็ดเย็น มักใช้รักษาโรคของเวินปิงระยะแรก มีอาการไข้ กล้ามเนื้อหนาว ปวดหัว ไอเจ็บคอ^[5,6] ตำรับยา Jinyinhuatang (金银花汤 จินอันฮวาทาง) มีบันทึกอยู่ในตำราผ่ายอินเจิ้งจื่อ 《脉因证治》 โดยท่านปรมาจารย์จู่ ตันซีเป็นผู้บันทึกไว้ว่าใช้รักษาอาการปวด ฟันคั่นแปลที่เปลี่ยนเป็นสีดำได้ และตำรับที่พัฒนาขึ้นมาในปัจจุบัน เช่น ตำรับยาสำเร็จรูปชนิดน้ำ Fengreqing (风热清口服液 เฟิงเร่อชิงไชวฝูเย) ใช้รักษาอาการหวัด ระบายร้อนขับพิษ ระงับอาการไอ บรรเทาอาการเจ็บคอระคายคอ และยังมีการนำไปใช้รักษา

ในกลุ่มโรคมือเท้าปากในเด็ก^[7] ตำรับยาสำเร็จรูปชนิดผงเคลือบ Yinhuang (银黄颗粒 อินหวางเคอลี่) ใช้รักษาอาการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน เช่น ทอนซิลอักเสบทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง และอาการเจ็บคอ คอขาวอักเสบ เป็นต้น^[8] ตำรับยาสำเร็จรูปชนิดผงเคลือบ Xiaer Yanbian (小儿咽扁颗粒 เสี่ยวเอ๋อร์เยียนเปียนเคอลี่) ใช้รักษาทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก ที่มีอาการเจ็บคอ ไอ^[9] และตำรับยาสำเร็จรูปชนิดแคปซูล Lianhua Qingwen (莲花清瘟胶囊 เหลียนฮัวชิงเวินเจียวหนัง) ใช้รักษาอาการไข้หวัดใหญ่ ซึ่งปัจจุบันมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการรักษาโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV2- ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ของกลุ่มเฝ้าระวังที่มีอาการเป็นไข้ร่วมอาการอ่อนเพลีย^[4]

“จินอันฮวา” หรือ “ดอกสายน้ำผึ้ง” มีการศึกษาวิจัยที่ใช้เป็นยาในยุคโบราณคือสายพันธุ์ไหนที่ตรงตามในคัมภีร์โบราณที่บันทึกไว้มากที่สุด และผลสรุปที่นำมาใช้ยาในปัจจุบันและได้สรรพคุณตรงและถูกต้องมากที่สุดนั้นก็ คือ “ดอกสายน้ำผึ้ง” ที่มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Lonicera japonica* Thunb. วงศ์ Caprifoliaceae^[10-12] มีชื่อสามัญว่า Japanese honeysuckle มีชื่อภาษาจีนว่า จินอันฮวา (จินกลาง) หรือ กิมจิงฮวย (จินแต่จิว) ซึ่งเป็นไม้เถาพันธุ์เลื้อย สามารถออกดอกได้ตลอดปี แต่จะออกดอกมากในช่วงฤดูฝน และดอกจะมีกลิ่นหอมในช่วงเย็นใกล้ค่ำจนถึงเช้ามืดก่อนแดดออก^[13] ชื่อเรียก “จินอันฮวา” มีบันทึก

การใช้ชื่อนี้ครั้งแรกในสมัยราชวงศ์ซ่งในตำราซูเหลียนเน่ยหาน-เหลียงฟาง 《苏沈内翰良方》 กล่าวไว้ว่า “...ออกดอกในเดือนสี่ กลิ่นหอมละมุน กลิ่นหอมไกลหลายก้าว เมื่อเป็นสีขาว ไม่กี่วันก็เปลี่ยนเป็นสีเหลือง เมื่อขาวเหลืองมาเจอกัน จึงได้ชื่อว่าจินอันฮวา” ชื่อภาษาจีนคำว่า “จิน” แปลว่า ทอง “อัน” แปลว่า เงิน “ฮวา” แปลว่า ดอกไม้ เนื่องจากสีของดอกจินอันฮวาสีขาวอมเหลืองงามดั่งเงินทอง นอกจากนี้ยังมีราคาค่อนข้างสูงเสมือนดั่งเงินและทองอีกเช่นกัน นี่จึงเป็นที่มาของชื่อจินอันฮวา

