



**การฝังเข็ม รมยา**  
**เล่ม 4**  
**(การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง)**

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

ร่วมกับ

มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจิน กระทรวงศึกษาธิการ

สาธารณรัฐประชาชนจีน

พ.ศ. 2555

ISBN 978-616-11-1176-2

## การฝังเข็ม รมยา เล่ม 4

### ที่ปรึกษา

สุพรรณ ศรีธรรมมา วิลาวรรณย์ จิ่งประเสริฐ สมชัย โกวิทเจริญกุล

### ที่ปรึกษาจากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจิน สาธารณรัฐประชาชนจีน

Prof. Xu Li Prof. Wang Wei Prof. Wang Shu  
Prof. Zhang Chunhong Prof. Zhang Liancheng Prof. Han Jianhua

### บรรณาธิการ

ทัศนีย์ ฮาซาไนน์ บัณฑิตย์ พรหมเคี่ยมอ่อน

### กองบรรณาธิการ

เย็นจิตร เตชะดำรงสิน สมชาย จิรพินิจวงศ์ โกสินทร์ ตรีรัตน์วีรพงษ์  
กิตติศักดิ์ เก่งสกุล ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ วิรัตน์ เตชะอารมณ์กุล  
ชำนัญ สมรมิตร สุทัศน์ ภัทรวรรณ อัมพร กรอบทอง  
สิทธิชัย วงศ์อาณาเวรรัตน์ รุ่งโรจน์ ตั้งสถิตย์ วาสนา บุญธรรม  
ยุพาวดี บุญชิต วีรวรรณ ธิติธนาสาร

**เจ้าของลิขสิทธิ์:** กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

**ออกแบบปก:** ทัศนีย์ ฮาซาไนน์ บุญสม รัตนากุล

**ภาพประกอบ:** อัมพร กรอบทอง ธิติธนาสาร

**พิมพ์ครั้งที่ 1:** มิถุนายน 2555 จำนวน 1,000 เล่ม

**พิมพ์ที่:** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

44/16 ถนนเลี้ยวเมืองนนทบุรี แขวงตลาดบัวขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

### ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ทัศนีย์ ฮาซาไนน์, บัณฑิตย์ พรหมเคี่ยมอ่อน, (บรรณาธิการ)

การฝังเข็ม - รมยา เล่ม 4-กรุงเทพมหานคร

โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2555. 223 หน้า

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 978-616-11-1176-2

## คำนำ

โรคหลอดเลือดสมองได้กลายเป็นโรคใกล้ตัวที่ทุกคนควรจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ เพื่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมให้ห่างไกลจากการเกิดโรค ในด้านการรักษา ปัจจุบันเทคโนโลยีสมัยใหม่ได้ช่วยให้การตรวจวินิจฉัยเป็นไปด้วยความรวดเร็ว และแม่นยำ การรักษาก็ได้มีการคิดค้นตัวยาใหม่ ๆ เพื่อการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก และเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคไปได้ในระดับหนึ่ง การรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียวจะเป็นเพียงการชะลออาการโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยอัมพาตเรื้อรัง ซึ่งทำให้เป็นปัญหาทั้งกับตัวผู้ป่วยเอง และญาติที่ต้องคอยให้การดูแลเอาใจใส่

การแพทย์แผนจีนมีวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาแต่ในอดีตกาล โดยเรียกชื่อโรคว่า “จิ้งเฟิง” รัฐบาลสาธารณรัฐประชาชนจีนได้ให้ความสนใจในการนำการแพทย์แผนจีนมาใช้รักษาโรคดังกล่าวร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยโรคนี้เป็นจำนวนมากทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยมอบให้มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจิน (Tianjin University of Traditional Chinese Medicine) จัดตั้งสถาบันเพื่อการศึกษาวิจัยวิธีการรักษาจิ้งเฟิงที่เหมาะสม จึงเป็นที่มาของการจัดทำตำราการฝังเข็ม รมยา เล่ม 4 ซึ่งกรมพัฒนาการแพทย์แผนจีนและการแพทย์ทางเลือก นำโดย แพทย์หญิงวิลาวัณย์ จิ่งประเสริฐ อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในขณะนั้นนำคณะนักวิชาการฝ่ายไทยไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และขอให้ทางมหาวิทยาลัย ฯ ให้การสนับสนุนทางวิชาการในการจัดทำตำรา การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยอนุญาตให้ ศาสตราจารย์ Xu Li มาร่วมในการประชุมคณะกรรมการจัดทำตำรา และได้จัดส่งเอกสารทางวิชาการซึ่งเรียบเรียงโดยคณาจารย์ของมหาวิทยาลัย ฯ มาเรียบเรียงเป็นเนื้อหา เพื่อให้หนังสือมีความสมบูรณ์ เป็นประโยชน์แก่แพทย์ฝังเข็ม และแพทย์จีนในประเทศไทยได้นำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

นอกจากนั้นในการจัดทำตำรา การฝังเข็ม รมยา เล่มที่ 4 (การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับความร่วมมือจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้กรุณาอนุญาตให้นำเนื้อหาบางส่วนจากเอกสารการอบรมหลักสูตร 6 สัปดาห์ “การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง” ซึ่งบรรยายโดยวิทยากรจากมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจิน เช่นเดียวกับที่มาผนวกเป็นเนื้อหาของหนังสือเล่มนี้เช่นกัน

ในนามของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผมขอขอบคุณอธิการบดี มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจิน (Prof. Zhang Bo Li) ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการจัดทำตำราเล่มนี้ ศาสตราจารย์ Xu Li ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ ด้วยความเต็มใจจนทำให้หนังสือเล่มนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ท้ายสุดนี้ ผมขอขอบคุณคณะกรรมการฝ่ายไทยทุกท่านที่ได้สละเวลามาร่วมมือกันทำงานด้วยความตั้งใจและทุ่มเทอย่างเต็มที่ ซึ่งถ้าขาดท่านแม่แต่เพียงท่านเดียว ตำราเล่มนี้ก็จะมีโอกาสสำเร็จลงได้ นอกจากนี้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต้องขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่อนุญาตให้นำเอกสารการอบรมมาใช้ในการเรียบเรียงตำราเล่มนี้

ผมหวังอย่างยิ่งว่าตำราเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน นักศึกษา แพทย์แผนจีน นักวิชาการ บุคลากรสาธารณสุข และผู้สนใจทั่วไป และมั่นใจว่ากรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะได้พยายามผลิตผลงานที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคมอย่างต่อเนื่องสืบไป

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine



(นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา)

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

มิถุนายน 2555

## 序

随着现代社会的发展，脑血管病越来越呈现出发病率高、死亡率高、和致残率高的特点，在临床上用于抢救、治疗和康复的费用，无论是对社会还是病患者的家庭都是一项巨大的支出和沉重的负担，因此采用经过长期临床实践验证了的综合疗法，有效的挽救病人的生命的同时，尽量地减少可能发生的并发症和后遗症，帮助患者进行康复，不仅能够极大地减轻社会和家庭的负担，还可以使病人在生存的同时，生活得更有尊严、更有质量、更加幸福，这是临床医生的追求。

中医针灸是中华传统文化的瑰宝，历经几千年的实践，其临床疗效和科学性越来越为世界所认可。中医药、尤其是针灸疗法在脑血管病的治疗和康复方面有着其独特的疗效和优势，将其与现代医学有机地结合，必将为脑血管病患者的治疗、康复和保健起到积极的推动作用，泽福大众。

《针药并用治疗脑血管病临床应用》一书在介绍现代医学对脑血管病的认识、诊断标准、临床分型和常规治疗方案等的同时，

还系统介绍了中医对脑血管病的认识的发展和沿革、病因病机、临床表现、辨证分型以及针灸、中药、康复等的常规治疗方法，有针对性地收录了对脑血管病治疗独具特色的醒脑开窍针法、头针疗法、眼针疗法以及不同医家的特色中医针灸治疗方法。它不仅对西学中医医师在脑血管病的治疗方面起到指导作用，同时也可以规范中医大夫的临床治疗，提高对脑血管病的疗效。

中医和西医相互结合，可以互补互助，有效地发挥各自的特色和优势；中国和泰国医学界的交流与合作，也将有效地推动传统医学的发展，让我们共同携手，为人类的健康发挥更大的作用。

中国工程院 院士  
天津中医药大学校长 张伯礼 教授  
中国中医科学院院长  
2012 年·夏

张伯礼

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

## คำนำ

จากสภาพสังคมที่พัฒนาเปลี่ยนแปลงไป อัตราความถี่การเกิดของโรคหลอดเลือดสมองก็เพิ่มมากขึ้นตามซึ่งลักษณะจำเพาะของโรคนี้คือ อุบัติการณ์ของโรคมีความถี่เพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตจากโรคมีสูงและทำให้เกิดทุพพลภาพ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นไม่ว่าการช่วยเหลือเยียวยารักษาและการฟื้นฟูสุขภาพล้วนแล้วเป็นค่าใช้จ่ายมหาศาลของครอบครัวและส่งผลกระทบต่อสังคม ดังนั้น แพทย์ประจำคลินิกจะเลือกใช้วิธีผสมผสานรักษาซึ่งใช้มานานทางคลินิกอย่างได้ผล ร่วมกับการลดอาการตกค้างจากอาการหลอดเลือดสมองหรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เพื่อมาช่วยให้อาการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย ก็จะลดภาระต่อสังคมและครอบครัวได้เป็นอย่างมาก ขณะเดียวกันคุณภาพชีวิต ความรู้สึกของผู้ป่วยในเรื่องคุณค่าของตัวเอง ความสุขในชีวิตก็จะเพิ่มมากขึ้น สิ่งเหล่านี้คือหน้าที่ภาระของแพทย์ประจำคลินิกที่จะต้องทำให้ได้

ศาสตร์การฝังเข็มในการแพทย์จีนถือว่าเป็นจิตวิญญาณของวัฒนธรรมจีนโบราณ ซึ่งผ่านการปฏิบัติจริงมาหลายพันปีในทางคลินิก นับวันจะเป็นที่ยอมรับในเชิงวิทยาศาสตร์เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการรักษาโรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีเอกลักษณ์และมีจุดเด่นในการรักษาที่แน่นอน จึงสมควรที่จะใช้ร่วมกับการแพทย์ตะวันตกในเวลาที่เหมาะสมสอดคล้อง ก็ยังจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากได้รับการรักษาที่ดี มีสุขภาพที่แข็งแรง เป็นการสร้างความสุขต่อมหาชน

หนังสือการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเล่มนี้ ได้อธิบายและแนะนำความรู้ในด้านการแพทย์ตะวันตก มาตรฐานการตรวจวินิจฉัยการจำแนกชนิดและแบบแผนการรักษาที่ใช้กันทั่วไปแล้ว ยังได้แนะนำการแพทย์จีนซึ่งอธิบายถึงความเป็นมาในการรักษาและการพัฒนาการรักษา ถึงสาเหตุ กลไกของโรค อาการทางคลินิก การเขียนแจ้งแบ่งกลุ่มอาการรวมถึงวิธีการรักษาด้วยการฝังเข็ม การให้ยาและการฟื้นฟูทั้งที่ใช้กันทั่วไป และยังได้รวบรวมวิธีการรักษาแบบเฉพาะเช่น ลิงเหน้าไคเฉียว เข็มศิระชะ เข็มตา ตลอดจนวิธีการรักษาของแพทย์อาวูโสซึ่งมีประสบการณ์การรักษาโรคนี้มาแนะนำด้วย หนังสือเล่มนี้ไม่เพียงใช้เพื่อเป็นแนวทางรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้กับแพทย์ตะวันตกที่มาศึกษาการแพทย์จีนเท่านั้น ยังจะเกิดประโยชน์ต่อแพทย์จีนด้วยกันให้ทราบถึงแบบแผนการรักษาทางคลินิก ซึ่งจะช่วยยกระดับการรักษาเพิ่มมากขึ้น



การรักษาผสมผสานด้วยแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตก สามารถที่จะเสริมซึ่งกันและกัน ช่วยให้จุดเด่นของแต่ละศาสตร์สามารถใช้ได้อย่างเต็มที่ ความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนทางการแพทย์ของประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาชนจีนครั้งนี้ จะช่วยให้การแพทย์ดั้งเดิม(การแพทย์ประจำชาติ)เกิดการพัฒนา เมื่อเราร่วมมือร่วมกัน ความผาสุกและสุขภาพที่ดีก็จะบังเกิดต่อมวลมนุษยชาติ

สมาชิกสภา สภาวิศวกรรมการแพทย์จีน

(Academician : Chinese Academy of Engineering )

อธิการมหาวิทยาลัยการแพทย์จีนเทียนจิน

ผู้อำนวยการสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์จีนแห่งชาติ

**Zhang Bo Li**

**จางป้อหลี่**

ฤดูร้อน ปี 2012

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine



## สารบัญ

	หน้า
คำนำไทย	ก-ข
คำนำจีน-แปล	ค-ฉ
สารบัญ	ช-ซ
สารบัญรูป	ฅ-ญ
สารบัญตาราง และแผนผัง	ฎ
บทที่ 1 โรคหลอดเลือดสมองในทัศนะแพทย์แผนตะวันตก	1
บทที่ 2 โรคหลอดเลือดสมองในทัศนะแพทย์แผนจีน	29
บทที่ 3 การฝังเข็มรักษาโรคหลอดเลือดสมอง	37
- การฝังเข็มรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบดั้งเดิม.....	37
- แนวคิด “ปลุกสมองเปิดทวาร” (醒脑开窍) .....	42
- ภาวะเนื่องค้างของโรคหลอดเลือดสมอง.....	61
- การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	73
- แผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (ก้านสมองตาย)ในระยะเฉียบพลัน.....	76
บทที่ 4 วิธีฝังเข็มรักษาจิ้งเฟิงโดยแพทย์จีนอาวุโส	83
- หยี่วี่จว่ง (于书庄 ) .....	83
- หยางเจี๋ยซัน(杨甲三) .....	84
- จิ้นรู่่น (靳三针) .....	93
- เฮ่อฝู่เหริน (贺普仁) .....	99

	- หวางเล่อถึง (王乐亭) .....	113
	- เจิงจื่อเจิน .....	123
	- เหยียน ลี.....	138
<b>บทที่ 5</b>	<b>การฝังเข็มคีระชะ (Scale Acupuncture) .....</b>	<b>148</b>
<b>บทที่ 6</b>	<b>การฝังเข็มรอบดวงตา (Eye Acupuncture).....</b>	<b>166</b>
<b>บทที่ 7</b>	<b>การใช้ยาจีนรักษาโรคหลอดเลือดสมอง</b>	<b>174</b>
	- การใช้ยาจีนรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (สมองขาดเลือด) ในระยะ เฉียบพลัน .....	174
	- การรักษาโดยการเป็ยนเจ็งที่พบบ่อย.....	178
	- การใช้ยาจีนรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (ก้านสมองตาย) ในระยะ ฟื้นตัว.....	180
<b>ภาคผนวก</b>	<b>ดัชนีจุดฝังเข็มตามระบบเส้นลมปราณ</b>	<b>184</b>
	<b>ดัชนีทั่วไป</b>	<b>206</b>
	<b>บรรณานุกรม</b>	<b>210</b>

## สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 3.1 การฝังเข็มจุด NeiGuan (PC6)	46
รูปที่ 3.2 การฝังเข็มจุด RenZhong (GV 26)	47
รูปที่ 3.3 การฝังเข็มจุด SanYinJiao (SP 6)	47
รูปที่ 3.4 การฝังเข็มจุด YinTang (EX-HN 3)	49
รูปที่ 3.5 การฝังเข็มจุด ShangXing (GV 23) → BaiHui (GV 20)	49
รูปที่ 3.6 การฝังเข็มจุด JiQuan (HT 1) (XiaJiQuan)	50
รูปที่ 3.7 การฝังเข็มจุด ChiZe (LU 5)	50
รูปที่ 3.8 การฝังเข็มจุด WeiZhong (BL 40)	51
รูปที่ 3.9 การฝังเข็มจุดเสริม FengChi (GB 20), WanGu (GB 12) และ TianZhu (BL 10)	52
รูปที่ 3.10 จุดเสริม ShuiDao (ST 28), WaiShuiDao, GuiLai (ST 29), WaiGuiLai	53
รูปที่ 3.11 การฝังเข็มจุด BaiHui (GV 20) และ SiShenCong (EX-HN 1)	55
รูปที่ 3.12 การฝังเข็มจุด ShangLianQuan (EX-HN 16)	56
รูปที่ 3.13 การฝังเข็มจุด HeGu (LI 4) บั๊กไปหาจุด SanJian (LI 3)	57
รูปที่ 3.14 การฝังเข็มจุด QiuXu (GB 40) ถึง ZhaoHai (KI 6)	59
รูปที่ 5.1 แสดงแนวเส้นฝังเข็มบริเวณหน้าผาก	150
รูปที่ 5.2 แสดงเขตกะหม่อม (Vertex)	153
รูปที่ 5.3 แสดงเขตขมับ (Temporal bone)	154
และ 5.4	
รูปที่ 5.5 แสดงเขตท้ายทอย (occipital bone)	155
รูป 5.6 แสดงเส้นอ้างอิงหลัก 2 เส้น คือเส้นกึ่งกลางศีรษะ และ เส้นข้างศีรษะ	156

### สารบัญรูป (ต่อ)

รูป 5.7	แสดงเขตควบคุมการเคลื่อนไหว	157
รูป 5.8	แสดงเขตฝังเข็มของศีรษะด้านข้าง	160
รูป 5.9	แสดงเขตฝังเข็มของศีรษะด้านหลัง	161
รูป 5.10	แสดงเขตกระเพาะอาหาร เขตทรวงอก และเขตรบบสืบพันธุ์	162
รูปที่ 5.11	แสดงมุมมองต่าง ๆ ของการแทงเข็มศีรษะ	163
รูปที่ 6.1	ตำแหน่ง ปากั่ว	181
รูปที่ 6.2	ตาข่ายช่วย พร้อมอวัยวะในแต่ละพื้นที่ (แผนภูมิเดิมซึ่งได้ยกเลิกการใช้แล้ว)	182
รูปที่ 6.3	แผนผังจุดฝังเข็มรอบดวงตา ปรับปรุงครั้งที่ 3	182
รูปที่ 6.4	แสดงการปักเข็มตรงในเบ้าตา	183
รูปที่ 6.5	แสดงการปักเข็มรอบนอกเบ้าตา	184
รูปที่ 6.6	แสดงการปักเข็มแบบจี้มเบา ๆ	184
รูปที่ 6.7	แสดงการปักเข็มแบบจับคู่	185
รูปที่ 6.8	แสดงการปักเข็มแบบจับคู่ปักเข็มทั้งในและนอกเบ้าตา	185
รูปที่ 6.9	แสดงการกดจุดฝังเข็มรอบดวงตา	186
รูปที่ 6.10	การคาเข็มรอบดวงตา	186

## สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้การรักษาใน Thrombosis & Embolism	19
ตารางที่ 2	ระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้การรักษาใน Intracerebral hemorrhage	20
ตารางที่ 3	ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการปิด (บั้ง) และ กลุ่มอาการหลุด (หัวแข็ง)	36



## สารบัญแผนภูมิ

		หน้า
แผนภูมิที่ 1	สรุปสาเหตุและกลไกการเกิดโรคจิ้งเพิง	34
แผนภูมิที่ 2	แสดงแนวคิดของ “เส้น” ทางสรีรวิทยาและทางพยาธิกำเนิดของโรค	42
แผนภูมิที่ 3	แสดงสาเหตุและกลไกการเกิดจิ้งเพิง	124



## บทที่ 1

# โรคหลอดเลือดสมองในทัศนะแพทย์แผนตะวันตก

โรคหลอดเลือดสมอง นิยมเรียกในการแพทย์แผนจีนว่า “จิ้งเฟิง” (中风 ZhongFeng) ในหมู่ชาวตะวันตกมักเรียกกันติดปากว่า “stroke” ในทางการแพทย์ แต่เดิมเรียกว่า “อุบัติเหตุหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident หรือ CVA” แต่ปัจจุบัน เรียกใหม่ว่า “โรคหลอดเลือดสมอง cerebrovascular disease หรือ CVD” ซึ่งเป็นโรคที่คนไทยเรียกกันติดปากโดยทั่วไปว่า “อัมพาต หรือ อัมพฤกษ์”

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในโรคของระบบประสาท โดยเฉพาะในประชากรวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง ในประเทศจีนและญี่ปุ่น พบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2548 ว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองปีละ 5.7 ล้านคน ซึ่งจัดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และ 2 ใน 3 ของผู้ที่ทุกข์ทรมานจากโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง

ข้อมูลจาก องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ในแต่ละปี ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 6 ล้านคน ซึ่งมากกว่าการเสียชีวิตจากโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรียรวมกัน โดยเฉลี่ยประชากรโลก 1 ใน 6 คน ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และทุก ๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย และโรคนี้ยังคงระบาดเพิ่มขึ้นอย่างเงียบ ๆ

ประเทศไทย มีการศึกษาความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเมือง ในปี พ.ศ. 2526 พบอัตราความชุก 690 ต่อ 100,000 ของประชากรที่อายุเกิน 20 ปี และในปี พ.ศ. 2541 มีการศึกษาตัวอย่างจากประชากรทั้ง 4 ภาค ที่อายุเกิน 60 ปี พบอัตราความชุกของโรค ร้อยละ 1.12 ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก สถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2552 พบคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13,353 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 36 ราย และพบโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ประมาณ 751,350 ราย

นอกจากอัตราตายที่สูงแล้ว โรคหลอดเลือดสมองยังมีผลเนื่องค้าง อันก่อให้เกิดทุพพลภาพทั้งทางกายและจิต รวมทั้งมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคซ้ำในผู้ป่วยรายเดิม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต



ของผู้ป่วยและครอบครัว โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพึงตระหนักทั้งในด้านการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

### ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง จำแนกได้หลายแบบ ได้แก่

#### 1. จำแนกตามลักษณะพยาธิสภาพ (pathological classification)

##### 1.1 เลือดออก (hemorrhage)

- เลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) ที่ supratentorium, ก้านสมอง (brain stem), สมองน้อย (cerebellum)

- Subarachnoid hemorrhage

##### 1.2 สมองขาดเลือดตาย (cerebral infarction)

- สิ่งหลุดลอยอุดหลอดเลือดสมอง (cerebral embolism)

- ลิ่มเลือดในหลอดเลือดสมอง (cerebral thrombosis)

##### 1.3 สมองขาดเลือด (cerebral ischemia)

#### 2. จำแนกตามลักษณะการดำเนินของโรค (clinical classification)

2.1 Transient ischemic attack (TIA) อาการของสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นและหายภายใน 24 ชั่วโมง

2.2 Reversible ischemic neurological deficit (RIND) เกิดอาการของสมองขาดเลือดที่คงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง แต่หายภายใน 2 สัปดาห์

2.3 Progressive stroke (or developing stroke, stroke in evolution) เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองและอาการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลา

2.4 Complete stroke (established stroke) อาการของโรคหลอดเลือดสมองคงเดิมอยู่ ไม่มีอาการเพิ่มเติมอีก

3. จำแนกตามตำแหน่งทางกายวิภาค (anatomical location) ตามการกระจายของระบบหลอดเลือด

##### 3.1 Carotid system

- Anterior cerebral artery distribution

- Middle cerebral artery distribution

- Lenticulostriate artery distribution

- Internal carotid artery distribution

### 3.2 Vertebrobasilar system

- Posterior cerebral artery distribution
- Basilar artery distribution
- Vertebral artery distribution
- Posterior inferior cerebral artery (PICA) distribution
- Anterior inferior cerebral artery (AICA) distribution
- Superior cerebral artery (SCA) distribution

ในทางปฏิบัติ มักจำแนกโรคหลอดเลือดสมองตามลักษณะพยาธิสภาพเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) **โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด** (ischemic cerebrovascular disease, ischemic stroke) หรือ **สมองขาดเลือด** (cerebral ischemia) ซึ่งหากแก้ไขไม่ทันจะทำให้ **สมองขาดเลือดตาย** (cerebral infarction) ในที่สุด

2) **โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก** (hemorrhagic cerebrovascular disease or hemorrhagic stroke) ซึ่งไม่รวมถึงกรณีเลือดออกในสมองจากภยันตราย (traumatic intracerebral hemorrhage) แบ่งเป็น **เลือดออกในสมอง** (intracerebral hemorrhage) และ **เลือดออกที่ subarachnoid** (subarachnoid hemorrhage)

ทั้งสองกลุ่มมีแนวทางการรักษาที่ต่างกัน แต่มีลักษณะทางคลินิกที่คล้ายคลึงกันมาก จนบางรายไม่สามารถวินิจฉัยแยกได้ด้วยการตรวจทางกายภาพทั่วไป จำเป็นต้องใช้การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสีและการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาเสริม ให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอน และช่วยประเมินความรุนแรงของพยาธิสภาพ เนื่องจากการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน อาจนำไปสู่การรักษาที่ผิดพลาดและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

## โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic cerebrovascular disease)

โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดพบได้บ่อยกว่าชนิดเลือดออก โดยพบประมาณ 3 ใน 4 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด

### สาเหตุของสมองขาดเลือด

#### 1. หลอดเลือดตีบแข็งจากก้อนตะกรันและลิ่มเลือดอุดตัน (Atherosclerosis and thrombosis)

ก้อนตะกรัน (atheroma) เกิดจากผิวผนังหลอดเลือดชั้นในถูกทำลาย ทำให้เลือดและไขมันในเลือดซึมเข้าไปสะสมที่ผนังชั้นในของหลอดเลือด กระตุ้นให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อต่าง ๆ มาห่อหุ้มและมีเส้นเลือดเล็ก ๆ มาหล่อเลี้ยง ก้อนตะกรันจึงมีลักษณะเป็นก้อนเนื้อเยื่อที่ห่อหุ้มไขมันติดอยู่ที่ผนังชั้นใน

ของหลอดเลือด เกิดการกดทำลายผนังหลอดเลือดและรูหลอดเลือดตีบ ทำให้เกิด หลอดเลือดตีบแข็ง จากก้อนตะกอน (atherosclerosis)

หลอดเลือดตีบแข็งจากก้อนตะกอน เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดในการเกิดสมองขาดเลือดตาย โดยการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) ตรงก้อนตะกอน หรือชิ้นส่วนของก้อนตะกอนหลุดลอยไปอุดตัน หลอดเลือดเล็ก ๆ ในสมอง

ตำแหน่งที่พบ หลอดเลือดตีบแข็งจากก้อนตะกอนบ่อย ได้แก่ หลอดเลือดแดง internal carotid, หลอดเลือดแดง basilar, หลอดเลือดแดง middle cerebral, และหลอดเลือดแดง posterior cerebral

## 2. หลอดเลือดแดงตีบแข็ง (Arteriosclerosis)

หลอดเลือดแดงตีบแข็ง เกิดจากเนื้อเยื่อของผนังหลอดเลือดแดงเพิ่มปริมาณและหนาขึ้น ทำให้ หลอดเลือดแดงตีบตัน หรือเกิดลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดแดงตีบแข็งมักเกิดกับหลอดเลือดเล็ก ๆ ใน สมอง เมื่ออุดตันจึงทำให้เกิด lacunar infarct

## 3. สิ่งหลุดลอยอุดหลอดเลือด (Embolism)

สิ่งหลุดลอย (Emboli) ส่วนใหญ่เกิดจากลิ่มเลือด (thrombi) ที่เหลืออาจเกิดจาก ชิ้นส่วนของ เนื้อเยื่อ ก้อนไขมัน หรือ ฟองอากาศ

สิ่งหลุดลอยที่เข้าอุดหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย ได้แก่ ลิ่มเลือดจากหัวใจ ซึ่งพบบ่อยที่สุด และ ชิ้นส่วนของก้อนตะกอนจากหลอดเลือดแดงใหญ่

## 4. หลอดเลือดแดงอักเสบ (Arteritis)

หลอดเลือดแดงอักเสบ เกิดการทำลายผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบตัน หากเกิดที่สมอง มีผลให้สมองขาดเลือด ในบางกรณีหลอดเลือดแดงอักเสบทำให้หลอดเลือดฉีกขาด อาจทำให้เกิด เลือดออกในสมองด้วย โรคที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงอักเสบ ได้แก่

- Polyarteritis nodosa

- Hypersensitivity vasculitis

- Wegener granulomatosis

- Lymphomatoid granulomatosis

- Giant cell arteritis

- Takayasu's disease

- Bectet's disease

- Isolated angiitis of the central nervous system

### 5. ความผิดปกติของระบบโลหิต (Hematologic condition)

ความผิดปกติของเลือด อาจเป็นสาเหตุให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันได้ เช่น polycythemia vera, sickle cell anemia, thrombotic thrombocytopenic purpura หรือเกิดภาวะ disseminated intravascular coagulation (DIC)

### 6. ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Venous thrombosis)

ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบเป็นหนองบริเวณใกล้เคียงกับเยื่อหุ้มสมอง เช่น ไชนัส หูชั้นกลาง ทำให้หลอดเลือดดำอักเสบเกิดลิ่มเลือดภายใน

### 7. สาเหตุอื่น ๆ ซึ่งพบน้อย เช่น Moyamoya disease, fibromuscular dysplasia

## ลักษณะแสดงทางคลินิก (clinical manifestation)

ลักษณะทางคลินิกของสมองขาดเลือดมีความหลากหลายทั้งอาการ อาการแสดงและความรุนแรงของโรค ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมอง อาณาบริเวณของสมองที่ขาดเลือด และการมีเลือดมาหล่อเลี้ยงทดแทนจากหลอดเลือดที่เชื่อมโยงคาบเกี่ยวกัน

สมองแต่ละส่วนมีหน้าที่ต่างกัน เมื่อเกิดการขาดเลือดจึงปรากฏอาการในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายต่างกัน อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น จึงเป็นไปตามสมองส่วนที่ขาดเลือด ตามตำแหน่งการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่มาหล่อเลี้ยง ดังนี้

### 1. หลอดเลือดแดง Carotid

หลอดเลือดแดง internal carotid มีแขนงไปสิ้นสุดที่สมองโดยตรง คือ หลอดเลือดแดง anterior cerebral และหลอดเลือดแดง middle cerebral ตำแหน่งที่พบการอุดตันบ่อยที่สุดคือส่วนต้นของหลอดเลือด ตรงส่วนที่ถัดจาก carotid bifurcation ซึ่งมักพบพยาธิสภาพเป็นหลอดเลือดแข็งตีบจากก้อนตะกอน

อาการที่เกิดจากหลอดเลือดแดง internal carotid อุดตันมีความหลากหลายมากกว่าหลอดเลือดสมองอื่น ๆ โดยอาจไม่มีอาการใด ๆ ชัดเจน จนถึงเกิดอาการรุนแรงจนเสียชีวิตจากการขาดเลือดตายของสมองส่วนหน้าเป็นบริเวณกว้าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของแขนงเชื่อมโยงของ circle of Willis และรูปแบบการแตกแขนงของหลอดเลือดสมองซึ่งอาจต่างกันโดยธรรมชาติในแต่ละราย

โดยทั่วไปอาการที่เกิดจะคล้ายกับการอุดตันของหลอดเลือดแดง middle cerebral คือ ร่างกายด้านตรงข้ามกับสมองที่หลอดเลือดอุดตัน มีอาการอ่อนแรงของแขน ขาและใบหน้า การรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังลดลง หากเป็นที่สมองด้านเด่น จะเกิดอาการพูดไม่ได้ (aphasia) ด้วย หากมีการอุดตันของหลอดเลือดแดง anterior cerebral ร่วมด้วยจะทำให้มีอาการมากขึ้น ผู้ป่วยมักจะซึมลงและหมดสติ เนื่องจากมีการบวมและตายของเนื้อสมองเป็นบริเวณกว้าง

ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 25 มีอาการตามืดลงข้างหนึ่ง เนื่องจากหลอดเลือดแดง internal carotid มีแขนงไปเลี้ยงเส้นประสาทสมองที่ 2 คือ optic nerve และ retina

การตรวจร่างกายด้วยการฟังบริเวณหลอดเลือดแดงที่ตีบจะได้ยินเสียง bruit หากได้ยินบริเวณมุมคาง ส่วนตีบแคบจะอยู่ที่ส่วนต้นของหลอดเลือด internal carotid บริเวณ carotid sinus หากได้ยินเสียง bruit ต่ำลงมาที่คอ ส่วนตีบแคบจะอยู่บริเวณหลอดเลือดแดง common carotid การตรวจคลำชีพจรจะพบว่าชีพจรหลอดเลือดแดงเหนือตำแหน่งที่ตีบแคบเบาลงหรือหายไป

อาการอื่นที่อาจเกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือดแดง carotid เช่น เป็นลมขณะลุกขึ้นจากทำนอน หมดสติเวลาเดิน ปวดศีรษะบริเวณกระบอกตาหรือหลังลูกตา ปวดบริเวณคอ ตามืดเป็นครั้งคราว ทั้งข้างเดียวหรือสองข้าง ตามัวลงขณะออกกำลัง ต้อกระจกก่อนวัย ประสาทตาฝ่อ เป็นต้น

## 2. หลอดเลือดแดง Middle cerebral

หลอดเลือดแดง middle cerebral ไปเลี้ยงด้านข้างของ cerebral hemispheres โดยเส้นแขนงหลายบริเวณ คือ

1) เปลือกสมอง และ white matter ของด้านข้างและด้านล่างของ frontal lobe รวมทั้ง บริเวณสมองที่ 4 และ 6, motor eye field สำหรับ lateral gaze และ motor speech-Broca (สมองด้านเด่น)

2) เปลือกสมองและ white matter ของ parietal lobe รวมทั้งบริเวณ sensory cortex, angular และ supra-marginal convolution

3) ส่วนบนของ temporal lobe

penetrating branches ของหลอดเลือดเส้นนี้ ไปเลี้ยง putamen, บางส่วนของหัวและหางของ caudate nucleus, ส่วนนอกของ globus pallidus, posterior limb ของ internal capsule และ corona radiata

ส่วนที่อุดตันของหลอดเลือดเส้นนี้อาจเกิดได้หลายแห่ง ทั้งส่วนก้านเส้นเลือดหรือส่วนที่อยู่ลึกเข้าไปจนถึงส่วนที่อยู่เปลือกสมอง รวมทั้งแขนงใหญ่ ๆ แต่ละแขนงด้วย อาการที่เกิด คือ ร่างกายด้านตรงข้ามกับสมองด้านที่อุดตันเกิดอัมพาต, การรับรู้สึกเฉยไป และมีลานสายตาเสียลงครึ่งหนึ่ง (homonymous hemianopia) ถ้าเกิดกับสมองด้านเด่น (dominant hemisphere) จะมีอาการพูดไม่ได้ (aphasia) รวมทั้งอาจมีอาการที่เกิดจากสมองส่วน parietal เช่น การสัมผัส, ความรู้สึก, การมองเห็น และการได้ยินผิดปกติไป (หากเป็นด้านขวา) ในระยะแรกของการอุดตัน ผู้ป่วยมักมีอาการซีดลง

การอุดตันของหลอดเลือดแดง middle cerebral มักเกิดจากสิ่งหลุดลอยอุดหลอดเลือด (embolism) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เกิดการอุดตันกับ 1 ใน 2 แขนงใหญ่ คือ แขนง superior ซึ่งเลี้ยงบริเวณ rolandic และ pre-rolandic หรือ แขนง inferior ซึ่งเลี้ยงบริเวณ temporo-parietal lobe

สมองขาดเลือดตายบริเวณที่เลี้ยงโดยแขนง superior จะเกิดอาการผิดปกติทาง sensori-motor ของหน้า แขนและขาตรงข้าม แต่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับการรับรู้สติ ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหลังผ่านไป 2-3 เดือน โดยสามารถเดินได้แบบขาเกร็ง (spastic gait) แต่ที่แขนและหน้ายังคงมีอาการมากเช่นเดิม ถ้าเกิดกับสมองด้านเด่นจะพบการพูดไม่ได้แบบ global aphasia หลังจากนั้นระยะหนึ่งจะกลายเป็นแบบ motor aphasia และจะค่อย ๆ ดีขึ้น การพูดเป็นภาษามากขึ้น แต่ยังเป็นแบบตะกุกตะกัก (hesitant) ผิดไวยากรณ์ และผิดทำนอง (dysmelodic)

หากการอุดตันเกิดที่แขนง rolandic ซึ่งเป็นแขนงย่อยของแขนง superior จะเกิดอัมพาตของแขนและขา และมีการพูดผิดปกติแบบผิดสำเนียง (dysarthria) คล้ายกับ pure motor stroke ที่เกิดจาก lacunar infarction แต่ถ้การอุดตันเกิดกับแขนง ascending parietal และ posterior ซึ่งเป็นแขนงย่อยอีกส่วนหนึ่งของแขนง superior จะไม่ทำให้เกิด sensori-motor deficit แต่จะมี conduction aphasia และ ideomotor apraxia

การอุดตันของแขนง inferior พบได้น้อยกว่าแขนง superior ถ้าเป็นกับสมองด้านเด่นจะเกิด Wernicke aphasia ซึ่งมักจะดีขึ้นได้ในอีกหลายเดือนข้างหน้า

การอุดตันของแขนงย่อยอื่นของหลอดเลือดแดง middle cerebral ซึ่งพบได้น้อย ได้แก่ แขนง superior parietal angula และ posterior temporal โดยจะมีความผิดปกติในความสามารถเข้าใจในภาษาพูดและภาษาเขียน (comprehension) ร่วมกับมีอาการ homonymous hemianopia ก

### 3. หลอดเลือดแดง Anterior cerebral

หลอดเลือดนี้มีแขนงไปเลี้ยง anterior 3/4 ของ medial surface ของ cerebral hemisphere, medial orbital surface ของ frontal lobe, frontal pole และส่วนของ lateral surface ของ cerebral hemisphere ตามแนว superior border และ anterior 4/5 ของ corpus callosum แขนงส่วนเล็กไปเลี้ยง anterior limb ของ internal capsule และ inferior part ของ head of caudate nucleus

การอุดตันที่ส่วนต้นต่อหลอดเลือด anterior communicating มักไม่มีอาการมาก เนื่องจากมี collateral circulating ดี เว้นแต่ หลอดเลือดแดง anterior cerebral ทั้งสองข้างออกมาจากแขนงเดียวกัน จะเกิดสมองขาดเลือดตายของ medial part ของ cerebral hemispheres สองข้าง เกิดขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง (paraplegia) และกลั้นปัสสาวะไม่ได้

การอุดตันของหลอดเลือดนี้เพียงข้างเดียว ทำให้เกิดความผิดปกติทาง sensori-motor ของขาตรงข้ามเป็นหลัก ส่วนที่แขนและหน้ามีอาการเพียงเล็กน้อย รวมทั้งพบมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มี grasping และ sucking reflexes



#### 4. หลอดเลือดแดง Anterior colloid

หลอดเลือดนี้อุดตัน ทำให้เกิดอาการอัมพาตครึ่งซีกด้านตรงข้าม มีความรู้สึกสัมผัสน้อยลงครึ่งซีกและมี homonymous hemianopia เนื่องจากมีรอยโรคเกิดบริเวณ posterior limb ของ internal capsule และ white matter ทางด้าน postero-lateral

#### 5. หลอดเลือดแดง Posterior cerebral

ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70 มีหลอดเลือด posterior cerebral ทั้งสองข้างออกมาจากหลอดเลือด basilar และมีหลอดเลือด posterior communicating เล็ก ๆ เชื่อมหลอดเลือด posterior cerebral กับ internal carotid อีกประมาณร้อยละ 25 มีหลอดเลือด posterior cerebral ข้างหนึ่งออกจากหลอดเลือด basilar และอีกข้างหนึ่งออกจาก internal carotid

การอุดตันของหลอดเลือดนี้ ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ มากมายกว่าการอุดตันของหลอดเลือดสมองเส้นอื่น ๆ เพราะว่าหลอดเลือดนี้เลี้ยงส่วนบนของ brain stem ซึ่งมีโครงสร้างต่าง ๆ เรียงรายอยู่เต็มไปหมด นอกจากนี้ยังไปเลี้ยงสมองส่วน temporal และ occipital อีกด้วย ตัวแปรสำคัญในการเกิดอาการรุนแรงแตกต่างกัน ขึ้นกับตำแหน่งที่เกิดการอุดตันและรูปแบบการเรียงตัวของหลอดเลือดจาก circle of Willis โดยบางครั้งการอุดตันที่ส่วนต้นของหลอดเลือดเส้นนี้ อาจไม่เกิดอาการใด ๆ เลย ถ้า collateral flow มีความสมบูรณ์ดี

อาการที่เกิดจากหลอดเลือด posterior cerebral อุดตัน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) Anterior and proximal syndrome จากการอุดตันของแขนงของหลอดเลือด interpeduncular, perforating thalamic และ thalamo-geniculate

-: Thalamic syndrom of Dejerine and Roussy เป็นผลจากการตายของ sensory nuclei ของ thalamus จากการอุดตันของหลอดเลือด thalamo-geniculate เกิดอาการสูญเสียการรับรู้สัมผัสอย่างมากทั้งระดับลึกและระดับตื้นของผิวหนังด้านตรงข้าม ร่วมกับมีอัมพาตครึ่งซีกอย่างชั่วคราว และอาจมี homonymous hemianopia ด้วย บางรายอาจมีการรับรู้ความรู้สึกเสียไปแบบไม่สอดคล้องกัน คือ เสียความรู้สึกเจ็บปวดกับอุณหภูมิ มากกว่าความรู้สึกการสัมผัส การสัมผัสเย็น และการรับรู้ตำแหน่ง (position sensation) บางรายมีการรับรู้รสผิดปกติ และมีอารมณ์เศร้าหมอง

-: กลุ่มอาการ central midbrain and subthalamic เกิดจากแขนงหลอดเลือด interpeduncular อุดตัน อาการที่พบ คือ Weber syndrome (อัมพาตของการเคลื่อนไหวลูกตาด้านเดียวกับสมองที่อุดตัน และอัมพาตครึ่งซีกของร่างกายด้านตรงข้าม) อัมพาตของการกลอกตาขึ้นบน ชีมีลงและหมดสติ การเคลื่อนไหวแขนขาแบบผิดปกติแบบ ataxic tremor



-: Anteromedial-inferior thalamic syndrome เกิดจากแขนงหลอดเลือด thalamo perforate อุดตัน เกิดอาการ การเคลื่อนไหวผิดปกติจาก extrapyramidal (เป็น hemiballismus หรือ hemichoreoathetosis) นอกจากนี้ยังมีอาการความรู้สึกระดับลึกเสีย, hemiataxia และมือสั่น

2) Cortical syndrome จากแขนงของหลอดเลือด inferior temporal และ medial occipital อุดตัน ทำให้เกิด homonymous hemianopia จากผลกระทบต่อบริเวณ primary visual receptive area (calcarine and striate cortex) ถ้าการอุดตันไม่สมบูรณ์อาจพบการเสียลานสายตาแบบ upper quadrantanopia โดย central vision ยังคงดีอยู่

-: การอุดตันบริเวณ posterior cortical ของสมองด้านเด่น ทำให้เกิดอาการ อ่านไม่ออก (alexia) โดยอาจมีหรือไม่มี อาการเขียนไม่ได้ (agraphia) และ เสียการบอกนาม (anomia) และเสียการระลึกทางเห็น (visual agnosia) โดยไม่มีความผิดปกติของความจำ

3) Bilateral cortical syndrome เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด basilar ส่วนบน โดยเฉพาะในรายที่มีหลอดเลือด posterior communicating เล็กกว่าปกติ เกิดรอยโรคทั้งสองข้างของ occipital lobes ทำให้เกิด cortical blindness คือเกิด bilateral homonymous hemianopia บางรายอาจมี visual hallucination

## 6. หลอดเลือด Vertebral

หลอดเลือดนี้เป็นหลอดเลือดสำคัญของ medulla แต่ละข้างส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนใหญ่ของ pyramid, medial lemniscus, lateral medullary, restiform body และส่วน posterior inferior ของ cerebellar hemisphere

อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดนี้ มีความหลากหลายมาก ซึ่งจะไม่กล่าวถึงโดยละเอียดในที่นี้ ตัวอย่างกลุ่มอาการที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดนี้ เช่น

- : Lateral medullary infarction or Wallenberg's syndrome
- : Medial medullary infarction or Dejerine syndrome
- : Inferior-pontine infarction
- : Medial mid-pontine infarction
- : Locked-in syndrome

## พยาธิสรีระวิทยาของสมองขาดเลือด

โดยปกติในขณะพัก สมองจะมี cerebral blood flow (CBF) ประมาณ 50 - 55 มิลลิลิตร ต่อ 100 กรัมของน้ำหนักเนื้อสมอง ต่อ นาที (ml/100gm/min) สมองจะเริ่มทำหน้าที่ผิดปกติเมื่อ CBF ลดลงเหลือ 10 - 20 ml/100gm/min สมองทำงานล้มเหลวเกิด ionic pump failure และ loss of

ion homeostasis เมื่อ CBF เหลือ 10 - 12 ml/100gm/min และจะเกิดเซลล์ประสาทตายเมื่อ CBF น้อยกว่า 10 ml/100gm/min

ในบริเวณที่สมองขาดเลือดอาจแบ่งได้เป็น 2 โซน โซนแกนกลางของการขาดเลือด เป็นบริเวณที่ขาดเลือดอย่างเฉียบพลันและรุนแรง ซึ่งเซลล์ประสาทมักจะตายอย่างแน่นอน เรียกว่า infarction core โซนที่สองอยู่รอบโซนแรก มีขนาดใหญ่กว่ามากเรียก penumbra zone มี CBF ประมาณ 12 - 24 ml/100gm/min เซลล์บริเวณนี้จะหยุดการทำงานชั่วคราวแต่ยังไม่ตาย หากสามารถทำให้มีเลือดเข้ามาเลี้ยงสมองส่วนนี้ได้ตามปกติ เซลล์ก็จะรอดกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่มีอาการดีขึ้นหลังให้การรักษาทันช่วงที่ มักเกิดจากการฟื้นตัวของสมองส่วนนี้

เมื่อสมองขาดเลือด เซลล์ประสาทจึงขาด energy supply ทำให้เกิด membrane depolarization และ loss of ionic gradient เป็นเหตุให้เกิดการหลั่ง excitatory amino acid เช่น glutamate เมื่อ glutamate จับกับ receptor (NMDA-R) จะเกิด influx ของ  $Ca^{++}$  เข้าสู่เซลล์อย่างรุนแรง intracellular  $Ca^{++}$  อาจจะมีมากกว่าปกติเกือบ 1,000 เท่า

Intracellular  $Ca^{++}$  ที่มีอยู่อย่างมหาศาลเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิด overactivation ของ enzyme system หลากหลายชนิด เช่น lipase endonucleases และ protease นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการสร้าง NO และ ROS (reactive oxygen species) ทำให้เกิดการย่อยสลายโครงสร้างของเซลล์และ DNA เกิดการตายของเซลล์จาก oxidative stress

Calpain, a calcium-activated cysteine protease ที่ถูก activate ออกมา สามารถ degrade structural protein หลายชนิดในเซลล์ และเป็นตัวการสำคัญที่ปัจจุบันทำการศึกษาค้นหา

ในเวลาต่อมา จะมีการทำลายของ blood brain barrier (BBB) ทำให้มี serum และ serum protein leakage ออกมาในเนื้อสมอง เกิดภาวะสมองบวมน้ำ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการแยลงจนเสียชีวิตได้ และอาจมี blood leakage เกิดเลือดออกในเนื้อสมองตาย hemorrhagic transformation ได้อีก

## โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (hemorrhagic cerebrovascular disease)

### 1. Subarachnoid hemorrhage

เลือดออกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง มักเกิดจากการแตกของหลอดเลือดโป่งพอง (aneurysm) หรือเกิดจากพยาธิบางชนิด

### 2. Intraparenchymal hemorrhage

เลือดออกในเนื้อสมอง มีตำแหน่งที่เกิดบ่อย ดังนี้

-: Basal ganglia

- : Thalamus
- : Lobar hemorrhage
- : Cerebellum
- : Brain stem

เลือดออกในเนื้อสมองมีสาเหตุจากโรคความดันเลือดสูงมากที่สุด นอกจากนี้อาจเกิดจาก arterio-venous malformation, ภาวะเลือดออกง่ายจากโรคเลือดบางชนิด, เนื้องอกในสมอง, เส้นเลือดอักเสบ, พยาธิบางชนิด และการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาต้านเลือดแข็งตัว, ยาละลายลิ่มเลือด, ยาต้านเกล็ดเลือด

### พยาธิสรีระของภาวะเลือดออกในสมอง

1. Hematoma expansion หลังจากเริ่มเกิดมีเลือดออกในสมอง ก้อนเลือด (hematoma) ในสมอง จะมี expansion 32% ของ case ภายใน 20 ชั่วโมง และมีโอกาสเกิดมากที่สุดใน 3 ชั่วโมงแรก

2. Lysis RBC และ blood product เช่น TNF $\alpha$  (tumor necrotic factor- $\alpha$ ), Il-6 (Interleukin-6), MMP (Matrix metalloproteinases) และ proteins ต่าง ๆ ในหลอดเลือดที่เล็ดลอดออกมาขณะเส้นเลือดแตก เป็นตัวการสำคัญให้เกิด secondary brain damage. Hematoma expansion, vasogenic edema และ neurotoxic ตามมาด้วย cytotoxic edema จาก cell ที่ตาย ทั้ง neurone และ glia cells

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง MMP เป็น enzyme ที่สามารถย่อยสลาย basement membrane ทำให้มี disruption ของ BBB (blood brain barrier) เป็นเหตุให้เกิด vasogenic edema อย่างรุนแรง

การพบ MMP และ fibronectin ซึ่งเป็นส่วนประกอบของ basement membrane จำนวนมากในบริเวณรอบ hematoma เป็น predictor ที่บ่งชี้ว่าจะมี hematoma expansion ในเวลาต่อมา

Osmotic effect จาก proteins ที่ leakage จาก BBB ก็มีผลสำคัญในการเกิด vasogenic edema เช่นกัน และจะคงอยู่ระหว่าง 5 วัน - 2 สัปดาห์

3. เมื่อมีเลือดออกในสมองจะมี activation ของ coagulation cascade และมี induction ของ proteolytic enzyme ทำให้เกิดการอักเสบ เป็นเหตุให้เกิด cytotoxic effect เมื่อ cell ตาย จะเกิด cytotoxic edema ซึ่งจะมี peak อยู่ประมาณวันที่ 5 - 6 หลังเลือดออก

4. การลดลงของ CBF จากการศึกษาด้วย MRI และ PET scan พบว่าบริเวณรอบก้อนเลือด (perihematoma region) จะมี CBF ลดลงโดยมี peak ที่ 24 ชั่วโมง หลังเลือดออก แล้วค่อย ๆ กลับมาปกติภายใน 3 วัน

## Pitfalls in Stroke Management

จากการสังเกตการปฏิบัติงาน ทำให้พบความผิดพลาดต่าง ๆ ซึ่งนำมาถึงการรักษาที่ไม่ถูกต้องหลายประการ ทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ดีเท่าที่ควร หรือให้การรักษาช้าไป จนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสที่จะฟื้นฟูได้ อีกทั้งอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยด้วย ซึ่งจะถ่ายทอดมาให้ทราบดังต่อไปนี้

### 1. Unrecognized stroke & Missed diagnosis

การประเมินว่าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เป็น stroke นั้น ต้องเข้าใจว่า stroke เป็น neuro-vascular syndrome และอาการแสดงของโรคจะต้องเกิดแบบ sudden ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรคที่มีพยาธิสภาพที่หลอดเลือด ยกเว้นในบางกรณี เช่น มี TIA (transient ischemic attack) นำหน้ามาก่อนที่จะเป็น stroke ผู้ป่วยก็จะมีอาการเกิดขึ้นแล้วหายไป อาจจะหายภายในเวลาชั่วคราวหรือภายใน 24 ชั่วโมงแล้วเกิดซ้ำในเวลาต่อมา โดยครั้งหลังอาการเป็นค้างอยู่อย่างนั้น คือมี stroke attack ตามหลัง TIA

จากความรู้ทางกายวิภาคระบบประสาท จะบอกได้ว่าอาการนั้นเป็นไปตาม distribution ของ blood vessel territory ที่หล่อเลี้ยงอยู่ แต่หากยากเกินไป ควรจำอาการที่นำเสนอสงสัยว่าจะเป็น stroke ที่เป็น localizing signs บางอย่าง ดังต่อไปนี้ไว้ จะเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย

- อาการชาครึ่งซีกของใบหน้า หรือชาครึ่งซีกของลำตัว
- กลืนลำบาก สำลัก พูดไม่ชัด
- เห็นภาพซ้อน
- เวียนศีรษะ เดินเซ
- ตามองไม่เห็น

**อาการอ่อนแรงที่ฟ้องว่าเป็น stroke** คือ อ่อนแรงใบหน้าร่วมกับแขนและขาครึ่งซีก หรือใบหน้าและแขนข้างเดียวกัน ในกรณีที่เกิด stroke บนสมองใหญ่ซีกตรงข้าม ทั้งนี้เพราะบริเวณ **motor และ sensory fiber ของใบหน้าและแขนในสมองอยู่ติดกัน** ดังนั้นหากมีชามือ แขน มักมีชาใบหน้าด้วยถ้าเป็นไปตามนี้ก็จะสนับสนุนว่าเป็น stroke

ในทางตรงข้าม หากอ่อนแรงใบหน้าหรือขาใบหน้าร่วมกับขาหรืออ่อนแรงขาด้านเดียวกัน แต่ไม่มีอาการของมือหรือแขน ไม่น่าจะคิดถึง stroke เพราะเป็นไปได้อีก เนื่องจากสมองส่วนที่ควบคุมขาและใบหน้าอยู่ห่างกัน โดยมีส่วนของแขนและมืออยู่ตรงกลางระหว่างนั้น

หากมี cross paresis หรือ alternate paresthesia กล่าวคือ ใบหน้าอ่อนแรงข้างขวา แต่แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย หรือใบหน้าชาซีกหนึ่งแต่แขนขาชาซีกตรงข้าม เราก็จะต้องคิดว่าเป็น stroke ที่เกิดบริเวณก้านสมอง ต้องรีบทำการวินิจฉัยและให้การรักษาทันที เพราะ stroke ของก้านสมองรักษายากกว่า stroke ที่เกิดบนสมองใหญ่ มีโอกาสจะ progress และมี permanent damage มากกว่า

**อาการกลืนลำบากและพูดไม่ชัด** ของผู้ป่วย stroke นั้นมักจะไปด้วยกัน คือเป็นก็เป็นด้วยกัน เวลาหายก็จะหายไปด้วยกัน เพราะฉะนั้นจึงเป็นอาการที่ยืนยันกันและกันว่า เป็นอาการที่เป็นจริง ๆ อาการกลืนลำบากของ stroke มีลักษณะเฉพาะ คือ เป็น oropharyngeal dysphagia คือกลืนไม่ลง หรือกลืนแล้วสำลักทันที ร่ายที่กลืนลงไปได้แล้วบอกว่ากลืนลำบากเหมือนมีอะไรติดคอ มักไม่ใช่ stroke แต่เป็น mechanical obstruction เหนือสิ่งอื่นใดต้องเป็น sudden onset ของ dysphagia เกิดภายใน นาที ชั่วโมง หรือภายใน 1 วัน จึงจะเหมือน stroke

**การเห็นภาพซ้อน** ในผู้ป่วย stroke นั้นต้องลองให้ผู้ป่วยมอง 2 ตา เห็นภาพซ้อนก็น่าสงสัย จากนั้นลองปิดตามองทีละตา หากมองตาเดียว เห็นภาพซ้อน น่าจะเป็น psychogenic หรือ refractive error ของ cornea lens

**อาการเวียนศีรษะ** เห็นจะเป็นข้อผิดพลาดบ่อยที่สุด สิ่งผิดพลาดคือไม่ทราบว่าการเวียนศีรษะอย่างไรจึงจะมีอันตราย การตรวจร่างกายผู้ป่วยที่ปวดศีรษะและผู้ป่วยเวียนศีรษะ สิ่งแรกที่แพทย์ต้องตรวจให้ได้คือ ตรวจเพื่อตัดประเด็นที่มีอันตรายออกไปก่อน

ในกรณีเวียนศีรษะ หากมีลักษณะของ peripheral vertigo (อาการเวียนศีรษะจากประสาทหูทำงานผิดปกติ) ผู้ป่วยมักจะไม่มียาอันตราย อาการเหล่านี้ ได้แก่ เวียนศีรษะที่มีลักษณะบ้านหมุนรุนแรง อาการสัมพันธ์กับการเปลี่ยน position ของศีรษะ อาการเป็นพัก ๆ มีช่วงเป็นมากและมีช่วงสงบ มีประวัติที่เคยเป็น ๆ หาย ๆ และมีอาการกำเริบขึ้นเมื่อมีการกระตุ้นด้วยการก้ม ๆ เงย ๆ การดูของที่เคลื่อนที่เร็ว เช่น ดูเด็กเล่นม้าหมุน ดูรถไฟเหาะในสวนสนุก การโดยสารรถ-เรือ และการอดนอน พวกนี้ อาการเวียนศีรษะมักรุนแรง แต่ไม่มีอันตราย ให้การรักษาด้วยยาแก้เวียนศีรษะมักได้ผลดี

**กลุ่มเวียนศีรษะที่จำเป็นต้องพิจารณาให้ตี และอาจให้ผู้ป่วยกลับบ้านทันทีไม่ได้ ต้องรับไว้รักษา หรือสังเกตอาการไว้ประมาณ 24 ชั่วโมง** คือ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นอาการเวียนศีรษะจากก้านสมอง หรือ cerebellum ที่เรียกว่า central vertigo อันได้แก่อาการดังต่อไปนี้ อาการเวียนศีรษะที่ไม่รุนแรง ไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยน position ของศีรษะ อาการจะมึน ๆ งง ๆ เซ ๆ ทรงตัวไม่ดี มี gait ataxia เดินจะล้ม หรือถ้าเป็นมาก ยืนล้มตาก็ยังล้ม อาการเวียนแม้ไม่รุนแรงแต่จะไม่ค่อยมี adaptation จะเป็นอยู่เช่นนั้นเกือบตลอดเวลา ไม่ได้เป็นพัก ๆ อาการเวียนศีรษะลักษณะนี้กลับมียาอันตรายมากกว่า ยิ่งเป็น new onset ของ vertigo โดยที่ไม่เคยเป็นมาก่อน ยิ่งต้องคิดถึงว่าก้านสมองหรือ cerebellum เกิดปัญหาอะไร เช่น เส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ ซึ่งหากเกิดที่ cerebellum จะเกิดอาการบวมของสมองในที่แคบ ๆ คือใน posterior fossa ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตภายใน 12 – 48 ชั่วโมงก็ได้ ทั้ง 2 กรณี คือ ทั้งเส้นเลือดแตกและตีบตัน

**สำหรับการตรวจที่เป็น practical point** ทำได้โดยง่ายดังต่อไปนี้ (แต่ต้องซักประวัติตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้นให้ตี มาประกอบกันด้วย)



1. ให้ผู้ป่วยยืนเท้าชิด (ปลายนิ้วโป้งเท้า 2 ข้างชิดกัน) เอามือชิดลำตัวและไม่หลับตาหากยืนได้ไม่เซ บอกได้คร่าวๆว่า Brain stem-cerebellum น่าจะดี (เพราะหากไม่ดีมักจะเซให้เห็นแล้ว)
2. ให้ผู้ป่วยยืนชิดเท้าเหมือนเดิม แล้วหลับตา หากยืนล้มตาไม่เซ พอหลับตาเซชัดเจน แสดงว่า Romberg's test positive บ่งว่าอาการเวียนศีรษะ น่าจะเป็นจากประสาทหูข้างใดข้างหนึ่ง
3. หากทำ 1. และ 2. แล้วอาการก็ยังแยกไม่ออก ก็ลองให้ทำ heel to toe walk (Tandem walking) หากเดินต่อเท้า (ล้มตาด้วยนะครับ) แล้วเซไปทางใด ก็จะบ่งว่า Tandem walk impaired และมีพยาธิสภาพของ Brain stem – Cerebellum ก็อยู่ด้านเดียวกันนั่นเอง
4. ตรวจยืนยันอีกครั้งโดยทำ finger to nose test หากมีอาการสั่นหรือเซของมือขณะเคลื่อนที่ไปหรือตอนใกล้จะแตะเป้าหมาย ไม่ว่าจะป็นจมูกหรือนิ้วมือ ถือว่ามี Limb ataxia ของด้านนั้น คือมีพยาธิสภาพของ Brain stem – Cerebellum ข้างนั้น

**อาการตามองไม่เห็น** ที่สำคัญสำหรับ stroke คือ **transient visual loss** ของตาที่เรียกว่า Amaurosis fugax จะมองไม่เห็นทันทีทันใด (เหมือนปิด switch ไฟ) เป็นวินาทีหรือนาที แล้วตากลับสว่างใหม่ จุดสำคัญอยู่ที่เกิดทันที ส่วนจะหายทันทีหรือไม่ก็ได้ และ**ต้องเกิดตาเดียว** เนื่องจากเกิด ischemia ของ retina ซึ่ง supply โดย ophthalmic artery อันเป็นแขนงแรกของ internal carotid artery เนื่องจากกายวิภาคของ carotid system 2 ข้างแยกกันเป็นเอกเทศ จึงไม่ค่อยจะมีโอกาสเกิดอาการ 2 ข้างพร้อมกันได้ อาการนี้จะต้องถามผู้ป่วยทุกคนที่เราสงสัย stroke ว่าเคยมีอาการนี้มาก่อนหน้ามาก่อนหรือไม่ เพราะเป็นอาการเตือนก่อนเป็น stroke ที่สำคัญ

อาการมองไม่เห็นที่เกิดภายหลังมี stroke attack แล้วมักจะมีลักษณะไปตาม lesion ที่ involve visual pathway และมักจะบ่งบอกว่าเกิดพยาธิสภาพที่ deep area ของสมองหรือที่พบน้อยกว่าคือเกิดพยาธิสภาพที่ occipital cortex ซึ่งจะตรวจได้ก็ต้องไปพบทวน visual pathway ของสมองเอง แต่มีประโยชน์มากในการ locate lesion ในสมองว่าอยู่ในระดับลึกลงไปหรืออยู่ที่ผิวของสมอง จึงควรตรวจ visual field คร่าว ๆ ในผู้ป่วยทุกคน กรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารกันไม่ได้แต่ยังล้มตาอยู่ ก็ยังสามารถตรวจได้โดยการเคลื่อนนิ้วมือจากด้านข้างของลานสายตา เหมือนจะเอานิ้วจิ้มตา หากผู้ป่วยมี visual field ด้านข้างเสีย ก็จะไม่กระทบตา เราจะพอบอกได้ว่าอาจจะมี homonymous hemianopia หรืออาจจะมี neglect คือไม่สนใจด้านนั้น

## 2. อาการที่คล้าย stroke

เราจะต้องระวังอาการบางอย่างที่มักเจอได้บ่อยและเลียนแบบ stroke เช่น hypoglycemia เพราะ cell สมองที่ขาดพลังงาน หรือขาด oxygen นั้นจะหยุดหรือลดการทำงานเช่นเดียวกัน อาการจึงเหมือน ๆ กัน ดังนั้นเราควรเจาะ blood sugar ในคนไข้ที่เราวินิจฉัยว่าเป็น stroke ทุกราย อีกภาวะที่พบได้บ่อย คือ ภาวะอ่อนแรงของแขนขาที่เกิดตามหลังอาการชัก “Todd paralysis” ซึ่งมักเกิด

ตามหลัง partial seizure แต่อาการอ่อนแรงนั้นมักจะหายไปเองภายในเวลาเป็น นาที - ชั่วโมง มีน้อยรายที่เป็นถึง 2 – 3 วัน เพราะฉะนั้นควรถามประวัติการชักในผู้ป่วยทุกรายด้วย

### 3. Stroke ใหม่ บน stroke เก่า

พบเป็นปัญหาเสมอ ในผู้ป่วยที่เคยมี stroke attack และรอดชีวิตกลับไป โดยสถิติออกจากโรงพยาบาลไป 10 คน ภายใน 1 ปี จะมี 1 คนเป็น stroke กลับเข้ามาใหม่ ญาติที่พามาอาจไม่รู้อาการอะไรมาก เพราะไม่ได้อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย รู้แต่ว่าญาติอีกคนบอกว่าเป็นมากขึ้นเลยพามา ซึ่งอาจสร้างความสับสนให้แพทย์เวร ว่า อาการอ่อนแรงข้างไหนเป็นของเก่า เป็นของใหม่ หรือเป็นของเก่าทั้งหมด หรือเป็นของใหม่ทั้งหมด ทำให้ประเมินความรุนแรงของปัญหาขณะนั้นไม่ได้ วิธีคิดง่าย ๆ คือ stroke นั้นเป็น upper motor neuron lesion ดังนั้นเมื่อ recovery แล้ว หากยังมี neuro-deficit อยู่ จะมี spasticity และ hyperreflexia เป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อเกิด acute stroke attack ไม่ว่าแขนขาข้างนั้นจะเป็น stroke มาก่อนหรือไม่ ในช่วง acute attack จะมีช่วงที่เรียกกันเล่น ๆ ว่าช่วง neuronal shock แขนขานั้นจะเป็น hypotonia และ flaccid tone เรื่อง reflex เมื่อเอามาใช้ดู acute stroke attack จะไม่ค่อยแม่นยำ แต่เรื่อง tone ของ muscle นั้นนับว่าแม่นยำใช้ได้ดีมาก ดิกว่าเรื่อง motor power เสียอีก บางครั้งผู้ป่วยเริ่มมี stroke attack (hyper-acute) สิ่งที่พบว่าช่วยในการวินิจฉัยได้ดีคือ tone ของ muscle ถ้าน้อยกว่าอีกด้านหนึ่ง แสดงว่าน่าจะเริ่มเป็น stroke ของสมองซีกตรงกันข้าม อาจตรวจ confirm ดู Plantar reflex หากเป็น flexor response ก็จะบอกได้อย่างแม่นยำว่า อีกไม่กีชั่วโมงข้างหน้าผู้ป่วยจะเป็น stroke และมีแขนขาซีกนั้นอ่อนแรงอย่างเต็มขั้น ให้รีบทำการรักษาทันที แบบนี้จึงจะได้ early recognition ของ stroke case และผลการรักษาจะทัน ischemic penumbra

หากผู้ป่วยเคยเป็นอัมพฤกษ์ แขนขาข้างหนึ่งอ่อนแรงมาก่อนแล้ว และเกิดมี stroke attack ของข้างเดิม เวลาตรวจจะได้อะไร คำตอบคือเหมือนกัน หากประวัติเก่าเคยเป็นอัมพฤกษ์ แต่ recover พอเดินได้ เวลาตรวจดูแขนขาข้างนั้น ต้องคิดในใจว่าหากเป็น stroke เก่า แขนขาข้างนั้นต้องเป็น spastic tone คือต้องมี tone มากกว่าอีกข้างหนึ่ง แต่การตรวจหากพบว่า tone ของแขนขาด้านอ่อนแรง กลับพอ ๆ กับแขนขาด้านปกติ (นั่นคือ tone ของมันได้ลดลงแล้ว) ดังนั้น จึงน่าจะเป็น acute stroke attack ข้างเดิม ต้องรีบ รับผิดชอบและรักษาเต็มที่จึงจะยับยั้งไม่ให้อาการเลวลงไปอีก

การแปลผล Plantar reflex หาก extensor response หรือ Babinski's sign positive เป็นที่รู้กันว่าเป็น long tract sign ของสมองด้านตรงข้าม บ่งว่าสมองด้านตรงข้ามหรือ cortico-spinal tract ที่มาจากด้านตรงข้ามผิดปกติ ที่ต้องการเน้น คือ Plantar reflex ที่ปกติ มีเพียงแบบเดียวคือ flexor response การที่ Plantar reflex ไม่มี response นั่นถือว่าผิดปกติ แปลผลเช่นเดียวกับ extensor response โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนเดียวกัน หนังสือหนาเท่ากัน ข้างหนึ่งเป็น flexor response อีกข้างเป็น no response ต้องมีความหมายอย่างแน่นอน



การเปรียบเทียบ motor tone วิธีที่ดีที่สุดคือเปรียบเทียบแขน ขา ของคนไข้ 2 ข้าง หรือแขนกับขา ของคนไข้เอง จะให้ความรู้สึก relative กันที่ชัดเจนกว่าวิธีอื่น

## Stroke update

ในปัจจุบันมีความรู้ ความเข้าใจใน pathophysiology และมียาใหม่ ๆ ออกมาใช้ใน stroke ซึ่ง หากเรามีความเข้าใจ จะทำให้การรักษาโรคได้ผลดีขึ้น พอจะสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. Ischemic penumbra
2. r-tPA (Recombinant tissue plasminogen activator)
3. Ischemic preconditioning
4. Growing hematoma
5. NOVO 7

### Ischemic penumbra และ r-tPA

เมื่อเส้นเลือดอุดตันจากหลอดเลือดสมองตีบ หลอดเลือดมีลิ้มเลือดอุดตัน หรือแม้กระทั่งเส้นเลือดในสมองอักเสบ เนื้อสมองที่ขาดเลือดจะตาย มีลักษณะเหมือน fan shape ตาม distribution ของหลอดเลือด ตรงส่วนกลางบริเวณที่จะขาดเลือด จะขาดเลือดอย่างสมบูรณ์ภายในไม่กี่นาที-ชั่วโมง เนื้อสมองจะขาดเลือดตาย (infarction) ส่วนเนื้อสมองที่อยู่ถัดไปแม้จะขาดเลือดไปบ้าง แต่ก็ยังมีเลือดมาเลี้ยงบ้าง (เพียงแต่ในอนาคตกการรักษายังไม่บรรลุเป้าหมาย เนื้อสมองส่วนนี้ก็จะตายในอนาคตอันใกล้) ในเวลาที่ผู้ป่วย acute stroke มาพบแพทย์ เนื้อสมองส่วนนี้มักยังไม่ตาย ถ้าสามารถเปิดเส้นเลือดได้ทันเวลาหรือมีทางทำให้เส้นเลือดข้างเคียง ส่งเลือดมาช่วยเลี้ยงและทันเวลา (collateral circulation) ได้เพียงพอเนื้อสมองเหล่านี้ก็จะหายเป็นปกติได้ เราเรียกเนื้อสมองส่วนนี้ว่า ischemic penumbra ซึ่งจะมีอยู่ในช่วงชั่วโมงที่ 0 ไปถึงหลายชั่วโมง (อาจจะเป็นวัน) หลัง onset ของ stroke

ในปัจจุบันมียา r-tPA ซึ่งสามารถใช้ละลาย clot และ thrombus ที่อุดตันในหลอดเลือดสมอง ยาี้สามารถทำให้หลอดเลือดสมองที่อุดตันกลับเปิดขึ้นมาใหม่ได้ ยาี้แม้จะถือว่าเป็นยามาตรฐาน ที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษา acute ischemic stroke ทั้งที่เกิดจาก thrombosis และ emboli แต่จะต้องให้ ภายใน 3 ชั่วโมง หลัง onset ของ stroke การให้ยาในชั่วโมงที่ 3 ก็ยังเกิดประโยชน์ แต่โอกาสมี intracerebral bleeding จะสูงมาก จนไม่คุ้มกัน เกือบทุก center จึงกำหนดให้ภายใน 3 ชั่วโมงหลัง onset เป็น therapeutic time window ของ r-tPA และถือเป็น golden period ในการรักษาผู้ป่วย

ปัจจุบันมีการศึกษาจะให้ intra-arterial r-tPA ในผู้ป่วยที่มาเมื่อพ้นช่วง therapeutic time window ไปแล้ว หรือการใช้ MRI หา penumbra ก่อนจะให้ r-tPA ในผู้ป่วยที่มาช้ากว่าเกณฑ์ เพื่อ

หาเนื้อสมองที่ยังพอจะฟื้นได้ มีการขยายช่วงเวลาที่จะให้ยา เป็น 4 - 5 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์จะเพิ่มโอกาสช่วยผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่ผลการรักษาที่อาจดีขึ้นเมื่อเทียบกับโอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น จะคุ้มกันหรือไม่ ยังต้องติดตามต่อไป ผลข้างเคียงที่สำคัญของการให้ r-tPA คือ intracerebral bleeding ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 7 และจะเสียชีวิตประมาณ 3 ใน 7 ราย จึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนลงชื่อในใบอนุญาตให้ใช้ยาในผู้ป่วยก่อน

### Growing hematoma & NOVO7

การศึกษาในปัจจุบันพบว่า เมื่อคนไข้ที่เส้นเลือดในสมองแตก มาถึงโรงพยาบาลแล้ว และทำ CT scan brain พบก้อนเลือดในสมอง ก้อนเลือดในสมองนี้จะมีขนาดโตขึ้น 20% ของ case ภายใน 1 ชั่วโมง และอีก 12% ของ case ก้อนเลือดจะโตอีกในชั่วโมงที่ 1 - 20 รวมในเวลา 20 ชั่วโมง 32% ของผู้ป่วยจะมีก้อนเลือดโตขึ้น และนี่คือสาเหตุใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแยลงและเสียชีวิตในระยะแรกของโรค เนื่องจากก้อนเลือดที่โตขึ้นจะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะ สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และเกิด brain herniation กัดก้านสมองได้

NOVO7 (recombinant activated factor VII) เป็น factor 7 ช่วยทำให้ clot ใน hematoma stable และสามารถหยุดเลือดได้ ทำให้เลือดที่ออกมาแล้วไม่ออกมาเพิ่มเติมอีก หรืออีกนัยหนึ่ง คือ เป็นยาสำคัญในการหยุดยั้ง growing hematoma นั้นเอง จากการศึกษาพบว่าจะต้องให้ **NOVO7 ในเวลา 4 ชั่วโมง** หลังจากเส้นเลือดแตกจึงจะเกิดประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก และถือว่านี่คือ golden period ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกเช่นเดียวกัน

การให้ NOVO7 จะให้ฉีดเข้าเส้นเพียงครั้งเดียวก็เพียงพอ การให้ NOVO7 ซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง จะเกิด thrombosis ในร่างกายส่วนต่าง ๆ ได้ เช่น มีผู้ป่วยเกิด gangrene ของขาจาก vascular thrombosis หรือการเกิด ischemic bowel จาก thrombosis ของ blood vessel ในช่องท้อง เป็นต้น แต่โดยทั่วไปการให้ NOVO7 เพียง stat dose ครั้งเดียวนั้น ค่อนข้างปลอดภัย

การศึกษาล่าสุดทำให้เกิดความผิดหวังและดับอนาคตของยาดังนี้ไปแล้ว กล่าวคือจากการติดตาม long term outcome ของผู้ป่วยที่ได้และไม่ได้ NOVO7 ผลการรักษากลับไม่ต่างกัน ทำให้ในปัจจุบันประสาทแพทย์ส่วนใหญ่หยุดใช้ยานี้ในการรักษาคนไข้โรคหลอดเลือดสมองแตกแล้ว

### Ischemic Preconditioning

เป็นเรื่องสำคัญมาก ๆ แต่แพทย์ส่วนใหญ่มักมองข้ามไป หากเราเข้าใจสิ่งนี้จะทำให้เราเข้าใจในการรักษาอื่น ๆ อีกมากในอนาคต เมื่อ cell ในร่างกายมีภาวะ stress ในที่นี้หมายถึง ischemic hypoxic stress ภายใน cell จะเกิด gene expression ให้มีการสร้าง protein และสารต่าง ๆ มากมายอาจเป็นลิบเป็นร้อยชนิด เช่น heat shock protein สารต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นเพื่อ protect cell ให้มีความทนทานต่อ stress และ hypoxia ได้นานขึ้น การที่สารเหล่านี้จะถูกสร้างขึ้นมาเพียงพอนั้น cell

ต้องมีเวลาเตรียมตัวอย่างเพียงพอ หาก cell ขาดเลือด ขาด oxygen ทันที process ในการป้องกันตัวของ cell อันนี้ก็ยังไม่เกิด และ cell ก็ตายในเวลาอันรวดเร็ว เพียงไม่กี่นาที / ก็ชั่วโมง cell เหล่านี้ก็ตายสนิทแล้ว ซึ่งจะพบในคนไข้ที่เป็น embolism ขนาดใหญ่ไปอุดตันหลอดเลือดทันที เช่น malignant MCA occlusion อาการจะรุนแรงมากในคนไข้ที่เป็น TIA เซลล์สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวแล้วกลับมาเลี้ยงใหม่ สมองขาดเลือดเป็นพัก ๆ เราจะพบว่า cell สมองสามารถทนการขาดเลือดได้นานและหลายครั้ง ก่อนที่จะเป็นอัมพาตจริง ๆ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ประสาท มีขบวนการสร้างสารจำเป็นเพื่อป้องกันตัว (secondary self protection) และเมื่อยามเกิด stroke จริง ๆ อาการก็จะรุนแรงน้อยลง

การที่ cell สมองขาดเลือดช่วงเวลาสั้น ๆ แล้วเราสามารถนำเลือดมาเลี้ยงได้ใหม่ แม้ช่วงเวลาสั้น ๆ ไม่กี่นาที เซลล์สมองก็จะสามารถสร้างสารจำเป็นเพื่อทนต่อ ischemia ได้นานขึ้น การมาของเลือดเหล่านี้ อาจเป็นจากการเปิดเส้นเลือดขึ้นมาใหม่เพียงชั่วคราวของ r-tPA หรือถาวรก็ได้ หรือเป็นจาก collateral circulation โดยเฉพาะ microcirculation เช่น ที่พบในผู้ป่วย acute stroke ที่ได้รับการฝังเข็มอย่างเร่งด่วน ก็ล้วนแต่มีผลเช่นเดียวกับการทำ Coronary angioplasty แล้วมี restenosis หรือทำฝังเข็มให้ collateral circulation มาเลี้ยงสัก 30 นาที แล้วเอาเข็มออก cell ของสมองและหัวใจก็สามารถทนต่อ hypoxia ได้นานขึ้นและมีผลการรักษาที่ดีกว่า พวกที่ไม่ได้ทำการรักษาดังกล่าว

สำหรับผู้ที่อนาคตจะเป็น stroke หากเราทำให้สมองขาดเลือดชั่วคราวบ่อย ๆ เพื่อให้ cell สมองฝึกหัดคุ้นเคยและสร้างสารจำเป็นต่าง ๆ เตรียมไว้เรื่อย ๆ ยามที่จะเกิด stroke อาการก็จะไม่รุนแรง แต่เราจะไม่สามารถใช้การรักษานี้ในคนได้ แต่นักวิจัยนั้นได้หาคำตอบนี้จากสัตว์ทดลองเรียบร้อยแล้วว่าเป็นเช่นนั้นจริง ๆ

### การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**ควรทำ brain imaging ทุกราย** เพราะอาการของ stroke นั้นคล้ายกัน แต่การรักษาโรคหลอดเลือดในสมองตีบและแตกนั้นแตกต่างกันในรายละเอียด หากวินิจฉัยผิดและให้การรักษาคือผิด จะเกิดอันตรายมากกว่าได้ประโยชน์ เช่น การให้ anti-platelet หรือ anticoagulant ในผู้ป่วยเลือดออกในสมอง จะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น

แม้ให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาตรวจผู้ป่วยด้วย ก็ยังอาจวินิจฉัยผู้ป่วยผิดบ่อย ๆ ระหว่าง lacunar infarction กับ small hematoma ซึ่งความเป็นจริงใน 24 ชั่วโมงข้างหน้า อาจจะทำให้เกิด growing hematoma ขนาดใหญ่และเสียชีวิตได้ การใช้ stroke score ต่าง ๆ ถือว่ามีความแม่นยำไม่มากพอ ต่อให้มีความถูกต้อง 90 % ขึ้นไปด้วย แต่การเสียชีวิต 10 % ถือว่าสูญเสียมากเกินกว่าจะยอมรับได้

ดังนั้นในยุคที่เครื่อง CT scan ไม่ได้แพงมาก โรงพยาบาลที่มีคนไข้พอสมควร จึงควรมีเครื่องนี้ โดยอาจจะรวมกลุ่มโรงพยาบาลใกล้เคียงกันหลาย ๆ โรงพยาบาลใช้ร่วมกัน ขอเน้นว่าควรทำทุกคนที่สงสัยว่าเป็น stroke แต่ถ้าโรคเป็นที่ brain stem จะมี limitation ของ CT scan อาจจะไม่เห็น infarction ที่ brain stem เพราะมี bony artifact ซึ่งการตรวจด้วยเครื่อง MRI จะเห็นชัดกว่า แต่โดยทั่วไป non-contrast CT scan brain เพื่อ screening ว่าไม่มี bleeding ในสมองร่วมกับการใช้ clinical sign และการซักประวัติอย่างดี นับว่ามีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการรักษาให้ได้ดีแล้ว

การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นที่ควรทำ เช่น CBC VDRL ESR blood sugar ในบางรายอาจต้องตรวจ tumor marker หากสงสัย brain metastasis, CBC ดู platelet และโรคเลือดต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิด stroke เช่น polycythemia vera, thrombocytosis, leukemia, VDRL ดู neuro-syphilis, ESR ดู autoimmune CNS vasculitis และ coagulogram ดู hypercoagulable stage ในบางรายอาจตรวจเพิ่มพิเศษ เช่น anticardiolypin Ab, antiphospholipid Ab เป็นต้น

### การพิจารณาให้การรักษา

ตารางที่ 1 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้การรักษาใน Thrombosis & Embolism		
r-tPA	LMW heparin	Anti-platelet
Golden Period	Controversy Period	Subacute Period
3 – 4.5 hrs.	3 - 72 hrs.	> 72 hrs
	Anti-platelet + Acupuncture	Anti-platelet+Acupuncture

**ตารางที่ 1** แสดงช่วงเวลาให้การรักษาที่เหมาะสมในกรณีของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด หากผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลเร็วและสามารถให้ยาได้ภายใน 3 - 4.5 ชั่วโมง เรียกว่า golden period ให้ r-tPA เข้าหลอดเลือดดำหรือทางหลอดเลือดแดง ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการจาก thrombosis และ embolism

ในกรณีที่มาใน acute phase แต่เกิน 3 - 4.5 ชั่วโมง ถ้าเป็น thrombosis การให้ heparin ไม่ว่าจะ เป็น low molecular weight heparin หรือ unfractionated heparin มีการศึกษายืนยันแล้วว่า ได้ผลไม่ดีกว่า antiplatelet แต่กลับมี bleeding complication มากกว่า

#### ยกเว้นบางกรณีดังต่อไปนี้ ที่ Heparin อาจมีที่ใช้

1. Stroke ที่เกิดจาก embolism ทั้งที่มาจากหัวใจ (cardiac embolism) และหลอดเลือดแดง (artery to artery embolism) แต่หากเป็น embolism อุดตันเส้นเลือดขนาดใหญ่อย่าง main MCA

บริเวณเนื้อสมองตายจะกว้างมาก โอกาสจะเกิดเลือดออกแทรกซ้อนในเนื้อสมองที่ขาดเลือดตาย จะมากด้วย (hemorrhagic transformation) จึงควรทำ CT scan ซ้ำ ภายใน 5 - 14 วัน หากไม่มีเลือดออกแทรกซ้อน จึงค่อยให้ heparin

2. Stroke in evolution ที่ให้การรักษาด้วย antiplatelet แล้ว ยังมี progression ตลอด

3. โรคสมองขาดเลือดที่ posterior circulation ซึ่งประกอบด้วยเส้นเลือดเล็ก ๆ ที่มี collateral circulation น้อยกว่า anterior circulation ของ carotid system บ่อยครั้งพบว่า การให้แต่ antiplatelet ไม่ได้ผล การให้ anticoagulant จะได้ผลดีกว่า

โดยข้อเท็จจริงใน acute stroke มี antiplatelet เพียงตัวเดียวที่มี double blind RCT study ว่ามีประโยชน์ คือ การให้ aspirin ภายใน 48 ชั่วโมง หลัง onset เท่านั้น

ตารางที่ 2 ระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้การรักษานใน Intracerebral hemorrhage		
Golden Period	NO effective Rx Brain edema Growing Hematoma	Recovery Period
4 hrs.	>4 hrs.	1-2 weeks
Rx: NOVO7	Rx: Brain edema Adjust fluid-electrolyte	Rx: Acupuncture Physical & occupational therapy

**ตารางที่ 2** แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วย intracerebral hemorrhage ที่มาภายใน golden period คือ ภายใน 4 ชั่วโมง หลังเกิดเลือดออก drug of choice คือยา NOVO7 ซึ่งปัจจุบันประสาทแพทย์ส่วนใหญ่เลิกใช้แล้ว แต่ถ้ายา 4 ชั่วโมงไปแล้ว ก็มีแต่การรักษาแบบประคับประคอง การให้การรักษาสมองวม และป้องกัน brain herniation

ในตารางที่ 1 และ 2 ได้แสดงให้เห็นระยะเวลาที่เหมาะสม สำหรับการฝังเข็มร่วมด้วย ซึ่งหากนำมาร่วมในการรักษา จะทำให้ผลการรักษาดีมาก

**สิ่งสำคัญคือ ความแม่นยำ ในการกำหนดค่าการคิด stroke onset** ว่าจะคิดอย่างไร หากไม่มีความแน่ใจว่า onset อยู่ที่ใด การรักษาต่าง ๆ ก็จะมีผลไปหมด ตัวอย่างเช่น ญาติพาคนไข้มา บอกตื่นนอน เวลา 8 โมงเช้า ก็เห็นว่าแม่หมดสติอยู่ข้างเตียงนอน หากเราถามประวัติผู้ป่วย ญาติจะบอกว่าแม่เพิ่งเป็นตอน 8 โมงเช้านี้เอง ตอนมาหาเราเป็นเวลา 9 โมง พังดูเหมือนไม่มีอะไร คงคิดว่า stroke



onset คงจะเป็น 1 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล ในความเป็นจริงอาจนานกว่า 4-5 ชม. หากให้ r-tPA ก็จะมีโอกาสเกิด bleeding complication สูงมาก

ความถูกต้องคือ **ต้องถามญาติว่าเห็นคนไข้ในสภาพที่ตีปัดครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่** เด็กที่ดูแลคนไข้บอกเห็นคนไข้ลุกขึ้นมาเดินไปปัสสาวะตอนตี 2 จากนั้นไม่เห็นคนไข้อีก แบบนี้เราต้องนับว่า stroke onset เท่ากับ 6 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งไม่ใช่ candidate case ของการให้ r-tPA แล้ว สรุปคือ **“การดู onset หากไม่ชัดเจน ต้องนับเวลาครั้งสุดท้ายที่เห็นคนไข้ว่าปกติอยู่เป็นเกณฑ์”**

### ประสิทธิภาพของยา

อาจพิจารณาประสิทธิภาพของยา เมื่อให้ตรงตามข้อบ่งชี้ และให้ถูกต้องตามเวลา โดยพิจารณาจากค่า NNT (Number need to treat)

ASA	ค่า	NNT = 83
rt-PA		NNT = 16
NOVO7		NNT = 5-7
Stroke unit		NNT = 18

ความหมายคือ ต้องใช้ ASA รักษาผู้ป่วย 83 คน จึงจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย 1 คน ต้องรักษาผู้ป่วยด้วย r-tPA 16 คน จึงจะช่วยผู้ป่วยได้ 1 คน ต้องใช้ NOVO 7 รักษาผู้ป่วยเส้นโลหิตตีในสมองแตก จำนวน 5 - 7 คน จึงจะช่วยผู้ป่วยได้ 1 คน และถ้าเราเอาผู้ป่วย stroke ไปรักษาใน stroke unit 18 คน ก็จะช่วยคนไข้ได้ 1 คน

จะเห็นว่าแม้ stroke จะมีคูโลกเรามาขนาดเท่ากับอายุของมนุษย์คนแรก (หากเขามีชีวิตอยู่จนถึงปัจจุบัน) แต่ช่วยคนไข้ได้น้อยมาก จึงไม่ต้องสงสัยว่าทำไมจึงต้องหาวิธีอื่นมาช่วยรักษาผู้ป่วยด้วย

ASA ตั้งแต่ขนาด 75 - 300 mg/day ถือว่า effective แต่ bleeding complication แปรผันตรงกับ dose ของ ASA คิดว่า 75 x1 หรือ 75 x 2 ก็น่าจะเพียงพอ

Antiplatelet อื่น ก็อาจจะใช้ได้ เช่น

-: Clopidogrel (Plavix) มีผลข้างเคียงน้อยกว่า ticlopidine และมีประสิทธิภาพสูงกว่า ASA เล็กน้อย การศึกษา ใช้ ASA ร่วมกับ clopidogrel พบว่า ให้ผลการรักษาไม่ดีกว่า clopidogrel ตัวเดียว

-: Ticlopidine (Ticlid) พบว่ามีผลข้างเคียงทางโลหิตวิทยาได้บ่อยพอสมควร และพบว่าการให้ ASA ร่วมกับ ticlopidine ในคนสูงอายุ ทำให้เกิดเลือดออกในสมองได้ง่าย

-: Dipyridamole (Persantin) dipyridamole ชนิด plain dipyridamole มีผลข้างเคียงที่สำคัญคือปวดศีรษะรุนแรงได้ ความสำคัญอีกประการที่ไม่ค่อยมีคนรู้ คือ การดูดซึมของ plain dipyridamole จะน้อยลงเมื่อ acid pH เพิ่มขึ้น ดังนั้นหากให้กิน plain dipyridamole ร่วมกับยาลดกรดที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น กลุ่ม proton pump inhibitor จะลดประสิทธิภาพของ Dipyridamole ปัจจุบันมียา dipyridamole รูปแบบใหม่ ผสมรวมกับ ASA (Aggrenox) นำมาใช้อยู่ในผู้ป่วยที่แนะนำให้ใช้ใน stroke ด้วย dipyridamole ในรูปแบบนี้ การดูดซึมจะไม่ถูกรบกวน โดย acid-pH ในกระเพาะอาหาร

-: Cilostazol (Pletaal) เป็น antiplatelet ที่น่าสนใจอยู่ 2 ประการ คือ

1. มีฤทธิ์ vasodilator คล้ายกับ pentoxifiline แต่ผลข้างเคียงน้อยกว่ามาก จึงเป็น antiplatelet ที่เหมาะสำหรับ peripheral vascular disease แต่เอามาใช้รักษา stroke ก็ได้ผลเช่นกัน
2. ฤทธิ์ในการยับยั้ง platelet aggregation ชั่วคราว แบบระยะสั้น ต่างจาก Clopidogrel, ASA, Ticlopidine, Dipyridamole ซึ่งจะ inhibit platelet function ตลอดอายุไขของ platelet เลย คนไข้ที่ใช้ยา cilostazol หากจำเป็นจะต้องทำการผ่าตัด จะหยุดยาเพียง 3 วัน ก็สามารถผ่าตัดได้เลย ไม่ต้องหยุดยา 1 สัปดาห์ เหมือน antiplatelet อื่น ๆ

**การรักษาที่จำเป็นอื่น ๆ ที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ**

1. Hydration และ Fluid management
2. Blood pressure control
3. Normoglycemic control
4. Intracranial pressure & Brain edema management
5. Respiratory support
6. Patient posture adjustment
7. Dietary support
8. Early rehabilitation
9. Neurosurgery consultation

## **Hydration & Glycemic Control**

การจัดการรักษาผู้ป่วย stroke แบบ hyperacute infarction เปรียบเหมือนกับการบริหารจัดการน้ำ เพื่อช่วยต้นข้าวในนาที่กำลังจะตายเพราะขาดน้ำนั่นเอง **การให้ intravenous fluid ที่มากเพียงพอ นั้น สำคัญกว่ายาใด ๆ** เมื่อสังเกตดูจะพบว่าผู้ป่วยที่มี intracerebral perfusion น้อยอยู่แล้ว มี thrombosis อยู่มากแล้ว เมื่อมีภาวะที่สมดุลของน้ำในร่างกายลดลง เช่น ท้องเสียถ่าย 6 - 7 ครั้ง



เป็นไข้สูง เสียเหงื่อมาก หรือมีปัญหาทาง GI กินอาหารไม่ได้ เพราะคลื่นไส้ อาเจียน เดินทางไกล กินน้ำน้อย เหล่านี้มักเป็นเหตุการณ์ที่นำหน้ามาก่อนที่ผู้ป่วยจะมี stroke attack

แม้ไม่มีเหตุการณ์เหล่านี้ให้นำหน้ามาอย่างชัดเจน ผู้ป่วยเป็นจำนวนมากก็รอดพ้นจาก stroke ไปได้ โดยให้ IV fluid ให้เพียงพอ แต่มีข้อควรระวังในการให้ IV fluid 2 ประการ คือ

1. **อย่าให้ hypotonic saline** เพราะจะทำให้ brain edema มากขึ้นได้
2. **อย่าให้เกิด hyper หรือ hypoglycemia** เพราะมีการศึกษาอย่างดีแล้วว่า ระดับของน้ำตาลในเลือดเป็นตัวแปรที่สำคัญของ stroke outcome ดังนั้น จึงต้องพยายามให้ผู้ป่วยมี normoglycemia อยู่ตลอดเวลา ระบุในตอนนี้อย่างน้อยจะให้ 5%D/NSS ถ้ากินไม่ได้ หรือให้ NSS ถ้าเป็น DM และกินได้ดี ในอัตราค่อนข้างเร็ว hydration นี้จะปลอดภัยและได้ผลดี ในกรณี hyperacute stroke ในช่วงแรก ๆ ของ cerebral infarction เท่านั้น หากช่วงที่มี brain edema นี้จะไม่ปลอดภัยและใน hemorrhage stroke ก็อาจจะไม่ปลอดภัยเช่นกัน

### Blood pressure control

หากเป็นเลือดออกในสมอง ปัจจุบันมีแนวโน้มจะควบคุมความดันโลหิตให้เป็น normotension อาจช่วยลดการเกิด growing hematoma จึงแนะนำให้ควบคุม เป็น high normotension

สำหรับในรายสมองขาดเลือด มักจะปล่อยให้ความดันโลหิตสูงอยู่ โดยหยุดยาลดความดันโลหิตทั้งหมด เหลือแต่  $\beta$ -blocker และจะลดความดันโลหิต เมื่อ systolic BP > 220 หรือ diastolic > 120 mmHg อย่างไรก็ตามหนึ่ง โดยพยายามควบคุมให้ mean arterial pressure อยู่ระหว่าง 120 - 140 mmHg

**มีข้อยกเว้นว่า** จะต้องลดความดันโลหิต ทั้ง ๆ ที่ Systolic BP < 220 และ/หรือ diastolic < 120 mmHg ในกรณีต่อไปนี้

1. มี LV failure
2. มี Aortic dissection
3. มี Acute MI
4. มี Acute renal failure
5. มี Hypertensive encephalopathy

ยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสมใน acute stroke attack หากเป็นยาเข้าหลอดเลือดดำกรณีที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง ใช้ nicardipine, nitroglycerin หรือ sodium nitroprusside หยุดยาหลอดเลือดดำ แต่ sodium nitroprusside เป็นยาที่ไม่เหมาะสมจะใช้ติดต่อกันหลายวัน เพราะอาจทำให้ความดันในสมองสูงได้

หากจะให้ยากิน  $\beta$ -blocker ควรให้ชนิดที่ไม่ผ่าน blood brain barrier เช่น atenolol

การใช้ short acting ACEI เช่น captopril หรือ ACEI ARB ตัวอื่น ๆ รวมทั้ง calcium antagonist ก็สามารถใช้ได้ **ยกเว้นชนิดเดียวที่ห้ามใช้ คือ nifedipine** เพราะผลของยานี้ ยากจะคาดเดา ในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วย stroke จึงอาจเกิดอันตรายต่อสมองมากขึ้น

ในผู้ป่วยที่ไม่เคยเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อนหลังจาก stroke attack ผ่านไป 1 - 2 สัปดาห์ ความดันโลหิตมักจะกลับมาปกติ ในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงอยู่ และปล่อยให้ความดันโลหิตสูงช่วง acute stroke attack เพื่อเพิ่ม cerebral perfusion เมื่อเวลาผ่านไป 1 - 2 สัปดาห์แล้ว จึงจะพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตจนเป็นปกติเช่นเดียวกัน หลักการนี้พิจารณาจาก auto-regulation ของสมองที่มีการ shift ไปชั่วคราวระหว่างที่มี stroke attack

ที่กล่าวทั้งหมดนี้ ไม่ครอบคลุม การควบคุมความดันโลหิต ใน subarachnoid hemorrhage ซึ่งมีรายละเอียดมากกว่าจะกล่าวในที่นี้

### **Intracranial pressure & Brain edema management**

ที่พบว่าผิดปกติบ่อยมี 2 กรณี ได้แก่

1. การให้ IV fluid ไม่เหมาะสมโดยให้เป็น hypotonic solution เช่น 5% D/NSS/2 ตั้งแต่ที่ ER พอถึง ward ก็ให้ต่อ ๆ ไป ทุก ๆ วัน จะทำให้สมองบวมมาก

2. การให้ hydration ผู้ป่วยยาวนานเกินไป อันนี้จะไม่ค่อยมีอันตรายหากเป็น infarction ขนาดเล็ก ๆ แต่ถ้าเป็น infarction ขนาดใหญ่ หรือ miss diagnosis ไปให้ในพวกเลือดออกในสมอง จะเกิดสมองบวมมากจนทำให้มี brain herniation ดังที่เน้นไว้แล้วว่า **hydration นั้นปลอดภัยในช่วง 3-4 ชั่วโมงแรก ๆ เท่านั้น** หากให้ hydration ไปพอสมควรแล้ว stroke ไม่ได้ขึ้น คงต้องพิจารณาใหม่ และหากผล CT brain กลับมาเป็น stroke ที่มีเนื้อสมองตายขนาดใหญ่ หรือเนื้อสมองตายจากหลอดเลือดสมองใหญ่อุดตัน เช่น malignant MCA occlusion **เราอาจให้การรักษ brain edema ไว้เลย** เพราะหากรอวันที่ 3 - 4 ไปแล้ว สมองอาจจะบวมมากจนการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล และอาจต้องทำ craniectomy เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย หากรอจนผู้ป่วยซึมลง แล้วทำ CT จึงพบว่า brain edema เป็นมากแล้ว ผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อ brain herniation เพราะรักษาไม่ทันเวลา เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

วิธีการรักษาอย่างไรบ้างในการรักษา intracranial pressure สูง เริ่มจากการจัดทำผู้ป่วยอย่าให้ **คอพับหัก jugular vein** เพื่อให้ drainage ของเลือดกลับลงมาจากหัวทำได้สะดวก ไขหัวเตียงขึ้น 30 องศาตลอด hyperventilation ให้ Pco<sub>2</sub> อยู่ระหว่าง 30 - 35 mmHg เป็นมาตรการชั่วคราวจะมีประสิทธิภาพช่วยลด brain edema ได้สักไม่กี่ชั่วโมง จากนั้นก็จะไม่ได้ผลไม่ต้องทำต่อเป็นวัน ๆ

การให้ manitol 1 gm/kg loading dose IV ภายใน 20 นาที ตามด้วย 0.25-0.5 gm/kg IV ทุก 6 ชั่วโมง หรือ 10% glycol 250 mg IV ใน 1 ชั่วโมง วันละ 4 ครั้ง สามารถใช้ได้สะดวก แต่ manitol มี rebound brain edema มากหลังหยุดใช้ จึงใช้ไม่ปลอดภัยที่จะใช้ชานานเดียว อย่างไรก็ตาม

manitol นับว่า effective และมีประโยชน์ใน life saving ก่อนทำผ่าตัดสมอง (ในกรณีที่ต้องผ่าตัด) Extravasations ของ manitol จะมี skin และ soft tissue reaction ที่รุนแรง ดังนั้น การให้ยาต้องระวังไม่ให้ยามี leakage ออกนอกหลอดเลือด

ในประสบการณ์ส่วนตัว การทำ osmotherapy เพื่อลด intracranial pressure พบว่าวิธีที่ effective มากที่สุด คือ human albumin + Furosemide โดยให้ 20% human albumin 10-20 gm เข้าหลอดเลือดดำใน 4 ชม. ตามด้วย furosemide วันละ 1 - 3 ครั้ง จะช่วยคนไข้ได้มาก มักจะต้อง stress kidney จนเห็นว่า BUN เริ่มขึ้นสูงกว่าปกติเพียงเล็กน้อย เราค่อยลดการให้ลงเพื่อป้องกัน renal failure

การทำ osmotherapy จะต้องระวังภาวะต่อไปนี้ heart failure, hypopotassemia, renal failure จากประสบการณ์ที่ปฏิบัติมา หากให้การรักษาดังกล่าวเร็วพอ เช่น เราประเมินแล้วว่า infarction ขนาดใหญ่หรือมีเลือดออกในสมองขนาดใหญ่มาก จะต้องเกิด brain edema มากแน่นอน เราก็เริ่มการรักษาเล็กน้อยก่อนและเข้มข้นขึ้นเมื่อ brain edema เริ่มมากขึ้น โดยติดตามจาก clinical (ผู้ป่วยอาจจะซึมลง หรือการหายใจเปลี่ยน หรือมี neurodeficit เพิ่ม หรือเริ่มมี brain stem sign หรือ long tract sign เช่น plantar reflex ที่แรกเริ่มผิดปกติข้างเดียว กลับกลายเป็นผิดปกติ 2 ข้าง) หรือ CT scan ติดตามผลการรักษามักทันเวลา ทำให้รักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ได้ และสามารถหลีกเลี่ยงการผ่าตัดสมองเพราะ brain herniation ได้

### Posture adjustment

1. อย่าให้คอหักพับ เพราะอาจทำให้ intracranial pressure เพิ่มขึ้น และ air passage แคบลง เกิด hypoxia
2. หากนอนจัดท่าเป็น semi-prone position นอนตะแคง หัวต่ำก็ดีกว่าจะดีที่สุด โอกาสเกิด aspiration และ secretion ในปากก็จะออกมาได้ แต่ถ้ากำลังมี brain edema นอนศีรษะสูง 30 องศาจะดีกว่า ถ้าทำได้
3. แขนขาข้างที่อ่อนแรงหากอยู่ต่ำจะบวมมากเพราะ muscle tone ลดลง การบีบเอาเลือดดำกลับได้ไม่ดี ควรจัดให้ตะแคงเอาด้านที่อ่อนแรงขึ้นให้มากกว่าอีกด้านหนึ่ง อาจจะใช้อัตรา 2 ต่อ 1 ของช่วงเวลา เป็นต้น
4. อย่าให้นอนท่าเดียวนานจนเป็น pressure sore พยายามพลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง
5. หากมีเส้นเลือดขอด ให้ช่วยนวดจากปลายเท้าไปยังโคนขาและช่วยขยับขา เพื่อป้องกัน deep vein thrombosis โดยเฉพาะ คนที่อ้วนหรือพวกที่มี thrombo-embolism ได้ง่าย

## Respiratory & Dietary support

ความผิดปกติตรงนี้ทำให้เสียชีวิตไปมาก ต้องระวังผู้ป่วยที่มี infarction หรือ hemorrhage ของ brain stem และ cerebellum เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมี bulbar paresis ทางเดินหายใจจะปิดลง เนื่องจาก tone ของกล้ามเนื้อในช่องปาก คอและลิ้นจะลดน้อยลง จนไม่สามารถ maintain air passage ได้ หากเราไม่ recognized แล้ว ผู้ป่วยมักจะมี secondary hypoxia และเสียชีวิตใน ward

โดย clinical เราจะทราบได้อย่างไรว่าอันตรายมาถึงผู้ป่วย ประการแรก **ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือ lesion แถว brain stem และ cerebellum โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการของ stroke อย่างชัดเจน แต่ CT scan ปกติ** (เพราะ lesion ของ brain stem CT มักมองไม่เห็น) คนไข้ที่มี central vertigo ตามที่อธิบายไปตอนต้นแล้ว พวกนี้เวลาพูดเสียงอ้อแอ้ สำลักอาหารคือมีทั้ง dysarthria และ dysphagia เวลาหายใจมี stridor คนไข้เหล่านี้อาจจะต้องรับไว้สังเกตอาการใน ICU หากซีมีลงหรือ O<sub>2</sub> sat. น้อยกว่า 95% (โดยไม่ได้เป็น COPD มาก่อน) และให้ O<sub>2</sub> cannula แล้ว O<sub>2</sub> sat. ก็ไม่ขึ้น **ต้อง intubation หรือใส่เครื่อง BiPAP ช่วยเหลือผู้ป่วยทันทีอย่าได้ช้าจะเสียชีวิต** หรือจะมี stroke progression และรักษาไม่ทันเวลา ตรงกันข้ามหากเรา support เรื่อง respiration ทันเวลา จะมี outcome ที่ดีกว่ากันมาก **ผู้ป่วยประเภทนี้อย่าได้ extubation เร็ว ต้องรอดูว่า brain stem sign ต่าง ๆ มี recovery แล้วจึงจะ extubation**

การให้อาหารผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบาก รายใดมีแนวโน้มว่าจะกลืนไม่ได้ ให้สังเกตว่า กล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนและการพูด มักจะเป็นกลุ่มกล้ามเนื้อในลำคอที่คล้ายกันมีปัญหาหรือไม่ ดังนั้น ผู้ป่วยที่พูดไม่ได้ชัดเจน ให้สันนิษฐานไว้เลยว่า ผู้ป่วยอาจมีการกลืนลำบากและสำลักได้ง่าย ยิ่งเห็นเสมหะ ค้างในคอยิ่งต้องระวัง อาจจะต้องให้ NG tube feeding ไปก่อน

ให้ใช้ NG tube เบอร์เล็ก ๆ เช่น No.12 เพราะการใส่ NG tube เบอร์โต นอกจากจะเจ็บมากกว่าแล้ว ยังจะทำให้ปิด opening ของโพรงจมูก เกิด collection ของ secretion ในช่องจมูกและโพรงจมูก เกิด colonization ของ hospital bacteria และ aspiration เอาเชื้อที่ดื้อยาออกไปเป็น pneumonia ที่รักษายากในที่สุด

## Early rehabilitation

เป็นหัวใจในการป้องกัน subacute complication ต่าง ๆ ตั้งแต่ joint stiffness, muscle atrophy, joint subluxation และ pressure sore การทำการเคลื่อนไหวอยู่บ่อย ๆ โดยเฉพาะ antagonist muscle ของกล้ามเนื้อที่มี weakness อยู่จะทำให้ spasticity ในภายหลังน้อยลง การที่ผู้ป่วยมีเพื่อนมาช่วยฟื้นฟูสภาพและได้ทำ physical & occupational therapy ร่วมกับผู้ป่วยอื่น ๆ หรือพูดคุยกับผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ค่อย ๆ ฟื้นฟูสภาพ จะช่วยทำให้ post stroke depression ลดลง การทำ occupational therapy ผึกกลืนนั้นมีประโยชน์ ช่วยคนไข้ที่มีภาวะกลืนลำบาก ค้นพบวิธีการกินของ

ตนเอง และมีโอกาสเกิด aspiration ลดลง เมื่อได้ลองทานอาหารที่ modify ให้มีความหนืดเพิ่มขึ้น โดยผสม stickiness substance บางอย่างลงไป

### Neuro Surgeon Consultation

ในปัจจุบันบทบาทของศัลยแพทย์ในการรักษา acute stroke มีน้อยลง แต่ยังต้องเข้ามาช่วยในบางกรณี ดังต่อไปนี้

1. Cerebellar infarction และ cerebellar hemorrhage พยาธิสภาพที่เกิดใน posterior fossa ซึ่งมีพื้นที่จำกัด ดังนั้นในเวลาอันรวดเร็วก็จะเกิดเนื้อสมองบวมกด brain stem ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นหากพบ infarction หรือ hemorrhage ในบริเวณนี้ อาจจะต้องติดตามอาการผู้ป่วย ใกล้เคียงๆ evaluate อาการบ่อย ๆ และ ปรีกษาศัลยแพทย์ระบบประสาทเร็วหน่อย จึงจะแก้ไขทัน โดยทำ posterior decompression

2. Large hemispheric infarction หรือ hematoma ซึ่งมี pressure effect อย่างมากจากก้อนเลือดออก หรือจาก brain edema โดยเฉพาะมี midline shift มากหรือ impending brain herniation ต้องทำ life saving wide craniectomy

3. Intraventricular blood ซึ่งมีจำนวนมาก หรือมี obstructive hydrocephalus อาจจะต้องทำ ventriculostomy ระบายเลือดออก หรือทำ shunt

4. Intracerebral bleeding จาก abnormal vessel เช่น AVM aneurysm จะต้องทำ 4 Vessels angiogram และรีบทำผ่าตัดแก้ไข ก่อนที่จะมีเลือดออกซ้ำ

### บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมองนั้น มีโอกาสเดียวที่จะรักษาได้ดีคือ 3 - 4.5 ชั่วโมงแรกหลัง onset ของ ischemic stroke โดยการให้ r-tPA และ 4 ชั่วโมงแรกหลัง Hemorrhagic stroke โดยการให้ NOVO7 การ approach เหมือนกับ heart attack เพราะนี่คือ brain attack การเกิดโรคและพื้นฐานของโรคเช่นเดียวกัน Cardiologist รู้ดีว่า acute MI หากปล่อยให้เจ็บหน้าอกนานเกิน 30 นาที มักติดตามมาด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย แพทย์ทั้งหลายก็ควรรู้ว่า เนื้อสมองก็จะตายอย่างถาวรเช่นเดียวกัน และนี่คือที่มาของประโยค **“Time is Brain”**

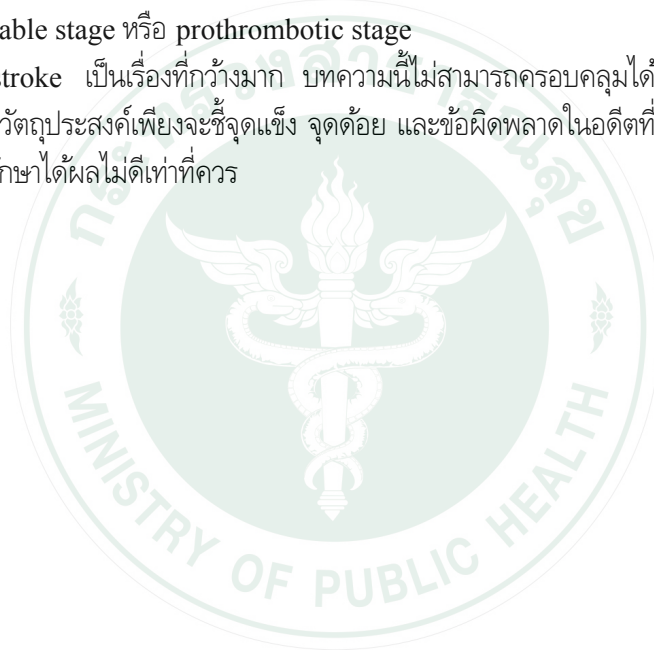
หัวใจของการรักษาโรค จึงเป็นความเร็วในการ recognize และการเริ่มต้นการรักษา ความแม่นยำในการระบุ onset ของโรค เพื่อที่จะได้ใช้ยาและวิธีการอันเหมาะสมต่อการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย จังหวะใดควรระวังอะไร และควรประเมินสิ่งที่จะเกิดในอนาคต จากนั้นไม่เพียงแต่จะเฝ้าระวัง ยังต้องรักษาเร็วกว่าเดิมไปอีกหนึ่ง shot เช่น การเริ่มให้การรักษา brain edema ตั้งแต่มันยังไม่เกิด แต่ได้ประเมินแล้วว่า มันจะเกิดขึ้นแน่นอนในอนาคต เพื่อหลีกเลี่ยงการนำผู้ป่วยซึ่งอาการไม่คงที่อยู่แล้ว ไปดม



ยาสลบ ทำ life saving craniotomy ซึ่งผู้ป่วยอาจจะไม่ตื่นอีกเลย หรือการ consult Neurosurgeon ใน early cerebellar hemorrhage หรือ large cerebellar infarction ก่อนที่จะเกิด brain edema และ brain herniation จนผ่าตัดไม่ทัน

สำหรับ ischemic stroke ที่เป็น lacunar infarction จะไม่มีที่ใช้ของ anticoagulant เลย ให้แต่ antiplatelet เท่านั้น นอกจากกรณีเดียวซึ่ง controversy คือ stroke progression ใน ischemic stroke ที่ need anticoagulant มีเพียงไม่กี่กรณี เช่น cardio-embolism, artery to artery embolism (ซึ่งบางท่านจะให้ antiplatelet), stroke progression, venous thrombosis with stroke ที่มี hypercoagulable stage หรือ prothrombotic stage

เรื่องของ stroke เป็นเรื่องที่กว้างมาก บทความนี้ไม่สามารถครอบคลุมได้ทุกมุมมองของโรคนี้ โดยรอบด้าน แต่มีวัตถุประสงค์เพียงจะชี้จุดแข็ง จุดด้อย และข้อผิดพลาดในอดีตที่เคยพบเห็นในผู้ป่วย stroke ทำให้การรักษาได้ผลไม่ดีกว่าที่ควร



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

## บทที่ 2

### โรคหลอดเลือดสมองในทัศนะแพทย์แผนจีน

ศาสตร์การแพทย์แผนจีน เรียกโรคหลอดเลือดสมองว่า “จิ้งเฟิง (中风)” หมายถึง โรคที่มีอาการหน้ามืด ล้มลงหมดสติล้มพับลง ร่างกายครึ่งซีกอ่อนแรง ปากเบี้ยว เห็นภาพซ้อน พูดติดขัด หรืออาจไม่มีอาการล้มลงหมดสติ แต่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก จนถึงอาการ ปากเบี้ยว เห็นภาพซ้อน

ลักษณะพิเศษของโรคจิ้งเฟิง คือ เกิดอาการล้มพับลงชัดเจน จากหลายสาเหตุ เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว มีลักษณะคล้ายกับลมในธรรมชาติ ซึ่งเคลื่อนไหวเร็วและเปลี่ยนแปลงง่าย คำว่า 中 แปลว่า ถูกกระทำ และ 风 แปลว่า ลม จิ้งเฟิง โดยรูปศัพท์จึงหมายถึง โรคที่ถูกกระทำโดยลม

โรคจิ้งเฟิงจัดเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้น ๆ ของการแพทย์จีน และยังเป็นโรคที่ได้ชื่อว่า “สามสูงในหนึ่งเดียว (三高一多)” คือ เป็นโรคที่มี อัตราการเกิดโรคสูง อัตราตายสูง และอัตราการพิการสูง

#### ประวัติเกี่ยวกับโรคจิ้งเฟิง

โรคจิ้งเฟิง เป็นโรคที่มีการกล่าวถึงในคัมภีร์ทางการแพทย์จีนทุกยุคสมัย เป็นเวลายาวนานกว่า 2000 ปี โดยมีชื่อเรียกและทัศนะต่อโรคต่างกันไปในแต่ละยุคสมัย

**คัมภีร์เน่ยจิง** (内经) คัมภีร์การแพทย์จีนที่สมบูรณ์และสืบทอดมากกว่า 2000 ปี ได้บันทึกเกี่ยวกับอาการของโรคจิ้งเฟิง ในการดำเนินของโรคที่ต่างกัน โดยเรียกภาวะหน้ามืดล้มลง หรือเกิดอาการล้มพับลง ว่า ผู้จี้ (朴击) ต่ำเจี๋ย (大厥) หรือ ป้อเจี๋ย (薄厥) และในกรณีที่อ่อนแรงครึ่งซีก ใช้คำว่า เปียนกู่ (偏枯) เปียนเฟิง (偏风) หรือ เฟียงเฟิง (痲风)

เกี่ยวกับสาเหตุของโรค คัมภีร์เน่ยจิง ได้บันทึกไว้หลายแห่ง เช่น

- ในภาค **หลิงชู่** บท **ซื่อเจี๋ยเจินเสี๋ย** (灵枢，刺节真邪) กล่าวว่า เมื่อพร่อง ลิงก่อโรคเข้า รุกราน...เกิดเป็นเปียนกู่

- ในภาค **หลิงชู่** บท **เซิงชี่ทงเฟียนลู่เนี่ยน** (灵枢，生气通天论篇) หยางชี่ จากการโกรธจัด... เลือดจะคั่งที่ส่วนบนทำให้เกิด ป้อเจี๋ย

- ในภาค **ซู่เวิน** บท **เถียวจิงลู่เนี่ยน** (素问，调经论篇) ซื่อที่ไปกับเลือดโถมขึ้นส่วนบน เกิดต่ำเจี๋ย หากรุนแรงทำให้ตายได้ หากชกน้าที่กลบลงล่างได้จะรอด หากกลับไม่ได้จะตาย

- ในภาค **ซู่เวิน** บท **ทงผิวชวีสี่ลู่เนี่ยน** (素问，虚实论篇) ผู้จี้ และ เปียนกู่... คนรวยชนชั้นสูงจะป่วยเป็นโรคจากอาหารการกิน



สมัย**ราชวงศ์ฮั่นตะวันออก** (ค.ศ. 25-220) แพทย์ **จางจิ้งจิ่ง** (张仲景) ได้บันทึกตำราเกี่ยวกับโรคที่มีอาการไข้จากความเย็นชื่อว่า **ซางหันจ้งบิ่งลุน** (伤寒杂病论) ได้กล่าวถึงโรคจ้งเฟิง ใน 2 ความหมาย คือ โรคไข้ที่เกิดลมภายนอกมากกระทำ เรียกว่า “ซางหันจ้งเฟิง (伤寒中风)” และโรคที่เกิดจากลมภายในเรียกว่า “จ้งเฟิง (中风)” รวมทั้งได้บันทึกอาการของโรคไว้ในคัมภีร์ **จินคฺย** (金匮) ว่า “ลมก่อให้เกิดโรค มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ขยับไหล่ไม่ได้ ปวดชา ซึ่พจรเบาเร็ว” ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับโรคจ้งเฟิงในปัจจุบันนั่นเอง

ในยุค**ก่อนราชวงศ์ถัง** (ค.ศ. 618-907) ทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุของโรคยังคงเชื่อว่า เกิดจากลมภายนอกเป็นหลักและมีพร่องภายใน จนถึง **ราชวงศ์จิน-เหยวียน** (ค.ศ. 1115-1234 และค.ศ. 1206-1368) ได้เกิดแนวคิดทฤษฎีใหม่ว่า สาเหตุและกลไกการเกิดโรคมามากจากปัจจัยภายใน เช่น แพทย์ **หลี่ตงเหยวียน** (李东垣) เสนอว่า “เจิงชี่ (正气) อ่อนแอ ทำให้ลมภายในเคลื่อนไหวแปรปรวน” และ “โรคจ้งเฟิงมีสาเหตุจากการที่ชี่ดั้งเดิม (元气) พร่อง ทำให้ไฟหัวใจกำเริบ” แพทย์ **จูตวนซี** (朱丹溪) เสนอเรื่องสาเหตุของโรคเกี่ยวกับเสมหะว่า “ภาวะพร่องแล้วมีเสมหะ ทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีก” และ “ความชื้นเสมหะทำให้เกิดความร้อน” แพทย์ **หวางหลี่** มีมุมมองจากสาเหตุของโรคแล้ว เสนอแบ่ง จ้งเฟิง เป็น “เจินจง (真中)” และ “เน่ยจง (类中)”

สมัย**ราชวงศ์หมิง** (ค.ศ.1368-1644) แพทย์ **จางจิ้งเอี้ย** เสนอแนวคิด “สาเหตุของโรคเกิดจากการสะสมของการบาดเจ็บภายใน (เพยเฟิง: 非风)” โดยในหนังสือ **จิ้งเอี้ยเจี้ยนชฺู เพยเฟิง** (景兵全书, 非风) กล่าวว่า “บรรดาคนที่เป็นโรคนั้น ส่วนใหญ่เกิดจาก ไม่ระมัดระวังอาหารที่กิน หรือการดื่มสุรามากไป หรือเกิดอาการบาดเจ็บภายในจากอารมณ์ที่เจ็ด หรือหมกมุ่นกิจกรรมทางเพศมากเกินไป... ทำให้เกิดอินพร่องก่อน แล้วเกิดหยางพร่องตามมา อินลงล่าง หยางขึ้นบน จนถึงอินหยางไม่อยู่ด้วยกัน สารจำเป็น (จิง) และชี่ไม่เหมือนกัน เป็นสาเหตุให้เกิดอาการหน้ามืดลึ้มลงจับปล้น” นอกจากนี้ แพทย์ในยุคเดียวกัน ได้อธิบายอธิบายอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยด้วยโรคจ้งเฟิง โดยมีสาเหตุมาจากลมภายในเป็นหลัก รวมถึงการมีชี่ส่วนทางย้อนขึ้น และมีเสมหะคั่งที่ส่วนบนของร่างกาย แต่ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุจากลมภายในยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์นัก ในยุคนั้น แพทย์ **หลี่จิ้งจื่อ** เสนอให้แบ่ง จ้งเฟิง เป็น ปี้เจ็ง และ ทัวเจ็ง

สมัย**ราชวงศ์ชิง** (ค.ศ.1644-1911) มีการศึกษาและเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับเรื่องลมภายใน จึงสรุปว่า กลไกสำคัญในการเกิดโรคจ้งเฟิง คือ ลมภายในที่เคลื่อนไหวสะเปะสะปะ (内风妄动) และกล่าวถึงตับซึ่งเป็นอวัยวะที่เกี่ยวกับลม ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค เช่น แพทย์ **เอี้ยเทียนชือ** (叶天士) กล่าวว่า “ตับเป็นอวัยวะเกี่ยวกับลม เนื่องจากจิงและเลือดพร่องขาด เสมือนต้นไม้ขาดน้ำหล่อเลี้ยง ไม้ไม่เจริญงอกงาม ทำให้ หยางตับแกร่ง ก่อให้เกิดลมภายใน (肝为风脏, 因精血衰耗, 水不涵木, 木少灌荣, 故肝阳偏亢, 内风时起)” ซึ่งเป็นการจำแนกพยาธิกำเนิดอย่างหนึ่งของโรคจ้ง

เฟิง ที่ยังใช้ในทางคลินิกทราบเท่าปัจจุบัน ในยุคนี้ แพทย์ **หวางซิงเยิน** แนะนำให้ใช้ยาตำรับ **ปู้หยาง หวนอู่ทัง** (补阳还五汤) ในการรักษาอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งเป็นตำรับที่ใช้กันบ่อย

หลังจากประเทศจีนเปลี่ยนแปลงการปกครอง และสถาปนาเป็นสาธารณรัฐประชาชนจีน (ค.ศ. 1949) การแพทย์จีน ได้จัดโรคจิ้งเฟิง เป็นโรคทางอายุรกรรม โดยให้คำจำกัดความว่า “เป็นโรคที่มีอาการหมดสติล้มลง ไม่รู้สึกตัวฉับพลัน มีเสมหะน้ำลายแเอ็ดและคั่ง เมื่อฟื้นมีภาวะรู้สึกตัวไม่ปกติ มีอัมพาตครึ่งซีก หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เป็นต้น” ตามความหมายนี้โรคจิ้งเฟิง จึงครอบคลุมถึงโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) ของการแพทย์แผนตะวันตก นอกจากนี้ยังได้อธิบายสาเหตุว่า “เกิดจากอินและหยางในร่างกายเสียสมดุล อินจลลงสู่ส่วนล่าง หยางมากขึ้นสู่ส่วนบน ขาดน้ำรดไม้ หยางแกร่งแปรสภาพเป็นลม เลือดกับชี่ย้อนขึ้น แทรกซ้อนด้วยเสมหะและความร้อนขึ้นไปปกคลุมทวารที่ปลอดโปร่ง ลูกกลมไปรบกวนระบบเส้นลมปราณ (阴阳失调, 阴陷于下, 阳亢于上, 水不涵木, 阳化风动, 血随气逆, 痰热夹杂, 蒙蔽清窍, 窜扰经隧)” โดยมีปัจจัยสำคัญคือ ลมภายในที่เคลื่อนไหวมากผิดปกติ และอาจมีปัจจัยชักนำจากลมภายนอกที่มากกระทำ

สำหรับประวัติการฝังเข็มรักษาโรคจิ้งเฟิง ได้เริ่มมีบันทึกใน **คัมภีร์เน่ยจิง** ว่า “เลือกใช้จุดบนเส้น หยางก่อน ตามด้วยจุดบนเส้นอิน” จากนั้นมีการพัฒนาเทคนิคและวิธีการรักษาเรื่อยมา ตามองค์ความรู้ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละยุค ในสมัยราชวงศ์ถังและซ่ง ได้กล่าวถึงโรคจิ้งเฟิงว่า “เส้นลมปราณว่างพร่อง ชี่ก่อโรคจากภายนอกเข้ารุกราน” หลักการรักษา คือ “เสริมบำรุงเลือดและชี่ ชับไล่ลม ขจัดความเย็น และชี่ก่อโรคออกไป”

ในสมัยราชวงศ์จิน-เหยวียน ได้มีการปรับวิธีการฝังเข็มเพื่อรักษาโรคนี้ใหม่ โดยแพทย์ **จางเหยวียนซู่** (张元素) ได้เสนอหลักการว่า “โรคจิ้งเฟิงต้องเชื่อมต่อเส้นลมปราณ ด้วยการปักเข็มที่ 12 จุดจิ่ง (井穴) เพื่อเชื่อมสัมพันธ์ระหว่างหลอดเลือด เส้นลมปราณ เลือดและชี่ ทำให้อินและหยาง เลือดและชี่กลับสู่ภาวะปกติ” ด้วยหลักการดังกล่าว ได้เกิดวิธีการเลือกจุดปักเข็ม 2 รูปแบบ คือ ใช้หยางชักนำอิน (从阳引阴) และใช้อินชักนำหยาง (从阴引阳) ขณะที่แพทย์ **หวาง กว๋อรัย** (王国瑞) ได้ใช้วิธีการปักเข็มด้านตรงข้ามกับโรค ตามบันทึกใน **คัมภีร์เน่ยจิง** ว่า “ปักเข็มที่แขนขาด้านปกติก่อนด้วยวิธีบำรุง ตามด้วยปักเข็มแขนขาด้านที่เป็นโรคด้วยวิธีระบาย”

ในสมัยราชวงศ์หมิงและชิง ได้มีการรักษาโรคจิ้งเฟิงตามระยะของโรค โดยแบ่งเป็น ระยะก่อนมีอาการ ระยะฉับพลัน และระยะท้ายหรือระยะแทรกซ้อน โดยในระยะฉับพลันผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว มีการใช้ 12 จุดจิ่ง หรือจุด RenZhong (GV 26) ในระยะแทรกซ้อนมีอัมพาตครึ่งซีก เน้นใช้จุดตามเส้นลมปราณหยาง จนถึงตอนปลายราชวงศ์ชิง เมื่อการแพทย์แผนตะวันตกได้เข้าสู่ประเทศจีน ทำให้ทราบ

แน่ชัดว่า ตำแหน่งที่เกิดของโรคจิ้งเิ่งอยู่ที่สมอง จึงได้ก่อให้เกิดงานวิจัยและการพัฒนาการรักษาโรคในเชิงบูรณาการของการแพทย์ทั้งสองแผนอย่างใหญ่หลวง

## สาเหตุของโรค

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิ้งเิ่ง มีการพัฒนาโดยตลอดกว่าสองพันปีดังกล่าวมาแล้ว ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่า การเกิดโรคมีปัจจัยมาจาก การที่พื้นฐานร่างกายมีเชื้อเลือดขาดพร่อง ร่วมกับ 3 อวัยวะหลัก ได้แก่ หัวใจ ตับและไต เสื่อมสมดุล เมื่อมีปัจจัยชักนำต่าง ๆ มากกระตุ้น จึงทำให้เกิดโรค ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

### 1. อายุมากขึ้น ร่างกายเสื่อมถอย

เมื่ออายุมากขึ้น พื้นฐานของร่างกายเสื่อมถอยลงตามวัย เกิดอินตัมและไตพร่อง หยางตับแกร่งหรือร่างกายอ่อนแอ จากการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม เช่น อดนอนมากเกินไป (ตามทฤษฎีการขาดเจ็บภายในสะสม ของ **จางจิ้งเอี๋ย**) เกิดอินและเลือดพร่อง หยางแกร่งลูกโซนเกิดลมไฟ ผลคือส่วนล่างมีอินพร่อง หยางตับแกร่งเกินเปลี่ยนเป็นลมไฟ ซึ่งและเลือดย้อยขึ้นส่วนบน ปิดทวารสมอง ทำให้เกิดโรคอย่างฉับพลัน

### 2. การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

การรับประทานหวาน มัน รสจัดเกินไป กินอึดมากเกินไป ดื่มน้ำมากเกินไป หรือมีรูปร่างใหญ่โตแต่ชื้ออ่อนแอ ชื้อของมี้มและกระเพาะพร่อง มี้มเสียหน้าที่ในการแปรสภาพและลำเลียง ทำให้เกิดเสมหะ ความชื้นสะสม นานวันเข้าเสมหะแปรเปลี่ยนเป็นความร้อน ไปอุดกั้นเส้นลมปราณและปิดกั้นทวารสมอง หรือในกรณีที่หยางตับมากเกินไปข่มมี้ม จนการทำหน้าที่ลำเลียงของมี้มเสียไป เกิดเสมหะขุ่นขึ้น หรือไฟตับมากเกินไปเผาผลาญสารน้ำจนกลายเป็นเสมหะ ลมตับแทรกซ้อนด้วยเสมหะและไฟ เข้าไปตามเส้นลมปราณ ไปปิดกั้นทวารสมอง เกิดหมดสติฉับพลัน แขนขาอ่อนแรง

### 3. อดนอนหรือหมกมุ่นทางเพศมากเกินไป

การอดนอนหรือหมกมุ่นมากเกินไป ทำให้สูญเสีย ทำลายอิน เกิดอินพร่อง หยางแกร่ง ลมหยางขึ้นส่วนบน ทำให้ชื้อและเลือดสวนย้อยขึ้นบน ปิดกั้นทวารสมอง

การมีเพศสัมพันธ์มากเกินไป ทำให้เกิดไฟหัวใจ ทำลายธาตุน้ำของไต ธาตุน้ำไตไม่สามารถคุมไฟหัวใจ เกิดหยางแกร่งแปรเป็นลม

### 4. ผลกระทบจากอารมณ์

มุ่งมาดปรารถนามากเกินไป ทำให้ไฟหัวใจกำเริบ หรือพื้นฐานร่างกายมีภาวะอินพร่อง ขาดน้ำ

รดต้นไม้ (ธาตุน้ำสร้างธาตุไม้ตามหลักปรัชญาธาตุ) ร่วมกับได้รับผลกระทบทางอารมณ์ ทำให้หยางตับเคลื่อนไหวรุนแรง กระตุ้นไฟหัวใจ ทำให้ซี่และเลือดย้อนขึ้นบน เส้นหัวใจเลอะเลือน จนถึงไม่รู้สึกรู้ตัว

ปกติเก็บกด โมโหง่าย อารมณ์ไม่โปร่งโล่ง ทำให้ซี่ตบตีขัด นานวันเกิดเป็นไฟ หยางตับแกร่ง กระตุ้นธาตุไฟของหัวใจ เลือดลมพุ่งขึ้นจนปิดกั้นทวารสมอง ทำให้เกิดอาการหน้ามืด ลมลงกะทันหัน

อารมณ์หงุดหงิด เครียดเรื้อรัง เกิดไฟพร่องขึ้น ทำลายอินจิง (สารจำเป็น) นานเข้าเป็นเหตุให้เกิดอินดับและไตพร่อง หยางแกร่งแปรเป็นลม

### 5. ซี่พร่องร่วมกับลมจากภายนอกเข้ากระทำ

ซี่และเลือดไม่พอ หลอดเลือดว่างพร่อง ลมก่อโรคจากภายนอกเข้าสู่เส้นลมปราณ ทำให้ซี่และเลือดติดขัด กล้ามเนื้อ เ็นและหลอดเลือดขาดการหล่อเลี้ยง เกิดอาการอ่อนแรง หรือร่างกายมีเสมหะขึ้น ร่วมกับได้ผลกระทบจากลมภายนอก กระตุ้นให้เสมหะความชื้นไปอุดกั้นในเส้นลมปราณ จนเกิดอาการอ่อนแรง

### กลไกของโรค

1. ตำแหน่งของโรคอยู่ที่สมอง และเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับตับและไต
2. อินดับและไตพร่องเป็นพื้นฐาน ลม ไฟ เสมหะและเลือดคั่งเพิ่มซ้ำเติม
3. กลไกการเกิดโรค เริ่มจากโครงสร้างพื้นฐาน เกิดความไม่สมดุลของอินและหยาง ซี่และเลือดไหล เวียนผิดปกติ เข้ากระทบสมอง

4. อาการของโรคที่รุนแรง ตำแหน่งของโรคอยู่ที่เส้นลมปราณ สาเหตุเป็นจากลมดับร่วมกับเสมหะเข้าสู่เส้นลมปราณ หลอดเลือดอุดตัน เส้นลมปราณขาดสารหล่อเลี้ยง ทำให้อ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว เป็นต้น

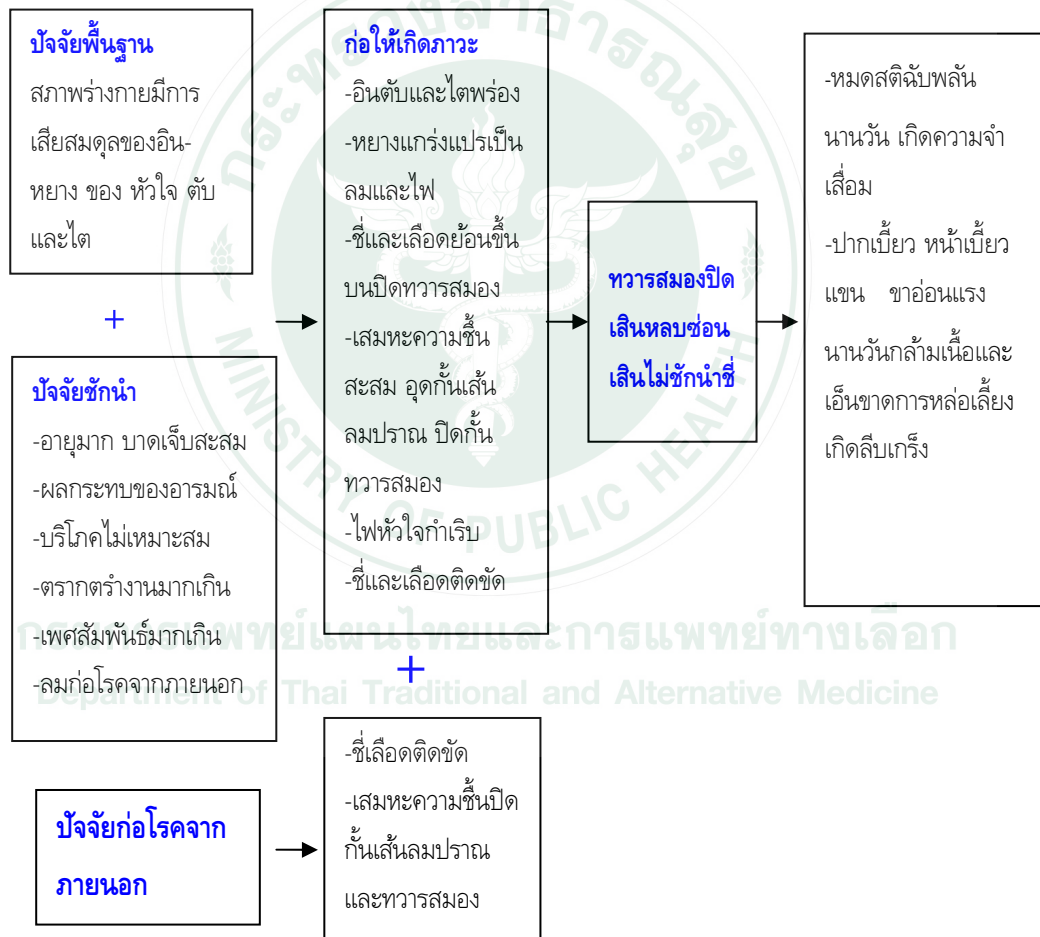
อาการโรคที่รุนแรง ตำแหน่งของโรคอยู่ที่อวัยวะภายใน และแบ่งออกเป็น กลุ่มอาการปิด หรือ ปี้เจิ้ง (闭证) และกลุ่มอาการหลุด หรือ ทัวเจิ้ง (脱证)

กลุ่มอาการปิด จัดเป็นภาวะแกร่ง แบ่งเป็น กลุ่มอาการปิดชนิดอิน หรือ อินปี้ (阴闭) มีสาเหตุจากเสมหะสกปรกอุดตันเส้นเลือด และ กลุ่มอาการปิดชนิดหยาง หรือ หยางปี้ (阳闭) มีสาเหตุจากเสมหะร้อนและความร้อนอุดตันเส้นเลือด

สำหรับกลุ่มอาการหลุด จัดเป็นภาวะพร่อง อินเหือด หยางสลาย อินหยางแยกจากกัน นับว่ามีอันตรายมาก

5. ภาวะพักฟื้น เลือดและชี ไม่สมดุล หลอดเลือดและเส้นลมปราณมีการไหลเวียนติดขัด

หากตำแหน่งของโรคที่อยู่อวัยวะภายใน สภาพของโรคอันตรายสาหัส การรักษาจะช่วยให้รอดพ้นจากการเสียชีวิต กลับมารับรู้สติดีขึ้น แต่ยังมีภาวะพร่องของตับและไต และยังมีอาการตาค้างของลมไฟ เสมหะ และเลือดคั่งอยู่ในเส้นลมปราณ ทำให้การไหลเวียนเลือดและชีติดขัด มีอาการครึ่งซีกอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดติดขัด ซึ่งการฟื้นฟูใช้เวลานานและซ้ำ



แผนภูมิที่ 1 สรุปสาเหตุและกลไกการเกิดโรคจิ้งเฟิง



กลไกการเกิดโรคจิ้งเฟิง (แผนภูมิที่ 1) อาจสรุปตามการแพทย์แผนจีนได้ 4 ประโยค คือ “ที่เลือดย้อนขึ้นบน ปกคลุมเส้นดั้งเดิม (气血上逆, 上蒙元神)” “เส้นลมปราณติดขัด บดบังทวารที่ปลอดโปร่ง (阻滞经络, 蒙闭清窍)” “ที่เลือดย้อนขึ้นบน เส้นหัวใจเลอะเลือน (气血上逆, 心神昏冒)” “ปัจจัยลมภายนอกกระตุ้นให้เสมหะความชื้นไปอุดกั้นเส้นลมปราณของสมอง (外风引动痰湿, 闭阻经络)” โดยทำให้เกิดผลรวบยอดสุดท้าย คือ “ทวารปิดเส้นหลบซ่อน เส้นไม่ชักนำชี (窍闭神匿, 神不导气)” ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีภาวะหมดสติก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของสาเหตุและตำแหน่งโรค

### การแบ่งประเภทกลุ่มอาการของจิ้งเฟิง

จิ้งเฟิงแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามตำแหน่งของโรค ได้แก่

1. **โรคกระทำต่อเส้นลมปราณ** หรือ **จิ้งจิ้งลั่ว** (中经络) ตำแหน่งของโรคค่อนข้างต้น สภาพอาการของโรครุนแรงน้อยกว่า โดยมีร่างกายอ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว พุดไม่คล่อง แต่สติยังแจ่มใสอยู่ จิ้งจิ้งลั่ว ยังแบ่งออกได้เป็น

1.1 **จิ้งจิ้ง** (中经) มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ปากลิ้นเบี้ยว ลิ้นแข็งพุดไม่ชัด ร่วมกับ ร่างกายข้างหนึ่งชาเป็นอาการสำคัญ ไม่มีอาการมึนงง

1.2 **จิ้งลั่ว** (中络) มีอาการของร่างกายครึ่งซีก หรือมือแขนด้านใดด้านหนึ่งชา ร่วมกับอาการอ่อนแรง หรือร่วมกับอาการปากลิ้นเบี้ยว

2. **โรคกระทำต่ออวัยวะภายใน** หรือ **จิ้งจิ้งฝู** (中脏腑) ตำแหน่งของโรคค่อนข้างลึกกว่า สภาพอาการของโรคค่อนข้างหนัก พบมีอาการครึ่งซีกร่างกายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พุดไม่คล่อง และมีปัญหาการรับรู้สติ ตั้งแต่สติไม่แจ่มใสจนถึงหมดสติ ซึ่งใช้เป็นอาการสำคัญในการแยกกลุ่มกับจิ้งจิ้งลั่ว ถ้าแยกย่อยออกไป อาจแยกได้เป็น จิ้งจิ้ง และ จิ้งฝู

- **จิ้งจิ้ง** (中脏) หรือ **โรคกระทำต่ออวัยวะต้น** มีอาการหมดสติไม่รู้สีกตัว อ่อนแรงครึ่งซีก ปากลิ้นเบี้ยว ลิ้นแข็งพุดไม่ได้

- **จิ้งฝู** (中腑) หรือ **โรคกระทำต่ออวัยวะกลาง** มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก ปากลิ้นเบี้ยว ลิ้นแข็งพุดไม่ชัด ร่างกายข้างหนึ่งชาเป็นอาการสำคัญ ร่วมกับมีอาการมึนงง

จิ้งจิ้ง หรือ จิ้งจิ้งฝู ยังแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการใหญ่ (ตารางที่ 1) ได้แก่

2.1 **กลุ่มอาการปิด** หรือ **ปี้เจ็ง** (闭证) หรือ กลุ่มอาการตึงเกร็ง (tense syndrome) จัดเป็นกลุ่มอาการแกร่ง มีอาการหมดสติไม่รู้รู้สึกตัว ปากปิด กัดฟันแน่น มือกำแน่น แขนขาเกร็งตึง หายใจแรง

กลุ่มอาการปิด หรือ ปี้เจ็ง ยังแบ่งออกตามลักษณะของสาเหตุเป็น 2 ชนิด ได้แก่

2.1.1 **กลุ่มอาการปิดชนิดหยาง** หรือ **หยางปี้** (阳闭) มีลักษณะอาการของเลือดคั่ง ความร้อน และเสมหะ ได้แก่ ตัวร้อน หน้าแดง หายใจแรงปึกฆุมกขยับ มีเสียงของเสมหะ ท้องผูก ปัสสาวะเหลือง ลิ้นแดงเข้มและแห้ง ฝ่าลิ้นเหลืองเหนียว ซีฟจรตึง-ลิ้น-เร็ว (Xian-Hua-ShuMai)

2.1.2 **กลุ่มอาการปิดชนิดอิน** หรือ **อินปี้** (阴闭) มีลักษณะอาการของความเย็น ความชื้นและเสมหะ ได้แก่ หน้าซีด ริมนิปากม่วง เสมหะมาก น้ำลายไหลย่อย แขนขาเย็น ลิ้นมีฝ้าขาวเหนียว ซีฟจรมลิ้น (Chen-HuaMai)

2.2 **กลุ่มอาการหลุด** หรือ **ทัวเจ็ง** (脱证) หรือ กลุ่มอาการอ่อนเปลี้ย (flaccid syndrome) จัดเป็นกลุ่มอาการพร่อง มีอาการหมดสติไม่รู้รู้สึกตัว ตาปิด ปากอ้า มือแบ แขนขาอ่อนไม่มีแรง ปัสสาวะอุจจาระราด เหงื่อแตก หายใจแผ่วเบา

ตารางที่ 3 ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการปิด (ปี้เจ็ง) และ กลุ่มอาการหลุด (ทัวเจ็ง)		
	กลุ่มอาการปิด (ปี้เจ็ง)	กลุ่มอาการหลุด (ทัวเจ็ง)
ลักษณะ	แกร่ง	พร่อง
สาเหตุกลไกของโรค	เสียที่ปิดกั้นทวารสมอง	หยางของอวัยวะต้นทั้ง 5 หลุดสลาย
สติ	หมดสติ ไม่รู้สึกตัว	หมดสติ ไม่รู้สึกตัว
การหายใจ	หายใจแรง	หายใจแผ่วเบา
ปาก ตา แขนขา	ปากปิด กัดฟันแน่น มือกำแน่น แขนขาเกร็งตึง	ตาปิด ปากอ้า เหงื่อแตก แขนขาอ่อนเปลี้ย มือแบ
ปัสสาวะ อุจจาระ	ท้องผูก	ไหลออกมาเอง



## บทที่ 3

# การฝังเข็มรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

## การฝังเข็มรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบดั้งเดิม

การฝังเข็มรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบดั้งเดิม อาศัยการเลือกจุดฝังเข็มและเทคนิคการกระตุ้นเข็มตามสาเหตุและการวิเคราะห์แยกกลุ่มอาการโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนจีน เนื่องจากเป็นโรคที่มีความหลากหลายทั้งอาการ ความรุนแรง การดำเนินของโรคและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคและสภาพพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย

### 1. โรคกระทำต่ออวัยวะภายใน หรือ จิ้งจิ้งผู้

#### 1.1 กลุ่มอาการปิด หรือ ปีเจ็ง

**ลักษณะทางคลินิก:** ล้มลงพร้อมกับหมดสติฉับพลัน กัดฟันและมือกำแน่น หน้าแดง หายใจแรง มีเสียงเสมหะในคอ บัสสาวะไม่ออก ท้องผูก ลิ้นแดงมีฝ้าหนาสีเหลืองหรือเทาเข้ม ซีฟจรผสมระหว่างเร็ว-ตึง-ลื่น-ใหญ่แรง (Shu-Xian-Hua-HongMai) ขึ้นกับสาเหตุก่อโรค

**วิเคราะห์อาการ:** หยางของตับที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดลมตึงซี่และเลือดขึ้นส่วนบน ร่วมกับมีการสะสมของไฟเสมหะไปรบกวนการทำงานของสมอง ทำให้หมดสติอย่างฉับพลัน กัดฟันและมือกำแน่น หน้าแดง หายใจแรง บัสสาวะไม่ออกและท้องผูก ลมและเสมหะทำให้เกิดเสียงเสมหะในคอ ลิ้นแดงบ่งถึงไฟ ฝ้าลิ้นหนาบ่งถึงเสมหะ สีของฝ้าเหลืองบ่งถึงความร้อน หากความร้อนมากจะเป็นสีเทาเข้มหรือเกี๋ยม

ซีฟจรเร็ว-ใหญ่แรง (Shu-HongMai) บ่งถึงความร้อนมากหรือไฟ ซีฟจรตึง (XianMai) บ่งถึงลม (ตับ) ซีฟจรลื่น (HuaMai) บ่งถึงเสมหะ เนื่องจากโรคมีสาเหตุจากทั้งลม ไฟและเสมหะร่วมกัน ซีฟจรจึงมักเป็นแบบผสม แต่จะมีลักษณะเด่นไปตามสาเหตุที่มีสัดส่วนมาก

**หลักการรักษา:** เปิดทวารสมอง (ทำให้ฟื้นคืนสติ) ขจัดลมและไฟ สลายเสมหะ

**วิธีการ:** เลือกใช้จุดหลักบนเส้นลมปราณตุ เส้นลมปราณตับ และ 12 จุดจิง-ตาน้ำของมือ กระตุ้นระบายหรือปล่อยเลือด

**จุดหลัก:** ShuiGou (GV 26), BaiHui (GV 20), 12 จุดจิ้ง-ตาน้ำของมือ หรือ ShiXuan (EX-UE 11), TaiChong (LR 3), YongQuan (KI 1), FengLong (ST 40), FengChi (GB 20)

**อธิบาย:** การเปิดทวารสมอง หรือฟื้นคืนสติ ถือเป็นเป้าหมายหลักของการรักษาโรคจิ้งเพิงในกลุ่มอาการนี้ จุดที่เลือกใช้จึงเป็นจุดที่มีสรรพคุณในการเปิดทวารสมองเป็นหลัก ร่วมกับจุดที่มีความเด่นในการจัดการกับสาเหตุและกลไกการเกิดโรค

ShuiGou หรืออีกชื่อคือ RenZhong (GV 26) จุดของเส้นลมปราณตู ซึ่งเป็นเส้นลมปราณที่เกี่ยวข้องกับสมองและไขสันหลังโดยตรง เป็นจุดหลักที่ใช้เพื่อการฟื้นคืนสติ โดยใช้เข็มยาว 1.5 ชุน (40 mm) แขนงเฉียงขึ้นปลายเข็มชี้ไปที่กลางจมูก ลึก 0.3 - 0.5 ชุน กระตุ้นเข็มแบบนกกิก จนมีน้ำตาซึมหรือลิ้มตาขึ้นถือเป็นสัญญาณที่ดี **แต่ควรหลีกเลี่ยงในรายที่เลือดออกในสมองระยะแรก**

BaiHui (GV 20) จุดของเส้นลมปราณตู ที่เส้นลมปราณเท้าหยางทั้ง 3 เส้น และเส้นลมปราณตับมาบรรจบ จึงเป็นจุดที่มีสรรพคุณกว้างขวาง ในกรณีนี้ใช้ร่วมกับจุด ShuiGou (GV 26) เพื่อเสริมการเปิดทวารสมอง และปรับการไหลเวียนของชีในเส้นลมปราณตู

12 จุดจิ้ง-ตาน้ำของมือ ได้แก่ ShaoShang (LU 11), ShangYang (LI 1), ZhongChong (PC 9), GuanChong (TE 1), ShaoChong (HT 9) และ ShaoZe (SI 1) หรือ ShiXuan (EX-UE 11) จุดนอกระบบที่อยู่ปลายนิ้วมือทั้งสิบ ซึ่งเป็นจุดบรรจบของเส้นลมปราณอินและหยางของมือ มีสรรพคุณเด่นในการขจัดความร้อน แก้อาการเกร็งชักและทำให้ฟื้นคืนสติ โดยวิธีการปล่อยเลือด **อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติมักห้ามใช้ในกรณีเลือดออกในสมอง** เนื่องจากเชื่อว่าเป็นจุดที่มีความเจ็บมาก อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและเลือดออกเพิ่มขึ้น ก่อนใช้จุดจุดนี้จึงต้องมั่นใจว่าไม่มีเลือดออกในสมอง

TaiChong (LR 3) จุดเหยียนและจุดชูของเส้นลมปราณตับ ใช้สยบหยางตับและจัดการกับชีที่เพิ่มมากเกินไปในเส้นลมปราณตับ โดยการแทงเข็มกระตุ้นระบาย

YongQuan (KI 1) ใช้เพื่อชักนำความร้อนจากส่วนบนลงสู่ส่วนล่าง จุดนี้ยังมีสรรพคุณช่วยฟื้นคืนสติด้วย ในทางปฏิบัติ ไม่นิยมแทงเข็มที่จุดนี้โดยตรงเพราะค่อนข้างเจ็บ แต่จะแทงเข็มผ่านจุด TaiChong (LR 3) โดยแทงลึกขึ้นไปจุด YongQuan (KI 1) กระตุ้นระบาย (เข็มเดียวได้ 2 จุด)

FengLong (ST 40) จุดลั่วของเส้นลมปราณกระเพาะอาหาร ใช้เสริมการทำงานของม้ามและกระเพาะอาหารเพื่อสลายเสมหะชื้น โดยการแทงเข็มกระตุ้นระบาย

FengChi (GB 20) ใช้เพื่อขับไล่ลม ซึ่งเป็นสรรพคุณเด่นของจุดนี้ โดยการแทงเข็มกระตุ้นระบบยว ควบคุมจังหวะวังความคิดและทิศทางของเข็มให้ดี เนื่องจากเป็นจุดที่อยู่ใกล้กับก้านสมอง

**จุดเสริม:** - กัดฟันแน่น: XiaGuan (ST 7), JiaChe (ST 6), HeGu (LI 4)

- พุดไม่ได้ ลิ้นแข็ง: YaMen (GV 15), LianQuan (CV 23), TongLi (HT 5)

**อธิบาย:** XiaGuan (ST 7), JiaChe (ST 6), HeGu (LI 4) เป็นจุดใกล้และจุดไกลที่ใช้ร่วมกัน รวมทั้งยังเป็นจุดบนเส้นลมปราณหยางหมิงของมือและเท้า ซึ่งเป็นเส้นลมปราณที่หล่อเลี้ยงบริเวณแก้ม จุดดังกล่าวจึงช่วยเสริมการไหลเวียนของชีและเลือดไปยังแก้ม เพื่อแก้ไขอาการกัดฟันแน่น

YaMen (GV 15) เป็นจุดใกล้ และ LianQuan (CV 23) เป็นจุดเฉพาะที่ สำหรับอาการของลิ้น TongLi (HT 5) เป็นจุดลั่วของเส้นลมปราณหัวใจ (หัวใจเปิดทวารที่ลิ้น) จึงใช้ร่วมกันเพื่อแก้ไขอาการลิ้นแข็ง

## 1.2 กลุ่มอาการหลุด หรือ หัวใจ

**ลักษณะทางคลินิก:** ล้มลงพร้อมกับหมดสติอย่างฉับพลัน ปากอ้าค้างและตาปิด มีเสียงกรนแต่หายใจแผ่วเบา แขนและขาอ่อนปวกเปียก บัสสาวะรด ลื่นตก (ลิ้นอ่อนแรงปวกเปียกไปตามแรงโน้มถ่วง) ชีพจรเล็ก-จมอ่อน (Xi-RuoMai)

ในรายที่อาการรุนแรง จะมีแขนขา-มือเท้าเย็น หรือหน้าแดงเหมือนแต้มชาต ชีพจรลอยแผ่ว (RuMai) หรือลอยกระจาย (SanMai)

**วิเคราะห์อาการ:** เนื่องจากชี่ปฐุมุมิ (YuanQi) อ่อนพร่องอย่างรุนแรง อินและหยางแยกตัวจากกัน และชี่ของอวัยวะทั้งหมดกำลัง ทำให้เกิดอาการปากอ้าค้าง (ไม่มีแรงหุบปากเพราะชี่ม้ามหลุด) ตาปิด (ไม่มีแรงลืมตาเพราะชี่ตับหลุด) หายใจแผ่วเบา (ไม่มีแรงหายใจเพราะชี่ปอดหลุด) แต่มีเสียงกรน (จากลิ้นตก) แขนและขาอ่อนปวกเปียก (กล้ามเนื้อไม่มีแรงต้านทานเพราะชี่ม้ามพร่อง) มือแบออก (เพราะชี่หัวใจหลุด) บัสสาวะและอุจจาระเรี่ยราด (เพราะชี่ไตหลุด) ลื่นตกและชีพจรเล็ก-จมอ่อน บ่งชี้ว่าเลือดพร่องและหยางของไตหมดพลัง

ในรายที่มีอาการแขนขา-มือเท้าเย็น หรือหน้าแดงเหมือนแต้มชาต ชีพจรลอยแผ่วหรือลอยกระจาย เป็นอาการของโรคขั้นวิกฤติ บ่งชี้ว่า อินของส่วนล่างหมดกำลังที่จะเหนี่ยวรั้งหยางไว้ ทำให้หยางลอยขึ้นและหลุดออกไป (หมายถึงเสียชีวิต)

**หลักการรักษา:** ฟื้นฟูหยางโดยการรมยาที่เส้นลมปราณเร็น

**จุดหลัก:** ShenQue (CV 8), QiHai (CV 6), GuanYuan (CV 4)

**อธิบาย:** ShenQue (CV 8), QiHai (CV 6) และ GuanYuan (CV 4) เป็นจุดบนเส้นลมปราณเร็นที่ห้องน้อย เป็นจุดหลักในการฟื้นฟูหยาง กรณีหยางหลุด

ShenQue (CV 8) เป็นจุดกึ่งกลางสะดือใช้การรมยาคั่นแกลือ เผาจนรูสีกร่อนที่กลางสะดือ

QiHai (CV 6) และ GuanYuan (CV 4) ใช้โกลูแท่งรมยาแบบนกจิก ให้อ่อนก่อนข้างมากและนาน หรือใช้การฝังเข็มทำเข็มอุ่นโดยใช้ก้อนโกลูขนาดใหญ่ หรือเผาซ้ำหลายก้อนเพื่อให้เกิดความร้อนก่อนข้างมากและนาน เน้นการรมยาให้หนักที่จุด GuanYuan (CV 4) ซึ่งเป็นจุดบรรจบของเส้นลมปราณเร็นและเส้นลมปราณ อินของเท้าทั้งสามเส้น สามารถเสริมชีพภูมิและฟื้นฟูหยางได้

## 2) โรคกระทำต่อเส้นลมปราณ หรือ จิ้งจิ้งลั่ว

2.1) โรคของเส้นลมปราณเพียงอย่างเดียว และ

2.2) พยาธิสภาพตกค้างในเส้นลมปราณหลังอวัยวะภายในฟื้นตัวจาก จิ้งจิ้งลั่ว

ทั้ง 2 กลุ่ม แม้เริ่มต้นด้วยความรุนแรงที่ต่างกัน แต่ในตอนท้ายยังคงหลงเหลืออาการที่เส้นลมปราณเช่นเดียวกัน จึงสามารถวิเคราะห์และให้การรักษาไปในแนวทางเดียวกันได้

**ลักษณะทางคลินิก:** อัมพาตหรืออัมพฤกษ์ครึ่งซีก แขนขาชา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด อาจมีอาการร่วมอื่น ได้แก่ ปวดศีรษะ มึนศีรษะ เวียนศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุก ตาแดงและหน้าแดง กระจายน้ำคอกแห้ง กระสับกระส่าย ชีพจรตึง-สั้น (Xian-HuaMai)

