

การรักษาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาทด้วยวิธีฝังเข็มหน้าท้องร่วมกับโคมร็อน : กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

กัณฑ์กนิษฐ ภูจินดา¹, ทิพย์วรินทร์ ดุสิตาศิริสกุล²

¹กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

²มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

บทคัดย่อ

การศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการรักษาอาการที่เกิดจากโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาทด้วยวิธีการฝังเข็มท้อง (Fuzhen) ร่วมกับการใช้โคมร็อน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกการแพทย์แผนจีน ศูนย์การแพทย์ทางเลือก กองการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทจากแพทย์แผนปัจจุบัน รายงานนี้เสนอผลการรักษาผู้ป่วยจำนวน 2 ราย เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการฝังเข็มสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 35 นาที ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 1 เดือน และได้รับการประเมินผลการรักษาหลังการฝังเข็มครั้งที่ 5 และครั้งที่ 10 โดยพิจารณาจากอาการปวดด้วยแบบประเมิน VAS และภาวะของโรคด้วยแบบประเมิน JOA Score โดยผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมในการรักษา จากการศึกษาพบว่าวิธีการฝังเข็มท้อง (Fuzhen) ร่วมกับการใช้โคมร็อนมีประสิทธิผลในการลดความรุนแรงของอาการปวดและชาบริเวณหลังร้าวลงขาจากโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาทรวมทั้งสามารถลดความถี่ของการกำเริบของอาการได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การฝังเข็มท้อง, โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท, โคมร็อน

ผู้รับผิดชอบบทความ: กัณฑ์กนิษฐ ภูจินดา: kankanit.poochindaa@gmail.com

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท (Lumbar Disc Herniation หรือ LDH) เป็นโรคที่พบได้บ่อย เกิดจากความเสื่อมของหมอนรองกระดูก โดยเฉพาะกระดูกสันหลังส่วนเอวซึ่งเป็นจุดที่เกิดความเสื่อมสภาพได้สูงจนเกิดการเคลื่อนหรือทรุดตัวลงมาทับเส้นประสาทที่อยู่รอบๆ ข้าง หากหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนไปทับเส้นประสาทส่วนใดก็จะมีอาการแสดงออกมาตามแนวเส้นประสาทนั้น โดยมีอาการหลักแสดงออกคือ อาการปวดหลังส่วนล่างร้าวลงไปที่สะโพกและลงมาถึงขา ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการชาบริเวณเท้าและข้อเท้าร่วมด้วย มักมีอาการที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง หากมีการกดทับเส้นประสาทค่อนข้างรุนแรงจะพบอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรือกล้ามเนื้อฝ่อลีบ รวมถึงอาการผิดปกติต่างๆ พบมากในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โรคนี้พบได้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง หรือเป็นผู้ที่มีกิจกรรมที่ต้องใช้กระดูกสันหลังบริเวณส่วนเอวมาก รวมถึงผู้ที่เคยได้รับอุบัติเหตุมาก่อน^[1] ทางกรมการแพทย์แผนไทยจัดโรคนี้อยู่ในกลุ่มโรคปวดที่เกิดจากการติดขัด (痺症, Bizheng) และโรคปวดหลัง (腰痛, Yaotong) มีสาเหตุการเกิดโรคพื้นฐานจากการทำงานของไตและตับอ่อนแอ ทำให้การไหลเวียนเลือดและสารจิง (精, Jing) ซึ่งเป็นสารสำคัญของ

ร่างกายที่จำเป็นต่อร่างกายไปหล่อเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการเจ็บปวด (不容则痛) หรือเกิดจากเสียซี่
 ภายนอกในร่างกาย (感受六淫外邪) อาทิ ลม ความชื้น และความเย็น เข้ามาอุดกั้นเส้นลมปราณ ส่งผลกระทบต่อ
 การไหลเวียนเลือดและซี่ภายในร่างกายทำให้เกิดการติดขัด ส่งผลให้เกิดอาการปวด ขา หรือเมื่อยล้าขึ้น (不通则痛)
 ซึ่งทางการแพทย์แผนจีนมีหลากหลายวิธีในการดูแลรักษาโรคนี้ เช่น การฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพรจีน การนวดทุยหนา
 และการครอบแก้ว เป็นต้น

