



การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเรื้อรัง
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ
ด้วยการแพทย์ผสมผสาน

กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ สำนักการแพทย์ทางเลือก
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข



คำนำ

อาการปวดเรื้อรังพบในกลุ่มวัยทำงานเป็นส่วนใหญ่ อาการนี้เป็นอาการที่ปวดเรื้อรัง ทรมาน ถึงแม้จะมียาที่ช่วยในการรักษาให้อาการปวดทุเลาลง แต่อาการปวดก็จะมีดำเนินต่อไปทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการปวด ซึ่งส่งผลต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน หากมีอาการมากอาจเป็นภาระสำหรับญาติในการดูแล ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลเกิดอาการเบื่อหน่าย ท้อแท้และมีความเครียดได้

สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อด้วยการแพทย์ผสมผสาน สำหรับบุคลากร เพื่อให้บุคลากร/เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องอาการปวดเรื้อรัง และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอาการปวดเรื้อรังด้วยการแพทย์ผสมผสาน ตลอดจนสามารถให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพตนเองของญาติ/ผู้ดูแล เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คณะทำงาน

กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ

สำนักการแพทย์ทางเลือก

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
บทที่ 1 เรื่องนำรู้ของอาการปวดเรื้อรัง	4
▶ อาการปวดเรื้อรัง	5
▶ รู้อย่างไรว่าปวดเรื้อรัง	6
▶ แนวทางการรักษา	9
บทที่ 2 การดูแลผู้ป่วยอาการปวดเรื้อรังด้วยการแพทย์ผสมผสาน	12
▶ Cognitive and behavioral therapy (CBT)	13
▶ การยืดกล้ามเนื้อที่มี TrP (stretching)	14
▶ การนวดไทย (Thai massage)	14
▶ การฝังเข็ม (acupuncture)	15
▶ การนวดกดจุด (Acupressure)	17
▶ การนวดสัมผัสปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย	17
▶ โยคะ (Yoga)	18
บทที่ 3 ตัวอย่างการดำเนินงานสถานบริการต้นแบบ	19
▶ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดด้วยการแพทย์ผสมผสานระหว่าง การแพทย์แผนปัจจุบันการฝังเข็ม การนวดและ การจัดกระดูก โรงพยาบาล ศูนย์ตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง	
ภาคผนวก	
▶ ก. แนวทางเวชปฏิบัติแพทย์แผนไทย ระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง	22
▶ ข. แนวทางการดูแลกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังด้วยการฝังเข็ม	31
บรรณานุกรม	

บทที่ 1 เรื่องนำรู้ของอาการปวดเรื้อรัง

“อาการปวด” เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และถือเป็นสัญญาณเตือนให้ทราบว่ามีคามผิดปกติหรืออันตรายเกิดขึ้นต่อเนื้อเยื่อของร่างกาย จากความสำคัญนี้ทำให้อาการปวดถูกจัดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า (The fifth Vital Sign) ของมนุษย์ในปัจจุบัน

The International Association for the Study of Pain (IASP) ให้คำนิยามของ อาการปวด คือ ความรู้สึกไม่สบายทางกายหรือจิตใจอันเนื่องมาจากมีหรือแนวโน้มที่จะมี การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หรือแม้เป็นเพียงความรู้สึกที่ราวกับว่ามีการบาดเจ็บก็ตาม

“อาการปวดเรื้อรัง” หมายถึง การปวดที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องหรือเกิดซ้ำอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน โดยพบอุบัติการณ์ในอเมริกาและยุโรป อยู่ระหว่าง 15 – 20% ของประชากร และกลุ่มที่พบบ่อย คือ กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมัโยฟาสเซียล (myofascial pain syndrome: MPS) หมายถึง กลุ่มที่มีอาการปวดร้าว (referred pain) และ/หรืออาการของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic symptoms) อันเนื่องมาจาก myofascial trigger point(s) (TrP) ของกล้ามเนื้อหรือเยื่อพังผืด โดยจำกัดอยู่บริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกาย และอีกกลุ่มหนึ่งคือ กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดไฟโบรมัยอัลเจีย (Fibromyalgia : FMS) หมายถึง กลุ่มอาการปวดเรื้อรังบริเวณกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มีรูปแบบการกระจายของอาการทั่วร่างกายเป็นคุณสมบัติพื้นฐาน (chronic widespread pain : universal symptoms) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะมีอาการร่วม (associated symptoms) ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ซึมเศร้า วิดกกังวล ความผิดปกติในการนอนหลับ ปวดศีรษะไมเกรน (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย,2552)

ซึ่งสาเหตุการเกิดความปวดเรื้อรังเกิดจากหลายประการด้วยกัน (อมรพันธุ์,2540) ดังนี้

1. Somatic pain คือ ความปวดบริเวณอวัยวะภายนอกหรือบริเวณชั้นผิวของร่างกาย ลักษณะการปวดมีลักษณะ ปวดคล้ายถูกรัดหรือถูกบีบ ปวดตุ้บๆ(throbbing pain) ปวดลึกๆ(deep pain) ปวดเมื่อยหรือปวดรบกวนตลอดเวลา (gnawing) มักมีบริเวณกว้างแต่สามารถบอกตำแหน่งการปวดได้ชัดเจน บางรายเมื่อตรวจร่างกายจะพบจุดกดเจ็บ (myofascial trigger point) หรืออาการปวดร้าวไปยังเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียง สาเหตุของ Somatic pain ส่วนใหญ่เกิดจากการนั่งนานๆ การขับรถ การยกของหนัก ข้อเข่าเสื่อม กระดูกคอเสื่อม กระดูกสันหลังเคลื่อนหรือเสื่อม หมอนรองกระดูกเคลื่อนกดทับเส้นประสาท เป็นต้น

2. Neuropathic pain คือ ความปวดที่เกิดจากระบบประสาทส่วนปลายหรือส่วนกลางได้รับบาดเจ็บหรือมีความผิดปกติ ทำให้มีอาการทางคลินิกแบบเฉพาะ ได้แก่ ปวดแบบแสบร้อน(burning) ปวดแปลบเหมือนไฟช็อต(electrical, sharp shooting pain) ปวดซ่า (tingling) ปวดเหมือนเข็มทิ่มตำ (pins and needles) ปวดร้าวไปบริเวณที่มีเส้นประสาทมาเลี้ยง (radiating pain or radicular pain) และปวดเมื่อสัมผัส (allodynia) ในบางครั้งอาการปวดจะรุนแรงขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ อากาศ และอุณหภูมิ

3. Psychogenic pain คือ สาเหตุทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆในร่างกาย (psychophysiology) เช่น กล้ามเนื้อหดตัว หลอดเลือดหดตัว รวมทั้งมีการหลั่งสารกระตุ้น nociceptors ต่างๆ ทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรังได้ เช่นเมื่อต้องการการดูแลเอาใจใส่ ก็อาจจะเกิดอาการปวดทางกายได้

อาการ

อาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบบ่อยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมัย์โอฟาเซียล (myofascial pain syndrome : MPS) และกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดไฟโบรมัยอัลเจีย (Fibromyalgia:FMS) ซึ่งมีลักษณะอาการเด่นทางคลินิก (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย,2552) ดังนี้

กลุ่มอาการ myofascial pain syndrome : MPS	กลุ่มอาการ Fibromyalgia : FMS
1. ปวดร้าวเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย(regional pain) TrP ของกล้ามเนื้อแต่ละมัดจะมีแบบแผนการปวดร้าวเฉพาะ	1. มีอาการเจ็บปวดหรือผัดตึงอย่างน้อย 3 แห่ง เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน
2. อาการระบบประสาทที่พบร่วมได้ เช่น วูบ เย็น หนาว หรือมีอาการแสดง เช่น ชีต ขนลุก เหงื่อออกบริเวณที่มีอาการปวดร้าว ส่วน TrP บริเวณคออาจมีอาการมึนงง หูอื้อ ตาพร่าได้ การตรวจร่างกาย โดยการใช้มือกดคลำกล้ามเนื้อต้องพบ TrP ที่ก่ออาการ ที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นที่สำคัญ 3 ประการคือ 1. เป็นจุดที่มีความไวสูง(hyperirritable spot)ต่ออาการปวดมากกว่าบริเวณใกล้เคียง 2. เป็นจุดที่สามารถกระตุ้นให้อาการต่างๆแสดงออกชัดเจน (reproducible symptoms) ด้วยแรงกดหรือการแทงด้วยปลายเข็ม 3. TrP แต่ละจุดมีขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2-3 มม. แต่มักจะเกิดร่วมกันเป็นกลุ่ม (cluster) แต่ในกรณีที่อยู่ในกล้ามเนื้อ ลึกเวลาคาลำจะรู้สึกได้ถึงความเป็ยแถบตึง(taut band หรือคล้ายก้อน (nodule)	2. ไม่มีสาเหตุอื่นที่เป็นต้นเหตุของอาการ เช่น อุบัติเหตุ โรคข้อเสื่อมหรือไขข้อรูมาติก โรคติดเชื้อ โรคเกี่ยวข้องกับระบบไร้ท่อ มะเร็ง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3. การตรวจร่างกายต้องพบจุดกดเจ็บ(tender point) อย่างน้อย 3 จุดร่วมกับอาการร่วมอย่างน้อย 5 อาการ ดังต่อไปนี้ 3.1 กิจกรรมทางร่างกายมีผลต่ออาการต่างๆ 3.2 สภาพภูมิอากาศมีผลต่ออาการต่างๆ 3.3 ความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้อาการต่างๆรุนแรงขึ้น 3.4 การนอนหลับไม่ดี 3.5 มีอาการเหนื่อยล้า(Fatigue) หรืออ่อนเพลีย (tiredness) ทั้งตัว 3.6 วิตกกังวล 3.7 ปวดหัวเรื้อรัง 3.8 กลุ่มอาการกระเพาะปัสสาวะแปรปรวน 3.9 มีความรู้สึกว้าววม 3.10 มีอาการชา
3. อาการปวดและ/หรือต่างๆดำเนินอย่างต่อเนื่องหรือเกิดซ้ำอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน	

รู้อย่างไรว่าปวดเรื้อรัง ?

การจะรู้ว่าบุคคลมีอาการปวดเรื้อรังหรือไม่นั้น ต้องมีการประเมินความปวดเพื่อวางแผนจัดการความปวดที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ที่มีอาการ โดยเป้าหมายของการประเมินความปวด คือ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย อันได้แก่ ระดับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่ง ระยะเวลา พยาธิสภาพ วิธีการจัดการกับความปวด และข้อมูลอื่น ๆ ในการจัดการให้ความปวดทุเลาลง ข้อมูลที่บ่งชี้ที่สำคัญ คือ ระดับความรุนแรงของความปวด ที่ได้จากการรายงานของผู้ป่วย (Self-report) เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน รวมถึงมีความซับซ้อนและหลายมิติ ได้แก่ มิติทางด้านสรีระ มิติด้านความรู้สึกรู้สึก มิติด้านความคิด มิติด้านพฤติกรรม และมิติด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะมีความตรงมากกว่าข้อมูลที่ได้จากการสังเกตหรือจากการรายงานของบุคคลอื่น (วงจันทร์,2547)

1. การประเมินลักษณะความปวด

การประเมินลักษณะของความปวดจะเป็นข้อมูลที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรค ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ศิริพร,2540 อ้างถึงใน Meinhart and McCaffery,1983)

1.1 เวลาเริ่มปวดและความถี่ของความปวด (Onset and frequency) การประเมินผู้ที่มีความปวดเรื้อรังนั้นการถามถึงเวลาที่เริ่มปวดและความถี่ของความปวด เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ แต่ถ้าหากมีอาการไม่รุนแรงผู้ป่วยอาจไม่สามารถตัดสินใจว่าตนเองเริ่มมีอาการมานานเท่าใด ดังนั้นผู้ประเมินต้องใช้ทักษะในการตั้งคำถามหรือยกเหตุการณ์ประกอบ

1.2 บริเวณที่ปวด (Location) บริเวณที่ปวด หมายถึง ส่วนต่างๆของร่างกาย หรืออาจหมายถึงส่วนที่เคยมีก่อนจะถูกตัดออกไป เช่น การสูญเสียอวัยวะ แขน ขา แล้วอาจเกิดความปวดบริเวณดังกล่าว การบ่งบอกบริเวณที่ปวดควรระบุให้ชัดเจนหรือใกล้เคียงที่สุดรวมถึงบริเวณที่ใกล้เคียง ความปวดที่ค่อยๆ เกิดขึ้นมาเป็นเวลานาน ทำให้ยากที่จะบอกบริเวณที่แน่นอน ดังนั้น วิธีที่ดีที่สุดในการระบุบริเวณที่ปวดเรื้อรังคือให้ผู้ป่วยมีอาการระบุหรือชี้บริเวณที่ปวดด้วยตนเอง (Johnson,1977) และส่วนใหญ่ลักษณะความปวดเรื้อรังจะมีอาการปวดหลายบริเวณ (Meinhart and McCaffery,1983)