**วิเคราะห์อาการ:** เสมหะและลมผ่านเข้าสู่ระบบเส้นลมปราณ เนื่องจากความไม่สมดุลของอินและหยาง หรือหลังจากอวัยวะภายในได้รับการรักษาฟื้นฟูแล้ว แต่ลมและเสมหะยังคงปิดกั้นอยู่ในระบบเส้นลมปราณ ทำให้ชื้นและเลือดไหลเวียนไม่คล่อง จึงเกิดอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ครึ่งซีก แขนขาชา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นอาการหลัก

หากหยางดับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีลมหยางรบกวนส่วนบน จะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะและกล้ามเนื้อกระตุกได้ หากมีไฟหัวใจและไฟดับมากเกินไปจะเกิดอาการตาแดงและหน้าแดง กระจายน้ำ คอกแห้ง และกระสับกระส่าย ลมและเสมหะที่ติดขัดอยู่ในเส้นลมปราณทำให้เกิดชีพจรตึงและสั้น

**หลักการรักษา:** ทะลวงเส้นลมปราณที่ติดขัด ปรับเลือดและชีให้ไหลเวียนคล่อง และขจัดลม

**วิธีการ:** เลือกใช้จุดบนเส้นลมปราณตู่และเส้นลมปราณหยางหมิงข้างที่ป่วยเป็นหลัก ฝังเข็มกระตุ้นบำรุงและระบายเท่ากัน ถ้าฝังเข็มสองข้างให้ฝังกระตุ้นข้างที่ดีก่อนแล้วจึงฝังกระตุ้นข้างที่ป่วย

**จุดหลัก :** BaiHui (GV 20), TongTian (BL 7), FengFu (GV 16)

แขน: JianYu (LI 15), QuChi (LI 11), WaiGuan (TE 5), HeGu (LI 4)

ขา: HuanTiao (GB 30), YangLingQuan (GB 34), ZuSanLi (ST 36), JieXi (ST 41)

**จุดเสริม:** - ลมหยางรอบกวนส่วนบน: กระตุ้นระบายจุด FengChi (GB 20) และ TaiChong (LR 3) ร่วมกับกระตุ้นบำรุงจุด TaiXi (KI 3) และ SanYinJiao (SP 6)

- ไฟเกินในหัวใจและตับ : กระตุ้นระบาย DaLing (PC 7) และ XingJian (LR 2) ร่วมกับกระตุ้นบำรุง TaiXi (KI 3)

- ปากเบี้ยว: กระตุ้นบำรุงและระบายเท่ากันที่ DiCang (ST 4), JiaChe (ST 6)

**อธิบาย:** BaiHui (GV 20), FengFu (GV 16) เป็นจุดบนเส้นลมปราณตู่ ซึ่งเป็นทะเลแห่งเส้นลมปราณหยาง และ TongTian (BL 7) ซึ่งเป็นจุดที่มีสรรพคุณรักษาโรคของศีรษะได้ดี การใช้จุดทั้งสามร่วมกันสามารถกำจัดลม และแก้ไขการติดขัดในเส้นลมปราณ

เส้นลมปราณหยางกำกับชีและร่างกายส่วนนอก จึงเลือกใช้จุดบนเส้นลมปราณหยางของแขนและขา เพื่อปรับเลือดและชีให้ไหลเวียนคล่องทั้งส่วนบนและส่วนล่างของร่างกาย

กรณีมีลมหยางรอบกวนส่วนบน ใช้การกระตุ้นระบายจุด FengChi (GB 20) และ TaiChong (LR 3) เพื่อกำจัดลมและสยบตับ ร่วมกับกระตุ้นบำรุงจุด TaiXi (KI 3) เพื่อเสริมอินไตไปหล่อเลี้ยงตับ และกระตุ้นบำรุง SanYinJiao (SP 6) เพื่อเสริมอินและสยบหยาง

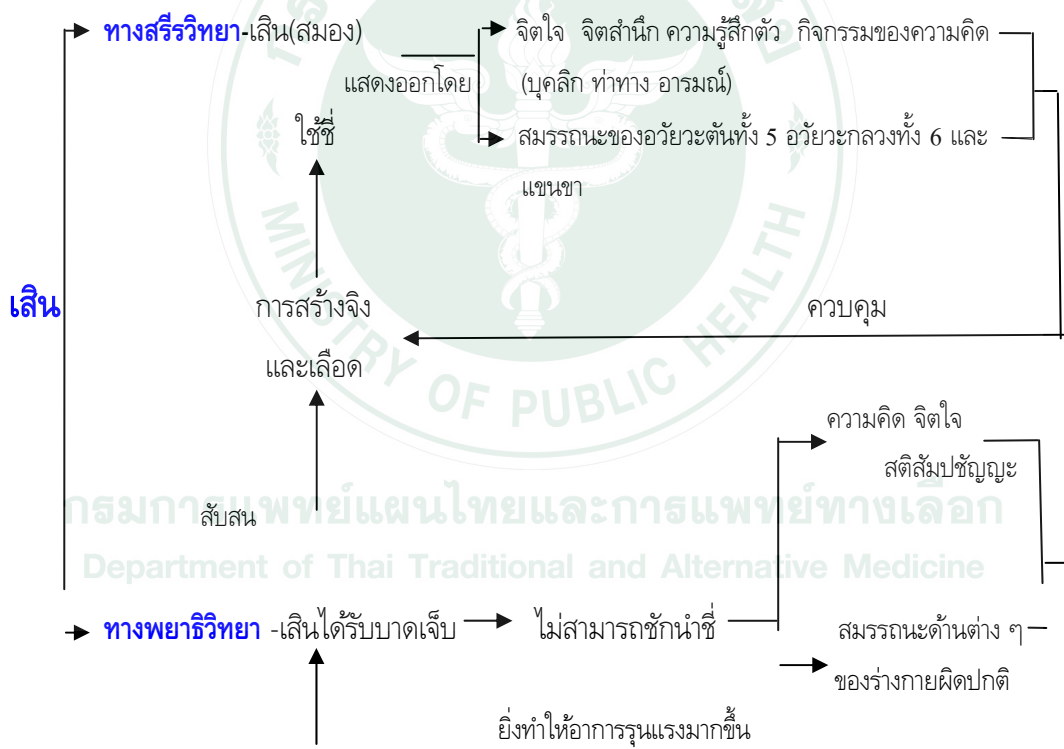
กรณีไฟเกินในหัวใจและตับ ใช้การกระตุ้นระบาย DaLing (PC 7) และ XingJian (LR 2) เพื่อกำจัดไฟ ร่วมกับกระตุ้นบำรุง TaiXi (KI 3) เพื่อเสริมอินไปลดไฟ

DiCang (ST 4) และ JiaChe (ST 6) ใช้กระตุ้นการไหลเวียนของชีในเส้นลมปราณบริเวณใบหน้าให้คล่อง

## วิธีฝังเข็มแบบ ปลุกสมองเปิดทวาร

(醒脑开窍针刺法: XingNaoKaiQiaoZhenCiFa)

ก่อนที่จะกล่าวถึงแนวคิดการฝังเข็มแบบ “ปลุกสมองเปิดทวาร” นั้น จำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดใหม่ของสาเหตุและพยาธิกำเนิดของโรคจิ้งเฟิงในทรรณะของแพทย์แผนจีน โดยแนวคิดใหม่นี้จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับ “เสิน (神)” เป็นพิเศษ โดยเฉพาะ “เสิน” ในความหมายในแง่กว้าง ซึ่งหมายถึง สมอง จิตใจ จิตวิญญาณ รวมทั้งการแสดงออกต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งสามารถใช้เสิน อธิบายพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคได้ตามแผนภูมิด้านล่าง



แผนภูมิที่ 2 แสดงแนวคิดของ “เสิน” ทางสรีรวิทยาและทางพยาธิกำเนิดของโรค



จากแผนภูมิข้างต้น จะเห็นได้ว่าแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับเส้นมาก และมองว่าเส้น ซึ่งควบคุมโดยหัวใจในทางแพทย์แผนจีน ซึ่งเทียบได้กับสมองในทฤษฎีของแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากสมองเป็นศูนย์กลางในการควบคุมการทำงานส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทั้งการแสดงออกทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ การรับรู้ก็ต้องอาศัยสมอง ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันแล้วว่า พยาธิกำเนิดของโรคจิ้งเพิงอยู่ที่สมอง และมีกลไกการเกิดโรคสำคัญคือ **“ทวารปิด เส้นหลบซ่อน เส้นไม่ชักนำชี (窍闭神匿, 神不导气)”** แม้ว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการแบบทันทีทันใดก็ตาม แต่ผู้ป่วยมักมีสภาพ พื้นฐานที่อ่อนแอเป็นระยะเวลานานอยู่ก่อน โดยเฉพาะตับ ไตพร่อง ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อสาเหตุและ กลไกการเกิดโรค ดังนั้นวิธีการฝังเข็มตามแนวดั้งเดิมที่เน้น การขจัดไล่ลมรักษาเส้นลมปราณ (散风治络) ที่เน้นการปักเข็มแนวเส้นลมปราณหยาง โดยเฉพาะเส้นลมปราณหยางหมิงที่มีเลือดลมมาก ดังที่เคยปฏิบัติกันมาอาจไม่เพียงพอ ในแนวคิด **“ปลุกสมองเปิดทวาร (醒脑开窍)”** มุ่งมองว่า โรคหลอดเลือดสมองหรือจิ้งเพิง เป็นโรคที่มีอาการหนัก มีอาการแสดงหลายอย่าง ระยะเวลาของโรคนาน ตำแหน่งของโรคอยู่ลึก การรักษาจึงต้องแก้ที่สาเหตุพื้นฐาน คือตับและไตพร่อง โดยมุ่งเน้นการ **“หล่อเลี้ยงเสริมบำรุงตับและไต (滋补肝肾)”** เป็นหลัก ในขณะเดียวกัน การที่ผู้ป่วยมีทวารสมองถูกอุดกั้น เส้นลมปราณติดขัด ซึ่งและเลือดไหลเวียนไม่คล่อง ทำให้แขนขาอ่อนแรงเคลื่อนไหวได้ลำบาก เพื่อให้การฟื้นตัวรวดเร็วขึ้น จึงต้องมีการรักษาให้เส้นลมปราณไหลเวียนได้คล่องร่วมไปด้วย ซึ่งสามารถสรุปเป็นหลักการสำคัญของการรักษาคือ **“ปลุกสมองเปิดทวาร หล่อเลี้ยงเสริมบำรุงตับและไตเป็นหลัก เสริมด้วยการทะลวงเส้นลมปราณให้ไหลเวียนคล่อง (醒脑开窍, 滋补肝肾为主, 疏通经络为辅)”** โดยมีจุดฝังเข็มหลัก คือ จุด RenZhong (GV 26), NeiGuan (PC 6), SanYinJiao (SP 6) ส่วนจุดรอง คือ จุด ChiZe (LU 5), JiQuan (HT 1), WeiZhong (BL 40)

แนวคิดในการนำการปลุกสมองเปิดทวารมาใช้ในรักษาโรคหลอดเลือดสมองหรือจิ้งเพิงนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคดังกล่าว ซึ่งมหาวิทยาลัยแพทย์แผนจีนเทียนจิน เมืองเทียนจิน สาธารณรัฐประชาชนจีน นำโดยศาสตราจารย์ **สื่อเสวหมิ่น (Shi XueMin, 石学敏 教授)** ได้เริ่มทำการค้นคว้าวิจัย **“วิธีการฝังเข็มแบบ ปลุกสมองเปิดทวาร (醒脑开窍针刺法)”** ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1972 ซึ่งมีแนวคิดต่างไปจากการฝังเข็มแบบเดิม โดยนำมาใช้ร่วมกับวิธีการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ พบว่าให้ผลในการรักษาที่ดีมาก อาจเรียกได้ว่าเป็นการปฏิวัติแนวคิดในการฝังเข็มเพื่อรักษาโรคจิ้งเพิง งานวิจัยของศาสตราจารย์ **สื่อเสวหมิ่น** นี้เป็นที่ยอมรับในวงการ

แพทย์และได้รับรางวัลงานวิจัยดีเด่นในระดับประเทศ มีแพทย์แผนจีนทั้งในและต่างประเทศจำนวนมาก เดินทางมาเพื่อศึกษาดูงานด้านนี้ ศาสตราจารย์ **ลือเสวหมิน** ได้ใช้หลักพื้นฐานของการรักษาโรคตามแพทย์แผนจีน หลักการฝังเข็ม ร่วมกับทฤษฎีการเกิดโรค ทำการศึกษาค้นคว้า ทดลอง ทดสอบในผู้ป่วยกว่า 20 ปี จนตกผลึกเป็นแนวทางในการรักษา ทั้งในแง่จุดที่เลือกใช้ ทิศทาง ความลึก และความแรงในการกระตุ้นเข็ม โดยมีแนวคิดในการเลือกจุดต่าง ๆ พอสรุปได้ดังนี้

1. จุด RenZhong (GV 26) เป็นจุดหลัก ตามคัมภีร์โบราณจุดนี้มีคุณสมบัติ “ปลุกเส้นช่วยชีวิต (醒神急救)” จุดนี้อยู่บนเส้นลมปราณดู ซึ่งจัดเป็นทะเลของเส้นลมปราณหยาง เป็นที่อยู่ของหยางของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับสมองและอวัยวะภายในอื่น ๆ เส้นลมปราณดูยังมีจุดกำเนิดร่วมกับเส้นลมปราณชงและเร็น คือ มาจากมดลูก-ท้องน้อย เส้นลมปราณดูมีความสัมพันธ์กับเส้นลมปราณเท้าไท่หยางกระเพาะปัสสาวะ เส้นลมปราณชงและเร็น รวมถึงเส้นลมปราณหัวใจและไต โดยสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเส้นลมปราณกระเพาะปัสสาวะมากที่สุด ซึ่งตลอดแนวเส้นลมปราณกระเพาะปัสสาวะจะมีจุดที่เป็นจิงชี (精气) ของอวัยวะต่าง ๆ (จุด Back-Shu) ดังนั้นการปักเข็มที่จุด RenZhong (GV 26) โดยวิธีการกระตุ้นแบบนกจิกนี้ จึงมีผล “**เปิดทวารกระตุ้นเปิดให้เปิด ปลุกเส้นดั้งเดิม และปรับสมดุลของอวัยวะภายใน** (开窍启闭, 醒元神, 调脏腑)”

งานศึกษาวิจัยในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ทั้งเส้นลมปราณดูและเร็น จัดเป็นศูนย์กลางของระบบเส้นลมปราณและอวัยวะภายใน โดยมีโครงสร้างมาจาก ectoderm ที่พัฒนาต่อเป็นระบบประสาท การวิจัยทางสรีรวิทยาของระบบประสาทปัจจุบัน พบว่า การใช้เข็มกระตุ้นตรงจุดนี้อย่างแรงจนเกิดความเจ็บปวด จะมีผลกระตุ้นการทำงานของเซลล์สมองระดับบนในส่วนที่เกี่ยวกับการควบคุมระดับ (parabiotic cell) สามารถปรับการไหลเวียนเลือดที่ผิดปกติ และเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมองโดยผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอ (common carotid artery)

2. จุด NeiGuan (PC 6) เป็นจุดที่มีคุณสมบัติหลักคือ สงบหัวใจ ปรับเลือด และทำให้เส้นสงบ (宁心调血安神) เป็นจุดที่อยู่บนเส้นลมปราณเยื่อหุ้มหัวใจ และเป็นจุดที่เชื่อมต่อกับเส้นลมปราณอินเหวย ในคัมภีร์แพทย์โบราณกล่าวไว้ว่า หัวใจเป็นที่อยู่ของเส้น (心主神明) สมรรถภาพการทำงานของหัวใจจึงมีผลต่อเส้น ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับสมอง ในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การให้ยานมกณฑ์การเสียชีวิตคือ เมื่อเซลล์สมองตาย (ไม่มีคลื่นสมอง) ซึ่งสมองเป็นเสมือนศูนย์ควบคุมของร่างกาย ดังนั้นการใช้จุด NeiGuan (PC 6) นอกจากจะเป็นการปรับประสานสมรรถนะการทำงานของหัวใจแล้ว ยังส่งผลเพิ่มออกซิเจนในเลือดที่ไปเลี้ยงสมองด้วย

3. จุด SanYinJiao (SP 6) เป็นจุดบนเส้นลมปราณเท้าไท่อินม้าม เป็นจุดที่เส้นอินเท้าทั้งสามเส้นตัดกัน จึงมีคุณสมบัติบำรุงเส้นอินทั้งสาม เพิ่มพูนไขกระดูก ปรับชี่และเลือด สงบจิตอารมณ์ (补三阴, 益脑髓, 调气血, 安神志) เป็นที่ทราบทั่วกันว่า ไขกระดูกเป็นทั้งมวลและโครงสร้างพื้นฐานของสมรรถภาพของสมอง ไขกระดูกเองมีที่มาจากทนต์กำเนิด คือ จิง (精) และอาศัยการหล่อเลี้ยงจากทนต์หลังกำเนิดคือ สารอาหารอันยอดเยี่ยม (水谷精微) ซึ่งสัมพันธ์อย่างมากกับอวัยวะตับ ม้ามและไต การฝังเข็มที่จุด SanYinJiao (SP 6) นี้จึงมีผลเสริมบำรุงอวัยวะทั้งสามไปพร้อมกัน ทำให้ไขกระดูกที่จะแปรเปลี่ยนเป็นสมองมีความบริบูรณ์ยิ่งขึ้น

ส่วนอีก 3 จุด ได้แก่ จุด JiQuan (HT 1), ChiZe (LU 5) และ WeiZhong (BL 40) ต่างมีคุณสมบัติในการทะลวงเส้นลมปราณให้คล่อง (疏通经络) ปรับประสานชี่และเลือด (调和气血) ช่วยให้เส้นลมปราณ เลือดและชี่ไหลเวียนสะดวก (经络通畅, 气血顺调) แชนชากลับมากเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ถ้าจะเปรียบเทียบจุดฝังเข็มในแนวคิดปลุกสมองเปิดทวารนี้เหมือนยาตำรับหนึ่งอาจพอสรุปได้ว่ามีจุด RenZhong (GV 26) เป็นจุดหลัก (君) จุด NeiGuan (PC 6), SanYinJiao (SP 6) เป็นจุดรองหรือจุดเสริม (臣) ส่วนจุด JiQuan (HT 1), ChiZe (LU 5) และ WeiZhong (BL 40) เป็นจุดช่วยหรือนำพา (佐使) ซึ่งตรงตามหลักการรักษาสำคัญคือ “**ปลุกสมองเปิดทวาร หล่อเลี้ยงเสริมบำรุงตับและไตเป็นหลัก เสริมด้วยการทะลวงเส้นลมปราณให้ไหลเวียนคล่อง** (醒脑开窍, 滋补肝肾为主, 疏通经络为辅)” นั่นเอง

### วิธีปฏิบัติในการฝังเข็มแบบ ปลุกสมองเปิดทวาร

วิธีการฝังเข็มแบบ ปลุกสมองเปิดทวาร เป็นวิธีการรักษาที่มุ่งแก้ไขกลไกพื้นฐานของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง ซึ่งมีการบดบังทวารสมองจากเลือดคั่ง ลมดับ เสมหะ เป็นต้น **ทำให้ทวารสมองปิด เส้นถูกปิดบัง เส้นไม่สามารถชักนำชี่ได้** (窍闭神匿, 神不导气) การฝังเข็ม โดยวิธีนี้จะเลือกใช้จุดบนเส้นลมปราณอิน และเส้นลมปราณตู่เป็นหลัก ร่วมกับการใช้เทคนิคเฉพาะในการฝังเข็มเพื่อเพิ่มผลการรักษา ซึ่งพบว่าถ้าสามารถเริ่มฝังเข็มได้เร็วเท่าไร ผลการรักษาก็จะยิ่งดีและเร็ว ในทางปฏิบัติ ถ้าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ (โดยเฉพาะค่าความดันโลหิต) ที่สม่ำเสมอหรือค่อนข้างคงที่ ก็สามารถเริ่มใช้การฝังเข็มร่วมไปกับวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบันได้ทันที

**จุดฝังเข็มหลัก:** แบ่งเป็น 2 ชุด คือ

**จุดฝังเข็มหลักชุดที่ 1:** NeiGuan (PC 6), RenZhong (GV 26), SanYinJiao (SP 6)

จุดฝังเข็มชุดนี้ ศาสตราจารย์ **ลือเสวมินทร์** แนะนำว่าควรใช้ในผู้ป่วยทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม โดยเฉพาะในช่วง 3 วันแรก

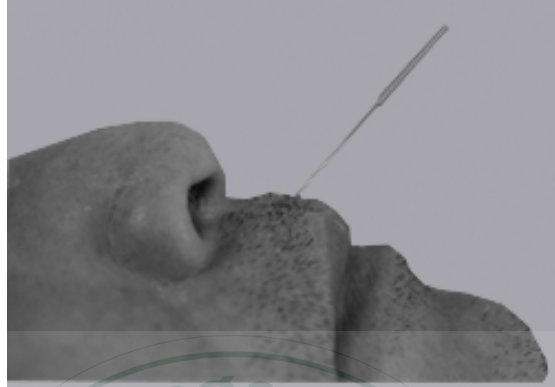
**ลำดับและวิธีการฝังเข็มจุดหลักชุดที่ 1**

1) เริ่มจากจุด NeiGuan (PC 6) ทั้ง 2 ข้าง ปักตรงลึก 0.5 - 1 ชู่น กระตุ้นเข็มแบบระบาย (เขี่ยฝ่า) ด้วยการขอยเข็ม (ถีชา) และปั่นเข็ม (เหียนจวน) พร้อมกัน เป็นเวลา 1 นาที (รูปที่ 1)



**รูปที่ 3.1 การฝังเข็มจุด NeiGuan (PC6)**

2) ต่อมาปักจุด RenZhong (GV 26) (รูปที่ 2) ปักเฉียงเล็กน้อย (ประมาณ 120 องศา) ปลายเข็มชี้ไปยังจมูก ลึก 0.3 - 0.5 ชู่น จากนั้นปั่นเข็มไปทิศทางใดทิศทางหนึ่งประมาณ 1 รอบ เพื่อให้เนื้อเยื่อรอบปลายเข็มติดแน่นกับเข็ม แล้วกระตุ้นเข็มแบบระบายค่อนข้างหนัก ด้วยวิธีนกกิก จนสังเกตเห็นผู้ป่วยเริ่มมีน้ำตาซึม (กรณีผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองแตกในระยะแรก หรือความดันโลหิตยังค่อนข้างสูง ไม่ควรกระตุ้นจุดนี้แรงเกินไป เนื่องจากมีรายงานว่ากระตุ้นจุดนี้สามารถทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงได้ถึง 30 - 40 มม.ปรอท)



### รูปที่ 3.2 การฝังเข็มจุด RenZhong (GV 26)

3) จากนั้นปักจุด **SanYinJiao (SP 6)** (รูปที่ 3) ข้างเดียวกับที่เป็นโรค โดยปักเข็มบริเวณขอบหลังกระดูกหน้าแข้งด้านใน ปักเข็มเฉียงไปด้านหลังท่ามุม 45 องศา กับผิวหนัง ลึก 1 – 1.5 ชู่น กระตุ้นเข็มแบบบำรุง ด้วยวิธีชวยเข็ม โดยดันเข้าหนัก-ถอยกลับเบา จนขามีการกระตุก 3 ครั้ง **SanYinJiao (SP 6)** อีกข้างหนึ่ง ปักตรงกระตุ้นเข็มแบบบำรุง



### รูปที่ 3.3 การฝังเข็มจุด SanYinJiao (SP 6)

**อธิบาย:** จุด **NeiGuan (PC 6)** เป็นจุดบนเส้นลมปราณเยื่อหุ้มหัวใจ และเป็นจุดหนึ่งของจุดป้าม่ายเจียวฮ่วย (八脉交会) เชื่อมต่อกับเส้นลมปราณอินเหวย มีคุณสมบัติหล่อเลี้ยงหัวใจ ทำให้เส้นสงบ ช่วยให้ชีพจรและเลือดไหลเวียนคล่อง

จุด RenZhong (GV 26) เป็นจุดบนเส้นลมปราณตู ซึ่งมีจุดกำเนิดจากอู่เชิงกราน ผ่านขึ้นไปถึงกลางกระหม่อมแล้วแยกเข้าสู่สมอง เป็นจุดที่ทั้งเส้นอินและเส้นหยางจากมือและเท้ามาพบกัน การระบายที่จุดนี้จะช่วยปรับสมดุลของเส้นลมปราณ เปิดทวารสมองที่ปิดอยู่ และสงบเส้น ทำให้สมองแข็งแรง

จุด SanYinJiao (SP 6) เป็นจุดที่เส้นอินเท้าทั้ง 3 เส้นมาพบกัน มีคุณสมบัติบำรุงไต เสริมอิน สร้างไขกระดูก เนื่องจากไขกระดูกจัดเป็น จิง (精) ชนิดหนึ่ง จึงสร้างไขกระดูก ขณะที่สมองก็คือทะเลของไขกระดูก เมื่อไขกระดูกมีเพียงพอสมองย่อมแข็งแรง

**จุดฝังเข็มหลักชุดที่ 2:** NeiGuan (PC 6), YinTang (EX-HN 3), ShangXing (GV 23),

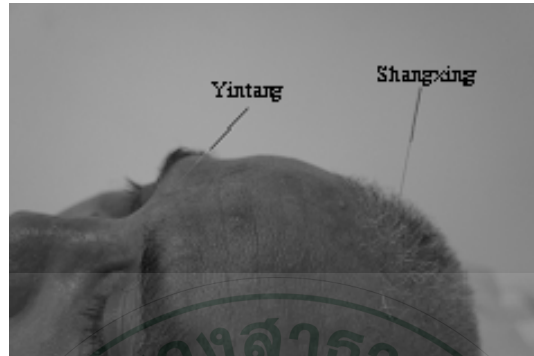
BaiHui (GV 20), SanYinJiao (SP 6)

กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวตื่น หรือเริ่มเข้าสู่ระยะฟื้นตัวแล้ว แสดงว่าขณะนั้นเส้นของผู้ป่วยเริ่มฟื้นตัวแล้ว การปักจุด RenZhong (GV 26) ต่อเนื่อง อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บมาก จึงควรปรับเปลี่ยนจุดฝังเข็มหลักที่ใช้ โดยพักใช้จุด RenZhong (GV 26) เปลี่ยนมาใช้จุดฝังเข็มในชุดที่ 2 แทน ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่ยังไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง อาจใช้จุดในชุดแรกสลับกับชุดที่ 2 แต่ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและสามารถเคลื่อนไหวได้เอง ให้ใช้จุดฝังเข็มชุดที่ 2 จุดฝังเข็มชุดนี้ เรียกว่าเป็นวิธี “ปลุกสมองเปิดทวารชุดเล็ก (小醒脑开窍)” หรือเรียกว่า “การทะลวงเส้นลมปราณตูให้คล่องและปรับสมดุลเส้น (通督调神)” โดยให้เหตุผลว่าตอนนี้สมองเริ่มตื่นแล้ว แต่การทำงานยังไม่สมดุล จึงเน้นการปรับสมดุลในเส้นลมปราณตูซึ่งมีการเชื่อมโยงกับสมองนั่นเอง

**ลำดับและวิธีการฝังเข็มจุดหลักชุดที่สอง**

- 1) เริ่มจาก NeiGuan (PC 6) ให้ใช้วิธีการเดียวกับจุดหลักชุดแรก
- 2) ต่อมาปักจุด YinTang (EX-HN 3) (รูปที่ 4) โดยปักตรงผ่านชั้นผิวหนังลงไป แล้วกระตุ้นเข็มแบบระบาย ด้วยการชวยและปั่นเข็มพร้อมกัน





**รูปที่ 3.4 การฝังเข็มจุด YinTang (EX-HN 3)**

3) จากนั้นใช้เข็มยาว 3 ชู่น บักจากจุด ShangXing (GV 23) ในแนวชันใต้ผิวน้ำย่นขึ้นไปยังจุด BaiHui (GV 20) กระตุ้นเข็มแบบบำรุงด้วยการหมุนขึ้นเข็ม เป็นเวลา 1 นาที (กรณีที่ใช้เข็มยาวกระทำได้ยาก อาจเปลี่ยนมาใช้ในการปักเข็มที่จุด ShangXing (GV 23) และจุด BaiHui (GV 20) อย่างละเข็มแทนก็ได้ (รูปที่ 5)



**รูปที่ 3.5 การฝังเข็มจุด ShangXing (GV 23) -> BaiHui (GV 20)**

4) สำหรับการปักจุด SanYinJiao (SP 6) ให้ใช้วิธีการเดียวกับจุดหลักชุดแรก โดยเพียงปักเข็มให้ขาผู้ป่วยกระตุกก็เพียงพอ ไม่จำเป็นที่จะต้องให้ขากระตุกถึง 3 ครั้งเหมือนในช่วงแรก

**อธิบาย:** จุด YinTang (EX-HN3) เป็นจุดนอกระบบ แต่อยู่บริเวณใบหน้าและอยู่ในแนวที่เส้นลมปราณตูฝ่าน มีคุณสมบัติปลูกเส้นทำให้ทวารสมองปลอดโปร่ง

จุด ShangXing (GV 23) และจุด BaiHui (GV 20) ต่างอยู่บนเส้นลมปราณตู โดยเฉพาะจุด BaiHui (GV 20) นั้นอยู่ที่ยอดของกะหม่อม เป็นจุดตัดของเส้นลมปราณหยางทุกเส้น เส้นลมปราณตัมและเส้นลมปราณอื่น เป็นเสมือนบริเวณที่เส้นลมปราณตูเชื่อมต่อกับเส้นลมปราณเริน (ซึ่งมีฐานกำเนิดเดียวกับเส้นลมปราณชง) ก่อนจะเข้าสู่สมอง ดังนั้นการปักเข็มจากจุด ShangXing (GV 23) ไปหาจุด BaiHui (GV 20) จึงช่วยปรับสมดุลอินหยาง สงบตับ ดับลมภายใน (平肝熄风) เสริมจิง บำรุงไขกระดูก (填精补髓) บำรุงซึ่งเพิ่มเลือด (益气养血) ปลูกสมองเปิดทวาร

**จุดฝังเข็มรอง:** ได้แก่ JiQuan (HT 1), ChiZe (LU 5), WeiZhong (BL 40) ข้างที่เป็นโรค

#### วิธีปักเข็มจุดฝังเข็มรอง

1) จุด JiQuan (HT 1) (รูปที่ 6) ปักเข็มต่ำกว่าตำแหน่งปกติลงมาตามแนวเส้นลมปราณประมาณ 1 ชุ่น เรียกชื่อจุดว่า “XiaJiQuan” เพื่อหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีขนรกไว้ ซึ่งมีต่อมเหงื่อมาก และมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ อีกทั้งยังเป็นบริเวณที่มีหลอดเลือดแดง axillary การปักเข็มให้จับแขนผู้ป่วย กางออกประมาณ 90 องศา อาจงอศอกเป็นมุม 90 องศา ด้วย จะทำให้ปักเข็มสะดวกขึ้น (ตามรูป) ปักเข็มลึก 1 – 1.5 ชุ่น กระตุ้นเข็มแบบระบาย ด้วยการชวยเข็ม จนแขนกระดูก 3 ครั้ง โดยไม่คาเข็ม



รูปที่ 3.6 การฝังเข็มจุด JiQuan (HT 1) (XiaJiQuan)

2) จุด ChiZe (LU 5) (รูปที่ 7) ให้จับศอกผู้ป่วยทางประมาณ 120 องศา ปักตรง ลึก 1 ชู่น กระตุ้นเข็มแบบระบายด้วยการชวยเข็ม ให้เขนท่อนล่างกระดูก 3 ครั้ง หรือมีความรู้สึกเข็มไปถึงข้อมือ นิ้วโป้งและนิ้วชี้



รูปที่ 3.7 การฝังเข็มจุด ChiZe (LU 5)

3) จุด WeiZhong (BL 40) (รูปที่ 8) จัดทำผู้ป่วยนอนหงาย มือข้างหนึ่งจับปลายขาผู้ป่วย ยกขึ้น พร้อมกับใช้ท่อนเขนและศอกกดที่ด้านหลังหัวเข่า เพื่อให้ขาของผู้ป่วยอยู่ในลักษณะเหยียดตรง ปักเข็มตรงลึก 0.5 - 1 ชู่น ปลายเข็มชี้ออกด้านนอกประมาณ 15 องศา กระตุ้นเข็มแบบระบายด้วยการชวยเข็ม จนขากระดูก 3 ครั้ง โดยไม่คาเข็ม



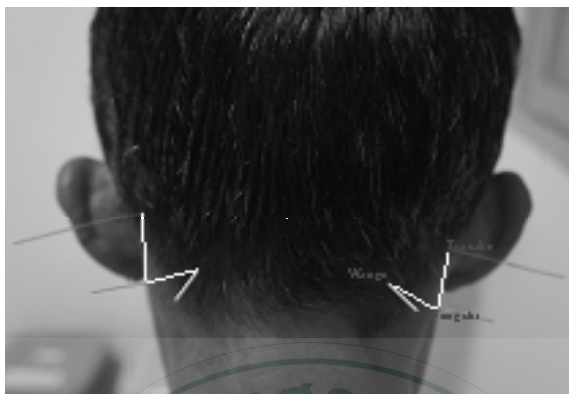
รูปที่ 3.8 การฝังเข็มจุด WeiZhong (BL 40)

จุดฝังเข็มชุดรองทั้ง 3 จุด มีประโยชน์ช่วยในการทะลวงเส้นลมปราณให้คั่ง (疏通经络) แก้ไขการติดขัดในเส้นลมปราณ ทำให้ชีพจรเวียนได้คั่งขึ้น ช่วยให้อาการแขนขาที่อ่อนแรงฟื้นฟูกลับมาในผู้ป่วยบางรายที่พยาธิสภาพไม่รุนแรงมากนัก การกระตุ้นจุด WeiZhong (BL 40) จะสามารถทำให้กำลังของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น 1 - 2 ระดับ ทันทีหลังฝังเข็ม เมื่อดูตามกายวิภาคแล้ว พบว่าการปักเข็มทั้ง 3 จุดนี้ จะกระตุ้นที่เส้นประสาทโดยตรงนั่นเอง กรณีที่กำลังแขนหรือขาของผู้ป่วยฟื้นตัวแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องกระตุ้นจุดทั้งสามอีก เนื่องจากการกระตุ้นโดยตรงต่อเส้นประสาทบ่อย ๆ อาจส่งผลเสียได้ คงใช้เพียงจุดตามเส้นลมปราณหยางหมิงและลำหยาบ ที่มีชีพจรและเลือดมากก็เพียงพอ

**อธิบาย:** จุดฝังเข็มทั้ง 3 จุด เมื่อใช้ร่วมกัน มีผลทะลวงเส้นลมปราณให้คั่ง ปรับสมดุลชีพจรและเลือด ทำให้เลือดลมไหลเวียนดี อาการอ่อนแรงจึงดีขึ้น

**จุดฝังเข็มเสริม:** เป็นจุดที่เลือกใช้ร่วมกับจุดหลักและจุดรอง เพื่อช่วยเพิ่มผลการรักษา เช่น

1) จุด FengChi (GB 20) ปักตรงลึก 1 - 1.5 ชุน ทิศทางขึ้นไปยังมุมตาต้านตรงข้าม จุด WanGu (GB 12) และ TianZhu (BL10) ปักตรงลึก 1 - 1.5 ชุน ใช้ร่วมกัน (รูปที่ 9) โดยปักเข็มทั้งสองข้าง กระตุ้นเข็มแบบบำรุงด้วยวิธีปักเข็ม ทั้ง 3 จุดนี้ สามารถช่วยปรับเพิ่มปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองได้ โดยผ่านทาง vertebrobasilar system (ซึ่งมีปริมาณเลือดถึง 1/3 ของปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทั้งหมด) จุด FengChi (GB 20) และจุด WanGu (GB 12) ต่างเป็นจุดบนเส้นลมปราณเท้าลำหยาบ ฤกษ์น้ำดีที่อยู่ใกล้สมอง เส้นลมปราณฤกษ์น้ำดีนี้มีคุณสมบัติช่วยในการดึงชีพจรของเส้นลมปราณที่เหลืออีก 11 เส้นขึ้นด้านบน การใช้สองจุดร่วมกันจะชักนำให้ชีพจรและเลือดของเส้นลมปราณทั้ง 11 เส้น มาหล่อเลี้ยงสมองและไขกระดูก ส่วนจุด TianZhu (BL 10) เป็นจุดบนเส้นลมปราณเท้าหยางกระเพาะปัสสาวะ ที่อยู่ใกล้สมอง ไทหยางเป็นหยางในหยาง หยางที่ช่วยหล่อเลี้ยงเอ็นและเส้น การใช้จุดนี้จึงมีผลหล่อเลี้ยงเส้น ทำให้สมองแข็งแรง



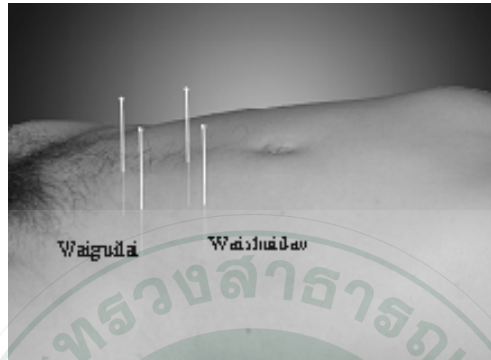
### รูปที่ 3.9 การฝังเข็มจุดเสริม FengChi (GB 20), WanGu (GB 12) และ TianZhu (BL 10)

2) จุดเสริมบริเวณแขนที่นิยมใช้ได้แก่ JianYu (LI 15), JianLiao (TE 14), BiNao (LI 14), JianNeiLing (EX-UE12), JianWaiLing (Extra), TaiJian (Extra), QuChi (LI 11), ShouSanLi (LI 9), WaiGuan (TE 5), HeGu (LI 4), ZhongZhu (TE 3)

3) จุดเสริมบริเวณขาที่นิยมใช้ได้แก่ FuTu (ST 32), FengShi (GB 31), LiangQiu (ST 34), XueHai (SP 10), SiQiang (Extra), ZuSanLi (ST 36), HuanTiao (GB 30), YangLingQuan (GB 34), FengLong (ST 40), XuanZhong (GB 39), SanYinJiao (SP 6), ChengJin (BL 56), ChengShan (BL 57), FeiYang (BL 58), JieXi (ST 41), TaiChong (LR 3) เป็นต้น โดยจุดเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องใช้พร้อมกัน ให้เลือกใช้สลับกัน

4) ถ้าผู้ป่วยมีท้องผูก เพิ่มจุด FengLong (ST 40), ShuiDao (ST 28), GuiLai (ST 29), WaiShuiDao (Extra), WaiGuiLai (Extra) ทางด้านซ้าย (รูปที่ 10) ทั้งสองจุดหลังนี้เป็นจุดนอก ระบบ จุด WaiShuiDao อยู่ระดับเดียวกับจุด ShuiDao (ST 28) แต่ห่างออกไปด้านข้างอีก 2 ชู่น ส่วนจุด WaiGuiLai ก็อยู่ระดับเดียวกับจุด GuiLai (ST 29) แต่ห่างออกไปด้านข้าง 2 ชู่น เช่นกัน ปักตรงลึก 1 - 1.5 ชู่น สามารถปักเข็มได้ลึกถึง 2.5 - 3 ชู่น กระตุ้นเข็มแบบระบายด้วยวิธีปั่นเข็ม แต่ควรทำด้วยความนุ่มนวลเนื่องจากเข็มอาจทะลุช่องท้องได้ ถ้าดูตามกายวิภาคของทั้งสองจุดนี้ จะพบว่า อยู่บนหน้าท้องตรงกับบริเวณที่เป็น descending colon และ sigmoid colon จึงมีประโยชน์ช่วย กระตุ้นการขับถ่ายโดยตรง จุด FengLong (ST 40) ช่วยขับเสมหะออกทำให้ชุ่มลง (豁痰下

气) เมื่อใช้ร่วมกับจุดบริเวณหน้าท้อง จะช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ลำไส้ขยายและขับถ่ายคล่อง



รูปที่ 3.10 จุดเสริม ShuiDao (ST 28), WaiShuiDao, GuiLai (ST 29), WaiGuiLai

5) ถ้าผู้ป่วยมีปัสสาวะขัด ปัสสาวะไม่ออก เกิดปัสสาวะคั่ง เพิ่มจุด QuGu (CV 2), ZhongJi (CV 3), GuanYuan (CV 4) ใช้เข็ม 3 ชूं กระตุ้นเข็มแบบบำรุงและระบายเท่ากัน (ฝังปุ้ฝังเซี่ย) บักจนได้ความรู้สึกของเข็มไปยังบริเวณฝีเย็บ แล้วถอนเข็มออกมาเล็กน้อยให้อยู่ในระดับตื้น อาจใช้เข็มอุ่นหรือขวดน้ำท้อ้งร่วมด้วย จุด GuanYuan (CV 4) อยู่บนเส้นลมปราณเริน เป็นจุดที่ทำให้ร่างกายแข็งแรง มีหน้าที่ปรับสมดุล จุด ZhongJi (CV 3) เป็นจุดมู่ ของกระเพาะปัสสาวะ ช่วยปรับกระเพาะปัสสาวะให้ทำงานราบรื่น ทำให้ทางเดินน้ำของร่างกายคล่องสะดวก ส่วนจุด QuGu (CV 2) เป็นเหมือนประตูของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะไหลคล่อง

6) ถ้าผู้ป่วยมีอาการชัก เพิ่มจุด RenZhong (GV 26), DaLing (PC 7), NeiGuan (PC 6), FengChi (GB 20), JiuWei (CV 15) โดยจุด DaLing (PC 7) แหงเข็มทำมุม 75 องศากับผิวหนัง ปลายเข็มชี้ไปใจกลางฝ่ามือ บักลึก 0.3 - 0.5 ชूं กระตุ้นเข็มด้วยวิธีหมุนปั่นแบบระบาย จุดนี้จะช่วยปรับหัวใจและเส้น ทำให้หัวใจและอารมณ์สงบ ส่วนจุด JiuWei (CV 15) ให้แทงเข็มเฉียงลงโดยผู้ป่วยนอนหงาย แต่ยกศีรษะและหน้าอกขึ้น แหงเข็มขณะที่หายใจเข้า ลึกประมาณ 1 ชूं กระตุ้นเข็มด้วยการหมุนปั่นเข็มแบบฝังปุ้ฝังเซี่ย ประมาณครึ่งนาที โดยไม่คาเข็ม จุดนี้ช่วยปรับเลือดและชี หล่อเลี้ยงหัวใจและเส้น



7) ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการมองเห็น เพิ่มจุด FengChi (GB 20), TianZhu (BL 10), QiuHou (EX-HN 7), JingMing (BL 1) โดยทั้งสองจุดหลังนี้ เวลาปักเข็มให้ใช้เข็มที่มีขนาดเล็ก และ ห้ามหมุนปั่นเข็มในขณะคาเข็ม

8) ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาความจำเสื่อม ไม่ตอบสนอง เพิ่มจุด NeiGuan (PC 6), RenZhong (GV 26), BaiHui (GV 20), SiShenCong (EX-HN 1), FengChi (GB 20), SiBai (ST 2), HeGu (LI 4), SanYinJiao (SP 6), TaiChong (LR 3) โดยจุด BaiHui (GV 20) และ SiShenCong (EX-HN 1) (รูปที่ 11) แขนงเฉียงเล็กน้อยทิศทางไปด้านหลังลึก 0.3 - 0.5 ชู่น กระตุ้นเข็มด้วยการหมุนปั่นแบบผิงปูผิงเซีย จุดนี้จะช่วยปลุกเส้นทำให้สมองแข็งแรง ส่วนจุด SiBai (ST 2) ให้แทงเข็มตรงลึก 0.3 - 0.5 ชู่น กระตุ้นเข็มแบบบำรุงด้วยการหมุนปั่น จุดนี้อยู่บนเส้นลมปราณเท้าหยางหมิงซึ่งมีเลือดลมมาก จึงมีส่วนช่วยเดินที่เพิ่มการไหลเวียนเลือด นอกจากนี้ยังเป็นบริเวณที่ลมปราณเชื่อมต่อกับสมอง จึงช่วยปลุกเส้นให้สมองแข็งแรงอีกทางหนึ่ง ส่วนจุด TaiChong (LR 3) ปักตรงลึก 1 - 1.5 ชู่น กระตุ้นเข็มแบบระบายด้วยวิธีหมุนปั่น จุดนี้เป็นจุดหยวนของเส้นลมปราณเท้าเจี๋ยอินดับ ช่วยขับเคลื่อนดับควบคุมการไหลเวียนของชี่ สงบหยางของตับ (疏肝理气, 平肝潜阳)



รูปที่ 3.11 การฝังเข็มจุด BaiHui (GV 20) และ SiShenCong (EX-HN 1)

9) ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการนอนหลับเพิ่มจุด ShangXing (GV 23), BaiHui (GV 20), SiShenCong (EX-HN 1), SanYinJiao (SP 6) และ ShenMen (HT 7) โดยจุด ShenMen (HT7) ให้ปักตรงลึก 0.3 - 0.5 ชู่น กระตุ้นเข็มแบบระบายด้วยวิธีปั่นเข็ม จุด ShenMen (HT 7) เป็นจุด

หยวนและจุดซู ของเส้นลมปราณหัวใจ เป็นเสมือนประตูให้หัวใจผ่านเข้าออก ช่วยสงบหัวใจและเส้น

### ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและการแก้ไข

**1. Pseudobulbar palsy (假球麻痹)** ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืนลำบากหรือสำลัก ใช้จุด FengChi (GB 20), WanGu (GB 12), YiFeng (TE 17) โดยทั้ง 3 จุด ให้ปักลึก 1 - 1.5 ชู่น ทิศทางเข็มชี้ไปยังบริเวณกระดูกกล่องเสียง กระตุ้นเข็มแบบบำรุงด้วยวิธีปักเข็ม จุดละประมาณ 1 นาที ทั้ง 3 จุด อยู่บนเส้นลมปราณเส้นนี้ซึ่งเป็นแกนขนานพับ เมื่อใช้พร้อมกันทำให้กลไกการเปิดปิด สะดวก หยางซีไหลเวียนคล่อง จึงช่วยหล่อเลี้ยงสมอง ไชกระดูก ทำให้ทวารสมองปลอดโปร่ง หรือใช้ เข็มยาว 3 ชู่น ปักกระตุ้นตรงผนังคอหอยโดยไม่คาเข็ม (咽喉壁点刺) เพื่อกระตุ้นรีเฟล็กซ์ที่ผนังคอ โดยตรงร่วมด้วย มีรายงานการใช้ในผู้ป่วย 521 ราย พบว่าอาการหายร้อยละ 65 และได้ผลลัพธ์ร้อยละ 20

ถ้ามีปัญหาการพูดไม่ชัด ไม่คล่อง ใช้จุด ShangLianQuan (EX-HN 16) (รูปที่ 12) ด้วยเข็ม ยาว 3 ชู่น ปักเข็มทิศทางเข้าหาโคนลิ้น จนได้ความรู้สึกเข็มไปที่โคนลิ้น กระตุ้นเข็มแบบระบายด้วยวิธี ซอยเข็ม (ถีซา) อาจร่วมกับการปล่อยเลือดที่ใต้ลิ้นโดยใช้เข็มสามเหลี่ยมตรงจุด JinJin (EX-HN 12), YuYe (EX-HN 13) ประมาณ 1 - 2 มล. ทั้ง 3 จุดนี้เป็นจุดเฉพาะที่ กระตุ้นตัวลิ้นโดยตรง มีผล ทะลวงปรับเส้นลมปราณให้คล่อง ปรับการไหลเวียนของเลือดที่ลิ้นให้ดีขึ้น แต่การปล่อยเลือดที่ลิ้น อาจ ทำให้ผู้ป่วยเจ็บมาก บางครั้งเจ็บจนทานอาหารไม่ได้ 1 - 2 วัน โดยอาจใช้จุด Wai-JinJin, Wai-YuYe ซึ่งอยู่ตรงกับจุดปักเข็มที่ใต้ลิ้นแต่อยู่ภายนอกช่องปากแทน



รูปที่ 3.12 การฝังเข็มจุด ShangLianQuan (EX-HN 16)

**2. ปัญหามือกำไม่คลาย** มักพบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อที่มีการฟื้นตัวแล้ว การแก้ไขมีหลายวิธี เช่น ใช้จุด HeGu (LI 4) บักไปหาจุด SanJian (LI 3) ลึก 1 - 1.5 ชู่น (รูปที่ 13) กระตุ้นเข็มแบบระบาย ด้วยวิธีชวยเข็ม จนนิ้วมือที่กำคลายออกหรือนิ้วชี้กระตุก ร่วมกับใช้จุด BaXie (EX-UE 9) หรือจุด Shangbaxie (Extra) ที่อยู่ห่างจากจุด Baxie เข้ามาทางข้อมือประมาณ 1 ชู่น บักเฉียงไปหาข้อมือลึก ประมาณ 1 - 1.5 ชู่น กระตุ้นเข็มแบบระบายด้วยวิธีชวยเข็ม จนนิ้วมือกระตุก การใช้ทั้ง 2 จุดนี้ร่วมกัน จะช่วยทะลวงปรับลมปราณและเอ็น ลดอาการเกร็ง อาจคาเข็มไว้นานกว่าปกติจะให้ผลที่ดียิ่งขึ้น กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการชาที่ปลายนิ้วมือร่วมด้วย การใช้จุด BaXie (EX-UE 9) จะให้ผลดีในการรักษา

นอกจากนี้จากประสบการณ์ของ ศาสตราจารย์ **จ้าวฮุยซิน** (Zhao HuiXin; 赵慧馨) พบว่า การใช้จุด SanJian (LI 3) พร้อมกับจุด HouXi (SI 3) โดยทั้งสองจุดให้ปักเข็มในทิศทางเข้าจุด LaoGong (PC 8) ก็ให้ผลดี

ส่วนศาสตราจารย์ **อู่เหลียนจง** (WuLianZhong; 武连仲) จะใช้เทคนิคการปักเข็มที่จุด JiQuan (HT 1) กระตุ้นเข็มด้วยวิธีชวยเข็ม (ถีซา) แบบกระตุ้นด้านอินเพื่อไปชักนำด้านหยาง (从阴引阳) จนนิ้วมือของผู้ป่วยคลายออกก่อน แล้วจึงค่อยมาปักเข็มที่จุด BaXie (EX-UE 9)



รูปที่ 3.13 การฝังเข็มจุด HeGu (LI 4) บักไปหาจุด SanJian (LI 3)

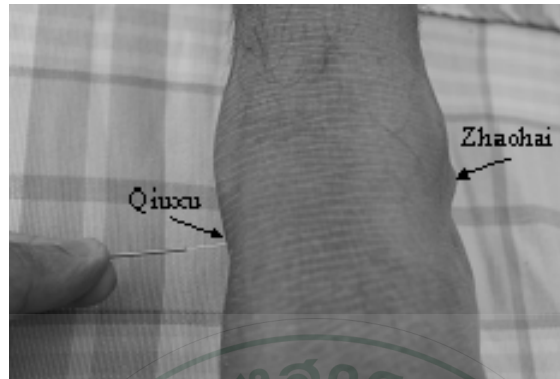
**3. ปัญหาไหล่ติด ข้อไหล่อักเสบ** มักมีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง แล้วขาดการบริหาร ไม่ได้มีการขยับข้อไหล่เป็นเวลานาน ทำให้ข้อไหล่เกิดพังผืด มีอาการติดขัด การรักษา ใช้การปักเข็มที่จุดบริเวณรอบหัวไหล่ เช่น ใช้ชุดเข็มไหล่ 5 เล่ม ได้แก่ JianYu (LI 15), JianLiao (TE 14),

JianNeiLing (EX-UE 12), NaoShu (SI 10), BiNao (LI 14) หรือชุดเข็มไหล่ 7 เล่ม ได้แก่ JianZhongShu (SI 15), JianWaiShu (SI 14), QuYuan (SI 13), BingFeng (SI 12), TianZong (SI 11), NaoShu (SI 10), JianZhen (SI 9) เน้นปักเข็มแบบระบายด้วยวิธีชอยเข็ม หรือปักเข็ม กรณีที่มีจุดกดเจ็บชัดเจน อาจใช้การปล่อยเลือดที่จุดนั้น ๆ แล้วครอบกระปุก นอกจากนี้ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พยายามขยับหรือบริหารหัวไหล่เองด้วย อย่างไรก็ตามการบริหารหัวไหล่ควรทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีกล้ามเนื้อรอบหัวไหล่ฝ่อ การบริหารที่เกินพิสัยการเคลื่อนไหว อาจทำให้ข้อไหล่หลุดหรือเคลื่อนได้

**4. ปัญหาข้อเข่าอ่อนแรง** ผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก บางรายกล้ามเนื้อที่จะมาพยุงบริเวณข้อเข่าอ่อนแรงไปด้วย บางครั้งผู้ป่วยเดินแล้วเกิดข้อเข่าบิดได้ กรณีนี้อาจป้องกันโดยการปักเข็มเสริมที่จุด HeDing (EX-LE 2) และจุด XiYan (EX-LE 5) ในด้านที่เป็นโรคร่วมกับจุด XueHai (SP 10) และจุด LiangQiu (ST 34)

**5. ปัญหาเท้าตก (足下垂)** หรือ foot drop ทำให้เวลาเดินผู้ป่วยต้องงอตะโพก และสะบัดข้อเข่า อาจใช้ชุดเข็มหลังเท้า 3 จุด ได้แก่ ZuLinQi (GB 41), XianGu (ST 43), TaiChong (LR 3) หรือชุดเข็มหน้าแข้ง 3 จุด ได้แก่ ZuSanLi (ST 36), FengLong (ST 40), TengYue (腾跃 Extrapoint) อยู่บนหน้าแข้งเหนือข้อเท้าขึ้นมาประมาณ 3 ชุน ซึ่งมีผลช่วยเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ tibialis anterior

**6. ปัญหาเท้าบิดเข้าใน (足内翻)** หรือ Talipes varus เป็นอีกปัญหาที่พบบ่อย ปัจจุบันยังไม่มีจุดฝังเข็มที่ได้ผลดี จุดที่นิยมใช้คือ จุด QiuXu (GB 40) ใช้เข็มยาว 3 ชุน บักไปจนถึงบริเวณใต้ผิวหนังของจุด ZhaoHai (KI 6) (รูปที่ 14) พบว่าหลังปักเข็ม สามารถตัดเท้าของผู้ป่วยกลับมาได้เกือบปกติทันที แต่เมื่อผ่านไประยะเวลาหนึ่งเท้าก็บิดเข้าด้านในอีก อาจจะต้องทำซ้ำในครั้งถัดไป ปกติมักไม่ได้ใช้วิธีนี้ในการฝังเข็มทุกครั้ง เนื่องจากค่อนข้างเจ็บเมื่อปักเข็ม อาจใช้จุด QiuXu (GB 40) และจุด ZhaoHai (KI 6) บักด้วยวิธีปกติสลับกัน จากประสบการณ์ของผู้เขียน ถ้าใช้ QiuXu (GB 40) หรือจุด ZuLinQi (GB 41) โดยกระตุ้นจนผู้ป่วยรู้สึกกระตุกบริเวณข้อเท้าตั้งแต่ช่วงแรก ๆ ของการฝังเข็ม จะช่วยป้องกันปัญหาเท้าบิดเข้าในได้



รูปที่ 3.14 การฝังเข็มจุด QiuXu (GB 40) ถึง ZhaoHai (KI 6)

**7. ปัญหากล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (肌张力高) หรือ spasticity** พบบ่อยบริเวณไหล่ แขนท่อนบน ทำให้ยกแขนไม่ขึ้น ข้อศอกอยู่ในลักษณะงอ อีกบริเวณที่มักพบ คือ ต้นขาด้านใน การรักษาใช้วิธีการหาจุดที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (motor point) แล้วปักเข็มเพื่อให้กล้ามเนื้อคลายพร้อมกับขยับข้อไหล่ หรือข้อศอกของผู้ป่วยให้ยืดออก เช่น กรณีกล้ามเนื้อ Biceps เกร็งมากจนข้อศอกงอ อาจปักเข็มบริเวณใกล้เคียงเอ็นของกล้ามเนื้อ ให้กล้ามเนื้อคลายจากการเกร็ง พร้อมกับขยับข้อศอกผู้ป่วย หรือในรายที่กล้ามเนื้อเกร็งมาก มีจุดกดเจ็บชัดเจน อาจใช้การปล่อยเลือดตรงจุดนั้นพร้อมครอบกระปุก หรือทำการครอบกระปุกแบบเคลื่อนที่ (走火罐) นอกจากนี้การทำกายภาพบำบัดร่วมด้วยจะช่วยให้ดีมาก นอกจากนี้ยังสามารถเลือกใช้ขุดจุดบริเวณแขนหรือขา เพื่อจุดประสงค์ในการรักษาตามการวินิจฉัยแยกกลุ่มอาการของโรค ตามหลักแพทย์แผนจีน เช่น

**7.1 พยุงหรือฟื้นฟูหลัก (扶正)**

- จุดแขน ใช้ QuChi (LI 11), ShouSanLi (LI 10), WaiGuan (TE 5), HeGu (LI 4)
- จุดขา ใช้ XueHai (SP 10), ZuSanLi (ST 36), TaiChong (LR3), SanYinJiao (SP 6)

**7.2 ทะลวงเส้าหยางและปรับตับควบคุมชี (疏利少阳，疏肝理气)**

- จุดแขน ใช้ QuChi (LI 11), WaiGuan (TE 5), ZhongZhu (TE 3)
- จุดขา ใช้ TaiChong (LR 3), QiuXu (GB 40)

**7.3 กระตุ้นสารสะอาด (ชิงชี) ขึ้นบน ทำให้สารขุ่นลงล่าง (升清降浊)**

- จุดแขน ใช้ QuChi (LI 11) และ ShouSanLi (LI 10) เพื่อดึงสารสะอาดขึ้นบน (升清)  
ใช้จุด LieQue (LU 7) และ HeGu (LI 4) เพื่อให้สารขุ่นลงล่าง (降浊)

- จุดขา ใช้ ZuSanLi (ST 36), QuQuan (LR 8), FuLiu (KI 7)

#### 7.4 เสริมหัวใจสงบเสถียร (益心安神)

- จุดแขน ใช้ NeiGuan (PC 6), ShenMen (HT 7), DaLing (PC 7)

- จุดขา ใช้ ZuSanLi (ST 36), SanYinJiao (SP 6), DaDu (SP 2), JieXi (ST 41)

#### 7.5 ขับร้อนระบายหยางหมิง (清泄阳明)

- จุดแขน ใช้ QuChi (LI 11), WenLiu (LI 7), PianLi (LI 6), HeGu (LI 4)

- จุดขา ใช้ FengLong (ST 40), NeiTing (ST 44), LiDui (ST 45)

#### 7.6 ดับลมภายในหยุดเกร็ง (熄风止痉)

- จุดแขน ใช้ TianJing (TE 10), QuChi (LI 11), SanJian (LI 3)

- จุดขา ใช้ YangLingQuan (GB 34), XingJian (LR 2), DaDun (LR 1), FengLong (ST 40)

### สรุปจุดเด่นของการฝังเข็มตามแนวคิด “ปลุกสมองเปิดทวาร”

1. เป็นวิธีการที่มีพัฒนาการมาจากความเข้าใจ ในสาเหตุและกลไกการเกิดโรค โดยการที่พบว่า สมองกับเส้นมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และโรคมีสาเหตุพื้นฐาน คือ “บนแกร่งแต่ล่างพร่อง (证是上实，而上实由于下虚)” และมีกลไกร่วมคือ “ทวารปิดเส้นหลบซ่อน (窍闭神匿)”

2. มีการพัฒนา วิธีการเลือกและจับคู่จุดที่ใช้ โดยมีจุดจากเส้นลมปราณอินเป็นหลัก ต่างจากในอดีตที่จับคู่จุดจากเส้นลมปราณหยางเป็นหลัก เนื่องจากต้องการเน้นการบำรุงล่างพร่อง (ดับและไตพร่อง) ร่วมกับการปลุกสมองให้กลับมาทำงานตามปกติ

3. มีการทดสอบและศึกษาถึง ทิศทาง ความลึก วิธีการกระตุ้นเข็ม และความแรงที่ใช้ในจุดฝังเข็มแต่ละจุด เป็นหลักการที่แน่นอน และพิสูจน์แล้วว่าได้ผลดี สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง



## ภาวะเนื่องค้างของโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of Cerebrovascular Disease)

ภาวะเนื่องค้างของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ความผิดปกติของการมองเห็น ตามทฤษฎีการแพทย์แผนจีน ภาวะเหล่านี้เกิดจากการอุดตันของเส้นลมปราณ จากภาวะเลือดและเสมหะคั่งและจากภาวะช้ำและเลือดพร่อง

### การรักษา

ภาวะสืบเนื่องของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากพยาธิสภาพตกค้างในเส้นลมปราณ หลักการรักษาให้เลือดใช้จุดบนเส้นลมปราณหยางหมิงเป็นหลัก

#### 1. อัมพาตครึ่งซีกจากเลือดคั่ง

**อาการ:** อ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ร่วมกับการรับรู้ความรู้สึกลดลงหรือหายไปของร่างกายซีกหนึ่ง

**ลิ้น:** ลิ้นม่วงคล้ำ มีจุดเลือดออก **ชีพจร:** ชีพจรฟืด (SeMai)

**หลักการรักษา:** เสริมการไหลเวียนของชีและเลือด ขจัดเลือดคั่งในเส้นลมปราณ

**จุดฝังเข็ม:**

**แขนอ่อนแรง:** DaZhu (BL 11), JianYu (LI 15), JianLiao (TE 14), QuChi (LI 11), ShouSanLi (LI 10), WaiGuan (TE 5), HeGu (LI 4), SanJian (LI 3), ChiZe (LU 5), QuZe (PC 3), NeiGuan (PC 6), DaLing (PC 7)

**ขาอ่อนแรง:** HuanTiao (GB 30), FengShi (GB 31), BiGuan (ST 31), FuTu (ST 18), YangLingQuan (GB 34), ZuSanLi (ST 36), XuanZhong (GB 39), KunLun (BL 60), QiuXu (GB 40), SanYinJiao (SP 6), WeiZhong (BL 40), QuQuan (LR 8), YinLingQuan (SP 9), ShangQiu (SP 5)

**อธิบาย:** ในผู้ป่วยที่มีร่างกายอ่อนแอ ปักเข็มอย่างเบานุ่มนวล กระตุ้นแบบเสริมบำรุง ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อแข็งตึง ปักเข็มแรง กระตุ้นแบบระบาย ผู้ป่วยเรื้อรังเสริมด้วยการรมยา

-: DaZhu (BL 11) จุดอิทธิพลของกระดูก เสริมความแข็งแรงของกระดูก

-: JianYu (LI 15), QuChi (LI 11), ShouSanLi (LI 10), HeGu (LI 4) และ SanJian (LI 3) ขจัดภาวะอุดตันเสริมความแข็งแรงของเส้นลมปราณมือหยางหมิง

-: JianLiao (TE 14) และ WaiGuan (TE 5) จัดภาวะอุดตันเสริมความแข็งแรงของเส้นลมปราณมือเส้าหยาง

-: ChiZe (LU 5) จัดภาวะอุดตันเสริมความแข็งแรงของเส้นลมปราณมือไท่อิน

-: QuZe (PC 3), NeiGuan (PC 6) และ DaLing (PC 7) จัดภาวะอุดตันเสริมความแข็งแรงของเส้นลมปราณมือเจี๋ยอิน จัดลมภายใน

-: BiGuan (ST 31), FuTu (ST 18), ZuSanLi (ST 36) และ FengLong (ST 40) จัดภาวะอุดตันเสริมความแข็งแรงของเส้นลมปราณเท้าหยางหมิง สร้างชีและเลือดเพื่อไปหล่อเลี้ยงเส้นลมปราณ กล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ

-: HuanTiao (GB 30), FengShi (GB 31), YangLingQuan (GB 34), XuanZhong (GB 39) และ QiuXu (GB 40) จัดภาวะอุดตันเสริมความแข็งแรงของเส้นลมปราณเท้าเส้าหยาง

-: KunLun (BL 60) และ WeiZhong (BL 40) จัดภาวะอุดตันเสริมความแข็งแรงของเส้นลมปราณเท้าไท่หยาง และขจัดเลือดคั่ง

-: SanYinJiao (SP 6), YinLingQuan (SP 9) และ ShangQiu (SP 5) จัดภาวะอุดตันเสริมความแข็งแรงของเส้นลมปราณเท้าไท่อิน สร้างชีและเลือดเพื่อไปหล่อเลี้ยงเส้นลมปราณ กล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ

-: QuQuan (LR 8) จัดภาวะอุดตันของเส้นลมปราณเท้าเจี๋ยอิน และขจัดลมภายนอก

## 2. พุดลำบาก จากลม เสมหะและเลือดคั่ง

**อาการ:** พุดลำบากหรือพุดไม่ได้ ลิ้นเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย

**ลิ้น:** ฝ้าเหนียว **ชีพจร:** ชีพจรตึง-สั้น (XianHuaMai)

**หลักการรักษา:** ขจัดลมและเสมหะ กำจัดเลือดคั่งในเส้นลมปราณ

**จุดฝังเข็มหลัก:** LianQuan (CV 23), HeGu (LI 4), FengChi (GB 20), FengLong (ST 40), YaMen (GV 15), TongLi (HT 5), SanYinJiao (SP 6), TaiXi (KI 3)

**อธิบาย:**

-: LianQuan (CV 23) และ YaMen (CV 15) ใช้รักษาการพุดลำบาก

-: HeGu (LI 4), FengChi (GB 20) ขจัดลม เสริมการไหลเวียน กระตุ้นจิตใจให้แจ่มใส

- : FengLong (ST 40), SanYinJiao (SP 6) เสริมการทำงานของจิงเจียวและขจัดเสมหะ
- : TongLi (HT 5) ขจัดเลือดคั่งในเส้นลมปราณหัวใจและเสริมการทำงานของลิ้น
- : TaiXi (KI 3) บำรุงไตอิน เชื่อมต่อการทำงานกับหัวใจ

**จุดฝังเข็มเสริม:** ลิ้นแข็ง เพิ่ม JinJin (EX-HN 12) และ YuYe (EX-HN 13) สะกดให้เลือดออก

### 3. กล้ามเนื้อใบหน้าบิดเบี้ยวจากลม เสมหะและเลือดคั่ง

**อาการ:** ลิ้นและตาเฉยเฉียงจากปกติ กล้ามเนื้อใบหน้าข้างที่เป็นโรคอ่อนกำลังและชา

**ลิ้น:** ฝ้าเหนียว **ชีพจร:** ชีพจรตึง-ลิ้น (XianHuaMai)

**หลักการรักษา:** ขจัดลม สลายเสมหะ กระตุ้นการไหลเวียนเลือด และขจัดการอุดตันในเส้นลมปราณ

**จุดฝังเข็มหลัก:** JiaChe (ST 6), DiChang (ST 4), YingXiang (LI 20), SiBai (ST 2), QuanLiao (SI 18), FengChi (GB 20), ZuSanLi (ST 36), HeGu (LI 4), TaiChong (LR 3)

**อธิบาย:**

-: JiaChe (ST 6), DiChang (ST 4), YingXiang (LI 20), SiBai (ST 2), QuanLiao (SI 18) ของข้างที่เป็นโรค กระตุ้นการไหลเวียนของชีและเลือด หล่อเลี้ยงและลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ

-: FengChi (GB 20) สงบลม ลดอาการเกร็ง

-: ZuSanLi (ST 36) เสริมบำรุงจิงเจียวเพื่อบำรุงชีและเลือด

-: TaiChong (LR 3) และ HeGu (LI 4) เป็นการเลือกจุดที่เรียกว่า เปิดสี่ด้าน ช่วยสงบตับระงับจิตใจ

**จุดฝังเข็มเสริม:**

-: แขนงอึดอืดในทรวงอก และอาเจียน: FengLong (ST 40)

-: ปิดเปิดตาลำบาก: CuanZhu (BL 2) และ TaiYang (EX-HN 5)

-: ปากเบี้ยวที่เป็นมาก: ShuiGou (GV 26) และ ChengJiang (GV 24)

#### 4. ความผิดปกติทางภาษาและการพูด (Language impairment)

ความผิดปกติทางภาษาและการพูด (Language impairment หรือ Speech impairment ) ประกอบด้วย ภาวะเสียความสามารถในการสื่อความ (Aphasia) และ อากาการพูดไม่เป็นความจากกล้ามเนื้อควบคุมการพูดผิดปกติ (Dysarthria)

Aphasia และ Dysarthria อาจเป็นเพียงอาการเดี่ยว หรือ เป็นอาการแรกที่เกิดขึ้น หรือ อาจเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มอาการหลายหลายอย่าง

**Aphasia** เกิดจากพยาธิสภาพที่ศูนย์กลางควบคุมการพูดบริเวณ Dominant Hemisphere ทำให้มีความผิดปกติในการสื่อความและความผิดปกติ ในการเข้าใจภาษา มีการออกเสียงและเสียงพูดที่เป็นปกติแต่ไม่สามารถพูดได้

##### ประเภทของ Aphasia

**1) Motor aphasia:** เกิดจากพยาธิสภาพที่ Motor speech area บริเวณ Inferior frontal gyrus ด้าน Dominant Hemisphere เรียกอีกอย่างว่า expressive aphasia ผู้ป่วยสามารถเข้าใจคำพูดของผู้อื่นได้ สามารถออกเสียงได้ แต่ พูดได้ยากลำบาก หรือ ไม่สามารถพูดได้เลย หรือไม่สามารถพูดประโยชน์ต่อเรื่องกันได้

**2) Sensory aphasia:** เกิดจากพยาธิสภาพที่ Auditory association area บริเวณ Superior temporal gyrus ด้าน Dominant Hemisphere เรียกอีกอย่างว่า receptive aphasia ผู้ป่วยมีการได้ยินเป็นปกติ แต่ไม่สามารถเข้าใจคำพูดของตนเองและผู้อื่นได้ ไม่สามารถตอบสนองต่อคำพูดหรือคำสั่งของผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง แม้ว่าจะสามารถพูดได้อย่างคล่องแคล่ว แต่ใช้คำผิดหรือยุ่งเหยิงไม่มีลำดับไร้อรรถเหตุผล ยกที่ผู้อื่นจะเข้าใจความหมาย

**3) Nominal aphasia :** เกิดจากพยาธิสภาพบริเวณ Middle temporal gyrus ด้าน Dominant Hemisphere ผู้ป่วยสามารถเข้าใจคำพูดของผู้อื่นได้ สามารถออกเสียงได้ สามารถพูดทวนคำพูดของผู้อื่นได้ค่อนข้างคล่องแคล่ว แต่ ไม่สามารถบอกชื่อวัตถุได้ในขณะที่สามารถบอกลักษณะและวิธีใช้ได้อย่างถูกต้อง

**จุดฝังเข็ม:** NeiGuan (PC 6), RenZhong (GV 26), YinTang (EX-HN 3), BaiHui (GV 20), ShangXing (GV 23), JinJin (EX-HN 12), YuYe (EX-HN13), ShangLianQuan (EX-HN 16), XueHai (SP 10), YongQuan (KI 1) , YaMen (GV 15)

-: Motor aphasia: เพิ่ม Scalp acupuncture: speech area

-: Sensory aphasia: เพิ่ม Scalp acupuncture: 3<sup>rd</sup> speech area, จุด ขมับ 3 เข็ม (颞三针 ैयाซานจิน)

-: Nominal aphasia: เพิ่ม จุดขมับ 3 เข็ม (颞三针), 2<sup>nd</sup> speech area

**Dysarthria:** ความผิดปกติทางภาษาและการพูดที่เกิดจากโรคของระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการออกเสียง

1. Pseudobulbar palsy : มีความเสียหายที่ Corticobulbar tract ทั้ง 2 ซีก ทำให้มีความเสียหายของ ambiguous nucleus ที่ Brainstem : เกิด paralysis ของ กล้ามเนื้อบริเวณลำคอและ Vocal cord เสียงพูดขึ้นจมูก พูดซ้ำ ร่วมกับมีการกลืนลำบาก สำลักเวลาดื่มน้ำ มี hyperreflexia ของ Pharyngeal reflex , เคลื่อนไหวของsoft palate หายไป หัวเราะสลับกับร้องไห้อย่างรุนแรงโดยไม่มีสาเหตุ

2. มีพยาธิสภาพที่ Cerebellar : เกิดจากพยาธิสภาพที่ Cerebellar vermis หรือ neural pathwayที่เชื่อม brain stem กับ Cerebellum มีอาการเสียงพูดคลุมเครือไม่ชัดเจน พูดซ้ำ ลาก เสียง เสียงพูดดั่งไม่สม่ำเสมอ หรือถึงกับตะเบ็งเสียงขึ้นมาทันทีทันใด หรือ เสียงเหมือนท่องกลอน เรียกอีกอย่างว่า Ataxic dysarthria

**นัยสำคัญ :** เป็นการวินิจฉัยหาตำแหน่งพยาธิสภาพของโรคจากความผิดปกติของเสียงพูด

## 5. อาการกลืนลำบาก (dysphagia)

ในที่นี้จะกล่าวถึงกลุ่มอาการกลืนลำบากที่มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดกลุ่มอาการกลืนอาหารลำบาก ร่วมกับมีอาการพูดไม่เป็นความ (dysarthria) จัดอยู่ในโรค "เลยเย่เก้อ" ของวิชาแพทย์จีน

**1. Pseudobulbar Palsy:** มีสาเหตุมาจากการเป็น stroke 2 ครั้ง ทำให้ Corticobulbar tract ทั้ง 2 ซีกถูกทำลาย

**อาการ:** พูดไม่เป็นความ(dysarthria), กลืนลำบาก (dysphagia), forced crying and laughing, การเคลื่อนไหวของsoft palate หายไป, gag reflex ยังคงอยู่, ไม่มีความสามารถในการกระแอมไอ, ในรายที่รุนแรงกล้ามเนื้อจะหดสั้นลง, Palmomenta reflex เป็น positive

ภาพทางรังสีวิทยา CT และ MRI แสดงให้เห็นว่า มี infarction หรือ hemorrhage ที่สมองซีกหนึ่งและมี encephalomalacia ที่สมองอีกซีกหนึ่ง

**วิธีการรักษา :** ปลุกสมองเปิดทวาร ทะลวงเส้นลมปราณ

**จุดฝังเข็ม:** FengChi (GB 20), WanGu (GB 12) , YiFeng (TE 17) , LianQuan (CV 23) , JinJin (EX-HN 12), YuYe (EX-HN13)

**ระยะการรักษา:** ฝังเข็มวันละ 1 ครั้ง ทุกวัน 15 ครั้งนับเป็น 1 รอบการรักษา **รักษา 3 รอบการรักษา มีอัตราที่ให้ผลในการรักษา 98%**

## 2. Lateral medullary syndrome ( Wallenberg syndrome )

เรียกอีกอย่างว่า Bulbar palsy เกิดจากมี infarction ที่ก้านสมอง Medulla oblongata ทำให้เกิด paralysis ของ ambiguous nucleus และ Glossopharyngeal nerve กับ Vagus nerve ทำให้มีอาการ Soft palate paralysis และ Throat muscles paralysis

**อาการ:** กลืนลำบาก (dysphagia) กระทั่งไม่สามารถกลืนหยดน้ำได้, เสียงแหบแห้ง, soft palate ยังคงเคลื่อนไหวได้ดี, gag reflex หายไป, กล้ามเนื้อลิ้นยังคงเคลื่อนไหวได้ดี, ยังมีความสามารถในการกระแอมไอได้อยู่, Jaw jerk positive

ภาพทางรังสีวิทยา CT และ MRI แสดงให้เห็นว่า มี infarction หรือ small hemorrhage บริเวณ Medulla oblongata

**วิธีการรักษา:** ปลุกสมองเปิดทวาร ทะลวงเส้นลมปราณ

**จุดฝังเข็ม:** TianTu (CV 22), FengChi (GB 20), QuGu (CV 2), ZhaoHai (KI 6), ZhongWan (CV 12)

**ระยะการรักษา:** ฝังเข็มวันละ 1 ครั้ง ทุกวัน, 5-7 ครั้ง ก็สามารถถอดสายอาหารทางจมูกออกได้ คนไข้จะสามารถทานอาหารกึ่งเหลวเองได้ นานครั้งอาจมีอาการสำลักได้บ้าง **มีอัตราที่ให้ผลในการรักษา 80%**

## 6. อาการสมองเสื่อม (Dementia)

กลุ่มอาการสมองเสื่อม (Dementia) คือโรคที่มีอาการเสื่อมถอยลงของสติปัญญาเป็นอาการหลัก



โรคนี้มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจาก ความแก่ชรา ร่างกายอ่อนแอ สารจิงในไตพร่อง เลือดแห้งเหือด หรือหลังจากเป็นจิ้งเพิงแล้วมีซีตติชต์ร่วมกับมีเลือดคั่ง สมองขาดการบำรุงเลี้ยง ทวารทั้งหลายไม่เจ็บไว

**อาการหลัก :** ร่างกายซีกหนึ่งใช้การไม่ได้ตั้งใจคิด แขนขาใช้การไม่ได้ ก้าวเดินลำบาก พูดจาติดขัด ร้องไห้หัวเราะอย่างผิดปกติ การแสดงอารมณ์เฉยชา การรับรู้ ความจำ การวินิจฉัยลดลง กลืนลำบาก ควบคุมอุจจาระปัสสาวะไม่ได้

#### อาการร่วม:

**1. ลิ่นหดสั้น** ลิ่นสีแดงอ่อน ซีฟจรเล็กเล็กบาง ที่ตำแหน่งฉื่ออ่อนแรง จัดอยู่ในกลุ่มอาการ ตับและไตพร่อง ทะเลแห่งไขกระดูกว่างเปล่า

**2. ไม่อยากอาหาร** ท้องอืดแน่น มีน้ำลายไหลย่อย ลิ่นซีด ฝ้าที่ลิ่นสีขาวเหนียว ซีฟจรนุ่มลื่น จัดอยู่ในกลุ่มอาการ เสมหะบดบังทวารสู่สมอง

**3. แขนขาใช้การไม่ได้ตั้งใจคิด** ลิ่นสีคล้ำ มีรอยจำเลือด ซีฟจรเล็กบางผิด จัดอยู่ในกลุ่มอาการ เลือดคั่งอุดกั้นเส้นลมปราณ

**วิธีการรักษา:** ปลูกสมองปรับเส้น เพิ่มการไหลเวียนเลือดทะลวงลมปราณ

**จุดฝังเข็มหลัก:** NeiGuan (PC 6) , ShenTing (GV 24) , ShangQing (GV 23) , BaiHui (GV 20), ChiShenChong (EX-HN 1) , FengChi (GB 20), WanGu (GB 12) , FengFu (GV 16), HeGu (LI 4), TaiChong (LR 3)