ในปัจจุบันศาสตร์การแพทย์แผนจีนด้วยวิธีการฝังเข็มเป็นอีกศาสตร์ทางเลือกหนึ่งที่มีส่วนร่วมในการดูแล
 รักษาสุขภาพของประชาชนและได้รับความสนใจมากขึ้น การฝังเข็มท้อง (腹针, Fuzhen) เป็นรูปแบบการฝังเข็มหนึ่ง
 ได้รับการยอมรับและนิยมนำมาบูรณาการร่วมกับการรักษาอื่นๆ เนื่องจากเห็นถึงประสิทธิผลของการรักษาชัดเจน
 จุดเด่นของการฝังเข็มรูปแบบนี้คือ การฝังเข็มเฉพาะบริเวณหน้าท้อง แต่สามารถปรับสมดุลเลือด ซี่ อิน หยาง
 ได้ทั่วร่างกาย ส่งผลในการรักษาและบำบัดโรค จากตำราหวงตี้เน่ยจิง ภาคซูเวิน ในบทอินหยางอิงเซียงต้าลุ่น
 《素问·阴阳应象大论》 ได้กล่าวถึง หยางป่วยใช้อินรักษา 阳病治阴 ซึ่งสะท้อนถึงมุมมองด้านการใช้ยา และ
 การฝังเข็มรักษาโรค ซึ่งสามารถอธิบายได้คือโรคของหยางนอกจากจะใช้หยางในการรักษาแล้วยังสามารถใช้อินใน
 การรักษาร่างกายของคนเรา โดยด้านหลังของร่างกายคือหยาง มีเส้นลมปราณตู (督脉, Du Meridian) และเส้นเท้าไท่
 หยาง กระเพาะปัสสาวะ (足太阳膀胱经, The bladder meridian of foot-TaiYang) ส่วนด้านหน้าคืออิน มีเส้น
 ลมปราณเฉียน (任脉, Ren meridian) และเส้นลมปราณเท้าเส้าอินไต (足少阴肾经, The kidney meridian of
 foot-ShaoYin) ซึ่งเส้นลมปราณตูและเส้นลมปราณเฉียนมาบรรจบกันที่จุดเรินจง (人中, Renzhong) มีความสัมพันธ์
 เกี่ยวข้องกัน นอกจากนี้เส้นลมปราณเท้าไท่หยางกระเพาะปัสสาวะและเส้นลมปราณเท้าเส้าอินไตมาบรรจบกันที่จุด
 จื่อหยาง (至阳, Zhiyang) และเชื่อมโยงกับเส้นลมปราณไต (带脉, Dai meridian) ล้อมรอบเอว เห็นได้ว่าแนวของ
 เส้นลมปราณมีความสัมพันธ์กันทั้งด้านหน้าและด้านหลัง^[2] ดังนั้นการฝังเข็มท้องจึงให้ผลในการรักษาโรคได้ดีไม่แพ้
 การฝังเข็มรูปแบบอื่น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาการรักษาอาการของโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับ
 เส้นประสาทด้วยวิธีการฝังเข็มท้อง (Fuzhen) ร่วมกับการใช้โคมร้อน กรณีศึกษา ณ ศูนย์การแพทย์ทางเลือก
 กองการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของการฝังเข็มท้องร่วมกับโคมร้อนใน
 การรักษาอาการที่เกิดจากโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการ
 พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาโรคต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรักษาอาการที่เกิดจากจากโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท
 โดยการฝังเข็มท้อง (腹针, Fuzhen) ร่วมกับการใช้โคมร้อน

นิยามศัพท์เฉพาะ^[3-4]

การฝังเข็มท้อง (Fuzhen) หมายถึง วิธีการฝังเข็มรูปแบบหนึ่งโดยที่จุดฝังเข็มหลักอยู่บนหน้าท้องใช้ในการ
 ป้องกันและรักษาโรค

จุดฝังเข็ม (Acupoint) หมายถึง จุดที่ใช้แทงเข็ม หรือกระตุ้นด้วยวิธีการต่างๆ โดยอาศัยการทำงานของระบบเส้นลมปราณที่อยู่บนร่างกาย เพื่อใช้ในการรักษาโรค เสริมสร้างสุขภาพ บรรเทาอาการผิดปกติ และปรับสมดุลการทำงานของร่างกาย