1.3 ความรุนแรงของความปวด (Intensity) ความรุนแรงของความปวดจะสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ทางความรู้สึกและความทุกข์ทรมาน ซึ่งระดับความรุนแรงของความปวดอาจจะไม่สัมพันธ์กับปริมาณเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย เพราะโดยทั่วไปบุคคลจะอดทนต่อความปวดที่รุนแรงมากในช่วงเวลาสั้นๆ ได้ดีกว่าความปวดที่รุนแรงน้อยกว่าแต่ช่วงเวลานาน ดังนั้นระดับความปวดอาจเปลี่ยนแปลงจากสาเหตุด้านจิตใจได้

การทราบสาเหตุของความปวด อาจจะมีส่วนช่วยในการทราบระดับความรุนแรงของระดับความรุนแรงได้บ้าง แต่ไม่ได้บ่งชี้ว่าเชื่อถือได้เสมอไป เพราะบางกรณีความปวดอาจเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ ดังนั้นจึงควรมีการใช้วิธีการประเมินและเครื่องมืออื่นร่วมด้วย

2. เครื่องมือประเมินความปวด

ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการประเมินความปวดมากมาย แต่ในการประเมินควรเลือกใช้เครื่องมือตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ดังนี้

2.1. เครื่องมือประเมินความปวดมิติเดียว

2.1.1) มาตรวัดด้วยวาจา (Simple Descriptive Scales : VDS)

การบอกระดับความปวดโดยการให้ผู้ป่วยบอกด้วยคำที่ง่ายๆ เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง หรือปวดรุนแรง ซึ่งการประเมินความปวดด้วยวิธีนี้ปัจจุบันไม่เป็นที่นิยมมากนัก เนื่องจากขาดความละเอียดในการประเมิน (สุรศักดิ์, 2534)

2.1.2) มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale : VAS)

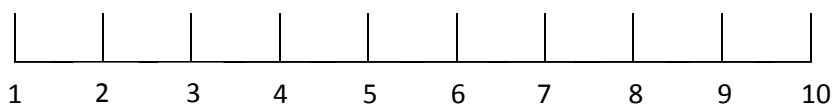
เป็นมาตรวัดระดับความรุนแรงของความปวดด้วยสายตา โดยแทนระดับความรุนแรงของความปวดด้วยการใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร โดยปลายข้างหนึ่งแทน “ไม่ปวดเลย” ปลายอีกข้างหนึ่งแทน “ปวดรุนแรงที่สุด” โดยที่ไม่แสดงตัวเลขให้เห็น และให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย ณ จุดที่คิดว่าเป็นความรุนแรงของตนเองที่เผชิญอยู่ (Reere,1999) ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมและยอมรับในการใช้ เนื่องจากมีความไวในการวัด มัชเวลาน้อยในการประเมินผล ไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย และเป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้ง่ายเข้าใจง่าย แต่มีข้อจำกัด ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสายตาผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ที่ได้รับยากดประสาทส่วนกลาง (สุรศักดิ์, 2534)



ภาพที่ 1 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Seers,1999)

2.1.3) มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลขเป็น (Numeric Rating Scale : NRS)

เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอด โดยแบ่งระดับความรุนแรง ตั้งแต่ 0 – 10 หรือ 0 – 100 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย และ 10 – 100 หมายถึง ปวดมากที่สุด เป็นการแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยเลือกตัวเลขที่คิดว่าเป็นค่าที่กำหนดความปวดที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ได้ถูกต้องที่สุด เป็นวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และประเมินความรู้สึกปวดได้ง่าย

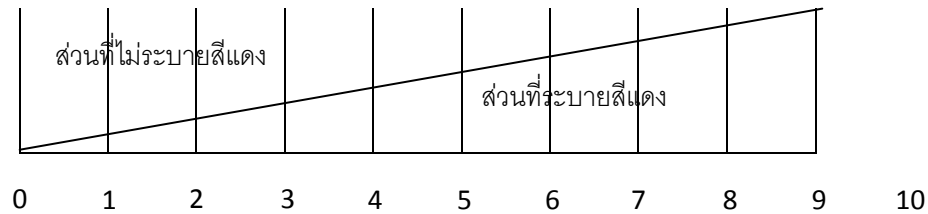


ภาพที่ 2 มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Seers,1999)

2.1.4) มาตรสีวัดความปวด ของพรินรันด์ร์ อุดมถาวรสุขสร

เป็นมาตรวัดที่ประยุกต์มาจากมาตรวัดสีวัดความปวดของสจิวต์ (Stewart's pain color scale) โดยกำหนดระดับความปวดเป็น 11 ช่อง พร้อมทั้งระบายสีแดงเพื่อเพิ่มพื้นที่มากขึ้นเรื่อยๆ

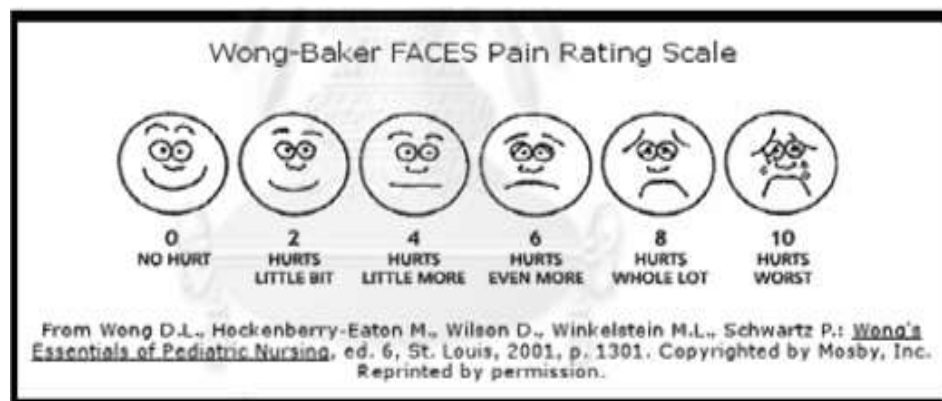
ในแต่ละช่อง ตามความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น จากระดับ 0 ซึ่งไม่ได้รับการระบายสี หมายถึง ไม่มี ความปวดเลย จนถึง 10 ซึ่งมีพื้นที่ถูกระบายสีมากที่สุด จะมีระดับความปวดสูงสุดซึ่งเหมาะกับผู้อ่านหนังสือไม่ออก (อมรพันธุ์, 2549 อ้างถึงใน พรนิรันดร์, 2528)



ภาพที่ 3 มาตรฐานวัดความปวดของพรนิรันดร์

2.1.5) มาตรฐานวัดด้วยใบหน้า (Facial Scale)

เป็นมาตรฐานที่พัฒนาขึ้นมาใช้สำหรับเด็กอายุ 3 ขวบขึ้นไป มีรูปภาพที่แสดงอาการต่างๆ หลากหลายรูปแบบ 5 หรือ 6 หน้า เริ่มจากใบหน้ายิ้มอย่างมีความสุข แทนความรู้สึกไม่ปวดเลย จนถึงหน้าร้องไห้ แทนความรู้สึกว่าปวดมากที่สุด (อังสนา, 2553) ร่วมกับตัวเลขโดยการลำดับความรุนแรงของตัวเลขนิยมใช้มี 2 แบบ คือ 0 – 5 และ 0 – 10 (อมรพันธุ์, 2549)



ภาพที่ 4 มาตรฐานวัดด้วยใบหน้า (Facial Scale) (อังสนา,2553)

2.2 เครื่องมือประเมินความปวดแบบหลายมิติ

เป็นการพัฒนาเครื่องมือการประเมินความปวดที่ครอบคลุมหลากหลายวิธีร่วมกัน (Multidimensional pain assessment) ซึ่งจะให้ผลแม่นยำกว่าการใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ในทารกจะใช้การประเมินทางสรีระวิทยา ร่วมกับการประเมินทางพฤติกรรม ส่วนเด็กโต นิยมใช้การประเมินแบบบอกเล่าของผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินทางพฤติกรรม การเลือกใช้วิธีการประเมินความปวด (อังสนา, 2553) รวมถึงแบบสอบถามความปวดแมกิลล์ (McGill Pain Questionnaire : MPQ) ซึ่งมีการแบ่งวิธีการประเมินออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ ความรู้สึก (sensory) ความรู้สึกทางด้านจิตใจ (affective) และการประเมินโดยรวม (Evaluative) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สะดวกในการใช้ น่าเชื่อถือ (สุรศักดิ์, 2534)

แนวทางการรักษา

ความปวดเรื้อรังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ดังนั้น การรักษาอาการปวดเรื้อรัง (อาการปวดที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน) สิ่งสำคัญที่สุด คือต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติแต่เดิมที่มักเข้าใจว่าปวดเรื้อรังเป็นเพียงแค่อาการหรือปัญหาทางจิตแต่จัดเป็นโรคโดยตัวมันเอง อันจะนำมาซึ่งทัศนคติใหม่ของการรักษาที่สอดคล้องกับความเป็นจริงโดยเน้นความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) ทั้งในด้านการวินิจฉัยและการรักษา การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ซึ่งมีแนวทางในการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบ่งได้ 2 วิธี คือ การรักษาความปวดโดยการให้ยา (Pharmacological) และการรักษาความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non- Pharmacological) (อังสนา, 2553)

1. การรักษาความปวดโดยการให้ยา (Pharmacological)

1.1 การรักษาความปวดโดยการให้ยาแผนปัจจุบัน

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานว่ายาตัวใดสามารถทำให้จุดกดเจ็บ (TrP) คลายตัวจนหายไปได้ แต่ยาที่มีความจำเป็นในกรณีต่างๆ (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) ดังนี้

- 1) กรณีนอนไม่หลับ ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล นิยมให้ยา เช่น Amitriptyline Nortriptyline
- 2) กรณีที่ปวดน้อยถึงปานกลางนิยมให้ยาแก้ปวดธรรมดา เช่น Acetaminophen
- 3) กรณีปวดปานกลางถึงรุนแรงอาจพิจารณาให้ยากลุ่ม Tramadol และควรหลีกเลี่ยง

การใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน

4) ยากล้ามเนื้อ (muscle relaxant) พบว่าแพทย์นิยมสั่งให้ผู้ป่วยยังไม่มีหลักฐานมาสนับสนุนว่าสามารถทำให้ TrP คลายหรือคลายตัวได้ อีกทั้งอาจทำให้ภาวะ Overload ที่ TrP มากขึ้นจากการให้ยา โดยไปมีผลที่กล้ามเนื้อปกติ (normal muscle) รอบๆคลายตัว ผู้ป่วยบางรายจะรู้สึกถึงอาการที่มากขึ้นได้ สำหรับรายที่ใช้แล้วอาการดีขึ้นมักจะเป็นในกรณีของ TrP ที่กล้ามเนื้อรอบๆมีอาการเกร็ง (muscle spasms) หรือความตึงตัว (Muscle tension) ร่วมด้วยซึ่งเหตุการณ์แบบนี้พบได้ไม่น้อย แต่จะไม่สามารถทำให้ TrP คลายหรือหายไป

5) NSAIDS เป็นกลุ่มยาที่ใช้บ่อยในกรณี myofascial pain syndrome (MPS) แต่มักได้ผลน้อยเนื่องจากตำแหน่งของ TrP นั้นไม่พบ inflammatory-mediated cell ที่ชัดเจน แต่ยากลุ่มนี้อาจจะมีประโยชน์ในกรณีที่มี inflammatory joint diseases

6) Steroids เป็นกลุ่มยาที่นิยมนำมาใช้ฉีดที่ตำแหน่ง TrP โดยเชื่อกันว่าใช้ได้ดีกว่าการให้ยาเฉพาะที่ในการลดอาการปวดและแก้ไขภาวะ fibrosis ที่ตำแหน่ง TrP แต่ยังไม่มีความสนับสนุน จึงไม่แนะนำเพราะผลที่ได้อาจไม่คุ้มค่าต่อการเสี่ยงกับ local และ systemic side effects ของ myofascial pain syndrome : MPS

- 7) ใช้การรักษา Co-morbid ที่พบบ่อย เช่น osteoarthritis และ neuropathic pain

1.2) การรักษาความปวดโดยการใช้อาสมุนไพรรักษา

สมุนไพรรักษา ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 หมายถึง พืช สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืชหรือสัตว์ที่ใช้หรือแปรสภาพ หรือผสม หรือปรุงเป็นยาหรืออาหาร เพื่อการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือส่งเสริมสุขภาพร่างกายของมนุษย์ (ราชบัณฑิตยสถาน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2553) การเตรียมยาจากสมุนไพรรักษา ในรูปแบบต่างๆ มีดังนี้ 1) ใช้ในรูปสมุนไพรรักษาสด เช่น หย้าปักกิ่งจะไข้ใบและต้นสด 2) ยาต้ม 3) ยาเม็ดลูกกลอน 4) ยาผง และรูปน้ำมันหรือยานวด ซึ่งเป็นยาใช้ภายนอก เช่น โพล น้ำมันมะพร้าว ขี้ผึ้ง ยาอบ ลูกประคบ และสมุนไพรรักษาที่มีสรรพคุณในการลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (อมรทัศน์, 2549) มีดังนี้

1) เถาวัลย์เปรียง (*Derris scandens Benth.*) มีสาร phytosterol รักษาอาการเส้นตึง เส้นเอ็นขาด แก้ปวดเมื่อย เจ็บตามกระดูก ลดการอักเสบ

2) กำลั้งเสือโคร่ง (*Strychnos axillaris Colebr.*) มีสรรพคุณบำรุงเส้นเอ็น บำรุงกำลั้ง รักษาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย

3) เถาเอ็นอ่อน (*Cryptolepis buchanani Roem.&Schult.*) มีสาร phytosterol รักษาอาการปวดเมื่อย อาการเส้นตึง และบำรุงเส้นเอ็น

นอกจากนี้ยังมียาเดี่ยวอื่นๆ เช่น โดไม่รู้ล้ม เอ็นอ้า โคคลาน รวมถึงตำรับยาสหศาสตร์ ในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีข้อบ่งใช้ในการขับลมในเส้น แก้ลมกองหยาบ ควรระวังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ การใช้ต่อเนื่องอาจเกิดพิษต่อตับและไตได้

2. การรักษาความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non- Pharmacological)

การรักษาโดยไม่ใช้ยามีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการรักษาด้วยยา และสามารถทำให้ความต้องการยาลดน้อยลงจนบางรายสามารถหยุดยาได้ การรักษาโดยไม่ใช้ยามีอยู่หลายอย่างซึ่งการเลือกใช้ขึ้นอยู่กับความชอบ ความปลอดภัย น้ำหนัก คำแนะนำ และความสะดวกในการเข้าถึงของผู้ป่วย (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

1.) Cognitive and behavioral therapy (CBT) คือการให้ความรู้ให้กำลังใจ เพื่อเปลี่ยนทัศนคติผู้ป่วยให้สามารถอยู่ร่วมกับอาการอื่นๆได้อย่างเหมาะสม

2) การยืดกล้ามเนื้อ (stretching)

3) การทำกายภาพบำบัด (physical therapy)

4) การนวด (Massage) เช่น การนวดไทย (Thai massage)

5) การใช้กลิ่นหอมระเหย (Aromatherapy)

6) การใช้ความร้อนหรือความเย็น เช่น การประคบร้อนด้วยสมุนไพรรักษา การประคบด้วยความเย็น

7) ดุลยภาพบำบัด ได้แก่ การบริหารกาย-จิต การกดจุด การนวด การปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย การฝังเข็ม

8) การฝังเข็ม (acupuncture)

9) การทำสมาธิ (Meditation)

10) การทำโยคะ (Yoga)

- 11) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise)
- 12) ดนตรีบำบัด (Music therapy)
- 13) การสร้างจินตนาการ (Imagery)
- 14) เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Relaxation technique)
- 15) การสัมผัสบำบัด (Therapeutic touch)

การรักษาแต่ละวิธีจะมีจุดเด่นจุดด้อย รวมทั้งข้อควรระวังและข้อห้ามที่อาจมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมากและซับซ้อนอาจต้องมีการผสมผสาน (Mix and Match) ของการรักษามากกว่าหนึ่งอย่างเพื่อความเหมาะสม (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

บทที่ 2 การดูแลผู้ป่วยอาการปวดเรื้อรังด้วยการแพทย์ผสมผสาน

ความคิด ความเชื่อ และแนวทางในการรักษาอาการปวดเรื้อรัง มีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และวิวัฒนาการไปตามยุคสมัยมาช้านาน ซึ่งพอสรุปเป็นยุคต่างๆ (สุวรรณา, 2544) ดังนี้

ยุคก่อนคริสตกาล (Primitive era)

เชื่อว่าการบาดเจ็บซึ่งเป็นสาเหตุของความปวด และความปวดที่ไม่มาดแผล เป็นผลมาจากภูตผีปีศาจ การรักษาจึงเป็นหน้าที่ของแม่หมอ หมอผี การสักรยันต์ตามใบหน้า และการใช้เครื่องรางของขลัง โดยเชื่อว่าสามารถคุ้มครองให้พ้นจากการคุกคามของภูตผีปีศาจได้

ช่วงต้นคริสตกาล (Ancient era : 5000 BC – 5th Century)

ช่วงนี้มีความเชื่อว่า ความปวดเป็นเรื่องของบาปและการลงโทษของพระเจ้า การรักษาจึงเป็นหน้าที่ของพระซึ่งเป็นสาวก หรือตัวแทนของพระเจ้า ดังนี้

- อียิปต์ เชื่อว่า “หัวใจเป็นศูนย์รวมของระบบรับรู้รู้สึก (Sensorium Commune)”
- อินเดีย เชื่อว่า ความเจ็บปวด คือ ทุกข์ แนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากคำสอนของพระพุทธเจ้า ซึ่งเป็นเรื่องของจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก การมีสติ ไม่ยึดมั่น การทำใจให้สงบ ซึ่งเป็นหนทางของการดับทุกข์หรือความเจ็บปวด
- จีน เชื่อว่า มนุษย์ต้องมีความสมดุลระหว่าง “ยิน” และ “หยาง” เพื่อพยุงพลังงาน (energy) ต่างๆ ในร่างกาย ที่เรียกว่า “ชี” การรักษาความปวดจะใช้วิธีการฝังเข็ม (Acupuncture) ร่วมกับเริมนำเอาสมุนไพรมาใช้ในการรักษา
- กรีก Hippocrates เสนอแนวคิด การเข้าใจธรรมชาติของโรคและการรักษาโรคอย่างมีหลักการ โดยการค้นหาสาเหตุของโรค และให้ความสำคัญกับปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง มาจนถึงปัจจุบัน
- โรม Golen ได้นำยาแก้ปวดมาใช้ และค้นพบว่า อาการปวดเรื้อรังมีผลต่อสภาพจิตใจ ได้แก่ ความเบื่อหน่าย เศร้าโศก โกรธ ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย

ยุคฟื้นฟู

ยุคนี้ แนวคิดและความเชื่อต่างๆ เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้อง เริ่มจากช่วง ค.ศ. 1596-1650 Descrates ให้แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับวิถีของกระแสประสาทนำความรู้สึกปวด (Path way) ได้อย่างถูกต้อง ต่อมาในปี ค.ศ. 1858 Schiff ค้นพบว่า ความรู้สึกแต่ละชนิดจะมีอวัยวะรับรู้ความรู้สึกเฉพาะแยกจากกัน และในปี ค.ศ. 1959 Noodenbos ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการรับและการส่งกระแสประสาท

ช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง

Bonica, Alexander และ Bucher ได้ร่วมกันศึกษาปัญหาต่างๆในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังแบบองค์รวม โดยการศึกษาที่ไม่จำกัดเฉพาะด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่คำนึงถึงด้านจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม โดยใช้ความรู้หลายๆด้านประกอบกันจากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาในการวินิจฉัยและรักษาโรค จากแนวคิดดังกล่าวได้กลายมาเป็น แนวคิดของสหวิทยาการ (team or multidisciplinary approach) ในปัจจุบัน

ค.ศ. 1940 ได้มีการจัดตั้งหน่วยระงับปวด (Pain clinic) เป็นครั้งแรก

ค.ศ. 1960 ได้มีการจัดตั้งศูนย์โรคปวด (Pain Center) แห่งแรกขึ้น ที่ University of Washington, Seattle

ต่อมาในช่วง ค.ศ. 1965 Melzack และ Wall ค้นพบว่า การรับรู้ความรู้สึกปวดไม่ได้ส่งตรงจากผิวหนังถึงสมอง แต่มีการถ่ายทอดและควบคุมหรือปรับข้อมูลเกิดขึ้นที่ไขสันหลังบริเวณ Substantia gelatinosa ก่อนจะส่งต่อไปยังสมอง

ส่วนในประเทศไทยนั้นมีแนวทางในการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic approach) ซึ่งเป็นการดูแลและให้ความสำคัญกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยการผสมผสานความรู้ ความเข้าใจด้านโรคหรือพยาธิวิทยา คลินิกวิทยา และด้านสังคมจิตวิทยา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อรักษาอาการปวด

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวด มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และในปัจจุบันมีการนำการแพทย์ผสมผสาน (Integrated medicine) โดยการบูรณาการ การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยความมือของสาขาวิชาต่าง เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักแพทย์แผนไทย นักกิจกรรมบำบัด ซึ่งมีหลากหลายวิธีการ เช่น

1. Cognitive and behavioral therapy (CBT)

คือ การให้ความรู้เพื่อเปลี่ยนทัศนคติผู้ป่วยจากความกลัว วิตกกังวล ท้อแท้ หรือซึมเศร้า มาเป็นความเชื่อมั่นที่จะส่งเสริมพฤติกรรมให้อยู่ร่วมกับอาการต่างๆได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
- ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา ว่าควรร่วมกันของการรักษาด้วยยา และการรักษาที่ไม่ใช่ยา
- ให้ความเข้าใจถึงการพยากรณ์โรค ว่าปัจจุบันดีขึ้นแต่ต้องใช้เวลา อาจหายได้ หรือไม่หาย

แต่คุณภาพชีวิตจะดีขึ้น

- ให้ความมั่นใจว่า ปวดจริงแต่อันตรายไม่น่าไปสู่ความพิการ
- ให้กำลังใจกับผู้ป่วยโดยสร้างทัศนคติที่ดี หลีกเลี่ยงอคติต่ออาการผู้ป่วย ซึ่งเป็นเคล็ดลับของ

จุดเริ่มต้นของความสำเร็จ

แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ควรให้ข้อมูลตามศักยภาพของผู้ป่วยและญาติ และให้ในโอกาสที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งความยากง่ายขึ้นอยู่กับ coping skill ที่ผู้ป่วยมีในขณะนั้น และความชำนาญของทีมผู้รักษา (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

2) การยืดกล้ามเนื้อที่มี TrP (stretching)

การยืดกล้ามเนื้อ เป็นการเพิ่มความยืดยาวของเส้นใยกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น (flexibility) ป้องกันการหดสั้นของกล้ามเนื้อ (muscle tightness) และช่วยส่งเสริมการไหลเวียนของโลหิตซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวดจากจุดกดเจ็บได้ และเป็นวิธีที่ค่อนข้างปลอดภัยมีภาวะแทรกซ้อนน้อยและเป็นวิธีการรักษาที่ไม่รุนแรง (หนึ่งฤทัย, อาทิตย์ และทศพล, 2549) การยืดกล้ามเนื้อถือว่าเป็นมาตรฐานการรักษาพื้นฐานที่ต้องทำในผู้ป่วยทุกราย โดยการยืนอยู่ในภาวะผ่อนคลายและจัดท่าให้มั่นคง แล้วยืดกล้ามเนื้อซ้ำๆ จนถึงจุดที่ตั้งหรือเริ่มมีอาการปวดเล็กน้อย และค้างไว้นาน 20-30 วินาที ทำชุดละ 5-10 ครั้ง และแนะนำให้ทำอย่างน้อยวันละ 2 ชุด (เป็นเวลา 2 สัปดาห์ นับเป็น 1course) (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

หนึ่งฤทัย อาทิตย์ และทศพล (2549) ได้ศึกษาผลของการยืดกล้ามเนื้อแบบ Self-stretching และ PNF technique ต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยแรงกดบริเวณจุดกดเจ็บของกล้ามเนื้อบ่าในเพศหญิง ซึ่งพบว่า การยืดกล้ามเนื้อ upper trapezius ทั้ง 2 วิธีมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับขีดกันความรู้สึกเจ็บปวดด้วยแรงกด (PPT) บริเวณจุดกดเจ็บ แต่วิธี PNF technique มีแนวโน้มของประสิทธิผลในการบำบัดรักษามากกว่าวิธี Self-stretching

3.) การนวดไทย (Thai massage)

“การแพทย์แผนไทย” หมายความว่า กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายความรวมถึง การเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา (พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖)

“การนวดไทย” หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับศิลปะการนวดไทย ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย (พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖) การนวด เป็นการกระตุ้นด้วยมือไปที่เนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย ซึ่งนำไปสู่การคลายตัวของกล้ามเนื้อ โดยการนวดจะทำให้เส้นเลือดดำส่วนพื้นปิด (Superficial vein) ลดความดันลง เลือดแดงไหลเวียนดีขึ้น ลดแรงดันภายในเส้นเลือดฝอย การซึมผ่านของหลอดเลือดนอกเซลล์น้อยลง การคั่งของเลือดและน้ำเหลืองลดลง และลดละอาการปวด (อังสนา, 2553) การศึกษาของ ผกากรอง (2545) พบว่า การนวดไทยช่วยรักษา และลดอาการปวดของข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุได้ รวมถึงเป็นแนวทางหนึ่งในการเลือกใช้ของกลุ่มที่มีอาการปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าคล้ายกับ “โรคลมปลายปัดคาคัด” ซึ่งเป็นโรคลมชนิดหนึ่งเกิดจากการแข็งตัวของเลือดสามารถเป็นได้ทุกส่วนของร่างกาย ลักษณะอาการมีปวดเสียว ปวดตึง มีบวมแข็งเป็นก้อนเป็นลำ หรือไม่บวมก็ได้ อาจมีหรือไม่มีความร้อนร่วมก็ได้ หลักทั่วไปในการรักษาคือทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว เพื่อให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณนั้นดีขึ้น โดยการนวดพื้นฐาน นวดสัญญาณแล้วแต่กรณีของโรคนั้นๆ (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมาฯ โรงเรียนอายุรเวท, 2555)

ขั้นตอนการรักษาโรคทางหัตถเวชกรรมแผนไทย ประกอบด้วย

1. การค้นหาสาเหตุของโรค
 - 1) การซักประวัติ
 - 2) การตรวจร่างกาย
 - 3) การวินิจฉัยโรค
 - 4) ชื่อโรค
2. การรักษาโรค
 - 2.1 อาศัยเส้น 10 เส้น จุดสัญญาณ 50จุด
 - 2.2 วิธีการนวดแบ่งเป็นสามส่วนคือ
 - กระทบนวด สถานที่ ทำนวด การวางมือและนิ้วมือ
 - การจ่ายพลัง โดยอาศัยหลักการแตงรมมือ คือขนาดของแรงและระยะเวลาในการนวดแต่ละตำแหน่งจุด
 - สูตรนวด การนวดจุดใดก่อนหลัง การนวดซ้ำแต่ละจุด ความถี่ห่างในการนวด
 - 2.3 ผลการรักษา มี 3 ระดับ ได้แก่
 - 1) นวดแล้วหาย
 - 2) การนวดต้องอาศัยเวลา
 - 3) นวดแบบประคับประคอง
3. ประเมินผลการรักษา
4. คำแนะนำหลังการนวด
 - การประคบน้ำร้อน
 - งดอาหารแสลง
 - ทำบริหารเฉพาะส่วน
 - ห้ามบิด ดัด สลัดบริเวณโรค
 - พักผ่อนให้เพียงพอ
 - หลีกเลี่ยงสาเหตุของโรค
5. การนัดมารับการรักษาครั้งต่อไป คำนึงถึงความถี่ห่างในการมารับการรักษาเป็นรายๆไป

4.) การฝังเข็ม (acupuncture)

การฝังเข็มเป็นเวชกรรมที่มีประวัติการค้นคว้า และแพร่หลายมาหลายพันปี การฝังเข็มคือวิธีการรักษาโรค ฟื้นฟูสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการฝังเข็มปักเข้าไปยังตำแหน่งต่างๆ ของร่างกายในตำแหน่งที่เป็นจุดเฉพาะ โดยมีวัตถุประสงค์ในการรักษา 2 ส่วน ได้แก่

1. เพื่อปรับสมดุลของร่างกายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัวขึ้น ช่วยให้อวัยวะและระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายกลับทำงานได้ตามปกติ ด้วยพลังธรรมชาติของสิ่งที่มีชีวิต จึงนับว่าเป็นวิธีที่ปลอดภัยและได้ผลดี

2. การฝังเข็มสามารถช่วย “ระงับความเจ็บปวด” จึงมักนำไปใช้ในการรักษาโรคปวดต่างๆ หรือใช้ในการผ่าตัด และ Margareta,Sandberg et al. (2003) ได้ศึกษาผลของการฝังเข็มบนผิวและกล้ามเนื้อกระแสนี้ในผู้ป่วยปวดเรื้อรัง Fibromyalgia โดยแบ่งกลุ่มทดลองการฝังเข็มออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ฝังบริเวณกล้ามเนื้อระดับลึก และกลุ่มที่ฝังเข็มระดับตื้นผิวหนึ่งพบว่า การฝังเข็มระดับลึกมีผลในการเพิ่มการไหลเวียนเลือดที่กล้ามเนื้อ มากกว่าการไหลเวียนระดับผิวหนึ่ง

ปัจจุบันมีการนำการฝังเข็มไปใช้ในการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังมีวิทยาการอื่นๆ อีกที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์การฝังเข็ม และมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางได้แก่ การนวดกดจุด การรมยา เป็นต้น

วิธีการฝังเข็ม

ภายหลังแพทย์ตรวจวินิจฉัยอาการโรคเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะใช้เข็มที่ทำด้วยสแตนเลสไม่เป็นสนิมที่มีขนาดเล็ก ความยาวประมาณ 1 - 10 เซนติเมตร ความยาวของเข็มจะขึ้นอยู่กับความหนา-บางของบริเวณที่จะลงเข็ม เข็มที่ใช้เป็นเข็มที่สะอาด ปลอดเชื้อ ทำความสะอาดผิวหนังด้วยยาฆ่าเชื้อโรค แล้วปักเข็มทะลุผิวหนังตรงจุดฝังเข็มตามแนวเส้นลมปราณที่ตรงกับอาการของโรคให้ความรู้สึกขนาดต่างๆกัน

ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บเล็กน้อยเมื่อเข็มผ่านผิวหนัง และจะหายเจ็บเมื่อถึงชั้นใต้ผิวหนังแล้ว เมื่อปลายเข็มเข้าไปอยู่ตำแหน่งที่ต้องการ ผู้ป่วยจะรู้สึกตื้อๆ หรือหนึ่ๆ บริเวณโดยรอบจุดฝังเข็มนั้นๆ ซึ่งเรียกว่า “เต๋อซี” หลังจากนั้นแพทย์ใช้มือปั่นเข็มหรือกระแสไฟฟ้าคัดๆ ต่อเข้ากับปลายด้ามจับเข็ม

การรักษาแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ระหว่างการรักษาผู้ป่วยจะอยู่ในท่าที่สบายที่สุด ดังนั้นการรักษาโดยวิธีฝังเข็มจึงช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและผ่อนคลาย นับเป็นการช่วยทางด้านจิตใจทางหนึ่ง การรักษาควรทำซ้ำหลายครั้ง จำนวนครั้งของการรักษาขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของโรค โรคที่เป็นอย่างเฉียบพลันอาการจะดีขึ้นภายหลังการรักษา 1-3 ครั้ง ในรายที่มีอาการเรื้อรังต้องทำการรักษาประมาณ 10-20 ครั้งจึงเห็นผล การรักษาจะกระทำทุกวัน หรือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

หลักการทำงาน

1. เกิดการหลั่งสารต่างๆ ในร่างกายในระบบ Neuro - endocrine และ Cytokine หลายชนิดฮอร์โมนบางอย่าง เช่น Steroid, Endorphin, Serotonin และ Neurotransmitter ต่างๆ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดทั้งในระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย และกลไกของร่างกายทั้งหมด ทำให้เกิดฤทธิ์รับความเจ็บปวด ลดการอักเสบ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ปรับปรุงการทำงานของระบบประสาทและสมอง ทำให้จิตอารมณ์แจ่มใส สารเหล่านี้เป็นสิ่งที่มียู่เป็นปกติในร่างกายตามธรรมชาติ จึงแตกต่างจากการใช้ยาที่เรารับประทานหรือฉีดเข้าร่างกาย เพราะไม่มีพิษไม่มีผลแทรกซ้อน ที่สำคัญร่างกายมีกลไกในการควบคุมอีกชั้นหนึ่ง (Negative feedback) จึงไม่มีโอกาสหลั่งสารออกมาจนเกินขนาด

2. เกิดการกระตุ้นให้มีการปรับตัวของระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งควบคุมเส้นเลือดและการทำงานของอวัยวะภายในทั่วร่างกาย จึงเป็นผลช่วยรักษาภาวะที่อวัยวะต่างๆ และแขน ขา ขาดเลือดหล่อเลี้ยง การปรับการทำงานของอวัยวะเป็นแบบควบคุม 2 ทาง (Bi-direction regulation) กล่าวคือ หากอวัยวะใดทำงานมากเกินไปก็จะทำให้ลดลง อวัยวะใดทำงานน้อยไปก็จะปรับให้มากขึ้น เช่น การปวดประจำเดือน (Primary dysmenorrhea) ซึ่งเกิดการบีบรัดตัวของมดลูก การฝังเข็มจะทำให้มดลูกบีบตัวลดลง จึงช่วยลดอาการปวดได้ดี และในเดือนต่อไปก็จะปวดลดลงจนเป็นปกติ อาการท้องอืด โดยเฉพาะหลังการผ่าตัดช่องท้องเกิดจากการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ยังไม่ฟื้นตัว การฝังเข็มจะช่วยกระตุ้นให้กระเพาะอาหารและลำไส้เริ่มทำงานใหม่ ทำให้อาการท้องอืดหายเร็วขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผลการรักษาในคนไข้แต่ละคนจะได้ผลไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการตอบสนองต่อการฝังเข็มที่แตกต่างกัน ขึ้นกับระยะเวลาที่เป็นโรคนั้น หากเป็นเรื้อรังมานาน ผลก็จะไม่ดีเท่าผู้ที่เพิ่งมาไม่นาน ขึ้นอยู่กับชนิดโรคที่เป็นและสภาพร่างกายของผู้ป่วยผู้ที่อ่อนแอมาก อาจไม่ได้ประโยชน์มากจากการรักษา จึงควรปรึกษาแพทย์ หลังจากได้ศึกษาข้อมูลความรู้เรื่องการฝังเข็มอย่างดีแล้วก่อนตัดสินใจรักษา

5) การนวดกดจุด (Acupressure)

การกดจุดเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลรักษาตัวเองตามวิถีธรรมชาติบำบัดเพียงใช้ปลายนิ้ว และกดอย่างถูกต้อง ตามจุดต่างๆ สามารถรักษาเย็บปวดอาการเจ็บป่วยไม่สบายและโรคต่างๆ การกระตุ้นหรือฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายด้วยวิธีทางอย่างธรรมชาติ และสรรพคุณของการกดจุดสามารถระงับโรคต่างๆ ได้ดี จนร่างกายแข็งแรงและสุขภาพทางจิตใจก็แจ่มใสขึ้นไปด้วย การกดและกระตุ้นอย่างถูกต้อง ยังสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของระบบต่างๆ ภายในร่างกายให้บรรเทาเหล่าอวัยวะทุกส่วนทำงานกันได้อย่างสมบูรณ์ ไม่สะดุดติดขัดหรือเสื่อมสภาพไป ช่วยเสริมความต้านทานโรคและสร้างความสมบูรณ์แข็งแรงให้แก่เซลล์ต่างๆ ในร่างกายอีกด้วย²

โดยกลุ่มอาการที่ใช้การกดจุดบำบัดในการรักษา เช่น กล้ามเนื้อตึง เคล็ด อาการที่มาจากความเครียดเป็นสาเหตุ อาการปวด โรคซึมเศร้า ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ ปวดระดู ความวิตกกังวล

6) การนวดสัมผัสปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย

การนวดสัมผัสปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย คือ ไม่ใช่เป็นการรักษาให้หายจากอาการที่เป็นอยู่ แต่เป็นการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายให้อยู่ในสภาพปกติ หลังจากนั้นอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจะรักษาตัวเองตามธรรมชาติ การนวดศาสตร์นี้เป็น การนวดโดยใช้การสัมผัสให้ถึงลักษณะอาการ ซึ่งดูจากลักษณะโครงสร้างร่างกาย ซึ่งสันนิษฐานได้ตั้งแต่เริ่มเดินเขามารับการนวด สัมผัสอุณหภูมิของร่างกายโดยรวมเพื่อให้รู้ถึงลักษณะอาการความเจ็บป่วยเบื้องต้น ตรวจวัดความดันโลหิตว่าเป็น ความดันโลหิตสูงหรือต่ำตามอุณหภูมิของร่างกาย โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องวัดความดัน ตรวจความสมดุลของร่างกายเพราะร่างกายคนเรามีทั้งสองข้างซ้ายและขวา ถ้าเกิดอาการผิดปกติจะสังเกตได้จากโครงสร้างของร่างกาย เช่น การเดินที่ไม่เสมอกัน เท้าทั้งสองข้างแบะออก เดินไหล่เอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง กระดูก กล้ามเนื้อ เส้นเอ็นโดยรวมต่างๆ ไม่อยู่ในสภาพปกติ ฯลฯ ลักษณะอาการต่างๆ ทำให้ส่งผลต่อทุกระบบของร่างกาย เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบอวัยวะ และระบบอัตโนมัติ ต่างๆ อาจเกิดอาการผิดปกติได้

หลักการนวดสัมผัสปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย มีหลักการนวดที่ทำให้ร่างกายไม่เกิดการบีบ เปียดกด ทับ คือ เมื่อ กล้ามเนื้อบีบตัวจะมีอาการเกร็ง บีบรัดเส้นประสาท เส้นเลือด จะรู้สึกไม่สบายตัว ปวดตึงบริเวณที่กล้ามเนื้อบีบรัด เส้นเอ็นเปียดเมื่อขยับตัวจะรู้สึกเจ็บแปลบๆ เมื่อมีการเบียดเส้นประสาท กระดูกกดเส้นประสาทจะมีอาการปวด แต่ถ้ากระดูกหรือเส้นเอ็นทับเส้นประสาท จะมีอาการชาตามอวัยวะต่างๆ เมื่อคลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นแล้วจึงปรับกระดูก เพราะร่างกายของคนมีตั้งแต่ ผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูก ซึ่งทำหน้าที่สัมพันธ์กันจึงต้องนวดปรับไปตามลำดับขั้นของร่างกาย และประโยชน์ของการนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย คือ สามารถป้องกันและช่วยบรรเทาอาการที่เกิดจาก กล้ามเนื้อเส้นเอ็น-กระดูก ของอาการปวดศีรษะ ปวดไหล่ ปวดสะบักปวดข้อศอก ปวดข้อมือ ปวดข้อนิ้ว ปวดหลัง ปวดเข่า ปวดข้อเท้าแพลง ปวดหลังขาลงขา กระดูกทับเส้นประสาท ยกหลัง หายใจไม่เข้าได้ เป็นต้น

7) โยคะ (Yoga)

โยคะ มาจากศัพท์ของคำว่า “ยฺจฺร” หรือ “ยฺชฺ” แปลว่า ประกอบ ผูกมัด หรือรวมกัน ตามความหมายของศัพท์โยคะ หมายถึง การฝึกกาย จิต ให้เป็นหนึ่งเดียว หรือหมายถึงการพัฒนากายและจิตให้ทำหน้าที่สัมพันธ์กันจนเกิดศักยภาพสูงสุด ก่อให้เกิดสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

โยคะไม่ใช่ศาสนา แต่เป็นหนทาง หรือวิถีทางอันหนึ่ง ไม่ว่าจะศาสนาใด หรือไม่นับถือศาสนาเลย อาจนำไปปฏิบัติได้เพื่อความสูงส่งของจิตใจของตน เพราะว่าโยคะตั้งอยู่บนฐานของศีลธรรมดังจะเห็นได้จากองค์แปดแห่งโยคะ ซึ่งเป็นระเบียบที่ได้วางไว้ใน การปฏิบัติตน ดังนี้

1. ยมะ คือ การละเว้นความชั่ว 5 ประการ
2. นียมะ คือ การประพฤติความดี 5 ประการ
3. อาสนะ คือ ทำบริหารต่างๆหรือท่าดัดตนเพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์ และเพื่อหายจากโรคร้ายต่างๆ เพราะตามหลักของโยคะถือว่า กายกับจิตเป็นสิ่งที่ทับกันอยู่ จะมีกายอันหนึ่งและจิตเป็นอิสระจากกันไม่ได้ จะแยกออกจากกันก็ไม่ได้ จิตใจจะสมบูรณ์ได้จะต้องอาศัยความสมบูรณ์ของกายก่อน เมื่อใดกายบกพร่องจากโรคร้ายไข้เจ็บจิตใจก็จะได้รับความกระทบกระเทือน
4. ปราณยามะ คือการควบคุมลมหายใจหรือบังคับลมปราณ ผู้ปฏิบัติโยคะถือว่าขั้นนี้เป็นขั้นสำคัญที่สุดในการที่จะก้าวขึ้นสู่ขั้นสูงๆต่อไป
5. ปรัตยาหาระ คือ การกระทำให้ความรู้สึกของอินทรีย์ (ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ) ทั้งปวงสิ้นไป ซึ่งหมายถึง การถอนอินทรีย์ออกจากอารมณ์นั่นเอง เป็นการต่อสู้กับกำลังภายในด้วยการใช้ประสาททั้ง 5 คือการเห็น การได้ยิน การสัมผัส รส และกลิ่นภายใน
6. ธารณะ คือ การกระทำดวงจิตให้มั่นคง บังคับจิตให้เป็นไปตามปรารถนา ซึ่งธารณะ เป็นการออกกำลังกายทางจิต เพื่อบังคับให้ได้ตามความต้องการ ส่วนอาสนะเป็นการออกกำลังทางกาย
7. ธยานะ คือสมาธิ ความเพ่งเล็ง ขั้นนี้เป็นขั้นที่ทำลายความนึกคิดอันเป็นวัตถุให้สิ้นไป
8. สมอาธิ คือ ความคงที่ของจิต ขั้นนี้เป็นสุดท้ายและสูงสุดของโยคะ (กองการแพทย์ทางเลือก, 2551)

ประโยชน์ของโยคะในการดูแลผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ และ/หรือโรค Fibromyalgia การบำบัดด้วยการฝึกโยคะในกลุ่มอาการนี้ได้ผลดี คือ ช่วยให้กล้ามเนื้ออ่อนคลาย หายปวด กล้ามเนื้อมีกำลัง ความเครียดลดลง อาการซึมเศร้าลดลง นอนหลับสบายขึ้น คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น การใช้ยาลดลง หรือไม่ต้องใช้ยาต่อไป โดยการฝึกการหายใจสลับจมูก และการฝึกสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจเข้าและออก และฝึกโยคะในท่าต่อไปนี้ คือ

- ท่าที่ 1 ท่าสุริยนมัสการ 3 รอบ และนอนพักท่าผ่อนคลาย
- ท่าที่ 2 ท่ายืนด้วยไหล่
- ท่าที่ 3 ท่าสะพาน
- ท่าที่ 4 ท่าธนู
- ท่าที่ 5 ท่าแมว
- ท่าที่ 6 ท่าอุฐ
- ท่าที่ 7 ท่าสุปตะ วัชรานะ

การใช้ท่าฝึกง่ายๆพร้อมกับการฝึกหายใจ และสมาธิจะช่วยให้อาการปวดกล้ามเนื้อและอ่อนล้า หายไปได้ คุณภาพชีวิตจะดีขึ้น โดยไม่ต้องใช้ยาหรือใช้ยาลดลงมาก (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2552)

บทที่ 3 ตัวอย่างการดำเนินงานสถานบริการต้นแบบ

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดด้วยการแพทย์ผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันการฝังเข็ม การนวดและ การจัดการกระดูก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

1.1 กรอบแนวคิด

งานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดทำโครงการการใช้แพทย์ทางเลือกในกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีอาการ Office Syndrome เมื่อต้นปี 2556 ให้ได้รับการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกฟรี ซึ่งการจัดโครงการในครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ ประโยชน์ของการรักษา ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผลลัพธ์จากการจัดโครงการได้ผลเป็นที่น่าพอใจมาก บุคลากรในโรงพยาบาลให้การตอบรับที่ดีในด้านการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และหลังจากการดำเนินโครงการแพทย์ก็ได้ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาและฟื้นฟูสภาพด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากนั้นมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในองค์กร แสดงให้เห็นถึงจุดดีจุดด้อยของการรักษาในรูปแบบต่างๆ จนตกผลึกองค์ความรู้ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเรื้อรัง ต่อมาจึงได้เกิดการบูรณาการการรักษาผู้ป่วยแบบผสมผสานในโรงพยาบาลศูนย์ตรังขึ้น ระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน (ฝังเข็ม) และแพทย์ทางเลือก (จัดการกระดูก) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์ได้มีการส่งต่อเพื่อมารับบริการด้านการแพทย์ผสมผสาน เช่น กลุ่มอาการปวดเรื้อรัง/เฉียบพลัน กลุ่มผู้ป่วย Stroke (อัมพฤกษ์ / อัมพาต) ภูมิแพ้ ปวดศีรษะไมเกรน เป็นต้น

1.2 วิธีการดำเนินการ

การดำเนินงานด้านการแพทย์ผสมผสานมีช่องทางในการให้บริการผู้ป่วย ดังนี้

1.) ให้บริการแบบ One Stop Service คือผู้ที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุข มาติดต่อที่กลุ่มงาน โดยไม่ต้องผ่าน OPD ของโรงพยาบาล เนื่องจากที่กลุ่มงานมีการซักประวัติตรวจร่างกายของกลุ่มงาน และส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการได้ทันที รวมถึงสามารถชำระเงินที่แผนกและรับใบเสร็จได้ในที่เดียวกัน ทำให้ผู้มารับบริการได้รับบริการที่สะดวกสบาย รวดเร็ว ผู้ป่วยพึงพอใจ

2.) มีการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่าง แพทย์ผู้ให้ให้การรักษาผู้ป่วยกับแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวด ผู้ป่วย stroke ที่ admit ในตึกผู้ป่วยในและไม่มีภาวะเสี่ยง ที่สามารถได้รับการรักษาหรือฟื้นฟูสภาพด้านผสมผสานได้ แพทย์ก็มีการส่งต่อมาให้มารับบริการการแพทย์ผสมผสาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตัวอย่าง กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยปวดหลังด้วยการแพทย์ผสมผสาน

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 55 ปี มีอาการปวดหลังมาแล้ว 27 วัน สืบเนื่องจากการยกของหนัก (เคยมีประวัติปวดหลังจากการยกของหนัก) อาการปวดหลังร้าวลงขา เท้าชา Pain score 3 SLRT+ 30
ผล MRI : degenerative change of spine and disc space L3L4 to L5/S1 cause compression of nerve root L3 – S1

แพทย์ให้การรักษา

DICOFENAC DICOFENAC Ing. และ NORGESIC
+ GABAPENTIN 100 mg, 300 mg, 900 mg
+ TRAMOL
+ BACLOFEN
+ MORPHINE Inj.

รับการรักษาโดยการใช้อายูทิกซ์ควบคู่ไปกับการทำกายภาพบำบัด

ผลจากการดูแลด้วยการแพทย์ผสมผสาน

ในช่วงแรกวางแผนการรักษาฝังเข็ม 2 ครั้ง/สัปดาห์

ฝังเข็มครั้งที่ 2 อาการปวดหลังลดลง pain score 2 ไม่ขอฉีดยาแก้ปวด เดินเข้าห้องน้ำได้

ในสัปดาห์ที่ 3 วางแผนการรักษาฝังเข็ม 1 ครั้ง/สัปดาห์

ฝังเข็มครั้งที่ 6 อาการชาเท้าลดน้อยลง

ฝังเข็มครั้งที่ 7 ไม่มีอาการปวดร้าวลงขาแล้ว ในระหว่างนี้นัดรักษา 1 ครั้ง/สัปดาห์

ฝังเข็มไป 20 ครั้ง ถึงได้ยุติการรักษา แต่ยังคงนัดรักษาต่อ

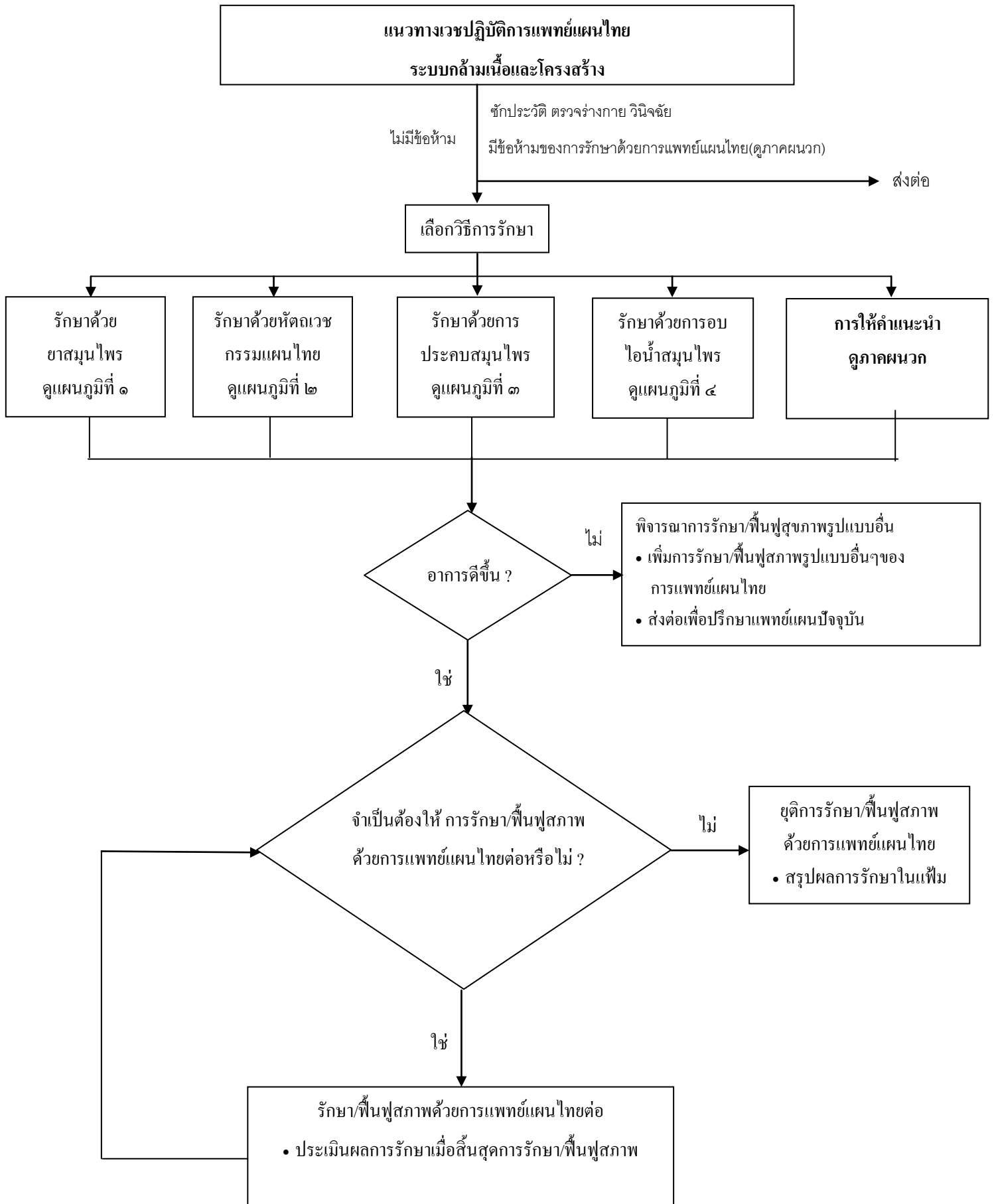
1.3 ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานการรักษาด้วยการแพทย์ผสมผสาน พบว่า มูลค่าการใช้อายูทิกซ์ลดลง ผู้ป่วยมีอาการปวดลดน้อยลง รวมถึงผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพัฒนางานในอนาคต มีการวางแผนการพัฒนางานสู่งานวิจัย เผยแพร่ผลงานออกสู่สังคมและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในทางคลินิก

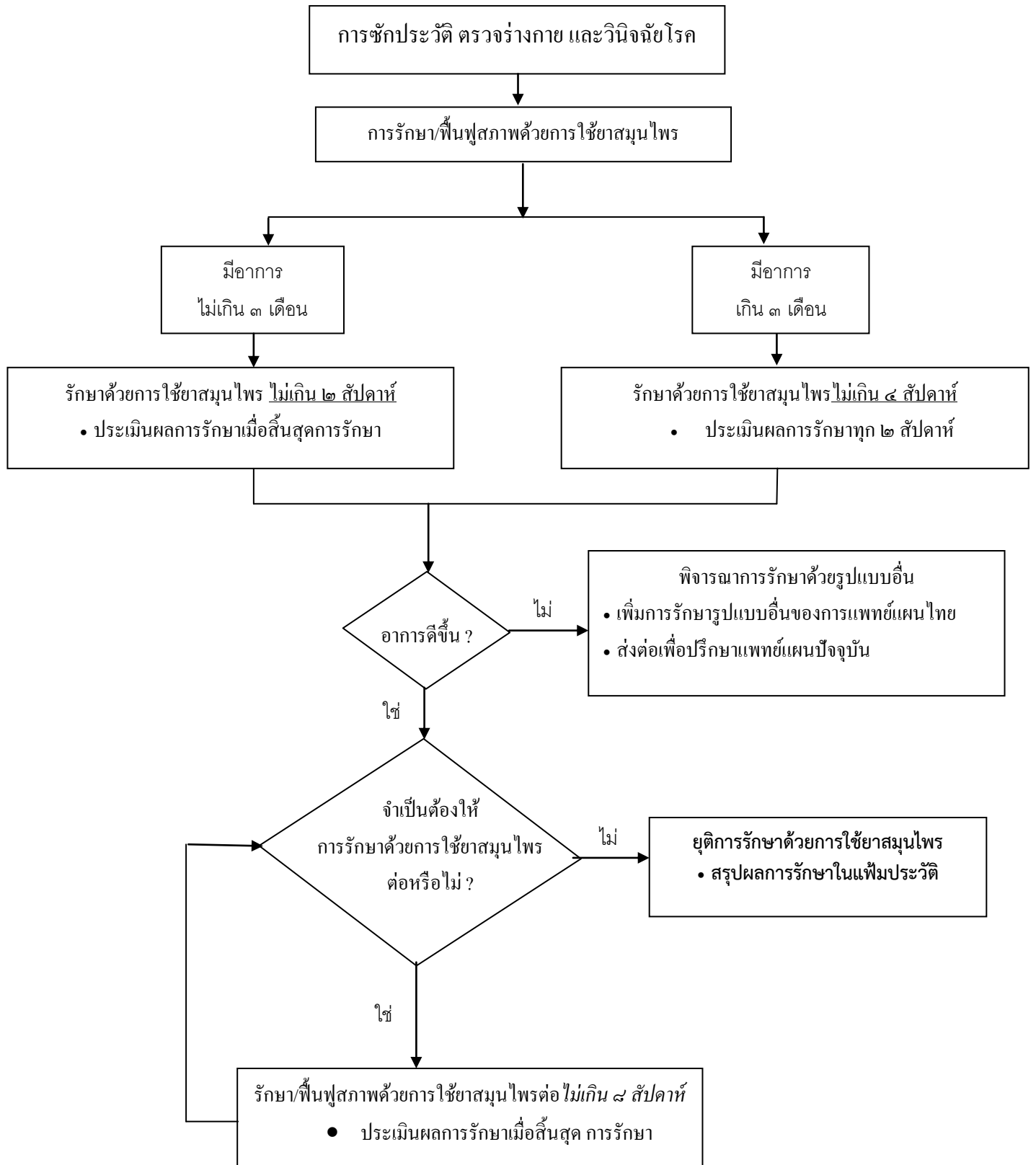
ภาคผนวก

ภาคผนวก

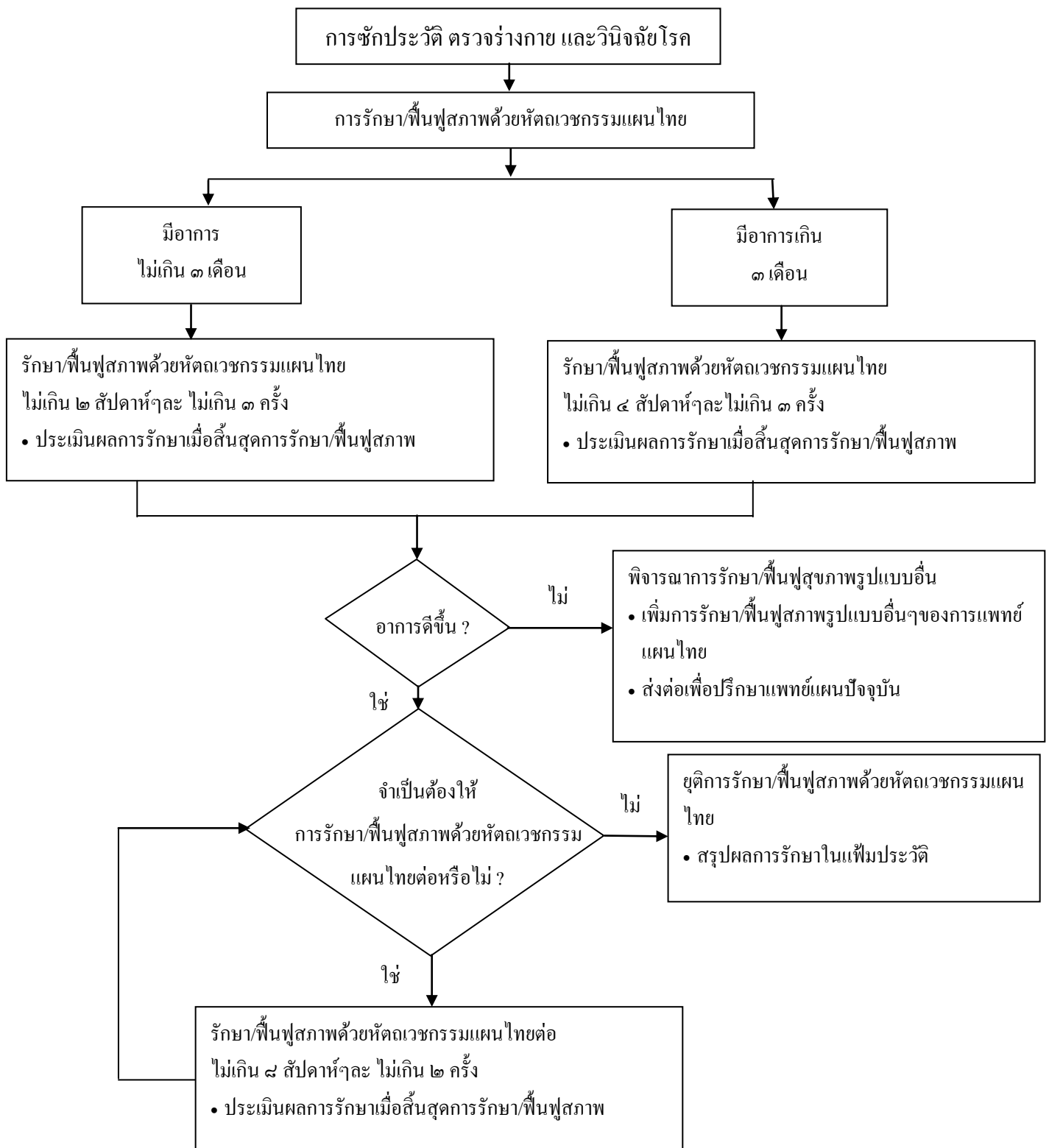
ก. แนวทางเวชปฏิบัติแพทย์แผนไทย ระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง



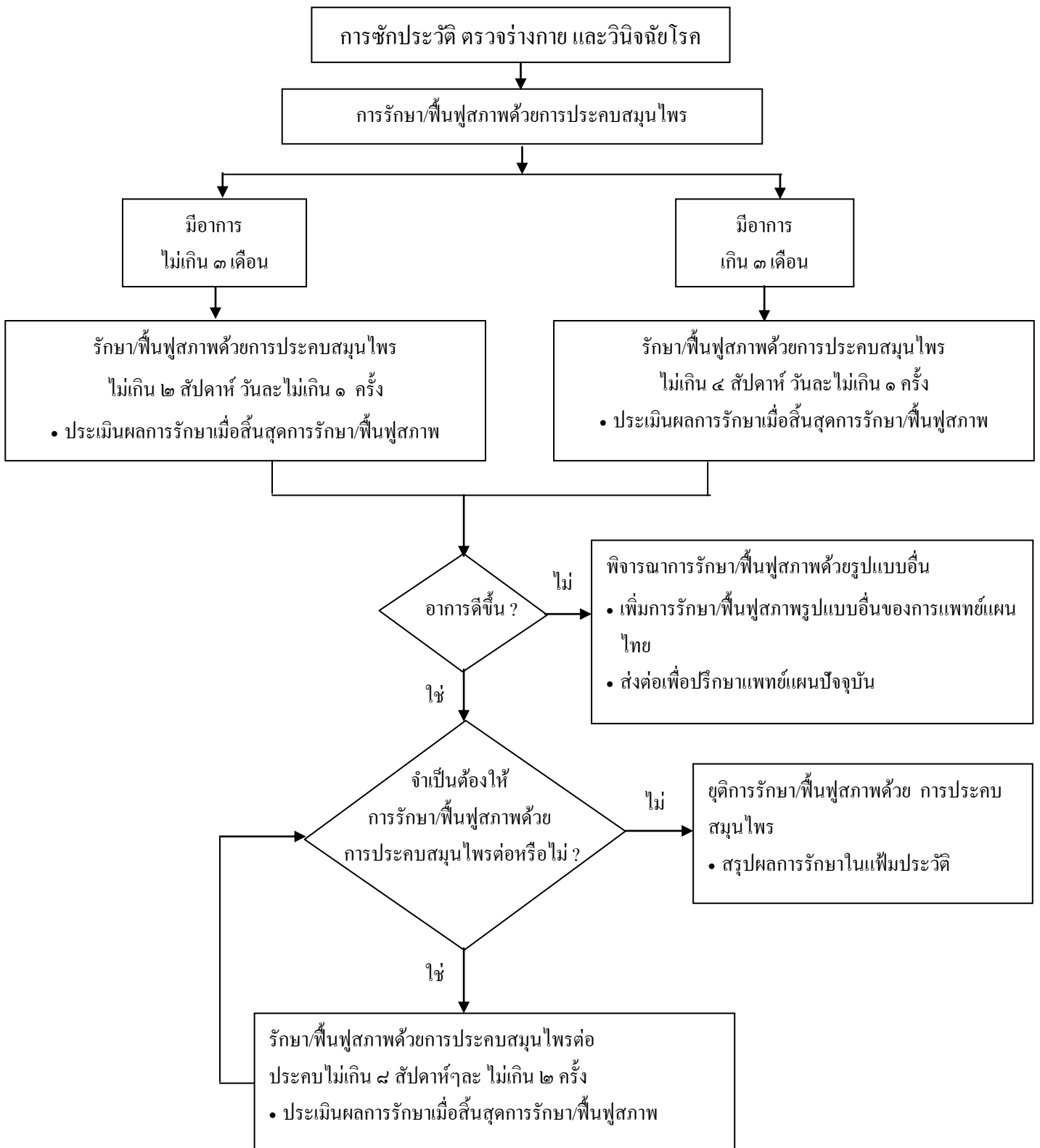
แผนภูมิที่ ๑ แนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้วยการใช้ยาสมุนไพร



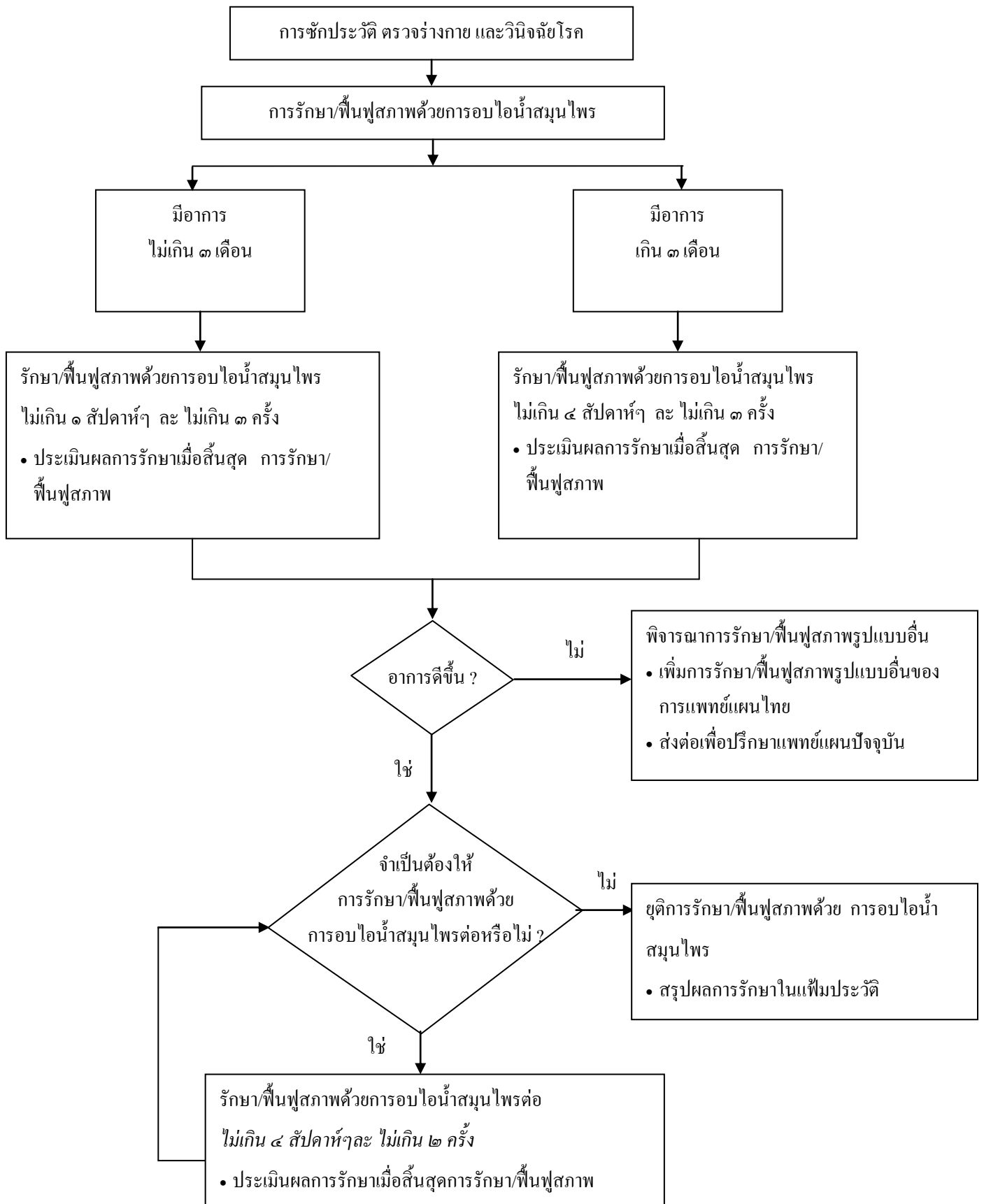
แผนภูมิที่ ๒ แนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้วยหัตถเวชกรรมแผนไทย



แผนภูมิที่ ๓ แนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้วยการประคบสมุนไพร



แผนภูมิที่ ๔ แนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยด้วยการอบไอน้ำสมุนไพร



ข้อห้ามและข้อควรระวังอาการแทรกซ้อนและการดูแลเบื้องต้นในการทำหัตถเวชกรรมแผนไทย

ข้อห้าม

1. มีไข้สูงเกิน ๓๘.๕ องศาเซลเซียส บริเวณที่มีกระดูกแตก หัก ปริ ร้าวที่ยังไม่ติดดี
2. บริเวณที่เป็นมะเร็ง
3. ความดันโลหิตสูง (systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ ๑๖๐ mm.Hg และ / หรือ diastolic สูงกว่า หรือ เท่ากับ ๑๐๐ mm.Hg) ที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน
4. บริเวณที่เป็นแผลเปิด แผลเรื้อรัง หรือบริเวณที่มีรอยโรคผิวหนังที่สามารถติดต่อดี
5. บริเวณที่มีการบาดเจ็บภายใน ๔๘ ชั่วโมง
6. บริเวณที่ผ่าตัดภายในระยะเวลา ๑ เดือน
7. บริเวณที่มีหลอดเลือดดำอักเสบ (DVT)
8. โรคติดเชื้อเฉียบพลัน
9. กระดูกพรุนรุนแรง

ข้อควรระวัง

1. หญิงตั้งครรภ์
2. ผู้สูงอายุ และเด็ก
3. โรคหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดแดงโป่ง หลอดเลือดอักเสบ หลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) เป็นต้น
4. ความดันโลหิตสูง (systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ ๑๖๐ mm.Hg และ / หรือ diastolic สูงกว่า หรือเท่ากับ ๑๐๐ mm.Hg) ที่ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน
5. เบาหวาน
6. กระดูกพรุน
7. มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด มีประวัติเลือดออกผิดปกติรวมทั้งกินยาละลายลิ่มเลือด
8. ข้อหลวม / ข้อเคลื่อน
9. บริเวณที่มีการผ่าตัด ใส่เหล็ก หรือข้อเทียม
10. บริเวณที่แผลหายยังไม่สนิท
11. ผิวที่แตกง่าย
12. บริเวณที่ปลูกถ่ายผิวหนัง

ข้อห้ามข้อควรระวัง อาการแทรกซ้อนและการดูแลเบื้องต้น ในการประคบสมุนไพร

ข้อห้าม

1. มีไข้สูงเกิน ๓๘.๕ องศาเซลเซียส หรือหลังฟื้นไข้ใหม่ๆ
2. โรคติดต่อร้ายแรงทุกชนิด เช่น วัณโรค
3. โรคลมชัก
4. โรคหอบหืดขณะมีอาการ
5. ระบุทับไข้ หรือไข้ที่ประทุ
6. มีการอักเสบจากบาดแผลต่างๆ
7. อ่อนเพลีย อดนอน อดอาหาร
8. ปวดศีรษะชนิดเวียนศีรษะ คลื่นไส้

9. โรคความดันโลหิตสูงที่มีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ
10. หลังรับประทานอาหารอิมใหม่ๆ ไม่เกินครึ่งชั่วโมง
11. เด็ก สตรีมีครรภ์
12. ผู้ที่มีแผลผ่าตัดหรือแผลคลอดที่ยังไม่หายสนิท
13. บริเวณที่มีกระดูกแตกหัก ปริ๊วที่ยังไม่ติดดี
14. บริเวณที่เป็นมะเร็ง
15. บริเวณที่เป็นแผลเปิด หรือเลือดออกใหม่ๆ
16. บริเวณที่มีการติดเชื้อ
17. บริเวณที่มีการอักเสบ (ปวด บวม แดง ร้อน) จากอุบัติเหตุในช่วง ๒๔ ชั่วโมงแรก
(เพราะ อาจทำให้บวมมากขึ้น ควรประคบด้วยความเย็น)

ข้อควรระวัง

1. ผู้สูงอายุและเด็ก
2. ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
4. บริเวณที่มีอาการชา
5. ผู้ป่วยโรคลมตะกั่ง (ลมปะกั่ง) ขณะที่มีอาการอาเจียน
6. การใช้ลูกประคบที่ร้อนจนเกินไป โดยเฉพาะผิวบริเวณที่บาง
7. ผู้ป่วยโรคไต
8. ผู้ป่วยโรคหัวใจ
9. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง
10. สตรีหลังคลอดไม่เกิน ๑สัปดาห์

อาการแทรกซ้อนจากการประคบสมุนไพร และการดูแลเบื้องต้น

1. หากใช้ลูกประคบสมุนไพรที่ร้อนจนเกินไป จะทำให้ผิวหนังในบริเวณที่ประคบไหม้ พอง แสบร้อน บวม รอยดำ และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อเฉพาะที่ได้

การดูแลเบื้องต้น : หยุดให้บริการทันที ถ้ามีอาการแสบร้อนให้ใช้ประคบเย็น หากพองจนผิวหนังลอก ให้ส่งพบแพทย์

2. ความร้อนในร่างกายสูงขึ้น
การดูแลเบื้องต้น : ดื่มน้ำมากๆ

3. เป็นลม

การดูแลเบื้องต้น :

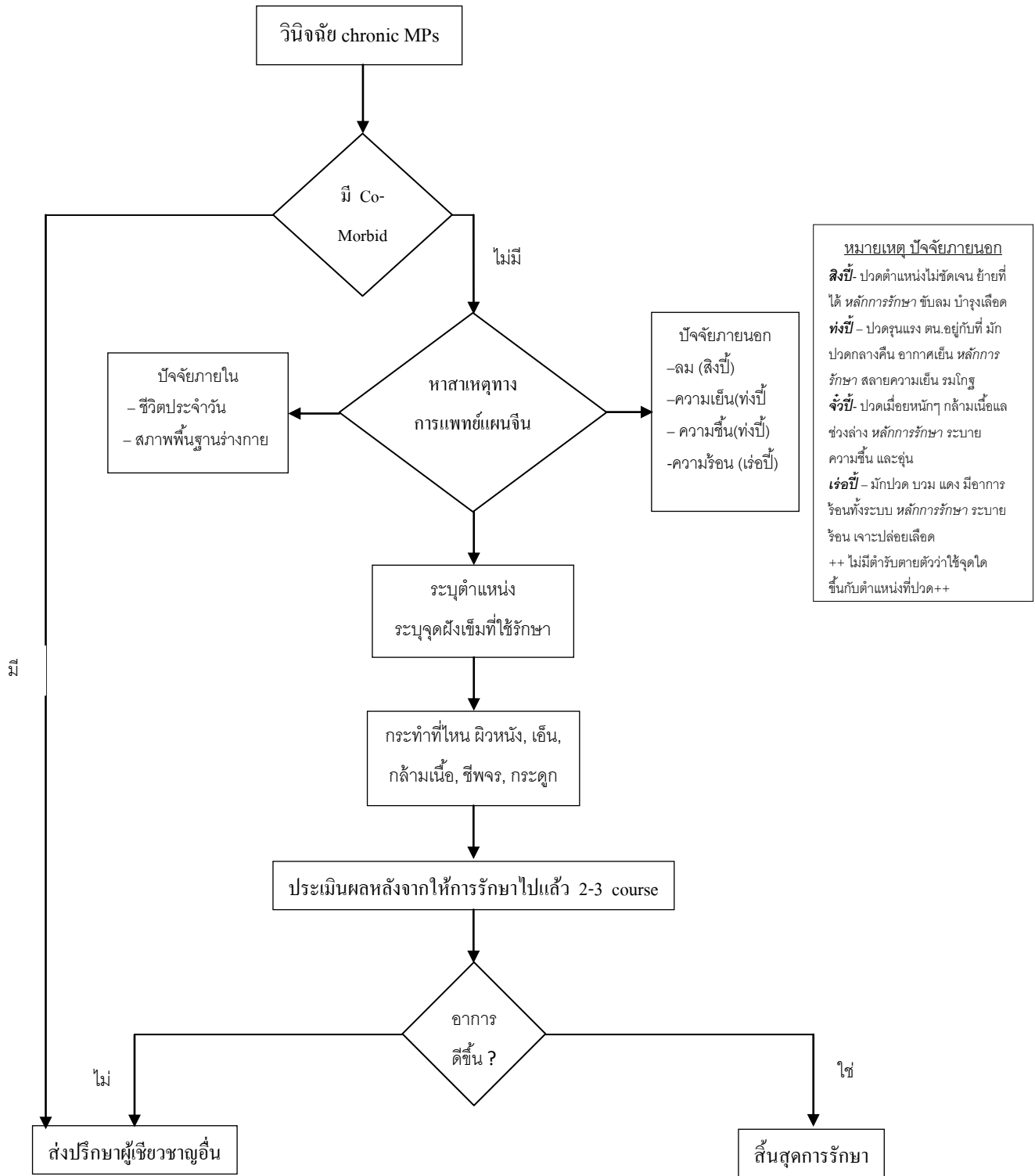
- นอนศีรษะต่ำ (ไม่หนุนหมอน)
- ปลดเสื้อผ้าและเข็มขัดให้หลวม
- ห้ามคนมุงดู เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้
- ใช้น้ำเย็นเช็ดหน้าและคอ
- ห้ามกินหรือดื่มอะไรทางปาก ในขณะที่ยังไม่ฟื้น
- เมื่อเริ่มรู้สึกตัวให้นอนพักต่อ อย่าเพิ่งลุกเร็ว เพราะจะทำให้เป็นลมซ้ำอีกได้
- ถ้ายังไม่ฟื้นภายใน ๑๕ นาที ให้ส่งแพทย์แผนปัจจุบัน

- ถ้ายืดหายใจ ให้ทำการหายใจ โดยวิธีเป่าปากแล้วส่งแพทย์แผนปัจจุบัน
4. ถ้าแพ้สมุนไพร หายใจไม่ออก
- การดูแลเบื้องต้น :
- ปลดเสื้อผ้าและเข็มขัดให้หลวม
 - ห้ามคนมุงดู เพื่อให้อากาศถ่ายเท
 - อาการไม่ทุเลา ให้ส่งแพทย์แผนปัจจุบัน
5. แสบตามผิวหนัง
- การดูแลเบื้องต้น :
- รีบอบน้ำ เช็ดตัวให้แห้ง
 - เปลี่ยนเสื้อผ้า
6. เวียนศีรษะ หน้ามืด
- การดูแลเบื้องต้น :
- ให้อ่อนพักสักครู่
 - ดื่มน้ำหวาน
 - อาการไม่ดีขึ้นให้ส่งแพทย์แผนปัจจุบัน

ภาคผนวก

ข. แนวทางการดูแลกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังด้วยการฝังเข็ม

แนวทางการดูแลกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังด้วยการฝังเข็ม



หมายเหตุ ปัจจัยภายนอก

สิงปี- ปวดตำแหน่งไม่ชัดเจน ย้ายที่ได้
หลักการรักษา ชับลม บำรุงเลือด

ท่งปี- ปวดรุนแรง ตน.อยู่กับที่ มัก
ปวดกลางคืน อากาศเย็น หลักการ
รักษา สลายความเย็น รมิโกฐ

จิวปี- ปวดเมื่อยหนักรๆ กล้ามเนื้อแล
ช่วงล่าง หลักการรักษา ระบาย
ความชื้น และอุ่น

เรอปี- มักปวด บวม แดง มีอาการ
ร้อนทั้งระบบ หลักการรักษา ระบาย
ร้อน เจาะปล่อยเลือด

++ ไม่มีคำรับตายตัวว่าใช้จุดใด
ขึ้นกับตำแหน่งที่ปวด++

การเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังรับการรักษาด้วยการฝังเข็ม

การเตรียมตัวก่อนการรักษา

1. นอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ในคืนก่อนมารับการฝังเข็ม
2. ควรรับประทานอาหารก่อนมารับการรักษา แต่ให้หิวหรือให้อิ่มเกินไป
3. สวมเสื้อผ้าหลวมๆ สบายๆ เพื่อความสะดวกในการฝังเข็ม

ระหว่างการปักเข็มผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกได้ 2 แบบ ดังนี้

1. รู้สึกหนักๆ หน่วง ๆ ตื้อๆ ในจุดฝังเข็มในระหว่างที่เข็มปักคาอยู่
2. มีความรู้สึกเหมือนมีกระแสไฟฟ้าแล่นแปลบๆ เนื่องจากบางจุดอาจจะปักเข็มไว้อ่างๆ เส้นประสาทบางเส้น แพทย์จะปักเข็มคาไว้ประมาณ 20-30 นาที โดยอาจกระตุ้นด้วยมือหรือกระแสไฟฟ้า (ไฟฟ้าที่ใช้มีต่างศักย์ต่ำ จึงมีโอกาสดังอันตรายน้อยมาก) จากนั้นจะถอนเข็มออก ในระหว่างการคาเข็ม ผู้ป่วยต้องพยายามอย่าขยับกล้ามเนื้อบริเวณที่ฝังเข็มเพราะเข็มจะบิดในกล้ามเนื้อ แม้ไม่เกิดอันตรายแต่อาจทำให้เจ็บมากขึ้นและมีเลือดออกตอนถอนเข็ม แต่ถ้าหากมีอาการผิดปกติใดๆ เช่น รู้สึกหิวๆ หน้ามืดจะเป็นลม แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ให้แจ้งแพทย์ที่รักษาทราบทันที

การดูแลตนเองหลังจากการฝังเข็ม

1. ควรดื่มน้ำอุ่นหลังการฝังเข็ม
2. สำรวจร่างกายตนเองบริเวณฝังเข็ม ถ้ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น เช่น มีเลือดออก มีรอยบวม รู้สึกเจ็บปวด ต้องแจ้งให้แพทย์ที่รักษาทราบทันทีเพื่อแก้ไขให้เป็นปกติก่อนกลับบ้าน
3. งดการอาบน้ำเป็นเวลา 2 ชั่วโมงหลังการฝังเข็ม
4. พักผ่อนให้เต็มที่อีก 1 วัน
5. ถ้าไม่มีไข้ให้รับประทานยาลดไข้ตามปกติ อาการจะหายไปเองภายใน 24-48 ชั่วโมงโดยไม่มีอันตรายใดๆ

ข้อควรระวังในการฝังเข็ม

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ต้องให้การรักษาอย่างระมัดระวัง
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ที่ยังไม่ได้รับการตรวจรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน)
3. ผู้ป่วยโรคเลือดที่มีความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด
4. ผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด
5. โรคที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างแน่นอน

อาการแทรกซ้อนจากการฝังเข็ม

1. การเป็นลม หรือหากไม่หมดสติเรียกว่า เมาเข็ม มักเกิดในขณะที่ฝังเข็มหรือขณะคาเข็ม ส่วนมากพบในรายที่มาฝังเข็มเป็นครั้งแรก สาเหตุพื้นฐานที่อาจทำให้เกิดการเป็นลม ได้แก่ ตื่นตระหนกหรือหวาดกลัวมาก ตื่นเต้นมาก หิวหรืออิ่มมากเกินไป สภาพร่างกายอ่อนเพลียมาก

2. เลือดซึม ออกเล็กน้อยตามรูเข็ม พบได้บ่อยส่วนใหญ่เลือดที่ออกจะหยุดเองหรือโดยการกดไว้ชั่วคราว และไม่มีผลข้างเคียงใดๆ เลือดออกเล็กน้อยใต้ผิวหนัง เกิดเป็นรอยช้ำ พบได้ในตำแหน่งที่มีเส้นเลือดฝอยมาก มักไม่มีอันตรายหรือผลข้างเคียงใดๆ รอยช้ำจางหายได้เองในเวลาไม่กี่วัน
3. เข็มติด หรือเข็มหนีต คือหลังจากแทงเข็มลงไปแล้ว ดึงไม่ออก ดันเข็มไม่ลง หมุนซ้ายหมุนขวาไม่ได้ สาเหตุจากกล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็งบีบรัดเข็มอย่างรุนแรง ผู้ป่วยขยับเปลี่ยนท่าขณะที่มีเข็มคาอยู่
4. เข็มงอ มีอาการเหมือนเข็มติด สาเหตุเกิดจากขณะแทงเข็มใช้แรงดันมากเกินไป หรืออาจแทงถูกเนื้อเยื่อที่แข็ง เช่นกระดูกหรือพังผืด แล้วออกแรงดันจนเข็มงอ
5. เข็มหัก มีโอกาสเกิดได้น้อยมาก ส่วนที่หักง่ายของเข็มคือโคนเข็ม (รอยต่อระหว่างตัวเข็มกับด้ามเข็ม)

บรรณานุกรม

- กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (2551) *คู่มือโยคะวัยรุ่นสำหรับฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง* พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- ผกากรอง ตั้งสุขล (2545) “ประสบการณ์ของผู้สูงอายุในการบำบัดอาการปวดข้อเสื่อมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- “พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556” (2556, 1 กุมภาพันธ์) ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 130 ตอนที่ 10 ก หน้า 2
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ อายุรเวทวิทยาลัย (2555) *หัตถเวชกรรมแผนไทย (แนวคิดแบบราชสำนัก)* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร อุษาการพิมพ์ สำนักพิมพ์ มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ
- ราชบัณฑิตยสถาน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2553) *พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2549) *การจัดการความปวด การประชุมวิชาการ: การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน* วันที่ 4 - 6 ตุลาคม 2549 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ศิริพร มงคลถาวรชัย (2540) “ความปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2556) *แนวทางเวชปฏิบัติด้านการนวดไทย 16 โรค/อาการ (Clinical Practices Guideline of Thai Massage : CPG of Thai Massage)* พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552) *แนวทางเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังและระบบกระดูก Myofascial pain syndrome fibromyalgia* พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
- สุรศักดิ์ นิลกานุงค์ (2539) *The common pain problems and management.* กรุงเทพมหานคร เรือนแก้วการพิมพ์
- สุวรรณ สกประเสริฐ (2544) “ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวทฤษฎีปัญญาและพฤติกรรมที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลในการบริหารจัดการความปวด ระดับความปวดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพมหานคร คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

บรรณานุกรม (ต่อ)

- หนึ่งฤทัย บุญยัง, อาทิตย์ พวงมะลิ, ทศพร พิชัยยา (2549) “การเปรียบเทียบผลของการยืดกล้ามเนื้อแบบ Self-stretching และ PNF technique ต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยแรงกดบริเวณจุดกดเจ็บของกล้ามเนื้อป่าในเพศหญิง” *วารสารเทคนิคการแพทย์ เชียงใหม่* 39: 71-78
- อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์ (2549) “ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- อังสนา เบญจมินทร์ (2553) “คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Johnson. (1977). *Assessment of clinical pain. In pain: A resource Book for Nurses and Other Health Professional*. Boston: Little,Brown.
- Meinhart,McCaffery. (1983). *Pain: A nursing approach to assessment and analysis*. Connecticut: Appleton Century-Crofts.
- Seer K. Pain. In M.F. Alexander, J.N. Fawcett P.R. Runciman. (1994). *Nursing practice Hospital and home: the adult*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 615-632.