#### จุดฝังเข็มเสริม:

-: ตับและไตพร่อง เพิ่ม GanShu (BL 18) , ShenShu (BL 23) , SanYinJiao (SP 6)

-: เสมหะขึ้นไปรบกวนทวารสู่สมอง เพิ่ม FengLong (ST 40) , ZhongWan (CV12) , SanYinJiao (SP 6)

-: เลือดคั่งอุดกั้นเส้นลมปราณ เพิ่ม NeiGuan (PC 6) , GeShu (BL 17)

## 7. Alzheimer's Dementia

Alzheimer's Dementia (AD) มีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างสูง ตามการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมของผู้สูงอายุ โรคนี้เป็น Neuro degenerative disease ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เกิดขึ้นอย่างเงียบเชียบมีอายุการความสามารถทางสติปัญญาลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มักมีบุคลิกเปลี่ยนแปลงร่วมด้วย มัก

มีพัฒนาการต่อเนื่องเป็นเวลา 5-10 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยจำนวน 5% มีประวัติในครอบครัว วัย 65 ปีขึ้นไปมีอัตราการเกิดโรค 5% วัย 85 ปีขึ้นไปมีอัตราการเกิดโรค 20%

**อาการหลัก:** ในคนไข้มีอาการเบา มีอาการการแสดงอารมณ์เฉยชา พูดน้อย การตอบสนองเชิงซ้ำ ซ้ำลิ้ม นอนไม่หลับ ในคนไข้มีอาการหนัก มีอาการไม่พูดจาตลอดทั้งวัน ปิดประตูขังตัวเองอยู่ในห้องคนเดียว หรือ พูดเพิ่มพากับตัวเอง พูดจาประโยคสลับกัน จำญาติสนิท หรือคนในครอบครัวไม่ได้ ไม่อยากอาหาร ควบคุมอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ หรือ หงุดหงิดวุ่นวายใจ ลุกลุกกล่น ทำลายข้าวของ หรือ เดินออกไปโดยไม่มีจุดหมาย แล้วกลับบ้านเองไม่ได้

**วิธีการรักษา:** เปิดทวารปลุกเส้น บำรุงไตเสริมสมอง

**จุดฝังเข็มหลัก:** YinTang (EX-HN 3), ShangXing (GV 23), BaiHui (GV 20), FengFu (GV 16), FengChi (GB 20), ShenShu (BL 23), GanShu (BL 18), NeiGuan (PC 6), HuaTuoJieJi (EX-B 2)

**จุดฝังเข็มเสริม:**

-: อินของตับและไตพร่อง พบอาการร่วมคือหงุดหงิดวุ่นวายใจ ลุกลุกกล่น นอนไม่หลับ ซ้ำลิ้ม จำคนที่รู้จักไม่ได้ ลิ้นแดง ชีพจรตั้ง เพิ่ม TaiXi (KI 3) , TaiChong (LR 3)

-: ม้ามและไตพร่องเสมหะขึ้นปิดกั้นทวารสู่สมอง พบอาการร่วมคือการตอบสนองเชิงซ้ำ เบลอ ที่ม ลิ้นซีดฝ้าที่ลิ้นสีขาวเหนียวเพิ่ม FengLong (ST 40) , ZhongWan (CV 12)

ฝังเข็มวันละ 1 ครั้ง สัปดาห์ละ 5 - 6 ครั้ง, 3 เดือนนับเป็น 1 รอบการรักษา

## 8. เลือดออกในสมอง (Cerebral hemorrhage, 脑出血)

Putamen เป็นตำแหน่งที่พบเลือดออกในสมองได้บ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 - 60 ในกลุ่มเลือดออกในสมองจากความดันโลหิตสูงทั้งหมด ในขณะที่เลือดออก Thalamic คิดเป็นร้อยละ 24

### 8.1 Putamen hemorrhage:

เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดง Lenticulostriate เป็นหลัก โดย hematoma มักจะส่งผลกระทบต่อ internal capsule ทำให้มีอัมพาตหรืออ่อนแรงและเสียการรับรู้ครึ่งซีก (hemisensory impairment and hemiplegia) ในด้านเดียวกับรอยโรคในสมอง และ Homonymous hemianopia ถ้าเกิดกับสมองด้านเด่น จะพบอาการ aphasia ด้วย

**จุดฝังเข็มหลัก:** FengFu (GV 16) , FengChi (GB 20) , WanGu (GB 12),  
TianZhu (BL 10) , เข็มศีรษะใช้ เขตรับความรู้สึก (Sensory area)

**จุดฝังเข็มเสริม:**

-: hemianopia เพิ่ม XiaYuYao (EX-HN 4), NeiJingMing (BL 1), ChengQi (ST 1),  
QiuHou (EX-HN 7), ZhongFeng (LR 4), GuangMing (GB 37)

-: แขน: JiQuan (HT 1), ChiZhe (LU 5), ShaoHai (HT 3),

XiMen (PC4), HeGu (LI4)

-: ขา: HuanTiao (GB 30), WeiZhong (BL 40),

SanYinJiao (SP 6), ZhaoHai (KI 6)

-: language impairments: YongQuan (KI 1) , LianQuan (CV 23) ,

JinJin (EX-HN 12), YuYe (EX-HN13)

**พยากรณ์โรค:** การพยากรณ์โรคของเลือดออก Putamen นั้น สัมพันธ์โดยตรงกับปริมาณของ  
ที่เลือดที่ออก

ใน Trihemiparalysis Sign (hemiplegia, hemisensory impairment, homonymous  
heminopia) hemiplegia ของขาจะฟื้นคืนมาก่อนในระยะแรก แขนจะฟื้นคืนค่อนข้างช้า, sensory  
impairment ฟื้นคืนช้า, hemianopia จะมีอาการดีขึ้น

## 8.2 Thalamic hemorrhage

อาการแสดงทางคลินิกของเลือดออก Thalamic มีหลายแบบ, อาการ Thalamic pain ใช้วิธี  
รักษาแบบผสมผสาน โดยใช้วิธีเดียวกับการรักษา Thalamic syndrome ใน Cerebral infarction

**การรักษาด้วยการฝังเข็ม**

**จุดฝังเข็มหลัก:** FengFu (GV 16), FengChi (GB 20), WanGu (GB 12),

เข็มศีรษะใช้ Chorea and Tremor Control area, Balance area

**จุดฝังเข็มเสริม:** QuChi (LI 11), DaLing (PC 7) บักโหว่ LaoGong (PC 8),

TaiChong (LR 3) , บักโหว่ YongQuan (KI 1)

**พยากรณ์โรค:** Thalamic pain หลังทำการรักษา 3 - 6 เดือน จะให้ผลการรักษาอย่างชัดเจน

### 8.3 Lobar hemorrhage

คิดเป็นร้อยละ 5 - 10 ของเลือดออกในสมอง พบมากที่สุดที่ Parietal lobe รองลงมา คือ Temporal lobe, Occipital lobe และ Frontal lobe ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มี Hematoma ค่อนข้างใหญ่ จะมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน มีอาการชัก ร่วมด้วย

**จุดฝังเข็มหลัก:** NeiGuan (PC 6), ShuiGou (GV 26), HeGu (LI 4),  
TaiChong (LR 3), YongQuan (KI 1)

-: **Frontal lobe hemorrhage:** มีอาการ Hemiplegia, motor aphasia, ปัญหาในการควบคุมอุจจาระ-ปัสสาวะ, Grasp reflex

- **จุดฝังเข็มเสริม:**

- Hemiplegia เช่นเดียวกับที่ได้อธิบายไว้แล้วข้างต้น
- motor aphasia: YaMen (GV 15), YongQuan (KI 1), LianQuan (CV 23), ปล่อยเลือดที่ JinJin (EX-HN 12) และ YuYe (EX-HN 13) เข็มศีรษะใช้ Motor Area
- ปัญหาเกี่ยวกับการปัสสาวะ ใช้ SanYinJiao (SP 6), ZhongJi (CV 3)
- ปัญหาเกี่ยวกับการอุจจาระ ใช้ ZhongLiao (BL 33) , ShangChangQiang (GV 1)

-: **Parietal lobe hemorrhage:** มีอาการ รับความรู้สึกผิดปกติของร่างกายซีกตรงข้าม (contralateral sensory loss or paresthesia)

- **จุดฝังเข็มเสริม:** เข็มศีรษะ: Sensory Area

-: **temporal lobe hemorrhage:** มีอาการ sensory aphasia, อาการทางจิตประสาท

- **จุดฝังเข็มเสริม:** Thai Traditional and Alternative Medicine

- sensory aphasia: YaMen (GV 15), YongQuan (KI 1), เข็มศีรษะใช้ เขตการพูดที่ 2 และ 3 (second and third Speech Area)

- อาการทางจิตประสาท ใช้ การฝังเข็มแบบ ชมับ 3 เข็ม (NieSanZhen 颞三针)

-: **Occipital lobe hemorrhage:** มีอาการ Vision loss

- **จุดฝังเข็มเสริม:** FengChi (GB 20), NeiJingMing (BL 1), ShangXing (GV 23), QiuHou (EX-HN 7), Chengqi (ST 1), ZhongFeng (LR 4), GuangMing (GB 37)

#### 8.4 Pontine hemorrhage :

พบอัตราการย่อยละ 10 มีอาการปวดหัวอย่างฉับพลัน, อาเจียน, เวียนศีรษะ, เห็นภาพซ้อน (diplopia), ลูกตาไม่อยู่ในแนวเดียวกัน, Horizontal gaze palsy, crossed paralysis, hemiplegia, quadriplegia, กลุ่มอาการของอวัยวะภายในที่เกิดจากสมองได้แก่ กลุ่มอาการของ ปอด-สมอง, กลุ่มอาการหัวใจ-สมอง, กลุ่มอาการกระเพาะอาหาร -สมอง

**การรักษาด้วยการฝังเข็ม** ในกลุ่มอาการกระเพาะอาหาร-สมอง มีอาการ คือ สะอึกบ่อย สะอึกต่อเนื่องกัน ปากเหม็น ท้องอืดแน่น มีเลือดปนในอุจจาระ ลิ้นสีแดง ฝ้าลิ้นสีเหลือง ชีพจรตั้ง-สั้น

**จุดฝังเข็มหลัก:** YinTang (EX-HN 3), ZhiGou (TE 6), ZuSanLi (ST 36),  
ZhongWan (CV 12)

**จุดฝังเข็มเสริม:** DaDu (SP 2), XingJian (LR 2), FengLong (ST 40), HeGu (LI 4)

#### 8.5 Midbrain hemorrhage:

ในทางคลินิกพบได้น้อย ในรายที่เป็นไม่หนัก มีอาการ เห็นภาพซ้อน หนึ่งตาตก ipsilateral limb ataxia

**จุดฝังเข็ม:**

-: หนึ่งตาตก, ipsilateral limb ataxia: FengChi (GB 20), NeiJingming (BL 1),

YuYao (EX-HN 4), QiuHou (EX-HN 7), ChengQi (ST 1),

ZhongFeng (LR 4) , GuangMing (GB 37)

-: Ataxia ใช้ FengFu (GV 16), FengChi (GB 20), BaiHui (GV 20),

DaLing (PC 7) ปักโหว่ LaoGong (PC 8), เข็มศีรษะ-Balance Area

#### 8.6 Medullary hemorrhage

ในรายที่เป็นไม่หนักมี Lateral medullary syndrome (Wallenberg syndrome)

-: **Vestibular nuclei ถูกทำลาย:** อาการ คือ เวียนศีรษะ, คลื่นไส้อาเจียน, nystagmus

**จุดฝังเข็ม:** BaiHui (GV 20), FengFu (GV 16), ZhongWan (CV 12)

**เข็มศีรษะ:** Balance Area

-: **Glossopharyngeal nerve, Vagus nerve nucleus ambiguus** ถูกทำลาย: อาการ คือ เสียงแหบ กลืนลำบาก สำลักเวลากลืนน้ำ

**จุดฝังเข็ม:** TianTu (CV 22), FengFu (GV 16), ZhongWan (CV 12),  
QuGu (CV2), ZhaoHai (KI 6)

### 8.7 Cerebellar hemorrhage

อาการ คือ เวียนศีรษะ, ataxia, nystagmus, อาการพูดไม่เป็นความ (dysarthria)

**จุดฝังเข็ม:** BaiHui (GV 20), FengFu (GV 16), FengChi (GB 20),  
WanGu (GB 12) , TianZhu (BL 10)

**เข็มศีรษะ:** Balance area

### 8.8 Subarachnoid hemorrhage

ทำการฝังเข็มรักษาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลังจากเลือดออก 1 สัปดาห์

-: **มีน้ำคั่งในสมอง (hydrocephalus):** ประมาณ 15%-20% ของผู้ป่วยมีน้ำคั่งในสมอง มีอาการ คือ psychomotor retardation (มีการเคลื่อนไหวของร่างกายและจิตใจที่ช้ากว่าปกติ), short-term memory impairment, Speech disorder, ควบคุมปัสสาวะไม่ได้ (sphincter incontinence) ในรายที่เป็นหนักพบ dementia

**จุดฝังเข็ม:** NeiGuan (PC 6), ShuiGou (GV 26), FengFu (GV 16),  
BaiHui (GV 20), FengChi (GB 20), YongQuan (KI 1),  
ShuiQuan (KI 5), ShuiFen (CV 9), ZhongWan (CV 12)



## การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการช่วยฟื้นฟู/พัฒนาสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ตามความสามารถที่เหลืออยู่ ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

การฟื้นฟูทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหว การประกอบกิจวัตรประจำวัน และการสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง ส่วนการฟื้นฟูทางด้านจิตใจนั้น ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงต้องได้รับการบำบัดรักษาเพื่อช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปตามเป้าหมายอย่างเหมาะสม ส่วนการฟื้นฟูทางด้านสังคมนั้น มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติในสภาวะแวดล้อมหรือบทบาทเดิม ภายใต้การยอมรับของครอบครัว ชุมชน และสังคม

ปัจจุบัน การฟื้นฟูสมรรถภาพมีความก้าวหน้าไปมาก โดยเฉพาะการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย มีทั้งการเกิดองค์ความรู้ใหม่ การใช้เทคนิคการฝึกใหม่ และการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษาได้

องค์ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ทางคลินิกได้ มีดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการฟื้นฟูใน Stroke rehabilitation unit ที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ที่แต่ละคนมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการทำงานประสานกันเป็นทีม และบุคลากรเหล่านั้นต้องมีการศึกษาหาความรู้ใหม่ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูด้วย เนื่องจากหน่วยงานที่มีลักษณะเช่นนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ลดอัตราการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อทำการติดตามผู้ป่วยที่เคยได้รับการฟื้นฟูในหน่วยงานที่มีลักษณะดังกล่าวไปเป็นเวลา 10 ปี

2. กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องเริ่มอย่างรวดเร็วตั้งแต่ระยะแรก กล่าวคือ ในระยะแรก หากสัญญาณชีพคงที่และเลือดเลี้ยงสมองคงที่แล้ว สามารถเริ่มการฟื้นฟูได้เลย โดยช่วงเวลาควรอยู่ในระยะ 3 - 7 วันแรก มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่เริ่มการฟื้นฟูในระยะแรกอย่างรวดเร็ว (ภายใน 7 วัน) จะช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของระบบประสาทมากกว่ารายที่ได้รับการฟื้นฟูเมื่อหลัง 7 วันไปแล้ว โดยการฟื้นตัวของระบบประสาทจะลดน้อยลงเรื่อย ๆ หากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูระยะแรก

หลัง 1 เดือน การฟื้นตัวของระบบประสาทจะไม่แตกต่างจากผู้ที่ได้รับการฟื้นฟูชั่วคราวนี้  
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะแรกใช้หลักการของ Early mobilization ซึ่งประกอบด้วย  
โปรแกรมต่อไปนี้

- : การจัดทำนอนอย่างถูกต้อง
- : การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง
- : การขยับข้อทุกข้อให้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันข้อติด รวมทั้งการขยับข้อเท้า เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (deep vein thrombosis)

-: การกระตุ้นให้นั่ง ที่นั่งมีที่พิง ไชหัวเตียงขึ้นเริ่มจากองศาต่ำ ๆ หากผู้ป่วยมีภาวะ orthostatic hypotension เมื่อดีขึ้นสามารถเพิ่มองศาขึ้นได้จนใกล้เคียงกับการนั่งปกติในที่สุด

3. การฟื้นฟูด้านความสามารถ ในระยะของการฟื้นฟูนี้ มีองค์ความรู้ที่ชัดเจน คือ

### 3.1 การฝึกแบบ Task specific training

ในอดีต จะฝึกโดยใช้เทคนิคกระตุ้นการฟื้นตัวของระบบประสาท หรือฝึกออกกำลังกายชนิดต่าง ๆ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับความสามารถหนึ่ง ๆ เช่น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนและมือ เพื่อช่วยให้การประกอบกิจวัตรประจำวันดีขึ้น หรือการออกกำลังกายขา เพื่อให้การยืน-เดินดีขึ้น ซึ่งการฝึกเหล่านี้เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกับกรฝึกความสามารถแต่ละอย่างโดยตรง (Task specific training) เช่น ฝึกยืน ฝึกเดิน ฝึกหิ้วนม ฝึกการรับประทานอาหาร เป็นต้น การฝึกทำซ้ำ ๆ กันหลายครั้งภายใต้สภาพแวดล้อมที่ถูกจัดขึ้นให้อุปกรณ์ช่วยต่อการฝึก และเน้นกับบดต้องคอยให้ความช่วยเหลือเพื่อให้การฝึกความสามารถเหล่านั้นประสบความสำเร็จ พบว่าการฝึกแบบ task specific training จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นความสามารถได้ดีกว่าการออกกำลังกายแบบที่ใช้อยู่เดิมเมื่อใช้เวลาในการฝึกเท่ากัน

### 3.2 การฝึกความสามารถต้องมีความเข้มข้นและความถี่ที่เพียงพอ

การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นนั้น ผู้ป่วยต้องมีสภาพร่างกายที่สามารถทนทานกับการฝึกได้อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง หากได้รับการฝึกที่น้อยกว่านี้ โอกาสฟื้นความสามารถจะน้อยลง โดยจำนวนชั่วโมงที่พอเหมาะในการฝึกความสามารถ เพื่อประกอบกิจวัตรประจำวันนั้น ต้องใช้เวลาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 16 ชั่วโมง ส่วนการฝึกพูดนั้น ต้องใช้เวลาอย่างน้อย สัปดาห์ละ 4 ชั่วโมง

### 3.3 แนวคิด Interhemispheric inhibition

เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มักเกิดในบริเวณหลอดเลือดแดง middle cerebral

(MCA) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าร้อยละ 50 มีการฟื้นตัวของแขนและมือที่ไม่สมบูรณ์ ด้วยความพยายามที่จะทำการฟื้นฟูแขนและมือด้านที่อ่อนแรง จึงเกิดแนวคิดนี้ขึ้นซึ่งถือเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายใต้ความเชื่อที่ว่า สมองเป็นอวัยวะที่พร้อมจะเกิดการซ่อมแซมและสร้างใหม่ได้หากมีการกระตุ้นที่ถูกต้อง ในภาวะปกติเมื่อมือด้านใดด้านหนึ่งทำงาน สมองด้านตรงข้ามที่ควบคุมจะส่งกระแสประสาทไปยังยังการทำงานของสมองด้านตรงข้าม เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะใช้งานแขนและมือด้านที่อ่อนแรงอย่างมาก ในระยะที่ด้านอ่อนแรงยังไม่สามารถใช้งานได้ เมื่อใช้เป็นเวลานานก็เกิดความเคยชินและไม่ยอมใช้ด้านอ่อนแรง แม้จะมีการฟื้นตัวของระบบประสาทกลับมา ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า **Learned nonuse** หากดูการเปลี่ยนแปลงที่สมองจะพบว่าสมองบริเวณที่ควบคุมแขนและมือด้านดีมีขนาดใหญ่ขึ้นมาก แต่ในทางตรงข้ามสมองบริเวณที่ควบคุมแขนและมือด้านอ่อนแรงจะฝ่อลีบลง ซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่า สมองด้านดีจะส่งกระแสประสาทไปยังยังการฟื้นตัวของสมองด้านที่มีพยาธิสภาพ หากยังมีการใช้งานของแขนและมือด้านดีมาก กระแสประสาทที่ไปยังยังสมองด้านพยาธิสภาพจะยิ่งมากขึ้น ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเรื้อรัง จะใช้แนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในทางคลินิก โดยสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น

3.3.1 ลดกระแสประสาทจากสมองด้านดีที่จะไปยังยังสมองด้านที่มีพยาธิสภาพ หรือกระตุ้นสมองด้านที่พยาธิสภาพโดยตรง ด้วยการใช้ **Transcranial Magnetic Stimulation** หรือใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นกล้ามเนื้อ

3.3.2 เพิ่มการเคลื่อนไหวของมือด้านอ่อนแรง เพื่อให้สมองด้านที่มีพยาธิสภาพส่งกระแสประสาทไปยังยังกระแสประสาทจากสมองด้านดี ซึ่งอาจทำได้หลายวิธีเช่น ใช้กระแสไฟฟ้ามากระตุ้นที่มือด้านอ่อนแรง ใช้วิธีฝึกแบบ **Constraint Induced movement Therapy (CIT)** การฝึกใน **Virtual environment** หรือ การฝึกด้วยการใช้ **Robotic Based Machine** ซึ่งเทคนิคเหล่านี้กำลังอยู่ในการศึกษาวิจัย

**กล่าวโดยสรุป** การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงไปมากจากอดีต มีการนำองค์ความรู้และเทคนิคด้านการฟื้นฟูที่ล้ำสมัย มาใช้ในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความรู้บางส่วนเป็นความรู้เชิงประจักษ์ และได้นำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อจะได้ช่วยลดความพิการ ลดภาวะพึ่งพา รวมทั้งลดการใช้ทรัพยากรสุขภาพของประเทศได้ สำหรับความรู้ที่ยังอยู่ในระยะการศึกษาค้นคว้า แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือด

สมองมีผลกระทบต่อประชากรทั้งโลก และทุกภาคส่วนได้ทุ่มเทความพยายามที่จะช่วยผู้ป่วยเหล่านี้  
อย่างเต็มที่ เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยกลุ่มนี้

## แผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (ก้านสมองตาย) ในระยะเฉียบพลัน (ของมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจิน)

### I. การวินิจฉัยและการรักษา

#### A. การวินิจฉัยโรค

**1. มาตรฐานวินิจฉัยในแพทย์จีน** “อิงมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยและการประเมินผลการรักษา  
อาการโรคหลอดเลือดสมอง” ซึ่งกำหนดโดยคณะผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของทาง  
การแพทย์แผนจีนซึ่งทดลองใช้ใน ปี 1995

**อาการสำคัญ** อัมพาตครึ่งซีก การรับรู้สติเลือนลาง พูดไม่ได้หรือพูดติดขัดไม่ชัด ความรู้สึกซีก  
หนึ่งผิดปกติ ลิ้นแฉกบิ้วย

**อาการรอง** ปวดศีรษะ วิงเวียน รุม่านตามีการเปลี่ยนแปลง สลัดน้ำ ตาเอียง กระพริบตาไม่ได้  
การทรงตัวผิดปกติ

การดำเนินของโรค เฉียบพลัน มักจะมีปัจจัยกระตุ้นหรือมีลางบอกเหตุล่วงหน้า เฉลี่ยวัย 40 ปีขึ้นไป  
ไปจะพบได้มาก

หากพบอาการสำคัญ 2 อาการขึ้นไปหรือมีอาการสำคัญ 1 อาการ และมีอาการรอง 2 อาการ  
ร่วมกับการเกิดอาการสัมพันธ์กับอายุ ลางบอกเหตุ ปัจจัยกระตุ้นสามารถวินิจฉัยได้เลย หากมีอาการไม่  
เข้าเกณฑ์ แต่มีผลตรวจทางรังสีภาพถ่าย สามารถใช้วินิจฉัยได้เช่นกัน

มาตรฐานการตรวจทางแพทย์ปัจจุบัน อิง “ดัชนีการตรวจรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบขาด  
เลือดชนิดเฉียบพลันแห่งชาติปี 2010” ซึ่งกำหนดโดยคณะพยาธิหลอดเลือดวิทยาของสมาคมโรคระบบ  
ประสาทแห่งชาติ 2010 ดังนี้

- เกิดอาการแบบเฉียบพลัน
- พบการทำงานของเส้นประสาทเฉพาะที่ถูกทำลายหรืออาจถูกทำลายทั้งหมดซึ่งพบได้เป็นส่วนน้อย
- อาการแสดงและอาการที่ตรวจพบดำเนินต่อเนื่องหลายชั่วโมง
- ผลการตรวจด้วย CT หรือ MRI ไม่พบว่าเลือดออกหรือโรคอื่น

- ผลการตรวจด้วย CT หรือ MRI แสดงอาการสมองขาดเลือด

## 2. การแบ่งระยะของโรค

- ระยะเฉียบพลัน เกิดโรคมายใน 2 สัปดาห์
- ระยะฟื้นฟู หลังเกิดอาการ 2 สัปดาห์ - 6 เดือน
- มีอาการเนื่องค้างของโรค (Sequelae) หลังป่วย 6 เดือน ขึ้นไป

## 3. การวินิจฉัยจำแนกชนิดโรค

- ก. จังหวะล้ม ไม่มีความผิดปกติของการรับรู้สติ
- ข. จังหวะผู้ มีความผิดปกติของการรับรู้สติ

## 4. การวินิจฉัยอาการ

### 4.1 จังหวะผู้

**4.1.1 กลุ่มอาการเสมหะอุดกั้นทวารสมอง** ไม่ค่อยรู้ตัว ครึ่งซีกร่างกายใช้การไม่ได้ ปากเบี้ยว ลิ้นเฉ พุดไม่ได้หรือไม่ชัด ได้ยินเสมหะดังในลำคอ ใบหน้าซีดริมฝีปากคล้ำ แขนขาไร้เรี่ยวแรง แขนขาเย็น นอนนิ่ง ควบคุมปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ลิ้นม่วงคล้ำ ฝ้าขาวเหนียว ซีฟจรวมลิ้นค่อนข้าง

**4.1.2 กลุ่มอาการเสมหะร้อนปิดกั้นภายใน** ไม่ค่อยรู้ตัว ครึ่งซีกร่างกายใช้การไม่ได้ ปากเบี้ยว ลิ้นเฉ พุดไม่ได้หรือไม่ชัด ได้ยินเสียงกรน หรือแขนขาเกร็ง หรือกระสับกระส่าย หรือตัวร้อน หรือมีกลิ่นปาก หรือกระตุก หรืออาเจียนเป็นเลือด ลิ้นแดงฝ้าเหลืองเหนียว ซีฟจตึงลิ้นเร็ว

**4.1.3 กลุ่มอาการเหยียนซีหลุดออก** ไม่รู้สึกตัว ปากอ้า ตาปิด แขนขาอ่อนระทวยไร้เรี่ยวแรง ตัวเย็นเหงื่อออก ควบคุมปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ลิ้นหดรั้งสีม่วงคล้ำ ฝ้าขาวเหนียว ซีฟจคล้ำไม่ค่อยได้

### 4.2 จังหวะล้ม

**4.2.1 กลุ่มอาการลมและไฟขึ้นรบกวนส่วนบน** อาการปวดศีรษะเวียนศีรษะ หูแดง หน้าแดง คอแห้ง ปากขม หงุดหงิดไม่หงาย ปัสสาวะขม อุจจาระแข็ง ลิ้นแดงเข้ม ฝ้าเหลืองเหนียวแต่แห้ง ซีฟจตึงเร็ว

**4.2.2 กลุ่มอาการลมเสมหะอุดกั้นเส้นลมปราณ** อาการวิงเวียนตาลาย เสมหะมากและเหนียว ลิ้นซีดคล้ำ ฝ้าบางขาวหรือขาวเหนียว ซีฟจตึงลิ้น

**4.2.3 กลุ่มอาการเสมหะร้อนกระเพาะอาหารและลำไส้แกร่ง** อาการท้องแน่น อุจจาระแข็ง ปวดศีรษะ ตาพร่า มักขากเสมหะและมีมาก ลิ้นแดงคล้ำ ฝ้าเหลืองเหนียว ซีฟจตึงลิ้นหรือซีฟจข้างที่เป็นอัมพาตตึงลิ้นและใหญ่

**4.2.5 กลุ่มอาการอินพร่องทำให้ลมเคลื่อน** อาการวิงเวียนมีเสียงดังในหู ร้อนทั้งห้า คอแห้ง ปากแห้งผาก ลิ้นเล็กแดงและแห้ง ฝ้าน้อยหรือไม่มี ชีพจรเล็กเร็วและตึง

**4.2.6 กลุ่มอาการชีพร่องมีเลือดคั่ง** อาการใบหน้าขาวซีด อ่อนเพลียไม่มีแรง น้ำลายไหลที่มุมปาก เหงื่อออกง่าย ใจสั่นรัว ถ่ายและ มือเท้าบวม ลิ้นซีดคล้ำมีรอยฟัน ฝ้าขาวเหนียว ชีพจรจวมเล็ก

## B. การรักษา

### 1.การรักษาด้วยการฝังเข็มและรมยา (针灸治疗)

**1.1 จังหวะเวลาที่ใช้** หลังจากมีอาการคงที่แล้วสามารถดำเนินการรักษาได้เลย

**1.2 หลักการรักษา** อิงบนพื้นฐานทฤษฎีจิงลั่ว โดยแบ่งตามระยะเวลา อาการที่แตกต่างใช้การจับคู่จุดฝังเข็ม รวมทั้งการกระตุ้นเข็มอย่างเหมาะสม ประเภทของการรักษา เช่น เข็มลำตัว เข็มศีรษะ การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า เข็มหู เข็มข้อมือข้อเท้า เข็มตา เข็มท้อง เข็มดอกเหมย การแปะหู การรมยา และการครอบกระปุก

### 1.3 วิธีการรมยาและฝังเข็ม

ในทางคลินิกแบ่งเป็นจิงจั้งฝู และจิงจิงลั่ว การรักษาแบบดั้งเดิมจะเป็ยนัจึ่งเพื่อเลือกจุดฝังเข็ม และการใช้จุดตามแนวเส้นลมปราณ

**จุดฝังเข็มหลัก:** JianYu (LI 15), JiQuan (HT 1), QuChi (LI 11), ShouSanLi (LI 10), WaiGuan (TE 5), HeGu (LI 4), HuanTiao (GB 30), YangLingQuan (GB 34), ZuSanLi (ST 36), KunLun (BL 60), TaiChong (LR 3), ZhaoHai (KI 6)

กลุ่มอาการบิตเพิ่ม 12 จุดจิ่ง (12 Jing-Well), HeGu (LI 4), TaiChong (LR 3)

- กลุ่มอาการหลุดเพิ่ม GuanYuan (CV 4), QiHai (CV 6), ShenQue (CV 8)

- ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยจิ่งเฟิงที่เส้นเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลัน มักพบอาการเหล่านี้ กลืนลำบาก ท้องผูก ควบคุมปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะคั่งค้าง เห็นภาพซ้อน การพูดมีอุปสรรค สามารถเพิ่มจุดได้ เช่น

- กลืนลำบาก เพิ่ม YiFeng (TE 17) หรือใช้เข็มจิ้มเพดานปากด้านใน

- ปัสสาวะควบคุมไม่ได้หรือค้างออกไม่หมด เพิ่ม ZhongJi (CV 3), QuGu (CV 2),

GuanYuan (CV 4) บริเวณท้องน้อยสามารถรมยา นวดหรือประคบร้อน

นอกจากนี้ยังสามารถใช้วิธีการต่าง ๆ ซึ่งมีจุดเด่นในการรักษาระยะที่อัมพาตแบบอ่อนหรือแบบ



เกร็ง เช่น ลิงเห่าไคเซียว การปักเข็มศีรษะด้วยเข็มยาวคาเข็มนานแบบกระตุ้นเป็นระยะ การปักลดอาการเกร็ง การใช้เข็มท่าย่อยในจิ้งเพิงที่มี pseudo-bulbar paralysis การใช้เข็มศีรษะปักล้อมตำแหน่งพยาธิของการเป็นสาเหตุพูดไม่ได้ เป็นต้น

**(1). วิธีการปักแบบลิงเห่าไคเซียว** (ดูเอกสารอื่น ๆ ประกอบเหมือนกัน)

**(2). วิธีการปักเข็มท่าย่อยในกรณี pseudo-bulbar paralysis**

**วิธีการปัก** ให้ผู้ป่วยนั่ง ใช้เข็มขนาด 0.40 x 50 มม. ปักที่จุด FengChi (GB 20), YiMing (EX-HN 14), GongXue ลึก 1 - 1.5 ชู่น โดยปลายเข็มชี้ไปที่ปลายคาง กระตุ้นแบบหมุนไปมา นาทิละ 100 ครั้งนาน 15 นาที คาเข็มครึ่งชั่วโมง และกระตุ้นทุก ๆ 10 นาที หลังจากเอาเข็มออกให้ใช้เข็มขนาด 60 มม.ปักที่จุด LianQuan (CV 23) WaiJinJin YuYe (EX-HN 12, 13) โดยปลายเข็มชี้ไปที่โคนลิ้น ปักลึก 1 - 1.5 ชู่น

**ข้อควรระวัง** ไม่ควรปักเข็มในผู้ป่วยที่ท้องว่าง อ่อนเพลีย ตื่นเต้นมากเกินไป ในผู้ป่วยที่อายุมากหรือร่างกายอ่อนแอมาก ไม่กระตุ้นแรงเกินไป

**(3). การปักล้อมตำแหน่งของโรคด้วยเข็มศีรษะกรณีพูดไม่ได้**

**วิธีการปักเข็ม** ให้ปักเข็มตำแหน่งด้านเดียวกับผล CT ใช้เข็ม เบอร์ 28-30 ความยาว 1-1.5 ชู่น ปักแนวราบล้อม จำนวนเข็มจะมากขึ้นกับขนาดตำแหน่งของโรค ปลายเข็มให้ชี้ไปที่กึ่งกลางตำแหน่งโรค หลัง เต็มชี้ให้หมุนเข็มไปมาความเร็ว 180 - 200 ครั้งต่อนาที ต่อเนื่องนาน 2 - 3 นาที ให้คาเข็ม 30 นาที ระหว่างนี้มากระตุ้นซ้ำหนึ่งครั้ง และให้ใช้จุด YaMen (GV 15) LianQuan (CV 23), TongLi (HT 5) ควบคุมโดยกระตุ้นกลาง ๆ

**(4). การใช้อุปกรณ์**

เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในสาธารณรัฐประชาชนจีน เช่น เครื่องกระตุ้นเส้นลมปราณ เครื่องเลียนแบบการรมยา เป็นต้น

## 2. การนวดทุยหนา

การนวดทุยหนาโดยอาศัยการเบียดแจ้ง จากนั้นจึงเลือกทำฟื้นฟูสมรรถภาพการเคลื่อนไหวและการเลือกเส้นลมปราณมารักษา ทำนวดที่เลือกใช้นั้นในด้านฟื้นฟูการเคลื่อนไหว ลดอาการปวด ควบคุมหรือลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำนวดที่ใช้เช่น การคลึง การหนีบ การตีต การทุบ การถู เป็นต้น

## 3. การอบด้วยไอน้ำยา

ในผู้ป่วยจิ้งเพิงชนิดสมองขาดเลือด มักพบอาการ shoulder hand syndrome อาการเกร็ง

ด้านที่อัมพาต แขนขามีอาการบวม กัดเป็นรอยบุ๋ม ใช้หลักการรักษาทะลวงเส้นลมปราณเพิ่มการไหลเวียนของเลือดด้วยการอบไอน้ำยา วันละ 1 - 2 ครั้ง หรือ เว้นวันครั้ง

#### 4.การรักษาแบบอื่นๆ

สามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสมและรักษาได้ผลมาใช้ เช่น กายภาพบำบัด อโรมา การเคลื่อนขี้ผึ้ง วารีบำบัด

#### 5.การรักษาทางอายุรกรรม

การรักษาผู้ป่วยจิ้งจิ้งจิวและจิ้งจู้ ให้อิงหนังสือ “ดัชนีการตรวจรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือดชนิดเฉียบพลันแห่งชาติปี 2010” ซึ่งกำหนดโดยคณะพยาธิหลอดเลือดวิทยา ของสมาคมโรคระบบประสาทแห่งชาติ 2010 ได้แก่ การให้เครื่องช่วยหายใจ และการป้องกันรักษาอาการแทรกซ้อน การควบคุมความดันและน้ำตาลในเลือด การรักษาและป้องกันการติดเชื้ออันเกิดจากความดันในสมองเพิ่มขึ้น สมอบวมมีไข้ตัวร้อน เป็นต้น

#### 6.เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ประกอบด้วย good limb a set , Passive joint mobility maintain training ,Position changes adaptability training, Balance reaction induced training , Language rehabilitation training , swallowing function training.

#### 7. การบริบาล

การบริบาลดูแลรวมถึงการจัดทำตำแหน่งที่ถูกต้อ อาหารเครื่องดื่ม อนามัยช่องปาก อนามัยทางเดินหายใจ การดูแลผิวหนัง สายท่อต่างๆการคุมความดันโลหิตและการป้องกันโรคแทรกซ้อนซึ่งอาจจะเกิด เป็นต้น

## กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

### II. การประเมินผลรักษา

#### (1) มาตรฐานประเมิน

1.1 TCM symptoms learning evaluation อิง “มาตรฐานการตรวจวินิจฉัยภัยเบียนเจิ้งโรคจิ้งเพิง” มาสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงอาการ

1.2 Diseases condition assessment ใช้ Glasgow Coma Scale (GCS), The U.S. national institutes of health stroke scale (NIHSS) ประเมิน Degree of nervous functional defects เช่น ภาวะจิตใจ อาการของอัมพาต ใบหน้าที่อัมพาต พูดไม่ได้ นอกจากนี้ยังใช้ Barthel ประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนไหว

และใช้ Rankin มาประเมินระดับความทุพพลภาพ

**1.3** Neural function defect symptoms and complications evaluation เช่น ใช้ A brief mental status scale (MMSE) EEG เพื่อประเมินโรคลมชัก ประเมินการสำลักโดยใช้ WaTian water test เป็นต้น

## (2) วิธีการประเมิน

พิจารณาจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลโดยใช้วิธีประเมินต่างกัน

2.1 เข้าโรงพยาบาล ณ วันนั้น สามารถใช้ “มาตรฐานการตรวจวินิจฉัยยืนยันโรควงเวียน” ใช้แบบประเมิน GCS และ NIHSS

2.2 พักในโรงพยาบาลได้ 15 -20 วัน ใช้ “มาตรฐานการตรวจวินิจฉัยยืนยันโรควงเวียน” ใช้การ แบบประเมิน NIHSS และ Barthe

## การรักษาจิ้งเืองลักษณะเกร็งด้วยวิธีการแทงเข็มปรับสมดุลความตึงของกล้ามเนื้อ

กลุ่มที่เหมาะสมกับวิธีนี้ ได้แก่ จิ้งเืองแบบเกร็งในระยะฟื้นฟู หรือมีอาการเืองค้าง (Sequale)

### วิธีการ:

- : Muscle flexor ที่แขน: ใช้ JiQuan (HT 1), DaLing (PC7)
- : Muscle extensor ที่แขน: ใช้ JianYu (LI 15), TianJing (TE 10), YangChi (TE 4)
- : Muscle extensor ที่ขา: ใช้ XueHai (SP 10), LiangQiu (ST 34), ZhaoHai (KI 6)
- : Muscle flexor ที่ขา: ใช้ BiGuan (ST 31), QuQuan (LR 8), JieXi (ST 41), ShenMai (BL 62)

**เทคนิคการกระตุ้น** กระตุ้นแบบเบา กระตุ้นแบบเกร็ง

### ข้อควรระวัง:

ก่อนการฝังเข็มต้องจัดทำผู้ป่วยให้สบาย ในระหว่างคาเข็มจะขยับเคลื่อนไหวไม่ได้ แพทย์ต้องมีทักษะในการควบคุมเข็มอย่างชำนาญ ขณะแทงเข็มต้องเร็วแต่เมื่อต้องเบาแรงนิ้วต้องมีในขณะหมุนเข็ม การกระตุ้นเข็มหมุนเข็มไม่ควรมากเกินไป หรือใช้แรงมากเกินไป

**ยาสมุนไพรจีน** ที่ใช้หยดเข้าเส้นเลือดดำ ส่วนมากเป็นยาในกลุ่มเสริมการไหลเวียนและละลาย

- ตันเซิน

- ดั้งหง
- ชวนชูง
- ชานซี
- ดิงจันชี่ซิ่น
- ชูเตี้ยจื่อ : ในกรณีที่เป็นกลุ่มความร้อน ใช้เพิ่มการไหลเวียน ขจัดร้อนในเลือด



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

## บทที่ 4

# วิธีฝังเข็มรักษาจิ้งเฝิงของแพทย์จีนอาวุโส

### อาจารย์ อวี๋ซู่จวง (于书庄 Yú ShūZhuāng)

อาจารย์ **อวี๋ซู่จวง** เป็นแพทย์อาวุโสท่านหนึ่งแห่งวงการแพทย์จีนและการฝังเข็ม ถือกำเนิดที่มณฑลเหอเป่ย์ใน ปี พ.ศ. 2467 ทำงานเป็นแพทย์จีนมาตั้งแต่เด็ก เคยดำรงตำแหน่งเป็นรองหัวหน้าแผนกฝังเข็ม และหัวหน้าห้องวิจัยเส้นลมปราณของแผนกฝังเข็ม

ทรรศนะที่เด่นของ อาจารย์ **อวี๋ซู่จวง** คือ การเสนอทฤษฎีใหม่เกี่ยวกับจิ้งเฝิง จากเดิมที่มีสาเหตุเกี่ยวกับ ลม ไฟ เสลด ภาวะพร่อง และเลือดคั่ง ได้เสนอแนวคิดใหม่ว่า สาเหตุการเกิดจิ้งเฝิงจะซับซ้อนเพียงใด แต่ในที่สุดก็จะสรุปได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีภาวะพร่อง และกลุ่มที่เกิดไฟ

ภาวะพร่อง คือ ชีพพร่อง ทำให้เกิดปัญหาขึ้น 2 ประการ คือ การปลัดดันการไหลเวียนของเลือดอ่อนลง เลือดจืดไหลช้า ทำให้เกิดลิ่มเลือดขึ้น ภาวะชีพพร่องทำให้การทำหน้าที่เก็บรักษาเลือดไม่ดี เลือดจึงไหลออกนอกหลอดเลือด ทำให้มีอาการเลือดออก

ส่วนไฟ เนื่องจากเป็นพิษภัยที่ล้งกัตหยาง เมื่อมีมากก็จะเผาผลาญน้ำในร่างกาย ทำให้เลือดเสีย น้ำ และมีความหนืดมากขึ้น เลือดไหลช้าลง ทำให้เกิดลมไปกระตุ้นเลือด เลือดจึงไหลสับสน หากผนังหลอดเลือดส่วนใดบางก็จะเกิดเลือดออกได้ง่าย กรณีนี้โรคจิ้งเฝิงมักจะเกิดขึ้นในเวลาเคลื่อนไหว ส่วนภาวะลม เสลด และเลือดคั่งนั้น จะเกิดขึ้นมาบนพื้นฐานสองประการนี้

ด้วยเหตุนี้อาจารย์ **อวี๋ซู่จวง** จึงมีความเห็นว่า ในการรักษาโรคจิ้งเฝิง **ต้องรักษาที่ไฟและภาวะพร่อง โดยในระยะเฉียบพลันให้ทำการดับไฟ และบำรุงส่วนที่พร่อง** เพื่อขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคออกไป วิธีการที่ใช้ได้แก่

- การปล่อยเลือดที่จุดจิ้งหั่ง 12 เพื่อดับไฟ
- การบำรุงใช้จุด QiHai (CV6), GuanYuan (CV4), ZuSanLi (ST 36), BaiHui (GV 20)
- ตำรับยาที่ใช้ได้แก่ เกี้ยวเว่ยเฉิงชี่หั่ง (调胃承气汤) อันกงหนิวหวงหวาน (安宫牛黄丸)

ส่วนในระยะฟื้นฟู ให้ใช้การกระตุ้นเลือด สลายเลือดคั่ง ทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง เป็นหลัก  
วิธีการที่ใช้ได้แก่

- การฝังเข็ม 12 จุดซุของมือและเท้าของอวัยวะได้แก่ TaiYuan (LU 9), DaLing (PC7),  
ShenMen (HT 7), TaiBai (SP 3), TaiChong (LR 3) และ TaiXi (KI 3) ทั้ง 2 ข้าง ร่วมกับ  
GeShu (BL 17)

- แขนขาที่เป็นอัมพฤกษ์ ให้ใช้วิธีแทงโหว่

- ตำรับยาที่ใช้ เช่น ตำหวงหมานหงวาน (大黄蛰虫丸)

อาจารย์ อวี๋ซู่จวง ได้เน้นถึงหลักในการฝังเข็มว่า ต้องประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 4 ประการ ได้แก่  
1) ความรู้สึกต่าง ๆ ที่มีต่อเข็ม 2) ทิศทางในการแทงเข็ม 3) ความลึก และ 4) ความแรงในการกระตุ้นเข็ม  
องค์ประกอบทั้ง 4 จะต้องใช้ร่วมกันในการฝังเข็ม และได้อธิบายว่าการตอบสนองที่แสดงออกมาเป็น  
ความรู้สึกต่าง ๆ จากการฝังเข็ม จะให้ผลต่อการรักษาที่ต่างกัน การกระตุ้นในระดับที่ต่างกันจึงเหมาะใช้  
กับโรคและร่างกายของผู้ป่วยที่ต่างกัน โดย

- การกระตุ้นให้มีความรู้สึกเสียวตึง แต่ไม่รุนแรง เหมาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะพร่อง โรคเรื้อรัง ผู้ที่  
ร่างกายอ่อนแอ

- การกระตุ้นให้มีความรู้สึกชา หรือเหมือนกับถูกไฟฟ้าช็อต เหมาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะเกร็งเกิน  
อาการเจ็บพลัน หรือผู้ที่มีร่างกายแข็งแรง

- การกระตุ้นให้มีความรู้สึกร้อน เหมาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องและภาวะหนาว

- การกระตุ้นให้มีความรู้สึกเย็น เหมาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะร้อน

- การกระตุ้นให้มีการระตุกเหมาะสำหรับภาวะอวัยวะภายในหย่อน เป็นต้น

นอกจากนั้น ยังได้เน้นถึงการฝังเข็มรักษาโรคว่า นอกจากต้องทำการวินิจฉัยจำแนกกลุ่มอาการ  
แบบต่าง ๆ แล้ว จะต้องทำการวินิจฉัยว่าโรคสังกัดเส้นลมปราณใด มากกว่ารู้เพียงสรรพคุณของจุด  
โดยทั่วไป เช่น จุด ZuSanLi (ST 36) ใช้รักษาโรคที่สังกัดกระเพาะอาหาร NeiGuan (PC 6) รักษา  
อาการเจ็บหน้าอกซึ่งไม่เพียงพอ



## อาจารย์ หยางเจี๋ยซาน (杨甲三 Yáng JiǎSan)

อาจารย์แพทย์อาวุโสท่านหนึ่ง ของวงการแพทย์จีนในยุคปัจจุบัน เกิดเมื่อปี พ.ศ. 2462 ได้รับตำแหน่งศาสตราจารย์ตลอดชีพ ของสถาบันการฝังเข็มแห่งมหาวิทยาลัยแพทย์จีนปักกิ่ง และเป็นหัวหน้าแผนกฝังเข็มคนแรกของมหาวิทยาลัยแพทย์จีนปักกิ่ง ผลงานที่สำคัญของอาจารย์ **หยางเจี๋ยซาน** ได้แก่

### 1. วิธีการหาจุดฝังเข็ม

อาจารย์ **หยางเจี๋ยซาน** มีความเห็นว่า การหาตำแหน่งจุดฝังเข็มตามแนวเส้นลมปราณแบบเดิม ที่อาศัยการเทียบเคียงจากกระดูก ที่เป็นจุดสังเกตและอ้างอิงในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นเส้นตามแนวตั้งนั้นไม่เพียงพอ แต่ควรจะกำหนดตำแหน่งโดยมีการนำแนวขวางเข้ามาประกอบด้วย จึงจะกำหนดจุดได้แม่นยำยิ่งขึ้น อาจารย์ **หยางเจี๋ยซาน** ได้สรุปวิธีการหาตำแหน่งจุดฝังเข็มตามแนวขวางขึ้น คือ ให้หาจาก **“ขอบทั้ง 3 และ ระหว่างทั้ง 3”**

“ขอบทั้ง 3” หมายถึง ขอบของเส้นเอ็น ขอบของกระดูกและขอบของกล้ามเนื้อ

“ระหว่างทั้ง 3” หมายถึง ระหว่างเส้นเอ็น ระหว่างกระดูก และระหว่างกล้ามเนื้อ ซึ่งรวมถึงทั้งระหว่างเส้นเอ็นกับกระดูก และเส้นเอ็นกับกล้ามเนื้อด้วย

แม้จุดฝังเข็มจะไม่ใช้ผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นเอ็นหรือกระดูก แต่ในการหาตำแหน่งของจุดฝังเข็มจำเป็นต้องอาศัยตำแหน่งทางกายวิภาคในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมาเทียบเคียง

ขอบทั้ง 3 หมายถึง บริเวณชิดขอบกระดูก กล้ามเนื้อ หรือเส้นเอ็น และระหว่างทั้ง 3 หมายถึง ร่องตะเข็บที่อยู่ระหว่างกระดูก กล้ามเนื้อและเส้นเอ็น เป็นตำแหน่งที่เนื้อเยื่อบางและหลวมกว่าบริเวณอื่น จึงเป็นตำแหน่งที่เหมาะสมในการใช้กระตุ้นของเส้นลมปราณ ปรบการไหลเวียนของชีและเลือด และมีประสิทธิภาพในการรักษา การเลือกจุดตามวิธีนี้มีข้อดี 2 ประการ คือ

ประการแรก **สามารถตื้อได้ง่าย** เพราะที่ตำแหน่งเหล่านี้ ซึ่งไหลเวียนได้คล่อง ไม่ถูกปิดกั้น การวิจัยในปัจจุบันพบว่า ตำแหน่งของจุดฝังเข็ม จะอยู่บริเวณที่เป็นร่องหรือรอยเว้า บริเวณเหล่านี้จะมีเส้นใยประสาทอยู่มากมาย จึงตอบสนองต่อการกระตุ้นเข็มได้ดี

ประการที่สอง **สามารถขับไล่พิษภัยได้ง่าย** บริเวณที่เป็นรู หรือเป็นร่องตะเข็บ ที่ใช้เป็นจุดฝังเข็ม เนื้อเยื่อจะบางและอ่อนแอ จึงเป็นตำแหน่งที่พิษภัยใช้แทรกเข้าร่างกายเช่นกัน ขณะเดียวกันก็ใช้เป็นจุดที่

ขับไล่พิษภัยได้ดี เพราะเมื่อสามารถกระตุ้นให้เต๋อซีได้ง่าย ซีในเส้นลมปราณก็จะไหลคล่อง ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษาโรคของศาสตร์การแพทย์จีน

การเลือกจุดฝังเข็มตามทฤษฎีนี้ยังลดปัญหาได้อีก 2 ประการ คือ

ปัญหาแรก **ลดการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ** เนื่องจากเป็นบริเวณที่เนื้อเยื่อค่อนข้างบางและหลวมดังกล่าวมาแล้ว จึงสามารถแทงเข็มและทำการกระตุ้นเข็มด้วยวิธีต่าง ๆ ได้ง่าย และรู้สึกเจ็บปวดจากการกระตุ้นเข็มน้อยกว่า เมื่อเทียบกับการแทงบริเวณอื่นที่มีเนื้อเยื่อ เส้นเอ็นแน่นแข็ง ซึ่งมักจะทำให้เจ็บปวดมากหรือเกิดปัญหาเข็มติด

ปัญหาที่สอง **ลดความรู้สึกไม่สบายต่าง ๆ หลังจากการฝังเข็ม** ต่อเนื่องมาจากปัญหาแรก กล่าวคือ เมื่อการถูกทำลายของเนื้อเยื่อลดลงและไม่เจ็บปวด จึงทำให้ความรู้สึกไม่สบายต่าง ๆ หลังจากการฝังเข็มลดลง แม้ว่าในกรณีนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นเข็มเป็นสำคัญ แต่ก็เกี่ยวข้องกับจุดที่เลือกใช้ไม่น้อย

อาจารย์ **หยางเจี่ยชาน** ยังให้ความสำคัญกับความเป็นหนึ่งเดียวระหว่าง สมาธิ กับการกระตุ้นเข็ม กล่าวคือในระหว่างการแทงเข็ม จะต้องพึงจิตรวบรวมสมาธิทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่ทำให้ **การกระตุ้นด้วยวิธีบำรุงหรือระบายนั้น “มือจะต้องจับเข็มให้มั่น จิตใจต้องไม่วอกแวก”** เช่นนี้จึงจะสามารถยกประสิทธิภาพในการรักษาให้สูงขึ้นได้ นอกจากนั้น ยังเห็นว่า ในการกระตุ้นเข็มแบบแรงควรเลือกใช้จุดแต่น้อย

## 2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการฝังเข็มคีระชะ

- จุดบนคีระชะแต่ละจุดจะมีสรรพคุณบำรุง หรือระบายนต่างกัน แต่ก็มีความสำคัญเหมือนกัน
- การแทงเข็มเข้าในหนังคีระชะ คือ **การแทงราบท่ามุม 15 องศา กับหนังคีระชะ เป็นการบำรุง**
- การแทงเข็มไปใต้หนังคีระชะ คือ **การแทงเฉียงท่ามุม 30 องศา ให้เข็มผ่านไปอยู่ระหว่างหนัง**

### คีระชะกับกะโหลกคีระชะ เป็นการระบาย

- การใช้จุดบนคีระชะจะเน้นที่สรรพคุณที่เป็นหลักในการรักษาของจุดนั้น ๆ เช่น ใช้จุดบริเวณเหนือหน้าผากและกระหม่อม ได้แก่ ShenTing (GV 24), BenShen (GB 13), SiShenCong (EX-HN 1) ร่วมกับการแทงเข้าในหนังคีระชะ ได้เป็น “วิธีฝังเข็มปรับปรุงจิตใจ (調神針法)” มีประสิทธิผลในการรักษาโรคหลายโรค เช่น ลมชัก จิตเภท ประสาทอ่อน นอนไม่หลับ หลงลืม กลุ่มอาการเครียด เป็นต้น

### 3. การรักษาภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia)

โดยพยาธิวิทยา เห็นว่าพื้นฐานของโรค คือ ส่วนล่างของร่างกายอยู่ในภาวะพร่อง ส่วนบนของร่างกายอยู่ในภาวะแกร่งเกิน โรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุ ภาวะสมองเสื่อมเป็นผล โดยในระยะแรก ผู้ป่วยจะมีอาการล้มลงไม่ได้สติ แขนขาซีกหนึ่งเคลื่อนไหวไม่ได้ พูดไม่ได้ หลังจากนั้นจะเกิดอาการหลงลืมสูญเสียความจำ การพูดลืบลืม คิดเลขไม่ได้ ย้ำคิดย้ำทำ สูญเสียสติปัญญา ซึ่งใกล้เคียงกับโรค multiple infarction dementia (MID) ในศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน

ในทางกลไกของการเกิดโรคได้สรุปปัจจัยสำคัญที่มีส่วนสำคัญ 3 ประการ คือ

**ประการแรก** ส่วนล่างของร่างกายอยู่ในภาวะพร่อง ส่วนล่าง หมายถึง ระบบการทำงานที่เป็นรากฐานของร่างกาย ซึ่งในทางแพทย์แผนจีน หมายถึง “ไต” อ่อนแอลง จึงทำให้การทำงานของอวัยวะอื่น ๆ อ่อนแอตาม อาจารย์ **หยางเจี๋ยชาน** อธิบายว่า การเกิด การเจริญเติบโต และเสื่อมถอยลงจนแก่ชรา ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของร่างกายนั้น กำหนดมาจากจิงซึ่งของไต

- ไตทำหน้าที่เก็บสารจำเป็น (จิง) ทำหน้าที่สังเคราะห์ซีปฐุมภูมิจี (เหยวียนซี) ควบคุมอิน-หยาง เป็นรากฐานที่ค้ำจุนให้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบรรดาอวัยวะภายในให้ทำงานได้ตามปกติ และรักษาสมดุลของร่างกายไว้

- เมื่อสภาวะอินกับหยางในไตเสียสมดุล ย่อมส่งผลทำให้สภาวะอินกับหยาง และอวัยวะภายในอื่นเสียสมดุลไปด้วย

- เมื่ออินของไตไม่เพียงพอ ก็จะทำให้เกิดภาวะธาตุน้ำไม่สามารถควบคุมธาตุไม้ ธาตุไม้โดยหยางของตับจะแรงขึ้นตามลำดับ เมื่อนานเข้าก็จะทำให้เกิดไฟและลมขึ้นภายในร่างกาย

- เมื่อไตอ่อนแอ ทำให้ธาตุน้ำไม่สามารถขึ้นไปยังส่วนบนของร่างกาย ไฟของหัวใจจึงกำเริบขึ้น

- ไฟของตับและหัวใจเมื่อแรงขึ้น ยังย้อนกลับมายังไตเผาไหม้ในไตให้เหือดแห้งลงไปอีก

- เมื่อหยางของไตอ่อนแอ จะไม่สามารถให้ความอบอุ่นแก่ธาตุดินหรือม้าม ทำให้หยางของม้ามไม่เข้มแข็ง ไม่สามารถควบคุมการย่อย การดูดซึมและการลำเลียงอาหารได้ดี เมื่อนานเข้าน้ำก็จะคั่งค้าง เกิดเป็นเสมตขึ้น

**ประการที่สอง** ส่วนบนของร่างกายอยู่ในภาวะแกร่งเกิน เมื่อส่วนที่เป็นรากฐานของร่างกาย ทำหน้าที่ไม่ได้ดังปกติ จะทำให้เกิดโรคภัยต่าง ๆ ขึ้นที่บนส่วนบนของร่างกาย

- เมื่อไตเสื่อมถอยเป็นเวลานานเข้า จะทำให้อวัยวะภายในอื่น ๆ เสื่อมถอยตาม จึงเกิดไฟเสมต

เลือดคั่งที่เป็นพิษภัยขึ้นในร่างกาย

- ลมและไฟเป็นภัยที่สังกัดหยาง หยางจะขึ้นสู่ส่วนบนและมีการเคลื่อนไหว ดังนั้นจึงขึ้นสู่ศีรษะ ซึ่งเป็นที่รวมของหยาง

- ในระยะแรก ลมและไฟจะเคลื่อนไหวก่อน กระตุ้นซี่และเลือด แล้วพาเอาเสลดและเลือดคั่งตามไปด้วย ในระยะหลังเนื่องจากกำลังของลมและไฟอ่อนลง เสลดและเลือดคั่งจึงเกิดการติดค้าง

**ประการที่สาม** จิตเสียการบังคับบัญชาร่างกาย จากการที่สมองเป็นที่อยู่ของจิต ชอบสงบไม่ชอบสับสนวุ่นวาย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีเหตุที่ทำให้เกิดโรคขึ้นภายในร่างกาย และถูกกระตุ้นจากปัจจัยภายนอก ทำให้ลม ไฟ เสลด และเลือดคั่ง จับรวมตัวกันขึ้นเป็นพิษภัยคุกคามขึ้นไปยังไซสมอง อุดกั้นเส้นลมปราณในสมอง ทำให้ซี่ที่บริสุทธิ์ไม่สามารถเข้าไปในสมอง ในขณะที่ซี่ที่บริสุทธิ์ก็ถูกกักไว้ข้างใน ช่องสมองที่ปกติควรโล่งจึงขุ่น และสูญเสียความสามารถไปตามลำดับ เมื่อจิตเสียหาความรู้สึกรู้จักคิด ความจำ อารมณ์ความรู้สึก จิตใจ บุคลิกภาพของคนก็สูญเสียการควบคุมตามไปด้วย ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมขึ้น

ปัจจัยทั้งสามประการ ได้แก่ ส่วนล่างของร่างกายพร่อง ส่วนบนของร่างกายแกร่งเกิน และจิตสูญเสียการบังคับบัญชาร่างกาย จึงเป็นกลไกของการเกิดโรคโดยพื้นฐานของโรคนี้ โรคนี้มีการแสดงอาการทางคลินิกที่ซับซ้อน เพราะมีทั้งอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะหลงลืมปะปนอยู่ด้วยกัน อาจารย์ **หยางเจี๋ยชาน** เห็นว่า พยาธิวิทยา และการแปรเปลี่ยนของโรคเป็นไปอย่างมีกฎเกณฑ์ให้ลำดับได้ ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองนั้น อาจารย์ **หยางเจี๋ยชาน** เห็นว่า ทำได้ง่ายในขณะที่การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมทำได้ยากกว่า และได้เสนอแนวทางปฏิบัติ คือ

การวินิจฉัยโรคต้องทำให้ชัดเจน โดยใช้ทั้งวิธีของการแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนจีน รวมกัน 3 ขั้นตอน คือ

- ขั้นตอนที่แรก **ทำการวินิจฉัยแยกตามแบบแพทย์แผนจีนมาก่อน** โดยอาศัยลักษณะทางธาตุร่างกายของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย จุดสำคัญในขณะที่เกิดโรค ประกอบเข้ากับการแสดงอาการทางคลินิกเฉพาะของโรคนี้ ได้แก่ ชาหรืออัมพฤกษ์ครึ่งซีก พูดตะกุกตะกักหรือพูดไม่ได้ ปากเบี้ยว เป็นต้น ประกอบกับการตรวจทางแผนปัจจุบัน ได้แก่ การทำ CT และ MRI ก็จะวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

- ขั้นตอนที่สอง **ตรวจสอบหาภาวะสมองเสื่อม** โดยใช้ measuring scale ต่าง ๆ ของการแพทย์แผนปัจจุบัน

- ขั้นตอนที่สาม **ทำการวินิจฉัยแยกโรคอื่น ๆ** ที่มีอาการคล้ายกับภาวะสมองเสื่อม เช่น โรคทางจิตประสาทต่าง ๆ

การกำหนดหลักการรักษา โดยทางส่วนบนต้องชำระล้าง ส่วนล่างต้องบำรุง ทำการปรับปรุงจิต บำรุงสติปัญญา กล่าวคือ ทำการรักษาลมและไฟ ที่นำเสลดและเลือดคั่งไหลทวนขึ้นข้างบน บำรุงตับและไตที่อ่อนแอ และทำการปรับปรุงจิตที่สับสน สติปัญญาที่เสียไปให้กลับคืนสู่ปกติ

### หลักในการตั้งตำรับฝังเข็มรักษาโรค

1) **พิจารณาแก้ไขปัญหาทั้งด้านของพิษภัย เจิงซี่ ภาวะพร่องและแกร่งเกินร่วมกัน** แม้ในการวินิจฉัยจำแนกกลุ่มอาการจะต้องทำการแยกภาวะของพิษภัยและเจิงซี่ของร่างกาย ภาวะพร่องและแกร่ง ภาวะของสิ่งที่เป็นรากฐานกับการแสดงออกของโรค แต่เมื่อจะทำการบำรุงเจิงซี่ก็ต้องไม่ลืมการขับพิษภัยให้ออกไป ในขณะที่ทำการขับไล่พิษภัยก็ต้องไม่ลืมการค้ำจุนเจิงซี่ เพื่อบรรลូវัตถุประสงค์ทั้งการขับไล่พิษภัยและทำให้เจิงซี่เป็นปกติ

2) **การใช้จุดในการรักษาจะต้องคำนึงถึงคุณลักษณะของอวัยวะในที่เกี่ยวข้อง** ดังได้กล่าวมาแล้ว แม้อวัยวะเกิดขึ้นที่สมองแต่ก็มีความเกี่ยวข้องกับอวัยวะอื่น ๆ ด้วย คุณลักษณะของอวัยวะต่างๆที่ควรคำนึงถึง ได้แก่

- สมองอยู่ส่วนบนสุดของร่างกาย จะต้องทำงานได้กระฉับกระเฉง
- ใตทำหน้าที่เก็บสารจำเป็นสำหรับชีวิต อยู่ส่วนล่างของร่างกาย ควรบำรุงไม่ควรระบาย
- ตับทำหน้าที่เก็บเลือด ลังกัธธาตุไม้ ชอบความโล่ง ไม่ติดขัด ตัวของตับเป็นอิน แต่การทำงานเป็นหยาง ซึ่งของตับมักเคลื่อนไหวขึ้นบน และทำให้เกิดลมและไฟได้ง่าย
- ม้ามทำหน้าที่ย่อยและลำเลียงอาหาร พาส่วนที่ใสขึ้น หากม้ามพร่องก็จะทำให้เกิดเสลด
- ไตเป็นธาตุแม่ของตับ มักจะถูกไฟของตับทำให้สับสนวุ่นวาย

3) **ฟื้นฟูสมรรถภาพของสมอง** ปัญหาการสูญเสียการทำงานของจิตสมอง เป็นสาเหตุโดยตรงของภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นในการเลือกจุดรักษา นอกจากจะมุ่งไปที่การรักษาภาวะของร่างกายตามการวินิจฉัยจำแนกแล้ว สิ่งที่ต้องทำอย่างยิ่ง ก็คือ การฟื้นฟูการทำงานของสมอง

### จุดฝังเข็มที่เลือกใช้และวิธีการฝังเข็ม

**จุดหลัก:** 1) FengChi (GB 20), FengFu (GV 16), DaZhui (GV 14),

- 2) BaiHui (GV 20), ShenTing (GV 24), BenShen (GB 13)
- 3) ShenMen (HT 7), LieQue (LU 7), ZhaoHai (KI 6),  
SanYinJiao (SP 6), ZuSanLi (ST 36),
- 4) QuChi (LI 11), HeGu (LI 4), YangGu (SI 5), TaiChong (LR 3),  
FengLong (ST 40)

### วิธีการ:

- ให้แทง FengChi (GB 20), FengFu (GV 16), DaZhui (GV 14) ก่อน เมื่อเตือซี่แล้ว ให้ทำการกระตุ้นด้วยวิธีปักเข็มแบบระบาย แล้วเอาเข็มออก
  - จากนั้นแทง BaiHui (GV 20), ShenTing (GV 24), BenShen (GB 13) แล้วกระตุ้นด้วยวิธีปักเข็มแบบบำรุง
  - แขนง ShenMen (HT 7), LieQue (LU 7), ZhaoHai (KI 6), SanYinJiao (SP 6), ZuSanLi (ST 36) แล้วกระตุ้นด้วยวิธีปักเข็มแบบบำรุง
  - แล้วแทง QuChi (LI 11), HeGu (LI 4), YangGu (SI 5), TaiChong (LR 3), FengLong (ST 40) กระตุ้นด้วยวิธีปักเข็มแบบระบาย
- จุดข้างต้นนอกจากกลุ่มแรก เมื่อกระตุ้นแล้วให้คาเข็มไว้ 20 - 30 นาที

### สรรพคุณของจุดที่เลือกใช้:

จุด FengChi (GB 20), FengFu (GV 16) เป็นจุดหลักที่ใช้รักษาโรคเกี่ยวกับลม ชื่อของจุดจึงมีคำว่า “เฟิง - ลม” อยู่ด้วย เพื่อเป็นการระบุถึงสรรพคุณที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้จุด FengFu (GV16) ยังอยู่บนเส้นลมปราณตู FengChi (GB 20) เป็นจุดบนเส้นเท้าเส้าหยาง เส้นลมปราณทั้งสองนี้จะเชื่อมต่อกับสมอง ทั้งสองจุดจึงมีสรรพคุณทำให้ลมสงบ กล่อมสมองและปรับปรังจิต

DaZhui (GV 14) เป็นจุดบนเส้นลมปราณตู และเป็นจุดรวมของเส้นหยาง การกระตุ้นเข็มด้วยการระบายที่จุดนี้จะช่วยขจัดหยางที่มากเกินไป

เนื่องด้วยลมและไฟเป็นพิษภัยที่สังกัดหยาง การขับไล่ลมจะใช้วิธีขั้ระบาย ดังนั้นจุดทั้งสามข้างต้นจึงกระตุ้นด้วยวิธีระบายแล้วถอนเข็มออกทันทีไม่คาเข็มไว้ เพื่อให้พิษภัยออกไปอย่างรวดเร็ว

BaiHui (GV 20) หรืออีกชื่อหนึ่งว่า “จุดซานหยางอู่ฮู่ย: 三阳五会 “ซานหยาง” หมายถึงเส้นหยางทั้งสามของมือและเท้า “อู่ฮู่ย” หมายถึง เป็นจุดรวมของไป๋ฮู่ย BaiHui, ChongHui,



TingHui, QiHui, และ NaoHui เป็นจุดตัดของเส้นหยางของมือและเท้าทั้งสามและเส้นเจียวินเท้าดับ มีบทบาทหน้าที่ที่บริสุทธิ์ขึ้นไปบำรุงเลี้ยงสมอง ทำให้ลมของตับและลมภายในสงบ จึงใช้ในการรักษาลมให้สงบ บำรุงสมองและปรับปรุงจิต

ShenTing (GV 24), BenShen (GB 13) เชื่อมต่อกับสมองจึงสามารถปรับปรุงจิตปฐมภูมิ (เหยเวียนลิน) เป็นจุดที่มีสรรพคุณรักษาโรคทางสมองเป็นการเฉพาะ

การใช้จุดที่มีตำแหน่งอยู่บนศีรษะและก้านคอร่วมกัน จะได้สรรพคุณการรักษาในการขับไล่ลม ทำให้เส้นลมปราณไหลคล่องและปรับปรุงจิต บำรุงสติปัญญา จึงเป็นจุดที่กำหนดให้ใช้ในการรักษาภาวะสมองเสื่อม

ลมที่เกิดขึ้นภายในเกี่ยวข้องกับตับและไต เพราะมีสาเหตุมาจากธาตุน้ำ (ไต) ไม่ควบคุมธาตุไม้ (ตับ) ดังนั้น **การรักษาภายในจึงต้องรักษาที่ตับและไตเป็นสำคัญ**

ZhaoHai (KI 6) เป็นจุดบนเส้นเท้าซ้ายในไต อีกทั้งยังเป็นจุดเริ่มต้นของเส้นอินเฉียวมาย จึงมีสรรพคุณปรับปรุงอินสงบจิตใจ

XuanZhong (GB 39) เป็นจุดรวมของไขกระดูก การบำรุงจุดนี้ได้สรรพคุณในบำรุงไขสันหลังสมอง ช่วยให้การเคลื่อนไหวของซี่ไม่ติดขัด

TaiChong (LR 3) เป็นจุดหยวนของเส้นตับ มีสรรพคุณบำรุงตับ ทำให้ตับสงบ จึงสามารถสงบลมภายใน จุดนี้ยังมีคุณสมบัติสกัดธาตุดิน จึงมีส่วนช่วยการลำเลียงของม้าม ขจัดเสลด

SanYinJiao (SP 6) เป็นจุดตัดของเส้นอินทั้งสามของเท้า จึงมีบทบาทต่ออวัยวะต้นทั้งสามได้แก่ บำรุงม้าม ขับชื้น สลายเสลด ปรับเลือด ทำให้ตับอ่อนโยนลง และหล่อเลี้ยงไตสร้างน้ำ

LieQue (LU 7) เป็นจุดลั่วของเส้นปอด อีกทั้งยังเชื่อมต่อกับเส้นเร็น มีคุณสมบัติสกัดธาตุโลหะ ธาตุโลหะสร้างธาตุน้ำ จึงมีสรรพคุณบำรุงอินของไตด้วย

การใช้จุดข้างต้นร่วมกัน จะได้สรรพคุณหล่อเลี้ยงไต บำรุงตับและทำให้ลมของตับสงบ

ZuSanLi (ST 36), FengLong (ST 40) เป็นจุดเหอและจุดลั่วของเส้นกระเพาะอาหารตามลำดับ การใช้จุดทั้งสองร่วมกันจะช่วยปรับปรุงซี่ของม้ามและกระเพาะอาหารให้ไหลคล่อง ปรับการเคลื่อนไหวของซี่ในจิงเจียว มีสรรพคุณขจัดเสลดและสิ่งขุ่น

YangGu (SI 5) “เมื่อมีมากเกินไปก็จะเกิดไฟ” จุดหยางกุเป็นจุดที่อยู่บนเส้นมือลำไส้เล็กไปทหยางมีคุณสมบัติสกัดธาตุไฟ จึงทำการขบระบายที่จุดนี้เพื่อลดไฟของหัวใจ ขณะเดียวกันก็ทำการบำรุงซี่ของ

หัวใจที่ ShenMen (HT 7) ซึ่งเป็นจุดหยวนของเส้นมือเส้าอิน การใช้ร่วมกันจึงได้บรรเทาทั้งขับไฟให้ออกจากหัวใจและบำรุงซี่ของหัวใจ ทำให้ได้สรรพคุณสงบจิตใจ

เส้นลมปราณหยางหมิงเป็นเส้นที่มีซี่และเลือดมาก การใช้จุด QuChi (LI 11), HeGu (LI 4) ที่เป็นจุดหยวนและเหอร่วมกัน มีบทบาทปรับปรุงซี่ในอวัยวะกลางและขับระบายร้อน ทำให้ซี่ในช่องเจียวไหลคล่องจึงมีสรรพคุณสลายเลือดคั่ง

HeGu (LI 4) ร่วมกับ TaiChong (LR 3) เรียกว่า “ชื่อกวาน” มีสรรพคุณปรับปรุงซี่และเลือดช่วยการไหลเวียนในเส้นลมปราณให้คล่อง HeGu (LI 4) ร่วมกับ SanYinJiao (SP 6) มีสรรพคุณกระตุ้นเลือด สลายเลือดคั่ง ทำให้ซี่ไหลคล่อง วิธีการใช้จุดร่วมกันดังกล่าวเป็นวิธีที่เรียกว่า “หาหยางจากอิน” “หาอินจากหยาง” รักษาอินกับหยางร่วมกัน ให้การดูแลทั้งปัญหาพื้นฐานและอาการที่แสดงออก

การใช้จุดต่าง ๆ ร่วมกันข้างต้น ทำให้ได้สรรพคุณการรักษาทั้งการหล่อเลี้ยงน้ำที่ไปควบคุมไม้เพื่อดับลมและไฟที่เกิดขึ้น ปรับปรุงและบำรุงหัวใจกับม้าม ขจัดเลือดคั่ง เป็นการขับร้อนทำให้ลมภายในร่างกายสงบ ลดไฟของหัวใจ เมื่อขับระบายก็ไม่สึกหรอน้ำของไต ทำให้ไฟที่เกิดจากภาวะพร่อง สงบลงเป็นการรักษาทั้งส่วนบนและส่วนล่างของร่างกายไปพร้อมกัน

### ตำรับจุดในการรักษาอาการจากโรคหลอดเลือดสมอง

อาจารย์ **หยางเจียชาน** ได้จัดตำรับจุดที่ใช้ในการรักษาอาการจากโรคหลอดเลือดสมองตามความหนัก-เบาของอาการเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

**1. จิ้งลั่ว** เป็นภาวะที่พิษลมแทรกเข้าชั้นผิวหนังกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการชา ไม่รู้สึกหรือชาตามนิ้วมือนิ้วเท้า ใช้จุด

- DiCang (ST 4), JiaChe (ST 6), TaiYang (EX-HN 5), YingXiang (LI 20) ตำแหน่งเป็น  
อัมพฤกษ์

- NeiTing (ST 44), HeGu (LI 4) แทะทั้งสองข้าง

- ตาปิดไม่ลง ใช้จุด ShenMai (BL 62), JingMing (BL 1)

- ปวดบริเวณหลังหู ใช้จุด YiFeng (TE 17), YeMen (TE 2)

- ปวดบริเวณท้ายทอย คอแข็ง ใช้จุด TianZhu (BL 10), HouXi (SI 3)

- หากเป็นมานานไม่หาย ให้รมยาบริเวณใบหน้าและ ZuSanLi (ST 36) ข้างที่เป็นอัมพฤกษ์

**2. จิ้งจิง** เป็นภาวะที่พิษลมเข้าสู่เส้นลมปราณทำให้มีปัญหาด้านการเดิน

**จุดหลัก:** - JianYu (LI 15), QuChi (LI 11), HuanTiao (GB 30), XuanZhong (GB 39)  
YangLingQuan (GB 34), ข้างที่เป็นอัมพาต และ HeGu (LI 4) ทั้งสองข้าง โดยแทงข้างปกติก่อน  
ทั้งหมดใช้วิธีการกระตุ้นแบบระบาย

- ZuSanLi (ST 36) ทั้งสองข้าง โดยแทงข้างที่ปกติก่อน และกระตุ้นเข็มแบบบำรุง

**จุดเสริม:** - ภาวะที่พร้อม ให้เพิ่มจุด QiHai (CV 6)

- หากมีอาการเจ็บปวดให้แทงจุดอาชี้อ

- แขนขาหดเกร็ง เพิ่ม ChengShan (BL 57), ChiZe (LU 5) เพื่อฟอกซี่และคลายเส้นเอ็น

- แขนขาอ่อนแรง เพิ่ม XuanZhong (GB 39), ShenMen (HT 7) เพื่อบำรุงไขกระดูก

**3. จิ้งฝู** มีอาการไม่ได้สติในระดับเบาหรือตื่น (ในบางที่ บรรยายว่า มีอาการท้องอืด แน่นท้อง ท้องผูก  
ซึ่งเป็นอาการทางแกร่งเกินของอวัยวะกลางร่วมด้วย)

**จุดหลัก:** BaiHui (GV 20), FengFu (GV 16), NeiGuan (PC 6), YangLingQuan (GB 34),  
TaiChong (LR 3), ZuSanLi (ST 36), HeGu (LI 4)

**จุดเสริม:** - ถ้ามีอาการท้องผูก เพิ่มจุด ZhiGou (TE 6), ZhaoHai (KI 6)

- ถ้ากักพันแน่น เพิ่ม JiaChe (ST 6), XiaGuan (ST 7)

- ถ้ามีอาการหดเกร็ง (บีบแข็ง) เพิ่ม ShiXuan (EX-UE 11), RenZhong (GV 26)

