

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อม ด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนา

ปริญญภัทร์ ศิริธีราวุฒิกุล พจ.ม.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วันรับ:	28 ต.ค. 2564
วันแก้ไข:	17 ก.พ. 2565
วันตอบรับ:	27 ก.พ. 2565

บทคัดย่อ โรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis) เกิดจากความเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูกและข้อต่อบริเวณกระดูกสันหลังส่วนคอ เป็นโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ และเนื่องจากเป็นความผิดปกติที่กระดูกและข้อต่อ จึงยังไม่มีการรักษาใดที่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษาโดยทั่วไปเป็นการรักษาตามอาการ โดยการรับประทานยาแก้ปวด และการฉีดสเตียรอยด์ หรือแม้กระทั่งการผ่าตัด งานวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อรวบรวมความรู้เรื่องผลการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนา โดยดำเนินการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ CNKI, google scholar, PubMed, science direct ทำการรวบรวมงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทางวารสารทั้งในและต่างประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2560 โดยกำหนดคำสำคัญ (key words) ในการสืบค้นเป็นภาษาไทย ภาษาจีนและภาษาอังกฤษ ได้แก่ cervical spondylosis, acupuncture, Tuina, chinese medicine โรคกระดูกคอเสื่อม ฝังเข็มและนวดทุยหนา ผลการสืบค้นพบว่า มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า ทั้งหมด 17 เรื่อง และทั้งหมดเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) โดยแบ่งได้เป็น 3 วิธีการรักษา คือ การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็ม 6 เรื่อง การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการนวดทุยหนา 5 เรื่อง การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็มร่วมกับนวดทุยหนา 6 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากประเทศจีนตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการฐานข้อมูล CNKI ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในการอธิบายผลของการรักษาด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนา ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมมีระดับความปวดลดลง มีองศาการเคลื่อนไหวของคอเพิ่มขึ้นทุกทิศทาง มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าบ่งชี้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ดังนั้น การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนา เป็นวิธีการรักษาอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ อีกทั้งยังเป็นการเผยแพร่แนวทางการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย และนำไปสู่การพัฒนาวิธีการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมที่มีความปลอดภัยและยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: การนวดทุยหนา; การฝังเข็ม; การแพทย์แผนจีน; โรคกระดูกคอเสื่อม

บทนำ

โรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis) คือโรคที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของกระดูก หมอนรองกระดูก และข้อต่อบริเวณกระดูกสันหลังส่วนคอ⁽¹⁾ จากการสำรวจประชากรในสหรัฐอเมริกา พบว่า ประชากรที่มีอายุ

มากกว่า 50 ปี จำนวน 84 รายจาก 100,000 ราย มีอาการปวดคอจากภาวะกระดูกคอเสื่อม⁽²⁾ ปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบที่มีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น⁽³⁾ มักมีสาเหตุจากการก้มเล่น

การใช้ท่าทางไม่เหมาะสมตามหลัก การยศาสตร์ทำให้มีการใช้งานของกล้ามเนื้อมัดเดิมซ้ำ ๆ โดยในขณะที่เล่นสมาร์ตโฟนหรือนั่งทำงาน มักอยู่ในท่าก้มศีรษะและยื่นไปทางด้านหน้า (forward head posture; FHP) เป็นเวลานาน จะมีน้ำหนักมากกระทำต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในองศาที่ต่างกัน ทำให้กระดูกสันหลังระดับอกและคอมีการโค้งงอ ผิดรูป ยิ่งก้มหน้ามาก แรงที่มากกระทำต่อกระดูกก็จะมากขึ้นด้วยตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ทำให้หมอนรองกระดูก (intervertebral disc) และข้อต่อกระดูกคอค่อย ๆ เสื่อมลง ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ อาการปวดตื้อ ๆ ลึก ๆ ที่บริเวณคอ บ่า ไหล่ สะบักและอาจจะมีการปวดร้าวลงไปถึงแขนมือและปลายนิ้วมือ⁽⁵⁾ เนื่องจากความเสื่อมของหมอนรองกระดูกที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้เกิดปุ่มกระดูกงอก (osteophyte) ยื่นเข้าไปในช่องไขสันหลังไปกดทับเส้นประสาท (nerve root) หลอดเลือดเลี้ยงสมอง (vertebral artery) หรือไขสันหลัง (spinal cord) รวมไปถึงสาเหตุจากโพรงกระดูกต้นคอตีบแคบ หมอนรองกระดูกเสื่อมสภาพตามอายุ การสึกหรอจากการทำงานหนักหรือการได้รับอุบัติเหตุ จึงส่งผลให้เกิดอาการปวดต้นคอ รวมถึงมีอาการชา ร้าวลงแขนและอาการร่วมอื่น ๆ ความรู้สึกเจ็บปวดเหล่านี้จะค่อย ๆ รุนแรงขึ้น ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และมีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด หงุดหงิดง่าย คุณภาพชีวิตย่ำแย่ อีกทั้งยังส่งผลด้านเศรษฐกิจอีกด้วย โดยผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ⁽⁶⁻⁸⁾

ในปัจจุบัน วิธีการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis) ที่ใช้โดยทั่วไป ได้แก่ การรับประทานยาแก้ปวดกลุ่ม Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) การฉีดยาสเตียรอยด์ และการผ่าตัด^(9,10) ซึ่งวิธีการรักษาดังกล่าวสามารถลดระดับความเจ็บปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อคอ และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ แต่อย่างไรก็ตามการรักษาโดยใช้ยาแก้ปวดมักเกิดผลข้างเคียงทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร

คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง คอแห้ง เป็นต้น และการได้รับยาสเตียรอยด์เป็นระยะเวลานานทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน ต่อมาหมวกไตทำงานผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะและความดันโลหิตสูง แม้กระทั่งการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องพบกับความเสี่ยงระหว่างผ่าตัด อาจเกิดการติดเชือบริเวณแผลผ่าตัด เสียเลือดมากหรือมีเลือดคั่ง โลหะเทียมที่ใส่ในร่างกายมีการเคลื่อนหรือแตกหัก มีอาการชาหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลังผ่าตัด และอาจได้รับการผ่าตัดซ้ำ^(11,12) เพื่อลดการเกิดอาการข้างเคียง ดังนั้นจึงได้ทบทวนเรื่องนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความรู้เรื่องการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนา การรักษาโดยการแพทย์ทางเลือกด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน เช่น การฝังเข็มและการนวดทุยหนา ซึ่งเป็นอีกหนึ่งทางเลือกของการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยมีประชากร คือ งานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็ม การนวดทุยหนา และการฝังเข็มร่วมกับนวดทุยหนา ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง ปี พ.ศ. 2557-2563