ส่วนที่ใช้ทางยาของ “ดอกสายน้ำผึ้ง” คือ ดอกตูม ดอกตูมมีรูปทรงคล้ายกระบอก โค้งงอเล็กน้อย ผิวสีขาวอมเหลือง หรือสีขาวอมเขียว มีขนสั้นนุ่มหนาแน่น วงกลีบเลี้ยงสีเขียว ออกดอกเป็นช่อตามซอกใบและปลายกิ่ง ช่อละ 2 ดอก ลักษณะของดอกเป็นหลอดเล็กๆ ยาวประมาณ 5-3 เซนติเมตร ส่วนปลายแยกเป็น 5 แฉก วงกลีบดอกเป็นหลอด เมื่อบานส่วนปลายแยกเป็น 2 กลีบปาก เกสรเพศผู้สีเหลืองมี 5 อัน อยู่เหนือกลีบดอก เกสรเพศเมียมี 1 อัน มีกลิ่นหอมละมุน^[14] (ภาพที่ 1)

ต้นสายน้ำผึ้งจัดเป็นไม้เถาเลื้อยพัน มีอายุหลายปี มีความยาวประมาณ 9 เมตร แตกกิ่งก้านสาขามากมาย เป็นทรงพุ่ม กิ่งกำเนิดของต้นสายน้ำผึ้งอยู่ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ญี่ปุ่น เกาหลี มีการนำไปปลูกเป็นไม้ประดับในประเทศแถบอเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ และกลุ่มประเทศและหมู่เกาะ



ลักษณะทางพฤกษศาสตร์ของต้นสายน้ำผึ้ง



ภาพที่ 1 ลักษณะพฤกษศาสตร์ของต้นสายน้ำผึ้งและดอกสายน้ำผึ้ง

ในมหาสมุทรแปซิฟิก ต้นสายน้ำผึ้งมีมากกว่า 200 สายพันธุ์ ส่วนใหญ่พบได้ในสาธารณรัฐประชาชนจีน และดอกสายน้ำผึ้งเป็นสมุนไพรสำคัญในการแพทย์แผนจีนมาตั้งแต่เมื่อ 3,000 ปีก่อน มีบันทึกในตำราการแพทย์แผนจีนชื่อเป็นฉางกวงมู่ 《本草纲目 Ben Cao Gang Mu》ว่า “เหรี้นตง (ต้นสายน้ำผึ้ง) ไม่ว่าจะเป็นกิ่ง ใบ ดอก ล้วนมีสรรพคุณเหมือนกัน เป็นยาหลักที่ใช้รักษากลุ่มอาการจากลม ลดบวม แก้โรคบิด แต่คนรุ่นหลังไม่ได้นำมาใช้กลายเป็นยาสำคัญในการรักษาแผล ลดบวม ขับพิษ ซึ่งคนโบราณก็ไม่ได้กล่าวถึง ต้องเรียนรู้หลักการสมัยโบราณและสมัยใหม่ อาจแตกต่างกันได้” ดอกสายน้ำผึ้งเป็นส่วนประกอบในตำรับยารักษาโรคต่างๆ ที่บันทึกอยู่ในตำราการแพทย์แผนจีนอีกหลายสิบเล่ม และมีบันทึกในเภสัชตำรับ (Pharmacopoeia)^[14] ของสาธารณรัฐประชาชนจีน ระบุว่า มีรสหวาน ฤทธิ์เย็น เข้าเส้นลมปราณปอด หัวใจ และกระเพาะอาหาร มีสรรพคุณระบายร้อน ขับพิษ กระจายลมร้อน ใช้รักษาฝีหนองลดบวมอักเสบ เจ็บคอ ไพลามทุ่ง โรคบิดเป็นเลือดจากพิษร้อน ใช้หัวตัดจากลมร้อน อาการไข้ของโรคเวินปิง น้ำหนักยาที่ใช้เหมาะสมคือ 15-6 กรัม ใช้รักษาโรคปอดบวม ต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ไตอักเสบ เต้านมอักเสบเฉียบพลัน^[3,14,15] การใช้ดอกสายน้ำผึ้งทางยาในประเทศไทยมีค่อนข้างน้อย แต่มีบันทึกการใช้ใบหรือเถา หรือดอกแห้ง เป็นยาแก้ไข้หวัด แก้คอแห้ง^[16,17]