โคมร็อน คือ เครื่องมือที่แผ่ความร้อนออกมาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรค ช่วยอุ่นเส้นลมปราณ

ระเบียบวิธีศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาโดยศึกษาในผู้ป่วยที่เลือกแบบเจาะจง โดยผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท (ผู้เข้าร่วมศึกษา) ผลก่อนและหลังการรักษาด้วยการฝังเข็มท้องร่วมกับการอุ่นโคมร็อน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการรักษาการแพทย์แผนจีน ณ แผนกการแพทย์แผนจีน ศูนย์การแพทย์ทางเลือก กองการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันแล้วว่าเป็นโรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท ทั้งหมดจำนวน 2 ราย โดยใช้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. ผู้ป่วยเพศชาย/หญิง ที่มีอายุระหว่าง 40-80 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่า เป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนทับเส้นประสาท⁵⁻⁶
3. ไม่เคยรับการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันด้วยวิธีการผ่าตัดมาก่อน
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการรักษาและเก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกออก

1. สตรีที่ตั้งครรภ์ หรืออยู่ในระยะให้นมบุตร
2. มีข้อห้ามหรือข้อควรระวังในการฝังเข็ม ได้แก่ โรคติดเชื้อรุนแรง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคลมชักที่ควบคุมไม่ได้ โรคประจำตัวรุนแรง โรคจิตเภท เป็นต้น
3. ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่กำหนด ทำให้ไม่สามารถประเมินผลการรักษาได้

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดตัวแปรของการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย

1. ตัวแปรอิสระ คือ ข้อมูลปัจจัยบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเกิดโรค
2. ตัวแปรตาม คือ ประสิทธิภาพการฝังเข็มท้องร่วมกับการใช้โคมร็อนรักษาอาการ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา

1. เข็มที่ใช้ในการฝังเข็ม ยี่ห้อ EACU ขนาด 0.30X30 มิลลิเมตร และขนาด 0.30X40 มิลลิเมตร
2. โคมร็อน ยี่ห้อ SHEN NIAO (中芝生物灯) รุ่น a.c.220V 50 Hz
3. สำลีและแอลกอฮอล์

วิธีการรักษา

ฝังเข็มท้อง (腹针, Fuzhen) ร่วมกับการอุ่นโคมร้อน

ตารางที่ 1 แสดงจุดฝังเข็มท้อง (腹针, Fuzhen)^[7-10]

จุดฝังเข็ม	ตำแหน่ง
จงหว่าน (中脘, Zhongwan)	แนวกลางตัวด้านหน้า เหนือสะดือ 4 ชุ่น
เจี้ยนหลี่ (建里, Jianli)	แนวกลางตัวด้านหน้า เหนือสะดือ 3 ชุ่น
เซี่ยหว่าน (下脘, Xiawan)	แนวกลางตัวด้านหน้า เหนือสะดือ 2 ชุ่น
สูยเฟิน (水分, Shuifen)	แนวกลางตัวด้านหน้า เหนือสะดือ 1 ชุ่น
ยินเจียว (阴交, Yinjiao)	แนวกึ่งกลางท้องใต้สะดือ 1 ชุ่น
ชีห้าย (气海, Qihai)	แนวกึ่งกลางท้องใต้สะดือ 1.5 ชุ่น
สื่อเหมิน (石门, Shimen)	แนวกึ่งกลางท้องใต้สะดือ 2 ชุ่น
ชีผาง (气旁, Qipang)	ใต้สะดือ 1.5 ชุ่น และห่างออกไปตามแนวระนาบ 0.5 ชุ่น
ซีอหม่าน (四满, Siman)	ใต้สะดือ 2 ชุ่น และห่างออกไปตามแนวระนาบ 0.5 ชุ่น
กวนหยวน (关元, Guanyuan)	แนวกึ่งกลางท้องน้อยใต้สะดือ 3 ชุ่น
เทียนชู (天枢, Tianshu)	ห่างจากสะดือตามแนวระนาบ 2 ชุ่น
ว้ายหลิง (外陵, Wailing)	ใต้สะดือ 1 ชุ่น และห่างออกไปตามแนวระนาบ 2 ชุ่น
เซี่ยเฟิงซือเตียน (下风湿点, Xiafengshidian)	ใต้สะดือ 1.5 ชุ่น และห่างออกไปตามแนวระนาบ 2.5 ชุ่น
เซี่ยเฟิงซือเซี่ยเตียน (下风湿下点, Xiafengshixiadian)	ใต้สะดือ 2 ชุ่น และห่างออกไปตามแนวระนาบ 3 ชุ่น

โดยการศึกษาเลือกใช้ จุดฝังเข็มหลัก: จงหว่าน (中脘, Zhongwan), เซี่ยหว่าน (下脘, Xiawan), ชีห้าย (气海, Qihai), สื่อเหมิน (石门, Shimen), กวนหยวน (关元, Guanyuan), เทียนชู (天枢, Tianshu) ทั้งสองข้าง

จุดฝังเข็มรอง: หากมีอาการปวดเอวเป็นหลัก ใช้จุดฝังเข็มดังนี้ สูยเฟิน (水分, Shuifen), ชีผาง (气旁, Qipang) ทั้งสองข้าง, ซีอหม่าน (四满, Siman) ทั้งสองข้าง หากมีอาการเจ็บปวด/ชา หรือร้าวลงขาพร้อมด้วย เลือกใช้จุดฝังเข็ม: (外陵, Wailing) ข้างที่มีอาการ, เซี่ยเฟิงซือเตียน (下风湿点, Xiafengshidian) ข้างที่มีอาการ, เซี่ยเฟิงซือเซี่ยเตียน (下风湿下点, Xiafengshixiadian) ข้างที่มีอาการ



โคมร้อน SHEN NIAO

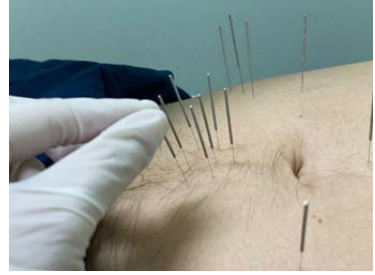


จุดฝังเข็มท้อง



ขั้นตอนทำหัตถการ:

1. ชักประวัติและตรวจร่างกาย
2. จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่เหมาะสมกับการฝังเข็ม โดยใช้ท่านอนหงาย
3. ทำการฆ่าเชื้อบริเวณที่จะทำการฝังเข็ม
4. ฝังเข็มลงไปบนจุดฝังเข็มที่กำหนดไว้ตามแผนการรักษา

**ระยะเวลาการรักษา:**

สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 35 นาที โดยที่รักษาต่อเนื่องกันเป็นเวลา 1 เดือน ประเมินผลการรักษาหลังการฝังเข็มครั้งที่ 5 และ ครั้งที่ 10

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดลักษณะของเครื่องมือในการศึกษา และสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ

แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งเป็น 3 ตอน คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ โดยการทำเครื่องหมายถูกในช่อง ในแบบสัมภาษณ์ (กทล 1)

2. แบบประเมินความปวด ใช้ Visual Analogue Scale (VAS) วัดระดับความปวดก่อนและหลังการรักษา โดยให้ผู้ป่วยบอกตัวเลขที่แสดงถึงความปวดที่มีในขณะนั้น ซึ่งมีระดับคะแนนความปวด 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด 3 หมายถึง มีอาการปวดในระดับที่ทนได้ 4-6 หมายถึง มีอาการปวดกระทบเรื่องการนอนหลับ และ 7-10 หมายถึง ปวดมากที่สุด อยู่ในระดับที่ทนไม่ได้ กระทบเรื่องการนอน และการทานอาหาร ถ้าคะแนนลดลงแสดงว่าอาการปวดลดน้อยลง (กทล 2)

3. แบบสัมภาษณ์ภาวะของโรค เพื่อเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังเข้าการรักษาโดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ Japanese Orthopedic Association Score (JOA Score) ซึ่งมีระดับคะแนน 0-3 โดย 0 หมายถึง พบความผิดปกติมาก/อาการแสดงออกรุนแรง และ 3 หมายถึง ปกติ ถ้าคะแนนสูงขึ้นแสดงว่าพบความผิดปกติน้อยลง (กทล 3)

คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

1. การปรับพฤติกรรมการใช้งานหลังให้ถูกวิธี เช่น หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การก้มๆ เงยๆ หลัง หรือทำออกกำลังกายบางชนิดที่ไม่เหมาะสมกับโรค

2. ออกกำลังกายเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ทั้งกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลัง แต่ไม่ควรหักโหมจนเกินไป

3. พยายามควบคุมน้ำหนัก ไม่ให้อ้วนจนเกินไป

หากผู้ป่วยทำตามคำแนะนำของแพทย์จะทำให้อาการดีขึ้นเร็วมากขึ้น และการกลับมาเป็นใหม่จะช้าลง

ระยะเวลาการดำเนินการ

ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2565 - 30 กรกฎาคม 2566 รวมเป็นระยะเวลา 3 เดือน

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 58 ปี น้ำหนัก 80 KG ส่วนสูง 160 CM อาชีพรับราชการ โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง เข้ามาปรึกษาด้วยอาการปวดหลังส่วนล่างและสะโพกทั้ง 2 ข้าง ร้าวลงขาข้างขวา มีอาการขาที่ขาข้างขวาถึงฝ่าเท้าร่วมด้วย เดินหรือขยับร่างกายลำบาก อาการปวดเพิ่มขึ้นเมื่อลงน้ำหนักบนขาข้างขวา ไม่สามารถเหยียดหลังตรงได้ มีอาการเป็นระยะเวลา 2-3 เดือน อาการรุนแรงขึ้น 1 อาทิตย์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนทับเส้นประสาทที่บริเวณข้อที่ L4 - L5 ไม่เคยได้รับการผ่าตัด สาเหตุอาการปวดจากการทำงานหนัก การก้มเงยและการออกกำลังกายผิดท่า มาเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการฝังเข็มพร้อมทั้งอุ่นไคม์ร้อน ผลการรักษาตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการรักษา

แบบประเมิน	ผลคะแนน	
	ก่อนเข้ารับการรักษา (คะแนน)	หลังเข้ารับการรักษา (คะแนน)
1.แบบประเมิน วัดระดับความปวด (VAS) เต็ม 10 คะแนน	8 (มีอาการปวดมาก ต้องทานยาแก้ปวด กลางคืนหลับยาก ตื่นบ่อยเวลากลางคืน เนื่องจากมีอาการปวดตอนกลางคืน)	หลังเข้ารับการรักษา 5 ครั้ง : 6 หลังเข้ารับการรักษา 10 ครั้ง : 4 หลังเสร็จสิ้นการรักษา : 3
2.แบบประเมิน JOA Score อาการปวดหลัง ส่วนล่าง เต็ม 29 คะแนน	อาการสำคัญ : 1 อาการทางคลินิก : 3 ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน : 2 รวมคะแนนทั้งหมด : 6	อาการสำคัญ : 7 อาการทางคลินิก : 5 ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน : 10 รวมคะแนนทั้งหมด : 22

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบระดับความปวด (VAS) ก่อนและหลังการรักษา พบว่าคะแนนลดน้อยลงตามลำดับ โดยก่อนรักษามีระดับความปวดอยู่ที่ 8 คะแนน หลังเสร็จสิ้นการรักษา มีระดับความปวด 3 คะแนน แสดงถึงผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้แบบประเมิน JOA Score อาการปวดหลังส่วนล่าง พบว่าเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาผู้ป่วยมีคะแนนเพิ่มขึ้น คะแนนรวมก่อนรักษาคือ 6 คะแนน หลังเสร็จสิ้นการรักษาคือ 22 คะแนน ซึ่งจากคะแนนรวมที่เพิ่มขึ้น แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้พบว่า ความถี่ของการปวดน้อยลง แต่พบอาการปวดต้นขาข้างในบางครั้งช่วงเวลายืนและเดินเป็นเวลานาน แต่อาการปวดไม่รุนแรงเทียบเท่ากับก่อนการรักษา ไม่พบอาการชาขาถึงฝ่าเท้า ยืดตัวตรงได้ เดินได้ไกลขึ้น และยืนได้นานขึ้น ไม่พบการตื่นในเวลากลางคืน เนื่องจากการปวด

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 70 ปี น้ำหนัก 71 KG ส่วนสูง 156 CM อาชีพรัฐวิสาหกิจ โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง กระดูกข้อเข่าเสื่อม 2 ข้าง มาด้วยอาการปวดหลังส่วนล่างและสะโพกด้านซ้าย ปวดร้าวลงขาข้างซ้าย มีอาการชาที่ขาถึงฝ่าเท้าข้างซ้าย บางเวลามีอาการชาปลายนิ้วเท้าซ้าย เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก อาการปวดเพิ่มขึ้นเมื่อลุกนั่งจากเก้าอี้และลงน้ำหนัก เวลายืนไม่แสดงอาการปวด ไม่สามารถเดินหลังตรงได้ ระยะเวลาการแสดงอาการ ประมาณ 1 เดือน อาการหนัก 5 วัน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันพบว่าเป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนทับเส้นประสาทบริเวณข้อที่ L2-L3 ไม่เคยได้รับการผ่าตัด สาเหตุอาการปวดจากการทำงานหนัก

ตารางที่ 3 ผลการประเมินคะแนนก่อนเข้ารับการรักษา

แบบประเมิน	ผลคะแนน	
	ก่อนเข้ารับการรักษา (คะแนน)	หลังเข้ารับการรักษา (คะแนน)
1.แบบประเมิน วัดระดับความปวด (VAS) เต็ม 10 คะแนน	9 (มีอาการปวดมาก ต้องทานยาแก้ปวด กลางคืนหลับยาก ตื่นบ่อยเวลากลางคืน เนื่องจากมีอาการปวดตอนกลางคืน)	หลังเข้ารับการรักษา 5 ครั้ง : 5 หลังเข้ารับการรักษา 10 ครั้ง : 4 หลังเสร็จสิ้นการรักษา : 3
2.แบบประเมิน JOA Score อาการปวดหลัง ส่วนล่าง เต็ม 29 คะแนน	อาการสำคัญ : 0 อาการทางคลินิก : 2 ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน : 3 รวมคะแนนทั้งหมด : 5	อาการสำคัญ : 6 อาการทางคลินิก : 6 ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน : 9 รวมคะแนนทั้งหมด : 21

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบระดับความปวด (VAS) ก่อนและหลังการรักษา พบว่าคะแนนลดน้อยลงตามลำดับ โดยก่อนรักษามีระดับความปวดอยู่ที่ 9 คะแนน หลังเสร็จสิ้นการรักษามีระดับความปวด 3 คะแนน แสดงถึงผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้แบบประเมิน JOA Score อาการปวดหลังส่วนล่าง พบว่าเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาผู้ป่วยมีคะแนนเพิ่มขึ้น คะแนนรวมก่อนรักษาคือ 5 คะแนน หลังเสร็จสิ้นการรักษาคือ 21 คะแนน ซึ่งจากคะแนนรวมที่เพิ่มขึ้น แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น อาการที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันน้อยลง นอกจากนี้พบว่าความถี่ของการปวดน้อยลง แต่พบอาการปวดต้นขาบ้างในบางครั้งในช่วงเวลายืนและเดินเป็นเวลานานๆ แต่อาการไม่รุนแรงเท่ากับครั้งก่อนหน้าที่ทำการรักษา อาการชาน้อยลงในบางช่วงไม่พบอาการชา ไม่พบอาการชาปลายนิ้วเท้า การยืดสามารถยืนตรงได้ สามารถเดินได้ไกลขึ้นและยืนได้นานมากขึ้น ไม่พบการตื่นในเวลากลางคืนจากการปวด การลุกนั่งเก้าอี้สามารถทำได้ดีขึ้นอาการปวดลดลง