วิธีการสืบค้นข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดคำสำคัญ (key words) ในการสืบค้นเป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ได้แก่ cervical spondylosis, acupuncture, Tuina, chinese medicine, ปวดคอ คอเสื่อม ฝังเข็มและนวดทุยหนา และทำการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ CNKI, Google scholar, PubMed, Science direct โดยรวบรวมงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทางวารสารทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ PICO(s) (P = Patient problem/population, I = Intervention, C = Comparison, O = Outcome) เพื่อคัดหางานวิจัย (ตารางที่ 1) และคัดงานวิจัยที่ไม่เข้าเกณฑ์ตามคุณสมบัติที่กำหนดออก

ตารางที่ 1 เกณฑ์คัดเข้าของ PICO(s)

เกณฑ์การคัดเข้า	คำอธิบาย
Participants	cervical spondylosis patients
Interventions	acupuncture, Tuina, acupuncture with Tuina
Comparisons	experimental group vs control group
Outcomes	pain score, range of motion or laboratory results, quality of life
Study designs	randomized controlled trial (RCT)

ผลการศึกษา

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 17 เรื่อง โดยทั้งหมดเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) โดยแบ่งได้เป็น 3 วิธีการรักษา คือ การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็ม 6 เรื่อง การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการนวดทุยหนา 5 เรื่อง การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็มร่วมกับนวดทุยหนา 6 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากประเทศจีน ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการฐานข้อมูล CNKI ในประเทศจีน ที่เป็นเจ้าของศาสตร์การฝังเข็มและการนวดทุยหนา ซึ่งมีเนื้อหาที่ทบทวน ดังนี้

โรคกระดูกคอเสื่อมในมุมมองของศาสตร์การแพทย์แผนจีน

ในปัจจุบันประเทศไทยมีการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนอย่างแพร่หลาย โดยในศาสตร์แพทย์แผนจีนโรคนี้จัดอยู่ในโรค “จิงจฺยฺบิง” (Jing zhui bing) ซึ่งจัดแบ่งเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1) cervical type ประเภทนี้พบได้บ่อยที่สุดในทางคลินิก มีสาเหตุจากการเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูกเป็นผลให้มีอาการปวดที่กระดูกต้นคอบริเวณนั้น หรือมีการปวดร้าวไปที่บริเวณศีรษะ คอ และไหล่ได้

2) nerve root type เกิดจากของเหลวในหมอนรองกระดูก (nucleus pulposus) ยื่นออกมาด้านหลัง หรือมีกระดูกงอกยื่นเข้าไปในโพรงกระดูกบริเวณข้อต่อ unco-vertebral joint (Luschka’s joint) ทำให้ไปกดทับราก

ประสาท

3) myeloid type จัดอยู่ในขอบเขตของกลุ่มอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง จะพบว่าหมอนรองกระดูกเคลื่อนตัวออกมา หรือมีกระดูกงอกยื่นไปกดทับไขสันหลัง หรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณไขสันหลังนั้นถูกกดทับ ทำให้ไขสันหลังขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง

4) vertebral artery type เกิดจากบริเวณกระดูกข้อต่อ Luschka’s joint มีกระดูกงอก ร่วมกับตัวกระดูกต้นคอไม่มั่นคงส่งผลให้ข้อต่อกระดูกหลวม ทำให้ช่องของ transverse foramen มีการเคลื่อนตัวไปกดทับเส้นเลือดที่มาหล่อเลี้ยงไขสันหลังบริเวณนั้น เป็นผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ มักมีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย

5) sympathetic type เกิดจากกระดูกต้นคอมีปุ่มกระดูกยื่นออกมากดทับเส้นประสาท sympathetic ที่อยู่ด้านข้างกระดูกต้นคอ เกิดความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาท autonomic⁽¹³⁻¹⁵⁾ นอกจากนี้ ในทางอายุรกรรมยังจัดโรคนี้อยู่ในกลุ่มอาการปวดตามข้อ กลุ่มอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง และกลุ่มอาการเวียนศีรษะแบบไม่เฉพาะเจาะจง

ตามหลักการฝังเข็มและนวดทุยหนาในทางแพทย์แผนจีน จะเน้นขับเคลื่อนลมปราณ (qi) และเลือด (blood) ให้ไหลเวียนคล่อง⁽¹⁶⁾ โดยหลักการพิจารณาจากเส้นลมปราณที่เกี่ยวข้องทั้งจากตำแหน่งที่ปวด สาเหตุและกลไกที่ทำให้ปวด จากนั้นจึงจำแนกตามกลุ่มอาการและวางแผนการรักษา⁽¹⁷⁾ หลักการเหล่านี้เป็นทฤษฎีที่อ้างอิง

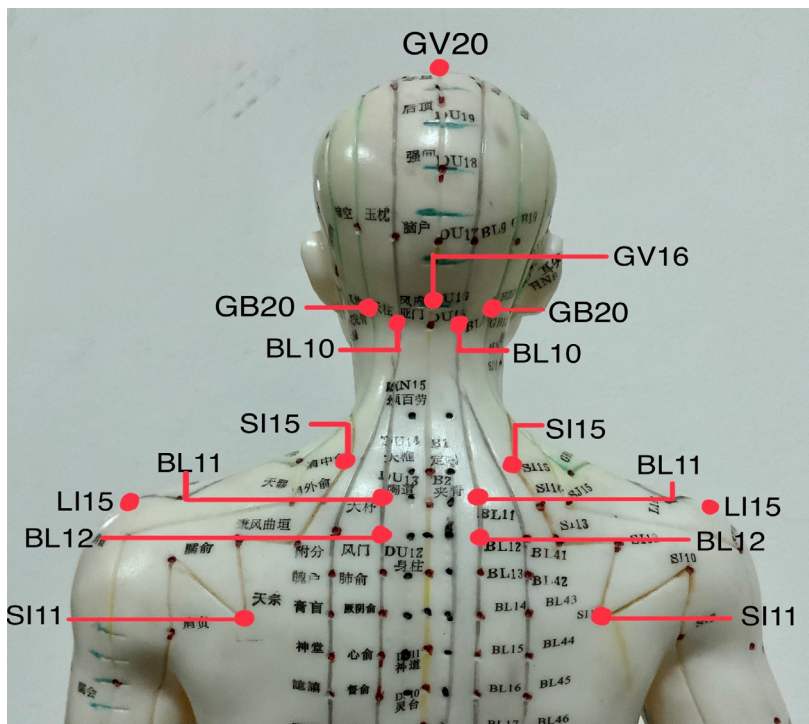
ลักษณะชาติบำบัด เช่น ทฤษฎีเส้นลมปราณ ทฤษฎีหยินหยาง และทฤษฎีปัญญาธาตุตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน จะเน้นปรับสมดุลร่างกาย ไม่ใช่ยาเคมีในการรักษา จึงมีความปลอดภัยสูง และไม่พบผลข้างเคียงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แต่อาจพบรอยเขียวช้ำจากการฝังเข็ม กล้ามเนื้ออักเสบจากการนวดทุยหนา หรืออาการอ่อนเพลียหลังทำการรักษาได้ในผู้ป่วยบางราย อาการเหล่านี้จะหายเป็นปกติภายใน 1-2 สัปดาห์ ระยะเวลาซ้ำเร็วขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล⁽¹⁸⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็มและทุยหนา ทั้งการรักษาแบบเดี่ยวและแบบผสมผสาน ซึ่งผลการรักษาต่อโรคกระดูกคอเสื่อม พบว่า มีระดับความปวดลดลง องศาการเคลื่อนไหวของคอเพิ่มขึ้นทุกทิศทาง มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และผลการตรวจค่าบ่งชี้การไหลเวียนเลือดทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น

