**บทที่ 2**

**แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

การศึกษาวิจัยนี้ได้ค้นคว้า รวบรวมแนวคิดทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับโรคกระดูกคอเสื่อม โรคกระดูกสันหลังคอเสื่อมแบบกดทับรากประสาททั้งทางการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนจีน

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคกระดูกคอเสื่อม

2. แนวคิดเกี่ยวกับกระดูกสันหลังคอเสื่อมแบบกดทับรากประสาท

3. แนวคิดเกี่ยวกับกระดูกสันหลังคอเสื่อมในทางการแพทย์แผนจีน4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกระดูกสันหลังคอเสื่อมด้วยการรักษาทางการแพทย์แผนจีน

**2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคกระดูกคอเสื่อม**

**2.1.1 ความหมายของโรคกระดูกคอเสื่อม**

**โรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis)** ( ต่อพงษ์, 2553 ) คือ กลุ่มอาการปวด เมื่อยต้นคอ ที่มีสาเหตุมาจากภาวะความเสื่อมของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ ก่อให้เกิดการงอกของกระดูก (osteophyte) และ หรือการยื่นของหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ ก่อให้เกิดการตีบแคบของ central spinal canal และ/หรือ intervertebral foramen ส่งผลให้เกิดการกดทับของ spinal cord (Cervical Spondylotic Myelopathy : CSM) และ/หรือ nerve root (Cervical Spondylotic Radiculopathy : CSR) อาการที่แสดงออกคือ การปวดที่ต้นคอ โดยทั่วไปมักจะมีอาการปวดตามแกนกลางของคอ (axial neck pain) หรือปวดข้างใดข้างหนึ่งบริเวณข้อต่อฟาเซ็ต (facet joint) และถ้ามีอาการกดทับของรากประสาท (Cervical Spondylotic Radiculopathy : CSR) จะมีอาการปวดร้าว หรือชา หรืออ่อนแรงไปยังแขนข้างที่รากประสาทถูกกดเบียด

Cervical Spondylotic Myelopathy แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มตามลักษณะอาการแสดงดังนี้(กนิษฐา, 2558)

1. Nerve root symptoms ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการปวดร้าวจากคอไปที่แขนอาจถึงมือ โดยมีอาการปวดร้าวตามรากประสาทที่ถูกกด (radiculopathy)

2. Medial หรือ myelopathic syndrome จะพบอาการแสดงจากการที่ประสาทไขสันหลัง (spinal cord) ถูกกดทับและมีการเสียการทำงาน โดยตรวจพบความผิดปกติของ fiber tracts หรือ pathway ต่างๆ ที่ผ่านมาจากสมองลงมาทางไขสันหลัง (long tract sign) ซึ่งจะช่วยบอกความผิดปกติของระบบสมองส่วนกลาง (สมองและไขสันหลัง)

3. Combined syndrome มีการกดทับทั้งรากประสาท (nerve root) และประสาทไขสันหลัง(spinal cord) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทั้งสองอย่างร่วมกันเป็นกลุ่มที่พบบ่อยที่สุดของ cervical spondylotic myelopathy

4. Vascular syndrome พบได้น้อย เกิดจากการขาดเลือดของไขสันหลัง (spinal cord) โดยกลุ่มนี้มักไม่แสดงรูปแบบอาการทีชัดเจนของการเสียการรับรู้ความรู้สึกหรือกำลังกล้ามเนื้อ(sensory and motor deficit)

5. Anterior syndrome มักตรวจพบอาการอ่อนแรงของแขนทั้งสองข้าง สูญเสียการรับความรู้สึกเจ็บปวดอุณหภูมิแต่ยังเหลือความรู้สึกการทรงตัวการรับรู้ความรู้สึกของข้อต่อและการสั่น  
สะเทือนอยู่ เชื่อว่าเกิดจากการที่หมอนรองกระดูกคอยืนไปกด anterior horn cell ในไขสันหลังขณะก้มศีรษะ

งานวิจัยนี้ศึกษาโรคกระดูกสันหลังคอเสื่อมแบบกดทับรากประสาท (Nerve root type cervical spondylosis) พบมากกลุ่มหนึ่งในปัญหาโรคกระดูกสันหลังคอเสื่อม (Cervical syndrome, CS) ในอดีตพบมากในคนที่มีอายุมาก แต่ในปัจจุบันมีแนวโน้มพบในอายุที่น้อยลง อาการที่พบได้บ่อย คือ ปวดหรือชาตามตามคอ ไหล่ แขน เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน ในปัจจุบันทางการแพทย์มีการวิจัยที่มากขึ้น

**2.2. กระดูกสันหลังคอเสื่อมแบบกดทับรากประสาท**

กระดูกสันหลังคอเสื่อมแบบกดทับรากประสาทNerve root type cervical spondylosis หรือCervical spondylotic radiculopathy เปนการแสดงออกทางคลินิก ที่มีอาการและอาการแสดงของ cervicalnerve root dysfunction (abnormalities in motor, sensory, reflex function of a specific cervicalnerve root) พยาธิสภาพใดก็ตามที่ทำใหเกิดการกดทับ (impingement) ตอ existing cervical nerveroots สามารถทําใหเกิดอาการและอาการแสดงของ radiculopathy. แบ่งเป็น เกิดอยางเฉียบพลัน (acute radiculopathy เชน herniated nucleus pulposus “soft disc”) หรือเปนเรื้อรัง (chronic radiculopathy เชน facet joint hypertrophy, uncovertebral joint hypertrophy, soft-tissueimpingement) ทําใหเกิด direct mechanical compression และ chemical irritation ตอ nerve root

**1. สาเหตุและปัจจัยการเกิด ( Cervical Spondylotic Radiculopathy ,CSR )**

ปัญหาโรคกระดูกสันหลังคอเสื่อมแบบกดทับรากประสาท ( cervical spondylotic radiculopathy , CSR ) เกิดขึ้นมากกลุ่มหนึ่งในปัญหา CS ในอดีตพบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มพบในอายุที่น้อยลง ในทางการแพทย์เกิดจากกระดูกสันหลังบริเวณต้นคอเกิดการเสื่อม กระดูกบางส่วนเกิดการงอกบริเวณข้อของกระดูกสันหลังหลวม ผิดรูป เส้นเอ็นมีแคลเซียมเกาะ ถุงหุ้มข้อ(articular capsule)ใหญ่ขึ้น เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้จะไปกระตุ้น หรือกดทับรากประสาทบริเวณโดยรอบ ทำให้เกิดอาการปวดหรือชาตามตามคอ ไหล่ แขน เป็นต้น ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน กลุ่มอาการCSR ส่งผลให้เกิดอาการปวดจากทฤษฎีทางการแพทย์ที่มีการศึกษาประกอบด้วย

**ทฤษฎี Mechanical pressure theory** เกิดขึ้นจากการเสื่อมของ lumbar dis c กระตุ้นให้เกิด Luschka เสื่อมสภาพ สุดท้าย Gapophysis Joint capsule และLigament เกิดการเสื่อมสภาพตามมา ทำให้เส้นประสาทบริเวณนั้นโดนกระตุ้น กดทับ Nerve root hard conjunctival axis เกิดการอักเสบบริเวณที่เกิดโรค บริเวณนั้นเลือกบริเวณนั้น จะได้รับการกระตุ้นที่เร็ว การกดทับจะแบ่งเป็นโดยตรง และทำลายระบบไหลเวียนเลือด Cerebrospinal Fluid เนื่องจากความดันที่สูงขึ้น ทำให้เส้นประสาทขาดสารอาหารมาหล่อเลี้ยง บริเวณโดยรอบเกิดการบวมเกิดขึ้น ซึ่งทำให้อาการต่างๆหายยากมากขึ้น การกดทับที่ทำเกิดการเจ็บปวด ไม่สามารทำลายเส้นประสาทได้ แต่เมื่อเกิดการอักเสบหรือกระตุ้น hard conjunctival

**ทฤษฎีการอักเสบบริเวณเส้นประสาท** บริเวณที่อักเสบเกิดจาก Chemical medium ทำปฏิกิริยากับเส้นเลือด ทำให้ Histamine、5-serotonin เป็นต้นในเลือดหลั่งมากขึ้น Histamine、5- serotonin เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญทำให้เกิดการอักเสบ และเป็น Markers of inflammatory response ซึ่งสองสารนี้เป็นตัวทำให้เกิดอาการเจ็บปวด เมื่อเกิดการอักเสบสะสม ทำให้เกิดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อต่างๆเกิดพังพืด ซึ่งเป็นวงจรสุดท้ายเกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะบริเวณนั้น

**ทฤษฎีภูมิคุ้มกันบกพร่อง Auto-immune theory** ทฤษฎีภูมิคุ้มกันบกพร่อง พบจากเอกสารที่บันทึกส่วนมากพบในสัตว์ทดลอง และบางส่วนในการวิจัยทางคลินิก Bohechko จากการผ่าตัดพบว่าบริเวณ lumbar dis cและ Pulp and tissue มีการแสดงระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเขาใช้บริเวณนี้ของกระต่ายย้ายไปปลูกที่ใต้ผิวหนัง ซึ่งบริเวณนั้นต่อมน้ำเหลืองต่อมน้ำเหลืองมีอาการโตขึ้น เมื่อใช้ lumbar dis cและ Pulp and tissue ของกระต่ายเองไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ซึ่งในปัจจุบัน Mechanical pressure theory ทฤษฎีการอักเสบบริเวณเส้นประสาท และทฤษฎีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ยังเป็นที่ยอมรับมากที่สุดที่ทำให้เกิดการเจ็บปวดบริเวณที่มีการกดทับของเส้นประสาท CRS แบ่งระยะของโรคดังนี้ Inflammatory edema, dry period, recovery period

**2. การรักษาทางการแพทย์**

แบ่งการรักษาออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การรักษาโดยไม่ผ่าตัด (Nonoperative treatment) การรักษาโดยวิธีผ่าตัด (Operative treatment) ในที่นี้ขอกล่าวถึงการรักษาโดยโดยไม่ผ่าตัด (Nonopera-tive treatment)

**การรักษาโดยไม่ผ่าตัดโรคกระดูกสันหลังคอเสื่อมแบบกดทับรากประสาท (Nonoperative treatment of cervical radiculopathy)**

**การพักผ่อน**

Bed rest มีประสิทธิภาพในการรักษา cervical radiculopathy ระยะเวลาของ bed rest ที่แทจริงสําหรับ cervical radiculopathy ยังไมเปนที่ชัดเจน จากการศึกษาพบวาการให bed rest 1-2 วัน มีประสิทธิภาพเทากับการให bed rest 7 วัน และลดการเกิดภาวะ “deconditioning” ตอ neckmuscles อีกดวย

**Immobilization with cervical orthosis**

การใช cervical collars ชวยลด acute inflammation จึงชวยลด pain และ muscle spasm ได แตควรหลีกเลี่ยง immobilization เปนระยะเวลานาน ระยะเวลาสําหรับ immobilization ไมเกิน 10-14 วัน และตามดวย gradual weaning

**Activity modification**

ผู้ปวยอาจตองจํากัดกิจกรรมบางอยาง เชน ทาทางที่ตองกม เงยคอเปนเวลานานหรือมากเกินไป ควรหลีกเลี่ยงการยกของหนัก การทํางานที่ตองกม แหงนคออยูบอยๆ เปนตน เมื่ออาการของผูปวยผานพนระยะ acute radiculopathy แลว ควรแนะนําใหผูปวยทํา aerobic exercises อยาง  
ตอเนื่องเป็นประจํา (เชน ขี่จักรยาน วายน้ำ)

**Medications**  
 Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) สามารถช่วยลดอาการปวดจากการอักเสบ ของ cervical radiculopathy Narcotic analgesics Muscle relaxants Antide-  
pressant agents Other agents ยาในกลุม antiepileptic agents, GABApentin inhibitors  
 **Injection therapy**

orticosteroid cervical transforaminal, epidural & selective nerve root injections ชวยใหเกิด short-term symptom relief เปนอีกทางเลือกหนึ่งของ nonoperative treatment ใน cervical radiculopathy. Injection agents ที่นิยมใชกันไดแก lidocaine & methylprednisolone acetate (หรือ triamcinolone diacetate) ผลสำเร็จไดผลมีตั้งแต 40%-71%

**Physical therapy**

สามารถใชลําพังหรือรวมกับการรักษาวิธีอื่นๆ ในทุกระยะของการรักษา แบงได 2 อยางคือ

**1) Passive modalities** ไดแก การใชความรอน (Heat) มี 2 วิธีคือ superficial heat (เชื่อวาสามารถชวยลดอาการปวดจาก trigger point และ muscle spasm) และ deep heat (โดยการใช ultrasound ลดradicular painจากการกระตุนneural pathways การใชความเย็น(Cryotherapy) ชวยเพิ่ม pain threshold และลด acute inflammation การใช้ (Cervical traction) การdistract joints สามารถชวยลด pressure ตอ discs และ nerve roots ชวยเพิ่ม epidural blood flow และลด inflammation, pain, muscle spasm และ การนวด (Massages) เปน mechanical stimulation ที่ชวยเพิ่ม blood circulation และชวยใหเกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อ

**2) Active modalities** ไดแก่ Isometric exercises เปน static training regimen ที่ชวยเพิ่มความแข็งแรง(strength) ของ paravertebral neck muscle โดยไมตองใหเกิด cervical motion Aerobic conditioning เปนวิธีที่สําคัญที่ชวยปองกันการกลับซ้ำของ radicular symptoms ในระยะ pain-free period เชน การเดินหรือขี่จักรยาน 20-30 นาทีตอวัน อยางนอย 3 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายแบบอื่นๆ ROM exercises Dynamic muscle training เป็นต้น

**Electrical stimulation**

จากการศึกษาพบว่าชวยลดอาการของ neck pain (โดยเชื่อวาไปยับยั้ง spasm cycles) แตบทบาทใน cervical radiculopathy ยังไมชัดเจน โดยเฉพาะในแงของการบรรเทาอาการปวดในระยะยาวและการป้องกันการกลับซ้ำ

**Chiropractic manipulation** ในการรักษา cervicalradiculopathy ยังเปนที่ถกเถียงกันอยางกวางขวาง

**2.3. กระดูกสันหลังคอเสื่อมในทางการแพทย์แผนจีน**

**1. สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคกระดูกสันหลังคอเสื่อม (Cervical Spondylotic Radiculopathy , CSR)**

1.1 กลุ่มอาการ CSR ในทางการแพทย์แผนจีน (ศาสตราจารย์ สวือ เสวีย หมิ่น) จัดให้อยู่ในกลุ่มภาวะปวด( 痹症 ) บันทึกจากคัมภีร์เก่าของการแพทย์แผนจีน เป็นโรคเกิดขึ้นที่กระดูก ปัจจัยภายนอก คือ ลม ความเย็น ความชื้นกระทำกับกระดูก ซึ่งต่อมามีการบันทึกไว้ว่า สาเหตุต่างๆที่ทำให้มีอาการคอแข็ง เกิดจากปัจจัยภายนอก คือ ความชื้นเป็นหลัก ความชื้นทำลายร่างกายจะแสดงอาการ คือ การปวดหัว และ เมื่อมีลม ความเย็น กระทำซ้ำจึงเป็นสาเหตุที่กระตุ้นทำให้เกิดการปวดได้

1.2 เกิดจากการใช้งานที่มากเกินไป สาเหตุจากการนั่งเป็นเวลานาน หรืออาการคอเคล็ด ทำให้เกิดองศาการเคลื่อนไหวของคอน้อยลง กลไกการเกิดเนื่องจากกระดูกสันหลังบริเวณคอเสื่อมเป็นพื้นฐาน ข้อต่อของกระดูกไม่เสถียร ร่วมกับเลือดลมไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้เกิดภาวะเลือดคั่ง เสมหะติดขัด เมื่อเลือด ลมติดขัด สารอาหารที่ไปหล่อเลี้ยงจึงไม่เพียงพอ

1.3 เกิดจากการใช้งานที่ผิดท่า คือ การนั่งในท่าก้ม บริเวณต้นคอรับน้ำหนักมากเกินไป

1.4 เกิดจากอุบัติเหตุ เป็นรอยโรคเก่า ทำให้เกิดอาการปวดได้

1.5 เกิดจากแรงของกล้ามเนื้อบริเวณคอไม่สมดุล

**2. กลไกเกิดของโรค**

ในทางการแพทย์แผนจีน กระดูกอยู่ในการควบคุมการทำงานของไต ไตจะเป็นตัวสร้างสารบำรุงกระดูกและทำให้เกิดไขกระดูก เมื่ออายุมากขึ้น ไตถูกทำลาย สารจิงในร่างกายก็จะลดลง เมื่อสารจิงลดลงทำให้การสร้างไขกระดูกลดลง ความแข็งแกร่งของกระดูกก็ลดลงด้วย จึงเกิดโรคต่างๆได้ และเมื่อร่างกายถูกกระทำด้วย ลม ความเย็น ความชื้น เส้นลมปราณถูกอุดกั้น ร่วมกับการใช้งานเป็นเวลานานยิ่งปิดเส้นทางการหล่อเลี้ยงของเส้นลมปราณ ทำให้เกิดลมติดขัด เลือดคั่ง ความชื้นสะสมอยู่บริเวณต้นคอ อาการที่แสดงอออกคือ ปวดบริเวณต้นคอ ปวดหัว หรือบางคนมีอาการเวียนหัวร่วมด้วย เป็นต้น

อวัยวะที่เกี่ยวข้อง คือ ไต กระเพาะปัสสาวะ เส้นลมปราณไท่หยางเส้นเอ็น และเส้นลมปราณตู

**การแบ่งกลุ่มอาการของโรคตามทางการแพทย์แผนจีนแบ่งเป็น**

1) กลุ่มภาวะพื้นฐาน ตับ ไต ยินพร่อง เลือด ลมไม่เพียงพอ ถูกลม ความเย็น ความชื้น กระทำซ้ำ ปิดกั้นเส้นลมปารณ ชี่ติดขัด เลือดคั่ง เสมหะอุดกั้น

2) กลุ่มภาวะพื้นฐาน ชี่ติดขัด เลือดคั่ง เนื่องจากอุบัติเหตุ หรือภาวะเสื่อมจากการทำงาน ทำให้เลือดคั่งค้างบริเวณเนื้อเยื่อ เกิดเป็นเลือดคั่งภายในปิดกั้นเส้นลมปราณ

3) กลุ่มภาวะเลือด ลมพร่อง มักพบในผู้สูงอายุ เลือดลมไม่เพียงพอ ชี่พร่อง การป้องกันปัจจัยภายนอกลดลง เมื่อลม ความเย็น ความชื้น กระทำซ้ำ เส้นลมปราณจิงถูกกระทำ เลือด ลมขนส่งไม่สะดวก เลือดพร่อง เส้นเอ็น และกระดูกขาดการหล่อเลี้ยง

อาการปวดใน CSR เป็นการปวดแบบเส้นลมปราณติดขัด เกิดจากเลือดครั่ง ชี่ติดขัด อวัยวะภายในร่างกายเสื่อม กระดูกและเส้นเอ็นพร่องเย็น ผิวหนังและเลือดลมพร่อง ทำให้เส้นเอ็นและกระดูกขาดสารอาหารหล่อเลี้ยง ปัจจัยเกิดโรคภายนอกคือ ลม ความเย็น ความชื้น มักเข้ามาทำลาย ปิดกั้นเส้นลมปราณ ชี่ขัดเลือดคั่ง ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อย ชา เป็นต้น

**2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกระดูกสันหลังคอเสื่อมด้วยรักษาทางการแพทย์แผนจีน**

การรักษาทางการแพทย์แผนจีนในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ แบ่งเป็นการรักษาโดยการใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งการรักษาโดยไม่ใช้ยาจีนรักษาประกอบด้วย ฝังเข็ม นวด กัวซา ฉีดยาที่จุดฝังเข็ม ฝังเข็มร่วมกับนวดทุยหนา ฝังเข็มร่วมกับการครอบแก้ว เป็นต้น

**การรักษาแบบการฝังเข็ม**

1. การรักษาโดยใช้เข็มฝังเข็ม

เป็นการใช้เข็มขนาดเล็กปักลงไปตามจุด การรักษาได้ผลดี เห็นผลเร็ว ใช้ทั่วไปในทางคลินิก การเลือกใช้จุดแบ่งเป็นจุดใกล้และจุดไกล จุดใกล้คือบริเวณรอยโรค และจุดไกล คือการเลือกใช้จุดตามทฤษฎีเส้นลมปราณทางการแพทย์แผนจีนเป็นหลักในการรักษา ซึ่งสรรพคุณการฝังเข็มต่อการเกิดอาการของ CSR คือ 1. สามารถยับยั้งความรู้สึกและข้อมูลความเจ็บปวด 2. การฝังเข็มสามารถปรับกระแสการไหลเวียน ทำให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น 3. สามารถลดหรือยับยั้งการการหลั่งของ Inflammatory mediators จากการศึกษาของอี้ฮ่ายเหลียนและคณะ ใช้จุดจู่หลินชี หยางหลิงฉวน อยู่ในเส้นลมปราณเส่าหยาง จุดจิงกู่ เว่ยจง อยู่ในเส้นลมปราณไท่หยาง จุดเสี้ยนกู่ จู๋ซานหลี่ โดยฝังจุดซู ตามด้วยจุดเหอ เมื่อปักเข็มแล้วกระตุ้นให้เต๋อชี่ ให้ปลายเข็มชี้ขึ้นจุดบน พร้อมกับให้ผู้ป่วยหมุนคอไปมาอย่างช้าๆ โดยรักษาหนึ่งคร์อส ผู้ป่วยจำนวน 62 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 68 คน อาการดีขึ้นอย่างชัดเจน 91.18 % อาการดีขึ้น 71.35%

2. ฝังเข็มร่วมกับใช้เครื่องกระตุ้น

การที่ใช้เข็มฝังเข็มปักลงในจุดฝังเข็มร่วมกับการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้น ประสิทธิผลการรักษาดีเยี่ยมรูปแบบหนึ่ง

จากการศึกษาของเติ้งผิงและคณะ ใช้การฝังเข็มที่จุดเจี๋ยจี่ร่วมกับการกระตุ้นโดยใช้เครื่องกระตุ้นกระแสไฟฟ้า รักษาผู้ป่วยที่มีอาการ CRS จำนวน 60 ราย โดยผู้ป่วยจำนวน 37 รายอาการหายปกติ อาการดีขึ้นชัดเจน18 ราย และอีก 5 รายไม่ได้ผล

3. การฝังเข็มอุ่น

เป็นการรักษาโดยใช้การฝังเข็มร่วมกับการรมยา โดยการรมด้วยโกฐจุฬาลัมพาร่วมกับการฝังเข็ม สามารถกระตุ้นการทำงานของชี่ เพิ่มพลังหยาง สามารถปรับสมดุลการทำงานของอวัยวะภายใน ทำให้เส้นลมปราณไม่ติดขัด เพิ่มการไหลเวียนของเลือดลม

จูหยู่จิ่งใช้การฝังเข็มอุ่นร่วมกับการใช้ยาจีน รักษาอาการCRS จำนวน 236 ราย เวลารักษาจำนวนหนึ่งคร์อส อาการหายปกติจำนวน 150 ราย ดีขึ้นชัดเจน 81 ราย อาการดีขึ้นจำนวน 4 ราย และไม่มีการเปลี่ยนแหปลงจำนวน 1 ราย อาการดีขึ้นคิดเป็น 99.6 %

4. การใช้เข็มมีด (small needle)

เสี่ยวสวู่พิง จางเทียนหมิน ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพื้นฐานการใช้เข็มมีด ในการรักษากลุ่มอาการ Cervical spondylosis ซึ่งการใช้เข็มมีดเป็นการรักษาที่พัฒนาขึ้นมาไม่นาน โดยศึกษาทฤษฎีการรักษาของ Cervical spondylosis มีทั้งการรักษาแบบแพทย์แผนจีนและแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในการรักษา หาหลักการการใช้เข็มมีดในการรักษา วิธีการรักษาต้องถูกต้องแม่นยำ การใช้ยาและการดูแลหลังการรักษาจะต้องถูกวิธีและทันเวลา

5. การฝังเข็มรักษาร่วมกับการรักษาแบบอื่น

5.1 การฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา เป็นการรักษาที่ใช้ทั่วไปในทางคลินิก ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยยอมรับได้

จากการทดลองรักษา Cervical spondylosis ของโจวเฉิงหยาง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกใช้วิธีการนวดทุยหนา แบบการนวดผ่อนคลาย ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ กลุ่มที่ 2 ใช้การฝังเข็มร่วมกับการนวดและการเดินแก้ว รักษาโรคกระดูกสันหลังคอเสื่อมแบบกดทับรากประสาท (Nerve root type cervical spondylosis) ผู้ป่วยจำนวน 50 คน ผลการรักษาพบว่ากลุ่มที่มีการรักษาแบบผสมผสาน ได้ผลดีกว่าการนวด หรือการฝังเข็มอย่างเดียว

เจิ้งจิ่งได้ศึกษาการใช้การนวดทุยหนาที่บริเวณลำคอ ใบหน้า สามารถเพิ่มอัตราการไหลเวียนของ Vertebrobasilar system และสามารถแก้ปัญหาข้อต่อของกระดูกสันหลังที่เคลื่อนที่ให้กลับมาสู่สภาพเดิมได้

5.2 การฝังเข็มร่วมกับการกัวซา

การกัวซา คือ การที่ใช้แผ่นกัวซาขูดบริเวณจุดฝังเข็มบนร่างกาย เป็นการกระตุ้นการอักเสบด้วยกระบวนการปลอดเชื้อชนิดหนึ่ง โดยทำให้บริเวณที่ขูดเส้นเลือดฝอยแตก เลือดลมบริเวณนั้นไหลเวียนสะดวกขึ้น ประสิทธิผลการรักษาทางการแพทย์แผนจีน สามารถขับไล่ปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดโรค ทะลวงเส้นลมปราณ กระตุ้นการไหลเวียนชี่ คลายเส้นเอ็น ขับไล่ลม ความเย็น ลดความร้อน ไล่ความชื้น ขับเลือดระบายเลือดคั่ง ลดบวม บรรเทาอาการปวด ซึ่งสามารถเพิ่มภูมิคุ้มกัน เป็นทั้งการรักษาและเป็นการป้องกันโรคได้อีกด้วย

สิงเจี้ยนลี่ ใช้การฝังเข็มร่วมกับการกัวซารักษากลุ่มอาการ Cervical spondylosis จากผู้ป่วยจำนวน 76 คน ประสิทธิผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น 96.05%

5.3 ฝังเข็มร่วมกับยาจีน

ฝังเข็มร่วมกับการฉีดยาที่จุดฝังเข็ม หรือที่เรียกว่า เข็มน้ำ คือ การใช้เข็มฝังร่วมกับใช้ยาฉีดบริเวณจุดฝังเข็ม เป็นการรักษาที่ผู้รักษาพิจารณาจากภาวะของโรค แล้วเลือกจุดรักษา หรือจุดกดเจ็บ ([Ashi point](http://www.baidu.com/link?url=VRwvyEwXqbQK_tkXUCENBcLfi4c69uAsUD-cmQ2qsmEh9VHLGHXBe3c5eZNwAmXhJsWQaObuEk4Z0K8ixaUU0AXgUMjPzKl_j0InDsVHXi_&wd=&eqid=ed2a7f9e00001cc40000000456fb92d5)) และตัวยาที่ใช้รักษา เพื่อให้ยาเป็นตัวปรับสมดุลเพิ่มความประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะนั้นๆ

6. ฝังเข็มร่วมกับการใช้เข็มมีด (small needle)

เข็มมีด คือ อุปกรณ์เข็มชนิดหนึ่งในเข็มเก้าชนิดของจีนที่มีบันทึกในตำราการแพทย์แผนจีน การรักษาพิจารณาเลือกจุดที่ใช้ตามทฤษฎีพื้นฐานทางการแพทย์แผนจีน ร่วมการผ่าตัดขนาดเล็ก (Minimally invasive surgery) ในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน สามารถเข้าถึงตัวโรค สลายพังผืด เพื่อบรรเทาอาการปวด

7. การใช้ยาจีน

การรักษาโดยใช้ยาจีนในทางการแพทย์แผนจีน คือ การใช้ยาชนิดบำรุง ขับเลือดระบายคั่ง ไล่ลมขับความชื้น เป็นต้น ซึ่งมีทั้งยาที่ใช้ภายในและภายนอกเฉินซิง ใช้ตำรับยาจีน ประกอบด้วย โกศขี้แมว(shudihuang) ตู้จ้ง(duzhong) ทู่ซือจื่อ (tushizi) กิ่งอบเชยจีน(guizhi) เก๋อเกิน(gegen) มันคันขาว(shanyao) ไป๋โก่วเหย่าสด (bai gouyao) โกศหัวบัว(chuanxiong) เปลือกส้มจีน(chenpi) กระดูกสัตย์สี่เท้าสด(shenglonggu) เปลือกหอยนางรมสด(shengmuli) เชิงหม่า(shengma) เป็นตำหรับยาพื้นฐาน เพื่อรักษาอาการเวียนศรีษะจาก Cervical spondylosis จำนวน 62 คน โดยประสิทธิผลการรักษาของจำนวน 43รายหายเป็นปกติ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น 15 ราย อาการคงเดิม 4 ราย

**เอกสารอ้างอิง**

1. กนิษฐา จันทร์ฉาย. (2558). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม(Cervical Spondylosis)ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ

2. ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ. Degenerative Diseases of The Cervical Spine. ใน ธเนศ   
วรรธนอภิสิทธิ ์, สมยศ วรรณสินธพ, ภูมิบาลเวศย์พิริยะกุล, ปัญญา ลักษณะพฤกษา, มนต์ชัย   
เรืองชัยนิคม , จตุพร โชติกวณิชย์ บรรณาธิการ . Comprehensive spine course 2010.   
กรุงเทพฯ: S.M. Circuit Press; 2553. หน้า 69-120.

3. Brower RS. Differential diagnosis of cervical radiculopathy and myelopathy. The Cervical Spine / TheCervical Spine Research Society 4th edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 995-1008.

4. Wikipedia. Cervical collar. (Internet). 2016 (cited 2016 May 2). Available from: <https://en.wikipedia.org/wiki/Cervical_collar>

5. Sunderland S;Anatomical Perivertebral influences on the intervertebral foremen. The Research status of Orthop ClinNor(Am),1989,14:579

6. Olmarker K RyderiKB Hamason T at al. Edema formation in Spinal nerve roots induced by experimented graded compression Spine , 1989,14,579.

7. 石学敏，李志道，李业甫，等 .针灸推拿学［M］.北京: 中国中医药出版社，

2007: 323.  
 8. 李沁彤，耿昶，周占文 ,颈椎病与中医辨证关系的探讨［J］，辽宁中医杂志，2010,37(1) : 116-117