ดอกสายน้ำผึ้ง มีองค์ประกอบทางเคมีที่สำคัญคือ มีกรดคลอโรจีนิก (chlorogenic acid) เป็นสารฟีนอลชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ และสารประกอบฟลาโวนอยด์กลุ่มลูเทโอลิน (luteolin) มีฤทธิ์ต้านภูมิแพ้ ต้านการอักเสบ นอกจากนี้ยังพบว่ามีองค์ประกอบทางเคมีอื่นๆอีกหลายชนิด ได้แก่ สารกลุ่ม phenolic acids, flavonoids, iridoids, saponins, alkaloids, triterpenoids และน้ำมันหอมระเหย ซึ่งมีการวิจัยพบว่าองค์ประกอบทางเคมีเหล่านี้มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยามากมาย เช่น ฤทธิ์ต้านอักเสบ ต้านออกซิเดชัน แก้แพ้ แก้ไข้ ต้านไวรัส ต้านแบคทีเรีย และปรับการทำงานของภูมิคุ้มกัน^[3,18] ส่วนงานวิจัยด้านความปลอดภัยพบว่าดอกสายน้ำผึ้งมีความปลอดภัยสูง ขนาดสารสกัดน้ำของดอกสายน้ำผึ้งที่ทำให้สัตว์ทดลองตายร้อยละ 50 (LD₅₀) มีค่ามากกว่า 110 กรัม/กิโลกรัม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทางคลินิกของดอกสายน้ำผึ้งที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการต้านอักเสบ ต้านไวรัส และแบคทีเรีย^[3]

ในปี ค.ศ. 2021 สาธารณรัฐประชาชนจีนได้นำตำรับยาจีนที่มีการใช้ตามภูมิปัญญาเพื่อรักษาโรคติดเชื้อของระบบ

ทางเดินหายใจส่วนบน ลดไข้ ลดบวม อักเสบ มาศึกษาวิจัยทางคลินิกเพื่อใช้รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรค COVID-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ พบว่าในหลายตำรับยามีดอกสายน้ำผึ้งเป็นส่วนประกอบ ได้แก่ ตำรับยาอ้วนเซียง-เจิ้งชี่ซินดน้ำ (藿香正气口服液) พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดไข้ แก้ไอ แก้ท้องเสีย รักษาโรคลำไส้แปรปรวน กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบเฉียบพลันได้^[19] ตำรับยาแคปซูลเหลียนฮวาซิงเวิน (莲花清瘟胶囊) พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดไข้ แก้ไอ แก้อ่อนเพลีย ใช้รักษาโรคระบบทางเดินหายใจของระบบทางเดินหายใจส่วนบน^[20] และตำรับยาซูเฟิงเจียตุ๋ในรูปแบบแคปซูล (疏风解毒胶囊) พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดไข้ บรรเทาอาการไอ แก้อ่อนเพลีย ใช้รักษาโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบนได้เช่นกัน^[21] ซึ่งยาตำรับดังกล่าวนี้ยังมีการนำมาใช้รักษาโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบนต้นมาเป็นเวลานานแล้วในอดีต และยังสามารถนำมาใช้รักษาได้ผลดีในปัจจุบัน นอกจากนี้ พบว่าตำรับยาจีนเหล่านี้มีกลไกการออกฤทธิ์รักษาโรค COVID-19 ที่เกี่ยวข้องกับการยับยั้งการแบ่งเซลล์ของไวรัส การเกิดพายุไซโตไคน์ (cytokine storm) และปรับการทำงานของภูมิคุ้มกัน^[22]

ในประเทศไทยการนำมาใช้เป็นยาสมุนไพรไทยนั้นยังพบว่ามีน้อย แต่ก็มีรายงานในการประชุมวิชาการประจำปี 2563 ในงานการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ 17 โดยได้พูดถึงเรื่อง การแพทย์แผนไทย สมุนไพรไทย โอกาสและความท้าทายในสถานการณ์ COVID-19 และกล่าวถึงตัวยาสายน้ำผึ้งว่าเป็นสมุนไพรที่มีสรรพคุณคล้ายคลึงกับ ดอกมิกลิ้นหอย ทำเป็นชาชง หรือนำกิ่งก้านดอกไปต้มดื่ม ทำให้คลายเครียดได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาที่เราไม่เครียด จะมีฤทธิ์กระตุ้นทำให้ภูมิคุ้มกันแข็งแรง ทั้งยังสามารถลดคลอเลสเทอรอลได้ และมีการศึกษาจำลองการจับกันระหว่างโมเลกุล (molecular docking) พบว่า สายน้ำผึ้งมีสารที่ไปยับยั้งการแบ่งตัวของโคโรนาไวรัส จึงเป็นสมุนไพรที่ตอบสนองการป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19- ได้^[23]

จะเห็นได้ว่าในสถานการณ์ที่เกิดโรคอุบัติใหม่ สมุนไพรจะเป็นอีกหนึ่งทางออกที่นักวิทยาศาสตร์ และบุคลากรทางการแพทย์จะสืบค้น วิจัยและพัฒนาต่อยอดจากองค์ความรู้ของภูมิปัญญา เพื่อนำมาบำบัด รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เช่นเดียวกับ ดอกสายน้ำผึ้ง ซึ่งภูมิปัญญาของชาวจีนมีการนำมาใช้เกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจมาเป็นเวลานาน คงถึงโอกาสแล้วที่ประชาชาติทั่วโลกจะร่วมมือกันพัฒนาองค์ความรู้ของบรรพบุรุษเพื่อต่อสู้กับโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในภายภาคหน้าต่อไป

References

1. Kidlertlum P. Summary of COVID-19 (October 6), the number of deaths worldwide exceeded 4.8 million [Internet]. [cited 2021 Oct 10]. Available from: <https://www.efinancethai.com/LastestNews/LatestNewsMain.aspx?ref=A&id=eDNGSm9TamdUKzA9> (in Thai)
2. Yang Y, Islam MS, Wang J, Li Y, Chen X. Traditional Chinese medicine in the treatment of patients infected with 2019-new coronavirus (SARS-CoV-2): a review and perspective. *Int J Biol Sci.* 2020;16(10):1708-17.
3. Li Y, Li W, Fu C, Song Y, Fu Q. *Lonicera japonica* flos and *Lonicera* flos: a systematic review of ethnopharmacology, phytochemistry and pharmacology. *Phytochem Rev.* 2020;19:1-61.
4. Wei PF. National Health Commission & National Administration of Traditional Chinese Medicine. Diagnosis and treatment protocol for novel coronavirus pneumonia (Trial Version 7). *Chin. Med. J.* 2020;133(09):1087-95.
5. Yang DF. Preliminary discussion on main pathogenesis treated by Yinqiao powder based on Item differentiation of warm diseases. *Journal of New Chinese Medicine.* 2018; 50(10):227-9. (in Chinese)
6. Deng ZJ, editor. *Formulas of Chinese medicine.* Beijing: Chinese Medicine Press; 2017. (in Chinese)
7. Wang YR, Wang XF, Chen J, Zhang QT. Xiaoer Fengqing oral liquid adjuvant treatment of 30 children with hand, foot and mouth disease. *Herald of Medicine.* 2011;30(8):1037-8. (in Chinese)
8. Liu YM, Zhang JJ, Ran F, Zhou M, Zhang YJ. Research progress in quality control of Yinhuang granule. *Guangdong chemical industry.* 2020; 21(47):71-2. (in Chinese)
9. Chen S, Dan JC, Guan LF, Wu D. Observation on curative effect of Xiaoer Yanbian granules in treating acute tonsillitis in children. 2018;17(7): 192. (in Chinese)
10. World Flora Online. *Lonicera japonica* Thunb. [Internet]. [cited 2021 Oct 10]. Available from: <http://www.worldfloraonline.org/taxon/wfo-0000359579>
11. Forest Herbarium (BKF), Department of National Parks, Wildlife and Plant Conservation. *Lonicera japonica* Thunb. [Internet]. [cited 2021 Oct 10]. Available from: <https://www.dnp.go.th/botany/mplant/words.html?groupcode=localname&keyword=สายน้ำผึ้ง> (in Thai)
12. Kang S, Zhang J, Wei AH, Wang YD, Han HQ, et al. Further textual research of Chinese materia medica – Jinyinhua. *Chin J Pharm Anal.* 2014;34(11):1922-7. (in Chinese)
13. Medthai. 39 properties and benefits of the honeysuckle plant [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 12]. Available from: <https://medthai.com/สายน้ำผึ้ง/> (in Thai)
14. Chinese Pharmacopoeia Commission. *Pharmacopoeia of the People's Republic of China 2015.* Volume I. Beijing: China Medical Science Press; 2015. (in Chinese)
15. Techadamrongsin Y, Chokeyivat V, Sotanaphun U, Soonthornchareonnon N, Tangaramwong J, Kohsangruang S, et al, editors. *Commonly used Chinese prescriptions in Thailand.* Vol.3. Bangkok: Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2010. (in Thai)
16. Thiangburanatham W. *Thai herbal dictionary.* 2nd ed. Bangkok: Suriyaban Bookstore; 1993. (in Thai)
17. Ruangrunsi N, MangalaKub T. *Thai herbal.* Vol. 1. Bangkok: Be Healthy; 2004. (in Thai)
18. Tang YB, Zeng T, Zafar S, Yuan HW, Li B, Peng CY, et al. *Lonicera Flos: A review of chemical constituents and biological activities.* *Digital Chinese Medicine.* 2018;1(2):173-88.
19. Cao MM, Men P, Wen J, Liu L, Yang YH, Zhao RS. Evidence-based evaluation on Huoxiang Zhengqi oral preparation in the treatment of gastrointestinal dysfunction. *Evaluation and Analysis of Drug-Use in Hospital of China.* 2021;21(5):600-7. (in Chinese)
20. Wang Y. Study on the effectiveness of Lianhua Qingwen capsule in the treatment of epidemic

- upper respiratory tract infection. Guangming Journal of Chinese Medicine. 2021;36(13): 2124-6. (in Chinese)
21. Wu Y, Xiao Y, Gong ZH. A retrospective analysis of Shufeng Jiedu capsules combined therapy in treating corona virus disease 2019. World Latest Medicine Information. 2021;21(18):40-8. (in Chinese)
22. An X, Zhang Y, Duan L, Jin D, Zhao S, Zhou R, et al. The direct evidence and mechanism of traditional Chinese medicine treatment of COVID-19. Biomed Pharmacother. 2021;137:111267.
23. Pitiporn S. Thai traditional medicine, Thai herbs, challenging opportunities in the COVID-19 situation. In: Technical and Planning Division, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, document for the 17th meeting of Thai traditional medicine folk medicine and national alternative medicine; 2020 Sep 2; Nonthaburi: Department of Thai Traditional and Alternative Medicine; 2020. p. 22. (in Thai)



成都中医药大学
CHENGDU UNIVERSITY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตู



มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตู ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2499 เป็นหนึ่งในสี่มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนระดับชั้นนำที่ก่อตั้งขึ้นในช่วงการสถาปนาสาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนระดับสูง ที่มีลักษณะเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนจีนเป็นหลัก มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันและมีการพัฒนาที่โดดเด่นทางด้านการแพทย์และสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2502 มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเฉิงตูเป็นผู้ดำเนินการเปิดสอนหลักสูตรปริญญาตรีสาขาเภสัชศาสตร์ยาจีน ซึ่งเป็นแบบอย่างสำหรับหลักสูตรระดับปริญญาตรีสาขาเภสัชศาสตร์ยาจีน ในช่วงระยะเวลา 60 ปี มีการนำแนวความคิด “ระบบยาสมุนไพรจีน” พัฒนาแนวคิดจนกลายเป็น “การบูรณาการทางการแพทย์และยา ระบบยาสมุนไพรจีน ประยุกต์ใช้อย่างสมเหตุสมผล สร้างสรรค์นวัตกรรมที่ใช้ได้จริง” ผลักดันการสร้าง “ห้องปฏิบัติการที่สำคัญระดับชาติ ด้านทรัพยากรด้านยาสมุนไพรจีนในภาคตะวันตกเฉียงใต้แห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน” “ศูนย์การเรียนรู้ห้องปฏิบัติการต้นแบบทางด้านเภสัชยาสมุนไพรจีน” ระดับชาติ “ห้องสมุดทรัพยากรข้อมูลทางด้านยาสมุนไพรจีนแห่งชาติ” และแหล่งการเรียนการสอนและวิจัยระดับสูงอื่นๆ และยังได้เป็นมหาวิทยาลัยยุคใหม่เป็นมหาวิทยาลัยระดับโลกและสาขาวิชาชั้นนำของประเทศถึงสองครั้งด้วยกัน (World First Class University and First Class Academic Discipline)

Founded in 1956, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine (CDUTCM), one of the four earliest established institutions of higher learning of traditional Chinese medicine approved by the State Council of People's Republic of China, has become a high-level university of traditional Chinese medicine with distinctive characteristics, in which the subject of traditional Chinese medicine is the main body, and medical and health related disciplines and specialties support each other and develop in a coordinated manner.

In 1959, CDUTCM took the lead in setting up the undergraduate specialty of Chinese Materia Medica, creating a precedent for the teaching of the undergraduate specialty of Chinese Materia Medica. Over the past 60 years, The Chinese Materia Medica discipline of CDUTCM has created the discipline idea of Systematic Chinese Materia Medica and formed the discipline development concept of "combination of medicine and pharmacy, systematic traditional Chinese medicine, rational application, and practical innovation", and built the first level teaching and research platforms including State Key Laboratory of Southwestern Chinese Medicine Resources, National Germplasm Resource Bank of Chinese Materia Medica, State-level Experimental Teaching Demonstration Center of Chinese Materia Medica, etc. and selected as the national Double First-class construction discipline twice.

成都中医药大学建校于 1956 年，是新中国最早建立的四所中医药高等院校之一，是一所以中医药学科为主体、医药健康相关学科专业相互支撑、协调发展的特色鲜明的高水平中医药大学。

1959 年，成都中医药大学率先开设中药学本科专业，开创了中药学本科专业教学之先河。60 年来，成都中医药大学中药学学科独创“系统中药学”学科思想，形成“医药结合，系统中药，明理致用，实践创新”的学科发展理念，积极建设“省部共建西南特色中药资源国家重点实验室”、国家级“中药学实验教学示范中心”、“国家中药种质资源库”等高端教学科研平台，两次入选国家“双一流”建设学科。



成都中医药大学

CHENGDU UNIVERSITY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE



วารสารออนไลน์



เลขที่ 14 ซอยนาครเกษม แขวงคลองมอหานะ
เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กทม.10100

โทรศัพท์ 02-223-1111 ต่อ 613 หรือ 609

โทรสาร 02-223-1251

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJTCM>