

การศึกษาผลการกดจุดบำบัดต่อองค์ความเคลื่อนไหว ของข้อเข่า ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

เทวัญ ธานีรัตน์*

ชูศักดิ์ วงศ์ชยกุล** วิจิต ประกายหาญ*

บุญสินธ์ อัครชุตินัจจ*** สีไพร พลอยทรัพย์*

กิตติพงษ์ บังศรีวิจิ* ยี่งศักดิ์ จิตตะโคตร*

สาวตรี เทียนชัย* ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล****

เรื่อน สมณะ****

Thanerat T, WarongChayakul C, Phakaihran W, Ahsavachutitumrong B, Ploysap S, Paangsrivinig K, Jittakoat Y, Trenchai S, Nithikathkul C, Somana R. A study of acupressure on range of knee joint movement in osteoarthritis. Chula Med J 2013 Sep – Oct; 57(5): 615 - 24

Background : Acupressure in osteoarthritis may help decrease the pain and improve the range of knee joint motion. It may also decrease the side effects of medications and reduce the future expense.

Objective : The purpose of this study is to assess the benefit of acupressure improving the range of movement of knee joint and reducing the pain in patients with osteoarthritis of the knee.

Research design : Clinical trial

Setting : Bang Yai Hospital, Bang Yai, Nonthaburi.

Material and Methods : The patients who participated in the study had already been diagnosed by orthopedics at Bang Yai Hospital in Nonthaburi. A total of 15 volunteer were recruited before randomized.

* สำนักงานแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

** โรงพยาบาลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

*** สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กทม. 10400

**** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The total time of this study was approximately 5 weeks. We started on 2, 3 and 4 week, once/week. The degrees of movement of the knee of the patients in the experimental group were assessed before and after acupressure with a goniometer; their pain was monitored in 6 levels.

Results : *The range of movement of the knee joint in the experiment was no better than the after treatment. However, their level of pain had statistical difference (p -value < 0.05).*

Conclusions : *Acupressure in osteoarthritis may decrease pain but it makes no difference in the degree of knee joint movement*

Keywords : *Acupressure, osteoarthritis, pain.*

Reprint request: Thanerat T. Bureau of Alternative Medicine, Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Tivanon Road, Muang, Nonthaburi 11000.

Nithikathkul C. Faculty of Medicine, Mahasarakham University, Muang, Mahasarakham Province 44000. E-mail: Nithikathkul@yahoo.com

Received for publication. May 8, 2013.

เทวัญ ธาณิรัตน์, ชูศักดิ์ วรงค์ชยกุล, วิจิต ประกายหาญ, บุญสินธ์ อัครชุตติธำรง, สีไพร พลอยทรัพย์, กิตติพงษ์ ปังศรีวิจิ, ยิ่งศักดิ์ จิตตะโคตร, สาวิตรี เทียนชัย, ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล, เรือน สมณะ. การศึกษาผลการกดจุดบำบัดต่อองศาความเคลื่อนไหวของข้อเข่า ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2556 ก.ย. - ต.ค.; 57(5): 615 - 24

เหตุผลของการทำวิจัย : การกดจุดบำบัดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอาจมีส่วนในการลดอาการปวดและส่งเสริมองศาความเคลื่อนไหวของข้อเข่า และช่วยลดผลข้างเคียงของการใช้ยาแก้ปวดและค่าใช้จ่ายในอนาคต

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินประสิทธิผลการกดจุดต่อองศาความเคลื่อนไหวของข้อเข่า มีวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลการกดจุดบำบัดต่อการเพิ่มมุมมองศาเคลื่อนไหว และลดปวดข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยทางคลินิก

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

ตัวอย่างและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจากแพทย์เฉพาะทางที่คลินิกกระดูกและข้อ โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 15 คน โดย ใช้การสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ระยะเวลาการกดจุดและติดตามประเมินผลการวิจัย 5 สัปดาห์ เริ่มสัปดาห์ที่ 2, 3, 4 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง อาสาสมัครได้รับการวัดองศาเคลื่อนไหวของข้อเข่าก่อนได้รับการกดจุด และหลังจากกดจุดด้วยเครื่องมือวัด คือ Goniometer และแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกระดับปวดข้อเข่า (pain scale) มี 6 ระดับ

ผลการศึกษา : พบว่ามุมมองศาเคลื่อนไหว ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึง 5 มุมองศาเคลื่อนไหวไม่ดีขึ้น แต่ระดับปวดข้อเข่าพบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ $p\text{-value} < 0.05$

สรุป : การกดจุดบำบัดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถลดอาการปวด ส่วนการส่งเสริมทำให้องศาความเคลื่อนไหวของข้อเข่าไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : กดจุด, โรคข้อเข่าเสื่อม, ปวด.

องค์การอนามัยโลกพบว่า มีข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมกว่า 400 ล้านคน อีก 20 ปีข้างหน้า คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 50⁽¹⁾ โรคข้อเข่าเสื่อมยังคงเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุข⁽²⁻⁴⁾ และยังคงเป็นปัญหาหามาพอบ ๆ กับโรคหัวใจ⁽⁵⁾ อุบัติการณ์นั้นขึ้นอยู่กับประชากรและเกณฑ์ในการคัดเลือกตั้งแต่ 11.0 - 42.8 %⁽⁶⁻¹⁴⁾ จะเห็นว่าอุบัติการณ์จะพบมากในกลุ่มประเทศตะวันตกมากกว่าตะวันออก⁽¹⁴⁾ สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมากถึง 6 ล้านคน โดยพบในผู้หญิงอายุ 50 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 40.00 มีแนวโน้มสูงขึ้น พบว่ากระดูกข้อเข่าและกระดูกส่วนอื่น ๆ ของร่างกายเริ่มเสื่อมโรคข้อเข่าเสื่อมมักพบในคนอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย⁽¹⁴⁾ ปัจจุบันโรคข้อเข่าเสื่อม มีวิธีการรักษาได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการปวดและความเสื่อมของข้อเข่า เช่น การลดน้ำหนัก การปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันโดยหลีกเลี่ยงการเดินทางลาดชัน การขึ้นลงบันได การเดินบนพื้นผิวไม่เรียบ ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด การประคบน้ำอุ่น การบำบัดด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าช่วงสั้น (short wave diathermy) การใช้เลเซอร์ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อต้นขา การรักษาด้วยการใช้ยาเพื่อลดอาการปวด และ/หรือเพิ่มปริมาณน้ำในไขข้อ และรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เมื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยมีอาการเข่าเสื่อมมากจนกระทบต่อชีวิตประจำวันหรือโรคประจำตัวจากการใช้ยา ซึ่งจุดมุ่งหมายในการรักษาข้อเข่าเสื่อมทุกวิธีเพื่อลดอาการปวด เคลื่อนไหวข้อเข่าได้ดีขึ้น ป้องกันหรือแก้ไขการผิดรูปร่างของข้อเข่า เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันหรือทำงานได้เป็นปกติ

การกวดจุดเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลรักษาตัวเองตามวิถีธรรมชาติบำบัดเพียงใช้ปลายนิ้วและกดอย่างถูกต้องตามจุดต่าง ๆ สามารถรักษาเข่าป่วย อาการเจ็บป่วยไม่สบาย และโรคต่าง ๆ ได้ การกวดจุดนั้น