**4. จิ้งจ่าง** มีอาการหมดสติในระดับลึกหรือหนัก

หากมีอาการอินพร่องไฟกำเริบ ใช้ YongQuan (KI 1), GuanYuan (CV 4), HeGu (LI 4),  
LaoGong (PC 8), BaiHui (GV 20), TaiChong (LR 3) กระตุ้นเข็มแบบระบาย ยกเว้น จุด  
GuanYuan (CV 4) ใช้วิธีรมยา

หากมีอาการอินพร่อง เสลดมาก ใช้จุด FengFu (GV 16), BaiHui (GV 20), QiHai (CV 6),  
ZuSanLi (ST 36), SanYinJiao (SP 6), LieQue (LU 7), DaLing (PC 7)

หากมีอาการอ่อนเปลี้ย (ท้วมแข็ง) ให้รมโถงคั่นเกลือที่สะดือ จุด ShenQue (CV 8)

## อาจารย์ จิ้นรู่ย (靳瑞) กับฉายา จิ้นสามเข็ม (靳三针)

อาจารย์ **จิ้นรู่ย** (Jin Rui) เกิดเมื่อปี ค.ศ. 1933 (พ.ศ. 2476) เสียชีวิตเมื่อต้นปี พ.ศ. 2553 เป็นแพทย์จีนที่มีชื่อเสียง แห่งมณฑลกว่างตง ทำงานทั้งการรักษา การสอนและการวิจัย เป็นระยะเวลา นาน 50 ปี ได้สะสมประสบการณ์ทางคลินิกและการสอนอันมากมาย สร้างวิธีการรักษาโรคทางสมอง ด้วยการฝังเข็มที่เป็นเอกลักษณ์ ได้สร้างวิธีฝังเข็มรักษาอัมพฤกษ์จากโรคหลอดเลือดสมองด้วยเข็ม 3 เล่ม ที่เรียกว่า “**ขมับ 3 เข็ม** (เนียซานจิน 颞三针 NieSanZhen)” วิธีฝังเข็มรักษาโรคประสาทตาฝ่อ ด้วยเข็ม 3 เล่ม เรียกว่า “**ตา 3 เข็ม** (เหยียนซานจิน 眼三针 YanSanZhen)” วิธีฝังเข็มรักษาเด็ก สมองเสื่อมด้วยเข็ม 3 เล่ม เรียกว่า “**ทิม 3 เข็ม** (ชือซานจิน 痴三针 ChiSanZhen)” จึงได้รับการ ชานานนามว่า “**จิ้น 3 เข็ม** (จิ้นซานจิน 靳三针 JinSanZhen) เป็นผู้ก่อตั้ง วิธีการรักษาด้วยการเข็ม สามเหลี่ยมแห่งสำนักหลิ่งหนาน (หมายถึงมณฑลกว่างตงและกว่างซี) มีชื่อเสียงขจรไปไกลทั้งในและ ต่างประเทศ

“**สามเข็ม (三针)**” คำนี้มีที่มาจากสองทาง คือ จากประสิทธิผลการรักษา โดยในบางกลุ่ม อาการโรค เมื่อให้การรักษา 3 ครั้ง แล้วจะควบคุมอาการได้ เช่น จมูกอักเสบจากการแพ้ ให้การรักษา ด้วยการฉีดยาเข้าจุดรักษาจมูก 3 จุด ที่เรียกว่า “**จมูก 3 เข็ม** (ปี้ซันจิน 鼻三针 BiSanZhen)” อีก ทางหนึ่ง คือ จากประสบการณ์ทางคลินิกของอาจารย์ **เริ่น** ที่ประมวลสรุปกลุ่มจุดที่สำคัญที่สุด และใช้ บ่อยที่สุดในการรักษาอาการโรคขึ้นเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 3 จุด

ทฤษฎีสามเข็มของอาจารย์ **จิ้นรู่ย** ไม่ได้เกิดขึ้นได้ในระยะเวลาอันสั้น หากแต่เป็นการสังขมประ สบการณ์จากการปฏิบัติ ทำให้มีความสูงงอมและสมบูรณ์ขึ้นตามลำดับ ในปัจจุบันประกอบด้วยกลุ่มจุด 39 กลุ่ม ซึ่งส่วนใหญ่แล้ว แต่ละกลุ่มจะประกอบด้วยจุด 3 จุด มีส่วนน้อยที่ประกอบด้วยจุด 2 จุด หรือ 4 จุด หรือ 10 กว่าจุด แต่ละจุดที่เลือกใช้ ล้วนแต่มีสรรพคุณการรักษาที่พิเศษและมีความโดดเด่น เฉพาะของตนซึ่งจัดแบ่งประเภทได้ดังนี้

1. กลุ่มจุดที่ใช้รักษาสติปัญญาและสมอง ได้แก่ ชือซานจิน (痴三针), ชือเสินจิน (四神 针), เหน่าซานจิน (脑三针), เนี่ยซานจิน (颞三针), ยวินท่งจิน (晕痛针), เสียนซานจิน โส่วจื่อ จิน ตึงเสินจิน (定神针)

## 2. กลุ่มจุดที่ใช้ในการช่วยกู้ชีพฉุกเฉิน ได้แก่ หัวชั้นเงิน และปี่ชั้นเงิน

### หลักในการประกอบจุด

#### 1. เลือกใช้จุดตามการวินิจฉัยเส้นลมปราณเป็นอันดับแรก

ความผิดปกติทางด้านสติปัญญาและจิตใจ มีตำแหน่งของการเกิดโรคอยู่ที่หัวใจ สมองและไต หัวใจทำหน้าที่เก็บรักษาจิต ในขณะที่สติปัญญาเป็นส่วนประกอบหนึ่งของจิต ดังนั้นในการรักษาจิต จึงหลีกเลี่ยงไม่พ่นการใช้จุดบนเส้นลมปราณหัวใจและเยื่อหุ้มหัวใจ ดังกลุ่มจุด “โล่วจื่อเงิน” จึงประกอบด้วย จุด NeiGuan (PC 6), ShenMen (HT 7) และ LaoGong (PC 8)

ในคัมภีร์ *น่วนจิง* กล่าวว่า “เส้นลมปราณตู เริ่มจากส่วนล่างของลำตัว ผ่านไปข้างในกระดูกสันหลังขึ้นข้างบนที่จุดเพิงฝูเข้าสมอง” และคัมภีร์ *หลิงซู บทจึงมาย่เพียง* กล่าวว่า “เส้นลมปราณไท่ไท่หยาง เริ่มต้นจากหัวใจ ขึ้นสู่หน้าผากเชื่อมต่อกับสมอง” ดังนั้นในการเลือกใช้จุดนอกจากเลือกจากเส้นหัวใจและเยื่อหุ้มหัวใจแล้ว ยังเลือกจุดบนเส้นตู่และเส้นไท่ไท่หยางกระเพาะปัสสาวะ ดังเช่น “ฉลาด 3 เข็ม หรือ จื่อซานเงิน (ZhiSanZhen)” ประกอบด้วยจุด ShenTing (GV24) และ BenShen (GB 13) 2 ข้าง “เส้น 4 เข็ม หรือ ซื่อเสินเงิน (SiShenZhen)” ประกอบด้วยจุด QianDing (GV21), HuoDing (GV19) และ LuoQue (BL 8) ทั้งสองข้าง “สมอง 3 เข็ม หรือ เหน่าซานเงิน (NaoSanZhen)” ประกอบด้วยจุด NaoHu (GV17) และ NaoKong (GB 19) ทั้งสองข้าง

จากความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ของไต จึงพิจารณาเลือกใช้จุด YongQuan (KI 1) ซึ่งเป็นจุดแรกของเส้นลมปราณไต ดังในกลุ่มจุด “เข็มเท้าฉลาด หรือ จูจื่อเงิน (ZuZhiZhen)” เป็นการฝังจุดที่อยู่ทางด้านล่างรักษาโรคที่อยู่ทางด้านบน

#### 2. เลือกใช้จุดตามความรู้ทางกายวิภาคในปัจจุบัน

ตามแนวเขตบนหนังศีรษะ ที่ทาบบนตำแหน่งของเปลือกสมอง ที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานต่าง ๆ และตามทฤษฎีที่ว่า “หากจิตหลุดออกจากจุด ก็จะหลุดออกจากเส้นลมปราณด้วยเช่นกัน” อาจารย์ *จิ้นรู่ย* ได้จัดกลุ่มจุด “ซื่อเสินเงิน (SiShenZhen)” ที่มีอาณาเขตเงาทาบกว้างกว่ากลุ่มจุด “ซื่อเสินชง” SiShenCong (EX-HN 1) ที่ใช้กันมาแต่ดั้งเดิม ได้ประสิทธิภาพในการรักษาโรคที่ดีกว่าและสามารถยกความสามารถในการจดจำของมนุษย์และสัตว์

กลุ่มจุด “ฉลาด 3 เข็ม หรือ จื่อซานเงิน” อยู่บริเวณหน้าผาก ประกอบด้วยจุด ShenTing

(GV24) และ BenShen (GB13) ทั้งสองข้าง ซึ่งกลุ่มจุดนี้อยู่ในแนวทาบกับสมองส่วนหน้าที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับสติปัญญาดังนั้นกลุ่มจุด จื่อซานจิน จึงมีสรรพคุณในการเสริมสติปัญญา

กลุ่มจุด “ขมับ 3 เข็ม เนี่ยซันจิน (NieSanZhen)” ประกอบด้วยการแทงเข็ม 3 เล่มบริเวณขมับทั้งสองข้าง ซึ่งเป็นเงาทาบของสมองส่วนขมับ รวมทั้งสมองส่วนที่หน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับรู้รู้สึก กลุ่มจุดนี้จึงมีสรรพคุณบำรุงสติปัญญา ปรับปรุงการเคลื่อนไหวของร่างกาย

กลุ่มจุด “สมอง 3 เข็ม หรือ เหน่าซานจิน” ประกอบด้วยจุด NaoHu (GV 17) และ NaoKong (GB 19) ทั้งสองข้าง ตั้งอยู่บริเวณสมองส่วนหลังซึ่งเป็นเงาทาบของสมองเล็ก ซึ่งทำหน้าที่ปรับปรุงเกี่ยวกับสมดุลในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

กลุ่มจุดทั้งสี่ข้างต้น อาจารย์ **จิ้นรุ่ย** จึงได้ประมวลขึ้นเป็น “กลุ่มจุดทั้งสี่ในการบำรุงสติปัญญา”

### 3. เลือกใช้จุดตามสรรพคุณที่มีความเหมือนหรือเสริมกัน

โรคเกี่ยวกับสติปัญญาและจิตใจเป็นกลุ่มอาการโรคที่มีความซับซ้อนและรักษาได้ยาก อาจารย์ **จิ้นรุ่ย** จึงได้นำจุดที่มีสรรพคุณเหมือนกันหรืออยู่ใกล้เคียง มาประกอบเข้าด้วยกันเพื่อยกประสิทธิภาพในการรักษา เช่น “ฉลาด 3 เข็ม หรือ จื่อซันจิน” จะประกอบด้วยจุด 3 จุด ที่มีคำว่าเส้น ได้แก่ เส้นิง ShenTing (GV 24) และเป็นเส้น BenShen (GB 13) ทั้งสองข้าง ทั้งสามจุดมีสรรพคุณในการรักษา “เส้น” หรือจิต ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของสติปัญญา อารมณ์ ความรู้สึก ความนึกคิด หรือกลุ่มจุด “สมอง 3 เข็ม หรือ เหน่าซันจิน” ก็ประกอบด้วยจุดที่มีชื่อนำหน้าว่าเหน่า และมีสรรพคุณในการรักษาโรคของสมองเหมือนกัน

### กลุ่มจุดที่ใช้ในการช่วยฉุกเฉิน

กลุ่มอาการปิด (บึ้ง) หรือกลุ่มอาการหลุด (หัวเง็ง) ในจิ้งเฟิง แม้จะมีการแบ่งเป็นภาวะซีหลุดออก เลือดหลุดออก ชีวายหรือเลือดวาย แต่ในทางกลไกของการเกิดโรคโดยพื้นฐานแล้ว ก็มีสภาวะเหมือนกัน นั่นคืออินกับหยางไม่ประสานกลมกลืนกัน หรืออินกับหยางแยกตัวออกจากกัน ซึ่งเป็นสัญญาณอันตรายของชีวิต ดังนั้น ไม่ว่าจะกลุ่มจุด “หัวซันจิน” หรือ “บึ้งซันจิน” ก็จะใช้ RenZhong หรือ ShuiGou (GV 26) เพื่อช่วยฟื้นคืนชีพเหมือนกัน

ShuiGou (GV 26) เป็นจุดของเส้นลมปราณตู เส้นตู่ยังติดกับเส้นหยางหมิงของมือและเท้าที่จุดนี้ ขณะเดียวกันยังเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างเส้นตู่กับเส้นเร็น นอกจากนี้ยังตั้งอยู่บริเวณระหว่างจุมูกับ



ปาก โดยที่ “ซี่ของจมูกเชื่อมต่อกับฟ้า ซี่ของปากเชื่อมต่อกับดิน” ShuiGou (GV 26) อยู่ที่ตำแหน่งระหว่างกลางนี้พอดีจึงมีบทบาทในการเชื่อมต่อระหว่างอินกับหยาง

ในขณะที่กลุ่มอาการปิดหรือหลุดในจิ้งเพิง ผู้ป่วยยังมีภาวะหมดสติหรือช็อค จึงเลือกใช้จุดที่มีบทบาทแก้ภาวะดังกล่าว ได้แก่

“**ท้าวชั้นเงิน**” ใช้ BaiHui (GV 20), ShenQue (CV 8) ร่วมกับจุด ShuiGou (GV 26)

“**ปี่ชั้นเงิน**” ใช้จุด YongQuan (KI 1) และจุด ShiXuan (EX-UE 11) ที่เป็นรอยต่อระหว่างเส้นอินกับเส้นหยางร่วมกับ ShuiGou (GV 26)

### วิธีในการบำรุงและระบายสามประการ

วิธีที่ อาจารย์ **จิ้นรุ่ย** ใช้ในการกระตุ้นเข็ม มีพื้นฐานมาจากวิธีการกระตุ้นเข็มจากคัมภีร์ *เน่ยจิง* ที่เรียกว่า “**จี้สวี่ชื้อโซ้วผ่า** (急徐补泻手法)” จัดขึ้นเป็นวิธีการกระตุ้นด้วยการบำรุงและระบายสามวิธี ได้แก่ “วิธีบำรุงและระบายแบบใหญ่ หรือ ต่ำปุ่ต่ำชื้อ (大补大泻)” “วิธีบำรุงและระบายแบบเล็ก หรือ เลี้ยวปุ่เลี้ยวชื้อ (小补小泻)” และ “วิธีบำรุงและระบายตามการหายใจ หรือ ถงจิงเต่าชื้อผ่า (通经导气法)”

**วิธีบำรุงและระบายแบบใหญ่** ได้แก่ วิธีการหลังจากต่อเข็มแล้ว ในขณะที่เข้าเข็ม เข้าเป็นสามจังหวะ แต่เมื่อถอน ทำการถอนรวดเดียวออก เป็นการกระตุ้นแบบบำรุง หากทำการเข้าเข็มรวดเดียว แต่เมื่อถอน แบ่งการถอนออกเป็นสามจังหวะ เป็นการกระตุ้นแบบระบาย

บรรทัดฐานว่าทำการกระตุ้นแบบบำรุงหรือระบายได้ผล

- ในผู้ที่มีภาวะพร่อง ที่ร่างกายอ่อนเพลีย จิตใจอ่อนล้า แขนขาเย็น ซีพจรแผ่วเบา เมื่อผ่านการกระตุ้นเข็มแล้วร่างกายควรอบอุ่นขึ้น จิตใจอึมเิบขึ้น ซีพจรมีกำลังขึ้น

- ในผู้ที่มีภาวะแกร่งเกิน ที่มีอาการ เช่น ปวดศีรษะ ตัวร้อน ซีพจรเต้นเร็ว เป็นต้น เมื่อผ่านการกระตุ้นเข็มแล้ว อาการปวดบรรเทา ตัวเย็นลง ซีพจรเต้นช้าลง แสดงว่าการกระตุ้นได้ผล

- อาจารย์ **เริ่น** ทำการกระตุ้นด้วยวิธีบำรุงหรือระบาย ให้ได้ผลตามหลักการที่คัมภีร์ *เน่ยจิง* ได้ชี้ไว้ว่า เมื่อทำการบำรุงที่ปลายเข็มจะต้องอุ่น ถ้าทำการระบายที่ปลายเข็มจะต้องเย็น กล่าวคือเมื่อทำการกระตุ้นด้วยวิธีบำรุงตามเส้นลมปราณเส้นนั้นต้องมีความรู้สึกอุ่น เมื่อทำการระบายตามเส้นลมปราณเส้นนั้นต้องรู้สึกเย็น และอาการไม่สบายต่าง ๆ บรรเทาลงจึงจะเป็นเครื่องชี้ว่าการรักษาได้ผล

**การบำรุงและระบายแบบเล็ก** ได้แก่ วิธีการเมื่อเข้าเข็ม เข้าช้า แต่เมื่อถอนออก ถอนเร็ว เป็นการบำรุง แต่หากเข้าเข็มเร็ว และถอนออกช้า เป็นวิธีระบาย วิธีกระตุ้นแบบนี้นิยมใช้ในสมัยแรก ๆ เหมาะกับอาการโรคที่มีอาการเบา หรือโรคยังอยู่ต้น เจ็บที่ยังเข้มแข็ง ร่างกายยังไม่เกิดภาวะวายเป็นต่าง ๆ วิธีการคือ การบำรุงเมื่อต่อเข็มแล้วค่อย ๆ ใช้แรงของข้อมือหรือของข้อนิ้วดันเข็มเข้าไปถึงฐานล่าง แล้วกดที่จุดฝังเข็มเป็นเวลา 30 วินาที แล้วถอนเข็มออกอย่างรวดเร็ว การระบายเมื่อต่อเข็มแล้ว แหงเข็มให้ไปถึงฐานล่างอย่างรวดเร็วแล้วค่อย ๆ ถอนเข็มออก การบำรุงและระบายข้างต้นจะกระทำเพียงครั้งเดียว

**วิธีบำรุงและระบายตามการหายใจ** หรือ “ถงจิงเต่าชีฝ่า” ซึ่งมาจากคัมภีร์ เน่ยจิง บท อุ่ล่วนเพี้ยน วิธีรูปธรรมคือเมื่อแทงเข็มเข้าแล้วให้รอชี (โห้ชี) อยู่ที่ตำแหน่งเว่ยจันต่อเข็มแล้ว จึงทำการเข้าเข็มสามจังหวะ และถอนเข็มสามจังหวะ ทำให้ชีของผู้ป่วยมีการไหลเวียนมายังตำแหน่งที่เกิดโรค วิธีนี้มีลักษณะเฉพาะนั้นคือเข้าเข็มช้าและถอนเข็มช้า ไม่ใช้การบำรุงและไม่ใช้การระบาย ทำการบำรุงรักษาจึงชี่ในอิ่งและเว่ยเหมือนกันจึงเรียกว่า “ถงจิง” เป็นการนำชี่ที่สับสน ให้กลับคืนสู่สภาวะปกติ จึงเรียกว่า “เต่าชี” บรรทัดฐานของการรักษาคือ ไม่เย็นไม่ร้อน ไม่บำรุงและไม่ระบาย

### การรักษาอัมพาตครึ่งซีก

เน่ยชั้นจัน (ขมับ 3 เข็ม) ใช้ตำแหน่งบริเวณเหนือยอดหูด้านตรงข้ามของซีกที่เป็นอัมพาต จากยอดหูขึ้นไป 2 ชุน เป็นเข็มที่หนึ่ง จากจุดนี้ไปตามแนวระนาบข้างละ 1 ชุน เป็นจุดสำหรับเข็มที่สองและสามตามลำดับ

#### จุดประกอบ

- อัมพาตแขน ใช้ JianYu (LI 15), QuChi (LI 11), WaiGuan (TE 5)
- อัมพาตขา ใช้ HuanTiao (GB 30), ZuSanLi (ST 36), TaiChong (LR 3)
- พวดไม่ซัด เพิ่มจุด FengFu (GV 16) ทะลุ YaMen (GV 15)
- มีไขมันในเลือดสูง เพิ่ม ZuSanLi (ST 36), NeiGuan (PC 6), SanYinJiao (SP 6)

ที่บริเวณขมับหรือเหนือยอดหู เป็นตำแหน่งที่เส้นลมปราณเท้าซ้ายทางถุงน้ำดีกระจายอยู่ ถุงน้ำดีกับตับเป็นอวัยวะที่คู่กัน ดังนั้นการกระตุ้นที่ตำแหน่งนี้ มีบทบาททำให้ชี่และเลือดไหลเวียนในเส้นลมปราณได้คล่อง สงบตับ สงบลมภายใน อาจารย์ เริ่น มีความเห็นว่า ในโรคจิ้งเพิง แม้จะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ไม่ว่าจะธาตุร่างกายที่ชี่และเลือดพร่อง อินกับหยางของหัวใจ ม้าม ไต ที่เสียสมดุล และการถูกกระตุ้นจากความแปรปรวนของอารมณ์ ไม่ว่าจะโมโหง่ายหรือคิดมาก จากการทาน

อาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ แต่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะที่ถุงน้ำดี “ขาดความสามารถในการตัดลีน” เป็นอย่างมาก เพราะการที่ถุงน้ำดีทำหน้าที่ตัดลีนได้นั้น จึงจะทำให้ยีนและหยางสงบอยู่ในสมดุล ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะภายในและเส้นลมปราณไม่เอียงไปข้างใดข้างหนึ่งมากเกินไป ซึ่งเลือดและน้ำในร่างกายกระจายได้อย่างทั่วถึงและอยู่ในขอบเขต หากถุงน้ำดีเสียความสามารถในการทำหน้าที่ ก็จะทำให้ชี่และเลือดไหลล้นสน ลมและไฟก่อวณขึ้นส่วนบน และนำพาเลือดที่คั่ง เสลดที่ขุ่นข้น ขึ้นไปกระทบเส้นลมปราณของสมองโดยตรง ทำให้เส้นลมปราณเกิดความผิดปกติเกิดอัมพาตครึ่งซีกขึ้น และเมื่อป่วยเป็นเวลานานเข้า ถุงน้ำดีก็จะสูญเสียชี่ที่มีชีวิตชีวาแห่งการเกิด (ชี่ของตับกับถุงน้ำดีสังกัดแห่งฤดูใบไม้ผลิ) ก็จะทำให้อวัยวะต้นท้งทำไม่สามารถเก็บรักษาจิต ชี่ เลือดและสติอื่น ๆ ทำให้อวัยวะกลวงท้งทกไม่สามารถย่อยและลำเอียงน้ำและสารอาหารไปหล่อเลี้ยงร่างกาย กล้ามเนื้อจึงชুবวมลงกระท้งลีบไป ในการรักษาจึงต้องทำการช่วยบำรุงจิ้งชี่ ช่วยชี่ของเส้นหยางให้มีชีวิตชีวา ร่วมกับการกระตุ้นเลือด สลายเลือดคั่ง ทำให้ตับสงบและกดหยางลงมา

ชื่อซานจิน (เข็มสามเล่มบำรุงสติปัญญา) ตำแหน่งใช้จุดตัดระหว่างเส้นกึ่งกลางศีรษะกับขอบผมหันหน้าเป็นจุดที่หนึ่ง จากจุดนี้ไปทางซ้ายและขวา 3 ชุ่น เป็นจุดที่สองและสามตามลำดับรวม 3 เข็ม วิธีแทงใช้เข็มเบอร์ 30 ความยาว 1.5 ชุ่น แทงให้ปลายเข็มมุ่งลงล่างไปตามหน้าผาก ประมาณ 1 ชุ่น เมื่อต่อชี่แล้วให้คาเข็มไว้ 30 นาที แต่ละ 5 - 10 นาที กระตุ้นด้วยการหมุนครั้งหนึ่ง กระตุ้นแบบบำรุงและระบายเท่ากัน (ผิงปูผิงเซี่ย) 4 เดือน เป็นสูตรรักษาชุดหนึ่ง โดย 20 ครั้งแรก ให้แทงเข็มทุกวันจากนั้นให้เว้นวัน

เหน่าซานจิน (เข็มสามเล่มบำรุงสมองเล็ก) ใช้จุด NaoHu (GV 17) และ NaoKong (GB 19) ท้งสองข้าง รวมเป็น 3 จุด วิธีการแทงใช้เข็มเบอร์ 30 ความยาว 1.5 - 2 ชุ่น แทงให้ปลายเข็มมุ่งลงล่างราว 1.5 ชุ่นเมื่อต่อชี่แล้วให้กระตุ้นด้วยการหมุนและยกเข็มขึ้นลงช้า ๆ และเบา หรือหนักไปทางบำรุงกลุ่มจุดนี้ใช้รักษาโรคพาร์คินสัน และการทำงานของร่างกายไม่ประสานกัน (Ataxia)

## อาจารย์ เช่อผู้เหริน (贺普仁 He PuRen)

อาจารย์ **เช่อผู้เหริน** เกิดเมื่อปี ค.ศ. 1926 (พ.ศ. 2469) เมื่ออายุ 14 ก็ได้ออกติดตามอาจารย์เพื่อศึกษาการแพทย์จีนกลายเป็นหมอฟันฝังเข็มที่มีชื่อของจีน ก่อนหน้าที่จะปลดเกษียณนั้นได้รับตำแหน่งศาสตราจารย์ และทำหน้าที่อาจารย์แพทย์ประจำโรงพยาบาลแพทย์จีนปักกิ่งมาตลอดในปี ค.ศ. 2009 (พ.ศ.2552) ได้รับการเชิดชูเกียรติให้เป็นแพทย์ 1 ใน 30 ท่าน ของประเทศจีน ให้เป็น “อาจารย์ใหญ่ทางด้านการศึกษา (国医大师)” อาจารย์ **เช่อผู้เหริน** ได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์แผนจีนมายาวนานถึง 70 กว่าปี ผลงานที่โดดเด่น คือ แนวทางทฤษฎีและการรักษาด้วยการฝังเข็มที่เป็นเอกลักษณ์ คือ “โรคมักเกิดจากซี้ตีด่าง การรักษาต้องใช้วิธี ‘สามโล่ง’ (ซานทง 三通)” นอกจากนั้นยังได้นำวิธีชานทงหลอมรวมเข้ากับวิชาซิ่งชี่นเป็น “วิธีฝึกฝนตนด้วยฝังเข็มและซิ่ง (针灸气功修炼法)” ชิ่ง ทำให้วิชาฝังเข็มและวิชาซิ่งได้ก้าวไปพร้อม ๆ กัน

อาจารย์ **เช่อผู้เหริน** ได้เสนอวิธีการรักษาที่เรียกว่า สามโล่ง คือ การทำให้เส้นลมปราณโล่งคล่องสามวิธี ได้แก่ โล่งแบบเบา (微通 เวยทง), โล่งแบบร้อน (温通 เวินทง) และ (强通 ฉียงทง) โล่งแบบเบา คือ การใช้เข็มปกติในการแทงเข็ม, โล่งแบบร้อน คือ การใช้เข็มไฟ (火针 หั่วอเจิน) ส่วนวิธีโล่งแบบแรง คือ การใช้เข็มแทงปล่อยเลือด โดย

**1) การรักษาจิ้งเฟิงระยะรุนแรงเฉียบพลัน** มีหลักว่าต้องเลือกจุดรักษาให้แม่นยำ เทคนิคต้องสูง

- การรักษาจิ้งจางผู้แบบปิด (บี๊เจ็ง) ใช้วิธีโล่งแบบแรงก่อน โดยปล่อยเลือดที่ ShuiGou (GV 26) และ 12 จุดจิ้งของมือ เพื่อปลุกสมองเปิดทวาร (สิงหนาคายเซีย)

- การรักษาจิ้งจางผู้แบบหลุด (ทัวเจ็ง) ให้ใช้วิธีโล่งแบบร้อน โดยรมยาที่ ShenQue (CV 8) และ GuanYuan (CV 4) เพื่อบำรุงหยางช่วยฟื้นคืนซี้พกลับมา

**2) ระยะเฉียบพลัน** การฝังเข็มจะต้องรับมือกับสถานะของโรคที่จะมีการผันแปรไปมากมาย ระยะนี้ให้เลือกใช้วิธี ‘สามโล่ง’ ได้ตามสถานะของโรค

- **จุดหลัก** ได้แก่ BaiHui (GV 20), SiShenCong (EX-HN 1), HeGu (LI 4), GuanYuan (CV 4), ZuSanLi (ST 36), และ TaiChong (LR 3)

- **วิธีการ** ใช้ โล่งแบบเบา เป็นหลัก แต่ทั้งสามวิธีสามารถนำมาใช้อย่างยืดหยุ่นได้

- เพิ่มจุดได้ตามอาการ

**3) ในระยะอาการตกค้าง** เนื่องจากสภาวะของโรคไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง ปัญหาอยู่ที่เส้นลมปราณติดขัดไหลเวียนไม่คล่อง จึงใช้วิธี **โล่งแบบร้อน** และ **โล่งแบบแรง** ในการรักษา กรณีที่กล้ามเนื้อตึงมากให้ใช้เข็มไฟ หากอาการทางเลือดคั่งชัดเจนให้ใช้การปล่อยเลือด โดยเลือกใช้จุดได้ตามเหตุของโรค เช่น

- หากสาเหตุมาจากภายใน ได้แก่ มีอายุมาก ไตพร่อง ทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ การรักษาก็ใช้วิธี **โล่งแบบเบา** เพื่อทำให้เส้นลมปราณไหลได้คล่อง เช่น อารมณ์รุนแรงเลือกใช้จุด **QiuXu (GB 40), LiGou (LR 5)** เป็นต้น

- สาเหตุจากภายนอก ที่สำคัญ คือ มีปัจจัยกระตุ้นจากลมฟ้าอากาศที่หนาวเย็น กรณีนี้อาการมักเกิดขึ้นในฤดูหนาว จึงเลือกใช้วิธี **โล่งแบบร้อน** เพื่อบำรุงหยางและขับพิษหนาว เช่น การรมยาที่จุด **GuanYuan (CV 4) และ QiHai (CV 6)**

- กรณีที่มีสาเหตุจากพยาธิวัตถุที่เกิดขึ้นในร่างกาย ได้แก่ ลม ไฟ เสลด เลือดคั่ง ให้ใช้วิธี **โล่งแบบแรง** เพื่อขับไล่พิษภัยให้ออกไปเส้นลมปราณจึงไหลเวียนได้คล่อง

### การเลือกใช้จุดตามกลไกของการเกิดโรค

ในจิ้งเพิง ผู้ป่วยมักมีภาวะพยาธิวัตถุคั่งค้างสะสมเกิดร่วมกับภาวะเจ็งชี่พร่อง ทำให้อาการโรคมี่พื้นฐานเป็นพร่อง แต่แสดงออกเป็นแกร่งเกิน ภาวะพร่องที่สำคัญ คือ อินของตับและไตพร่อง อีกกรณีหนึ่ง คือ ชี่และเลือดพร่อง

การแสดงออกทางแกร่งเกิน คืออาการที่เกิดจาก ลม ไฟ เสลด และเลือดคั่ง ร่วมกัน เกิดจากภัยภายนอกและภายในไม่ถูกขับออกไป จึงเกิดคั่งค้างสะสมขึ้นภายในร่างกาย เช่น หยางของตับเมื่อคั่งก็จะเกิดไฟ อารมณ์หงุดหงิดมากเกินไปหรือมีอยู่นานเกินไปก็ทำให้เกิดไฟ การรับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะหรือม้ามทำงานผิดปกติทำให้เกิดเสลด เมื่อชี่พร่องทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวกเกิดเลือดคั่งขึ้น เป็นต้น

### การเลือกจุด

- สงบลมตับหรือลมภายใน: BaiHui (GV 20), SiShenCong (EX-HN 1), TaiChong (LR 3)
- สลายเสลด ระบายอุจจาระ: ZhongWan (CV 12), TianShu (ST 25), FengLong (ST 40)
- หล่อเลี้ยงอิน กดหยางลง: YongQuan (KI 1), TaiXi (KI 3), SanYinJiao (SP 6)
- บำรุงชี่: TaiYuan (LU 9), QiHai (CV 6)
- กระตุ้นเลือดสลายเลือดคั่ง: XueHai (SP 10), NeiGuan (PC 6) และปล่อยเลือดที่จุดจิ้ง

กรณีที่ชีพไหลทวนเคลื่อนไหวลับสน เส้นลมปราณอุดตัน เหตุแห่งโรคและพยาธิวัตภูข้างต้น เมื่อสะสมถึงระดับหนึ่งก็จะทำลายสมดุลภายในร่างกาย ทำให้อินหรือหยางมากหรือน้อยเกิน การเคลื่อนไหวของชีพลับสน เสลดอุดกั้นช่องสมองทำให้เกิดอาการล้มลงหมดสติหรือหากลมเสลดไหลพาดขวางก็จะปิดกั้นเส้นลมปราณ ทำให้การไหลเวียนของชีพและเลือดติดขัด ไม่สามารถหล่อเลี้ยงแขนขา จึงเกิดอาการอัมพฤกษ์ครึ่งซีกขึ้น การรักษาจะวิธีทั้งสามโล่งร่วมกัน แต่ใช้**โล่งแบบเบา**เป็นหลัก เลือกจุดเฉพาะที่ร่วมกับจุดที่ใช้รักษาอาการ ดังนี้

- แขนเคลื่อนไหวไม่คล่อง ใช้ TingGong (SI 19), QuChi (LI 11), HeGu (LI 4), และ TiaoKou (ST 38)
- ขาเคลื่อนไหวไม่คล่อง ใช้ HuanTiao (GB 30), YangLingQuan (GB 34), TaiChong (LR 3)
- ความดันโลหิตสูง แขนปล่อยเลือดที่ SiShenCong (EX-HN 1), YongQuan (KI 1), GeShu (BL 17)
- มีโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้ NeiGuan (PC 6) แขนทะลุ XiMen (PC 4)
- มีโรคเบาหวาน ใช้ QuChi (LI 11), JianLi (CV 11), SanYinJiao (SP 6)

#### การเพิ่มจุดตามอาการ

- พุดไม่ชัด แขนปล่อยเลือดที่ JinJin (EX-HN 12), YuYe (EX-HN 13)
- สมองเสื่อม ใช้ ShenMen (HT 7), XinShu (BL 15)
- นอนไม่หลับ ใช้ ShenTing (GV 24), ZhaoHai (KI 6), TongLi (HT 5)
- กระสับกระส่าย ใช้ BenShen (GB 13), LiGou (LR 5)

**กล่าวโดยสรุป** การรักษาจึงพึงควรใช้วิธีทั้งสามโล่งร่วมกัน จึงจะสามารถดูแลรักษาโรคได้อย่างรอบด้าน โดยเน้นที่วิธีโล่งแบบเบา (เว่ยทง) ทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง แต่หากมีภาวะหนาวเย็นให้ใช้โล่งแบบร้อน (เวินทง) หากมีภาวะหดเกร็งให้ใช้โล่งแบบแรง (เจียงทง) เป็นหลัก ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง ชีและเลือดผสมผสานกลมกลืนกันและฟื้นฟูสุขภาพร่างกายให้ดีขึ้น

#### ตำรับจุดที่ใช้ในการรักษาจิ้งเฟิง

**จุดหลัก:** SiShenCong (EX-HN 1) โดยการปล่อยเลือด (เฉพาะระยะเฉียบพลัน) HeGu (LI 4), และ BaiHui (GV 20)



**จุดเสริม:**

- มีภาวะไม่ได้สติ (ตั้งแต่มีนงไปจนถึงหมดสติ) หากความดันเลือดปกติให้แทง RenZhong (GV 26) หากความดันเลือดสูงให้ปล่อยเลือดที่ 12 จุดจิ้งของมือ หรือจุด ShiXuan (EX-UE 11) โดยเลือกใช้สลับกัน

- กระลັบกระส่ายนอนไม่หลับ ลำดับการพุดไม่ถูก ใช้จุด BenShen (GB 13)
- พุดไม่ได้ ใช้ TongLi (HT 5), ZhaoHai (KI 6), YaMen (GV 15)
- เวียนศีรษะในระยะเฉียบพลัน ใช้การปล่อยเลือดที่ SiShenCong (EX-HN 1)
- ความดันเลือดสูง ใช้การรมยาที่ ShenTing (GV 24)
- ปวดศีรษะ ใช้ HeGu (LI 4), TaiChong (LR 3)
- ตื่นน้ำแล้วล้า ลึนลำบาก ใช้ TianTu (CV 22), NeiGuan (PC 6)
- อ้าปากไม่ออก ใช้ XiaGuan (ST 7), DiCang (ST 4), JiaChe (ST 6)
- ลึนแข็ง พุดไม่ชัด ลึนเฉ ใช้การปล่อยเลือดที่ JinJin (EX-HN 12), YuYe (EX-HN 13)
- ลึนม้วนหด ใช้ FengFu (GV 16), FengChi (GB 20), YaMen (GV 15)
- หากมีน้ำลายไหล ใช้จุด SiZhuKong (TE 23)
- แขนขา กรณีมีปัญหาการเคลื่อนไหวของแขน ใช้จุด TiaoKou (ST38), มีปัญหาการเคลื่อนไหวของขา ใช้จุด HuanTiao (GB 30)
- ทำพลิกเข้าข้างใน ใช้ XuanZhong or JueGu (GB 39), QiuXu (GB 40)
- แขนขาหดเกร็งให้ใช้เข็มไฟเฉพาะที่
- แขนขามีอาการลั่นควบคุมไม่ได้ ใช้ ShaoHai (HT 3), TiaoKou (ST 38), HeGu (LI 4), TaiChong (LR 3)
- แขนขามีอาการชา ใช้การปล่อยเลือดที่ 12 จุดจิ้ง
- ท้องผูก ใช้ ZhiGou (TE 6), FengLong (ST 40), TianShu (ST 25)
- บัสสาวะคั่งค้าง ใช้ GuanYuan (CV 4), QiHai (CV 6)
- ควบคุมอุจจาระบัสสาวะไม่ได้ ใช้การรมยาที่ ShenQue (CV 8)

**วิธีการแทงเข็ม**

- ในระยะเฉียบพลันให้ใช้วิธีโล่งแบบแรง (ยกเว้นผู้ที่มีภาวะซีพร่องเลือดคั่ง) โดยการปล่อยเลือด

ที่จุด BaiHui (GV 20), SiShenCong (EX-HN 1), JinJin (EX-HN 12), YuYe (EX-HN 13), ShiXuan (EX-UE 11), 12 จุดจิ้งของมือ ที่จุด QuZe (PC 3) และ WeiZhong (BL 40) ให้ใช้เข็มสามเหลี่ยมค่อม ๆ แขนง ส่วนจุดอื่น ๆ ให้แทงโดยใช้เข็มตามปกติ เลือกข้างที่เป็นอัมพาตเป็นหลักใช้วิธีบำรุงและระบายเท่ากัน คาเข็มไว้ 30 นาที วันละ 1 ครั้ง

- ระยะเวลาฟื้นฟูและระยะที่การตกค้าง ทุกจุดให้ใช้เข็มไฟเล็กแชนง จากนั้นใช้เข็มธรรมดาแชนงข้างที่เกิดโรคเป็นหลัก กระตุ้นโดยวิธีบำรุงและระบายเท่ากัน วันละ 1 ครั้ง

**บทบาทการรักษา** เปิดทวารสมอง ทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง ซึ่และเลือดประสานกันได้ดี โดย

- SiShenCong (EX-HN 1) มีตำแหน่งอยู่บนยอดกระหม่อม การปล่อยเลือดที่นี้จะทำให้ซึ่และเลือดที่ทวนขึ้นไหลกลับลงมา ทำให้หยางที่กำเริบสงบลง เส้นลมปราณที่ติดขัดจึงไหลได้คล่อง วิธีกรจะใช้เข็มสามเหลี่ยมแชนงแล้วปล่อยเลือดให้ไหลออกมาพอควร

- TaiChong (LR 3) เป็นจุดหยวนของเส้นลมปราณตับ มีสรรพคุณปรับปรุงอินของตับ ระวังการกำเริบของหยางตับ ไท่ชงยังมีสรรพคุณบำรุงซึ่ เสริมหยาง ผลักดันให้ซึ่และเลือดประสานกลมกลืนกันได้ดี จึงเป็นจุดสำคัญที่ใช้รักษาจิ้งเฟิง

- HeGu (LI 4) เป็นจุดหยวนของเส้นมือหยางหมิงลำไส้ใหญ่ หากใช้คู่กับ TaiChong (LR 3) เรียกว่า “ซึ่อกวาน” จุดหนึ่งอยู่ข้างบน อีกจุดอยู่ข้างล่าง จุดหนึ่งสังกัดอิน อีกจุดสังกัดหยาง จุดหนึ่งกำกับซึ่ อีกจุดกำกับเลือด การใช้จุดทั้งสองร่วมกันจะช่วยเสริมฤทธิ์ดับร้อนขับระบายไฟ ทำให้จิตใจสงบสงบหยางของตับและกดหยางลง ทำให้ลมสงบ เส้นลมปราณไหลคล่อง มีสรรพคุณแก้การคั่งคั่ง เปิดช่องทวารใช้รักษาจิ้งเฟิงแบบหดเกร็งหรือแบบปิด (บี้ง)

หลังจากผ่านระยะเฉียบพลันไปแล้ว ให้ใช้วิธีรักษาโดยวิธีโล่งแบบเบา (เว่ยทง) โดยใช้เข็มตามปกติและเลือกจุดรักษาตามสภาวะพร่องหรือแครง ร้อนหรือเย็นของผู้ป่วย และต้องใช้เวลาในการรักษาไม่ควรรีบร้อน โดย

- ภาวะพร่อง ใช้ TaiXi (KI 3), TaiChong (LR 3), QiHai (CV 6), ZuSanLi (ST 36) โดยใช้จุดในเส้นลมปราณอินเป็นหลัก

- ภาวะแครง ใช้ HuanTiao (GB 30), YangLingQuan (GB 34), QuChi (LI 11), HeGu (LI 4), XuanZhong (GB 39), SiShenCong (EX-HN 1) ซึ่งเป็นจุดในเส้นลมปราณหยางเป็นหลัก

เพื่อให้เส้นลมปราณไหลคล่อง

- การกระตุ้นเข็มแบบบำรุงหรือระบายให้ทำตามความเหมาะสม

อาจารย์ **เฮ่อผู้เหริน** มีความเห็นว่า การเกิดจิ้งเพิง ไม่ว่าจะแบบมีเลือดออกหรือแบบขาดเลือด แม้ว่าสาเหตุและกลไกของการเกิดโรคจะต่างกัน แต่เมื่อวิเคราะห์ให้ถึงที่สุดแล้ว การอุดตันของเส้นลมปราณเป็นพยาธิสภาพโดยพื้นฐานที่สุด เพราะเส้นลมปราณเป็นช่องทางที่ชีและเลือดไหลเวียนไปหล่อเลี้ยงทุกส่วนในร่างกายไม่ว่าอวัยวะหรืออวัยวะ กล้ามเนื้อ ขนขา ฯลฯ เป็นสิ่งที่ต้องใช้เพื่อการทำงานทางสรีระของร่างกาย ทั้งสองส่วนจะทำงานให้เก้กันโดย “ซึ่งเป็นผู้กำกับเลือด เลือดเป็นบ่อเกิดของซึ่ง” ดังนั้นไม่ว่าสาเหตุจะเกิดจากอะไร แต่ในท้ายที่สุดแล้วก็หลีกเลี่ยงไม่พ้นซึ่งและเลือดไหลเวียนในเส้นลมปราณได้ไม่คล่อง ซึ่งในเส้นลมปราณติดขัด ดังนั้นในการรักษาจิ้งเพิงระยะเฉียบพลัน การแทงเข็มตามวิธีโล่งแบบแรง (เฉิงทง) โดยการปล่อยเลือดจึงมีความสำคัญมาก เพราะเมื่อซึ่งเคลื่อน เลือดก็จะไหลเวียนตามเมื่อเลือดไหลเวียนได้ซึ่งก็จะไม่ติดขัด ซึ่งและเลือดเมื่อไหลคล่องก็จะสามารถดับไฟในหัวใจ เปิดช่องทวารสงบดับ กดหยาง หล่อเลี้ยงอิน ทำให้ลมสงบ เส้นลมปราณไหลคล่อง

ผู้ป่วยจิ้งเพิงในระยะอาการตกค้าง มักจะมีอาการแขนขาเกร็ง กล้ามเนื้อตึง เดินไม่คล่อง ข้อต่อเคลื่อนไหวติดขัด นิ้วมียืดออกไม่ได้ จึงเกิดทำเดินเฉพาะของโรคนี้ขึ้น ตามศาสตร์แต่เดิมมาเห็นว่าภาวะแขนขาหดเกร็ง เคลื่อนไหวไม่คล่อง ล้วนเป็นโรคของเส้นลมปราณเอ็น (จิงจิ้น) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพิษหนาวอุดตันเส้นลมปราณ ซึ่งและเลือดติดค้าง ทำให้เส้นเอ็นขาดซึ่งและเลือดมาเลี้ยง จึงเกิดอาการหดเกร็ง บวม เคลื่อนไหวไม่ได้ ด้วยเหตุนี้อาจารย์ **เฮ่อผู้เหริน** จึงเห็นว่าการรักษาผู้ป่วยจิ้งเพิงในระยะอาการตกค้างนั้น ควรใช้วิธีโล่งแบบร้อนและโล่งแบบเบา (เวินทงและเวยทง) เป็นสำคัญ โดยเข็มไฟเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการรักษาโรคของเส้นเอ็น

การใช้เข็มไฟ ก่อนอื่นต้องเลือกใช้เข็มหนาหรือบางตามตำแหน่งที่จะแทงเข็ม แล้วเผาเข็มให้แดงจนทั่ว แล้วแทงเข้าผิวหนังกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็วและถอนออกทันที จุดที่เลือกใช้จะเป็นจุดอาศัยซึ่งเป็นสำคัญร่วมกับจุดที่เกี่ยวข้องกัน เช่น ในกรณีที่ปวดข้อไหล่หรือข้อศอก หรือข้อติด ให้แทง จุดตามแนวของเส้นลมปราณหยางหมิง โดย

- ข้อนิ้วบวม กำและคลายไม่ได้ ใช้เข็มไฟแทงที่ข้อต่อระหว่างนิ้วกับฝ่ามือ ข้อนิ้ว ปาเสี่ยและตำแหน่งที่เส้นหยางหมิงผ่าน
- ไม่สามารถยกขาเดิน ข้อเข่าเคลื่อนไหวไม่คล่อง ใช้จุด DuBi (ST 35) และจุดเฉพาะที่

นอกจากเข็มไฟแล้วให้เลือก TaiXi (KI 3), TaiChong (LR 3), HuanTiao (GB 30), TingGong (SI 19), YangLingQuan (GB 34), HeGu (LI 4) เพิ่มตามความเหมาะสม จุดเหล่านี้ก็เป็นจุดที่ใช้เป็นประจำ มีสรรพคุณดังต่อไปนี้

○ TaiXi (KI 3), TaiChong (LR 3) มีสรรพคุณบำรุงตับและไต บำรุงแหล่งที่มาสำหรับการสร้างชีและเลือด

○ HuanTiao (GB 30) เป็นจุดขนาดใหญ่ที่เชื่อมต่ออินหยาง ชีและเลือดของส่วนบนกับส่วนล่างของร่างกาย ทำให้ชีและเลือดทั่วร่างกายไหลเวียนได้คล่อง ไข่หยางขับเคลื่อนอิน ไข้ความ เป็นศูนย์กลางขับเคลื่อนบนและล่าง จึงเป็นจุดที่สำคัญที่ทำให้ชีและเลือดในเส้นลมปราณไหลคล่อง ในการกระตุ้นให้มีความรู้สึกชาลงไปตามขา ก็เพียงพอ ไม่ควรกระตุ้นแรงเกินไป

○ TingGong (SI 19) เป็นจุดบนเส้นมือไท่หยางลำไส้เล็ก ซึ่งจะเชื่อมต่อไปยังเส้นไท่หยางเท้า ไท่หยางกำกับเส้นเอ็น เมื่อจึงชีของเส้นไท่หยางเดินได้สะดวก เส้นลมปราณทั่วร่างกายก็จะได้รับการเพิ่มเติมอย่างเต็มที่ ดังนั้นเมื่อนำมาใช้คู่กับจุด HuanTiao (GB 30) จึงได้สรรพคุณร่วมกัน ในการไหลเวียนชีและเลือดไปทั่วร่างกาย การใช้ประโยชน์จากจุด TingGong (SI 19) เป็นประสบการณ์ในทางคลินิกอันยาวนานของอาจารย์ **เช่อผู้เหริน** และเป็นจุดที่สำคัญจุดหนึ่งในการรักษาจิ้งเพิง ไม่ว่าจะจิ้งจิ้งงัวหรืออาการตกค้างต่าง ๆ หลังจากจิ้งเพิง

### การฝังเข็มรักษาอาการปวดของ อ.เช่อ

ความเจ็บปวด เป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งของร่างกาย ที่มีต่อการกระตุ้นจากปัจจัยภายในหรือภายนอก ร่างกาย ในทฤษฎีแพทย์จีนได้กล่าวไว้ว่า “เมื่อไม่คล่องก็ปวด (บู้ทงเจ้อท่ง)” หมายถึง ความเจ็บปวดเกิดขึ้นตามการติดขัดของการไหลเวียนของชีและเลือด ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางพยาธิสภาพร่วมกันของสาเหตุต่าง ๆ หลากหลายสาเหตุ

กลไกการเกิดความเจ็บปวด การติดขัดของชีและเลือดเป็นพื้นฐาน ในขณะที่ความรู้สึกมาจากบทบาทของจิต จิตถูกกำกับจากหัวใจ คัมภีร์ หลิงซู บท เป็นเสิน กล่าวไว้ว่า “หัวใจทำหน้าที่บังคับบัญชา กำกับการไหลเวียนของเลือด หากการไหลเวียนของเลือดติดขัดก็ย่อมส่งผลกระทบต่อหัวใจ ทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น” คัมภีร์ ซูเวิน บท จื่อเจินเย่าต้าลุ่น ก็ได้เน้นว่า “ความเจ็บปวด ทั้งหมดล้วนสังกัดหัวใจ” ดังนั้นในการรักษาอาการเจ็บปวดจึงใช้วิธีทำให้จิตใจสงบร่วมด้วย ผลในการระงับปวดจึงจะดีขึ้น

ลักษณะของอาการเจ็บปวดที่แสดงออก ประกอบด้วย

- ปวดเมื่อย (ชวนท่ง) มักเกิดบริเวณแขนขา ลำตัว เป็นการเจ็บปวดที่ไม่รุนแรงร่วมกับอาการเมื่อย รู้สึกไม่มีแรง มักพบกับภาวะพร่อง

- ปวดแบบหนัก ๆ (จิ่งท่ง) เป็นอาการเจ็บปวดร่วมกับความรู้สึกหนักอึ้ง มักพบกับศีรษะและแขนขา สาเหตุที่สำคัญมาจากกล้ามเนื้อทำงานไม่ดีทำให้เกิดขึ้นปิดกั้น

- ปวดตึง (จ่างท่ง) คือการปวดที่มีอาการตึงแน่นร่วมด้วย มักพบบริเวณหน้าอก ชายโครง ท้อง มีสาเหตุที่สำคัญมาจากการเคลื่อนไหวของซี่ตืดขัด ซี่ไหลเวียนไม่คล่อง

- ปวดบิด (เจี้ยวท่ง) มักเกิดจากพิษหนาวหรือมีพยาธิวัตถุที่ฝังกักเย็น เช่น เลือดคั่ง เสลดติดค้างภายในร่างกาย

- ปวดแบบเคล็ดขัดยอก (หนิวท่ง) เป็นอาการปวดที่สัมพันธ์กับเส้นเอ็น

- ปวดแฉ่งท้อ (พิท่ง) เป็นอาการปวดร่วมกับความรู้สึกเหมือนมีก้อนที่ใต้ลิ้นปี่

- ปวดค้ำ (จื่อท่ง) เป็นอาการปวดตึงเหมือนกับมีของมาค้ำไว้ มักเกิดบริเวณชายโครงจากโรคของตับและถุงน้ำดีหรือโรคของกระเพาะอาหาร

- ปวดแบบปรือออก (เซี้ยวท่ง) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากการลากดึงในทิศตรงข้าม

- ปวดแบบตวบ ๆ (เที้ยวท่ง) มักพบกับแผลฝีที่กัลดหนองและหยางของตับกำเริบ

- ปวดแบบถูกแทง (ชือท่ง) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากเลือดคั่งในเฉพาะส่วนตำแหน่งที่ปวด

จะอยู่กับที่ มักมีอาการของภาวะขาดเลือดหรือภาวะเลือดคั่งร่วมด้วย

- ปวดแบบลากดึง (เซ่อท่ง) มักพบกับโรคของเส้นเอ็น

ลักษณะของการปวดตามเวลาที่เกิดขึ้น ได้แก่

- ปวดฉับพลัน (ซูท่ง)

- ค่อย ๆ ปวด (ห่วนท่ง)

- ปวดเป็นเวลา (สือท่ง)

- ปวดเป็นพัก (จ่าท่ง)

- ปวดต่อเนื่อง (จื่อชีวท่ง)

ลักษณะการปวดตามขอบเขต ได้แก่

- ปวดกระดูก (โชนท่ง)
- ปวดข้างเดียว (เพียนท่ง)
- ปวดทั้งหมด (เจียนท่ง)
- ปวดไปทั่ว (จิ้นท่ง)
- ปวดแหว่งไปมา (ช้วนท่ง)

**หลักการรักษาอาการปวดด้วยการฝังเข็ม** ประกอบด้วยการรักษาใน 3 แนวทาง คือ

### 1. การรักษาที่เหตุของโรค

**พิษลม** เมื่อแทรกเข้าที่บริเวณผิว จะทำให้ชั้นอึ้งเว่ยผิดปกติ ซึ่และเลือดไหลไม่คล่อง การรักษาใช้จุด FengChi (GB 20), QuChi (LI 11), HeGu (LI 4)

**พิษหนาว** เมื่อแทรกเข้าในร่างกายนจะทำลายหยางซึ่ ทำให้เส้นลมปราณหดตัว ซึ่และเลือดจับแข็ง การรักษา ใช้การรมยา เพื่อบำรุงหยาง ขับหนาว คลายเส้นเอ็น กระตุ้นการไหลเวียนของซึ่และเลือด

**พิษร้อน** ทำให้ซึ่และเลือดเดินสับสน ปิดกั้นเส้นลมปราณ การรักษา ใช้วิธีปล่อยเลือด เพื่อระบาย ร้อนออกและปรับปรุงการไหลเวียนของเลือด

**พิษชื้น** เมื่อคั่งค้างในร่างกายน จะปิดกั้นการไหลเวียนของซึ่ ทำให้เส้นลมปราณติดขัด การรักษาจะใช้จุด ZhongWan (CV 12), TianShu (ST 25) เพื่อชำระล้างพิษชื้นทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง

**พิษแห้ง** ทำให้เส้นเลือดแห้ง ซึ่และเลือดจึงไหลไม่คล่อง ใช้จุด RanGu (KI 2), LieQue (LU 7) เพื่อบำรุงอินให้ความชุ่มชื้น ทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง

การฝังเข็มรมยา ช่วยบำรุงซึ่ของหัวใจ อบอุ่นหยางของหัวใจ เพิ่มเลือดในเส้นเลือดหัวใจ จึงสามารถรักษาอาการปวดหน้าอก เนื่องจากซึ่ของหัวใจไม่เพียงพอ หรือหยางของหัวใจถูกปิดกั้น

การฝังเข็มรมยา ช่วยบำรุงหยางของไต บำรุงจิงและไข กระตุ้นการไหลเวียนของซึ่และเลือด ใช้รักษาปวดเอวปวดเข่าแบบเย็น ที่มีสาเหตุจากหยางของไตอ่อนแอ

การฝังเข็มรมยา สามารถบำรุงม้ามแก้อิ่ม โดยทำให้ทางไหลเวียนของน้ำไม่ติดขัดซึ่และเลือดจึงไม่ติดค้าง ใช้รักษาอาการโรคปวดท้องกระเพาะอาหาร เนื่องจากม้ามชื้นหรือความชื้นคั่งค้างภายในร่างกาย

การฝังเข็มรมยา สามารถบำรุงปอด บำรุงอิน เสริมซึ่ของปอดในการกระจายน้ำและการทำงานของซึ่ในทรวงอก ใช้รักษาอาการปวดหน้าอก

การฝังเข็มรมยา สามารถแก้อาหารคั่งค้างไม่ย่อย ปรับปรุงการทำงานของกระเพาะอาหาร ลำไส้



ใช้รักษาอาการปวดท้องจากอาหาร

การฝังเข็มรมยา สามารถบำรุงซี่ บำรุงม้าม กระตุ้นการสร้างซีและเลือด ใช้รักษาภาวะม้ามและกระเพาะอาหารอ่อนแอ ภาวะหุพโกชนากการ ที่ทำให้ซีและเลือดไหลไม่คล่อง เกิดอาการปวดจากภาวะพร่อง

## 2. การรักษาที่กลไกการเกิดโรค

“การใช้เข็มก็เพื่อปรับปรุงการไหลเวียนของซี” กล่าวคือ การฝังเข็มมีบทบาทขับเคลื่อนซีกระตุ้นเลือด ทำให้ไหลเวียนได้คล่อง จึงสามารถรักษาอาการปวด ในเวลาที่แรงผลักดันไม่เพียงพอการฝังเข็มจะช่วยกระตุ้นให้ซีและเลือดไหลเวียนเร็วยิ่งขึ้น ในขณะที่เส้นลมปราณไหลเวียนไม่คล่อง การเคลื่อนไหวของซีและเลือดติดขัด การฝังเข็มจะช่วยปรับปรุงเส้นลมปราณให้โล่ง ทำให้ซีและเลือดไหลได้สะดวก ในขณะที่เกิดภาวะซีค้างเลือดคั่ง การฝังเข็มจะช่วยกระตุ้นเลือดสลายเลือดคั่ง ฟันฟูการไหลเวียนให้เป็นปกติ กล่าวโดยสรุป การฝังเข็มมีบทบาททำให้ซีและเลือดไหลเวียนคล่อง ปรับปรุงเงื่อนไขทางพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด จึงสามารถระงับปวดได้

## 3. การรักษาต่อการปวด

การฝังเข็มมีบทบาทตัดความรู้สึกเจ็บปวด โดยตัดวงจรหรือย้ายความรู้สึกของหัวใจที่มีต่อความเจ็บปวดออกไป การระงับความรู้สึกเจ็บปวดโดยการแทงเข็ม ไม่เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการ หากแต่ยังส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ ช่วยปรับการไหลเวียนของซีและเลือด ชักนำกระบวนการทางพยาธิสภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ การฝังเข็มจึงเป็นการอาศัย “การเคลื่อนย้ายจิต” ทำให้ “จิตกลับคืนสู่ตำแหน่งเดิม” ทำให้ได้ผลในการระงับปวด การรักษาอาการปวด จึงใช้จุดที่ทำให้จิตใจสงบร่วมด้วย

## วิธีการรักษาอาการปวด

**1. รักษาตามสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค** ซึ่งก็คือการรักษาที่พื้นฐานของโรค ได้แก่ หากมีกลุ่มอาการทางหนาวจะใช้วิธีโล่งแบบร้อน (เวินทง) ใช้เข็มไฟหรือรมยา หากเกิดจากภาวะเลือดคั่ง ให้ใช้วิธีโล่งแบบแรง (เฉียงทง) หรือปล่อยเลือด หากเกิดซีติดค้างให้ใช้วิธีขับเคลื่อนซี ซึ่งเป็นการรักษาตามหลักที่ว่าเมื่อขับไล่พิษภัย ทำให้เส้นลมปราณไหลคล่องได้ อาการปวดก็จะหายไป

**2. การรักษาตามกลไกของโรค** กลไกการเกิดโรคของอาการปวด ก็คือ “ไม่โล่ง” อาจารย์ **เฮอผู้เหริน** จึงได้เสนอการทำให้เส้นลมปราณไหลคล่องสามวิธี เพื่อทำให้เส้นลมปราณโล่งไม่ติดขัด ซีและเลือดจึงจะไหลเวียนได้ดี บรรลุผลในการแก้การปวด

**3. การรักษาตามอาการ** นั่นคือในเวลาสั้น ๆ ไม่อาจขจัดสาเหตุของโรคและพยาธิสภาพของโรคไปได้ แต่ก็สามารถใช้วิธีการแก้อาการปวดที่รีบด่วนก่อนได้ โดยการตัดวงจรของปฏิกิริยาที่มีต่อความเจ็บปวดโดยวิธี “ใช้การเจ็บปวด เคลื่อนย้ายอาการเจ็บปวด”

### วิธีการเลือกใช้จุด

- เลือกจุดตามเส้นลมปราณ โดยทำการวินิจฉัยจำแนกว่าโรคสังกัดเส้นลมปราณใด หรือสังกัดเส้นลมปราณหลายเส้น
- เพิ่มจุดตามอาการ โดยด้านหนึ่งเลือกตามสาเหตุและกลไกของโรค ใช้การวินิจฉัยกลุ่มอาการและการวินิจฉัยเส้นลมปราณร่วมกัน อีกด้านหนึ่งเลือกใช้จุดหรือจุดพิเศษต่าง ๆ ตามอาการที่เกิดขึ้นในกระบวนการของโรค

### การเลือกใช้จุดตามสรรพคุณการรักษา

- บำรุงชี่ TaiYuan (LU 9), QiHai (CV 6), BaiHui (GV 20), TanZhong (CV 17)
  - บำรุงเลือด XueHai (SP 10), GeShu (BL 17), ZhongWan (CV 12), JueGu (GB 39)
  - หล่อเลี้ยงอิน SanYinJiao (SP 6), YinXi (HT 6), TaiXi (KI 3), ZhaoHai (KI 6)
  - เสริมหยางให้เข้มแข็ง MingMen (GV 4), GuanYuan (CV 4), TaiXi (KI 3), ShenShu (BL 23)
  - ระบายชี่ของตับ QiuXu (GB 40), TaiChong (LR 3), NeiGuan (PC 6), QiMen (LR 14), LiGou (LR 5)
  - เสริมม้าม TaiBai (SP 3), JianLi (CV 11), ZhangMen (LR 13), PiShu (BL 20)
  - แก้กุ่มอาการภายนอก (เจ็ยเปี้ยว) HeGu (LI 4), WaiGuan (TE 5), DaZhui (GV 14)
- จุดจิง-แม่ในในกลุ่มห้าซุ
- ชับไล่พิษลม จุดที่มีคำว่า “เฟิง”
  - อบอุ่นภายใน จุดอิงในกลุ่มห้าซุ จุดที่มีสรรพคุณเสริมหยางให้เข้มแข็ง
  - ชับน้ำ TaiXi (KI 3), SiDu (TE 9), SanYinJiao (SP 6), YinLingQuan (SP 9), ShuiFen (CV 9), ShuiGou (GV 26), ShuiDao (ST 28)
  - ชับเสลด จุดลั่ว
  - ทำให้จิตใจสงบ จุดที่มีคำว่า “เสิน”
  - ยกหยาง แก้อัทรุด BaiHui (GV 20) จุดที่มีคำว่า “ซง” และจุดที่มีสรรพคุณบำรุงชี่

- กระตุ้นเลือดสลายเลือดคั่ง จุดซี ปล่อยเลือดที่จุดเฉพาะที่ และจุดที่บำรุงเลือด
- ปลุกสมอง เปิดทวาร RenZhong (GV 26), จุดจิ้ง-ตาน้ำ, SiShenCong (EX-HN 1), HuiYin (CV 1), BaiHui (GV 20) และ NeiGuan (PC6)
- แก้ไข้ DaZhui (GV 14), GaoHuang (BL 43), YinXi (HT 6), LaoGong (PC 8) ChiZe (LU 5), ปล่อยเลือดที่ยอดใบหู, QuChi (LI 11), QingLengYuan (TE 11)
- แก้เหงื่อ HeGu (LI 4), FuLiu (KI 7), YinXi (HT 6), ChiZe (LU 5), QiHai (CV 6), LaoGong (PC 8)
- เสริมภูมิขับพิษภัย ใช้จุดหยวนคู่กับจุดลั่ว

#### การเลือกจุดตามตำแหน่ง

- เครื่องตัวซีกหนึ่ง TingGong (SI 19)
- เครื่องซีกบน (แขน) HeGu (LI 4)
- เครื่องซีกล่าง (ขา) TaiChong (LR 3), HuanTiao (GB 30)
- คีรีชะ ก้านคอ TaiChong (LR 3), YongQuan (KI 1), HeGu (LI 4)
- ดำนข้างคีรีชะ ZuLinQi (GB 41), WaiGuan (TE 5), ZhongZhu (TE 3)
- ท้ายทอย ZhiYin (BL 67), HouXi (SI 3), ChangQiang (GV 1)
- หน้าผาก JieXi (ST 41), FengLong (ST 40), HeGu (LI 4)
- ใบหน้า HeGu (LI 4), ChongYang (ST 42), QiChong (ST 30), TiaoKou (ST 38)
- กระดุกสันคิ้ว GanShu (BL 18)
- ตา GanShu (BL 18), BiNao (LI 14), YangLao (SI 6), GuangMing (GB 37), FengChi (GB 20), XingJian (LR 2)
- จมูก TongTian (BL 7), LieQue (LU 7), ShangXing (GV 23), KongZui (LU 6), FeiShu (BL 13), TanZhong (CV 17)
- ริมฝีปาก PiShu (BL 20), TaiBai (SP 3), FengLong (ST 40)
- ลิ้น TongLi (HT 5), ZhaoHai (KI 6), FengFu (GV 16), YaMen (GV 15), HuaRouMen (ST 24).
- หู TaiXi (KI 3), WaiGuan (TE 5), XuanZhong (GB 39)

- คอก้านคอ LieQue (LU 7), ZhiZheng (SI 7), KunLun (BL 60)
- ลำคอคอหอย TongLi (HT 5), ZhaoHai (KI 6)
- ป่า TiaoKou (ST 38)
- ศอก ChongYang (ST 42)
- มือ DaZhui (GV 14), ZhongWan (CV 12)
- กระดูกสันหลัง HouXi (SI 3), RenZhong (GV 26), DaZhong (KI 4)
- อก NeiGuan (PC 6), ZuLinQi (GB 41), LiangQiu (ST 34), TaiYuan (LU 9), KongZui (LU 6), DaLing (PC 7)
- นม ZuLinQi (GB 41), LiangQiu (ST 34), NeiGuan (PC 6), JianJing (GB 21), ShaoZe (SI 1).
- ปากกระเพาะอาหาร NeiTing (ST 44)
- ชายโครง QiuXu (GB 40) ทะลุ ZhaoHai (KI 6)
- ใต้ชายโครง NeiGuan (PC 6)
- ใต้ลิ้นปี่ (กระเพาะอาหาร) ZuSanLi (ST 36), LiangQiu (ST 34), FengLong (ST 40)
- ท้อง ZhiGou (TE 6), ShouSanLi (LI 10), SanYinJiao (SP 6), ZuLinQi (GB 41)
- ท้องน้อย LiGou (LR 5)
- อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก DaDun (LR 1), ShuiQuan (KI 5)
- ทวารหนัก ChengShan (BL 57), ErBai (EX-UE 2)
- ขา FengFu (GV 16), จุด JiaJi (EX-B 2) ส่วนเอว
- ฝ่าเท้า GuanYuan (CV 4), QiHai (CV 6), MingMen (GV 4), ShenShu (BL 23)
- นิ้วเท้า BaiHui (GV 20), ZhongWan (CV 12), ZhangMen (LR 13)
- รักแร้ NeiGuan (PC 6), LiGou (LR 5)

### การเลือกใช้จุดตามสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค

- ถูกพิษภัยจากภายนอก (ง่ายก้าน) HeGu (LI 4), WaiGuan (TE 5), DaZhui (GV 14)
- โรคจากภายใน (เน่ยซาง) จากอาหาร ZuSanLi (ST 36), TianShu (ST 25)
- บาดเจ็บภายนอก ปล่อยเลือดที่เฉพาะที่ หรือใช้จุดชี้ตามเส้นลมปราณ

**กล่าวโดยสรุป** การเลือกใช้จุดในการรักษาโรคควรพิจารณาจากหลาย ๆ องค์ประกอบ แต่ทั้งนี้ ต้องมีความรู้พื้นฐานที่ดีจึงจะสามารถเลือกใช้จุดได้อย่างคล่องแคล่ว ประกอบเข้ากับมีความรู้เกี่ยวกับ เวลาในการออกฤทธิ์ของเส้นลมปราณ (จื่ออู่หลิวจู้ฝ่า) ธาตุร่างกายของผู้ป่วย การวินิจฉัยจำแนกกลุ่มอาการ ประสบการณ์และความรู้ทางด้านแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นต้น

**ข้อควรคำนึง 5 ประการ ในการเลือกใช้จุดฝังเข็ม** ได้แก่

1. การแปรเปลี่ยนของตำแหน่งจุด
2. สรรพคุณการรักษา
3. การประกอบจุดเป็นตำรับที่ใช้รักษา
4. ความลึกหรือต้นของการแทงเข็ม
5. วิธีการกระตุ้นเข็มที่ต่างกัน

**แนวทางการเลือกวิธีรักษา**

1) หลักทั่วไป โรคจากพิษภัยภายนอกใช้วิธีครอบแก้ว มีเลือดคั่งใช้การปล่อยเลือด หากมีภาวะหนาวเย็นภายในใช้การรมยา โรคคือการรักษาใช้เข็มไฟ

2) เลือกใช้วิธี “สามโล่ง (ซานทง)” ตามสภาวะของโรคและผู้ป่วย โดยทั่วไป ได้แก่

- **โล่งแบบเบา (เว่ยทง)** รักษาโรคที่เกิดจากภายใน (เน่ยซาง) เช่น การทำงานของอวัยวะภายใน ผิดปกติ ซีดตืดค้าง เป็นต้น กรณีเหล่านี้จะใช้เข็มปกติในการแทงเข็มเป็นหลัก ในผู้ที่มีภาวะพร่องให้ทำการบำรุง ในผู้ที่มีภาวะแกร่งเกินให้ระบาย

- **โล่งแบบร้อน (เวินทง)** ใช้รักษาโรคที่เรื้อรังหรือต้องอดการรักษา เช่น กระจุดงอก อาการตกค้าง หลังจากจิ้งเพิง อัมพาตใบหน้าในระยะท้าย ฯลฯ โรคเหล่านี้ใช้เข็มไฟรักษาได้ผลดี ในผู้ที่มีภาวะพร่องตัวเย็นมาก ยังใช้การรมยา หรือการใช้ความร้อนจากแสงอินฟราเรด ซึ่งจัดอยู่ในวิธีเวินทงด้วย

- **โล่งแบบแรง (เจียงทง)** โรคจากภัยภายนอก เช่น หวัด หรือร่างกายอ่อนแอ ทำให้พิษภัยภายนอกแทรกเข้าง่าย จะใช้วิธีเจียงทง-ครอบกระปุก เพื่อขับไล่พิษภัยออกไป ในรายที่ภาวะเลือดคั่งชัดเจน เช่น เส้นเลือดดำขอด จะใช้วิธีเจียงทง-ปล่อยเลือด

## อาจารย์ หวางเล่อถึง (王乐亭 Wang LeTing)

อาจารย์ **หวางเล่อถึง** เป็นชาวเหอเป่ย์ เกิดเมื่อปี ค.ศ.1895 (พ.ศ. 2438) เสียชีวิตเมื่อปี ค.ศ. 1984 (พ.ศ. 2527) ในวัยหนุ่มได้สอบเข้ามหาวิทยาลัยแห่งประเทศจีน แต่ศึกษาได้เพียงสองปีก็ลาออกมาติดตามอาจารย์ **เฉินซูชิง** (陈肃卿) ซึ่งเป็นอาจารย์ฝังเข็มที่มีชื่ออยู่ในปักกิ่งขณะนั้น หลังจากนั้น อาจารย์ **หวางเล่อถึง** ได้ใช้วิธีการฝังเข็มรักษาโรคให้ผู้ป่วยจนได้รับการขนานนามว่า “เข็มทองหวางเล่อถึง (金针王乐亭 JinZhenWangLeTing)” ต่อมาในปี ค.ศ. 1953 (พ.ศ. 2497) ได้รับเชิญให้ทำงานในสมาคมแพทย์จีนแห่งปักกิ่ง และได้รับตำแหน่งอาจารย์ฝังเข็มของมหาวิทยาลัยแพทย์จีนปักกิ่ง จนได้รับแต่งตั้งเป็นศาสตราจารย์ แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์ทางคลินิกของท่านได้สรุปไว้อย่างดีในหนังสือชื่อ “เข็มทองหวางเล่อถึง (金针王乐亭)”

แนวคิดที่โดดเด่นของท่าน คือ ความคิดนอกกรอบจากทฤษฎีเดิมที่ว่า “การรักษาแขนขาอ่อนแรงให้ใช้จุดบนเส้นหยางหมิง” เพราะจากประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยของท่านพบว่า ไม่ค่อยได้ผลดีนัก ดังนั้น จึงได้แสวงหาวิธีการรักษาตามแนวทางใหม่ ๆ โดยได้พิจารณาจากเส้นลมปราณตู่ ที่เป็นทะเลแห่งเส้นลมปราณหยาง ทำหน้าที่กำกับหยางของทั่วร่างกาย ในขณะที่การเคลื่อนไหวต่าง ๆ ของร่างกาย ต้องอาศัยการผลักดันของซี้ที่เป็นหยาง หากหยางซึ่งไม่สามารถเคลื่อนขึ้นบนหรือลงล่าง ก็จะทำให้เลือดที่เป็นอินเกิดการติดขัด ทำให้เส้นเอ็นขาดการหล่อเลี้ยง จึงเกิดอาการอ่อนเปลี้ยไม่มีแรง เส้นลมปราณตู่ยังเชื่อมต่อกับเส้นลมปราณเหริน เส้นหนึ่งสังกัดหยาง อีกเส้นหนึ่งสังกัดอิน ทั้งสองเส้นทำงานประสานกัน การรักษาที่เส้นลมปราณตู่จึงทำให้หยางซึ่งเคลื่อนไหวคล่องไปยังส่วนต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึง ทำให้ซี้และเลือดในเส้นหยางและอินผสมผสานกลมกลืนกัน **จึงได้สร้างวิธีการรักษาที่เรียกว่า “เส้นตู่ 13 เข็ม (督脉十三针 ตู๋มายส์ือซานเจิน DuMaiShiSanZhen)”** คือ การฝังเข็มตามแนวเส้นลมปราณตู่ 13 จุด

ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (จิ้งเฟิง) นั้น อาจารย์ **หวางเล่อถึง** ได้ให้ความสำคัญกับการทำให้ซี้ในเส้นลมปราณไหลคล่อง โดยเห็นว่าเมื่อซี้ในเส้นลมปราณเคลื่อนได้ดี เลือดก็จะไหลเวียนได้คล่องไม่ติดขัด เมื่อเลือดไหลเวียนได้คล่อง เส้นเอ็นและกล้ามเนื้อก็จะได้รับการหล่อเลี้ยง ข้อต่อต่าง ๆ ก็จะสามารถเคลื่อนไหวได้ดีไม่ติดขัด จึงได้เสนอวิธีการแทงเข็มเพื่อรักษาโรคจิ้งเฟิง 13 วิธี ซึ่งใน 13 วิธีนี้ มีวิธีที่มีบทบาททำให้เส้นลมปราณไหลคล่องที่ซับซ้อน ได้แก่ **“วิธีแทงเข็มที่มือและเท้า 12 จุด”** และ **“การแทงทะลุจุดทั้ง 12”** การแทงเข็มที่มือและเท้า 12 จุด ได้คัดเลือกมาจากจุดซู่ทั้งห้า โดยใช้จุดบนเส้นหยาง



เป็นหลัก ใช้จุดบนเส้นหยางกับเส้นอินประสานกัน เป็นตำรับจุดที่สามารถใช้ได้อย่างกว้างขวาง สามารถใช้กับผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอได้ ในขณะที่วิธีการแทงทะลุจุดนั้น จะมีการกระตุ้นและรู้สึกต่อเข็มแรง ใช้ได้กับผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน โรคติดต่อการรักษา หรือข้อต่อบิดเกร็ง **แต่มีข้อเสีย คือ ทำลายเจิ้งชี่** ดังนั้น จึงต้องมีความแม่นยำในวิธีการกระตุ้นด้วยการบำรุงหรือขับเป็นอย่างดี ในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องหรือร่างกายอ่อนแอ เมื่อเข้าเข็มต้องให้ต่อชี่ก่อน จากนั้นจึงแทงทะลุไปยังจุดที่อยู่ตรงข้าม ในผู้ที่มีภาวะแกร่งเกิน หรือมีร่างกายแข็งแรงสามารถแทงทะลุจุดได้รวดเดียว รอให้ต่อชี่ก่อนแล้วทำการกระตุ้นด้วยวิธีบำรุงหรือระบาย

ในการเลือกใช้จุดนั้น อาจารย์ **หวางเล่อถึง** จะมีความเข้มงวดมาก ท่านคัดค้านการฝังเข็มโดยใช้มือข้างเดียว โดยท่านจะใช้มือทั้งสองข้างช่วยในการเข้าเข็มทุกครั้ง อีกทั้งในการกำหนดจุดฝังเข็ม ท่านยังเห็นว่าควรใช้เล็บหยิกทำกากบาทตรงกลาง คือ ตำแหน่งจุดที่จะเข้าเข็ม เช่นนี้จะเข้าเข็มได้อย่างแม่นยำ การใช้มือสองข้างประสานกันในการเข้าเข็มยังสามารถควบคุมให้มีการใช้แรงอย่างพอเหมาะ เข้าเข็มได้อย่างมั่นคงไม่เอียงไปมา อีกทั้งยังลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ด้วย

**วิธีการรักษาจิ้งเพิง 13 วิธี ของอาจารย์หวางเล่อถึง** ได้แก่

### 1. วิธีแทงแก้ปากเบี้ยว (牵正刺法)

**ข้อบ่งใช้:** ลมแทรกเข้าเส้นลมปราณ

**อาการ:** ค่อนข้างเบา มักเกิดในเวลาไม่กี่วัน มีการชาที่ใบหน้าซีกหนึ่ง ปากเบี้ยว อมน้ำไม่ได้ น้ำตาไหล เคี้ยวอาหารไม่ได้ตามปกติ

**ตำรับจุด:** ShuiGou (GV 26), ChengJiang (CV 24), DiCang (ST 4), JiaChe (ST 6), QuanLiao (SI 18), SiBai (ST 2), YangBai (GB 14), DaYing (ST 5), HeGu (LI 4)

### 2. วิธีแทงทะลุจุดแก้ปากเบี้ยว (牵正透刺法)

**ข้อบ่งใช้:** ปากเบี้ยวที่เป็นมานานไม่หาย

**ตำรับจุด:** YangBai (GB 14) ทะลุ YuYao (EX-HN 4), ZanZhu (BL 2) ทะลุ SiZhuKong (TE 23), SiBai (ST 2) ทะลุ ChengQi (ST 1), FengChi (GB 20) ทะลุ FengFu (GV 16), TaiYang (EX-HN 5) ทะลุ QuanLiao (SI 18), DiCang (ST 4) ทะลุ JiaChe (ST 6), QuChi (LI 11) ทะลุ HeGu (LI 4)

### 3. วิธีแทงที่มีมือและเท้า 12 เข็ม (手足十二刺法)

**ข้อบ่งใช้:** อัมพาตครึ่งซีก ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อทั่วตัว

**ตำรับจุด:** QuChi (LI 11), NeiGuan (PC 6), HeGu (LI 4), YangLingQuan (GB 34), ZuSanLi (ST 36), SanYinJiao (SP 6)

**สรรพคุณ:** ทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง ปรับชีและเลือด ขับไล่พิษลม ระวังปวด

### 4. วิธีแก้ไขอัมพาตครึ่งซีก (糾偏法)

**ข้อบ่งใช้:** อัมพาตครึ่งซีกระยะฟื้นฟู อาการตกค้างหลังจากจิ้งเฟิง พิษลมปิดกั้นเส้นลมปราณ

**ตำรับจุด:** BaiHui (GV 20), FengFu (GV 16), FengChi (GB 20), JianYu (LI 15), QuChi (LI 11), HeGu (LI 4), HuanTiao (GB 30), WeiZhong (BL 40), YangLingQuan (GB 34), XuanZhong (GB 39), TaiChong (LR 3) (แทงข้างที่เป็นอัมพาต)

**สรรพคุณ:** ทำให้เส้นโล่งกระตุ้นเส้นลมปราณ ทำให้ข้อต่อคล่อง กระตุ้นเลือด สลายเลือดคั่ง

### 5. วิธีแทงทะลุ 12 จุด

**ข้อบ่งใช้:** อัมพาตครึ่งซีกที่ื้อการรักษา ซาครึ่งซีก

**สรรพคุณ:** ทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง กระตุ้นเลือด สลายเลือดคั่ง

**5.1 JianYu (LI 15) ทะลุ JiQuan (HT 1):** JianYu (LI 15) จุดบรรจบของเส้นหยางหมิงมือกับเส้นลมปราณหยางเฉียว มีสรรพคุณทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง ขับไล่พิษลมขึ้น ทำให้ข้อต่อเคลื่อนไหวคล่อง ปรับชีและเลือด; JiQuan (HT 1) เป็นจุดแรกของเส้นมือเส้าอินหัวใจ มีสรรพคุณดับไฟในหัวใจ ทำให้จิตใจสงบ ทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง การใช้จุดทั้งสองร่วมกัน จะทำให้ชีและเลือดในเส้นหยางหมิงและเส้าอินไหลถึงกันได้ดี ช่วยการฟื้นฟูการทำงานของข้อไหล่

**5.2 เย่เฟิ่ง YeFeng (Extrapoint) ทะลุ เจี่ยเฟิ่ง JiaFeng (Extrapoint):** ทั้งสองจุด เป็นจุดนอกระบบ มีสรรพคุณคลายเส้นเอ็น ทำให้ข้อต่อคล่อง กระตุ้นเลือดทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง

**5.3 QuChi (LI 11) ทะลุ ShaoHai (HT 3):** QuChi (LI 11) เป็นจุดเหอของเส้นลำไส้ใหญ่มีสรรพคุณทำให้เส้นลมปราณโล่ง ปรับชีและเลือด ทำให้ข้อต่อเคลื่อนไหวคล่อง; ShaoHai (HT 3) เป็นจุดเหอของเส้นหัวใจ มีสรรพคุณทำให้เส้นลมปราณคล่อง ปรับชีและเลือด การแทงทะลุจุดทั้งสอง ทำให้ชีและเลือดในเส้นลมปราณทั้งสองเชื่อมต่อกัน เมื่อชีและเลือดไหลได้คล่อง ก็จะช่วยฟื้นฟูการทำงานของแขน โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อชีในเส้นลมปราณที่ข้อไหล่และข้อศอก

**5.4 WaiGuan (TE 5) ทะลุ NeiGuan (PC 6):** WaiGuan (TE 5) เป็นจุดลั่วของเส้นลมปราณซานเจียว เป็นจุดปามายเจียวอยู่จุดหนึ่งที่เชื่อมกับเส้นหยางเหวย มีสรรพคุณขับกระจายพิษลม รักษากลุ่มอาการภายนอก ทำให้เส้นลมปราณโล่ง กระตุ้นเส้นลมปราณ; NeiGuan (PC 6) เป็นจุดลั่วของเส้นเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นจุดหนึ่งในปามายเจียวอยู่จุดหนึ่งที่เชื่อมกับเส้นอินเหวย เป็นจุดหนึ่งที่สำคัญในการปลุกสมองเปิดทวาร (สิงหน่าโคเชียว) เมื่อแทงทะลุจุดทั้งสอง จึงเป็นการเชื่อมเส้นลมปราณระหว่างเส้นซานเจียว เส้นเยื่อหุ้มหัวใจ เส้นหยางเหวยและอินเหวยเข้าด้วยกัน อีกทั้งโรคจิ้งเพิงมักจะมีอาการเกี่ยวข้องกับลมภายในจากตับ ในกรณีนี้ WaiGuan (TE 5) จะช่วยทำให้สงบ และสงบลมของตับ ส่วน NeiGuan (PC6) ทำให้จิตใจสงบ ระบายชี่ของตับ พาชี่ที่ทวนขึ้นกลับลงล่าง เมื่อแทงทะลุจุดทั้งสองจึงได้สรรพคุณทำให้ตับสงบ ลมภายในหมดไป

**5.5 YangChi (TE4) ทะลุ DaLing (PC7):** YangChi (TE4) เป็นจุดหยวนของเส้นซันเจียว มีสรรพคุณระบายลมและไฟในช่วงหยาง เชื่อมตลอดเส้นซันเจียว หล่อเลี้ยงอินและกระชับกระสาย DaLing (PC7) เป็นจุดบนเส้นเยื่อหุ้มหัวใจ มีสรรพคุณดับไฟในหัวใจทำให้สงบ ทำให้เส้นเยื่อหุ้มหัวใจไหลคล่อง ทำให้กระเพาะสงบ ออกโล่ง เมื่อแทงทะลุจุดทั้งสองจึงได้สรรพคุณการรักษาโรคของอวัยวะภายใน

**5.6 HeGu (LI 4) ทะลุ HouXi (SI 3):** HeGu (LI 4) เป็นจุดหยวนของเส้นลำไส้ใหญ่ มีสรรพคุณปลุกสมองเปิดทวาร ปรับชี่และเลือดให้ไหลคล่อง ระบายลม ดับร้อน; HouXi (SI 3) เป็นจุดสังกัดธาตุปอดในเส้นลำไส้เล็ก เป็นจุดปามายเจียวอยู่จุดหนึ่ง เชื่อมต่อกับเส้นตู มีสรรพคุณดับร้อนแก้กลุ่มอาการภายนอก ปลุกจิต ทำให้หยางไหลคล่อง เมื่อแทงทะลุจุดทั้งสองจึงได้สรรพคุณเปิดทวาร สมอง ปลุกจิต ดับร้อน ขจัดเสลด ขับพิษภัยให้ออกนอกร่างกาย ฟันฟูการทำงานของข้อฝ่ามือกับนิ้วมือ

**5.7 HuanTiao (GB 30) ทะลุ FengShi (GB 31):** ทั้งสองจุดเป็นจุดฝังเข็มบนเส้นถุงน้ำดี HuanTiao (GB 30) เป็นจุดตัดของเส้นเท้าเส้าหยางกับเส้นไท่หยาง มีสรรพคุณทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง เสริมความแข็งแรงของเอวและบ่ารุงไต เป็นจุดที่สำคัญในการรักษาโรคของเอว สะโพกและขา; FengShi (GB 31) เป็นจุดที่มีสรรพคุณขับไล่พิษลมหนาว เสริมเส้นเอ็นและกระดูก ใช้รักษาอาการปวดขา เข่าอ่อนชาไม่มีกำลัง เมื่อแทงทะลุจุดทั้งสอง จึงได้สรรพคุณในการทำให้ชี่และเลือดในเส้นลมปราณที่ขาไหลเวียนคล่อง เป็นจุดที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพของขา

**5.8 XiYangGuan (GB 33) ทะลุ QuQuan (LR 8):** XiYangGuan (GB 33) เป็นจุดเหวของเส้นถุงน้ำดี มีสรรพคุณระบายลม กระจายหนาว คลายเส้น กระตุ้นเลือด; QuQuan (LR 8) เป็นจุดเหวของเส้นตับ มีสรรพคุณคลายเส้น กระตุ้นเส้นลมปราณ ปรับชีและเลือด การแทงทะลุจุดทั้งสองใช้รักษาข้อเข่าติด งอไม่ได้ ปลายเป็นเหน็บชา

**5.9 YangLingQuan (GB 34) ทะลุ YinLingQuan (SP 9):** ทั้งสองเป็นจุดเหวของเส้นถุงน้ำดีและ้ามตามลำดับ YangLingQuan (GB 34) ยังเป็นจุดรวมของเส้นเอ็น มีสรรพคุณระบายตับ และถุงน้ำดี คลายเส้นกระตุ้นเส้นลมปราณ ใช้รักษาโรคที่เกี่ยวกับเส้นเอ็น; YinLingQuan (SP 9) มีสรรพคุณเสริม้าม ขับชื้น ทำให้ชานเจียวโล่ง เมื่อใช้จุดทั้งสองร่วมกันจึงได้สรรพคุณในการบำรุงตับ ไต เสริม้าม อบอุณหียง เสริมเส้นเอ็น บำรุงหัวใจทำให้ยืดงอได้คล่อง

**5.10 XuanZhong (GB 39) ทะลุ SanYinJiao (SP 6):** XuanZhong หรือ JueGu (GB 39) เป็นจุดรวมของไข มีสรรพคุณทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง ขับไล่ลมชื้น บำรุงสมอง บำรุงไข เสริมความแข็งแรงของเส้นเอ็นและกระดูก; SanYinJiao (SP 6) เป็นจุดเหวของเส้นอินทั้งสาม มีสรรพคุณเสริม้ามและกระเพาะอาหาร ช่วยการลำเลียงน้ำและสารอาหาร ทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง ปรับชีและเลือด เมื่อแทงทะลุจุดทั้งสอง จึงทำให้ชีและเลือดในเส้นอินทั้งสามและเส้นหยางทั้งสาม เชื่อมต่อกัน ทำให้ชื้นฉ่ำและเว่ยผสานกันได้ดี หล่อเลี้ยงอิน บำรุงหยาง ทำให้ข้อเท้าเคลื่อนไหวคล่อง

**5.11 KunLun (BL 60) ทะลุ TaiXi (KI 3):** KunLun (BL 60) เป็นจุดฝังเข็มบนเส้นลมปราณเท้าไท่หยาง มีสรรพคุณคลายกล้ามเนื้อ ทำให้เส้นลมปราณคล่อง เสริมความแข็งแรงของเอว บำรุงไต; TaiXi (KI 3) เป็นจุดหยวนของเส้นลมปราณเท้าเส้าอิน มีสรรพคุณบำรุงชี่เจียว ปรับชงเร็น การแทงทะลุจุดทั้งสองจะทำให้ข้อเท้าเคลื่อนไหวคล่อง พื้นฟูสมรรถภาพของข้อเท้า แก้ไขเท้าพลิกเข้าข้างใน หรือพลิกออกข้างนอก

**5.12 TaiChong (LR 3) ทะลุ YongQuan (KI 1):** TaiChong (LR 3) เป็นจุดหยวนของเส้นลมปราณตับ มีสรรพคุณขับระบายไฟในตับ ทำให้สมองใส ตาสว่าง ขับเคลื่อนชี่และเลือด สลายร้อนชื้น; YongQuan (KI 1) เป็นจุดจิ่งของเส้นลมปราณไต มีสรรพคุณหล่อเลี้ยงไต ดับร้อน แก้กะสับ กระส่าย ทำให้จิตใจสงบ เปิดทวารสมอง พื้นคั้นสติ การแทงทะลุจุดทั้งสอง ทำให้ได้สรรพคุณในการขับระบายไฟในตับ บำรุงอินของไต ปรับปรุงตับและไต รักษาจิ้งเพิง

#### 6. วิธีปลุกจิตเปิดทวาร (醒脑开窍)

**ข้อบ่งใช้:** จิ้งเพิงแบบกลุ่มอาการปิด (บี๋เจ็ง)

**ตำรับจุด:** BaiHui (GV 20), SiShenCong (EX-HN 1), เทงปล่อยเลือดที่จุดจิ้งมือและเท้า, RenZhong (GV 26), ChengJiang (CV 24), FengChi (GB 20), FengFu (GV 16), HeGu (LI 4), LaoGong (PC 8), TaiChong (LR 3), และ YongQuan (KI 1) ,

#### 7. วิธีดึงหยางกลับ ไม่ให้หยางหลุดออก (回阳固脱)

**ข้อบ่งใช้:** จิ้งเพิงแบบกลุ่มอาการหลุดหรืออ่อนเปลี้ย (ทัวเจ็ง)

**ตำรับจุด:** รมยา ShenQue (CV 8), QiHai (CV 6), GuanYuan (CV 4), ฝังเข็ม BaiHui (GV 20), NeiGuan (PC6), ZuSanLi (ST 36) และ YongQuan (KI 1)

#### 8. วิธีทำให้เส้นดูไหลคล่องบำรุงสมอง หรือ เส้นดู 13 เข็ม (督脉十三针)

**ข้อบ่งใช้:** อัมพาตครึ่งซีกจากจิ้งเพิง หลังแอ่น กระดูกสันหลังแข็งและเจ็บ ซี่และเลือดพร่องลมชัก

**ตำรับจุด:** BaiHui (GV 20), FengFu (GV 16), DaZhui (GV 14), TaoDao (GV 13), ShenZhu (GV 12), ShenDao (GV 11), ZhiYang (GV 9), JinSuo (GV 8), JiZhong (GV 6), XuanShu (GV 5), MingMen (GV 4), YaoYangGuan (GV 3), และ ChangQiang (GV 1)

#### 9. วิธีแทงจุดอวัยวะต้นทั้งห้ารวมกับจุด GeShu (BL 17)

**ข้อบ่งใช้:** อาการตกค้างจากจิ้งเพิง เป็นอัมพาตซีกหนึ่งเป็นเวลานาน อวัยวะต้นทั้งห้าเสื่อมถอยซี่และเลือดพร่อง ไช้สมองพร่อง อ่อนล้า แขนขาไม่มีแรง

**สรรพคุณ:** ปรับซี่และเลือด ปรับอินและหยาง บำรุงตับไต บำรุงเลือด ทำให้จิตใจสงบ

#### 10. วิธีแทงจุดอวัยวะกลางทั้งหก

**ข้อบ่งใช้:** อัมพาตครึ่งซีกจากจิ้งเพิง การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ผิดปกติ การขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะผิดปกติ

**สรรพคุณ:** ปรับปรุงอวัยวะกลางทั้งหก ลำเลียงสารอาหารและน้ำ บำรุงซี่และเลือด

### 11. วิธีแทงเส้นเร็น 12 จุด (จื่อเร็นมายสื่อเออร์เจิน)

**ข้อบ่งใช้:** อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้ อุจจาระ-ปัสสาวะควบคุมไม่ได้ ไม่สบายกระเพาะอาหารและลำไส้ เสมหะน้ำลายมาก หรือน้ำลายย่อยตลอดเวลา

**ตำรับจุด:** ChengJiang (CV 24), LianQuan (CV 23), TianTu (CV 22), ZiGong (EX-CA 1), TanZhong (CV 17), JiuWei (CV 15), ShangWan (CV 13), ZhongWan (CV 12), XiaWan (CV 10), QiHai (CV 6), GuanYuan (CV 4), และ ZhongJi (CV 3)

**สรรพคุณ:** ปรับปรุงขงเร็น ปรับปรุงกระเพาะอาหารและลำไส้ ปรับซึ่กระตุ้นเลือด พาส่วนที่บริสุทธิ์ขึ้น นำของเสียลง เปิดทวารสมอง แก้อาการทำงานไม่ปกติ

### 12. วิธีแทงจุดมู่เพื่อบำรุง

**ข้อบ่งใช้:** จังเฟิงเป็นเวลานาน ซึ่และเลือดผิดปกติ การทำงานของอวัยวะภายในเสื่อมถอยลงทุกวัน จิงและเลือดไม่เพียงพอ ซึ่และเลือดพร่อง

**ตำรับจุด:** ZhongFu (LU 1), TanZhong (CV 17), JuQue (CV 14), QiMen (LR 14), ZhangMen (LR 13), TianShu (ST 25), ZhongWan (CV 12), GuanYuan (CV 4), และ ZhongJi (CV 3).

**สรรพคุณ:** ปรับอวัยวะภายใน บำรุงซึ่ทำให้อังปกติ เสริมม้าม ทำให้กระเพาะอาหารทำงานปกติ

### 13. วิธีแทงจุดตั้งเดิมทั้ง 12 (老式十二針)

**ข้อบ่งใช้:** อัมพาตครึ่งซีก ม้ามกับกระเพาะอาหารทำงานไม่ประสานกัน ตับกับกระเพาะอาหารทำงานไม่ประสานกัน

**ตำรับจุด:** ShangWan (CV 13), ZhongWan (CV 12), XiaWan (CV 10), QiHai (CV6), TianShu (ST 25), NeiGuan (PC 6), และ ZuSanLi (ST 36)

การใช้จุดตั้งเดิมทั้ง 12 นี้เป็นประสบการณ์ทางคลินิกของ อาจารย์ **หวางเล่อถิง** บนพื้นฐานทางทฤษฎีที่ว่า “การรักษาที่ธาตุแท้ให้เริ่มต้นจากกระเพาะอาหาร” ความหมายของจุดต่าง ๆ ที่เลือกใช้

-: ZhongWan (CV 12) เป็นจุดมู่ของกระเพาะอาหาร เป็นจุดที่ซึ่ในเส้นลมปราณกระเพาะอาหาร และเส้นลมปราณเท้าหยางหมิงมารวมกันอยู่ มีบทบาทช่วยการย่อยอาหารของกระเพาะอาหาร ทำให้อวัยวะกลวงโล่ง พาซึ่ที่บริสุทธิ์ขึ้น นำซึ่ที่ขุ่นลงมา ปรับปรุงการเคลื่อนไหวของซึ่ในงเจียว



-: ZuSanLi (ST 36) เป็นจุดเหอของกระเพาะอาหาร มีสรรพคุณเสริมม้าม รักษาอาการไม่สบายท้อง ทำให้ซี่โครงในอวัยวะกลางไหลคล่อง เมื่อใช้ ZhongWan (CV 12) ร่วมกับ ZuSanLi (ST 36) จะได้สรรพคุณในการปรับปรุงส่วนท้องของร่างกาย บำรุงชีพิ พาศีที่บริสุทธิ์ไหลขึ้น นำชีที่ขุ่นไหลลง

-: ShangWan (CV 13), ZhongWan (CV 12), XiaWan (CV 10) เมื่อใช้ร่วมกันมีสรรพคุณปรับปรุงการเก็บรับ การย่อย และการดูดซึมของกระเพาะอาหาร

-: QiHai (CV 6) และ ZhongWan (CV 12) เมื่อใช้ร่วมกันจะช่วยบำรุงชีและยกหยางขึ้น

-: TianShu (ST 25) เป็นจุดมู่ของลำไส้ใหญ่ มีสรรพคุณช่วยย่อย รักษาอาการคั่งคั่ง ปรับปรุงและบำรุงชีของม้าม

-: NeiGuan (PC6) ใช้ร่วมกับจิงหว่าน ZhongWan (CV 12) และ ZuSanLi (ST 36) มีสรรพคุณช่วยพาชีที่บริสุทธิ์ขึ้นบน และนำชีที่ขุ่นลงล่าง ปรับการเคลื่อนไหวของชี

กล่าวโดยสรุป เมื่อใช้จุดข้างต้นร่วมกัน จึงได้สรรพคุณร่วมกันในการปรับปรุงส่วนท้อง เสริมม้าม พาชีที่บริสุทธิ์ขึ้นและนำชีที่ขุ่นลง

**วิธีการแทงเข็ม:** ให้ผู้ป่วยนอนหงาย หลังจากใช้แอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อแล้ว จุดที่ท้องให้แทงตรงลึก 0.3-0.5 ชุ่น โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดจึงจะถือว่าดี จุด NeiGuan (PC6) แทงตรง 0.5 ชุ่น ให้บริเวณเฉพาะที่รู้สึกตึงเสียว หรืออาจเหมือนมีไฟฟ้าฟุ้งไปยังปลายนิ้ว จุด ZuSanLi (ST 36) แทงลึก 2 ชุ่น แทงค่อนไปทางกระดูกหน้าแข้ง อาจมีความรู้สึกเหมือนมีไฟฟ้าฟุ้งลงไปที่หลังเท้า

**ข้อควรระวัง:** การแทงจุดฝังเข็มบริเวณท้อง ควรแทงตื้นและไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเจ็บปวด ทั้งนี้เพราะ ใต้จุด ShangWan (CV 13) คือ ขอบล่างของตับและกระเพาะอาหาร; ใต้จุด ZhongWan (CV 12) คือ ส่วนปลายกระเพาะอาหารต่อกับลำไส้; ใต้จุด XiaWan (CV 10) คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนพาดขวาง; ใต้จุด TianShu (ST 25) คือ ลำไส้เล็ก; ใต้จุด QiHai (CV 6) คือ ลำไส้เล็กหรือฐานของมดลูก

จุด NeiGuan (PC6) ควรแทงลึก 0.5 ชุ่น ก็เพียงพอ หากแทงลึกเกินไปก็จะข้ามขอบเขตของจุด NeiGuan (PC6) กลายเป็นได้สรรพคุณของจุด WaiGuan (TE 5) แทน นอกจากนี้ ในผู้ที่เพิ่งรับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ บัสสาวะคั่งคั่ง ท้องมาน้ำ ลำไส้อุดตัน สตรีระหว่างมีประจำเดือน สตรีมีครรภ์ ผิวหนังมีแผลหรือติดเชื้อ ไม่ควรแทงเข็มที่ท้องหรือบริเวณที่มีแผลและติดเชื้อนั้น

ในผู้ที่มีภาวะความดันเลือดสูง เลือดออกในสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ในขณะที่ทำการแทงเข็มจะต้องระมัดระวัง ให้กระตุ้นเข็มอย่างอ่อนโยนหรือค่อย ๆ แทงเข็ม หรือรอจนอาการโรคนิ่งแล้ว จึงค่อยทำการแทงเข็ม

## การฝังเข็มผู้ป่วยจิ้งเฟิง

### 1. ผู้ป่วยที่เป็นแบบจิ้งจิ้งลั่ว (ไม่หมดสติ)

**อาการ:** มือเท้าชาไม่รู้สึกรู้หาย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด น้ำลายย้อยที่มุมปาก ร่างกายซีกหนึ่งเคลื่อนไหวไม่คล่อง หรือหลังจากจี้จิ้งผู้ฟื้นคืนสติขึ้นมาแล้ว ยังมีอาการข้างต้น เพราะชี่และเลือดยังคงติดค้างอยู่ในเส้นลมปราณ ในผู้ป่วยที่มีอาการดังข้างต้น ให้กำหนดวิธีการรักษาตามสภาวะของโรคและร่างกายผู้ป่วย

#### การรักษา:

- : ในกรณีที่มีความดันเลือดสูงให้แทงปล่อยเลือดที่จุดจิ้ง
- : หากความดันเลือดไม่สูง ให้ใช้วิธีแทงที่มือและเท้า 12 เข็ม (ข้อ 3)
- : เมื่อผ่านการรักษาไปหนึ่งระยะการรักษาแล้ว ให้ปรับไปใช้วิธีแก้ไขอัมพฤกษ์ครึ่งซีก (ข้อ 4)
- : จากนั้นให้ใช้วิธีการรักษาตามสภาวะของโรค เช่น การขยับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะผิดปกติ ม้ามและกระเพาะอาหารผิดปกติ ให้ใช้วิธีแทงจุดดั้งเดิมทั้ง 12 (ข้อ 13) หากมีภาวะเสมหะขึ้นมากให้ใช้วิธีทางบนเส้นเริน (ข้อ 11)

### 2. ผู้ป่วยที่เป็นแบบจิ้งจิ้งผู้ (มีอาการหมดสติ)

**จิ้งจิ้งผู้แบบปิด (ปี๋เจิ้ง)** ให้ใช้วิธีขับไล่พิษภัยเป็นหลัก ก่อนอื่นใช้วิธีปลุกจิตเปิดทวาร (ข้อ 6) เมื่อฟื้นคืนสติแล้ว ให้ใช้วิธีที่มือและเท้า 12 เข็ม (ข้อ 3) ร่วมกับจุด BaiHui (GV 20), FengFu (GV 16) 1 รอบการรักษา หากในวันที่สองสติยังไม่ฟื้นคืนหรือยังมึนงงไม่ค่อยได้สติ และความดันเลือดยังสูง ให้ปล่อยเลือดที่จุดจิ้ง และปล่อยเลือดที่ RenZhong (GV 26), LaoGong (PC8) YongQuan (KI 1) จนฟื้นคืนสติ

**จิ้งจิ้งผู้แบบหลุด (ทัวเจิ้ง)** ให้ใช้วิธีดึงหยางกลับไม่ให้หยางหลุดออก (ข้อ 7)

### 3. ผู้ป่วยในระยะอาการตกค้าง

ก่อนอื่นใช้วิธีแทงที่มือและเท้า 12 เข็ม (ข้อ 3)

- : หากมีความดันเลือดสูง เพิ่มจุด BaiHui (GV 20), FengFu (GV 16) TaiChong (LR 3)

- : ความดันเลือดปกติให้ใช้เฉพาะ YaoShu (GV 2) และ FengFu (GV 16)
- : พวดไม่คล่องให้แทงปล่อยเลือดที่ JinJin (EX-HN 12) และ YuYe (EX-HN 13)
- : ปากเบี้ยวให้ใช้วิธีแทงทะลุจุดแก้ปากเบี้ยว (ข้อ 2)
- : เบื่ออาหาร ควบคุมอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ให้เพิ่มวิธีแทงจุดดั้งเดิมทั้ง 12 (ข้อ 13)
- : หากแขนขาลีบ ไม่มีแรง ให้ใช้วิธีแทงตามข้อ 13 (ข้อ 8)
- : หากเดินทรงตัวไม่ได้ เพิ่มจุด JiaJi (EX-B 2) ที่เอว

**หากป่วยมานานเกินครึ่งปี** ข้อศอกข้อมือข้อมือยึดไม่ได้ ข้อเท้าบิดงอไม่มีแรง ให้ใช้วิธีแทงทะลุจุดทั้ง 12 (ข้อ 5) รักษา 1 รอบการรักษา แล้วสลับกับวิธีแทงเข็มที่มือและเท้า 12 เข็ม (ข้อ 3)

- : หากปัสสาวะ-อุจจาระไม่ออก ให้ใช้วิธีแทงจุดอวัยวะกลางทั้งหก (ข้อ 10)

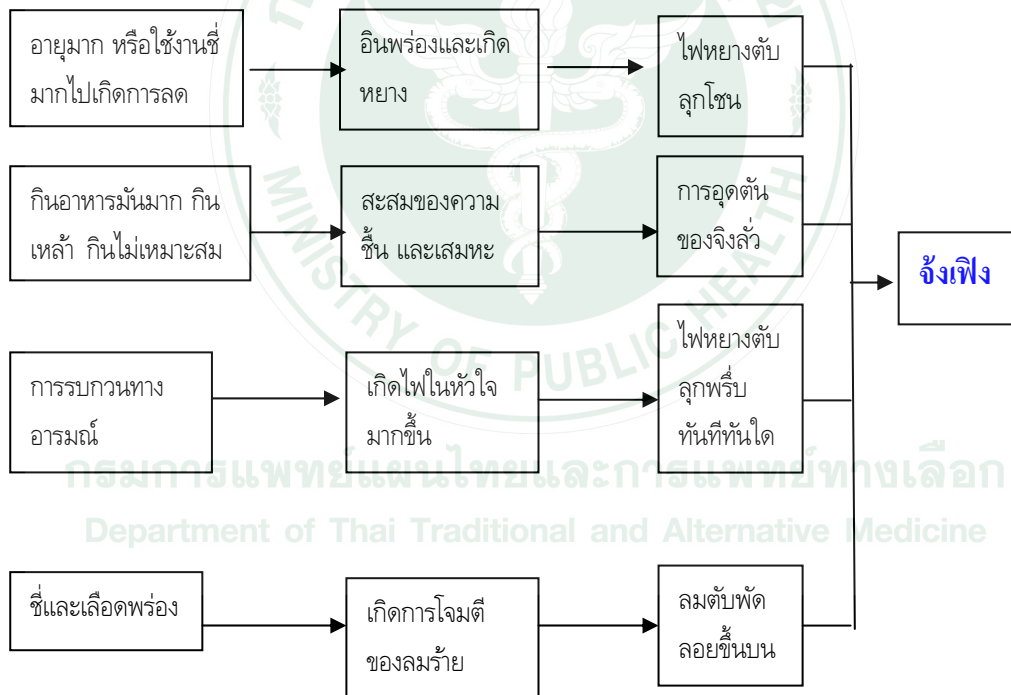
-: หากมีภาวะซีฟร่อนและร่างกายอ่อนแอมาก อารมณ์ซึมเศร้าให้ใช้วิธีแทงจุด อวัยวะต้นทั้งห้า ร่วมกับจุด GeShu (BL 17) (ข้อ 9)

**กล่าวโดยสรุป** จุดเด่นของการรักษาของ อาจารย์ **หวางเล่อถิง** ก็คือ “ปรับปรุงการไหลเวียนของชีและเลือด ทำให้เส้นลมปราณไหลคล่อง” โรคจิ้งเพิงไม่ว่าสาเหตุมาจากลมภายนอกหรือลมภายใน จะทำให้เกิดพยาธิสภาพอย่างเดียวกัน คือ พิษลมผสมเข้ากับเสลดชื้นพิษร้อนและเลือดคั่งอุดตันเส้นลมปราณ เมื่อเส้นลมปราณไม่โล่ง ก็ทำให้เส้นเอ็นขาดซีและเลือดมาหล่อเลี้ยง ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวทำงานได้ดังปกติ อาจารย์ **หวางเล่อถิง** มีความเห็นว่า ในการรักษาลมนั้น จะต้องรักษาที่หรือซีในเส้นลมปราณก่อน เมื่อซีเคลื่อนไหวได้ลมก็จะสงบ หรือซีกำกับเลือด เมื่อซีเคลื่อนไหว เลือดก็เคลื่อนตาม เมื่อเลือดเคลื่อน ลมก็สงบลง

วิธีการการรักษาดังข้างต้น เน้นวิธีการรักษาแบบองค์รวม ในจำนวนนี้ 7 วิธี ได้แก่ การแทงเข็มที่มือและเท้า 12 เข็ม (ข้อ 3), การแทงตามข้อ 13 (ข้อ 8), การใช้จุดหูที่หลัง (ข้อ 9), การใช้จุดดั้งเดิมทั้ง 12 (ข้อ 13), การรักษาที่เส้นเร็น (ข้อ 11), การรักษาจุดของอวัยวะกลางทั้งหก (ข้อ 10), และการแทงที่จุดมู่ (ข้อ 12) ล้วนเป็นการปรับการทำงานของอวัยวะภายใน ปรับสมดุลอินกับหยาง ปรับสภาพโดยรวมของร่างกาย กระตุ้นให้สุขภาพฟื้นฟู

## ศาสตราจารย์ เจิ้งจื่อเจิง (程子成 教授 Cheng ZiCheng JiaoShou)

ศาสตราจารย์ **เจิ้งจื่อเจิง** เกิดที่นครเซี่ยงไฮ้ เป็นอาจารย์ที่มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ ตำแหน่งสุดท้ายของท่านคือ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยฝังเข็ม ท่านเป็นแพทย์ฝังเข็มท่านแรกจากสาธารณรัฐประชาชนจีน ที่กระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลไทย เชิญมาเป็นผู้สร้างหลักสูตร การฝังเข็ม (3 เดือน) สำหรับแพทย์แผนตะวันตก โดยใช้หลักสูตรที่องค์การอนามัยโลก รับรองให้มหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ ใช้ในการฝึกอบรมแพทย์ต่างประเทศของพื้นฐาน แต่ปรับให้เหมาะกับปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ท่านได้ทำการสอนในหลักสูตรฝังเข็มดังกล่าวถึง 12 รุ่น เนื้อหาต่อไปนี้เป็น การสรุปจากการสอนของท่านใน 12 รุ่นการอบรมดังกล่าว



แผนภูมิที่ 3 แสดงสาเหตุและกลไกการเกิดจิ้งเฟิง

จากสาเหตุต่าง ๆ ของการเกิดจิ้งเฟิง ทำให้เกิดไฟในตับและหัวใจ ซึ่งจะทำให้เลือดและชีไหลทวนขึ้นข้างบน เมื่อผสมกับเสมหะ (ถาน) ก็จะรบกวนจิตใจและสมองทำให้เกิดโรค ทั้งหมดนี้เกิดการรบกวนต่อสมดุลของอินและหยาง ในกรณีโรคที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงก็จะเป็นอาการรบกวนต่อเส้นลมปราณจิ้งลั่ว แต่ถ้าเป็นรุนแรงก็จะเกิดการรบกวนต่ออวัยวะจิ้งฝู ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มอาการปิด (BiZheng or tense syndrome – excess) และกลุ่มอาการหลุด (TuoZheng or flaccid syndrome - deficiency)

### การจำแนกกลุ่มอาการ

1. **ชนิดเป็นตามอวัยวะจิ้งฝู** หรือ **จิ้งจิ้งฝู** เป็นชนิดที่มีอาการหนัก มีอาการหมดสติ แบ่งเป็น กลุ่มอาการปิด และกลุ่มอาการหลุด โดยโรคนี้เกี่ยวพันไปถึงอวัยวะต้นทั้ง 5 ไม่ใช่อวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง เช่น ลมเกี่ยวข้องกับตับ คือ ลมของตับ, ไฟ เกี่ยวข้องกับหัวใจ คือ ไฟหัวใจ, เสมหะเกี่ยวข้องกับม้าม ซึ่งเป็นผู้ผลิตเสมหะ, ชี่เกี่ยวข้องกับปอด ซึ่งหายใจเข้าไป และไตซึ่งเป็นผู้รับชี่
2. **ชนิดเป็นตามจิ้งลั่ว** หรือ **จิ้งจิ้งลั่ว** เป็นชนิดเบา ไม่มีอาการหมดสติ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กรณี คือ
  - โรคกระทำต่อเส้นจิ้งลั่ว โดยไม่กระทบกับอวัยวะภายใน
  - โรคกระทำต่ออวัยวะภายใน แต่เป็นระยะที่ฟื้นคืนสติกลับมา อวัยวะภายในดีขึ้น แต่เส้นจิ้งลั่วยังมีการอุดตันของชี่และเลือด

### การแบ่งระยะการรักษาจิ้งเฟิง

การดูแลรักษาโรคจิ้งเฟิง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะป้องกันโรค เป็นระยะที่ยังไม่เกิดจิ้งเฟิง แต่มีลางบอกเหตุ ซึ่งต้องหาทางป้องกัน
2. ระยะหมดสติ
3. ระยะฟื้นตัว

### ระยะที่ 1 ระยะป้องกันโรค

- : มีการตรวจการไหลเวียนหลอดเลือดในสมอง และดูแนวโน้มว่าจะเป็นจิ้งเฟิงมากน้อยเพียงไร
- : หาปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เบาหวาน ความดันเลือดโลหิตสูง ไชมันน์ในเลือดสูง ฯลฯ

-: กลไกของจิ้งเพิง คือ บนแกร่ง-ล่างพร่อง โดยล่างพร่อง คือ ชีของไตพร่อง ซึ่งชีของไตพร่องจะมีสัญญาณบ่งบอก 2 ทาง คือ

**1) การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะผิดปกติ:** พบมีอาการท้องผูกเสมอ ปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะเวลากลางคืน (แต่ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่น เช่น ภาวะต่อมลูกหมากโต) โดยเฉพาะท้องผูกแล้วต้องออกแรงเบ่ง อาจทำให้หลอดเลือดสมองแตก การที่อุจจาระ-ปัสสาวะผิดปกติ บ่งบอกถึงชีของไตไม่พอแล้ว คนสูงอายุ ที่ในวัยหนุ่มสาวตรากตรำทำงานมาก เมื่ออายุมากขึ้นมีผลให้ชีของไตไม่พอ

**2) การเคลื่อนไหวผิดปกติ:** พบว่าจะมีอาการแขนขา และขาเย็น

-: **ระดับแขน:** คนสูงอายุที่มีอาการขาหนีวี่และนี้วกกลาง ต้องระวังภาวะจิ้งเพิง นี้วี่นี้เป็นเส้นลมปราณหยางหมิง ซึ่งเป็นเส้นที่มีเลือดและชีมาก หากมีอาการขา บ่งว่าการสร้างของเลือดและชีไม่พอ; นี้วกกลาง เป็นเส้นลมปราณเยื่อหุ้มหัวใจ ซึ่งเป็นตัวแทนของหัวใจ ถ้ามีอาการขาบ่งบอกว่า ลมปราณหัวใจมีปัญหาเรื่องการไหลเวียนของหลอดเลือด

-: **ระดับขา:** ที่ขาบริเวณจุด ZuSanLi (ST 36) ซึ่งอยู่บนเส้นลมปราณหยางหมิง เป็นเส้นบริเวณหน้าแข้ง หากมีอาการเย็น ๆ เป็นสัญญาณบ่งว่าอาจเกิดจิ้งเพิงได้

**แนวทางการป้องกันในการแพทย์แผนจีน**

-: ถ้ามีหยางต่ำมาก ทำให้ความดันเลือดสูง ต้องสงบหยางต่ำ

-: ถ้ามีอาการวิงเวียน แสดงถึงลมต่ำมาก ต้องระบายนลมต่ำ

-: ถ้าไฟมาก มีอาการหงุดหงิด ต้องระบายไฟหัวใจ

-: ถ้าไขมันมาก เสมหะมาก ต้องสลายเสมหะ

-: เปาหวาน ทำให้การไหลเวียนของหลอดเลือดไม่ดี ต้องสลายการคั่ง

-: จุดที่ใช้ป้องกันจิ้งเพิง คือ ZuSanLi (ST 36) อาจใช้การฝังเข็มหรือรมยา การรมยาอาจใช้วิธีเผาตรงโดยใช้โกฐขนาดเมล็ดข้าวสารที่ผิวหนังตรง ZuSanLi (ST 36) หรือใช้โกฐแห้ง รมไปตามแนวเส้นเท้าหยางหมิง จากจุด ZuSanLi (ST 36) ถึงหลังเท้า ทำประมาณ 3 - 5 วัน พออาการเย็นที่ขา-ชาที่นิ้วหายไป แสดงว่าน่าจะรอดพ้นจากการเป็นจิ้งเพิง

เหตุผลที่ใช้ ZuSanLi (ST 36)

- เนื่องจากจิ้งเพิง มีบนแกร่ง-ล่างพร่อง จึงเน้นเสริมบำรุงส่วนล่าง ซึ่ง ZuSanLi (ST 36) เป็นจุดเสริมบำรุงที่อยู่ด้านล่าง



- เฝิมซี่  
- การรมยา ทำให้เลือดและชีส่วนบนไหลลงล่าง เป็นการชักไฟลงล่าง  
นอกจากนี้ในประเทศจีน มีการใช้เข็มน้ำ โดยการฉีดยา หวงฉี เข้าที่ ZuSanLi (ST 36) ซึ่งช่วยบำรุงชี

ถ้าผู้ป่วยขาดไม่มี ZuSanLi (ST 36) ให้รมยา QiHai (GV 6) และ GuanYuan (GV 4) แทน เนื่องจาก 2 จุดนี้ถือเป็นทวนที่ 1 ส่วน ZuSanLi (ST 36) เป็นทวนที่ 2

## ระยะที่ 2 ระยะหมดสติ

ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวแบ่งเป็น

- 1) เบาสุด คือ มีอาการง่วงนอน นอนหลับตลอด แต่พอเรียกยังพอรู้ตัว แต่ตาบรีอ ๆ
- 2) ปานกลาง คือ มีอาการมากขึ้น เช่น เวลามีญาติมาเรียก จะเพียงแต่ส่งเสียงอือ ๆ
- 3) หนัก คือ หมดสติ เรียกไม่รู้ตัวเลย แบ่งเป็น 2 กรณี คือ
  - รมกวนต่ออวัยวะจิ้งฝู แบบปิด (BiZheng) มีอาการเกร็ง เป็นภาวะเกร็ง
  - รมกวนต่ออวัยวะจิ้งฝู แบบหลุด (TuoZheng) มีอาการอ่อนปวกเปียก เป็นภาวะพรวง

## จิ้งจิ้งฝู กลุ่มอาการปิด (BiZheng or Tense syndrome)

เกิดจากเสมหะ ความร้อน หรือไฟในตับและหัวใจ รมกวนการทำงานของจิตใจ จิ้งเพิงส่วนใหญ่ที่หมดสติ มักเป็นแบบกลุ่มอาการปิด

**อาการ:** ลืมลงทันทีทันใดพร้อมกับหมดสติ มีตาเหลือกค้าง กระสับกระส่าย ตัวแข็งทื่อ กัดฟัน มือเท้ากำแน่น เกร็ง ซัก หน้าแดง หายใจแรง เสมหะในคอมาก ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก

**ชีพจร:** ชีพจรเร็ว (ShuMai) และ ชีพจรใหญ่แรง (HongMai) บ่งถึงความร้อนมาก; ชีพจรตึง (XuanMai) บ่งถึงลมตับ; ชีพจรลื่น (HuaMai) บ่งถึงเสมหะเข้ามาเกี่ยวข้อง

**ลิ้น:** ลิ้นค่อนข้างใหญ่ ฝ้าหนา-เหนียว สีเหลือง ถ้ามีไฟมากฝ้าจะมีลักษณะเกรียม

### วิเคราะห์:

-: ลมที่กวนโดยหยางตับ ส่งให้ซี่และเลือดย้อนทวนขึ้นส่วนบนผสมกับเสมหะ

-: ความร้อนที่สะสมทำให้เกิดการรบกวนจิตใจ ทำให้มีการหดสติที่ทันใด มือเกร็งกำแน่น หายใจหยาบ อุจจาระขี้สวะไม่ออก

-: ลมที่เกิดขึ้นจะพัดเสมหะ ทำให้เกิดเสียงในลำคอ

-: ลื่นแดง มีฝ้าเหนียวเหลืองหรือเทาดำ ชีพจรตั้ง ลื่นและแรงใหญ่ บ่งถึงลมผสมกับเสมหะ ความร้อนและไฟ

### การรักษากลุ่มอาการปิด

**หลักการรักษา:** ในช่วงหมดสติไม่รู้ตัว แสดงว่าทวารของสมองถูกปิด ไม่ว่าจะพยาธิสภาพจะเป็นเส้นเลือดสมองตีบหรือแตกก็ตาม หลักการรักษาโดยทั่วไป ถ้าหมดสติต้องทำให้รู้ตัว โดยต้องเปิดทวาร

**สรุปหลักการรักษา** คือ สงบตับ ดับลม ลดไฟ เปิดทวาร

**การเปิดทวาร** มีหลายวิธี โดยการเปิดทวารต้องประเมินว่า ประตูปานนั้นสนิมมากหรือน้อย จะเปิดทวารได้หรือไม่ โดยทดลองใช้ RenZhong (GV 26) เพื่อทดสอบว่าประตูปานนั้นจะเปิดได้หรือไม่ ใช้เข็ม 1.5 เซนติเมตร บัก RenZhong (GV 26) ปลายเข็มชี้ไปกลางจมูก หมุนกระตุ่นดูว่า ถ้าหัวตามี น้ำตาไหลขึ้น แสดงว่าทวารนี้ยังสามารถเปิดได้ (วิธีนี้อาจทดลองใช้กับผู้ป่วยหมดสติจากโรคอื่นได้)

หลังจากใช้ RenZhong (GV 26) แล้วสามารถเปิดทวารได้ จึงใช้จุดเหล่านี้ต่อ

**ตำรับที่ 1** แบบนุ่มนวล ใช้ FengChi (GB 20), HeGu (LI 4), TaiChong (LR 3) โท้ว YongQuan (KI 1)

**ตำรับที่ 2** แบบรุนแรง ใช้ - DaLing (PC 7) โท้ว LaoGong (PC8) และ

- ZhaoHai (KI 6) โท้ว YongQuan (KI 1)

**อธิบายการใช้ตำรับที่ 1:** ในแต่ละอวัยวะ จะมีสิ่งต่าง ๆ มากำกับอยู่ได้แก่

-: เส้น (สติ) กำกับ หัวใจ

-: วิญญาณ กำกับ ตับ

-: ขวัญ (Po ไฟ) กำกับ ปอด

-: อี้ (พลังจิต) กำกับ ม้าม

-: จื่อ (จิตที่ระลึกได้) กำกับ ไต

ในช่วงหมดสติ เส้น (หัวใจ) กับจื่อไนไต เป็นตัวสำคัญ ที่ทำให้ผิดปกติแล้วเกิดการหมดสติ โดยไม่คำนึงว่าจะเกิดจากสาเหตุเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก ดังนั้นการเลือกใช้สูตรตำรับที่ 1 เนื่องจากเกี่ยวข้องกับเส้นและจื่อ

**อธิบายการใช้ตำรับที่ 2:** เนื่องจาก ฟ้า-ดินแปรปรวน จึงใช้ 2 จุด คือ LaoGong (PC8) และ YongQuan (KI 1) จากคติจีนที่ว่า “**สองมือค้ำฟ้า สองเท้าค้ำดิน**” ฟ้า (หยาง) คือ LaoGong (PC8) ดิน (อิน) คือ YongQuan (KI 1) แต่เพื่อลดความเจ็บจากการฝังเข็มโดยตรง จึงใช้ DaLing (PC7) โท่ว LaoGong (PC8) และ ZhaoHai (KI 6) โท่ว YongQuan (KI 1)

**หมายเหตุ** ในทางปฏิบัติ อาจารย์ **เจิงจื่อเจิน** จะไม่นิยมใช้ ShiXuan (EX-UE 11) เนื่องจากจุดนี้ห้ามใช้กับเส้นเลือดสมองแตก ซึ่งต้องทำ CT-Brain ก่อน

#### จุดฝังเข็มเสริม:

-: ถ้ามีกัดฟันแน่น ใช้ JiaChe (ST 6), DiCang (ST 4) หรือ XiaGuan (ST 7) จุดใกล้ใช้จุด HeGu (LI 4)

-: หายใจเสียงดังหยาบ ใช้ NeiGuan (PC6)

-: หากมีเสียงกรนดัง ใช้ LiGou (LR 5) เนื่องจากเป็นจุดลั่วของตับ ซึ่งมาถึงบริเวณคอหอย

-: ถ้ามี Aphasia หรือ ลิ้นแข็ง ใช้ LianQuan (CV 23), TongLi (HT 5)

**การพยากรณ์การรักษาผู้ป่วยจิ้งเพิงแบบปิด** อาจพิจารณา ดังนี้

1) ให้สังเกตผู้ป่วย ถ้าเดิมไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ถ่ายปัสสาวะ ต่อมาถ้าอุจจาระและปัสสาวะออก เร็วแสดงว่ากำลังจะกลายเป็นกลุ่มหลุด

2) ถ้าชีพจรไม่มีแรง แสดงว่ากำลังจะกลายเป็นหลุด โดยถ้าอาการดีขึ้น ชีพจรจะค่อนข้างช้าลง

3) จากลิ้น ในกลุ่มปิด ฝ้าหนา-เหนียว สีเหลือง ถ้ามีไฟมากฝ้าจะมีลักษณะเกรียม ถ้าฝ้าเปลี่ยนลักษณะเป็นหลุดลอกจนไม่มีฝ้า ประกอบกับสีของลิ้นแดงจัด ดูแล้วไม่มีความชุ่มชื้น แสดงว่าไฟที่มีมาก เริ่มมีผลต่ออินในร่างกายแล้ว แสดงถึงพยากรณ์โรคไม่ดีแล้ว

4) จากอุณหภูมิของแขนและขา ในกลุ่มปิด มักจะร้อนก่อน ถ้าหนาวไม่ดีขึ้น จะค่อย ๆ เย็นขึ้น

#### จิ้งจิ้งฝู กลุ่มอาการหลุด (TuoZheng or Flaccid syndrom)

สาเหตุเกิดจากซี่เริ่มต้นลดลง และการเสื่อมลงของหยางไต

**อาการ:** เกิดทันที ล้มลง ไม่รู้สึก ตาปิด หายใจแผ่ว สีหน้าซีดขาว แขนขาอ่อนแรง มือแบ  
อุจจาระ-ปัสสาวะรด มีเหงื่อออก ตัวเย็น ริมฝีปากเขียวคล้ำ

**ลิ้น:** ลิ้นซีด ลิ้นหดรั้ง ฝ้าขาวอมเหนียว

**ชีพจร:** ชีพจรลอยกระจาย (SanMai) คือ ไม่มีราก หรือชีพจรแผ่ว (WeiMai) ชีพจรจับแล้ว  
ดูเหมือนจมเล็กอ่อนมากแทบไม่มีชีพจร

**วิเคราะห์:** เกิดการลดลงอย่างมากของ เหยี่ยวินชี (Primary Qi) และมีการแยกตัวของอินและ  
หยาง โดย หยางดั้งเดิมจะหลุดลอยออกไป การที่จิ่งเฟิง ไม่มีชี ทำให้ตาปิด หายใจแผ่ว แขนขาอ่อนแรง  
มือแบ ปัสสาวะ-อุจจาระรด ลิ้นซีดและชีพจรแผ่วแทบคลำไม่ได้ บ่งถึงการขาดเลือดและหยางไปอย่าง  
มาก ถ้ามีแขนขาเย็น หน้าแดง มีชีพจรใหญ่ลอย บ่งถึงอันตรายมาก มีอินลุ่มในส่วนล่าง และมีการ  
แยกตัวของหยาง ขึ้นส่วนบนของร่างกาย

### การรักษากลุ่มอาการหลุด

**หลักการรักษา:** ดึงหยาง โดยอาศัย อิน (เป็นวิธีการรักษาโดยหลักการที่ว่า “เมื่อหยาง เสื่อมลงจะ  
บำรุงหยางโดยตรงไม่ได้ ต้องใช้อินเป็นพื้นฐานด้วยเนื่องจากอิน-หยาง เกื้อกูลกัน”)

**จุดหลัก:** รมยา จุด GuanYuan (CV 4) และ ShenQue (CV 8) โดยจุด GuanYuan (CV 4)  
เป็นจุดที่เส้นรีน พบเส้นอินทั้งสามเส้น ใช้เสริมเหยี่ยวินอิน (Primary Yin) และดึงหยาง ให้กลับมา  
จุดอื่นในตำรา ใช้ QiHai (CV 6)

### จุดเสริม:

-: มีปัสสาวะรด เพิ่มจุด ShuiDao (ST 28) และ SanYinJiao (SP 6)

-: มีเหงื่อออกมาก เพิ่ม YinXi (HT 6)

-: มีอาการปลุกไม่ตื่น เพิ่ม ShenMai (BL 62)

### ระยะที่ 3 ระยะฟื้นตัว

จิ่งเฟิงระยะฟื้นตัว มีปัญหาเด่น 3 ประการ คือ

- 1) การเคลื่อนไหวเสียไป เนื่องจากการทรงตัวเสีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือกล้ามเนื้อเกร็ง
- 2) ปัญหาเรื่องการพูดและการกลืน

3) มีความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ เช่น การนอนหลับผิดปกติ ไม่ค่อยยอมกินหรือกินจุ ความจำเสื่อม โรคลมชัก อาการสั่นหรือ Parkinson

ในระยะฟื้นตัว หรือหลังรู้สึกตัว แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามช่วงเวลา ได้แก่

-: ระยะแรก ระยะฟื้นตัว ภายใน 3 เดือนแรก

-: ระยะกลาง ช่วง 3 เดือน – 1 ปี

-: ระยะหลัง เกิน 1 ปี

**โดยการฝังเข็มจะได้ผลดีที่สุดใน 3 เดือนแรก**

### 3.1 ปัญหาการเคลื่อนไหว

การเคลื่อนไหวเป็นปัญหาพื้นฐาน ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด การรักษาคล้ายกัน ฉะนั้น ยังไม่จำเป็นต้องพิจารณาหาสาเหตุ สามารถใช้ตำรับมาตรฐานที่กล่าวถึงข้างล่างนี้ หากไม่ได้ผลจึงพิจารณาหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง

ในทางปฏิบัติเวลารักษาจิ้งเพิง ต้องดูว่าผู้ป่วยรายนั้นมีปัญหาหลักขณะนั้นคืออะไร หากปัญหาหลักคือการเคลื่อนไหว ให้ยึดหลักดังนี้

#### ระยะ 3 เดือนแรกของการฟื้นตัว

โดยส่วนใหญ่ มักเป็นแบบอ่อนแรง ยังไม่เกร็ง อย่างไรก็ตามบางรายอาจเริ่มมีอาการเกร็ง ระยะนี้ แนะนำฝังเข็มล่าช้า โดยใช้ตำรับมาตรฐานพื้นฐานทั่วไป ดังนี้

**แขน:** ใช้ จุดหลักบนเส้นหยางหมิง ที่สำคัญ คือ BiNao (LI 14) ปกติต้องปักเข็มให้แน่นถึงนิ้วจิ้งดี ให้นิ้วกระตุก

**ขา:** ใช้ จุดหลักบนเส้นเส้าหยาง จุดสำคัญ คือ HuanTiao (GB 30) ต้องปักให้เท้ากระตุกจิ้งดี

**หมายเหตุ:** มิงงานวิจัย ตีพิมพ์ใน *Neuroradiology* (2003) 45: 780-784 เรื่อง *The Cerebrovascular Response to Traditional Acupuncture After Stroke* ได้ตรวจดู *Brain Perfusion* โดยดูผ่าน *Spect* ในผู้ป่วย 6 รายที่เป็น *Middle Cerebral Artery Occlusion* โดยเทียบก่อนและหลังฝังเข็ม โดยฝังเข็มที่แขนข่าที่มีอาการตามแนว *Yangming* (ใช้ LI 4, 10, 11, 15, 16 และ TE 5) พบว่า ในผู้ป่วยทุกรายหลังฝังเข็ม เพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมองบริเวณ *Hypoperfused Zone* รอบ ๆ *Ischemic lesion*

หลังปักเข็มบริเวณแขน ที่จุด BiNao (LI 14) และ QuChi (LI 11) ใช้ไฟฟ้ากระตุ้น 2 จุด ดังกล่าว โดยสามารถกระทำได้ 2 ลักษณะ คือ

แบบที่ 1 ถ้านิ้วมืออยู่ในลักษณะกำไม่ได้ ต้องกระตุ้นไฟให้นิ้วมืออยู่ในท่ากำมือได้

แบบที่ 2 ถ้านิ้วมืออยู่ในสภาพแบ่ไม่ได้ ต้องกระตุ้นไฟให้แบ่นิ้วมือได้

โดยเทคนิค ที่จะให้เป็นแบบที่ 1 หรือ 2 ขึ้นอยู่กับ

-: การปรับระดับความลึกของเข็ม

-: การปรับมุมเข็ม

-: การปรับขั้วไฟกระตุ้น

**ที่ขา** ใช้จับคู่กระตุ้นไฟฟ้า ระหว่างจุด HuanTiao (GB 30) กับ YangLingQuan (GB 34) โดยถ้ากรณีเป็นผู้ป่วยนอก ระยะเวลาให้ฝังเข็ม 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ กระตุ้นไฟโดยใช้ continuous wave

ที่ประเทศจีน กรณีเป็นผู้ป่วยใน อาจใช้ เข็มน้ำ (ShuiZhen) สลับกับฝังเข็มกระตุ้นไฟฟ้าทุกวัน โดย ถ้าเป็นเลือดออกในสมอง เข็มน้ำใช้ วิตามินบีรวม (Vit B complex); ถ้าเป็น สมองขาดเลือดตาย (brain infarction) เข็มน้ำใช้ DangGui กับ DanShen แทน หรือจะใช้ Vit Bcomplex ก็ได้

ที่แขน ฉีดเข็มน้ำ ที่ JianYu (LI 15) หรือ ShouSanLi (LI 10)

ที่ขา ฉีดเข็มน้ำ ที่ ZuSanLi (ST 36) หรือ XuanZhong (GB 39) หรือ FuTu (ST 32)

โดยปกติการใช้เข็มน้ำ ที่ขา 1 จุด และแขน 1 จุด ก็พอ อย่างไรก็ตามในระยะแรก วิธีหลักควรเป็นฝังเข็มลำตัว ถ้าไม่ได้ผลจึงใช้เข็มน้ำ หรือหลังจากฝังเข็มลำตัวแล้ว ถ้าเริ่มเดินได้ จึงใช้เข็มน้ำ

ในระยะนี้ต้องพิจารณา Functional Rehabilitation คือ นั่ง, ยืน, เดิน

**1) การนั่ง** ถ้าผู้ป่วยยังนั่งไม่ได้ นอกจากใช้จุดมาตรฐานดังกล่าวแล้ว ยังต้องเพิ่มชี้ให้ด้วย เพราะแพทย์จีนถือว่าการนอนนาน ๆ จะ สูญเสียพลังทำให้ชี้พร่อง จุดที่ใช้เพิ่มชี้ ได้แก่

ตำรับที่ 1: ใช้บำรุง ZuSanLi (ST 36) กับ SanYinJiao (SP 6)

ตำรับที่ 2: ใช้บำรุง TanZhong (CV 17), ZhongWan (CV 12) และ GuanYuan (CV 4)

โดยปักทั้ง 3 ตำแหน่ง ๆ ละ 3 เล่ม โดยเฉพาะในสัปดาห์แรก เน้นการเพิ่มชี้ เพื่อให้นั่งได้ ยังไม่เน้นเข็มที่แขนและขา อาจปักเฉพาะตำแหน่งหลักได้ เช่น BiNao (LI 14), QuChi (LI 11), HeGu (LI 4); ที่ขา BiGuan (ST 31), FuTu (ST 32), ZuSanLi (ST 36), TaiChong (LR 3)



**2) การย่น** เมื่อนั่งได้ตั้งขึ้น เป้าหมายต่อไป ต้องให้ยืนได้ การย่นนั้นต้องอาศัยกระดูก ต้องบำรุงกระดูกและไต มักใช้จุดมาตรฐาน ร่วมกับเสริม DaZhu (BL 11), XuanZhong (GB 39), ShenShu (BL 23), TaiXi (KI 3)

**3) การเดิน** การเดินต้องอาศัยเอ็นและกล้ามเนื้อ โดย

ตำรับที่ 1: เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ Quadriceps Femoris และ Tibialis Anterior โดยฝังเข็มตามแนวเส้นลมปราณหยางหมิงที่ผ่านกล้ามเนื้อดังกล่าว

ตำรับที่ 2: เพิ่มกำลังบำรุงเอ็น ใช้ YangLingQuan (GB 34) และ XuanZhong (GB 39)

ตำรับที่ 3: บำรุงตับ โดยบำรุง GanShu (BL 18), TaiChong (LR 3)

ตำรับที่ 4: บักระติมซานเตียนบริเวณ HuanTiao (GB 30)

ตำรับที่ 5: ใช้เส้นหยางของเท้า 3 เส้น เพราะหยาง คือการเคลื่อนไหวใช้ FuTu (ST 32), YinShi (ST 33), ZuSanLi (ST 36), HuanTiao (GB 30), YangLingQuan (GB 34), FengShi (GB 31), หลังเท้าใช้ DiWuHui (GB 42), YinMen (BL 37), WeiZhong (BL 40), ChengShan (BL 57), FuYang (BL 59), HuanTiao (GB 30), FengShi (GB 31), YangLingQuan (GB 34), XuanZhong (GB 39) โดยพิจารณาจำนวนจุดในแต่ละครั้งให้เหมาะสม

ตำรับที่ 6: เนื่องจากกล้ามเนื้อที่มีการฟื้นตัวช้าที่สุด คือ ankle dorsiflexion และ eversion ทำให้ผู้ป่วยเวลาเดินปลายเท้าตกบิดเข้าในและลากไปกับพื้น อาจใช้กระตุ้นไฟฟ้าที่ YangLingHou (อยู่หลังต่อ YangLingQuan (GB 34)) คู่กับ XuanZhong (GB 39) กระตุ้นไฟฟ้าให้ปลายเท้ากระดกขึ้นลงช้า ๆ กัน

ตำรับที่ 7: ใช้บำรุงจุด YangLingQuan (GB 34) แขนงทะเล YinLingQuan (SP 9)

ในการเลือกใช้เส้นเส้าหยาง ต้องพิจารณาเวลาเดินว่า กล้ามเนื้อมัดไหนไม่มีแรง แล้วเลือกจุดฝังเข็มตามแนวนั้น

### ระยะกลางของการฟื้นตัว (3 เดือน – 1 ปี)

แนวทางการรักษาใช้การฝังเข็มลำตัว สลับกับ การฝังเข็มศีรษะ (Scalp Acupuncture)

### ระยะหลังของการฟื้นตัว (เกิน 1 ปี)

เนื่องจากโรคเป็นมานาน ต้องมีการคั่งแน่นนอน ทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะเกร็งแข็ง การรักษาให้ปล่อยเลือดบริเวณ QuZe (PC3) กับ WeiZhong (BL 40)

แพทย์แผนปัจจุบันมองว่า ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีการเกร็งแบบ

-: Upper Extremity: Shoulder: Adduct & Internal Rotation

Elbow: Flexion & Pronation

Wrist & Fingers: Flexion

-: Lower Extremity: Hip : Flexion & External Rotation

Knee: Flexion

Ankle: Plantar Flexion

กล้ามเนื้อที่จะมีการฟื้นตัวช้าที่สุดคือ Ankle Dorsiflexion & Eversion ทำให้ผู้ป่วยยังเดิน  
ปลายเท้าตก บิดเข้าในและลากไปกับพื้น อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแขนมักเกร็งอยู่ใน  
ท่างอและขาเกร็งอยู่ในท่าเหยียด

จากลักษณะดังกล่าว แพทย์จึงมองว่า อินเกร็ง หยางพร่อง ฉะนั้น หลักการรักษาต้องระบาย อิน  
และบำรุงหยาง บริเวณแขนและขา

**สรุป อาการเกร็งที่ขา** ใช้ 3 คู่ คือ

-: บำรุง ShenMai (BL 62) คู่กับ ระบาย ZhaoHai (KI 6)

-: บำรุง XuanZhong (GB 39) คู่กับ ระบาย SanYinJiao (SP 6)

-: บำรุง YangLingQuan (GB 34) คู่กับ ระบาย YinLingQuan (SP 9)

**เกร็งที่แขน** ใช้ 3 คู่ คือ

-: ระบาย DaLing (PC7) คู่กับ บำรุง YangChi (TE 4)

-: ระบาย QuZe (PC3) คู่กับ บำรุง QuChi (LI 11)

-: ระบาย NeiGuan (PC6) คู่กับ บำรุง WaiGuan (TE 5)

ข้อสังเกต: จุดที่ใช้กับแขน-ขา เพื่อลดอาการเกร็ง มักไม่เกินข้อศอกและข้อเข่า โดยที่จุดแขน 3 คู่  
ขา 3 คู่ ข้างต้น อาจใช้วิธีแทงโหว่ จากอินไปหยางก็ได้

ในทางแพทย์แผนตะวันตก การรักษาลดอาการเกร็ง (spasticity) ต้องหาปัจจัยที่อาจกระตุ้นให้  
เกิดอาการเกร็งมากขึ้น เช่น แผลกดทับ ภาวะที่กระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อของทางเดิน  
ปัสสาวะ ฯลฯ เมื่อแก้ไขปัจจัยกระตุ้นเหล่านี้แล้ว หากยังมีอาการเกร็งอาจใช้ **Stretching Exercise**  
และจัดทำเพื่อช่วยลดเกร็ง และอาจใช้ฝังเข็มช่วยลดอาการเกร็งตามที่ได้กล่าวรายละเอียดข้างต้นแล้ว

นอกจากนี้ อาจพิจารณารักษาเพื่อลดอาการเกร็งอย่างเต็มที่ หากอาการเกร็งทำให้เกิดปัญหา 1) รบกวนการนอน 2) รบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน 3) เกร็งจนทำให้ผู้ป่วยปวด 4) เกร็งจนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยขั้นตอนต่อไป คือ ให้อาการเกร็ง หรือให้อาการเกร็งชนิดฉืด ซึ่งเหมาะสำหรับรักษาอาการเกร็งกระตุกเฉพาะที่ ยาที่ใช้ได้แก่ ฟีนอล, โบทูลินั่มท็อกซินชนิดเอ หรืออาจใช้ Splint โดยที่มืออาจใช้ Dorsal Resting Hand Splint ที่ขาอาจใช้ Ankle Foot Orthosis

ในระยะกลาง และระยะหลังของการฟื้นตัว ต้องสังเกตว่า กล้ามเนื้อมัดใดที่อ่อนแรง แล้วมีลักษณะลีบฝ่อ (atrophy) ซึ่งอาจมีผลเสียต่อการเดิน หรือการทำกิจวัตรประจำวัน อาจพิจารณาฝังเข็มบริเวณกล้ามเนื้อมัดนั้นแล้วกระตุ้นไฟฟ้า โดยไม่ต้องฝังตามแนวเส้นลมปราณก็ได้ จะช่วยเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อได้

นอกจากนี้ ในการฝังเข็มลดอาการเกร็ง อาจฝังเข็มศีรษะ แทนฝังเข็มลำตัว โดยฝังเข็มศีรษะบริเวณ Motor และ Sensory Area

### 3.2 ปัญหาเรื่องการพูดและการกลืน

#### ปัญหาเรื่องการพูด

ในการแพทย์แผนปัจจุบัน มีการฝึกกระตุ้นการพูด โดย Speech therapy ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Rehabilitation team แยกเป็น 2 กรณี

1) Motor Aphasia ได้ผลการรักษาดีกว่า Sensory Aphasia

2) Sensory Aphasia

#### 1) Motor Aphasia

ปัญหาอยู่ที่การเคลื่อนไหวของลิ้น ลิ้นแข็ง ลิ้นไม่ขยับ ผู้ป่วย motor aphasia มักมีลักษณะลิ้นใหญ่-อ้วน ซึ่งเกิดจากมีความชื้นกับเสมหะ บ่งถึงภาวะพร่อง

#### ตำรับการรักษา:

ตำรับที่ 1: LianQuan (CV 23) หรือฝังเข็มแบบ ลิ้น 3 เข็ม บริเวณ LianQuan (CV 23)

ตำรับที่ 2: กรณีพูดไม่ได้เลย ลิ้นเคลื่อนไหวไม่ได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อควบคุมลิ้นไม่ตื่น ต้องฝังเข็มให้ตื่น ต้องปัก JinJin, YuYe (EX-HN 12, 13) โดยต้องปักให้ลิ้นทะลัก

ตำรับที่ 3: กรณีผู้ป่วยยังพอฟุดได้ แต่พุดไม่ชัด ให้ปัก Wai JinJin, YuYe โดยปลายเข็มทั้ง Wai JinJin, YuYe และ JinJin, YuYe (EX-HN 12, 13) ให้ปลายเข็มชี้ไปโคนลิ้นทั้งลิ้น

ตำรับที่ 4: กรณีใช้ตำรับที่ 1 - 3 ไม่ได้ผล แนะนำให้ปัก JuQuan (Extrapoint) เป็นจุดตรงกึ่งกลางลิ้น ใช้เข็ม 3 ชู่น ปักเข้าลิ้น แล้วปรับเข็มขนานราบไต่ไปที่โคนลิ้น กระตุ้นจนผู้ป่วยจะสำรอก แล้วดึงเข็มออก

## 2) Sensory Aphasia

ตำแหน่งของโรคอยู่ที่สมองไม่ใช่โคนลิ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่รับรู้ ไม่รู้เรื่อง ไม่ใช่พุดไม่ได้ ผู้ป่วยมักมีลิ้นเล็กแลบไม่ออก ปลายลิ้นคือหัวใจ โคนลิ้นคือไต และเนื่องจากพลังของทั้งสองระบบไม่ดีจึงแลบไม่ออก การรักษา ฝังเข็มสมอง 9 เล่ม แบบทางนกยูง จะครอบคลุมเส้นลมปราณหยางทั้งหมด

**หมายเหตุ** อาจารย์ **เจิ้งจื่อเจิน** ไม่แนะนำให้ปัก YaMen (GV 15) เนื่องจาก ในกรณีนี้ต้องปักลึก เป็นพิเศษ ซึ่งอาจเกิดอันตรายได้

## ปัญหาเรื่องการกลืน

ให้ใช้ LianQuan (CV 23) แบบ 3 เข็ม ฝังเข็มศีรษะ ตำแหน่ง Motor area บริเวณใบหน้า (2/5 ส่วนล่างของแนวเส้น) การแพทย์แผนปัจจุบัน มีการฝึกกระตุ้นการกลืน โดยนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Rehabilitation Team

## 3.3 ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์

ประเด็นในการรักษา ต้องแยกว่าพยาธิสภาพหลักในผู้ป่วยแต่ละรายมาจากสาเหตุใดเด่น โดยใช้อาการเป็นหลัก ร่วมกับคลั่งซีฟจร และดูลิ้น ในทางปฏิบัติ หากอาการของผู้ป่วยกับลิ้นและซีฟจร ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ต้องพิจารณาดูอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมาเป็นหลัก แล้วรักษาตามนั้น

### การแยกพยาธิสภาพ

#### 1) กลุ่มอาการของลม

**อาการโดยรวม:** แน่นศีรษะ คอแข็ง ตาลาย กล้ามเนื้อสั่นกระตุก มือสั่น เท้ากระตุก ศีรษะลิ้น เวียนศีรษะ ลูกขึ้นแล้วโง่งน

ลมเกิดจากลมดับ ไฟดับ หยางดับ โดยถ้าไฟดับกับหยางดับมากไป จะแปรเปลี่ยนเป็นลม

### 1.1) ลมดับ

**อาการ:** มือเท้าลั่น คีรษะลั่น

**ชีพจร:** ชีพจรเล็ก-ตึง (Xi-XuanMai)

**ลิ้น:** ฝ้าธรรมชาติ

**การรักษา:** จุดที่มีสรรพคุณไล่ลม FengChi (GB 20), FengFu (GV 16), FengShi (GB 31) TaiChong (LR 3) จุดอื่นในตำรา QuChi (LI 11), WaiGuan (TE 5)

### 1.2) หยางดับ

**อาการ:** ความดันเลือดสูง และเวียนศีรษะ ตาตาย

**ชีพจร:** ชีพจรตึง (XuanMai) ร่วมกับชีพจรลอยอ่อน (RuMai)

**การรักษา:** สงบดับ ในตำราใช้ BaiHui (GV 20), SiShenCong (EX-HN 1) FengChi (GB 20), XingJian (LR 2), DaLing (PC7), TaiChong (LR 3) และ HeGu (LI 4), ShaoFu (HT 8)

## 2) กลุ่มอาการไฟ

**อาการโดยรวม:** หงุดหงิด โมโหง่าย กระหายน้ำ หน้าแดง โดยอาจมีไม่ครบทุกอาการ ขึ้นกับระดับความรุนแรง ต่างกันได้ ถ้าไฟมากมักผอม และถ้าดูการตื่นตัว ไฟมากเดินมาก

### 2.1) ไฟดับ

**อาการ:** โกรธง่าย โมโหให้เห็น หลับได้แต่ไม่สนิท

**ชีพจร:** ชีพจรเล็ก-ตึง-เร็ว (Xi-Xuan-ShuMai),

**ลิ้น:** ลิ้นสีแดงเฉพาะขอบลิ้น ปลายลิ้นไม่แดง

### 2.2) ไฟหัวใจ

**อาการ:** นอนไม่หลับทั้งคืน

**ชีพจร:** ชีพจรเล็ก-เร็ว (Xi-ShuMai)

**ลิ้น:** ปลายลิ้นแดงชัดเจน มีตุ่มแดงผุดขึ้น

**การรักษา:** ต้องสงบใจ ลดไฟ ใจจุด

1. ระบาย ShenMen (HT 7), บำรุง ShaoHai (HT 3) หรือ ZhaoHai (KI 6) เหตุผลที่บำรุง ShaoHai (HT 3) เพราะเป็นธาตุน้ำ ใช้หลักน้ำข่มไฟ

2. ระบาย DaLing (PC7), ระบาย XingJian (LR 2)

3. บำรุงธาตุน้ำเพื่อดับไฟ โดยบำรุง ShuiQuan (KI 5), บำรุง YinGu (KI 10)

### 3) เสมหะ

**อาการ:** ชี้เกียด ขยับตัวน้อย นั่งตรงไหนหลับตรงนั้น มักมีรูปร่างอ้วน เสมหะมากมักนอนนิ่ง สีหน้าหมองคล้ำ ซีด

**ชีพจร:** ชีพจรตึง-ลื่น (Xuan-HuaMai)

**ลิ้น:** ฝ้าเหนียว

**การรักษา:** สลายเสมหะ ใช้จุด FengLong (ST 40), ZhongWan (CV 12), YinLingQuan (SP 9) อาจเพิ่ม ZhiGou (TE 6)

เสมหะมาจากม้าม ถ้ามีเสมหะแล้วไปที่ปอดมาก ให้รักษาที่เหตุ ใช้ PiShu (BL 20) ถ้ามีเสมหะแล้วใช้จุด FeiShu (BL 13) ด้วย

### 4) เลือดคั่ง

**อาการ:** แขน-ขาเกร็ง มีอาการปวด ไม่ว่าจะขยับหรือไปแตะก็ปวด

**ชีพจร:** ชีพจรเล็ก-ฝืด (Xi-SeMai)

**ลิ้น:** มีจุดช้ำบนลิ้น

**การรักษา:** ปล่อยเลือด จากหลักการที่ว่า “เลือดเก่าไม่ไป เลือดใหม่ไม่มา” ซึ่งในประเทศไทยไม่เป็นที่นิยม หรืออาจใช้ยาจีน

### 5) ชีพร่อง

**อาการ:** ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย

**ชีพจร:** ชีพจรเล็ก (XiMai)

**ลิ้น:** ลิ้นอ้วนมีรอยฟัน

**การรักษา:** ใช้ QiHai (CV 6), GuanYuan (CV 4)

ข้อสังเกต: ลักษณะชีพจรของจิ้งเฟิง โดยภาพรวมมักมีลักษณะ ชีพจรตึง (XuanMai) และชีพจรเล็ก (XiMai) เนื่องจากเป็นพร่อง (ชีไตพร่อง), เปี้ยวแกร่ง (คือ ลม ไฟ เสมหะ เลือดคั่ง) คือ ภายในพร่อง แต่แสดงลักษณะของแกร่ง โดยตำแหน่งบนแกร่ง ล่างพร่อง



## ปัญหาความจำเสื่อมจากจิ้งเพิง

**อาการหลัก:** ปฏิกริยา ความคิด เคลื่อนไหวช้า เชื่องซึม

โดยความจำเสื่อมจากจิ้งเพิง จะมีการเปลี่ยนของอารมณ์ร่วมด้วย

ความจำเสื่อมจากจิ้งเพิง มี 2 ประเภท คือ

### 1. ประเภทเชื่องซึม เกิดจากลมและเสมหะ

**การรักษา:** ขับลม สลายเสมหะ

-: ขับลม ใช้ FengChi (GB 20), BaiHui (GV 20), SiShenCong (EX-HN 1)

-: สลายเสมหะ ใช้ FengLong (ST 40), ZuSanLi (ST 36), หรือ YinLingQuan (SP 9)

### 2. ประเภทชอบเคลื่อนไหว กระตือรือร้น เกิดจากลมและไฟ

**การรักษา:** ต้องขับลม ลดไฟ

-: ขับลม ใช้ FengChi (GB 20), BaiHui (GV 20), SiShenCong (EX-HN 1)

-: ระบายไฟตับ ใช้ XingJian (LR 2)

-: ระบายไฟหัวใจ ใช้ DaLing (PC7) หรืออาจใช้เพิ่มน้ำ โดยใช้ TaiXi (KI 3) (ชี้ไต),

FuLiu (KI 7) (ไตน้ำ)

## ศาสตราจารย์ เหียนลี่ (阎莉教授 Yan Li JiaoShou)

ศาสตราจารย์ **เหียนลี่** แห่งมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเทียนจิน เป็นอาจารย์แพทย์จีนที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการรักษาโรคระบบประสาทและกล้ามเนื้ออย่างมาก และมีประสบการณ์ทางด้านนี้มาอย่างยาวนานและลึกซึ้ง จนสามารถตกผลึกการดูแลรักษาโรคทางด้านระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่มีประสิทธิภาพและความโดดเด่นเฉพาะตัว จุดเด่นในการรักษาของอาจารย์ **เหียนลี่** นอกจากเชี่ยวชาญทฤษฎีและการรักษาแบบการแพทย์แผนจีนแล้ว ยังมีความรู้ความสามารถด้านการแพทย์แผนตะวันตกอย่างลึกซึ้ง จนสามารถบูรณาการทฤษฎีและการรักษาโรคแบบแผนจีน เข้ากับการวินิจฉัยโรคและการรักษาตามแบบแผนตะวันตกได้อย่างเหมาะสมลงตัว ทั้งการฝังเข็มและการใช้ยาจีน

ศาสตราจารย์ **เหียนลี่** ได้รับเชิญเป็นวิทยากรบรรยายและสาธิตวิธีการรักษาโรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อให้กับแพทย์ฝังเข็มในประเทศไทยหลายครั้ง และได้เป็นแบบอย่างและแบบแผนที่ดีในการฝังเข็มรักษาโรคทางด้านนี้ที่มีประสิทธิภาพ ในที่นี้ได้สรุปเนื้อหาคำบรรยายบางส่วนเกี่ยวกับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (การรักษาอาการเบื้องต้นบางส่วนสรุปไว้ในบทที่ 3) เพื่อเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ทางคลินิก

### แนวทางการฝังเข็มรักษาจิ้งเฟิง

#### 1. สาเหตุและกลไกการเกิดโรค

จิ้งเฟิงมีปัจจัยก่อโรคหลายอย่างทำให้มีการดำเนินโรคที่ซับซ้อน ปัจจัยก่อโรค ได้แก่ ลม (风 Feng-เฟิง) ไฟ (火 Huo-หว่า) เสลด (痰 Tan-ถาน) และ คั่ง (瘀 Yu-อวี หมายถึง เลือดคั่ง) ตำแหน่งของโรคอยู่ที่สมอง กลไกการเกิดโรคมี่ดังนี้

- 1) อินของตับและไตพร่อง ทำให้น้ำไม่หล่อเลี้ยงไม่ เกิดลมตับโหมสะพัด
- 2) อารมณ์ที่ทั้งทำรุนแรงเกินระดับปกติ ทำให้หยางของตับลอยขึ้นสูง ไปเหนียวทำให้เกิดไฟในหัวใจ หลวมกับไฟร่วมโหมไม่สะพัด ทำให้เลือดและซี่ไหลย้อนขึ้นสู่เบื้องสูง
- 3) รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ชอบทานอาหารมันเลี่ยน ทำให้เกิดเสลดสกปรกขึ้นภายใน
- 4) การเคลื่อนไหวของซี่เสียสมดุล ซี่ติดขัดทำให้เลือดไหลเวียนไม่คล่อง

5) ร่างกายอ่อนแอแต่กำเนิด ซึ่งพร่องไม่มีแรงผลักดันเลือดให้ไหลเวียน นานวันเข้าเกิดเป็นเลือดคั่ง

เมื่อปัจจัยก่อโรค คือ ลม ไฟ เสลดสกปรก และเลือดคั่ง ขึ้นไปรบกวนทวารสมอง ทำให้เกิด “ทวารสมองปิดกั้น เส้นหลบซ่อน เส้นไม่ชักนำกำกับชี (窍闭神匿, 神不导气)” เกิดเป็นจิ้งเพิง ซึ่งในที่นี้หมายถึงหน้าที่การเคลื่อนไหวที่ถูกควบคุมโดยสมอง เช่น การเคลื่อนไหวของแขนขา การพูด การกลืน ฯลฯ ตลอดจนการรับรู้สติถูกปิดกั้น

## 2. การวิเคราะห์แยกกลุ่มอาการโรค

### 1) โรคกระทำต่อเส้นลมปราณ หรือ จิ้งจิ้งลั่ว

**อาการหลัก:** ร่างกายซีกหนึ่งใช้การไม่ได้ตั้งใจคิด ลิ้นแข็งพูดจาติดขัด ปากเบี้ยว

**อาการร่วม:**

1.1) **หยางของตับทะยานขึ้นสูง:** หน้าแดง ตาแดง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ กระสับกระส่ายวุ่นวาย ใจ โมโหง่าย ปากขม คอแห้ง ท้องผูก บัสสาวะสีเหลืองเข้มออกแดง ลิ้นสีแดงหรือแดงเข้ม ฝ้าลิ้นสีเหลืองหรือแห้งเกรียม ซีฟจรตึงมีแรง

1.2) **ลมและเสลดอุดกั้นเส้นลมปราณ:** แขนขาชา หรือแขนขาหดเกร็งเป็นตะคริว เวียนศีรษะ ตาลาย ฝ้าลิ้นสีขาวเหนียว ซีฟจรตึงลิ้น

1.3) **เสลดและความร้อนสะสมในอวัยวะกลาง:** ปากเหนียว มีเสมหะมาก ท้องอืดแน่น ท้องผูก ลิ้นสีแดง ฝ้าลิ้นสีเหลืองเหนียวหรือสีเทาดำ ซีฟจรตึงลิ้น

1.4) **ซีพร่องมีเลือดคั่ง:** แขนขาอ่อนแรง ร่างกายซีกหนึ่งมีอาการชา มือเท้าบวมแน่น หน้าขาวซีด หายใจตื้น ไม่มีแรง ใจสั่น เหลือออกง่าย ลิ้นสีคล้ำ ฝ้าที่ลิ้นสีขาวเหนียว ซีฟจรเล็กผิดปกติ

1.5) **อินพร่องมีลมเคลื่อนอยู่ภายใน:** แขนขาชา กระสับกระส่ายวุ่นวายใจ นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ มีเสียงดังในหู แขนขาหดเกร็งเป็นตะคริว หรือแขนขาลั่น ลิ้นสีแดง ฝ้าที่ลิ้นมีน้อย ซีฟจรเล็กเร็ว

### 2) โรคกระทำต่ออวัยวะภายใน หรือ จิ้งจิ้งฝู

**อาการหลัก:** ร่างกายซีกหนึ่งใช้การไม่ได้ตั้งใจคิด สติเลือนลอย เลื่อนราง ง่วงสะสมสละลือ เอาแต่นอนตลอดเวลา หรือกระทั่งหมดสติไป

### 2.1) กลุ่มอาการปิด หรือ ปี่เจ็ง

อาการ: เป็นไข้ตัวร้อน กัดฟันแน่น ปากปิดสนิท มือทั้งสองข้างกำแน่น แขนขาเกร็ง ไม่ถ่าย อุจจาระปัสสาวะ อาการเหล่านี้ บางครั้งอาจเรียกว่า กลุ่มอาการอันกงหนิวหวาง คือ กลุ่มอาการที่เหมาะสมกับการใช้ยาตำรับ “อันกงหนิวหวางหาน”

### 2.2) กลุ่มอาการหลุด หรือ หัวเจ็ง

อาการ: หมดสติ หน้าขาวซีด มือแบออก ปากเปิดอ้า แขนขาอ่อนปวกเปียก อุจจาระปัสสาวะราด มีเหงื่อออกเหมือนน้ำมัน ซีฟจรกระจายซ่าน หรืออ่อนเบา

## 3. การรักษา

### 3.1 การรักษาจิ้งจิลัว

**วิธีการรักษา:** ปลุกลมองเปิดทวาร (สิงหนาคไคเซี่ยว) บำรุงอินของตับและไต ทำให้ซี่ไหลคล่อง

**จุดหลัก:** NeiGuan (PC6), ShuiGou (GV 26), JiQuan (HT 1), ChiZe (LU 5), SanYinJiao (SP 6), ZhaoHai (KI 6)

**จุดเสริมตามการวิเคราะห์แยกกลุ่มอาการโรค:**

-: หยางตับทะยานขึ้นสูง: TaiChong (LR 3), TaiXi (KI 3)

-: ลมและเสลดอุดกั้นเส้นลมปราณ: FengLong (ST 40), HeGu (LI 4)

-: เสลดและความร้อนอุดกั้นในอวัยวะกลาง: ZhongWan (CV 12), NeiTing (ST 44)

-: ซี่พรวงมีเลือดคั่ง: ZuSanLi (ST 36), QiHai (CV 6)

-: อินพรวงมีลมเคลื่อนอยู่ภายใน: TaiXi (KI 3), FengChi (GB 20)

**จุดเสริมตามอาการ:**

-: ตาเข-ปากเบี้ยว: JiaChe (ST 6), DiCang (ST 4)

-: แขนเคลื่อนไหวไม่ได้ตั้งใจคิด: JianYu (LI 15), ShouSanLi (LI 10), HeGu (LI 4),

BaXie (EX-UE 9).

-: ขาเคลื่อนไหวไม่ได้ตั้งใจคิด: HuanTiao (GB 30), YangLingQuan (GB 34)

-: เวียนศีรษะ: FengChi (GB 20), WanGu (GB 12), TianZhu (BL 10), BaiHui (GV20)

-: เท้าบิดเข้ด้าันใน: QiuXu (GB 40), ZhaoHai (KI 6), KunLun (BL 60),  
ZuLinQi (GB 41).

-: ท้องผูก: FengLong (ST 40), ShuiDao (ST 28), GuiLai (ST 29)

-: มองเห็นภาพซ้อน: FengChi (GB 20), NeiJingMing (Extra), QiuHou (EX-HN 7),  
XiaYuYao (Extra).

-: ควบคุมปั้สภาวะไม่ได้, ปั้สภาวะไม่ออก: ZhongJi (CV 3), GuiLai (ST 29),

-: พุดไม่ได้: YongQuan (KI 1)

#### เทคนิคการปักและกระตุ้นเข็ม

-: NeiGuan (PC6) ปักตรงลึก 0.8 - 1 ชุ่น ซอยเข็มพร้อมกับปั้นเข็มแบบระบาย นาน 1 นาที  
คาเข็มไว้ 20 - 30 นาที

-: ShuiGou (GV 26) ปักเข็มเฉียงปลายเข็มชี้ไปยัง nasal septum ลึก 0.3 - 0.5 ชุ่น กระตุ้น  
แบบนกจิก จนมีน้ำตาเอี่ยม หรือไหลออกมา

-: JiQuan (HT 1) ให้ปักต่ำกว่าจุด JiQuan (HT 1) ลงมาตามแนวเส้นลมปราณ 1 ชุ่น ซอย  
เข็มแบบระบาย จนนิ้วมือกระตุก 3 ครั้ง ไม่คาเข็ม

-: ChiZe (LU 5) ปักเข็มตรง ลึก 1 ชุ่น ซอยเข็มพร้อมกับปั้นเข็มแบบระบาย จนข้อมือกระดก  
ขึ้น คาเข็มไว้ 20 - 30 นาที

-: SanYinJiao (SP 6) ปักเข็มเฉียง 45 องศา ปลายเข็มชี้ไปยังเอ็นร้อยหวาย ลึก 1 - 1.5 ชุ่น  
ซอยเข็มพร้อมกับปั้นเข็มแบบบำรุง จนแข็งกระตุก 3 ครั้ง คาเข็มไว้ 20 - 30 นาที

-: NeiJingMing (Extra), QiuHou (EX-HN 7), XiaYuYao (Extra) ใช้เข็มบางขนาด  
0.18x30 mm หรือ 0.20x30 mm ปักลึก 0.5-1 ชุ่น ปั้นเข็มแบบบำรุงเบา ๆ ห้ามซอยเข็มอย่างเด็ดขาด  
คาเข็มไว้ 20 - 30 นาที

-: ควบคุมปั้สภาวะไม่ได้, ปั้สภาวะไม่ออก: ZhongJi (CV 3), GuiLai (ST 29) รมยาคั่น  
กระเทียมโดยใช้โกลูขนาดกลาง 3 - 5 จ้วง จนผิวบริเวณที่รมยาเป็นสีออกแดงชมพู

-: YongQuan (KI 1) ปักลึก 1 ชุ่น ซอยเข็มพร้อมกับปั้นเข็มแบบบำรุง

### นัยยะของจุดฝังเข็ม

-: NeiGuan (PC6) เป็นจุดลั่วของเส้นลมปราณเยื่อหุ้มหัวใจ ปรับสมดุลเส้น (สติ ความคิด จิตใจ), ShuiGou (GV 26) เป็นจุดบนเส้นลมปราณตู่ ซึ่งเข้าสู่สมอง ใช้เพื่อปลุกสติเปิดทวาร สองจุดนี้ ร่วมกัน มีสรรพคุณ ปรับเส้นควบคุมกำกับที่

-: SanYinJiao (SP 6) บำรุงอินของตับและไต

-: จุดอื่น ๆ ที่เหลือ ใช้ทะลวงเส้นลมปราณ การกระตุ้นสมรรถภาพในการเคลื่อนไหว

-: จิ้งเพิงมักก่อความเสียหายต่อ Oculomotor nerve, Abducen nerve จนทำให้มีอาการ มองเห็นภาพซ้อน FengChi (GB 20), NeiJingMing (Extra), QiuHou (EX-HN 7), XiaYuYao (Extra) เป็นตำรับในการรักษาอาการเห็นภาพซ้อน

**ระยะการรักษา:** ทำการรักษาวันละ 1 ครั้ง ทุกวัน 15 ครั้ง เป็น 1 คอร์ส รักษา 3 คอร์ส มีอัตรา ที่ให้ผลการรักษา 98% ชุน

### 3.2 การรักษาจิ้งจิ้งผู้

**วิธีการรักษา:** ปลุกสมอง เปิดทวาร เปิดที่ปิด ริ่งที่หลุด (醒脑开窍启闭固脱)

**จุดหลัก:** NeiGuan (PC6), YinTan (EX-HN 3), ShangXing (GV 23), BaiHui (GV 20)

**จุดเสริม:** - กลุ่มอาการปิด (บึ้ง): 12 จุดจิ้ง, TaiChong (LR 3), HeGu (LI 4)

- กลุ่มอาการหลุด (หัวจิ้ง): GuanYuan (CV 4), QiHai (CV 6),

รมยา ShenQue (CV 8)

### เทคนิคการปักและกระตุ้นเข็ม

-: YinTan (EX-HN 3) ปักเข็มเฉียงปลายเข็มชี้ไปยังปลายจมูก ลึก 0.3 ชุน ซอยเข็มพร้อมกับ ปั่นเข็มแบบระบาย

-: BaiHui (GV 20) ปักเข็มเฉียงปลายเข็มชี้ไปทางด้านหลังกระหม่อม ลึก 0.3 ชุน

-: จุดจิ้ง YongQuan (KI 1) ปักเข็มตรง ลึก 1 ชุน กระตุ้นแบบระบาย จุดจิ้งอื่น ๆ ที่เหลือใช้ เข็มที่มเจาะ ไม่คาเข็ม

-: HeGu (LI 4), TaiChong (LR 3) ปักเข็มตรง ลึก 1 ชุน กระตุ้นแบบระบาย

-: GuanYuan (CV 4), QiHai (CV 6) ใช้เข็มอ่อน หรือหลังปักเข็มแล้วรมยาแบบรมเหนือผิว



-: ShenQue (CV 8) รมยาแบบคั่นเกลือ

#### นัยยะของจุดฝังเข็ม

-: จุดจิ้งทั้ง 12 สามารถเชื่อมทะลวงซึ่งของเส้นลมปราณทั้ง 12 เส้น ปรับสมดุลอินและหยาง

-: HeGu (LI 4), TaiChong (LR 3) สงบตับ ระวังลม

-: GuanYuan (CV 4) เป็นจุดพบปะของเส้นลมปราณเท้าอินทั้งสามเส้น การรมยาที่จุดนี้ ช่วยเสริมประคองชีในเส้นลมปราณอินทั้งสาม

-: ShenQue (CV 8) เป็นรากฐานแห่งชีวิต เป็นที่แห่งเงินชี่ (หยวนชี่) ใช้ร่วมกับ QiHai (CV 6) ช่วยบำรุงชี่ทำรากฐานให้เข็มแข็ง ฟันฟูหยาง เหนี่ยวรั้งหยางไม่ให้หลุดออก

#### สรุปการฝังเข็มรักษาด้วยวิธีการปลุกสมองเปิดทวาร

วิธีการปลุกสมองเปิดทวาร (醒脑开窍法 ลิงหน่าวไคเฉี่ยวผ่า) เป็นวิธีการใช้จุดฝังเข็มร่วมกันเพื่อรักษาจิ้งเพิง ที่ถูกคิดค้นและสร้างสรรค์โดย ศาสตราจารย์ **ซือเสวหมิ่น** (Shi XueMin, 石学敏) ในปี ค.ศ. 1972 ได้มีการใช้ทางคลินิกมานานกว่า 30 ปี ให้ผลในการรักษาจิ้งเพิงได้อย่างโดดเด่นชัดเจน จากการวิจัยพื้นฐานและการสังเกตทางคลินิกจำนวนมาก พบว่า วิธีนี้มีสรรพคุณปรับสมดุลการทำงานของร่างกายหลายระบบให้ดีขึ้น ปัจจุบันวิธีนี้จึงไม่ได้เพียงจำกัดอยู่แค่ใช้รักษาจิ้งเพิงเท่านั้น แต่สามารถใช้กับโรคและอาการอื่น ๆ ได้ด้วย อาทิ

-: โรคทางสมองอื่น ๆ เช่น cerebral palsy ในเด็ก, พิษจาก carbon monoxide, สมองได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุภายนอกหรือการผ่าตัด อัมพาตจากพยาธิสภาพทางสมองอื่น ๆ

-: อาการปวดรุนแรงต่าง ๆ เช่น ปวดประสาท ปวดจากอวัยวะภายใน ปวดจากการบาดเจ็บ ปวดจากมะเร็ง ฯลฯ

-: โรคทางจิตประสาท เช่น จิตเภท คลุ้มคลั่ง ลมชัก ซึมเศร้า ฯลฯ

-: โรคอื่น ๆ เช่น โรคนอนไม่หลับ บัสสาวะรดที่นอน ความผิดปกติของฮอร์โมน ฯลฯ

ซึ่งต่างก็ให้ผลการรักษาที่เป็นไปตามอุดมคติเป็นอย่างมาก หากจะกล่าวให้ถูกต้อง วิธีลิ่งหน่าวไคเฉี่ยว ควรจัดอยู่ในวิธีการแทงเข็มเพื่อ “ปรับเส้น” ในคัมภีร์ *เน่ยจิง* ได้มีการบันทึกว่า “การแทงเข็มทุกวิธี ต้องมีรากฐานที่เส้นก่อน”

นิยาม “เส้น (神 Shen)”

เส้น ในทางการแพทย์จีนมีความหมายแบ่งเป็น ความหมายโดยกว้างและความหมายโดยแคบ  
 เส้น ในความหมายโดยกว้าง หมายถึง การแสดงออกของกิจกรรมชีวิตทั้งหมด โดย การมอง ฟัง  
 ดม ลิ้มรส พุด รับรู้สึกรู้กลิ่น เคลื่อนไหว ทรงตัว อารมณ์ สติปัญญา การแสดงออก ความคิด ฯลฯ ต่างมีเส้น  
 เป็นหลัก มีเส้นเป็นตัวควบคุมกำกับและปรับสมดุล

เส้น ในความหมายโดยแคบ หมายถึง เฉพาะสติสัมปชัญญะ จิตวิญญาณ ความสามารถทาง  
 ความคิด

ด้วยเหตุนี้ เส้น (神) ในวิธีการ “ปรับเส้น” จึงเป็นความหมายโดยกว้าง

องค์ประกอบของวิธีการปลุกสมองเปิดทวาร

การเลือกใช้จุดฝังเข็มประกอบด้วย จุดฝังเข็มหลัก จุดฝังเข็มเสริม และจุดฝังเข็มประกอบ

1. จุดฝังเข็มหลัก ในการฝังเข็มปลุกสมองเปิดทวาร มีจุดหลัก 2 จุด ใช้ทดแทนกันได้ ได้แก่

1.1 NeiGuan (PC6), RenZhong (GV 26), SanYinJiao (SP 6) หรือเรียกว่า ปลุกสมอง  
 เปิดทวารชุดใหญ่ (大醒脑开窍 ตำลึงหน่าวไคเซี่ยว)

1.2 NeiGuan (PC 6), YinTang (EX-HN 3), ShangXing (GV 23), BaiHui (GV 20),  
 SanYinJiao (SP 6) หรือเรียกว่า ปลุกสมองเปิดทวารชุดเล็ก (小醒脑开窍 เลี้ยวลึงหน่าวไคเซี่ยว)

2. จุดฝังเข็มเสริม ใช้ในการทะลวงเส้นลมปราณให้ไหลเวียนสะดวก ได้แก่

JiQuan (HT 1), ChiZe (LU 5), WeiZhong (BL 40)

3. จุดฝังเข็มประกอบ ใช้ในการรักษาอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลจากโรค

-: มือกำแน่น หรือหน้าที่การทำงานเสียไป: HeGu (LI 4), ShangBaXie (Ext.)

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

-: การพูดติดขัด: JinJin (EX-HN 12), YuYe (EX-HN 13)

-: กลืนลำบาก: FengChi (GB 20), YiFeng (TE 17), WanGu (GB 12)

-: การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อตา: JingMing (BL 1), QiuHou (EX-HN 7), ChengQi (ST 1)

-: ปัญหาคำได้ยิน: ErMen (TE 21), TingGong (SI 19), TingHui (GB 2)

-: basilar artery มีเลือดไปหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอ: FengChi (GB 20), FengMen (BL 12), TianZhu (BL 10).

-: ความดันโลหิตสูง: RenYing (ST 9), HeGu (LI 4), TaiChong (LR 3)

-: ลมชัก: DaLing (PC7), JiuWei (CV 15)

-: การหายใจล้มเหลว: ZuSanLi (ST 36), QiShe (ST 11)

-: ข้อเท้าบิดเข้าด้านใน: QiuXu (GB 40) โท่ว ZhaoHai (KI 6) st41p

-: เท้าตก (foot drop): JieXi (ST 41), ShangQiu (SP 5), ZhongFeng (LR 4)

-: ความคุมบัลสาวะไม่ได้: GuanYuan (CV 4), QiHai (CV 6), ZhongJi (CV 3)

-: ท้องผูก: FengLong (ST 40), TianShu (ST 25), ShuiDao (ST 28), GuiLai (ST 29), WaiShuiDao (Ext.), WaiGuiLai (Ext.)

-: กล้ามเนื้อลีบฝ่อ: ปักเรียงกันตามกลุ่มกล้ามเนื้อ

-: ไหล่ติด frozen shoulder: JianYu (LI 15), JianNeiLing (EX-UE 12), JianWaiLing (Extra) และเจาะปล่อยเลือดที่จุดเจ็บ

## บทที่ 5

### การฝังเข็มศีรษะ ( Scalp Acupuncture )

**การฝังเข็มศีรษะ (头针: Scalp Acupuncture)** เป็นการฝังเข็มที่ตำแหน่งพิเศษของเขต กระตุ้นบนศีรษะ เป็นอีกหนึ่งวิธีของการฝังเข็มเพื่อใช้รักษาโรค เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา มีการใช้เข็มศีรษะอย่างหลากหลายในทางคลินิก จนกลายเป็นวิธีฝังเข็มที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคหลายชนิด โดยเฉพาะโรคทางสมอง

ทฤษฎีเข็มศีรษะที่สำคัญ ใช้ในการอ้างอิงมี 2 ทฤษฎี

1. อ้างอิงตามหลักทฤษฎีอวัยวะภายในและเส้นลมปราณ
2. อ้างอิงตามตำแหน่งหน้าที่ของเปลือกสมอง (cerebral cortex) ซึ่งทอดเงามาที่หนังศีรษะ เพื่อเลือกตำแหน่งแนวฝังเข็มบนหนังศีรษะที่สัมพันธ์กัน

บริเวณศีรษะและหน้าที่ของอวัยวะภายในจะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เนื่องจากศีรษะและใบหน้าเป็นตำแหน่งสำคัญของการรวมตัวกันของจิงซี่ ศีรษะเป็นแหล่งรวมตัวของหยางทั้งหมด สมองเป็นทะเลแห่งไขสมอง เป็นที่อยู่ของ “เส้นตั้งเดิม (元神, YuanShen)” ควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในและเส้นลมปราณ เป็นตำแหน่งสำคัญในการปรับเลือดและชีวะร่างกาย จึงใช้เป็นทฤษฎีอ้างอิงของเข็มศีรษะในการรักษาโรค การฝังเข็มศีรษะ เป็นการรักษานิดหนึ่งโดยการใช้เข็มหรืออุปกรณ์อื่นมากระตุ้นจุด เส้น หรือตำแหน่งบนศีรษะ ตั้งแต่เริ่มมีการฝังเข็มศีรษะในปี ค.ศ. 1970 ได้มีวิธีการฝังเข็มศีรษะเกิดขึ้นหลายสำนัก เช่น

การฝังเข็มศีรษะสำนัก เจียวซุ่นฟา (焦顺发)

การฝังเข็มศีรษะสำนัก ฟางอวินผิง (方云鹏)

การฝังเข็มศีรษะสำนัก จูหมิงชิง (朱明清)

การฝังเข็มศีรษะสำนัก ทังซ่งเหยียน (汤颂延)

การฝังเข็มศีรษะสำนัก หลินเสวี่ยเจี้ยน (林学捡)

การฝังเข็มศีรษะสำนัก หลิวปิงเฉวียนปากั่ว (刘炳权八卦)

การฝังเข็มศีรษะสำนัก ญี่ปุ่นเป็นซานเหยวียนหมินเซิงซิน (日本山元敏胜新) (ญี่ปุ่น)  
และ การฝังเข็มศีรษะแบบมาตรฐานสากล (国际)

วิธีการฝังเข็มศีรษะที่เป็นที่นิยมที่สุดในช่วงแรก คือ การหาจุดฝังเข็มโดยยึดหลักการทำงานของเปลือกสมอง ที่คิดค้นโดยสำนัก **เจียวซุ่นฝ่า** วิธีการฝังเข็มศีรษะ แบบมาตรฐานสากลนั้น เกิดในการประชุมเพื่อพัฒนามาตรฐานการฝังเข็ม ที่จัดขึ้นในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก โดยองค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 1984 โดยเป็นการผสมผสานกันระหว่าง วิธีของสำนักเจียวและสำนักจู

## การฝังเข็มศีรษะแบบมาตรฐานสากล (International Standard Scalp Acupuncture)

การฝังเข็มศีรษะแบบมาตรฐานสากล แบ่งตำแหน่งบนศีรษะเป็น 4 บริเวณ เพื่อใช้ในการเรียกชื่อเส้นแนวฝังเข็มที่อยู่ในแต่ละบริเวณ ได้แก่

1. หน้าผาก (额, Forehead)
2. ขม่อม หรือ กระหม่อม (顶, Vertex)
3. ขมับ (颞, Temporal)
4. ท้ายทอย (枕, Occiput)

ทั้งศีรษะมีเส้นฝังเข็มด้านซ้าย-ขวา 11 คู่ และตรงกลาง 3 เส้น (14 ชื่อ) รวมทั้งหมด 25 เส้น ดังนี้

1. **เส้นกลางหน้าผาก** (额中线 ÉZhōngXiàn: Middle line of forehead) หรือ **MS1**  
ตำแหน่ง: จากจุด ShenTing (GV 24) ของเส้นลมปราณตู่ ลากเส้นทับเส้นกึ่งกลางศีรษะไปทางหน้าผาก ยาว 1 ชู่น (รูปที่ 5.1)  
ข้อบ่งใช้: โรคจิตประสาท โรคลมชัก โรคจมูก
2. **เส้นข้างหน้าผาก 1** (额一线 ÉYīXiàn: Lateral line 1 of forehead) หรือ **MS2**  
ตำแหน่ง: จากจุด MeiChong (BL 3) ของเส้นกระเพาะปัสสาวะ ลากเส้นไปทางหน้าผาก ขนานกับเส้นกลางหน้าผาก ยาว 1 ชู่น (รูปที่ 5.1)  
ข้อบ่งใช้: โรคหัวใจขาดเลือด เจ็บหน้าอก หอบหืด หลอดลมอักเสบ โรคจมูก นอนไม่หลับ

### 3. เส้นข้างหน้าผาก 2 (额二线 ÉÈrXiàn: Lateral line 2 of forehead) หรือ MS3

**ตำแหน่ง:** จากจุด TouLinQi (GB 15) ของเส้นถุงน้ำดี (ตรงกับรูม่านตา) ลากเส้นไปทางหน้าผาก ขนานกับเส้นกลางหน้าผาก ยาว 1 ชู่น (รูปที่ 5.1)

**ข้อบ่งใช้:** โรคเกี่ยวกับตา และท้อง เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง แผลกระเพาะอาหาร แผลลำไส้เล็กส่วนต้น โรคตับและถุงน้ำดี

### 4. เส้นข้างหน้าผาก 3 (额三线 ÉSānXiàn: Lateral line 3 of forehead) หรือ MS4

**ตำแหน่ง:** จากจุดซึ่งอยู่ห่าง 0.5 ชู่น ด้านในต่อจุด TouWei (ST 8) ของเส้นกระเพาะอาหาร ลากเส้นไปทางหน้าผาก ขนานกับเส้นกลางหน้าผาก ยาว 1 ชู่น (รูปที่ 5.1)

**ข้อบ่งใช้:** เลือดออกผิดปกติจากมดลูก มดลูกหย่อนหรือยื่นออกช่องคลอด ชายเสื่อมสมรรถภาพทางเพศผู้ชาย อสุจิเคลื่อนไหวเอง บัสสาวะเล็ด บัสสาวะบ่อย ปวดท้องส่วนล่าง และโรคเกี่ยวกับตา



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

รูปที่ 5.1 แสดงแนวเส้นฝังเข็มบริเวณหน้าผาก



**5. เส้นกลางขม่อม (顶中线 DǐngZhōngXiàn: Middle line of vertex) หรือ MS5**

**ตำแหน่ง:** เส้นเชื่อมต่อระหว่าง จุด BaiHui (GV 20) และจุด QianDing (GV 21) ของเส้นลมปราณตู่ (รูปที่ 5.2)

**ข้อบ่งใช้:** อัมพฤกษ์ อากาชาและปวดปวดหลังส่วนเอว ชาและเท้า บัสสาวะมากจากโรคของสมอง ลำไส้ตรงโผล่ทวารหนัก

**6. เส้นเฉียงขม่อมและขมับเส้นหน้า (顶颞前斜线 DǐngNièQiánXiéXiàn: Anterior oblique line of vertex-temporal) หรือ MS6**

**ตำแหน่ง:** เส้นเชื่อมต่อระหว่าง จุด QianShenCong (คือ จุดหน้าของกลุ่มจุด SiShenCong (EX-HN 1)) และจุด XuanLi (GB 6) ของเส้นลมปราณถุงน้ำดี (รูปที่ 5.3)

**ข้อบ่งใช้:** โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือ อ่อนแรงของร่างกายซีกตรงข้าม โดยแบ่งเส้นตามความยาวเป็น 5 ส่วน เท่ากัน เพื่อการรักษาส่วนต่าง ๆ ดังนี้

- 1/5 ส่วนบน สำหรับขาและลำตัว
- 2/5 ส่วนกลาง สำหรับแขน
- 2/5 ส่วนล่าง สำหรับใบหน้า รวมถึง น้ำลายไหล และพูดไม่ได้จากสมองส่วนสั่ง

การ (motor aphasia)

**7. เส้นเฉียงขม่อมและขมับเส้นหลัง (顶颞后斜线 DǐngNièHòuXiéXiàn: Posterior oblique line of vertex-temporal) หรือ MS7**

**ตำแหน่ง:** เส้นเชื่อมต่อระหว่างจุด BaiHui (GV 20) ของเส้นลมปราณตู่ และจุด QuBin (GB 7) ของเส้นถุงน้ำดี เส้นนี้จะขนานกับเส้นเฉียงขม่อมและขมับเส้นหน้า (รูปที่ 5.3)

**ข้อบ่งใช้:** โรคเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ ของร่างกายซีกตรงข้าม โดยแบ่งเส้นตามความยาวเป็น 5 ส่วน เท่ากัน เพื่อการรักษาส่วนต่าง ๆ ดังนี้

- 1/5 ส่วนบน สำหรับขาและลำตัว
- 2/5 ส่วนกลาง สำหรับแขน
- 2/5 ส่วนล่าง สำหรับใบหน้า

### 8. เส้นข้างขม่อม 1 (顶旁一线 DǐngPángYīXiàn: Lateral line 1 of vertex) หรือ MS8

**ตำแหน่ง:** จากจุด TongTian (BL 7) ของเส้นลมปราณกระเพาะปัสสาวะ ลากเส้นไปทางด้านหลัง ขนานกับเส้นกึ่งกลางศีรษะ ยาว 1.5 ชู่น (รูปที่ 5.4)

**ข้อบ่งใช้:** โรคของเอวและขา เช่น อัมพาต อ่อนแรง อากาธา และอาการปวด

### 9. เส้นข้างขม่อม 2 (顶旁二线 DǐngPángÈrXiàn: Lateral line 2 of vertex) หรือ MS9

**ตำแหน่ง:** เส้นเชื่อมต่อระหว่างจุด ZhengYing (GB 17) และจุด ChengLing (GB 18) ของเส้นลมปราณถุงน้ำดี (รูปที่ 5.4)

**ข้อบ่งใช้:** โรคของไหล่ แขนและมือ เช่น อากาธา อ่อนแรง อากาธา และอาการปวด

### 10. เส้นขมับหน้า (颞前线 NièQiánXiàn: Anterior temporal line) หรือ MS10

**ตำแหน่ง:** เส้นเชื่อมต่อระหว่างจุด HanYan (GB 4) และ XuanLi (GB 6) ของเส้นลมปราณถุงน้ำดี (รูปที่ 5.4)

**ข้อบ่งใช้:** โรคของศีรษะ ใบหน้าและคอ เช่น อัมพฤกษ์-อัมพาตใบหน้า อากาธา และอาการปวด พุดไม่ได้จากสมองส่วนสั่งการ โรคในช่องปาก โรคตา

### 11. เส้นขมับหลัง (颞后线 NièHòuXiàn: Posterior temporal line) หรือ MS11

**ตำแหน่ง:** เส้นเชื่อมต่อระหว่างจุด ShuaiGu (GB 8) และ QuBin (GB 7) ของเส้นลมปราณถุงน้ำดี (รูปที่ 5.4)

**ข้อบ่งใช้:** ปวดศีรษะ ไมเกรน เวียนศีรษะ เสียอ้อในหู หูหนวก โรคของลำคอ-กระดุกต้นคอ

### 12. เส้นกลางท้ายทอย (枕中正中线 ZhěnZhōngZhèngZhōngXiàn: Upper middle line of occiput) หรือ MS12

**ตำแหน่ง:** เส้นเชื่อมต่อระหว่างจุด QiangJian (GV 18) และ NaoHu (GV 17) ของเส้นลมปราณตุ (รูปที่ 5.5)

**ข้อบ่งใช้:** โรคตา

### 13. เส้นข้างท้ายทอยบน (枕下旁线 ZhěnXiàPángXiàn: Upper lateral line of occiput) หรือ MS13

**ตำแหน่ง:** จากจุดที่อยู่ห่าง 0.5 ชู่น ข้างต่อจุด NaoHu (GV 17) ของเส้นลมปราณตุ ลากเส้นขึ้นด้านบน ขนานกับเส้นกึ่งกลางศีรษะ ยาว 1.5 ชู่น (รูปที่ 5.5)

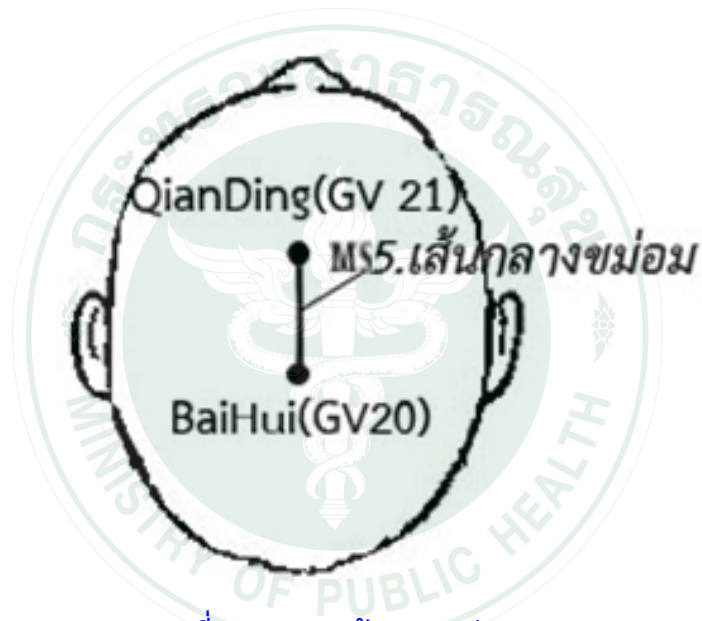
**ข้อบ่งใช้:** ปัญหาการมองเห็นจากโรคสมอง ต้อกระจก สายตาสั้น

**14. เส้นข้างท้ายทอยล่าง** (枕上旁线 ZhěnShàngPángXiàn: Lower lateral line of occiput)

หรือ **MS14**

**ตำแหน่ง:** จากจุด YuZhen (BL 9) ของเส้นลมปราณกระเพาะปัสสาวะ ลากเส้นลงมาด้านหลังขนานกับเส้นกึ่งกลางศีรษะ ยาว 2 ชู่น (รูปที่ 5.5)

**ข้อบ่งใช้:** ปัญหาการทรงตัวที่เกี่ยวข้องจากสมองน้อย (cerebellum) ปวดศีรษะแถวท้ายทอย

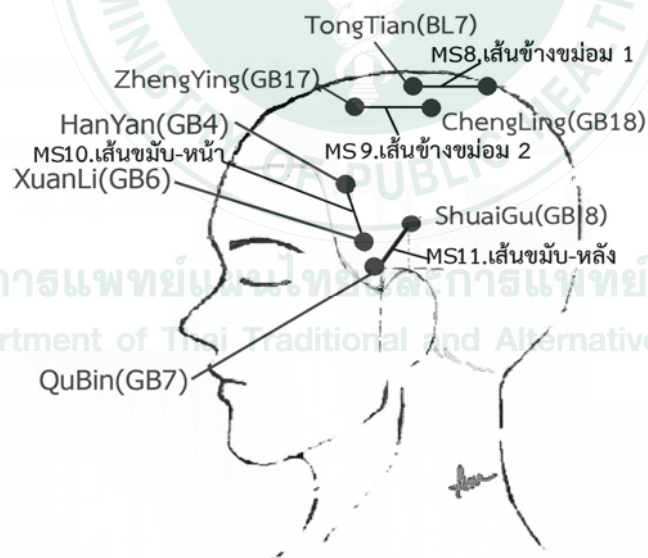


รูปที่ 5.2 แสดงเส้นกลางขม่อม

## ShiShenCong (EX-HN 1) - จุดหน้า



รูปที่ 5.3 เส้นเจียงขม่อมและขมับ เส้นหน้าและหลัง



รูปที่ 5.4 แสดงเส้นฝังเข็มบริเวณศีรษะด้านข้าง



รูปที่ 5.5 แสดงเส้นฝังเข็มบริเวณศีรษะด้านหลัง

### การฝังเข็มศีรษะ สำนัก เจียวซุ่นฝัว

อาจารย์ **เจียวซุ่นฝัว** (焦顺发) แห่งมณฑลซานซี ได้ค้นคว้าพัฒนาการฝังเข็มศีรษะตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 จนกระทั่งเดือนมีนาคม ค.ศ. 1971 ประสิทธิภาพในการรักษาโรคของการฝังเข็มศีรษะ โดยเฉพาะโรคทางสมอง ก็ได้รับการยอมรับ และเผยแพร่ไปทั่วประเทศจีนและทั่วโลก ตำแหน่งบริเวณหนังศีรษะที่ฝังเข็ม ใช้การเทียบเคียงตรงกับบริเวณการทำหน้าที่ของเปลือกสมอง (cerebral cortex) โดยเรียกชื่อบริเวณฝังเข็มตามชื่อบริเวณของสมองที่ตรงกัน

#### ตำแหน่งฝังเข็มและข้อบ่งชี้

ตำแหน่งในการฝังเข็มศีรษะ ไม่มีลักษณะเป็นจุดเหมือนอย่างการฝังเข็มระบบเส้นลมปราณ แต่กำหนดเป็นแนวเขตหรือบริเวณ ที่เทียบเคียงตรงกับพื้นที่ของเปลือกสมอง แนวพื้นที่เพื่อการฝังเข็มศีรษะมี 14 เขต โดยการหาตำแหน่งเขตฝังเข็ม อาศัยการอ้างอิงกับเส้นสมมติหลัก 2 เส้น (รูปที่ 5.6) ได้แก่

### 1. เส้นกึ่งกลางศีรษะ (前后正中线 QiánHòuZhèngZhōngXiàn: antero-posterior midline)

**เส้นกึ่งกลางศีรษะ** หรือ **เส้นเชื่อมหว่างคิ้วและปุ่มท้ายทอย** เริ่มต้นจากจุดกึ่งกลางระหว่างหัวคิ้ว 2 ข้าง ผ่านตามแนวกึ่งกลางกะโหลกศีรษะ ไปยังปุ่มท้ายทอยด้านนอก (external occipital protuberance; ต่อไปจะเรียก ปุ่มท้ายทอยด้านนอก ให้กระชับว่า ‘ปุ่มท้ายทอย’) และสิ้นสุดที่ขอบล่างของปุ่มท้ายทอย

### 2. เส้นข้างศีรษะ (眉忱线 MéiChénXiàn: eyebrow-occipital line)

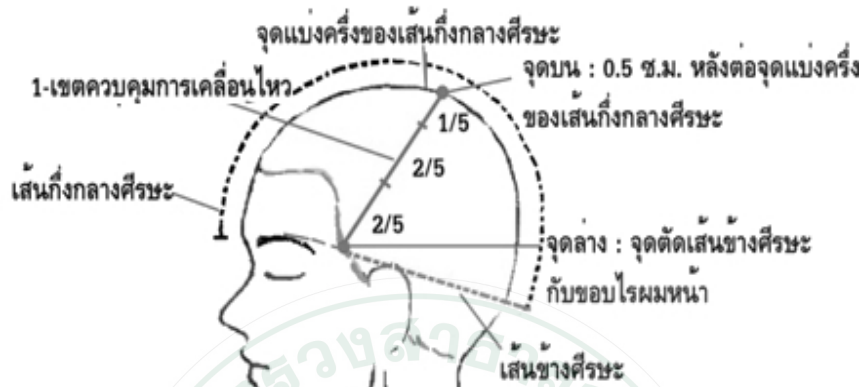
**เส้นข้างศีรษะ** หรือ **เส้นเชื่อมกลางคิ้วและปุ่มท้ายทอย** เริ่มต้นที่กึ่งกลางขอบบนของคิ้วข้างใดข้างหนึ่ง ลากทแยงผ่านข้างศีรษะด้านเดียวกัน ตรงไปยังปุ่มท้ายทอย และสิ้นสุดที่ยอดปุ่มท้ายทอย



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

รูป 5.6 แสดงเส้นอ้างอิงหลัก 2 เส้น คือเส้นกึ่งกลางศีรษะ และ เส้นข้างศีรษะ





รูป 5.7 แสดงเขตควบคุมการเคลื่อนไหว

แนวฝังเข็ม 14 เขต ได้แก่

### 1. เขตควบคุมการเคลื่อนไหว (运动区 YùnTòngQū: Motor Area)

**ตำแหน่ง:** เป็นแนวเฉียงข้างศีรษะ จากเส้นกึ่งกลางศีรษะถึงเส้นข้างศีรษะ จุดเริ่มต้นหรือจุดบน อยู่ที่ 0.5 ซม. หลังต่อจุดแบ่งครึ่งของเส้นกึ่งกลางศีรษะ ลากเฉียงเป็นแนวเส้นตรงไปยังจุดสิ้นสุดหรือจุดล่าง ที่จุดตัดกันระหว่างเส้นข้างศีรษะกับขอบแนวไรมมหน้าผาก ซึ่งอยู่ตรงขมับที่มุมจอมนผม ในรายที่แนวไรมมไม่ชัดเจน สามารถหาจุดล่างได้ โดยการลากเส้นตั้งฉากกับจุดกึ่งกลางกระดูกโหนกแก้ม (zygomatic arch) ขึ้นไปตัดกับเส้นข้างศีรษะ (รูปที่ 5.7) เขตนี้ แบ่งเป็น 5 ส่วน เท่า ๆ กัน ดังนี้

- 1/5 ส่วนบน ตรงกับบริเวณควบคุมการเคลื่อนไหวของขาและลำตัว ด้านตรงข้าม
- 2/5 ส่วนกลาง ตรงกับบริเวณควบคุมการเคลื่อนไหวของแขน ด้านตรงข้าม
- 2/5 ส่วนล่าง ตรงกับบริเวณควบคุมการเคลื่อนไหวของใบหน้า ด้านตรงข้าม

**ข้อบ่งใช้:** ไร้รักษา อากาศอ่อนแรง อัมพฤกษ์ อัมพาต ของร่างกายด้านตรงข้ามกับด้านที่ฝังเข็ม โดย

- 1/5 ส่วนบน รักษา ขา-เท้า และลำตัวด้านตรงข้าม

- 2/5 ส่วนกลาง รักษา แขน-มือด้านตรงข้าม
- 2/5 ส่วนล่าง รักษาใบหน้าด้านตรงข้าม และการพูด เช่น หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว น้ำลายไหล พูดไม่ได้จากสมองส่วนสั่งการ หรือพูดไม่ชัดจากการควบคุมกล้ามเนื้อการพูดไม่ได้ (motor aphasia or impaired speech) ส่วนนี้จึงได้รับอีกชื่อหนึ่งว่า **เขตการพูด 1** (the first speech area)

## 2. เขตรับรู้ความรู้สึก (感觉区 GǎnJuéQū: Sensory area)

**ตำแหน่ง:** แนวขนานกับเขตควบคุมการเคลื่อนไหว โดยอยู่ห่างไปทางด้านหลัง 1.5 ซม. (รูปที่ 5.8) เขตรับรู้ความรู้สึกแบ่งเป็น 5 ส่วนเท่ากัน และใช้รักษาโรคของร่างกายด้านตรงข้ามกับสมอง เช่นเดียวกับเขตควบคุมการเคลื่อนไหว เพียงเปลี่ยนจากความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เป็นการรับรู้ความรู้สึก ได้แก่

- 1/5 ส่วนบน เป็นบริเวณรับรู้ความรู้สึกของขา-เท้า ลำตัวและศีรษะด้านหลัง
- 2/5 ส่วนกลาง เป็นบริเวณรับรู้ความรู้สึกของแขน-มือ
- 2/5 ส่วนล่าง เป็นบริเวณรับรู้ความรู้สึกของใบหน้า

**ข้อบ่งใช้:** - 1/5 ส่วนบน รักษาอาการปวด ชา และการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติของ ขา-เท้า และลำตัวด้านตรงข้าม ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ปวดต้นคอหรือคอด้านหลัง และเสียงอื้อในหู (tinnitus)

- 2/5 ส่วนกลาง รักษาอาการปวด ชา และการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติของแขน-มือด้านตรงข้าม

- 2/5 ส่วนล่าง รักษาอาการปวด ชา และการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ ของใบหน้าด้านตรงข้าม เช่น ชาใบหน้า ปวดเส้นประสาทใบหน้า (trigeminal neuralgia) ปวดศีรษะข้างเดียว ปวดฟัน ปวดกราม

## 3. เขตควบคุมการสั่น (舞蹈震颤控区 WǔDǎoZhènChànKāngZhìQū: Controlling area of chorea and tremor)

**ตำแหน่ง:** แนวขนานกับเขตควบคุมการเคลื่อนไหว โดยอยู่ห่างไปทางด้านหน้า 1.5 ซม. (รูปที่ 5.8)

**ข้อบ่งใช้:** กลุ่มอาการพาร์กินสัน (parkinsonian syndrome) อาการสั่น การเคลื่อนไหวผิดปกติแบบต่อเนื่องที่ควบคุมไม่ได้ (chorea) หากมีอาการข้างเดียวให้ฝังเข็มศีรษะด้านตรงข้าม หากมีอาการทั้งสองข้างให้ฝังเข็มทั้งสองด้าน

## 4. เขตควบคุมขนาดหลอดเลือด (Vascular dilation and constriction area)

**ตำแหน่ง:** แนวขนานกับเขตควบคุมการสั่น โดยอยู่ห่างไปทางด้านหน้า 1.5 ซม. (รูปที่ 5.8)

**ข้อบ่งใช้:** ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ อาการบวม

## 5. เขตเวียนศีรษะและการได้ยิน (云听区 YūnTīngQū: Vertigo-auditory area)

**ตำแหน่ง:** ใช้จุดเหนือยอดหู 1.5 ซม. เป็นจุดกึ่งกลาง ลากเส้นแนวขวางไปด้านหน้า 2 ซม. และไปด้านหลัง 2 ซม. รวมเป็นเส้นขวางยาว 4 ซม. (รูปที่ 5.8)

**ข้อบ่งใช้:** อาการมึนศีรษะ (dizziness) เวียนศีรษะ (vertigo) เสียงอื้อในหู (tinnitus) เวียนศีรษะจากประสาทหู (auditory vertigo) เลื่อมหรือเสียการได้ยิน (hearing impairment) หูแว่ว (auditory hallucination)

#### 6. เขตการพูด 2 (语言二区 YǔYánÈrQū: The second speech area)

**ตำแหน่ง:** แนวเส้นขนานกับเส้นกึ่งกลางศีรษะยาว 3 ซม. เริ่มต้นจากจุดที่อยู่ต่ำลงมา 2 ซม. ใต้ต่อปุ่มกระดูกข้างขม่อม (parietal tubercle) แล้วลากเส้นตรงไปด้านหลังขนานเส้นกึ่งกลางศีรษะยาว 3 ซม. (รูปที่ 5.8 และ 5.9)

**ข้อบ่งใช้:** ภาวะเสียการสื่อความเกี่ยวกับการระบุนาม (nominal aphasia)  
หมายถึง อาการผิดปกติเกี่ยวกับการสื่อความประเภทหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาษาพูด พูดได้คล่อง และพูดตามที่บอกได้ แต่เรียกชื่อวัตถุไม่ได้ เช่น ให้นูนาฬิกา สามารถบอกได้ว่าใช้บอกเวลา แต่บอกไม่ได้ว่า สิ่งนี้เรียก นาฬิกา เป็นต้น

#### 7. เขตการพูด 3 (语言三区 YǔYánSānQū: The third speech area)

**ตำแหน่ง:** เป็นแนวเส้นซ้อนทับกับครึ่งหลังของเขตเวียนศีรษะและการได้ยิน เริ่มต้นที่จุดกึ่งกลางเขตเวียนศีรษะและการได้ยิน (หรือจุดที่อยู่เหนือยอดหู 1.5 ซม.) แล้วลากขวางไปด้านหลังยาว 4 ซม. ทำให้ครึ่งหน้า 2 ซม. ของเขตนี้ ซ้อนทับกับ 2 ซม. หลัง ของเขตเวียนศีรษะและการได้ยิน (รูปที่ 5.8)

**ข้อบ่งใช้:** ภาวะเสียการสื่อความเกี่ยวกับการรับฟัง (sensory or Wernicke's aphasia)  
หมายถึง อาการผิดปกติเกี่ยวกับการสื่อความประเภทหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยสามารถได้ยินเสียงพูดแต่ไม่เข้าใจภาษา พูดได้คล่องแต่ไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่ได้ยิน เกิดจากความผิดปกติของสมองบริเวณรับรู้การได้ยิน หรือ Wernicke's area

#### 8. เขตปฏิบัติงาน (运用区 YùnYòngQū: Usage area or Praxis area)

**ตำแหน่ง:** เป็นแนวเส้นที่มีจุดเริ่มต้นเดียวกัน 3 เส้น โดยใช้ปุ่มกระดูกข้างขม่อม (parietal tubercle) เป็นจุดเริ่มต้น ลากเส้นตรงลงมายังโหนกกกหู (mastoid process) ยาว 3 ซม. เป็นเส้นกลาง อีก 2 เส้น เริ่มจากจุดเดียวกัน ลากทำมุมกับเส้นกลาง 40 องศา ไปทางด้านหน้า 1 เส้น และด้านหลัง 1 เส้น ยาวเส้นละ 3 ซม. (รูปที่ 5.8)

**ข้อบ่งใช้:** การสูญเสียความชำนาญในการทำกิจกรรม (apraxia)

หมายถึง การสูญเสียความชำนาญในการทำกิจกรรม ที่ไม่ได้เกิดจากปัญหาของกล้ามเนื้อ การสั่น การไม่เข้าใจภาษา หรือการไม่ร่วมมือ แต่เกิดจากความผิดปกติของสมองบางบริเวณ การสูญเสียความชำนาญในการทำกิจกรรมมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับง่าย เช่น การปรบมือ จนถึงระดับที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การกลัดกระดุม การผูกเชือกกรองเท้า เป็นต้น

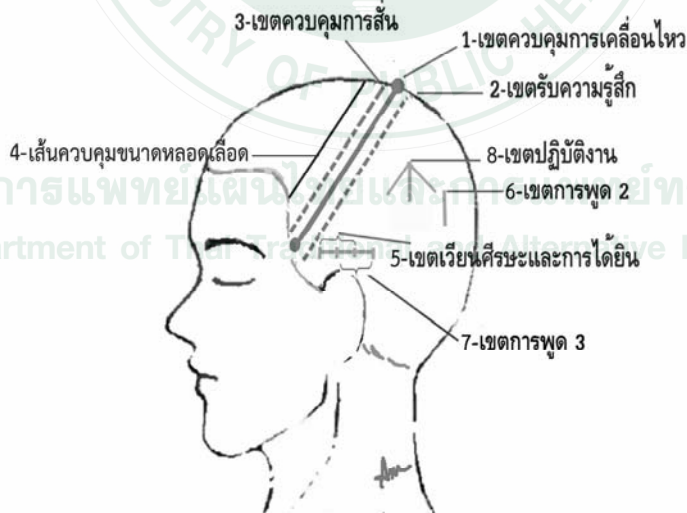
### 9. เขตการเคลื่อนไหวและรับรู้สีกของขา (足运感区 ZúYùnGǎnQū: Foot motor-sensory area)

**ตำแหน่ง:** จุดเริ่มต้นอยู่ห่างจากจุดแบ่งครึ่งเส้นกึ่งกลางศีรษะ ไปทางด้านข้าง 1 ซม. ลากเส้นขนานเส้นกึ่งกลางศีรษะไปทางด้านหลัง 3 ซม. (รูปที่ 5.9)

**ข้อบ่งใช้:** - อาการปวด ชา หรืออ่อนแรงของขาต้านตรงข้าม โดยการฝังเข็มด้านตรงข้าม

- ปัสสาวะผิดปกติจากโรคของสมอง เช่น ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะค้าง; ปัสสาวะเล็ดขณะนอนหลับ; ลำไส้โผล่ทวารหนัก (prolapse rectum) โดยฝังเข็มทั้งสองข้าง

- ปัสสาวะมาก-ดื่มน้ำมาก ในผู้ป่วยเบาหวาน; ปัสสาวะเล็ด-กลั้นไม่อยู่; ชายหย่อนสมรรถภาพ ทางเพศ หรืออสุจิเคลื่อนเอง; มดลูกหย่อนหรือยื่นจากช่องคลอด (prolapse uteri) โดยฝังเข็มทั้งสองข้าง ร่วมกับ เขตระบบสืบพันธุ์



รูป 5.8 แสดงเขตฝังเข็มของศีรษะด้านข้าง



รูป 5.9 แสดงเขตฝังเข็มของศีรษะด้านหลัง

**10. เขตการมองเห็น (视区 ShìQū: Optic area)**

**ตำแหน่ง:** จุดเริ่มต้นอยู่ห่างจากปุ่มท้ายทอยไปทางด้านข้าง 1 ซม. ลากเส้นขนานเส้นกึ่งกลางศีรษะขึ้นไปด้านบน ยาว 4 ซม. (รูปที่ 5.9)

**ข้อบ่งใช้:** ปัญหาการมองเห็นที่เกี่ยวข้องเนื่องจากสมอง (cortical impairment of vision)

**11. เขตการทรงตัว (平衡区 PíngHéngQū: The balance area)**

**ตำแหน่ง:** จุดเริ่มต้นอยู่ห่างจากปุ่มท้ายทอยไปทางด้านข้าง 3.5 ซม. ลากเส้นขนานกับเส้นกึ่งกลางศีรษะลงไปทางต้นคอ ยาว 4 ซม. (รูปที่ 5.9)

**ข้อบ่งใช้:** ปัญหาการทรงตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากสมองน้อย (cerebellar equilibrium disturbance)

**12. เขตกระเพาะอาหาร (胃区 WèiQū: Gastric or Stomach area)**

**ตำแหน่ง:** จุดเริ่มต้นอยู่ที่โหนกคานหน้า ในแนวตรงกับกลางรูม่านตาในท่ามองตรง ลากเส้นขนานกับเส้นกึ่งกลางศีรษะไปทางด้านหลัง ยาว 2 ซม. (รูปที่ 5.10)

**ข้อบ่งใช้:** ปวดจากกระเพาะอาหาร ความรู้สึกไม่สบายท้องส่วนบน (upper abdominal discomfort)

### 13. เขตทรวงอก (胸腔区 XiōngQiāngQū: Thoracic cavity area)

**ตำแหน่ง:** จุดกึ่งกลางเขตนี้อยู่ที่ไรมมด้านหน้า ตรงจุดกึ่งกลางระหว่างเส้นเขตกระเพาะอาหาร และเส้นกึ่งกลางคีรษะ ลากเส้นขนานกับเส้นกึ่งกลางคีรษะไปด้านหลัง ยาว 2 ซม. และลากมาที่หน้าผาก ยาว 2 ซม. รวมเขตนี้ยาว 4 ซม. (รูปที่ 5.10)

**ข้อบ่งใช้:** เจ็บหน้าอก แ่นหน้าอก ใจสั่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หอบหืด สะอึก

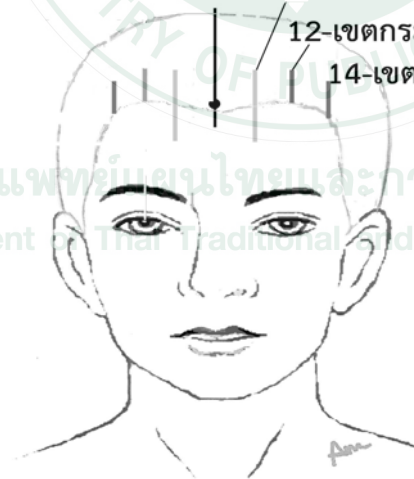
### 14. เขตระบบสืบพันธุ์ (生殖区 ShēngZhíQū: The reproductive area)

**ตำแหน่ง:** จุดเริ่มต้นอยู่ที่มุมไรมมด้านหน้า ลากเส้นขนานกับเส้นกึ่งกลางคีรษะขึ้นไปทางด้านหลัง ยาว 2 ซม. (รูปที่ 5.10)

**ข้อบ่งใช้:** - เลือดออกจากมดลูกผิดปกติ ตกขาว ช่องท้องน้อยอักเสบ ปวดอวัยวะเพศ

- ใช้ร่วมกับ **เขตการเคลื่อนไหวและรับรู้ลึกร่างกาย** เพื่อรักษา บัสสาวะมาก-ดื่มน้ำมาก ในผู้ป่วยเบาหวาน; บัสสาวะเล็ด-กลั้นไม่อยู่; ชายหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรืออสุจิเคลื่อนเอง; มดลูกหย่อนหรือยื่นจากช่องคลอด

เส้นกึ่งกลางคีรษะ 13-เขตทรวงอก  
12-เขตกระเพาะอาหาร  
14-เขตระบบสืบพันธุ์



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

รูป 5.10 แสดงเขตกระเพาะอาหาร เขตทรวงอก และเขตระบบสืบพันธุ์



## วิธีฝังเข็มศีรษะ

**ท่าผู้ป่วย:** ทำนั่งหรือทำนอน ตามความสะดวกของผู้ป่วยและตำแหน่งในการฝังเข็ม

**เข็ม:** ใช้เข็มบาง เบอร์ 26 ถึง 30 ยาว 1.5 - 3 ชุน

**การเตรียมจุดฝังเข็ม:** ทำความสะอาดเช่นเดียวกับการฝังเข็มทั่วไป



รูปที่ 5.11 แสดงมุมมองต่าง ๆ ของการแทงเข็มศีรษะ

**การแทงเข็ม:** (รูปที่ 5.11)

- แทงเข็มในแนวทำมุมกับหนังศีรษะ 30 องศา
- ดันเข็มอย่างรวดเร็ว ลึกถึงชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ปล่อยให้เข็มอยู่ระหว่าง ชั้นพังผืดหนังศีรษะ

(galea aponeurotica) และชั้นเยื่อหุ้มกะโหลกศีรษะ (pericranium) โดยเมื่อเริ่มดันเข็มผ่านหนังศีรษะจะรู้สึกแรงต้านทานสูง เมื่อเข็มถึงชั้นที่ต้องการจะรู้สึกโล่ง แรงต้านทานลดลง

- ดันเข็มต่อไป พร้อมกับปั่นเข็ม ให้ขนานไปกับหนังศีรษะ โดยเข็มยังอยู่ในชั้นใต้ผิวหนัง จนถึงความลึกที่ต้องการ หรือชนกับเยื่อหุ้มกะโหลกศีรษะ

- ความลึกของเข็ม โดยทั่วไป อยู่ระหว่าง 0.5 - 1.5 ชุน

**การกระตุ้นเข็ม:** การกระตุ้นเข็มหนังศีรษะนิยมใช้การปั่นเข็มเท่านั้น ไม่ใช้การชวยเข็ม

- การปั่น ใช้หัวเข็มแม่มือและหัวชี้ บั่นไปและกลับด้วยองศาที่เท่ากัน โดยให้เข็มยังคงความลึกในระดับเดิม

- ความเร็วในการปั่นเข็มประมาณ 200 ครั้งต่อนาที นาน 2 - 3 นาที จากนั้นคาเข็มไว้ 5 - 10 นาที แล้วกระตุ้นซ้ำอีก 2 - 3 รอบ จึงถอนเข็มออก

- สำหรับผู้ป่วยอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ระหว่างกระตุ้นเข็มและคาเข็ม ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว-ออกแรง แขนขาข้างที่มีปัญหา เท่าที่สามารถทำได้ กรณีผู้ป่วยเคลื่อนไหวไม่ได้ ให้ช่วยเหลือโดยการจับให้เคลื่อนไหว เช่นเดียวกับการทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาต

- ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกอ่อน ซา เย็น หรือระตุก ขณะฝังเข็ม บ่งชี้ว่า การรักษาจะได้ผล

**การกระตุ้นเข็มด้วยไฟฟ้า:** สามารถใช้ได้ แทนการกระตุ้นด้วยมือ โดยปฏิบัติเช่นเดียวกับการฝังเข็มระบบเส้นลมปราณ นิยมใช้ความถี่สูง และกระตุ้นเบา ด้วยคลื่นแบบ continuous wave หรือ disperse-dense wave

**การกระตุ้นจุดด้วยวิธีอื่น:** การนวดกดจุด การใช้เข็มดอกเหมยมาเคาะ การรมยาให้อุ่น และการใช้แม่เหล็กที่จุดฝังเข็ม ก็ได้ผลการรักษาในระดับหนึ่ง วิธีเหล่านี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ทนความเจ็บไม่ได้

**การคาเข็ม:** การคาเข็มทำได้ 2 แบบ คือ การคาเข็มไว้โดยไม่ต้องกระตุ้นเข็ม และการคาเข็มร่วมกับการกระตุ้นเข็มเป็นระยะ โดยคาเข็มไว้ นาน 6 - 12 ชั่วโมง จากการวิจัยพบว่า วิธีการคาเข็มที่มีการกระตุ้นเป็นระยะ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาได้ และยังเสนอว่าคาเข็มไว้ นาน 12 ชั่วโมง ระหว่างนั้นทำการกระตุ้นเข็ม 3 ครั้ง โดยกระตุ้นทุก 6 ชั่วโมง เป็นการรักษาที่ให้ผลมาก สามารถพัฒนาการเคลื่อนไหว ลดอาการหนักเมื่อยของผู้ป่วยได้

**รอบการรักษา:** ฝังเข็มทุกวัน หรือวันเว้นวัน 10 - 15 ครั้ง เป็น 1 รอบการรักษา จากนั้นพัก 5 - 7 วัน จึงเริ่มการรักษาต่อไป

หากระยะเวลาป่วยไม่เกิน 3 เดือน ฝังเข็มวันละ 1 ครั้ง และยืดเวลาในการคาเข็มเพื่อสะสมปริมาณการกระตุ้น หากป่วยนานเกินครึ่งปีขึ้นไป ฝังเข็มวันเว้นวันหรือ 3 วันต่อครั้ง

**การถอนเข็ม:** จับด้ามเข็มหมุนเล็กน้อยให้เข็มค่อย ๆ คลายตัว มือช่วยให้กดบริเวณจุดฝังเข็ม ถ้าได้เข็มไม่มีความรู้สึกว่าติด สามารถถอนเข็มออกเร็วหรือช้าก็ได้ หลังถอนเข็มต้องกดรูเข็มสักครู่ด้วยสำลีแห้งที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว เพื่อป้องกันเลือดออก

### การเลือกข้างในการฝังเข็มศีรษะ

จากการวิจัยพบว่า ความแตกต่างของการฝังเข็มศีรษะในข้างปกติและข้างที่มีพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ทีมแพทย์ **เจินเท๋อสี** ได้วิจัยฝังเข็มจุด BaiHui (GV 20) ไท่วไปยังจุด TaiYang (EX-HN 5) รักษาโรคสมองขาดเลือดตายเฉียบพลัน (acute cerebral infarction) พบว่าการฝังเข็มทั้งในข้างปกติและข้างที่มีพยาธิสภาพร่วมกัน มีประสิทธิภาพในการรักษาเหนือกว่าการฝังเข็มในข้างที่มีพยาธิสภาพเพียงอย่างเดียว จึงเสนอว่า การฝังเข็มศีรษะทั้ง 2 ข้างจะให้ผลการรักษาที่กว้างขวางและมีประสิทธิภาพกว่า

### ข้อควรระวังในการฝังเข็มศีรษะ

1. การฝังเข็มศีรษะ จัดเป็นการกระตุ้นเข็มที่ค่อนข้างแรง ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นลมขณะฝังเข็มได้ ควรเฝ้าระวัง สังเกตสีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย และปรับความแรงในการกระตุ้นเข็มให้พอเหมาะสม
2. เข็ม อุปกรณ์ และขั้นตอนการฝังเข็ม ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการป้องกันการติดเชื้อ โดยอาศัยหลักการเดียวกันกับการฝังเข็มระบบเส้นลมปราณ
3. ขณะแทงเข็ม หากรู้สึกมีแรงต้านทานใต้มือของผู้ฝังเข็ม หรือผู้ป่วยรู้สึกเจ็บ ควรหยุดแทงเข็มเข้า แล้วถอยเข็มออกเล็กน้อย จากนั้นให้เปลี่ยนมุมแทงเข็มเข้าอีกครั้ง
4. หนังศีรษะมีเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยงมาก จึงมีเลือดออกได้ง่าย รวมทั้งมีเส้นผมปกคลุม ทำให้ยากในการสังเกตพบเลือดออกในช่วงแรก ขณะถอนเข็มต้องกดรูเข็ม เพื่อป้องกันเลือดออก
5. ผู้ป่วยเลือดออกสมองระยะเฉียบพลัน ที่อาการยังไม่คงที่ เช่น ไข้สูง ความดันโลหิตสูง หรือมีอาการวิฤตอื่น ๆ ควรงดการฝังเข็มศีรษะไว้จนกว่าจะเข้าสู่ระยะคงที่ หากมีข้อบ่งชี้ในการฝังเข็มศีรษะ ควรทำด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ

### ข้อห้ามในการฝังเข็มศีรษะ

1. เด็กเล็กที่กะโหลกศีรษะยังไม่ปิดสมบูรณ์ ไม่ควรใช้เข็มศีรษะในการรักษา
2. กะโหลกศีรษะได้รับบาดเจ็บหรือมีการผ่าตัดเปิดสมอง มีการติดเชื้ออย่างรุนแรงที่บริเวณศีรษะ มีแผลหนอง หรือมีรอยแผลเป็น ไม่ควรฝังเข็มศีรษะ
3. ผู้ป่วยเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรง หรือมีอาการวิฤตต่าง ๆ ควรงดการฝังเข็มศีรษะจนกว่าจะมีอาการคงที่
4. ผู้ป่วยที่หวาดวิตกมาก หิวหรืออิ่มเกินไป ไม่ควรใช้เข็มศีรษะและไม่ใช้การกระตุ้นที่แรงเกินไป

## บทที่ 6

### การฝังเข็มรอบดวงตา

การฝังเข็มรอบดวงตา (Eye Acupuncture : 眼 针) เป็นเทคนิคที่คิดค้น โดย ศาสตราจารย์ **เผิงจิ้งชาน** (Peng JingShan) แห่งโรงพยาบาลแห่งที่ 1 ในสังกัดมหาวิทยาลัยแพทย์จีนเหลียวหนิง โดยประยุกต์ความรู้จากคัมภีร์แพทย์สมัยราชวงศ์หมิง ของ Wang KenTang ที่สังเกตว่า ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกิดในตา และ ในคัมภีร์ ZhengZhiJunSheng ได้กล่าวถึง เส้นเลือด 6 เส้นใหญ่ภายในดวงตา มีความสัมพันธ์กับหัวใจ ปอด ม้าม ตับ ไต มิ่งเหมิน และมีอีก 8 แขนงสัมพันธ์กับถุงน้ำดี กระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ ซานเจียว กระเพาะปัสสาวะ

ศาสตราจารย์ **เผิงจิ้งชาน** ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างรอบดวงตาและอวัยวะต่าง ๆ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 โดยการตรวจรักษาทางคลินิก อาศัยการตรวจดวงตาควบคู่กับการจับชีพจร อีกนัยหนึ่งเมื่อตรวจวินิจฉัยชัดเจนแล้วว่า ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยเหตุใด ก็จะตรวจดูดวงตาด้วยว่ามีความผิดปกติอย่างไร ในปี ค.ศ. 1974 หลังจากได้ศึกษากับผู้ป่วยจำนวนหมื่นกว่าราย ศาสตราจารย์ **เผิงจิ้งชาน** จึงได้ทดลองใช้รักษาอาการปวดบริเวณถุงน้ำดี พบว่าได้ผลดีและเริ่มใช้เทคนิคดังกล่าวในการรักษาอาการปวด

จากการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม และพัฒนาการรักษาผู้ป่วยของศาสตราจารย์ **เผิงจิ้งชาน** และศาสตราจารย์ **เถียนเว่ยจู่** ในปี ค.ศ. 1982 เข็มดวงตาได้ผ่านการตรวจสอบจากคณะผู้เชี่ยวชาญสาธารณสุข มณฑลเหลียวหนิง อย่างเป็นทางการ และได้รางวัลผลงานยอดเยี่ยมด้านเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ของมณฑลเหลียวหนิง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 เป็นต้นมา เข็มดวงตาได้รับการผลักดันไปทั่วประเทศจีนเป็นครั้งแรก ปี ค.ศ. 1987 ผลงานการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบเป็นทางการของคณะกรรมการแห่งชาติ ในปี ค.ศ. 1990 ผลงานการวิจัย “การรักษาทางคลินิกด้วยการใช้เข็มรอบดวงตาของแพทย์อาวุโส **เผิงจิ้งชาน**” ได้รับรางวัลที่สอง จากการคัดเลือกผลงาน ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ยอดเยี่ยม ของทบวงการแพทย์จีนแห่งชาติ ซึ่งถือว่าเป็นอีกก้าวของความสำเร็จของการรักษาด้วยเข็มตา

ในปี ค.ศ. 2001 ทบวงการแพทย์จีนแห่งชาติ ได้ตั้งหัวข้องานวิจัย “การรักษาจิ้งเพิงชนิดขาดเลือดในระยะเฉียบพลันของศาสตราจารย์ **เผิงจิ้งชาน**” โดยได้นำโครงการวิจัยการรักษาด้วยเข็มตาไปวิจัยในหลายศูนย์วิจัย ด้วยวิธีการวิจัยแบบ double blind พบว่า เป็นวิธีที่ได้รับผลการรักษาที่ดี

### จุดเด่นของการฝังเข็มโดยเทคนิคฝังเข็มรอบดวงตา

- ใช้เข็มน้อย
- มีผลการรักษาที่เร็ว
- ใช้พื้นที่น้อย
- สามารถใช้ร่วมกับเข็มลำตัวเพื่อเพิ่มผลการรักษา

### การกำหนดพื้นที่จุดรอบดวงตา

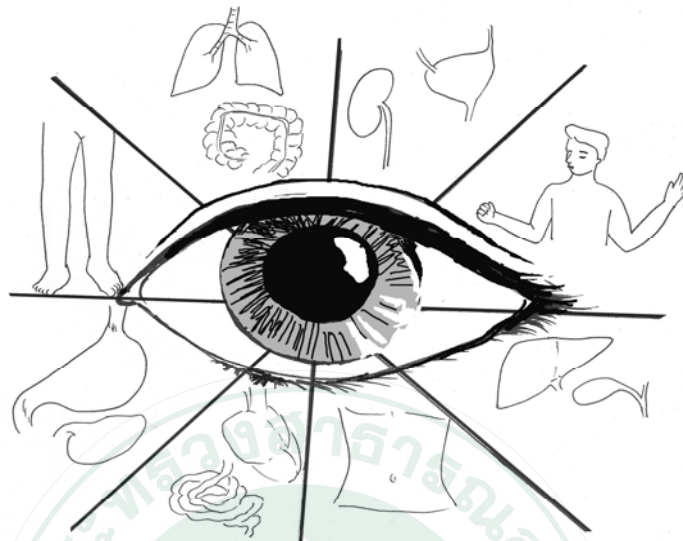
การกำหนดบริเวณตำแหน่งของจุดฝังเข็ม ตั้งแต่ทศวรรษที่ 70 ถึง 90 ได้มีการปรับปรุงแก้ไขไปแล้ว 3 ครั้ง โดยแต่ละครั้ง จะมีการเปลี่ยนแปลงในเวชปฏิบัติและทฤษฎีใหม่ ๆ เพื่อใช้ในการอธิบาย ทั้งนี้เพื่อที่จะให้การฝังเข็มตามีความปลอดภัย

ดวงตามีความสัมพันธ์กับทั้งเลือด ซี การเชื่อมต่อกับเส้นjingมาย 8 เส้น มีความสัมพันธ์กับjingลั่ว ทั้งที่เป็นจุดเริ่มของเส้นลมปราณ เป็นทางผ่าน จุดสิ้นสุด และสัมพันธ์กับอวัยวะภายใน ในทฤษฎีอยู่ หลุน (ลั่วทั้ง 5)

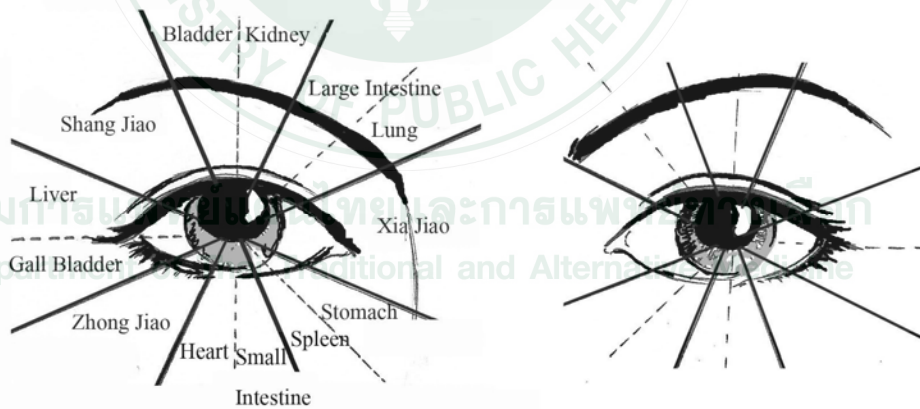
การแบ่งเขตและการกำหนดจุดบริเวณรอบดวงตา โดยยึดทฤษฎีอิน-หยาง เป็นสำคัญ กล่าวคือ **ตาขวาเป็นอิน ตาซ้ายเป็นหยาง** ศาสตราจารย์ **เผิงจิ้งชาน** ได้แบ่งดวงตาเป็น 8 ส่วนหรือ 8 ทิศทางตามสัญลักษณ์ป้ากั๋ว และได้กำหนดแต่ละส่วนมีอวัยวะซึ่งเป็นคู่กัน คือจิ้งฝู วางลงในแต่ละส่วน และเพิ่ม เจียวทั้ง 3 ลงไป ดวงตาจึงมี 8 ทิศ (รูปที่ 1) 13 ตำแหน่งอวัยวะจิ้งฝู ดังรูปที่ 2 ซึ่งปัจจุบันยกเลิกการใช้แล้ว เนื่องจากศาสตราจารย์ **เผิงจิ้งชาน** ได้ทำการสังเกตผู้ป่วยเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี พบว่า ยังมีองศาที่คลาดเคลื่อน จึงปรับเป็นแผนภูมิใหม่ ดังรูปที่ 3



รูปที่ 6.1 ตำแหน่ง ป้ากั๋ว



รูปที่ 6.2 ตาด้านซ้าย พร้อมอวัยวะในแต่ละพื้นที่ (แผนภูมิเดิมซึ่งได้ยกเลิกการใช้แล้ว)



รูปที่ 6.3 : แผนผังจุดฝังเข็มรอบดวงตา ปรับปรุงครั้งที่ 3



### หลักการเลือกจุดฝังเข็มรอบดวงตา

1. **เลือกจุดฝังเข็มตามเส้นลมปราณ** ซึ่งเป็นวิธีการเลือกจุดตามการอ้างอิงเส้นลมปราณใดเป็นของอวัยวะใดก็เลือกจุดบนเส้นลมปราณนั้น หรือพยาธิสภาพเกิดที่เส้นลมปราณใดก็ให้เลือกจุดบนเส้นลมปราณนั้น
2. **การเลือกจุดตามจิ้งผู้** ซึ่งหากอาการเจ็บป่วยนั้นเกี่ยวกับอวัยวะจิ้งผู้ใดก็ให้เลือกจุดบริเวณรอบตาซึ่งเป็นของจิ้งผู้นั้น
3. **การเลือกจุดในบริเวณของชานเจียว** พยาธิสภาพของโรคอยู่ในเจียวใดก็เลือกเจียวนั้น
4. **สังเกตดูลูกตาแล้วเลือกจุด** ดูที่บริเวณลูกตาขาว โดยสังเกตว่าหลอดเลือดหรือลักษณะสีของหลอดเลือดนั้นอยู่ในพื้นที่ใด เป็นของเส้นลมปราณใด ก็ใช้จุดฝังเข็มบนเส้นลมปราณนั้น

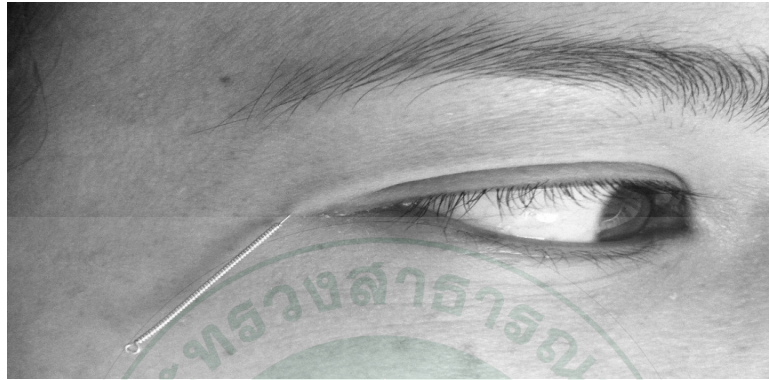
### วิธีปักเข็มรอบดวงตา

1. **การปักตรงในเบ้าตา** (รูปที่ 4) ต้องปักเข็มลงตรง ๆ ให้ชิดในขอบเบ้าตา วิธีการปักเข็มแบบนี้ถือเป็นพื้นฐานการปักเข็มตาวิธีหนึ่ง โดยปักแล้วไม่เจ็บจะได้ผลดีที่สุด