การฝังเข็มรักษาโรคกระดูกคอเสื่อม

การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็ม จะเลือก

ใช้จุดฝังเข็มบริเวณต้นคอ จุดปวด (trigger point) และจุดบนเส้นลมปราณเป็นหลัก (ภาพที่ 1) โดยการแทงเข็มเข้าที่ตำแหน่งจุดฝังเข็มระหว่างกระดูกคอข้อที่ 2-7 (C2-C7) และจุดที่สำคัญ ได้แก่ จุด Fengchi (GB20) จุด Zhongzhu (TB3) จุด Tianzhu (BL10) จุด Jianzhongshu (SI15), จุด Zusanli (ST36), จุด Shenmai (BL62), จุด Xuanzhong (GB39) เสริมด้วยจุดไกล Houxi (SI3) และเสริมจุดคลายเครียด ได้แก่ จุด Baihui (GV20), จุด Neiguan (PC6) และจุด Sanyinjiao (SP6) การศึกษาของ Ju มีการเลือกใช้จุดฝังเข็มในการรักษาโดยแยกตามประเภทของโรคกระดูกคอเสื่อม เช่น กลุ่มปวดต้นคอ (Cervical Type) ฝังเข็มจุด Houxi (SI3), จุด Fengchi (GB20), จุด Dazhu (BL11) ทะลุจุด Fengmen (BL12) กลุ่มรากประสาทถูกกดทับ (Nerve root type) ฝังเข็มจุด Jianyu (LI15) จุด Fengchi (GB20) จุด Tianzong (SI11) จุด Zusanli (ST36) จุด Shousanli (LI10), จุด Hegu (LI4) จุด Neiguan (PC6) จุด Qihai (CV6), จุด Zhongwan (CV12) และกลุ่ม-

ภาพที่ 1 แสดงจุดฝังเข็มหลักที่ใช้ในการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อม



การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนา

เส้นเลือดแดงเลี้ยงสมองถูกกดทับ (vertebral artery type) ฝังเข็มจุด Fengfu (GV16) จุด Hegu (LI4) จุด Fengchi (GB20) จุด Fenglong (ST40) Tianzhu (BL10) นอกจากนี้ การศึกษาของ Zhang, Yao, & Yu ได้ใช้เทคนิคการฝังเข็มจุดสะท้อน ได้แก่ จุด Yanglao (SI6) และ Kunlun (BL60) ในการรักษาโรคกระดูกคอ

เสื่อมอีกด้วย หลังจากผู้ป่วยได้รับการฝังเข็มตามจุดเหล่านี้ พบว่า มีระดับความปวดลดลง องศาการเคลื่อนไหวของคอเพิ่มขึ้นทุกทิศทาง มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และผลการตรวจค่าบ่งชี้การไหลเวียนเลือดทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการรักษา และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การฝังเข็มรักษาโรคกระดูกคอเสื่อม

คณะผู้วิจัยหลัก	จำนวนผู้ป่วย ในการศึกษา	วิธีการ	ผลการศึกษา
Wang & Chen ⁽¹⁹⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม cervical type (จำนวน 60 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ได้รับการฝังเข็มจุดปวด (trigger point) จุดระหว่าง C2-C7 และ จุด Zhongzhu (TB3) (15 นาทีต่อครั้ง จำนวน 1 ครั้งต่อวัน เป็นระยะเวลา 14 วัน) กลุ่มควบคุม จำนวน 30 รายไม่ได้รับการฝังเข็มจุดปวด (trigger point) แต่ให้การรักษาโดยการดึงคอ (cervical traction) (20 นาทีต่อครั้ง จำนวน 1 ครั้งต่อวัน เป็นระยะเวลา 14 วัน)	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอทุกทิศทาง • เพิ่มคุณภาพชีวิต
Chen & Qu ⁽²⁰⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม cervical type (จำนวน 120 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 60 ราย ได้รับการฝังเข็มจุดปวด (trigger point) จุดระหว่าง C2-C7, จุด Tianzhu (BL10), จุด Houxi (SI3) จุด Shenmai (BL62) จุด Xuanzhong (GB39) เสริมจุดคลายเครียด ได้แก่ จุด Baihui (GV20) จุด Neiguan (PC6) และ จุด Sanyinjiao (SP6) (30 นาทีต่อครั้ง จำนวน 10 ครั้ง วันเว้นวัน เป็นระยะเวลา 20 วัน ติดตามอาการ 1 ครั้ง ในอีก 3 เดือนหลังจากสิ้นสุดการรักษา) กลุ่มควบคุม จำนวน 60 ราย ได้รับการฝังเข็มจุดปวด (trigger point) จุดระหว่าง C2-C7 จุด Tianzhu (BL10) จุด Houxi (SI3) จุด Shenmai (BL62) และจุด Xuanzhong (GB39) โดยไม่มีเสริมจุดคลายเครียด (30 นาทีต่อครั้ง จำนวน 10 ครั้ง วันเว้นวัน เป็นระยะเวลา 20 วัน ติดตามอาการ 1 ครั้ง ในอีก 3 เดือนหลังจากสิ้นสุดการรักษา)	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • ลดอัตราการเป็นซ้ำ • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอทุกทิศทาง
Yang & Gao ⁽²¹⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม cervical type (จำนวน 98 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 49 ราย ได้รับการฝังเข็มจุดปวด (trigger point) จุดระหว่าง C2-C7 เสริมจุดไกล คือ จุด Houxi (SI3) (15 นาทีต่อครั้ง ระยะเวลา 6 วัน) กลุ่มควบคุม จำนวน 49 ราย ได้รับการฝังเข็มจุดปวด (trigger point) และจุดระหว่าง C2-C7 โดยไม่มีเสริมจุดไกล (15 นาทีต่อครั้ง ระยะเวลา 6 วัน)	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มคุณภาพชีวิต • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอทุกทิศทาง

ตารางที่ 2 การฝังเข็มรักษาโรคกระดูกคอเสื่อม (ต่อ)

คณะผู้วิจัยหลัก	จำนวนผู้ป่วย ในการศึกษา	วิธีการ	ผลการศึกษา
Huang ⁽²²⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม vertebral artery type (จำนวน 70 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 35 ราย ได้รับการฝังเข็มจุดปวด (trigger point) จุดระหว่าง C2-C7 เสริมจุด Fengchi (GB20) จุด Baihui (GV20) จุด Tianzhu (BL10) จุด Jianzhongshu (SI15) จุด Zusanli (ST36) (30 นาทีต่อครั้ง ระยะเวลา 4 สัปดาห์) กลุ่มควบคุม จำนวน 35 ราย ไม่ได้รับการฝังเข็มจุดปวด แต่ให้ยา Flunarizine รับประทาน 10 มิลลิกรัมต่อวัน ระยะเวลา 4 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอทุกทิศทาง • เพิ่มการไหลเวียนเลือด (Vs, Vd) ในหลอดเลือดเลี้ยงสมองส่วนหลัง (vertebral artery) ทั้งด้านซ้ายและขวา ด้วยการตรวจ transcranial doppler ultrasound (TCD)
Ju ⁽²³⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่ม cervical type 2. กลุ่ม nerve root type 3. กลุ่ม vertebral artery type (จำนวน 180 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 90 ราย - กลุ่ม cervical type: ฝังเข็มจุด Houxi (SI3) จุด Fengchi (GB20) จุด Dazhu (BL12) ทะลุจุด Fengmen (BL12) - กลุ่ม nerve root type: ฝังเข็มจุด Jianyu (LI15), Fengchi (GB20), Tianzong (SI11), Zusanli (ST36), Shousanli (LI10), Hegu (LI4), Neiguan (PC6), Qihai (CV6), Zhongwan (CV12) - กลุ่ม vertebral artery type: ฝังเข็มจุด Fengfu (GV16), Hegu (LI4), Fengchi (GB20), Fenglong (ST40), Tianzhu (BL10) (20 นาทีต่อครั้ง จำนวน 12 ครั้ง ระยะเวลา 12 วัน) กลุ่มควบคุม จำนวน 90 ราย ทั้ง 3 กลุ่มได้รับการฝังเข็มจุดพื้นฐาน โดยไม่มีการฝังเข็มเฉพาะจุด ได้แก่ Hegu (LI4), Jianjing (GB21), Fengchi (GB20), Quchi (LI11), Jianyu (LI15) และจุดระหว่าง C2-C7 (20 นาทีต่อครั้ง จำนวน 12 ครั้ง ระยะเวลา 12 วัน)	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอทุกทิศทาง • เพิ่มคุณภาพชีวิต
Zhang, Yao & Yu ⁽²⁴⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม vertebral artery type (จำนวน 69 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 35 ราย ได้รับการฝังเข็มจุดสะท้อน ได้แก่ จุด Yanglao (SI6) และ จุด Kunlun (BL60) (20 นาทีต่อครั้ง จำนวน 10 ครั้ง วันเว้นวัน เป็นระยะเวลา 20 วัน) กลุ่มควบคุม จำนวน 34 ราย ได้รับการฝังเข็มจุดพื้นฐาน โดยไม่มีการฝังเข็มจุดสะท้อน ได้แก่ จุด Fengchi (GB20) จุดระหว่าง C6-C7 (20 นาทีต่อครั้ง จำนวน 10 ครั้ง วันเว้นวัน เป็นระยะเวลา 20 วัน)	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอทุกทิศทาง • ลดอาการชาของระยางบน • เพิ่มคุณภาพชีวิต • เพิ่มความพึงพอใจ

การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนา

การนวดทุยหนารักษาโรคกระดูกคอเสื่อม

การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการนวดทุยหนา จะทำหัตถการการรักษาโดยใช้มือหรือศอก กด คลึง ถู บีบ ตัด หรือกลิ้ง ตามจุดฝังเข็มบนเส้นลมปราณ (ภาพที่ 1) และตำแหน่งที่ปวดบริเวณต้นคอ บ่า ไหลหรือสะบัก เพื่อคลายกล้ามเนื้อ จากนั้นจะใช้วิธีกด คลึง ถู บีบ ตัด หรือกลิ้ง ที่ตำแหน่งจุดฝังเข็มที่สำคัญ ได้แก่ จุด Jianjing (GB21) จุด Tianzhong (SI11) จุด Fengchi (GB20) จุด Fengfu (DU16) จุด Baihui (GV20) จุด Wangu (SI4) จุด Tianzhu (BL10) จุด Dazhui (GV14) และจุด Hegu (LI14) จุด Quchi (LI11) จุด Taiyang (EX-HN5) และจุด Taichong (LR3) นอกจากนี้การศึกษาของ Zhang (2015) ได้มีการนวดทุยหนาที่จุดฝังเข็มบริเวณท้อง ได้แก่ จุด Qihai (CV6) จุด Zhongwan (CV12) จุด Guanyuan (CV4) และจุด Tianshu (ST25) ในการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมอีกด้วย หลังจากผู้ป่วยได้รับการนวดทุยหนา พบว่า มีระดับความปวดลดลง องค์การเคลื่อนไหวของคอเพิ่มขึ้นทุกทิศทาง มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และผลการตรวจค่าบ่งชี้การไหลเวียนเลือดทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการรักษา และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การนวดทุยหนารักษาโรคกระดูกคอเสื่อม

คณะผู้วิจัยหลัก	จำนวนผู้ป่วย ในการศึกษา	วิธีการ	ผลการศึกษา
Zhang ⁽²⁵⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม vertebral artery type มีอาการเวียนศีรษะ มือชา แขนไม่มีแรง (จำนวน 108 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 54 ราย ได้รับการนวดทุยหนา บริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ และกดจุด Jianjing (GB21), จุด Tianzhong (SI11), จุด Fengchi (GB20) เส้นลมปราณถุงน้ำดี เสริมด้วยการนวดบริเวณท้อง จุด Qihai (CV6), จุด Zhongwan (CV12), จุด Guanyuan (CV4), และจุด Tianshu (ST25) (30 นาทีต่อครั้ง ระยะเวลา 4 สัปดาห์) กลุ่มควบคุม จำนวน 54 ราย ไม่ได้รับการนวดทุยหนา แต่ให้การรักษาโดยการดึงคอ (cervical traction) 15-30 นาทีต่อครั้ง และได้รับยาDiclofenac 0.1 กรัม (รับประทานเมื่อปวดมาก ระยะเวลา 4 สัปดาห์)	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอทุกทิศทาง • เพิ่มการไหลเวียนเลือด (Vs,Vd)ในหลอดเลือดเลี้ยงสมองส่วนหลัง (vertebral artery) ทั้งด้านซ้ายและขวา ด้วยการตรวจ transcranial doppler ultrasound (TCD) • เพิ่มคุณภาพชีวิต • ลดอาการเวียนศีรษะ มือชา แขนไม่มีแรง
Liang, Zeng & Li ⁽²⁶⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม nerve root type (cervical spondylotic radiculopathy, CSR) (จำนวน 130 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 65 ราย ได้รับการนวดทุยหนา 1. วิธีนวดคลึง บริเวณต้นคอ C1-C3 จุดFengchi (GB20) และจุด Dingchuan (GV14) 2. วิธีหีบและดึงบริเวณกล้ามเนื้อบ่าไหล่ 3. วิธีกดจุด บริเวณคอบ่าไหล่ ที่ตำแหน่งจุดฝังเข็ม จุด Baihui (GV20), จุด Fengchi (GB20), จุด Wangu (SI4), จุดTianzhu (BL10) (30 นาที ต่อครั้ง ระยะเวลา 10 วัน) กลุ่มควบคุม จำนวน 65 ราย ไม่ได้รับการนวดทุยหนา แต่ให้กายบริหารในท่าต่าง ๆ ดึงคอและกดจุดด้วยตนเอง (30 นาทีต่อครั้ง ระยะเวลา 10 วัน)	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอทุกทิศทาง • เพิ่มคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 3 การนวดทุยหนารักษาโรคกระดูกคอเสื่อม (ต่อ)

คณะผู้วิจัยหลัก	จำนวนผู้ป่วย ในการศึกษา	วิธีการ	ผลการศึกษา
Chen ⁽²⁷⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม nerve root type (cervical spondylotic radiculopathy, CSR) (จำนวน 60 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ได้รับการนวดทุยหนา กดคลึงและกลิ้งมือไปมาบริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ ไปจนถึง บริเวณหลังและสะบัก เสริมการกดจุด Hegu (LI4), จุดTianzhu (BL10) และจุด Quchi (LI11) (30 นาทีต่อครั้ง ระยะเวลา 10 วัน) กลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย ไม่ได้รับการนวดทุยหนา แต่ให้การรักษาโดยการดึงคอ (cervical traction) (10 นาทีต่อครั้ง ระยะเวลา 10 วัน)	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหว ของคอทุกทิศทาง • เพิ่มคุณภาพชีวิต
He ⁽²⁸⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม nerve Root type (cervical spondylotic radiculopathy, CSR) (จำนวน 93 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 47 ราย ได้รับการนวดทุยหนา กดคลึงและกลิ้งมือไปมาบริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ ไปจนถึง บริเวณหลังและสะบัก เสริมการกดจุด Fengchi (GB20), จุด Dazhui (GV14) จุด Tianzhong (SI11) และ จุด Hegu (LI4) (30 นาทีต่อครั้ง ระยะเวลา 10 วัน) กลุ่มควบคุม จำนวน 46 ราย ไม่ได้รับการนวดทุยหนา แต่ให้ flunarizine รับประทาน 10 มิลลิกรัมต่อวัน ระยะเวลา 10วัน	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหว ของคอทุกทิศทาง • เพิ่มคุณภาพชีวิต
Wang ⁽²⁹⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม nerve root type (cervical spondylotic radiculopathy, CSR) (จำนวน 47 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 28 ราย ได้รับการนวดทุยหนา กดคลึงและกลิ้งมือไปมาบริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ ไปจนถึง บริเวณหลังและสะบัก เสริมการกดจุด Fengfu (DU16) บีบนวดจุด Jianjing (GB21), จุด Tianzhong (SI11) จุด Quchi (LI11) จุด Baihui (GV20) จุด Tianzhu (BL10) จุด Taiyang (EX-HN5) และ จุด Taichong (LR3) ระยะเวลา 20 วัน กลุ่มควบคุม จำนวน 28 ราย ไม่ได้รับการนวดทุยหนา แต่ให้การฉีดmannitol 20% 250 มิลลิลิตร dextran-40 500 มิลลิลิตร และ tetra methyl pyrazine (TMP) 100 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือด จากนั้นทำการดึงคอ (cervical traction) ระยะเวลา 20 วัน	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหว ของคอทุกทิศทาง • เพิ่มคุณภาพชีวิต

การฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนารักษาโรค-
กระดูกคอเสื่อม

การรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา สามารถเสริมประสิทธิภาพการรักษาให้ดียิ่งขึ้น โดยทำการนวดทุยหนา ด้วยวิธีกด คลึง ถู บีบ ตัดหรือกลิ้ง ที่บริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ สะบักและจุดปวด รวมถึงตำแหน่งจุดฝังเข็มที่สำคัญ จากนั้นทำการฝังเข็มที่จุดฝังเข็มบริเวณต้นคอระหว่างกระดูกคอข้อที่ 2-7 (C2-

C7) จุดปวด (trigger point) และจุดบนเส้นลมปราณเป็นหลัก (ภาพที่ 1) และเสริมจุดฝังเข็มตามอาการ หลังจากผู้ป่วยได้รับการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา พบว่า มีระดับความปวดลดลง องศาการเคลื่อนไหวของคอเพิ่มขึ้นทุกทิศทาง มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และผลการตรวจค่าบ่งชี้การไหลเวียนเลือดทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการรักษา และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

การรักษารอคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนา

ตารางที่ 4 การฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนารักษารอคกระดูกคอเสื่อม

คณะผู้วิจัยหลัก	จำนวนผู้ป่วย ในการศึกษา	วิธีการ	ผลการศึกษา
Zeng, Dai & Liu ⁽³⁰⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม vertebral artery type มีอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ (จำนวน 96 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 48 ราย ได้รับการฝังเข็มร่วมกับ นวดทุยหนา โดยนวดทุยหนาบริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ กดจุดตำแหน่ง จุด Fengfu (DU16) จุด Fengchi (GB20) จุด Dazhui (DU14) และฝังเข็ม จุด Geshu (BL17) และจุด Bailao (EX-HN15) (30 นาทีต่อครั้ง ระยะเวลา 20 วัน) กลุ่มควบคุม จำนวน 48 ราย ไม่ได้รับการฝังเข็ม แต่ได้รับการนวดทุยหนา (30 นาทีต่อครั้ง ระยะเวลา 20 วัน)	กลุ่มทดลอง <ul style="list-style-type: none"> ลดระดับความปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอทุกทิศทาง เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ
Wei ⁽³¹⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม vertebral artery type (จำนวน 130 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 65 ราย ได้รับการฝังเข็มร่วมกับ นวดทุยหนา โดยฝังเข็ม จุด Yintang (EX-HN3) จุด Tianzhu (BL10) จุด Taiyang (EX-HN5) จุด Dazhui (DU14) จุด Taixi (KI3) จุด Sanyinjiao (SP6) จุด Kunlun (BL60) และ จุด Zusanli (ST36) 30 นาทีต่อครั้ง จากนั้น นวดทุยหนาบริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ 20 นาทีต่อครั้ง (ระยะเวลา 10 วัน) กลุ่มควบคุม จำนวน 65 ราย ไม่ได้รับการนวดทุยหนา แต่ได้รับการฝังเข็ม จุด Yintang (EX-HN3) จุด Tianzhu (BL10) จุด Taiyang (EX-HN5) จุด Dazhui (DU14) จุด Taixi (KI3) จุด Sanyinjiao (SP6) จุด Kunlun (BL60) และ จุด Zusanli (ST36) 30 นาทีต่อครั้ง (ระยะเวลา 10 วัน)	กลุ่มทดลอง <ul style="list-style-type: none"> ลดระดับความปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอทุกทิศทาง ลด resistive index (RI) ของหลอดเลือด ลด pulsatility index (PI) ของหลอดเลือด เพิ่ม peak systolic velocity (PSV) ของหลอดเลือด เพิ่ม TMF ของหลอดเลือด
An ⁽³²⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม vertebral artery type (จำนวน 66 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 33 ราย ได้รับการฝังเข็มร่วมกับ นวดทุยหนา โดยฝังเข็ม จุดปวด (trigger point) จุด Baihui (GV20) จุด Sishencong (EX-HN1) จุด Wangu (SI14) จุด Tianzhu (BL10) และ จุด Fengchi (GB20) 25 นาทีต่อครั้ง จากนั้น นวดทุยหนาบริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ 30 นาทีต่อครั้ง (ระยะเวลา 14 วัน) กลุ่มควบคุม จำนวน 33 ราย ไม่ได้รับการนวดทุยหนา แต่ได้รับการฝังเข็ม จุดปวด (trigger point) จุด Baihui (GV20) จุด Sishencong (EX-HN1) จุด Wangu (SI14) จุด Tianzhu (BL10) และ จุด Fengchi (GB20) (25 นาทีต่อครั้ง ระยะเวลา 14 วัน)	กลุ่มทดลอง <ul style="list-style-type: none"> ลดระดับความปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอทุกทิศทาง เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอาการมือชา เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เพิ่มการไหลเวียนเลือด (Vs, Vd) ในหลอดเลือดเลี้ยงสมองส่วนหลัง (vertebral artery) ทั้งด้านซ้ายและขวา ด้วยการตรวจ transcranial doppler ultrasound (TCD)

ตารางที่ 4 การฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนารักษาโรคกระดูกคอเสื่อม (ต่อ)

คณะผู้วิจัยหลัก	จำนวนผู้ป่วย ในการศึกษา	วิธีการ	ผลการศึกษา
Lu ⁽³³⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม vertebral artery type (จำนวน 134 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 67 ราย ได้รับการฝังเข็มร่วมกับ นวดทุยหนา โดยฝังเข็ม จุดปวด (trigger point) บริเวณ ต้นคอ บ่า ไหล่ เสริมจุด Waiguan (TB5) จุด Hegu (LI14) จุด Fengfu (GV16) 30 นาทีต่อครั้ง จากนั้น นวดทุยหนาบบริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ กดจุด Waiguan (TB5) จุด Hegu (LI14) จุด Fengfu (GV16) 10-15 นาทีต่อครั้ง (ระยะเวลา 2 เดือน) กลุ่มควบคุม จำนวน 67 ราย ไม่ได้รับการนวดทุยหนา และการฝังเข็ม แต่ให้การรักษาโดยการดึงคอ (cervical traction) ร่วมกับการรับประทานยา flunarizine และ betahistine mesylate เมื่อมีอาการเวียนศีรษะ (ระยะเวลา 2 เดือน)	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหว ของคอทุกทิศทาง • เพิ่มคุณภาพชีวิต • ลดอาการมือชา เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ
Shi ⁽³⁴⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม nerve root type (cervical spondylotic radiculopathy, CSR) (จำนวน 68 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 34 ราย ได้รับการฝังเข็มร่วมกับ นวดทุยหนา โดยฝังเข็ม จุดปวด (trigger point) บริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ เสริมจุด Taixi (KI3) จุด Fengchi (GB20) จุด Dazhui (GV14) จุด Baihui (GV20) และจุด Jianjing (GB21) 30 นาทีต่อครั้ง จากนั้นนวดทุยหนาบบริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ ไปจนถึงสะบักและหลัง 30 นาทีต่อครั้ง (ระยะเวลา 10 วัน) กลุ่มควบคุม จำนวน 34 ราย ไม่ได้รับการนวดทุยหนา แต่ได้รับการฝังเข็ม จุดปวด (trigger point) เสริมจุด Taixi (KI3) จุด Fengchi (GB20) จุด Dazhui (GV14) จุด Baihui (GV20) และจุด Jianjing (GB21) 30 นาทีต่อครั้ง (ระยะเวลา 10 วัน)	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหว ของคอทุกทิศทาง • เพิ่มคุณภาพชีวิต
Ma, Mu, Liao & Yang ⁽³⁵⁾	ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม กลุ่ม vertebral artery type (จำนวน 180 ราย)	กลุ่มทดลอง จำนวน 90 ราย ได้รับการฝังเข็มร่วมกับ นวดทุยหนา โดยฝังเข็ม จุดปวด (trigger point) จุดระหว่าง C2-C7 บริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ เสริมจุด Dazhui (GV14) 30 นาทีต่อครั้ง จากนั้นนวดทุยหนา บริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ จุด Jianzhong (SI15) จุด Jianqian (LI15) จุด Jianjing (GB21) จุด Fengchi (GB20), เสริมจุด Waiguan (TB5) จุด Hegu (LI14) จุด Dazhui (GV14) นวดคลายไปจนถึงสะบักและหลัง 30 นาทีต่อครั้ง (ระยะเวลา 10 วัน) กลุ่มควบคุม จำนวน 90 ราย ไม่ได้รับการนวดทุยหนา แต่ได้รับการฝังเข็ม จุดปวด (trigger point) จุดระหว่าง C2-C7 บริเวณต้นคอ บ่า ไหล่ เสริม จุด Dazhui (GV14) 30 นาทีต่อครั้ง (ระยะเวลา 10 วัน)	กลุ่มทดลอง • ลดระดับความปวด • เพิ่มองศาการเคลื่อนไหว ของคอทุกทิศทาง • เพิ่มคุณภาพชีวิต

วิจารณ์

จากการรวบรวมงานวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่าการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนาล้วนแล้วแต่มีประสิทธิภาพในการรักษาทั้งสิ้น และสามารถใช้อธิบายผลสมผลเพื่อเสริมประสิทธิภาพการรักษาซึ่งกันและกันได้ ซึ่งทั้งการฝังเข็มและการนวดทุยหนามีกลไกการรักษาที่คล้ายคลึงกัน จากผลการศึกษาเป็นไปตามทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory)⁽³⁶⁾ เมื่อทำการแทงเข็มหรือกดนวดทุยหนาบริเวณจุดฝังเข็ม จะทำให้เส้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่อยู่ในกล้ามเนื้อ ได้รับการกระตุ้น และทำการขัดขวางสัญญาณความปวดได้ โดยยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความเจ็บปวดเข้าสู่สมอง (ปิดประตู) จึงส่งผลให้ไม่รู้สึกเจ็บปวด และเมื่อมีการกระตุ้นเข็มที่บริเวณจุดฝังเข็มจนรู้สึกถึงความตึง ๆ หน่วง ๆ หรือเรียกว่าการเตอชี่ (de qi) จะทำให้สัญญาณประสาทดังกล่าวถูกส่งได้เร็วขึ้น จึงสามารถยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความรู้สึกเจ็บปวด ได้อย่างเร็วรวด⁽³⁷⁾ ในขณะที่เดียวกันยังสามารถกระตุ้นการหลั่งสาร endorphin ในระดับสมองส่วน hypothalamus และต่อมใต้สมอง ทำให้คลายความเจ็บปวดได้⁽³⁸⁾

การฝังเข็มและการนวดทุยหนานอกจากจะสามารถยับยั้งอาการปวดได้แล้ว ยังสามารถทำให้กล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่ และสะบักที่หดเกร็งอยู่นั้นคลายตัวลง โดยการแทงเข็มที่บริเวณจุดปวด (trigger point) และการใช้เทคนิคแทงเข็มแบบทะลวงจุดตั้งเช่นการศึกษาของ Ju D⁽²³⁾ กระตุ้นให้เกิดการตอบสนองแบบรีเฟล็กซ์ (spinal cord reflex) ของระบบประสาท ทำให้เครือข่ายเส้นประสาทที่อยู่บริเวณกล้ามเนื้อดังกล่าวหลั่ง neuropeptides ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด เพิ่มการไหลเวียนเลือดให้สามารถเข้าไปหล่อเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายได้ ทำให้เนื้อเยื่อเกิดการซ่อมแซมตัวเอง ส่งผลให้กล้ามเนื้อที่หดเกร็งคลายตัว ทำให้กล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่และสะบัก รวมถึงแขนมีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น และองศาการเคลื่อนไหวของคอเพิ่มขึ้นทุกทิศทางอีกด้วย⁽³⁹⁾ ซึ่ง

สอดคล้องกับทฤษฎีระบบเส้นลมปราณทางศาสตร์การแพทย์แผนจีน Shen X⁽⁴⁰⁾ สามารถอธิบายได้ว่า การฝังเข็มและการนวดทุยหนา จะไปกระตุ้นเลือดและลมปราณทั้งบริเวณจุดปวดและบริเวณเส้นลมปราณบนร่างกายให้ไหลเวียนได้อย่างคล่องแคล่ว โดยศาสตร์การแพทย์แผนจีนมองว่าสาเหตุของความปวดเกิดได้ทั้งสาเหตุภายนอกและสาเหตุภายในร่างกาย และเกิดการสะสมเรื้อรังเป็นระยะเวลานานทำให้เลือดและลมปราณติดขัด หรือเสมหะและความชื้นคั่งค้างในร่างกาย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดทั้งสิ้น เรียกกลไกการเกิดอาการปวดนี้ว่าการติดขัดเป็นบ่อเกิดของความปวด (butong ze tong) ดังนั้นแพทย์แผนจีนจึงใช้วิธีการรักษาโดยเน้นการเดินลมปราณ สลายเลือดคั่ง และขับความชื้นและเสมหะ เรียกวิธีนี้ว่า การทะลวงเส้นลมปราณ (tongjing Huoluo) เมื่อเลือดและลมปราณสามารถไหลเวียนได้อย่างปกติ และไม่มีอาการคั่งค้างของความชื้นและเสมหะแล้ว จะส่งผลให้เลือดสามารถไหลเวียนไปบำรุงหล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อกระดูกและข้อต่อบริเวณดังกล่าวได้อย่างเต็มที่ รวมถึงได้รับการซ่อมแซมและเสริมสร้างความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้ออย่างเพียงพอ กล้ามเนื้อจะเกิดการคลายตัวลง ลดแรงบีบอัดบริเวณกระดูกและข้อต่อ จึงส่งผลให้ระดับความเจ็บปวดลดลง เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น และสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น⁽⁴¹⁾

จากการรวบรวมงานวิจัยข้างต้นจึงสรุปได้ว่า การฝังเข็มและการนวดทุยหนารักษาผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมสามารถลดระดับความเจ็บปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอทุกทิศทาง เพิ่มคุณภาพชีวิต และมีผลการตรวจค่าบ่งชี้การไหลเวียนเลือดทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น ดังนั้นการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยการฝังเข็มและการนวดทุยหนา เป็นวิธีการรักษาอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ อีกทั้งยังเป็นการเผยแพร่แนวทางการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย และนำไปสู่การพัฒนาวิธีการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมที่มีความปลอดภัยและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมหลังจากการฝังเข็มและการนวดทุยหนาไปแล้วทุก 3 เดือน เพื่อศึกษาระยะเวลาอาการกำเริบของโรคในระยะยาว ควรมีการส่งเสริมการฝังเข็มและการนวดทุยหนารักษาโรคกระดูกคอเสื่อมควบคู่กับการทำกายภาพบำบัดและปฏิบัติตามหลักการยศาสตร์ เพื่อเสริมประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้ดียิ่ง

2. ควรนำผลการวิจัยข้างต้นไปใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป เป็นแนวทางการรักษาและบรรเทาอาการปวด เสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมด้วยแพทย์ทางเลือกอีกทางหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

- Hashish R, Badday H. Frequency of acute cervical and lumbar pathology in common types of motor vehicle collisions: a retrospective record review. *BMC Musculoskeletal Disord* 2017;18(1):437.
- Ahn NU, Ahn UM, Amundson, GM, An HS. Axial-mechanical neck pain and cervical degenerative disease: The Adult and Pediatric Spine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- McDonnell M, Lucas P. Cervical spondylosis, stenosis, and rheumatoid arthritis. *Med Health R* 2012;95(4):105-9.
- Hansraj KK. Assessment of stresses in the cervical spine caused by posture and position of the head. *Surg Technol Int* 2014;25:277-9.
- อำนาจ อุนนะนันท์. เรื่องของกระดูกสันหลังที่ควรรู้. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2542.
- Emery SE. Cervical spondylotic myelopathy: diagnosis and treatment. *J Am Acad OrthopSurg* 2001;9(6):376-88.
- Lin TY, Teixeira MJ, Fischer AA, Barboza HFG, Imamura ST, Mattar R, et al. Work-related musculoskeletal disorders. *Phys Med Rehabil Clin North Am* 1997;8(1):113-7.
- ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ. รายงานการศึกษาทบทวนประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในการรักษาอาการปวดและอาการอักเสบของยากลุ่ม selective cyclooxygenase inhibitors (COX II-inhibitors). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2555.
- Peloso PM, Gross AR, Haines TA, Trinh K, Goldsmith CH, Aker P. Medicinal and injection therapies for mechanical neck disorders: a Cochrane systematic review. *J Rheumatol* 2006;33(5):957-67.
- White WB, West CR, Borer JS, Gorelick PB, Lavange L, Pan SX, et al. Risk of cardiovascular events in patients receiving celecoxib: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Am J Cardiol* 2007;99(1):91-8.
- อัญมัย ปุรินัย, นิ่มนวล มั่นตราภรณ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัดใส่เหล็กที่กระดูกคอ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด. *วารสารการปฏิบัติการและการผดุงครรภ์ไทย* 2559;3(2):66-82.
- Oray M, Abu Samra K, Ebrahimiadib N, Meese H, Foster CS. Long-term side effects of glucocorticoids. *Expert Opinion on Drug Safety* 2016;15(4):457-65.
- Shi X. Acupuncture. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine; 2017. (in Chinese)
- Yan X. Tuina. Beijing: China press of traditional Chinese medicine; 2011. (in Chinese)
- Zhao W. Orthopedics and traumatology of traditional Chinese medicine. Shanghai: Shanghai scientific and technical publishers; 2011. (in Chinese)
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. การฝังเข็มรมยา เล่ม 2 (การฝังเข็มรักษาโรคที่พบบ่อย). นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.
- Beithon J, Gallenberg M, Johnson K, Kildahl P, Krenik J, Liebow M, et al. Diagnosis and treatment of headache:

- health care guideline [Internet]. 2013 [cited 2021 Mar 10]. Available form: <https://www.icsi.org/asset/qwrznq/Headache.pdf>
18. Fan B. Tuina. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine; 2010. (in Chinese)
 19. Wang Y, Chen Q. Clinical observation on acupuncture at neck pain points and neck Jiaji points in treatment of nerve root type of cervical spondylosis. *Journal of Hubei University of Chinese Medicine* 2020;22(3):96-8. (in Chinese)
 20. Chen P, Qu S. Clinical observation on the treatment of cervical spondylosis of cervical type with acupuncture regulating the mind. *Chinese Manipulation and Rehabilitation Medicine* 2020;11(16):11-3. (in Chinese)
 21. Yang S, Gao F, Chen G. Clinical evaluation of acupuncture at cervical acupoints on Hou Xi points. *Electronic Journal of Clinical Medical Literature* 2020;7(25):49-54. (in Chinese)
 22. Huang B. Analysis on the effect of acupuncture therapy on vertebral arterial cervical spondylosis Huang Bing. *Contemporary Medical Symposium* 2019;17(10):31-3. (in Chinese)
 23. Ju D. Analysis of clinical effect of differentiation acupuncture in treatment of cervical spondylosis. *Systems Medicine* 2018;3(22):143-5. (in Chinese)
 24. Zhang J, Yao W, Yu A. Comparison of clinical efficacy of corresponding therapy and traditional local acupuncture in the treatment of cervical. *Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine* 2018;36(5):187-9. (in Chinese)
 25. Zhang H. Study on the application effect of TCM massage in the treatment of cervical spondylosis. *Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine* 2015;33(9):155-7. (in Chinese)
 26. Liang H, Zeng X, Li F. Study on clinical effect of massage in treatment of nerve-root type cervical spondylosis. *China Continuing Medical Education* 2016;8(10):168-70. (in Chinese)
 27. Chen S. Effect of massage on cervical spondylotic radiculopathy. *Continuing Medical Education* 2020;34(11):165-6. (in Chinese)
 28. He J. Analysis of the effect of traditional Chinese massage therapy on cervical spondylotic radiculopathy. *Contemporary Medicine Forum* 2014;12(17):24-5. (in Chinese)
 29. Wang J. Effect of Tuina massage on cervical spondylosis. *JCML* 2020;7(11):57-9. (in Chinese)
 30. Zeng X, Dai W, Liu C. Clinical research the curative effect of Huoxue Tongqiao needling and moxibustion combine with manual reduction massage in vertebral artery type of cervical spondylosis. *Shanxi TCM* 2016;7(11):1532-4. (in Chinese)
 31. Wei S. Effect of acupuncture combined with massage therapy on vertebral artery type cervical spondylosis and its influence on hemodynamics. *Systems Medicine* 2019;4(14):130-46. (in Chinese)
 32. An M. Clinical observation on acupuncture and moxibustion combined with massage therapy on patients with vertebral artery type cervical spondylosis. *CJGMCM* 2020;35(3):399-401.
 33. Lu X. Effect of acupuncture combined with massage on cervical spondylosis of vertebral artery type. *Contemporary Medical Symposium* 2020;18(8):196-7. (in Chinese)
 34. Shi J. Acupuncture combined with massage in the treatment of cervical spondylosis. *Jocml* 2014;1(5):69. (in Chinese)
 35. Ma H, Mu J, Liao X, Yang P. Clinical observation on 90 cases of cervical spondylosis of vertebral artery type

- treated by Acupuncture and massage. Chinese journal of ethnomedicine and ethnopharmacy 2014:48-50. (in Chinese)
36. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science 1965;150:971-9.
37. Siegele DS. Pain and suffering: the gate control theory. Am J Nurs 1974;74:498-502.
38. Hsu OT. Acupuncture: a review. Reg Anesth 1996; 21(4):361-70.
39. White A, Cummings M, Filshie J. An introduction to Western medical acupuncture. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2008.
40. Shen X. Meridian and acupoint science. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine; 2011. (in Chinese)
41. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. การฝังเข็ม รมยา เล่ม 5 (การรักษากลุ่มอาการเมตาบอลิกและโรคที่เกี่ยวข้องด้วยการฝังเข็มและยาจีน). นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.

Abstract: Treatments for Cervical Spondylosis with Acupuncture and Tuina Massage

Poonyaphat Siriteerathitikul, M.CM.

School of Public Health, University of Phayao, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(5):915-28.

Cervical spondylosis is caused by deterioration of the discs and joints in the cervical spine and is a common disease among the elderly. Since it is a bone and joint disorder, there is no cure for it. The most common treatment for cervical spondylosis is symptomatic treatment with painkillers and steroid injections, or even surgery. By relevant research article search in various databases such as CNKI, google scholar, PubMed, science direct, this research is a systematic review of the literature for knowledge collection related to cervical spondylosis treatment with acupuncture and Tuina massage. The research articles were published in 2014 to 2020 and in domestic and international journals. The specifying key words in Thai, Chinese, and English language searches were as follows: cervical spondylosis, acupuncture, Tuina, traditional chinese medicine. Here the results showed that a total of 17 trials met the inclusion criteria and all were randomized controlled trials (RCTs) with the control groups. Based on the treatment methods, the treatment divided into 3 ways as follows: treatment of cervical spondylosis with acupuncture 6 articles, followed by treatment of cervical spondylosis with Tuina massage, and treatment of cervical spondylosis with both acupuncture and Tuina massage were 5, and 6 articles, respectively. Most of them were research, which was experiments originated from China and was published in China database CNKI. Based on content analysis to describe the effects of acupuncture and Tuina massage, patients with cervical spondylosis had lower pain levels. Also, they had increasing degrees of neck movement in all directions and had an increasing quality of life. According to laboratory analysis, indicators of blood flow have improved. As a results, the treatment of cervical spondylosis with acupuncture and Tuina massage is an alternative way for these patients. It is also a dissemination of guidelines for treating cervical osteoarthritis with alternative medicine in Thailand and leads to the development of a safe and sustainable treatment for cervical spondylosis.

Keywords: acupuncture; cervical spondylosis; traditional Chinese medicine; Tuina massage