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การฝังเข็มต้องร่วมกับการใช้โคมร็อนมีประสิทธิผลในการลดความรุนแรงของอาการปวด/ชาหลังร้าวลงขาจากโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท อีกทั้งสามารถลดความถี่ของการกำเริบของโรค เมื่อพิจารณาคะแนนความปวด (VAS) ในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พบว่าคะแนนลดลงอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ค่าคะแนน JOA Score อาการปวดหลังส่วนล่างเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาจสรุปได้ว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษา ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ โดยมีการวิจัยทางคลินิกสนับสนุนวิธีการฝังเข็มหน้าท้องสามารถช่วยลดอาการปวดหรืออาการที่เกิดจากโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท อาทิจานวิจัยของ Li Hui lin, 2016 รักษาผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท จำนวน 68 ราย โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มรักษาด้วยวิธีฝังเข็มท้อง เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยวิธีฝังเข็มแบบมาตรฐาน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเข็มท้องสามารถลดอาการที่เกิดจากโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาทได้ นอกจากนี้พบว่าอาการปวดลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ ($P < 0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhao Hui, 2020 ได้ทำการรักษาผู้ป่วยหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาท ในผู้ป่วย 66 ราย ด้วยวิธีการฝังเข็มท้องร่วมกับจุดเซินชู (肾输, Shenshu) ต้าฉางชู (大肠输, Dachangshu) เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยวิธีฝังเข็มแบบมาตรฐาน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฝังเข็มท้องสามารถลดอาการที่เกิดจากโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาทได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($P < 0.05$) และรายงานวิจัยของ Wang Lei Ming, 2022 ได้ศึกษาวิธีการฝังเข็มท้องร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้ารักษาผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ($P < 0.05$) [7-9]

ข้อเสนอแนะ

สำหรับนักวิจัยที่สนใจเทคนิคการรักษาที่ได้แนะนำเสนอไว้ในรายงานการศึกษาค้นคว้าวิจัยนี้ไปทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะคือควรมีการเก็บกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยให้มากขึ้น เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้กับการวิจัย และอาจมีการศึกษาเปรียบเทียบการรักษากับวิธีการรักษาอื่นๆ หรือเปรียบเทียบกับวิธีการรักษาแบบมาตรฐาน เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างของผลสัมฤทธิ์ทางการรักษา และรูปแบบการรักษาที่ชัดเจนมากขึ้น เป็นประโยชน์ทางการรักษาทางการแพทย์ต่อไป นอกจากนี้ควรมีการนำสถิติเข้ามาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ และให้เป็นมาตรฐานสากลมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุธาสินี สายวดี, ปิติชา อะมริต. การรักษาอาการปวดหลังด้วยวิธีการฝังเข็มกรณีศึกษาคลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและแผนกแพทย์แผนจีนโรงพยาบาลบ้านลาด.การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2; 18-19 มิถุนายน 2558; ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา : ภาคโปสเตอร์; 2558. p. 33-42.
2. Jin Gl. Interpretation and ideological principle of treating yin in yang disease and treating yang in yin disease. College of Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 2018, 52(09): 34-37.
3. ลือชา วรรัตน์, ทศนีย์ ฮาซาโนน, บรรณาธิการ. การฝังเข็ม-รมยา. เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2551.
4. ทศนีย์ ฮาซาโนน, บัณฑิตย์ พรหมเคียมอ่อน, บรรณาธิการ. การฝังเข็ม-รมยา(ฝังเข็มรักษาอาการปวด). เล่ม 3. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
5. Schroeder GD, Guyre CA, Vaccaro AR. The epidemiology and pathophysiology of lumbar disc herniations. Semin Spine Surg. 2016; 28(1): 2-7.
6. Fardon DF, Milette PC. Nomenclature and classification of lumbar disc pathology: recommendations of the combined task forces of the North American Spine Society, American Society of Spine Radiology, and American Society of Neuroradiology. Spine, 2001; 26(5): 93-113.
7. Li HL. Clinical Study of Bo's Abdominal Acupuncture in the Treatment of Lumbar Disc Herniation. 1st ed. Guangzhou: Guangzhou University of Chinese Medicine, 2016. (in Chinese)
8. Zhao H. Study on the clinical efficacy of abdominal acupuncture in the treatment of lumbar disc herniation with Shenshu and Dachangshu. Shanxi University of Chinese Medicine, 2020. (in Chinese)
9. Wang LM. Clinical Efficacy Observation of Electroacupuncture Combined with Bo's Abdominal Acupuncture in the Treatment of Lumbar Disc Herniation. 1st ed. Hunan: Hunan University of Chinese Medicine, 2022: 10. (in Chinese)
10. Kato S, Oshima Y, Oka H, Chikuda H, Takeshita Y, Miyoshi K, et al. Comparison of the Japanese Orthopaedic Association (JOA) Score and Modified JOA (mJOA) Score for the Assessment of Cervical Myelopathy: A Multicenter Observational Study. 2015; 10(4).
11. Japanese Orthopaedic Association. Scoring system for cervical myelopathy. J Jpn Orthop Assoc. 1994; 68: 490-503.