เป็นศาสตร์ที่พัฒนามาจากเวชกรรมการฝังเข็มเรื่องของการ “กวดจุด” นี้เป็นศาสตร์ที่การแพทย์แผนโบราณของจีนได้คิดค้นขึ้นเมื่อทดลองใช้แล้วเกิดผลดีต่อร่างกายสามารถทำได้เองหรือให้คนในบ้านทำให้โดยไม่ต้องศึกษาวิธีการใช้นิ้วมือและจุดตำแหน่งที่ถูกต้อง⁽¹⁵⁾ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการกวดจุดบำบัดต่อองค์ความรู้ความเคลื่อนไหวของข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจากโรงพยาบาลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการกวดจุดบำบัดต่อองค์ความรู้ความเคลื่อนไหวของข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อาสาสมัครที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยทางคลินิกเพื่อประเมินประสิทธิผลการกวดจุดต่อองค์ความรู้ความเคลื่อนไหวของข้อเข่าในเดือนกันยายน 2555 ถึงเดือนสิงหาคม 2556 ผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมที่มีอายุระหว่าง 50 - 70 ปี โรงพยาบาลบางใหญ่ จำนวน 15 คน ตามรายงานวิจัยของ Mirbagher-Ajorpaz *et al.*, 2011⁽¹⁶⁾ โดยผู้ป่วยทุกคนได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะข้อฝืด นานน้อยกว่า 30 นาที มีเสียงดังในข้อ (crepitus) กดเจ็บที่กระดูก (bony tenderness) ข้อโตขึ้น (bony enlargement) และไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth) และเอกซเรย์พบข้อเข่าทางด้านในแคบกว่าทางด้านนอก และไม่มีประวัติภาวะข้อเข่าเสื่อมสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือภาวะกระดูกผิดรูปหรือได้รับการผ่าตัดบริเวณข้อเข่า หรือโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ข้ออักเสบจากการติดเชื้อ หรืออัมพาตอัมพฤกษ์เดินไม่ได้ร่วมด้วย ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ โรคอหิวาต์ภูมิ และภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กับอาสาสมัครทราบ

เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการบันทึกการชั่งประวัติ บันทึกการตรวจร่างกาย บันทึกการวัดระดับของโรคข้อเข่าเสื่อม บันทึกการวัดองค์ความเคลื่อนไหวของข้อเข่า และบันทึกการปวดข้อเข่า

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละรายที่มารับบริการตามนัดได้รับการจัดเข้ากลุ่มโดยใช้การสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) เป็นอาสาสมัครกลุ่มทดลอง กำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทางของ Polit and Hungler (1999) ⁽¹⁷⁾ ได้กำหนดขนาดอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างขึ้นพื้นฐานที่สามารถยอมรับได้ในการวิจัยเชิงทดลองอย่างน้อย 15 คน สำหรับเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

การประเมินประสิทธิผลการกวด

ผู้วิจัยจัดทำอาสาสมัครวางเข่าแนวตั้งแล้วขยับไปมาเบา ๆ เพื่อให้ข้อเข่าผู้ถูกวิจัยผ่อนคลายผู้ทำหน้าที่กวดจุดสอบถามอาการปวดเข่า โดยประเมินระดับการปวดข้อเข่า ด้วย pain scale วัดองค์ความเคลื่อนไหว (range of motion) ด้วยโกนิโอมิเตอร์ (goniometer) เพื่อประเมินความสามารถในการงอเหยียดเข่า โดยวัดองค์ความเคลื่อนไหวที่สามารถงอได้ทั้งก่อนและหลังการทดสอบตำแหน่งที่ใช้อ้างอิงในการวัดออคัสแนวแกนของกระดูกต้นขา (femoral bone) และกระดูกท่อนขาส่วนล่าง (tibial bone) จุดศูนย์กลางอยู่ที่ปุ่มกระดูกต้นขาส่วนปลายด้านนอก (lateral epicondyle of femur) จึงดำเนินการกวดบำบัดบริเวณจุดเงินฟู (UB36), จุดเงินซาน (UB57), จุดจีเหมิน (SP11), จุดอิงหลิงเฉียน (SP9), จุดเฟิงซื่อ (GB31) และจุดตูเป่ (ST35)

อาสาสมัครได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการปวด หรือยาคลายกล้ามเนื้อตามปกติของโรงพยาบาลบางใหญ่ โดยได้รับยาปวดพาราเซตามอล ยาลดการ

อักเสบ NSAID ของข้อและกล้ามเนื้อ เช่น Diclofenac, Ibuprofen ยาลดปวดคลายกล้ามเนื้อ นอร์จีสติก และยาที่เพิ่มน้ำในไขข้อกลุ่ม synovial fluid เช่น glucosamine

การดำเนินการเก็บข้อมูลในอาสาสมัครกลุ่มทดลอง

อาสาสมัครได้รับการกวดบำบัด รวม 3 ครั้ง เริ่มสัปดาห์ที่ 2, 3, 4 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้รับการกวด 6 จุด ๆ ละ 1 - 2 นาที รวม 12 นาทีต่อคน โดยผู้ทำหน้าที่กวดบำบัด จำนวน 1 คน เป็นคนเดียวกวดตลอดการวิจัย ก่อนและหลังจากทำการกวดแล้วให้อาสาสมัครได้รับการวัดองค์ความเคลื่อนไหวของข้อเข่า ก่อนทำการวัดองค์ความเคลื่อนไหวข้อเข่าหลังจากกวด ให้อาสาสมัครนั่งพักครึ่งชั่วโมง โดยผู้วิจัยอธิบายแล้วขอความร่วมมืออาสาสมัครให้จัดทำนอนหงายหรือท่านอนคว่ำ จึงทำการวัดมุมหรือช่วงการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นแบบผู้ป่วยเคลื่อนไหวด้วยตนเอง (active range of motion)

วิเคราะห์ และเปรียบเทียบข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ (Statistical Package for the Social Science: SPSS version 11.5/for window) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยโดยใช้สถิติ Paired t - test เปรียบเทียบทดสอบภายในกลุ่ม

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมุมมองศาเคลื่อนไหวของอาสาสมัครกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

เนื่องจากทั้งสองสัปดาห์ มีกิจกรรมการชั่งประวัติ ตรวจร่างกายก่อนทำการทดลองและสิ้นสุดการศึกษาวิจัย

การทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของศาเคลื่อนไหวของอาสาสมัครกลุ่มทดลอง ดังแสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 1. แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครกลุ่มทดลอง (N = 15)

ข้อมูลทั่วไปอาสาสมัคร	กลุ่มทดลอง (n = 15)
เพศ ชาย / หญิง	0/15
อายุเฉลี่ย (ปี)	62.40 (4.74)
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	65.06 (12.08)
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร)	156.73 (4.78)
ความดันโลหิตเฉลี่ย (มิลลิเมตรปรอท)	130.33/78.06 (17.39/10.95)
อาชีพข้าราชการ	40.00 (1.90)
ท่าทางทำงานยืนสลับนั่ง	53.34 (0.73)
เวลาทำงานรวมพัก (7 – 8 ชม./วัน)	60.00 (1.96)

ตารางที่ 2. แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานองศาเคลื่อนไหวและระดับปวดข้อเข้าของอาสาสมัครกลุ่มทดลองรายสัปดาห์ แยกสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 5 (N=15)

ข้อมูล	อาสาสมัครกลุ่มทดลอง	
	ก่อนทดลอง \bar{X} (S.D.)	หลังทดลอง \bar{X} (S.D.)
ROM		
สัปดาห์ที่ 1	165.60 (6.76)	-
สัปดาห์ที่ 2	172.01 (1.32)	174.48 (1.56)
สัปดาห์ที่ 3	167.80 (3.73)	170.40 (3.68)
สัปดาห์ที่ 4	172.96 (2.54)	174.24 (1.73)
สัปดาห์ที่ 5	173.82 (1.19)	-
Pain		
สัปดาห์ที่ 1	3.33 (1.23)	-
สัปดาห์ที่ 2	3.00 (1.00)	1.93 (0.88)
สัปดาห์ที่ 3	3.00 (1.06)	1.86 (0.63)
สัปดาห์ที่ 4	2.06 (0.79)	1.86 (0.74)
สัปดาห์ที่ 5	2.13 (0.74)	-

หมายเหตุ : สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 5 ไม่มีการกวดจุด มีการวัดองศาข้อเข้า วัดระดับปวดข้อเข้าครั้งเดียว

ตารางที่ 3. แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของศาเคลื่อนไหว และระดับปวดข้อเข่าข้อเข่าของอาสาสมัคร
กลุ่มทดลอง

อาสาสมัครกลุ่มทดลอง	จำนวน	\bar{X} (S.D.)	df	t-test	p – value
ROM					
สัปดาห์ที่ 1	15	165.60 (6.76)	14		
สัปดาห์ที่ 5	15	173.82 (1.19)	14	4.77	0.000*
สัปดาห์ที่ 2 ก่อนการทดลอง	15	172.01 (1.32)	14		
	15	174.48 (1.56)	14	6.11	0.000*
สัปดาห์ที่ 3 ก่อนการทดลอง	15	167.80 (3.73)	14		
	15	170.40 (3.68)	14	10.80	0.000*
สัปดาห์ที่ 4 ก่อนการทดลอง	15	172.96 (2.54)	14		
	15	174.24 (1.73)	14	-2.13	0.510
Pain					
สัปดาห์ที่ 1	15	3.33 (1.23)	14		
สัปดาห์ที่ 5	15	2.13 (0.74)	14	4.05	0.001*
สัปดาห์ที่ 2 ก่อนการทดลอง	15	3.00 (1.00)	14		
	15	1.93 (0.88)	14	3.55	0.000*
สัปดาห์ที่ 3 ก่อนการทดลอง	15	3.00 (1.06)	14		
	15	1.86 (0.63)	14	5.90	0.000*
สัปดาห์ที่ 4 ก่อนการทดลอง	15	2.06 (0.79)	14		
	15	1.86 (0.74)	14	1.38	0.189

*p – value < 0.05

อภิปรายผลและวิจารณ์

การกดจุด ซึ่งเป็นเทคนิคการรักษาเสริมมาใช้รวมกับการให้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลการกดจุด เป็นวิธีการประยุกต์มาจากการฝังเข็มซึ่งเป็นที่รู้จักกันมานานกว่า 2,500 ปี พื้นฐานจากภูมิปัญญาตะวันออก โดยเชื่อว่าร่างกายถูกกระตุ้นโดยพลังงาน ชี (Chi) ที่ไหลเวียนในร่างกาย ผ่านเส้นทางที่เฉพาะเรียกว่า ลมปราณ (meridians) อย่างมีทิศทาง โดยที่บนเส้นลมปราณมีจุดซึ่งเป็นตัวส่งพลังงานเรียกว่า จุดประสาท (acupoint) เชื่อว่าถ้าการไหลเวียนของพลังงานหยุดชะงักจะทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น⁽¹⁸⁾ การเสริมการบำบัดโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการฝังเข็มนั้น มีการศึกษาโดย Brian M. และคณะ. ด้วยวิธีการฝังเข็ม จุดอิงหลิงเฉียน (SP9) สามารถเข้าไป

ช่วยเสริมการปรับปรุงหน้าที่และการบรรเทาปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อเปรียบเทียบความน่าเชื่อถือที่ได้รับการฝังเข็มหลอก⁽¹⁹⁾ ส่วนการบำบัดด้วยวิธีกดจุดเพื่อควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ได้รับเคมีบำบัด สำหรับจุดประสาทที่มักใช้ในการกดเพื่อลดอาการคลื่นไส้ คือ จุดเนยกวาน (Neiguan point) หรือ จุด Pericardium 6 (P6) อยู่บริเวณแขนส่วนกลางด้านในใกล้กับข้อมือ^(20 - 21) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการกดจุดในการช่วยลดอาการปวดศีรษะ และอาการปวด อื่น ๆ^(22 - 25) จากการผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าของมุมมองศาเคลื่อนไหว ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึง 5 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมความสัมพันธ์สัปดาห์ 1 และ 5 ของมุมมองศาเคลื่อนไหวไม่ดีขึ้น และระดับปวดข้อเข่าดีขึ้น

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ก่อนหน้านี้จะเห็นได้ว่ากรดจุดซึ่งเป็นจุดเดียวกับการฝังเข็ม มีผลต่อการลดการปวด จะเห็นได้ว่าการบำบัดรักษาโรคด้วยกรดจุด ได้รับความนิยมนำมาใช้ โดยเฉพาะในเรื่องลดอาการปวดโรคข้อเข่าเสื่อมต้องรักษาด้วยยา หรือด้วยการผ่าตัด หรือการบริหารข้อเข่า เป็นเพียงการบรรเทาอาการเจ็บปวด ไม่สามารถรักษาให้เหมือนเดิมเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความทนทาน และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อและการป้องกันการติดของข้อเพิ่มความมั่นคงของข้อ และเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย สำหรับหัตถการบำบัดรักษาซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ซึ่งทางการแพทย์แผนปัจจุบันถือว่าเป็นหัตถการทางการแพทย์ คือ การกดจุดบำบัดเป็นวิธีการกดจุดตรงตำแหน่งที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับการรักษาโรคระบบจุดแทงเข็มซึ่งเป็นจุดเดียวกัน ทำให้การไหลเวียนของเลือด และปล่อยความตึงเครียดของกล้ามเนื้อออกมา ส่วนใหญ่เป็นการบรรเทาอาการปวด อาการไม่สะดวกสบาย เป็นความสุขสบายจากการบำบัดรักษาที่ได้รับ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป สำหรับมุมมองการเคลื่อนไหวที่ไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยใคร่จะทำการศึกษาวิจัยในเรื่องของระยะเวลาให้ยาวนานขึ้น อาจเห็นผลการเปลี่ยนแปลง ส่วนเรื่องลดอาการปวด น่าจะศึกษาในกลุ่มอาการอื่น ๆ ต่อไป

สรุป

การกดจุดบำบัด เป็นการแพทย์ทางเลือก ที่มีส่วนในการลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถฝึกปฏิบัติได้เอง และลดการใช้ยาบรรเทา ทำให้สถานบริการสุขภาพประหยัดงบประมาณใช้จ่ายค่ายา คนไข้ไม่ต้องจ่ายค่ายา รวมทั้งประเทศประหยัดค่ายาด้วย และสามารถนำไปเป็นรากฐานของแนวทางหลักการและวิธีการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ทางเลือกที่หลากหลายเพิ่มขึ้นในประเทศอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะกรรมการพิจารณา

การศึกษาวิจัยในคน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ให้คำแนะนำในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ที่ RLC 0056/55

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลบางใหญ่ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือมาเป็นอย่างดี

อ้างอิง

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Part 3: Disease incidence, prevalence and disability [online]. 2008 [cited 2013 May 10]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_part3.pdf
2. Buckwalter JA, Saltzman C, Brown T. The impact of osteoarthritis: implications for research. Clin Orthop Relat Res 2004 Oct; (427 Suppl): S6-15
3. Gabriel SE, Crowson CS, Champion ME, O'Fallon WM. Direct medical costs unique to people with arthritis. J Rheumatol 1997 Apr; 24(4): 719-25
4. Ettinger WH, Davis MA, Neuhaus JM, Mallon KP. Long-term physical functioning in persons with knee osteoarthritis from NHANES. I: Effects of comorbid medical conditions. J Clin Epidemiol 1994 Jul; 47(7): 809-15
5. Peat G, McCarney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. Ann Rheum Dis 2001 Feb; 60(2): 91-7

6. Felson DT. The epidemiology of knee osteoarthritis: results from the Framingham Osteoarthritis Study. *Semin Arthritis Rheum* 1990 Dec; 20(3 Suppl 1): 42-50
7. Davis MA, Ettinger WH, Neuhaus JM, Mallon KP. Knee osteoarthritis and physical functioning: evidence from the NHANES I Epidemiologic Followup Study. *J Rheumatol* 1991 Apr; 18(4):591-8
8. van Saase JL, van Romunde LK, Cats A, Vandenbroucke JP, Valkenburg HA. Epidemiology of osteoarthritis: Zoetermeer survey. Comparison of radiological osteoarthritis in a Dutch population with that in 10 other populations. *Ann Rheum Dis* 1989 Apr; 48(4): 271-80
9. Chaiamnuay P, Darmawan J, Muirden KD, Assawatanabodee P. Epidemiology of rheumatic disease in rural Thailand: a WHO-ILAR COPCORD study. *Community Oriented Programme for the Control of Rheumatic Disease. J Rheumatol* 1998 Jul; 25(7): 1382-7
10. Shiozaki H, Koga Y, Omori G, Yamamoto G, Takahashi HE. Epidemiology of osteoarthritis of the knee in a rural Japanese population. *Knee* 1999 Aug; 6(3): 183-8
11. Hochberg MC. Epidemiology of osteoarthritis: current concepts and new insights. *J Rheumatol Suppl* 1991 Feb; 27 : 4-6
12. Yoshida S, Aoyagi K, Felson DT, Aliabadi P, Shindo H, Takemoto T. Comparison of the prevalence of radiographic osteoarthritis of the knee and hand between Japan and the United States. *J Rheumatol* 2002 Jul; 29(7): 1454-8
13. Felson DT, Nevitt MC, Zhang Y, Aliabadi P, Baumer B, Gale D, Li W, Yu W, Xu L. High prevalence of lateral knee osteoarthritis in Beijing Chinese compared with Framingham Caucasian subjects. *Arthritis Rheum* 2002 May; 46(5): 1217-22
14. Tangtrakulwanich B, Geater AF, Chongsuivatwong V. Prevalence, patterns, and risk factors of knee osteoarthritis in Thai monks. *J Orthop Sci* 2006 Oct; 11(5): 439-45
15. Tsay S. Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease-A randomized controlled trial. *Inter J Nurs Stud* 2004 Jan; 41(1): 99-106
16. Mirbagher-Ajorpaz N, Adib-Hajbaghery M, Mosaebi F. The effect of acupressure on primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract* 2011 Feb; 17(1): 33-6
17. Polit DF, Hanger BF. *Nursing research: Principle and method.* Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1999
18. Berman BM, Lao L, Langenberg P, Lee WL, Gilpin AM, Hochberg MC. Effectiveness of acupuncture as adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004 Dec; 141(12):901-10
19. Miller AD. Central mechanisms of vomiting. *Dig Dis Sci* 1999 Aug; 44(8 Suppl): 39S-43S
20. Dibble SL, Chapman J, Mack KA, Shih AS. Acupressure for nausea: results of a pilot study. *Oncol Nurs Forum* 2000 Jan; 27(1): 41-7

21. Robinson N, Lorenc A, Liao X. The evidence for Shiatsu: a systematic review of shiatsu and acupressure. *BMC Complement Altern Med* 2011 Oct 7; 11: 88
22. White A, Foster NE, Cummings M, Barlas P. Acupuncture treatment for chronic knee pain: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2007 Mar; 46(3): 384-90
23. Hsieh LL, Liou HH, Lee LH, Chen TH, Yen AM. Effect of acupressure and trigger points in treating headache: a randomized controlled trial. *Am J Chin Med* 2010;38(1):1-14
24. Kober A, Scheck T, Greher M, Lieba F, Fleischhackl R, Fleischhackl S, Randunsky F, Hoerauf K. Prehospital analgesia with acupressure in victims of minor trauma: a prospective, randomized, double-blinded trial. *Anesth Analg* 2002 Sep; 95(3): 723-7
25. Lang T, Hager H, Funovits V, Barker R, Steinlechner B, Hoerauf K, Kober A. Prehospital analgesia with acupressure at the Baihui and Hegu points in patients with radial fractures: a prospective, randomized, double-blind trial. *Am J Emerg Med* 2007 Oct; 25(8): 887-93