รูปที่ 6.4 แสดงการปักเข็มตรงในเบ้าตา

2. **การปักเข็มรอบนอกเบ้าตา** (รูปที่ 5) หลังจากเลือกตำแหน่งจุดแล้ว ให้ปลายเข็มอยู่ริมขอบตำแหน่งจุดประมาณ 2 มม. แล้วปักจากจุดนี้เฉียงลงไปอีกด้านของจุด พยายามให้ตัวเข็มเมื่อแทงผ่านผิวหนังลงไป subcutaneous ตัวเข็มต้องอยู่คร่อมจุดตำแหน่งนั้น วิธีการแทงเข็มนี้ถือว่าเป็นพื้นฐานการแทงเข็มตาที่ใช้บ่อยวิธีหนึ่ง



รูปที่ 6.5 แสดงการปักเข็มราบนอกเบ้าตา

3. การปักเข็มแบบจี้มเบา ๆ (รูปที่ 6) เมื่อเลือกจุดแล้ว ให้ใช้มือหนึ่งดึงหนังตาให้ตึง ใช้เข็มจี้มเบา ๆ 5 - 7 ครั้ง บนตำแหน่งจุด โดยไม่จำเป็นต้องให้เข็มเลือดออก



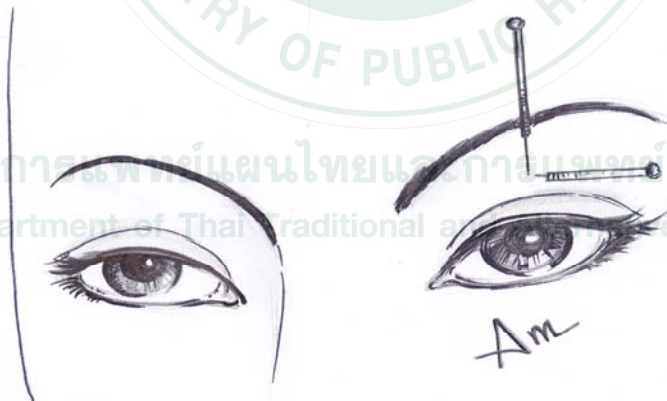
รูปที่ 6.6 แสดงการปักเข็มแบบจี้มเบา ๆ

**4. การปักเข็มแบบปักคู่** (รูปที่ 7) ไม่ว่าจะแทงเข็มในหรือนอกเบ้าตาก็ตาม เมื่อแทงไปแล้ว เข็มหนึ่งให้แทงเพิ่มอีกเข็มในทิศทางเดียวกันข้าง ๆ กับเข็มแรก ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มแรงกระตุ้น เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา



รูปที่ 6.7 แสดงการปักเข็มแบบปักคู่

**5. การปักเข็มแบบจับคู่ปักเข็มทั้งในและนอกเบ้าตา** (รูปที่ 8) เมื่อเลือกจุดแล้วให้แทงทั้งในและนอกเบ้าตาคู่กันเพื่อเพิ่มแรงกระตุ้น เพื่อผลการรักษาดียิ่งขึ้น



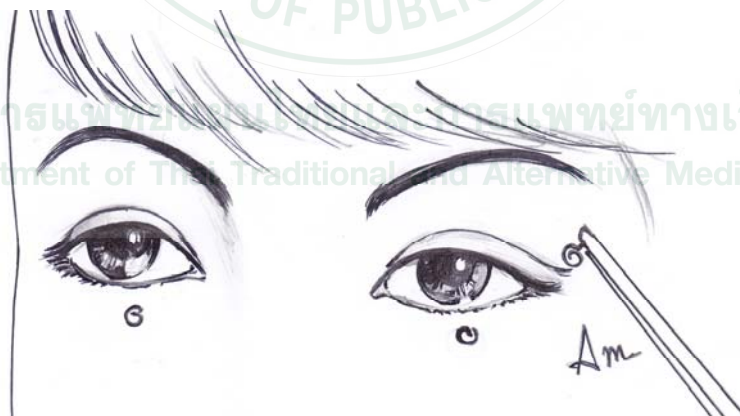
รูปที่ 6.8 แสดงการปักเข็มแบบจับคู่ปักเข็มทั้งในและนอกเบ้าตา

**6. การกดจุดฝังเข็มรอบดวงตา** (รูปที่ 9) เมื่อเลือกจุดแล้วให้ใช้อุปกรณ์ปลายทู่ เช่น เหล็กกดจุดตากบบริเวณขอบเบ้าตาด้านในจนรู้สึกเมื่อย ตื้อแน่น ให้กดนาน 10 - 20 นาที



**รูปที่ 6.9 แสดงการกดจุดฝังเข็มรอบดวงตา**

**7. การคาเข็มรอบดวงตา** (รูปที่ 10) เมื่อเลือกตำแหน่งแล้ว ให้ใช้เข็มติดผิวหนัง (ฝึ้นเยเงิน) เบอร์ 1 บักบริเวณขอบเบ้าตาทางด้านนอก ห่างจากขอบเบ้าตาด้านใน 2 มม. แล้วใช้เทปปิดให้แน่นกันหลุดคาไว้นาน 3 - 5 วัน



**รูปที่ 6.10 การคาเข็มรอบดวงตา**

### การกระตุ้นเข็มรอบดวงตา

โดยทั่วไปการแทงเข็มรอบดวงตา จะใช้วิธีคาเข็มไว้โดยไม่ต้องกระตุ้น นาน 15 - 30 นาที การฝังเข็มรอบดวงตา จะได้ผลดีต้องให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวส่วนที่มีปัญหา จะฟื้นฟูการทำงานของกล้ามเนื้อได้ ในทางเดียวกันผู้ป่วยเมื่อเคลื่อนไหวได้ ก็จะยินดีร่วมมือในการรักษา

วิธีการเกาตำเข็ม มักใช้ในกรณีที่ต้องการเสริมแรงกระตุ้น โดยทำเป็นช่วง ๆ เช่น คาเข็มไว้ 15 - 30 นาที ให้มาเกาเข็ม 1 - 2 ครั้ง ๆ ละ 30 วินาที - 1 นาที

#### ข้อควรระวังในระหว่างที่คาเข็มรอบดวงตา

1. ระยะเวลาขึ้นกับสภาพผู้ป่วย หากร่างกายอ่อนแอคาเข็มไม่นาน หากแข็งแรงให้คาไว้นานได้ เด็กเล็กและผู้ป่วยที่มักจะเคลื่อนไหวไม่นิ่งหรือไม่ให้ความร่วมมือไม่ต้องคาเข็ม
2. ระยะเวลาคาเข็มขึ้นกับฤดูกาล กล่าวคือฤดูร้อนไม่ต้องคาไว้นาน ฤดูหนาวคาไว้นานได้
3. ขึ้นกับอาการเจ็บป่วย หากอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง อาการดีขึ้นหรือหายดีบ้างแล้ว อาจไม่ต้องคาเข็มหรือคาเข็มไม่นาน ในอาการรุนแรงหรือรักษายากเรื้อรังให้คาเข็มไว้
4. ในระหว่างคาเข็มต้องคำนึงถึงความปลอดภัย โดยต้องกำชับให้ตัวผู้ป่วยหรือญาติ ห้ามแตะต้องเข็มที่ปักอยู่ เพื่อป้องกันเข็มหัก เข็มงอ

**ระยะเวลาการรักษา** ฝังเข็มวันละครั้ง ติดต่อกัน 10 - 14 วัน จัดเป็น 1 รอบการรักษา พัก 2 วัน แล้วเริ่มรอบการรักษาใหม่

#### ข้อควรระวังในการฝังเข็มรอบดวงตา

ข้อควรระวัง เช่นเดียวกับการฝังเข็มในบริเวณอื่น แต่ต้องระมัดระวังอันตรายต่อดวงตา เช่น การเกิดเลือดออกใต้ตาขาว (subconjunctival hemorrhage) การเกิดรอยช้ำม่วง (ecchymosis)

สตรีมีครรภ์หรือหลังคลอดใหม่ ๆ ไม่ควรใช้เข็มรอบดวงตา

ผู้ป่วยที่อารมณ์ตื่นเต้นมาก ผู้ที่มีอาการสั่นไม่หยุด หรืออยู่ไม่นิ่ง หนึ่งตาหนา ต้องระมัดระวังให้มากขึ้น

## บทที่ 7

# การใช้ยาจีนรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

## 治疗中风中药处方

### ก. การใช้ยาจีนรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (สมองขาดเลือด) ในระยะเฉียบพลัน

**หลักการรักษา** ให้นั้นไปที่การขับเสียชี่ และเสริมด้วยการประคองเจ็งชี่ เพื่อฟื้นสติและเปิดช่องทวาร ขับเสมหะทะลวงอวัยวะกลางทั้ง 6 สงบลมดับ และขจัดเสมหะทะลวงเส้นลมปราณ ซึ่งเป็นวิธีรักษาหลัก ดังนี้

#### - การรักษากลุ่มจิ้งจิ้งจู้

#### (1) กลุ่มอาการเสมหะร้อนอุดกั้นภายใน

**วิธีรักษา** ดับร้อน สลายเสมหะ ฟื้นสติ และเปิดช่องทวาร

**ตำรับยาที่แนะนำ :**

**ตำรับที่ 1** หลิงหยางเจียวทังเจียเจียน (羚羊角汤加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

หลิงหยางเจียว (羚羊角 เขากูย) ชนิดผง (ชงน้ำ)

ลือเจียวหมิง (石决明 เปลือกของหอยเป่าฮื้อ) ชนิดดิบ (ต้มก่อน)

เซี่ยคูเฉ่า (夏枯草)

จหวีฮัว (菊花 เก๊กฮวย)

ก๊วยป๋ัน (龟板 กระดองเต่า) (ต้มก่อน)

เซ็งตี้ (生地 โกลฐี่แมว)

ตันผี้ (丹皮 เปลือกรากโบทัน)

ไปเสา (白芍)

เทียนจู้หวาง (天竺黄)

ตันหนานชิ่ง (胆南星) เป็นต้น

**ตำรับที่ 2** หลิงเจียวโกวเถิงทังเหอเวินตันทังเจียเจียน (羚角勾藤汤和温胆汤加减)

มีส่วนประกอบ ดังนี้

หลิงหยางเจียว (羚羊角 เขากูย) ชนิดผง (ชงน้ำ)

เซ็งตี้ (生地 โกลฐี่แมว)

โกวเถิง (勾藤 เขาคายแม่หลูบ) (ใส่ทีหลัง)

จหวีฮัว (菊花 เก๊กฮวย)

ฝูหลิง (茯苓 ไปงรากสน)





เทรินเซิน (人參 โสมคน)

ฟูจื่อ (附子 รากแขนงของโหราเดียวโก้ที่ผ่านการฆ่าฤทธิ์แล้ว) เป็นต้น

### - การรักษากลุ่มจิ้งจิงลั่ว

#### (1) กลุ่มอาการลมหยางขึ้นรบกวน

วิธีรักษา ดับร้อน สงบตับ ลดหยาง สงบลมภายใน

ตำรับยาที่แนะนำ :

ตำรับยา เทียนหมาโกวเถิงอินเจียเจี้ยน (天麻勾藤饮加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

เทียนหมา (天麻)	โกวเถิง (勾藤 เขาคายแม่หลุบ) (ใส่ทีหลัง)
สื่อเจียหมิง (石决明 เปลือกของหอยเป่าฮื่อ) ชนิดดิบ (ต้มก่อน)	
ชวन्हิวซี (川牛膝 พันธ์น้อย)	หวงจิน (黄芩)
ซันจื่อ (山柽 ลูกพุด)	เซี่ยคุเฉ่า (夏枯草) เป็นต้น

ยาจีนสำเร็จรูป เช่น เทียนหมาโกวเถิงเคอลี่ (天麻勾藤颗粒) เป็นต้น

#### (2) กลุ่มอาการลมเสมหะอุดกั้นเส้นลมปราณ

วิธีรักษา สงบลมภายใน สลายเสมหะ ทะลวงเส้นลมปราณ

ตำรับยาที่แนะนำ :

ตำรับยาที่ 1 ฮว่าถันหลงู่ฟางเจียเจี้ยน (化痰通络方加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

ฝ้านเซี่ย (法半夏)	เซิงไปจู้ (生白术)
เทียนหมา (天麻)	จื่อตันเซิน (紫丹参)
เซียงฝู่ (香附 หัวหมู)	จิวต้าหวง (酒大黄 โกลฐน้ำเต้าเผ้าจื่อด้วยเหล้า)
ต่านหนานชิ่ง (胆南星) เป็นต้น	

ตำรับยาที่ 2 บั้นเซี่ยไปจู้เทียนหมาทังเหอเถาหงชืออู่ทังเจียเจี้ยน (半夏白术天麻汤合桃红

四物汤加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

บั้นเซี่ย (半夏 โหราข้าวโพด)	เทียนหมา (天麻)
ฝู่หลิง (茯苓 โป่งรากสน)	จิวหวิง (橘红 ผิวส้มจีน)
ตันเซิน (丹参)	ตังกุย (当归)
เถาเทริน (桃仁 เนื้อในเมล็ดท้อ)	หงฮวา (红花 ดอกคำฝอย)

ชานชุยยง (川芎 โกลฐหัวบัว) เป็นต้น

ยาจีนสำเร็จรูป เช่น

จิ้งเฟิงหุยชุนหวาน (中风回春丸)

หัวถวอไฉ้เจ้าหวาน (华佗再造丸)

ทงมายเจียวหนั่ง (通脉胶囊)

ซินมายทงเจียงหนั่ง (欣脉通胶囊) เป็นต้น

(3) กลุ่มอาการเสมหะร้อนกระเพาะอาหารและลำไส้แกร่ง

วิธีรักษา สลายเสมหะ ทะลวงอวัยวะกลางทั้ง 6

ตำรับยาที่แนะนำ :

ตำรับยาที่ 1 ซิงโหลวเจิงซี้ทังเจียเจียน (星蒌承气汤加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

เซิงต้าหวง (生大黄 โกลฐน้ำเต้าดิบ) (ใส่ทีหลัง) หมางเซียว (芒硝 ดีเกลือ) (ซง)

ต่านหนานชิ่ง (胆南星) กวาโหลว (瓜蒌) เป็นต้น

ตำรับยาที่ 2 ต้าเจิงซี้ทังเจียเจียน (大承气汤加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

ต้าหวง (大黄 โกลฐน้ำเต้า) หมางเซียว (芒硝 ดีเกลือ)

จื่อสือ (枳实 ผลอ่อนส้มซ่าหรือส้มเกลี้ยง) ไส้วผอ (厚朴) เป็นต้น

ยาจีนสำเร็จรูป เช่น อันเหน่าหวาน (安脑丸) หินหวงซิงซิงหวาน (牛黄清心丸) เป็นต้น

(4) กลุ่มอาการอินพร่องทำให้ลมเคลื่อน

วิธีรักษา เสริมอิน สงบลมภายใน

ตำรับยาที่แนะนำ :

ตำรับยาที่ 1 ยูวี่อินทงลั่วทังเจียเจียน (育阴通络汤加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

เซิงตี้หวง (生地黄 โกลฐขี้แมว) ซันยหวิโรว (山萸肉)

โกวเถิง (勾藤 เขาควายแม่หูลูป) (ใส่ทีหลัง) เทียนหมา (天麻)

ตันเซิน (丹参) ไปเสา (白芍) เป็นต้น

ตำรับยาที่ 2 เจินกานซีเฟิงทังเจียเจียน (镇肝息风汤加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

เซิงหลงกู่ (生龙骨) (ต้มก่อน) เซิงหมู่ลี่ (生牡蛎 เปลือกหอยนางลม) (ต้มก่อน)

ไต้เจ้อสือ (代赭石) (ต้มก่อน) กุยป๋น (龟板 กระดองเต่า) (ต้มก่อน)

ไปเสา (白芍) เสวี่ยนเซิน (玄参)

เทียนตง (天冬)                      ชวนหนิวซี (川牛膝 พันธ์งูน้อย)  
 ชวนเลี่ยนจื่อ (川楝子 ผลเลี่ยน)      อินเฉิน (茵陈)  
 ไม่งยา (麦芽 ข้าวบาร์เลย์งอก)      ชวนชุง (川芎 โกรฐหัวบัว) เป็นต้น

ยาจีนสำเร็จรูป เช่น **ต้าปู้อินหวาน** (大补阴丸) **จื่อไปตี้หวงหวาน** (知柏地黄丸) เป็นต้น

#### (5) กลุ่มอาการชีพร้อมมีเลือดคั่ง

**วิธีการรักษา** บำรุงชีพี เพิ่มการไหลเวียนของเลือด

**ตำรับยาที่แนะนำ :**

**ตำรับยา** **ปู้หยางหวนอู่ทังเจียเจียน** (补阳还五汤加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

เซิงหวงฉี (生黄芪)	เจวียนตังกุย (全当归)
เถาเหริน (桃仁 เนื้อในเมล็ดท้อ)	หงชวา (红花 ดอกคำฝอย)
เซ้อเสา (赤芍)	ตี้หลง (地龙 ไส้เดือนดิน) เป็นต้น

ยาจีนสำเร็จรูป เช่น **เซียวชวทงลั่วเพียน** (消栓通络片)

**เหเนาอันเจียวหนัง** (脑安胶囊)      **เหเนาซินทงเจียวหนัง** (脑心通胶囊)

**ทงซินลั่วเจียวหนัง** (通心络胶囊) เป็นต้น

#### การรักษาโดยการเป็ยนเจิ้งที่พบบ่อย

จั้งเฟิงในระยยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ป่วยหนักมีอาการแสดง คือ มีอาการสะอึก อาเจียนเป็นเลือด เป็นต้น จึงจำเป็นต้องรักษาให้ทันเวลา

##### (1) สะอึก

\* หากเสียงสะอึกสั้นและไม่ต่อเนื่อง หงุดหงิด ลิ้นมีสีแดงหรือสีแดงเลือดหมู ฝ่าเท้าเหลืองหรือฝ่าเท้าขาว ชีพจรเล็กและเต้นเร็ว สามารถใช้ตำรับยา **เหรินเซินจิงหมี่ทังเจียเจียน** (人参粳米汤加减) ซึ่งประกอบด้วย ซีหยางเซิน (西洋参 โสมอเมริกัน) และ จิงหมี่ (粳米 ข้าวเจ้า) ซึ่งมีสรรพคุณเสริมชีบบำรุงอิน และปรับสมดุลกระเพาะอาหาร ช่วยให้ชั่งลงสู่เบื้องล่าง

\* หากเสียงสะอึกดังและมีแรง หายใจมีกลิ่นไม่ดีและหงุดหงิด เพื่อพุดจาไม่รู้เรื่อง ท้องผูก บัสสาวะสีแดง ท้องขึ้นหรือเพ้อ ลิ้นมีสีแดง ฝ่าเท้าเหลืองและมีหนาม ชีพจรสั้นและเต้นเร็ว หรือชีพจรตึงและสั้น ส่วนใหญ่เลือกใช้ตำรับยา **ต้าเจิงชี่ทังเจียเจียน** (大承气汤加减)

โดยใช้ เชิงต้าหวง (生大黄 โกลฐน้ำเต้าดิบ) (ใส่ทีหลัง) หมางเซียว (芒硝 ดีเกลือ) (ซง)โฮ้วผอ (厚朴) จื่อสือ (枳实 ผลอ่อนส้มซ่าหรือส้มเกลี้ยง) เฉินเซียงเฟิน (沉香粉 ผงกฤษณา) ซง รับประทาน ซึ่งมีสรรพคุณระบายความร้อนและขับถ่ายของเสียตกค้างปรับสมดุลกระเพาะอาหาร ช่วยให้ชั่งลงสู่เบื้องล่าง

\* หากอาการร้อนกระวนกระวายลดลง แต่ยังคงมีเสียงสระอึบ่อย ๆ สามารถใช้ตำรับยา

ผิงนี่จื่อเอ้อทัง (平逆止呃汤) (ตำรับจากประสบการณ์) ในการรักษา โดยตัวยา

เฉ่าเตาโต้ว (炒刀豆) จิงผิ (青皮) จื่อเซอ (枳壳 ผลส้มซ่าที่ไม่แก่จัด)

เสวียนฟูฮวา (旋复花) (ใส่ห่อต้ม) จื่อป๋ันเซี่ย (制半夏 โทราข้าวโพดที่ผ่านการเผ่าจื่อแล้ว)

ผิผาเยี่ย (枇杷叶) ไหลฝูจื่อ (莱菔子 เมล็ดหัวผักกาดขาว) เซียนเจียง (鲜姜 ซิงสด)

ซึ่งมีสรรพคุณปรับสมดุลกระเพาะอาหาร ปรับการไหลเวียนของชี ช่วยให้ชั่งลงสู่เบื้องล่าง

ถ้ามีอาการชิวร่งร่วมด้วย ให้เพิ่มตัวยา เชิงไล่เซิน (生晒参 โสมขาว)

## (2) อาเจียนเป็นเลือด

มีอาการแสดง อาเจียนเป็นเลือด สลิมสลือ หน้าแดงตาแดง อยู่ไม่เป็นสุข อุจจาระแห้ง บัสภาวะสีแดง ลิ้นมีสีแดง ฝ้าบางสีเหลือง หรือฝ้าน้อย หรือไม่มีฝ้า ชีวจรตัง ลิ้น สามารถใช้ตำรับยา

**ซีเจียวตี้หวงทังเจียเจียน** (犀角地黄汤加减) โดยมีตัวยา ส่วยหนิวเจียว (水牛角 เขาควาง) (ต้มก่อน) เชิงตี้ (生地 โกลฐชี้แมว) เซอเสา (赤芍) ตันผิ (เปลือกรากโบตัน) ซึ่งสรรพคุณช่วยให้ความร้อนในเลือดลดลง ห้ามเลือด หรือเลือกใช้ตำรับยา **ต้าหวงหวงเหลียนเซี่ยซินทัง** (大黄黄连泻心汤)

นอกจากนี้ยังสามารถใช้ยา **หวิหนานไปเยา** (云南白药) หรือ **ซันซีเฟิน** (三七粉) หรือ **เชิงต้าหวงเฟิน** (生大黄粉) เป็นต้น โดยให้ยาทางจุมก หากมีอาการแสดงคือ ไข้สูงไม่ลด สามารถให้ยา **จื่อเสวียนซาน** (紫雪散) ซึ่งมีสรรพคุณดับร้อน ช่วยให้ความร้อนในเลือดลดลง

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

## การใช้ยาจีน (ยาฉีต) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

### 1. การรักษากลุ่มจั้งจั้งผู้

กลุ่มอาการมีเสมหะปิดช่องทวาร: เลือกใช้ยาฉีต **สิงเหนาจั้งจู้เซอเยี่ย** (醒脑静注射液)

กลุ่มอาการเสมหะร้อนอุดกั้นภายใน: เลือกใช้ยาฉีต **ซิงโคหฺลิ่งจู้เซอเยี่ย** (清开灵注射液)

กลุ่มอาการเหวียนชีหฺลุดอก: เลือกใช้ยาฉีต **เซินมายจู้เซอเยี่ย** (参脉注射液) หรือ **เซินฝูจู้เซอเยี่ย** (参附注射液) หรือ **เซิงมายจู้เซอเยี่ย** (生脉注射液) ฯลฯ ซึ่งมีสรรพคุณเสริมพลังชี

## 2. การรักษากลุ่มจิ้งจิงลั่ว

(1) สามารถเลือกใช้ยาจีน (ยาฉีด) ที่มีสรรพคุณสลายเลือดคั่งและช่วยให้เลือดหมุนเวียน เช่น

**ตันเซินจูเซอจี** (丹参注射液)      **ตันหงจูเซอเยี่ย** (丹红注射液)

**ชวนซุยงจินจูเซอเยี่ย** (川芎嗪注射液)

**ซันซิงเจ้ากัันจูเซอเยี่ย** (三七总皂苷注射液)

**เต็งจันซี้ซันจูเซอเยี่ย** (灯盏细辛注射液) เป็นต้น

(2) หากเป็นไข้แล้วมีอาการแสดงของโรคร้อน ให้เลือกใช้ยาจีน (ยาฉีด) ที่มีสรรพคุณดับร้อน และเพิ่มการไหลเวียนของเลือด เช่น **ขู่เตี้ยจื่อจูเซอเยี่ย** (苦碟子注射液) เป็นต้น

## ข. การใช้ยาจีนรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (ก้านสมองตาย) ในระยะฟื้นตัว

**หลักการรักษา** ให้เน้นไปที่การรักษาอาการแสดงออกและรักษาสาเหตุของโรคไปพร้อมกัน และเสริมด้วยการประคบไจ้ซี้และซำเสี่ยซี้ เมื่ออาการแสดงออกหายแล้ว ให้เน้นการประคบไจ้ซี้และรักษาสาเหตุของโรค ดังนั้น ในระยะฟื้นตัวและระยะอาการแสดงออกหายแล้ว จะเน้นการบำรุงซี้และการเพิ่มการไหลเวียนเลือด เสริมอินและทะลวงเส้นลมปราณ ซึ่งเป็นวิธีรักษาหลัก

### (1) กลุ่มอาการลมหยางซี้รบกวน

**วิธีรักษา** ดับร้อน สงบตับ ลดหยาง สงบลมภายใน

**ตำรับยาที่แนะนำ :**

**ตำรับยาที่ 1** เทียนหมาโกวเถิงอินเจี่ยเจี่ยน (天麻钩藤饮加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

เทียนหมา (天麻)      โกวเถิง (钩藤 เขาคายแม่หูลูบ) (ใส่ทีหลัง)

ลื่อเจี่ยหมิง (石决明 เปลือกของหอยเป่าฮื้อ)      ซินดดิบ (ต้มก่อน)

ชวนหนิวซี (川牛膝 ฟันงูน้อย)      หวงฉิน (黄芩)

ซันจื่อ (山柃 ลูกพุด)      เซี่ยคู้เฉ่า (夏枯草)      เป็นต้น

**ตำรับที่ 2** หลิงเจี่ยวโกวเถิงทังเจี่ยเจี่ยน (羚角钩藤汤加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

หลิงหยางเจี่ยว (羚羊角 เขากูย)      ซินดผง (ชงน้ำ)

เซ็งตี้ (生地 โกลฐี่แมว)      โกวเถิง (钩藤 เขาคายแม่หูลูบ) (ใส่ทีหลัง)

จหวีฮฺวา (菊花 เก๊กฮวย)      ผู่หลิง (茯苓 โป่งรากสน)

ไปโส (白芍)      เซ้อโส (赤芍)



จู้หู (竹茹 เปลือกชั้นกลางของลำต้นไผ่ดำ)

ชวนหนิวซี (川牛膝 พันธ์น้อย)      ต้นเซิน (丹参) เป็นต้น

**(2) กลุ่มอาการเสมหะคั่งอุดกั้นเส้นลมปราณ**

**วิธีการรักษา** สลายเสมหะ ทะลวงเส้นลมปราณ

**ตำรับยาที่แนะนำ :**

**ตำรับยาที่ 1** **ยวาทันหรงลุ่ฟางเจียเจียน** (化痰通络方加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

ฝ้ายปั้งเซี่ย (法半夏)

เซิงไป่จู (生白术)

เทียนหมา (天麻)

จื่อตันเซิน (紫丹参)

เซียงฝู (香附 หัวหมู)

จิวต้าหวง (酒大黄 โกล้าน้ำเต้าเผาจืดด้วยเหล้า)

ด้านหนานชิ่ง (胆南星) เป็นต้น

**ตำรับยาที่ 2** **บั้นเซี่ยไป่จูเทียนหมาทังเหอเถาหงชืออู่ทังเจียเจียน** (半夏白术天麻汤合桃红

四物汤加减) มีส่วนประกอบ ดังนี้

บั้นเซี่ย (半夏 โหระขั่วโพด)

เทียนหมา (天麻)

ฝูหลิง (茯苓 โป่งรากสน)

จหวีหง (橘红 ผิวส้มจีน)

ตันเซิน (丹参)

ตั้งกวย (当归)

เถาเหริน (桃仁 เนื้อในเมล็ดท้อ)

หงฮวา (红花 ดอกคำฝอย)

ชวนชวยง (川芎 โกล้าน้ำบัว) เป็นต้น

**ยาจีนสำเร็จรูป** เช่น

**จั้งเฟิงหุยชุนหวาน** (中风回春丸)      **หัวถวอไฉ้เจ้าหวาน** (华佗再造丸)

**ทงม่ายเจียวหนั่ง** (通脉胶囊)      **ซินม่ายทงเจียงหนั่ง** (欣脉通胶囊) เป็นต้น

**(3) กลุ่มอาการเสมหะร้อนกระเพาะอาหารและลำไส้เกร็ง**

**วิธีการรักษา** สลายเสมหะ ทะลวงอวัยวะกลางทั้ง 6

**ตำรับยาที่แนะนำ :**

**ตำรับยาที่ 1** **ชิ่งโหลวเจิงชี่ทัง** (星蒞承气汤) มีส่วนประกอบ ดังนี้

เซิงต้าหวง (生大黄 โกล้าน้ำเต้าดิบ) (ใส่ทีหลัง)

หมางเซียว (芒硝 ดีเกลือ) (ชง)

ด้านหนานชิ่ง (胆南星)

กวาโหลว (瓜蒌) เป็นต้น

**ตำรับยาที่ 2 ตำรับชิงชี่ทัง (大承气汤)** มีส่วนประกอบ ดังนี้

ตำหวง (大黄 โกงูลน้ำเต้า)	หมางเซียว (芒硝 ดิเกลือ) (ซง)
จื่อสือ (枳实 ผลอ่อนส้มซ่าหรือส้มเกลี้ยง)	โฮ้วผอ (厚朴) เป็นต้น

ยาจีนสำเร็จรูป เช่น **อันเหน่าวหวาน (安脑丸)** **หนิวหวงชิงชิ่งฮานวาน (牛黄清心丸)** เป็นต้น

**(4) กลุ่มอาการอินพร่องทำให้ลมเคลื่อน**

**วิธีรักษา** เสริมอิน สงบลมภายใน

**ตำรับยาที่แนะนำ :**

**ตำรับยาที่ 1 ยูวี่อินทงลัวทังเจียเจี้ยน (育阴通络汤加减)** มีส่วนประกอบ ดังนี้

เซิงตี้หวง (生地黄 โกงูลชีแมว)	ชันยหวิโร่ว (山萸肉)
โกวเถิง (钩藤 เขาคายแม่หลุบ) (ใส่ทีหลัง)	เทียนหมา (天麻)
ตันเซิน (丹参)	ไปเสา (白芍) เป็นต้น

**ตำรับยาที่ 2 เจินกานซีเฟิงทังเจียเจี้ยน (镇肝息风汤加减)** มีส่วนประกอบ ดังนี้

เซิงหลงกู่ (生龙骨) (ต้มก่อน)	เซิงหมู่ลี่ (生牡蛎 เปลือกหอยนางลม) (ต้มก่อน)
ไต่เจ้อสือ (代赭石) (ต้มก่อน)	กุกุ่ยป๋น (龟板 กระดองเต่า) (ต้มก่อน)
ไปเสา (白芍)	เสวียนเซิน (玄参)
เทียนตง (天冬)	ชวณหนิวซี (川牛膝 ฟันงูน้อย)
ชวณเลี่ยนจื่อ (川楝子 ผลเลี่ยน)	อินเฉิน (茵陈)
ไม่หย่า (麦芽 ข้าวบาร์เลย์งอก)	ชวณชุยง (川芎 โกงูลหัวบัว) เป็นต้น

ยาจีนสำเร็จรูป เช่น **ต้าปู้อินหวาน (大补阴丸)** **จื่อไปตี้หวงหวาน (知柏地黄丸)** เป็นต้น

**(5) กลุ่มอาการชี่พร่องมีเลือดคั่ง**

**วิธีรักษา** บำรุงชี่ เพิ่มการไหลเวียนของเลือด

**ตำรับยาที่แนะนำ :**

**ตำรับยา ปูหยางหวนอู่ทังเจียเจี้ยน (补阳还五汤加减)** มีส่วนประกอบ ดังนี้

เซิงหวงฉี (生黄芪)	เจวียนตังกุกุ่ย (全当归)
เถาเหริน (桃仁 เนื้อในเมล็ดท้อ)	หงฮวา (红花 ดอกคำฝอย)
เซ้อเสา (赤芍)	ตี้หลง (地龙 ไล่เดือนดิน) เป็นต้น

ยาจีนสำเร็จรูป เช่น **เซียวชวนทงลั่วเฟี้ยน** (消栓通络片) **เซียวชวนทงลั่วเฟี้ยน** (消栓通络片)  
**เห่นอันเจียวหนั่ง** (脑安胶囊) **เห่นซินทงเจียวหนั่ง** (脑心通胶囊) **ทงซินลั่วเจียวหนั่ง**  
(通心络胶囊) เป็นต้น



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

ภาคผนวกที่ 1

จุดฝังเข็มบนเส้นมือไทอินปอด (LU) The Lung Meridian of Hand-TaiYin Acupoints (手太阴肺经穴 Shǒu-Tài-Yīn-Fèi-Jīng-Xué)			
รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
LU1	中府	Zhōng-Fǔ	จงฝู่
LU2	云门	Yún-Mén	ยฺหวินเหมิน
LU3	天府	Tiān-Fǔ	เทียนฝู่
LU4	侠白	Xiá-Bái	เสี่ยวเป่
LU5	尺泽	Chǐ-Zé	จื่อเจ้อ
LU6	孔最	Kǒng-Zuì	ช่งจู่ยี้
LU7	列缺	Liè-Quē	เหลี่ยเซวี่ย
LU8	经渠	Jīng-Qú	จิงฉวี
LU9	太渊	Tài-Yuān	ไท่เยวี่ยน
LU10	鱼际	Yú-Jì	ยฺหวี่จี้
LU11	少商	Shào-Shāng	เส้าซาง
จุดบนเส้นมือหยางหมิงลำไส้ใหญ่ (LI) The Large Intestine Meridian of Hand-YangMing Acupoints (手阳明大肠经穴 Shǒu-Yáng-Míng-Dà-Cháng-Jīng-Xué)			
LI1	商阳	Shāng-Yáng	ซางหยาง
LI2	二间	Èr-Jiān	เอ๋อร์เจี่ยน
LI3	三间	Sān-Jiān	ซ่านเจี่ยน
LI4	合谷	Hé-Gǔ	เหอคุ
LI5	阳溪	Yáng-Xī	หยางซี

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
LI6	偏历	Piān-Lì	เพี้ยนลี่
LI7	温溜	Wēn-Liū	เวินลิว
LI8	下廉	Xià-Lián	เซี่ยเหลียน
LI9	上廉	Shàng-Lián	ซ่างเหลียน
LI10	手三里	Shǒu-Sān-Lǐ	โส่วซานหลี่
LI11	曲池	Qū-Chí	ชิวฉือ
LI12	肘髎	Zhǒu-Liáo	โจ่วเหลียว
LI13	手五里	Shǒu-Wǔ-Lǐ	โส่วอู่หลี่
LI14	臂臑	Bì-Nào	ปี่เนา
LI15	肩髃	Jiān-Yú	เจียนยุหวี
LI16	巨骨	Jù-Gǔ	จิวู้กู่
LI17	天鼎	Tiān-Dǐng	เทียนตั้ง
LI18	扶突	Fú-Tū	ฝู่ตู
LI19	口禾髎	Kǒu-Hé-Liáo	โขว่เหอเหลียว
LI20	迎香	Yíng-Xiāng	อิงเซียง
<b>จุดบนเส้นเท้าหยางหมิงกระเพาะอาหาร (ST)</b> <b>The Stomach Meridian of Foot-YangMing Acupoints</b> <b>(足阳明胃经穴 Zú-Yáng-Míng-Wèi-Jīng-Xué)</b>			
ST1	承泣	Chéng-Qì	เฉิงฉี
ST2	四白	Sì-Bái	ซื่อไป๋
ST3	巨髎	Jù-Liáo	จิวู้เหลียว
ST4	地仓	Dì-Cāng	ตี้ซ่าง

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
ST5	大迎	Dà-Yíng	ต้าอิ่ง
ST6	颊车	Jiá-Chē	เจี๋ยเชอ
ST7	下关	Xià-Guān	เซี่ยกวาน
ST8	头维	Tóu-Wéi	โถ้วเว่ย
ST9	人迎	Rén-Yíng	เหรินอิ่ง
ST10	水突	Shuǐ-Tū	ส่วยตุ
ST11	气舍	Qì-Shè	ชีเซ่อ
ST12	缺盆	Quē-Pén	เซวี่ยเฟิน
ST13	气户	Qì-Hù	ชีฮู่
ST14	库房	Kù-Fáng	คู้ฝาง
ST15	屋翳	Wū-Yì	อู่อี้
ST16	鹰窗	Yīng-Chuāng	อิงชวง
ST17	乳中	Rǔ-Zhōng	หลู่จง
ST18	乳根	Rǔ-Gēn	หลู่เกิน
ST19	不容	Bù-Róng	บูหล่ง
ST20	承满	Chéng-Mǎn	เฉิงหม่าน
ST21	梁门	Liáng-Mén	เหลียงเหมิน
ST22	关门	Guān-Mén	กวานเหมิน
ST23	太乙	Tài-Yí (Tài-Yī)	ไท่อี้ (ไท่อี้)
ST24	滑肉门	Huá-Ròu-Mèn	หัวโถ้วเหมิน
ST25	天枢	Tiān-Shū	เทียนชู
ST26	外陵	Wài-Líng	ไวหลิ่ง



รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
ST27	大巨	Dà-Jù	ต้าจู่
ST28	水道	Shuǐ-Dào	ส่วยเต้า
ST29	归来	Gūi-Lái	กวยไหล
ST30	气冲	Qì-Chōng	ชีซง
ST31	髀关	Bì-Guān	ปี้กวน
ST32	伏兔	Fú-Tù	ฝู่ตู้
ST33	阴市	Yīn-Shì	อินซือ
ST34	梁丘	Liáng-Qiū	เหลียงชิว
ST35	犊鼻	Dú-Bí	ตู้ปี้
ST36	足三里	Zú-Sān-Lǐ	จู่ซ่านหลี่
ST37	上巨虚	Shàng-Jù-Xū	ซ่างจู่ซู่
ST38	条口	Tiáo-Kǒu	เตี่ยวโ้ว
ST39	下巨虚	Xià-Jù-Xū	เซี่ยจู่ซู่
ST40	丰隆	Fēng-Lóng	เฟิงหลง
ST41	解溪	Jiě-Xī	เจี่ยซี
ST42	冲阳	Chōng-Yáng	ชงหยาง
ST43	陷谷	Xiàn-Gǔ	เซี่ยนกู่
ST44	内庭	Nèi-Tíng	เน่ยติง
ST45	厉兑	Lì-Duì	ลี่ตู่

<b>จุดบนเส้นเท้าไท่อินม้าม (SP)</b> <b>The Spleen Meridian of Foot-TaiYin Acupoints</b> <b>(足太阴脾经穴 Zú-Tài-Yīn-Pí-Wèi-Jīng-Xué)</b>			
SP1	隱白	Yīn-Bái	อินไป๋
SP2	大都	Dà-Dū	ต้าตู
SP3	太白	Tài-Bái	ไท่ไป๋
SP4	公孙	Gōng-Sūn	กงซุน
SP5	商丘	Shāng-Qiū	ชางชิว
SP6	三阴交	Sān-Yīn-Jiāo	ซานอินเจียว
SP7	漏谷	Lòu-Gǔ	โล่วกู่
SP8	地机	Dì-Jī	ตี้จี
SP9	阴陵泉	Yīn-Líng-Quán	อินหลิงเฉวียน
SP10	血海	Xuè-Hǎi	เซวี่ไห่
SP11	箕门	Jī-Mén	จีเหมิน
SP12	冲门	Chōng-Mén	ชงเหมิน
SP13	府舍	Fǔ-Shè	ฝู่เซ่อ
SP14	腹结	Fù-Jié	ฝู่เจี๋ย
SP15	大横	Dà-Héng	ต้าเหิง
SP16	腹哀	Fù-āi	ฝู่ไอ่
SP17	食窦	Shí-Dòu	สื่อโต้ว
SP18	天溪	Tiān-Xī	เทียนซี
SP19	胸乡	Xiōng-Xiāng	ชงเซียง
SP20	周荣	Zhōu-Róng	โจวหรง

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
SP21	大包	Dà-Bāo	ต้าเปา
<b>จุดบนเส้นมือเส้าอินหัวใจ (HT)</b> <b>The Heart Meridian of Hand-ShaoYin Acupoints</b> <b>(手少阴心经穴 Shǒu-Shǎo-Yīn-Xīn-Jīng-Xué)</b>			
HT1	极泉	Jí-Quán	จีเจวียน
HT2	青灵	Qīng-Líng	ชิงหลิง
HT3	少海	Shào-Hǎi	เส้าไห่
HT4	灵道	Líng-Dào	หลิงเต้า
HT5	通里	Tōng-Lǐ	ทงลี่
HT6	阴郄	Yīn-Xì	อินซี
HT7	神门	Shén-Mén	เสินเหมิน
HT8	少府	Shào-Fǔ	เส้าฝู่
HT9	少冲	Shào-Chōng	เส้าชง
<b>จุดบนเส้นมือไท่หยางลำไส้เล็ก (SI)</b> <b>The Small Intestine Meridian of Hand - TaiYang Acupoints</b> <b>(手太阳小肠经穴 Shǒu-Tài-Yáng-Xiǎo-Cháng-Jīng-Xué)</b>			
SI1	少泽	Shào-Zé	เส้าเจ้อ
SI2	前谷	Qián-Gǔ	เฉียนกู่
SI3	后溪	Hòu-Xī	โฮ่วซี
SI4	腕骨	Wàn-Gǔ	ว่านกู่
SI5	阳谷	Yáng-Gǔ	หยางกู่
SI6	养老	Yǎng-Lǎo	หย่างเหล้า
SI7	支正	Zhī-Zhèng	จีอั้ง

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
SI8	小海	Xiǎo-Hǎi	เสี้ยวไห่
SI9	肩贞	Jiān-Zhēn	เจียนเจิน
SI10	臑俞	Nào-Shū	เนาซู
SI11	天宗	Tiān-Zōng	เทียนจง
SI12	乘风	Bīng-Fēng	ปิงเฟิง
SI13	曲垣	Qū-Yuán	ซูวิเหยวียน
SI14	肩外俞	Jiān-Wài-Shū	เจียนไว่ซู
SI15	肩中俞	Jiān-Zhōng-Shū	เจียนจงซู
SI16	天窗	Tiān-Chuāng	เทียนชวง
SI17	天容	Tiān-Róng	เทียนรยง
SI18	颧髎	Quán-Liáo	เฉวียนเหลี่ยว
SI19	听宫	Tīng-Gōng	ทิงกง
<b>จุดบนเส้นเท้าไท่หยางกระเพาะปัสสาวะ (BL)</b> <b>The Bladder Meridian of Foot TaiYang Acupoints</b> <b>(足太阳膀胱经穴 Zú-Tài-Yáng-Páng-Guāng-Jīng-Xué)</b>			
BL1	睛明	Jīng-Míng	จิงหมิง
BL2	攒竹	Zǎn-Zhú (Cuán-Zhú)	จ่านจู้ (จวานจู้)
BL3	眉冲	Méi-Chōng	เหมยชง
BL4	曲差	Qū-Chā	ซูวีชา
BL5	五处	Wǔ-Chù	อู่ชู่
BL6	承光	Chéng-Guāng	เฉิงกวาง
BL7	通天	Tōng-Tiān	ทงเทียน

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
BL8	络却	Luò-Què	ลั่วเซวี่ย
BL9	玉枕	Yù-Zhěn	อวี่เจิ้น
BL10	天柱	Tiān-Zhù	เทียนจู้
BL11	大杼	Dà-Zhù	ต้าจู้
BL12	风门	Fēng-Mén	เฟิงเหมิน
BL13	肺俞	Fèi-Shū	เฟ้ยชู่
BL14	厥阴俞	Jué-Yīn-Shū	จเหวียอินชู่
BL15	心俞	Xīn-Shū	ซินชู่
BL16	督俞	Dū-Shū	ดูชู่
BL17	膈俞	Gé-Shū	เก้อชู่
BL18	肝俞	Gān-Shū	กานชู่
BL19	胆俞	Dǎn-Shū	ต่านชู่
BL20	脾俞	Pí-Shū	ฝี่ชู่
BL21	胃俞	Wèi-Shū	เว่ยชู่
BL22	三焦俞	Sān-Jiāo-Shū	ซานเจียวชู่
BL23	肾俞	Shèn-Shū	เซินชู่
BL24	气海俞	Qì-Hǎi-Shū	ชีไห่ชู่
BL25	大肠俞	Dà-Cháng-Shū	ต้าฉางชู่
BL26	关元俞	Guān-Yuán-Shū	กวานเหยวียนชู่
BL27	小肠俞	Xiǎo-Cháng-Shū	เสี่ยวฉางชู่
BL28	膀胱俞	Páng-Guāng-Shū	ปังกวางชู่
BL29	中膻俞	Zhōng-Lǚ-Shū	จงหลี่ชู่ (จงลู่หวิชู่)

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
BL30	白环俞	Bái-Huán-Shū	ไป๋หววนชู
BL31	上髎	Shàng-Liáo	ซ่างเหลี่ยว
BL32	次髎	Cì-Liáo	ซี่เหลี่ยว
BL33	中髎	Zhōng-Liáo	จงเหลี่ยว
BL34	下髎	Xià-Liáo	เซี่ยเหลี่ยว
BL35	会阳	Huì-Yáng	หฺวยหยาง
BL36	承扶	Chéng-Fú	เฉิงฝู
BL37	殷门	Yīn-Mén	อินเหมิน
BL38	浮郄	Fú-Xì	ฝูซี่
BL39	委阳	Wěi-Yáng	เว่ยหยาง
BL40	委中	Wěi-Zhōng	เว่ยจง
BL41	附分	Fù-Fēn	ฝูเฟิน
BL42	魄户	Pò-Hù	พอหู่
BL43	膏肓	Gāo-Huāng	เกาฮวง
BL44	神堂	Shén-Táng	เสินถั่ง
BL45	臆譱	Yì-Xì	อี้ซี่
BL46	膈关	Gé-Guān	เก้อกวาน
BL47	魂门	Hún-Mén	หุนเหมิน
BL48	阳纲	Yáng-Gāng	หยางกั้ง
BL49	意舍	Yì-Shè	อี้เซ่อ
BL50	胃仓	Wèi-Cāng	เว่ยซาง
BL51	肓门	Huāng-Mén	ฮวงเหมิน



รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
BL52	志室	Zhì-Shì	จื่อชื้อ
BL53	胞育	Bāo-Huāng	เป่าฮวง
BL54	秩边	Zhì-Biān	จื่อเปียน
BL55	合阳	Hé-Yáng	เหอหยาง
BL56	承筋	Chéng-Jīn	เฉิงจิ้น
BL57	承山	Chéng-Shān	เฉิงชาน
BL58	飞扬	Fēi-Yáng	เฟยหยาง
BL59	跗阳	Fū-Yáng	ฟูหยาง
BL60	昆仑	Kūn-Lún	คุนหลุน
BL61	仆参	Pú-Cān (Pú-Shēn)	ผู่ชาน (ผู่เซิน)
BL62	申脉	Shēn-Mài	เซินม้าย
BL63	金門	Jīn-Mén	จิ้นเหมิน
BL64	京骨	Jīng-Gǔ	จิงกู่
BL65	束骨	Shù-Gǔ	ชูกู่
BL66	足通谷	Zú-Tōng-Gǔ	จู่ทงกู่
BL67	至阴	Zhì-Yīn	จื่ออิน
<b>จุดบนเส้นเท้าซ้ายไต (KI)</b>			
<b>The Kidney Meridian of Foot-ShaoYin Acupoints</b>			
<b>(足少阴肾经穴 Zú-Shǎo-Yīn-Shèn-Jīng-Xué)</b>			
KI1	涌泉	Yǒng-Quán	หย่งเฉวียน
KI2	然谷	Rán-Gǔ	หฺยานกู่
KI3	太溪	Tài-Xī	ไท่ซี

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
KI4	大钟	Dà-Zhōng	ต้าจง
KI5	水泉	Shuǐ-Quán	ส่วยเฉวียน
KI6	照海	Zhào-Hǎi	เจ้าไห่
KI7	复溜	Fù-Liū	ฟูลิว
KI8	交信	Jiāo-Xìn	เจียวซิน
KI9	筑宾	Zhù-Bīn	จู้ปิ่น
KI10	阴谷	Yīn-gǔ	อินกู่
KI11	横骨	Héng-Gǔ	เหิงกู่
KI12	大赫	Dà-Hè	ต้าเฮ่อ
KI13	气穴	Qì-Xué	ชีเสวีย
KI14	四满	Sì-Mǎn	ซือหม่าน
KI15	中注	Zhōng-Zhù	จงจู้
KI16	肓俞	Huāng-Shū	ฮวงชู
KI17	商曲	Shāng-Qū	ชางชวี
KI18	石关	Shí-Guān	ลี่กวาน
KI19	阴都	Yīn-Dū	อินตู
KI20	腹通谷	Fù-Tōng-Gǔ	ฝู่ทงกู่
KI21	幽门	Yōu-Mén	อิวเหมิน
KI22	步廊	Bù-Láng	บู่หลาง
KI23	神封	Shén-Fēng	เสินเฟิง
KI24	灵墟	Líng-Xū	หลิงชวี
KI25	神藏	Shén-Cáng	เสินฉาง

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
KI26	臑中	Yù-Zhōng	อู่จง
KI27	俞府	Shū-Fǔ	ซูฝู่
<b>จุดบนเส้นมือจueหยินเยื่อหุ้มหัวใจ (PC)</b> <b>The Pericardium Meridian of Hand-JueYin Acupoints</b> <b>(手厥阴心包经穴 Shǒu-Jué-Yīn-Xīn-Bāo-Jīng-Xué)</b>			
PC1	天池	Tiān-Chí	เทียนฉือ
PC2	天泉	Tiān-Quán	เทียนฉวน
PC3	曲泽	Qū-Zé	ชิวเจ้อ
PC4	郄门	Xì-Mén	ซีเหมิน
PC5	间使	Jiān-Shǐ	เจียนสื่อ
PC6	内关	Nèi-Guān	เน่ยกวาน
PC7	大陵	Dà-Líng	ต้าหลิง
PC8	劳宫	Láo-Gōng	เหลากง
PC9	中冲	Zhōng-Chōng	จงชง
<b>จุดบนเส้นมือเส้าหยางซานเจียว (TE)</b> <b>The Pericardium Meridian of Hand-JueYin Acupoints</b> <b>(手少阳三焦经穴 Shǒu-Jué-Yīn-Xīn-Bāo-Jīng-Xué)</b>			
TE1	关冲	Guān-Chōng	กวานชง
TE2	液门	Yè-Mén	เย่เหมิน
TE3	中渚	Zhōng-Zhǔ	จงจู่
TE4	阳池	Yáng-Chí	หยางฉือ
TE5	外关	Wài-Guān	ไว่กวาน
TE6	支沟	Zhī-Gōu	จื่อโกว

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
TE7	会宗	Huì-Zōng	ห้วยจง
TE8	三阳络	Sān-Yáng-Luò	ซานหยางลั่ว
TE9	四渎	Sì-Dú	สี่ตุ่
TE10	天井	Tiān-Jīng	เทียนจิง
TE11	清冷渊	Qīng-Lěng-Yuān	ชิงเหลิ่งเยวี่ยน
TE12	消泺	Xiāo-Luò	เซียวลั่ว
TE13	臑会	Nào-Huì	เนาห้วย
TE14	间髎	Jiān-Liáo	เจียนเหลี่ยว
TE15	天髎	Tiān-Liáo	เทียนเหลี่ยว
TE16	天牖	Tiān-Yǒu	เทียนอิว
TE17	翳风	Yì-Fēng	อี้เฟิง
TE18	瘰脉	Chì-Mài	ชีอ๋ม่าย
TE19	颊息	Lú-Xī	หลูซี่
TE20	角孙	Jiǎo-Sūn	เจี่ยวซุน
TE21	耳门	Ěr-Mén	เอ๋อร์เหมิน
TE22	耳禾髎	Ěr-Hé-Liáo	เอ๋อร์เหอเหลี่ยว
TE23	丝竹空	Sī-Zhú-Kōng	สี่จู้กง
<b>จุดบนเส้นเท้าหยางถุน่าตี้ (GB)</b> <b>The Gall Bladder Meridian of Foot-ShaoYang Acupoints</b> <b>(足少阳胆经穴 Zú-Shǎo-Yáng-Dǎn-Jīng-Xué)</b>			
GB1	瞳子髎	Tóng-Zǐ-Liáo	ถงจื่อเหลี่ยว
GB2	听会	Tīng-Huì	ทิงห้วย

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
GB3	上关	Shàng-Guān	ช่างกวาน
GB4	颌厌	Hàn-Yàn	ฮั่นเอี้ยน
GB5	悬颅	Xuán-Lú	เสวียนหลู
GB6	悬厘	Xuán-Lí	เสวียนหลี่
GB7	曲鬓	Qū-Bìn	ชวีปิ่น
GB8	率谷	Shuài-Gǔ	ไซ่วกู่
GB9	天冲	Tiān-Chōng	เทียนชง
GB10	浮白	Fú-bái	ฝูไป๋
GB11	头窍阴	Tóu-Qiào-Yīn	โถวเซี่ยวอิน
GB12	完骨	Wán-Gǔ	หวั่นกู่
GB13	本神	Běn-Shén	เบิ่นเสิน
GB14	阳白	Yáng-Bái	หยางไป๋
GB15	头临泣	Tóu-Lín-Qì	โถวหลินฉี
GB16	目窗	Mù-Chuāng	มุชววง
GB17	正营	Zhèng-Yíng	เจิ้งยี้ง
GB18	承灵	Chéng-Líng	เฉิงหลิง
GB19	脑空	Nǎo-Kōng	หน่าคอง
GB20	风池	Fēng-Chí	เฟิงฉี
GB21	肩井	Jiān-Jǐng	เจียนจิ้ง
GB22	渊液	Yuān-Yè	เอวียนเย่
GB23	辄筋	Zhé-Jīn	เจ้อจิ้น
GB24	日月	Rì-Yuè	รื่อเอวี่

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
GB25	京门	Jīng-Mén	จิงเหมิน
GB26	带脉	Dài-Mài	ไต้ม่าย
GB27	五枢	Wǔ-Shū	อู่ชู
GB28	维道	Wéi-Dào	เหวยเต้า
GB29	居髎	Jū-Liáo	จวีเหลียว
GB30	环跳	Huán-Tiào	หวนท้าว
GB31	风市	Fēng-shì	เฟิงซือ
GB32	中渎	Zhōng-Dú	จงตุ้
GB33	膝阳关	Xī-Yáng-Guān	ซีหยางกวาน
GB34	阳陵泉	Yáng-Líng-Quán	หยางหลิงเฉวียน
GB35	阳交	Yáng-Jiāo	หยางเจียว
GB36	外丘	Wài-Qiū	ไวชีว
GB37	光明	Guāng-Míng	กวางหมิง
GB38	阳辅	Yáng-Fǔ	หยางฝู่
GB39	悬钟	Xuán-Zhōng	เฉวียนจง
GB40	丘墟	Qiū-Xū	ชีวซู่
GB41	足临泣	Zú-Lín-Qì	จู่หลินชี
GB42	地五会	Dì-Wǔ-Huì	ตี้อู่ฮุย
GB43	侠溪	Xiá-Xī	เสี่ยซี
GB44	足窍阴	Zú-Qiào-Yīn	จู่เฉวียนอิน



<b>จุดบนเส้นเท้าจเหวียอินตัม (LR)</b> <b>The Liver Meridian of Foot-Jue Yin Acupoints</b> <b>(足厥阴肝经穴 Zú-Jué-Yīn-Xīn-Gān-Jīng-Xué)</b>			
LR1	大敦	Dà-Dūn	ต้าตุน
LR2	行间	Xíng-Jiān	สิงเจียน
LR3	太冲	Tài-Chōng	ไท่ชง
LR4	中封	Zhōng-Fēng	จงเฟิง
LR5	蠡沟	Lí-Gōu	หลี่โกว
LR6	中都	Zhōng-Dū	จงตู
LR7	膝关	Xī-Guān	ซีกวาน
LR8	曲泉	Qū-Quán	ชิวี่วียน
LR9	阴包	Yīn-Bāo	อินเปา
LR10	足五里	Zú-Wǔ-Lǐ	จู่ฮู่หลี่
LR11	阴廉	Yīn-Lián	อินเหลียน
LR12	急脉	Jí-Mài	จี๋มาย
LR13	章门	Zhāng-Mén	จางเหมิน
LR14	期门	Qī-Mén	ชีเหมิน
<b>จุดบนเส้นลมปราณเก๋น (CV)</b> <b>The Conception Vessel Acupoints</b> <b>(任脉穴 Rèn-Mài-Xué)</b>			
CV1	会阴	Huì-Yīn	หุ้ยอิน
CV2	曲骨	Qū-Gǔ	ชิวี่กู่
CV3	中极	Zhōng-Jí	จงจี
CV4	关元	Guān-Yuán	กวานเหยวี่วียน

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
CV5	石门	Shí-Mén	สื่อเหมิน
CV6	气海	Qì-Hǎi	ชีไห่
CV7	阴交	Yīn-Jiāo	อินเจียว
CV8	神阙	Shén-Què	เสินเซวี่ย
CV9	水分	Shuǐ-Fēn	ส่วยเฟิน
CV10	下腕	Xià-Wǎn	เซี่ยหว่าน
CV11	建里	Jiàn-Lǐ	เจี้ยนหลี่
CV12	中腕	Zhōng-Wǎn	จงหว่าน
CV13	上腕	Shàng-Wǎn	ชางหว่าน
CV14	巨阙	Jù-Què	จู้เซวี่ย
CV15	鸠尾	Jiū-Wèi	จิ่วเววี่ย
CV16	中庭	Zhōng-Tíng	จงติง
CV17	膻中	Tán-Zhōng (Dàn-Zhōng) (Shàn-Zhōng)	ตันจง (ตันจง) (ชันจง)
CV18	玉堂	Yù-Táng	อวี้ถาง
CV19	紫宫	Zǐ-Gōng	จื่อกง
CV20	华盖	Huá-Gài	หัวก้าย
CV21	璇玑	Xuán-Jī	เสวี่ยนจี
CV22	天突	Tiān-Tū	เทียนตุ
CV23	廉泉	Lián-Quán	เหลียนเจวี่ยน
CV24	承浆	Chéng-Jiāng	เฉิงเจียง

จุดบนเส้นลมปราณตุ (GV) The Governor Vessel Acupoints (督脉穴 Dū-Mài-Xué)			
GV1	长强	Cháng-Qiáng	ฉางเฉียง
GV2	腰俞	Yāo-Shū	เยาซู
GV3	腰阳关	Yāo-Yáng-Guān	เยาหยางกวาน
GV4	命门	Mìng-Mén	มิ่งเหมิน
GV5	悬枢	Xuán-Shū	เสวียนซู
GV6	脊中	Jǐ-Zhōng	จีจง
GV7	中枢	Zhōng-Shū	จงซู
GV8	筋缩	Jīn-Suō	จินซัว
GV9	至阳	Zhì-Yáng	จื่อหยาง
GV10	灵台	Líng-Tái	หลิงไท่
GV11	神道	Shén-Dào	เสินต้า
GV12	身柱	Shēn-Zhù	เซินจู้
GV13	陶道	Táo-Dào	เถาต้า
GV14	大椎	Dà-Zhuī	ต้าจวย
GV15	哑门	Yǎ-Mén	หย่าเหมิน
GV16	风府	Fēng-Fǔ	เฟิงฝู่
GV17	脑户	Nǎo-Hù	หน่าหู่
GV18	强间	Qiáng-Jiān	เฉียงเจี้ยน
GV19	后项	Hòu-Dǐng	โหล้วตั้ง
GV20	百会	Bǎi-Huì	ไป่หุ้ย

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
GV21	前顶	Qián-Dǐng	เฉียนต้ง
GV22	囟会	Xìn-Huì	ซินหุ้ย
GV23	上星	Shàng-Xīng	ซ่างซิง
GV24	神庭	Shén-Tíng	เสินติง
GV25	素髎	Sù-Liáo	ซูเหลี่ยว
GV26	水沟	Shuǐ-Gōu	ส่วยโกว
GV27	兑端	Duì-Duān	ต่วยตวาน
GV28	龈交	Yín-Jiāo	อินเจียว
<b>จุดพิเศษบน ศีรษะและคอ (EX-HN)</b> <b>Head and Neck Extra-Acupoints</b> <b>(头颈奇穴 : Tóu-Jǐng-Qí-Xué)</b>			
EX-HN1	四神聪	Sì-Shén-Cōng	ซื่อเสินซง
EX-HN2	当阳	Dāng-Yáng	ตางหยาง
EX-HN3	印堂	Yìn-Táng	อินต้ง
EX-HN4	鱼腰	Yú-Yāo	ยุหวิเยา
EX-HN5	太阳	Tài-Yáng	ไท่หยาง
EX-HN6	耳尖	Ěr-Jiān	เออร์เจียน
EX-HN7	球后	Qiú-Hòu	ฉิวไห่ว
EX-HN8	上迎香	Shàng-Yíng-Xiāng	ซ่างอิงเซียง
EX-HN9	内迎香	Nèi-Yíng-Xiāng	เนย์อิงเซียง
EX-HN10	聚泉	Jù-Quán	จูวี่ฉวน
EX-HN11	海泉	Hǎi-Quán	ไห่ฉวน

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
EX-HN12	金津	Jīn-Jīn	จินจิน
EX-HN13	玉液	Yù-Yè	อวี่เย่
EX-HN14	翳明	Yì-Míng	อี้หมิง
EX-HN15	颈百劳	Jǐng-Bǎi-Láo	จิ้งไปเหลา
EX-HN16	上廉泉	Shàng-Lián-Quán	ซ่างเหลียนหลิวี่ยน
EX-HN17	夹承浆	Jiā-Chéng-Jiāng	เจี๋ยเฉิงเจี๋ยง
EX-HN18	牵正	Qiān-Zhèng	เฉียนเจิ้ง
EX-HN19	安眠	Ān-Mián	อันเหมี่ยน
<b>จุดพิเศษบน หน้าอกและท้อง (EX-CA)</b> <b>Chest and Abdomen Extra-Acupoints</b> <b>(胸腹奇穴 : Xiōng-Fù-Qí-Xué)</b>			
EX-CA1	子宫	Zǐ-Gōng	จื่อกง
EX-CA2	胃上	Wèi-Shàng	เว่ยซ่าง
EX-CA3	三角灸	Sān-Jiǎo-Jiǔ	ซานเจียวจิว
EX-CA4	利尿穴	Lì-Niào-Xué	ลี่เหนียวเลวี่ย
EX-CA5	气门	Qì-Mén	ชีเหมิน
EX-CA6	提托	Tí-Tuō	ตีทัว
<b>จุดพิเศษบน หลัง (EX-B)</b> <b>Back Extra-Acupoints</b> <b>(背奇穴 Bèi-Qí-Xué)</b>			
EX-B1	定喘	Dìng-chuǎn	ตั้งจ้วน
EX-B2	夹脊	Jiá-jǐ	เจี๋ยจี
EX-B3	胃脘下俞	Wèi-Wǎn-Xià-Shū	เว่ยหวานเซี่ยชู

รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
EX-B4	痞根	Pǐ-Gēn	ผีเกิน
EX-B5	下极俞	Xià-Jí-Shū	เซี่ยจีชู่
EX-B6	腰宜	Yāo-Yí	เยาอี้
EX-B7	腰眼	Yāo-Yǎn	เยาเอียน
EX-B8	十七椎	Shí-Qī-Zhuī	สือชีจួយ
EX-B9	腰奇	Yāo-Qí	เยาฉี
EX-B10	环中	Huán-Zhōng	หวานจง
EX-B11	血压点	Xuè-Yā-Diǎn	เซวี่ยยาเตียน
EX-B12	巨阙俞	Jù-Què-Shū	จิวี่เซวี่ยชู่
<b>จุดพิเศษบน รางยัคบน (EX-UE)</b> <b>Upper Extremities Extra-Acupoints</b> <b>(上肢奇穴 Shàng-Zhī-Qí-Xué)</b>			
EX-UE1	肘尖	Zhǒu-Jiān	โจ้วเจียน
EX-UE2	二白	Èr-Bái	เอ๋อรัไป
EX-UE3	中泉	Zhōng-Quán	จงเฉวี่ยน
EX-UE4	中魁	Zhōng-Kuí	จงชุย
EX-UE5	大骨空	Dà-Gǔ-Kōng	ต้ากู่กง
EX-UE6	小骨空	Xiǎo-Gǔ-Kōng	เสี่ยวกู่กง
EX-UE7	腰痛点	Yāo-Tòng-Diǎn	เยาฟ่งเตียน
EX-UE8	外劳宫	Wài-Láo-Gōng	ไวเหลากง
EX-UE9	八邪	Bā-Xié	ปาเสี่ย
EX-UE10	四缝	Sì-Fèng	สือเฟิ่ง



รหัสจุด	ชื่อภาษาจีน	พินอิน	ภาษาไทย
EX-UE11	十宣	Shí-Xuān	สื่อเซวียน
EX-UE12	肩前 (肩内陵)	Jiān-Qián (Jiān-Nèi-Líng)	เจียนเจียน (เจียนน่วยหลิง)
EX-UE13	臂中 (收逆注)	Bì-Zhōng (Shou-Ni-Zhu)	ปี้จิง (โซวนี้จู้)
<b>จุดพิเศษบน รางยวี่ล่าง (EX-LE)</b> <b>Lower Extremities Extra-Acupoints</b> <b>(下肢奇穴 Qí-Xué-Xia-Zhi)</b>			
EX-LE1	髌骨	Kuān-Gǔ	ควานกู่
EX-LE2	鹤顶	Hè-Dǐng	เหอตั้ง
EX-LE3	膝内 白虫窝	Xī-Nèi Bái-Chóng-Wō	ซีเน่ย ไป๋จงวอ
EX-LE4	内膝眼	Nèi-Xī-Yǎn	เน่ยซีเอียน
EX-LE5	膝眼	Xī-Yǎn	ซีเอียน
EX-LE6	胆囊	Dǎn-Náng	ต่านหนาง
EX-LE7	阑尾	Lán-Wěi	หลานเว่ย
EX-LE8	内踝尖	Nèi-Huái-Jiān	เน่ยหวายเจียน
EX-LE9	外踝尖	Wài-Huái-Jiān	ไวหวายเจียน
EX-LE10	八风	Bā-Fēng	ปาเฟิง
EX-LE11	独阴	Dú-Yīn	ดูอิน
EX-LE12	气端	Qì-Duān	ชีตวาน

## ดัชนีทั่วไป

- 12 จุดจิ่ง (井穴) 31,32,33
- Stroke update 16,17,18,19
- Stroke ใหม่ บน stroke เก่า 15
- กระสับกระส่าย 102
- กลุ่มที่เกิดไฟ 83
- กลุ่มอาการของลม 136
- กลุ่มอาการซีฟรื่องมีเลือดคั่ง 177,181
- กลุ่มอาการปิด33, 37,38,39,96
- กลุ่มอาการไฟ 137
- กลุ่มอาการมีเสมหะปิดช่องทวาร 174
- กลุ่มอาการลมเสมหะอุดกั้นเส้นลมปราณ 175
- กลุ่มอาการลมหยางขึ้นรบกวน 179
- กลุ่มอาการลมหยางขึ้นรบกวน 175
- กลุ่มอาการเสมหะคั่งอุดกั้นเส้นลมปราณ 180
- กลุ่มอาการเสมหะร้อนกระเพาะอาหารและลำไส้  
แกร่ง 176,180
- กลุ่มอาการเสมหะร้อนอุดกั้นภายใน 173
- กลุ่มอาการหลุด 33,39,40
- กลุ่มอาการเหวียนซีหลุดออก 174
- กลุ่มอาการอินพร่องทำให้ลมเคลื่อน 176,181
- การกระตุ้นเข็มรอบดวงตา 172
- การกลืนลำบากหรือสำลัก 56
- การกำหนดพื้นที่จุดรอบดวงตา 166
- การจำแนกกลุ่มอาการ125
- การใช้เข็มแทงปล่อยเลือด 83,100
- การใช้เข็มไฟ 104,100
- การใช้ยาจีน (ยาฉีด) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ 178
- การนวดหูหนา 79
- การนอนหลับ 55
- การแบ่งประเภทกลุ่มอาการของจิ้งเพิง 34
- การแบ่งระยะการรักษาจิ้งเพิง 125
- การฝังเข็มผู้ป่วยจิ้งเพิง 122
- การฝังเข็มรอบดวงตา 165
- การฝังเข็มศีรษะ 147,148
- การพิจารณาให้การรักษา 19,20,21
- การพูดไม่ชัด 56.
- การรักษากลุ่มจิ้งจิ้งฝู 173,178,
- การรักษากลุ่มจิ้งจิ้งลั่ว 175,179
- การรักษากลุ่มอาการปิด 128
- การรักษากลุ่มอาการหลุด 130
- การรักษาโดยการเบี่ยงจิ้งที่พบบ่อย 177
- การรักษาอัมพาตครึ่งซีก 98
- การอบด้วยไอน้ำยา 79,80
- ขมับ 3 เข็ม 96
- ขมับ 3 เข็ม (颞三针) 94
- ข้อควรระวังในการฝังเข็มรอบดวงตา 172

- ข้อควรระวังในระหว่างที่คาเข็มรอบดวงตา 172  
 ขาเคลื่อนไหวไม่คล่อง 102  
 เข็มทองหวางเล่อถึง 114  
 เขนขามืออาการชา 103  
 เขนขามืออาการคันควบคุมไม่ได้ 103  
 เขนขาหดเกร็ง 103  
 เขนเคลื่อนไหวไม่คล่อง 102  
 ควบคุมอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ 103,142  
 ความดันโลหิตสูง 103  
 ความผิดปกติของระบบโลหิต 5  
 ความรู้สึกต่าง ๆ ที่มีต่อเข็ม 84  
 คัมภีร์เนยจิง 29  
 จิ้งจิ้ง 93  
 จิ้งจิ้งฝู 35,93,125,140  
 จิ้งจิง 93  
 จิ้งฝู 93  
 จิ้งลั่ว 92  
 จางจิ้งจิง (张仲景) 30  
 จิง (精) 48  
 จิ้น 3 เข็ม 靳三针 94  
 จินคฺย (金匱) 30  
 จิ้นรฺย (靳瑞) 94  
 จิสฺวีปฺเซี่ยโสวฝ่า (急徐补泻手法) 97  
 จูต่านซี (朱丹溪) 30  
 ฉลาด 3 เข็ม 95  
 ชีพร่อง 138  
 ชางหั้นจ่าปี้งลฺุ่น(伤寒杂病论) 30  
 ชูเวิน 30  
 ดิ่มน้ำแล้วสลัก กลืนลำบาก 103  
 ตา 3 เข็ม 眼三针 94  
 ตำรับยารักษากลุ่มอาการลมเสมหะอุดกั้นเส้น  
 ลมปราณ 175  
 ถงจิงเต่าซีฝ่า 97  
 ท้องผูก 53  
 ท้องผูก 103  
 หัวใจ 141  
 ทิศทางในการแทงเข็ม 84  
 ทิ่ม 3 เข็ม 痲三针 94  
 เทคนิคการปักและกระตุ้นเข็ม 142  
 เท้าพลิกเข้าข้างใน 103  
 นอนไม่หลับ 102  
 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง 2  
 ประวัติเกี่ยวกับโรคจิ้งเพิง 29  
 ประสิทธิภาพของยา 21-28  
 ปลุกสมองเปิดทวารชุดเล็ก 48-53  
 ปวดศีรษะ 103  
 ปัญหากล้ามเนื้อแข็งเกร็ง 59  
 ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ 144  
 ปัญหาข้อเข่าอ่อนแรง 58  
 ปัญหาความจำเสื่อม 55,138  
 ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ 136  
 ปัญหาเท้าตก 58

ปัญหาเท้าบิดเข้าใน 58	โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก 10,11
ปัญหาเมื่อกำไม่คลาย 57	โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก 3
ปัญหาเรื่องการกลืน 136	โรคหลอดเลือดหัวใจ 102
ปัญหาเรื่องการพูด 135	ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ลิ้นแฉะ 103
ปัญหาเรื่องการมองเห็น 55	ลิ้นม่วงหนืด 103
ปัสสาวะขัด 54	เลือดคั่ง 137
ปัสสาวะคั่งค้าง 103	เลือดออกในสมอง 2,3
ปัสสาวะบ่อย 142	วิธีการกระตุ้นแบบนภจิก 46-48
พยาธิสรีระของภาวะเลือดออกในสมอง 11	วิธีการแทงเข็ม 110
พยาธิสรีระวิทยาของสมองขาดเลือด 9,10	วิธีการรักษาจิ้งเพิง 13 วิธี 115
พิษขึ้น 108	วิธีการรักษาอาการปวด 109
พิษร้อน 108	วิธีการหาจุดฝังเข็ม 85
พิษลม 108	วิธีแทงเข็มที่มือและเท้า 12 จุด 114
พิษหนาว 108	วิธีแทงทะเล 12 จุด 116
พิษแห้ง 108	วิธีปักเข็มรอบดวงตา 168
พูดไม่ชัด 102	วิธีฝังเข็มแบบ ปลุกสมองเปิดทวาร 42
ฟื้นฟูสมรรถภาพของสมอง 89	เวชศาสตร์ฟื้นฟู 80
ภาวะพร่อง 83	เวียนศีรษะในระยะเฉียบพลัน 103
ราชวงศ์จิน-เหยียน 30	เฉิงจื่อเฉิง (程子成 教授) 124
ราชวงศ์ซิง 30	เพ็งจิ้งซาน (Peng JingShan) 165
ราชวงศ์หมิง 30	เหยียนลี่ (阎莉 教授) 139
ราชวงศ์ฮั่นตะวันออก 30	สมอง 3 เข็ม 96
โรคกระทำต่อเส้นลมปราณ หรือ จั้งจิงลั่ว	สมองขาดเลือด 2,3
40,41	สมองขาดเลือดตาย 2,3
โรคเบาหวาน 102	สมองเสื่อม 102
โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด 3	สะอึก 177

- สามเข็ม 94
- สามโหลง 100
- สาเหตุของสมองขาดเลือด 3
- สิ่งหลุดลอยอุดหลอดเลือด 4
- ลือเสวมหิน (石学敏 教授) 43-46
- เส้นกลางขม่อม 150
- เส้นกลางท้ายทอย 151
- เส้นกลางหน้าผาก 148
- เส้นขมับหน้า 151
- เส้นขมับหลัง 151
- เส้นข้างขม่อม 1 151
- เส้นข้างขม่อม 2 151
- เส้นข้างท้ายทอยบน 151
- เส้นข้างท้ายทอยล่าง 152
- เส้นข้างหน้าผาก 1 148
- เส้นข้างหน้าผาก 2 149
- เส้นข้างหน้าผาก 3 149
- เส้นเฉียงขม่อมและขมับเส้นหน้า 150
- เส้นเฉียงขม่อมและขมับเส้นหลัง 150
- เสมหะ 137
- เส้น 42
- หยางเจี๋ยซาน (杨甲三) 85
- หยางปี้ 33
- หยางปี้ 36
- หลอดเลือดแดง 5,6,7,8,9
- หลอดเลือดแดงตีบแข็ง 4
- หลอดเลือดแดงอักเสบ 4
- หลักการเลือกจุดฝังเข็มรอบดวงตา 168
- หลักในการตั้งตำรับฝังเข็มรักษาโรค 89
- หลิงซู 29
- หลี่ตงเหยวียน (李东垣) 30
- หวางเล่อตง (王乐亭) 114
- ไหล่ติด ข้อไหล่อักเสบ 57,58
- อวี๋ชู่จวง (于书庄) 83
- อาการกลืนลำบากและพูดไม่ชัด 13
- อาการชัก 54
- อาการตามองไม่เห็น 14
- อาการที่คล้าย stroke 14,15
- อาการเวียนศีรษะ 13,14
- อาการอ่อนแรง 12
- อาเจียนเป็นเลือด 178
- อ้าปากไม่ออก 103
- อินปี้ 36
- เฮ่อฝู่เหริน (贺普仁) 100

## บรรณานุกรม

1. แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองแตกสำหรับแพทย์ ฉบับที่ 1 พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2547.
2. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน สำหรับแพทย์ ฉบับที่ 1 พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2545.
3. วิรัตน์ เตชะอารมณกุล, สมชาย จิรพินิจวงศ์, เฉิง จื่อ เฉิง, สมชัย โกวิทเจริญกุล การรักษา ฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการฝังเข็ม ผสานกับแนวทางแผนตะวันตก.กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์ เสมาธรรม; 2459.
4. ทัดนีย์ ฮาซาไนน์ และคณะ. ตำราฝังเข็มรมยาเล่ม 2 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553
5. ธงชัย ทองปั้น. เถงเข็ม รมยา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ พี.พี., 2547.
6. ศูนย์ประชุมและบริการวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คู่มือการอบรมหลักสูตร การฝังเข็มขั้นสูงและสมุนไพรรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เล่ม 1,2554.
7. Cheng XN. Chinese Acupuncture and Moxibustion. Revised ed. Beijing: Foreign Languages Press, 1999.
8. Zhang DB, Wang JL. Chinese-English Illustration of Commonly Used Methods of Locating the Acupoints. Shandong: Shandong Science and Technology Press, 1998.
9. Harrison's Principle of Internal Medicine 16th Edition; Chapter 51 by Willium Silen; McGRAW-HILL Professional, Inc.; NewYork, USA; 2004
10. GangLin Yin and ZhengHua Liu. . Advanced modern Chinese acupuncture therapy .New World Press; Beijing China; 2000
11. Smith WS, Johnston SC, Easton JD. Cerebrovascular diseases. In: Kaspers DL, Faucias, Longo DL, editors. Harrison's principle of internal medicine. 16 th ed. New York: McGraw-Hill; 2005; p.2372-93
12. Power point presentation : "醒脑开窍" 针刺治疗中风的临床及基础实验研究 (Clinical and Experimental research on "XNKQ" acupuncture therapy. 石学敏教授 (Prof. Shi Xue Min )



13. 石学敏. 建设具有中国特色的卒中单元. 石学敏 主编: 全国高级. 针灸临床培训教材. 天津 2006; 1-20
14. 石学敏主编. 全国醒脑开窍针刺法学习班教材. 天津 2000
15. 廉玉麟主编. 中国针灸 100 要穴临床秒用. 内蒙古: 内蒙古科学技术出版社; 2003
16. 熊杰, 宁丽娜, 秦晓勇, 等. 醒脑开窍针刺法治疗急性脑更死超早期的动态疗效观察. 中国: 天津第十一届国际针灸学术研讨会论文集, 2011: 59-63
17. 丁淑强. 醒脑开窍针刺法治疗中风后肢体痉挛临床研究. . 醒脑开窍针刺法治疗急性脑更死超早期的动态疗效观察. 中国: 天津第十一届国际针灸学术研讨会论文集, 2011: 129 (摘要)



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine