



การศึกษาประสิทธิผลของการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศด้วยการฝังเข็ม

The Efficacy of Acupuncture in Erectile Dysfunction

ธนกร ชานนวงษ์^{1*} จิตติกร พิมลเศรษฐพันธ์² และ เสาวลักษณ์ มีศิลป์¹

¹คณะการแพทย์แผนจีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ 10540

²คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนจีนหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร 10100

Thanakorn Channuvong^{1*} Jittikorn Pimolsettapun² and Saowaluck Meesin¹

¹Faculty of Chinese Medicine Huachiew Chalermprakiet University, Samut Prakan 10540

²Huachiew Traditional Chinese Medicine Clinic, Bangkok 10100

*Corresponding author: Thanakorn.cmd@gmail.com

Received: 12 March 2024/ Revised: 16 May 2024 / Accepted: 17 May 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลและผลข้างเคียงของการฝังเข็มรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชาย โดยศึกษาวิจัยเชิงทดลองทางคลินิก (Experimental clinic trial) ผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นเพศชายที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อายุ 30-60 ปี จำนวน 30 ราย ได้รับการฝังเข็มที่จุด Baliao (BL31-34), Qugu (CV2), Zhongji (CV3), Qichong (ST30), Qihai (CV6), Guanyuan (CV4), Huiyin (CV1) และ Sanyinjiao (SP6) ประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน International Index of Erectile Dysfunction-5 (IIEF-5) และ Erection Hardness Score (EHS) หลังการรักษาฝังเข็มครั้งที่ 5 และครั้งที่ 10 จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติแบบ Independent sample t-test เพื่ออธิบายถึงประสิทธิผลของงานวิจัยนี้ โดยผลการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศด้วยการฝังเข็ม พบว่าหลังการรักษา 10 ครั้ง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ย IIEF-5 score ดีขึ้นกว่าก่อนรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในส่วนของระดับ EHS เฉลี่ยหลังการรักษา 5 และ 10 ครั้ง สามารถเพิ่มขึ้นได้ 1 ระดับ ซึ่งให้ประสิทธิผลที่ดีเช่นกัน ในด้านผลข้างเคียงจากการรักษาพบว่า 83.3% ไม่พบอาการข้างเคียงหลังการรักษา อีก 16.7% มีอาการปวดระบมและรอยช้ำเล็กน้อยบริเวณจุดฝังเข็ม แต่อาการเหล่านี้สามารถหายเองได้ใน 1 สัปดาห์ สรุปได้ว่าการฝังเข็มให้ประสิทธิผลที่ดีในการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชาย ซึ่งจะเห็นผลชัดเจนหลังการรักษา 10 ครั้ง

คำสำคัญ: ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฝังเข็ม แพทย์แผนจีน



Abstract

The purpose of this research was to study the effectiveness and side effects of using acupuncture in the treatment of erectile dysfunction. The research was conducted in an experimental clinical trial of 30 male participants aged 30-60 years who had erectile dysfunction received acupuncture at Baliao (BL 31-34), Qugu (CV2), Zhongji (CV3), Qichong (ST30), Qihai (CV6), Guanyuan (CV4), Huiyin (CV1) and Sanyinjiao (SP6). Evaluated effectiveness of The International Index of Erectile Dysfunction-5 (IIEF-5) and Erection Hardness Score (EHS) with follow up after treatment 5 and 10 times. The data was analyzed by percentage, mean, standard deviation and independent sample t-test. According to results of acupuncture in erectile dysfunction found that with after treatment 10 times, the IIEF-5 score in patients has significantly statistically compared with before receiving treatment ($P < 0.05$), In terms of EHS levels after treatment 5 and 10 times, likewise, increased more 1 level which shows positive efficiency of treatment program. Besides on side effects from after treatment, indicated that 83.3% of patient has no-side effects meanwhile 16.7% were slightly affected by treatment including, pain and swelling however symptoms could be self-resilient healed within a week. Findings from this study showed that acupuncture could improve erectile dysfunction and the results will be clearly showing effectiveness after 10 treatments.

Keywords: Erectile Dysfunction, Acupuncture, Chinese Medicine

บทนำ

ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Erectile Dysfunction; ED) คือภาวะที่อวัยวะเพศชายไม่สามารถแข็งตัวได้ หรือสามารถแข็งตัวได้แต่ไม่สามารถคงการแข็งตัวนานพอที่จะมีเพศสัมพันธ์อย่างพึงพอใจได้ [1] ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพในเพศชายที่สำคัญเนื่องจากจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ของชีวิตคู่ อีกทั้งความมั่นใจของผู้ป่วยจะค่อยๆ เสื่อมไป จนเกิดเป็นปัญหาทางสภาพจิตใจตามมา จากการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศพบว่า ในปี ค.ศ. 1995 มีจำนวน 152 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยภาวะนี้เพิ่มเป็น 322 ล้านคน [2] National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) พบว่ามีความชุกการเกิดภาวะนี้ 18% โดยจะมีแนวโน้มความชุกมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่ออายุมากขึ้น [3] จากผลการสำรวจประชากรเพศชายในประเทศนิวซีแลนด์ ที่มีอายุระหว่าง 40 ถึง 70 ปี พบว่ามีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศถึง 42% โดยแบ่งออกเป็นผู้ที่มีอาการหนัก 4% อาการปานกลาง 6% อาการเล็กน้อยถึงปานกลาง 10% และอาการเล็กน้อย 22% [4] การศึกษาในยุโรปโดย European Male Aging Study (EMAS) พบว่าในผู้ชายวัย 40 ปี มีอัตราการเกิดภาวะนี้ 5% และในวัย 60 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็น 10% [5] ในประเทศไทยจากการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบในปี พ.ศ. 2550 พบว่า 42.18% มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โดยแบ่งออกเป็นผู้ที่มีอาการหนัก 11.55% อาการปานกลาง 13.13% และอาการเล็กน้อย 17.5% อีกทั้งยังมีแนวโน้มการเกิดภาวะนี้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุ [6]

การรักษาในปัจจุบันจะให้รับประทานยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์ phosphodiesterase-5 (PDE-5 inhibitor) เช่น sildenafil กับ tadalafil แต่การรักษาด้วยการรับประทานนี้เป็นการรักษาตามอาการ ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาเป็นประจำไปตลอด อีกทั้งการใช้ยาเหล่านี้มีข้อจำกัดหลายประการและอาจส่งผลข้างเคียงต่อร่างกายได้ นอกจากนี้ยังมีการรักษาอื่นๆ เช่น Shockwave, Platelet-rich plasma (PRP), Intracavernous injection (ICI), Testosterone therapy (TTh) เป็นต้น



ซึ่งการรักษาเหล่านี้มีต้นทุนราคาในการใช้อุปกรณ์ค่อนข้างสูง ทำให้มีผู้ป่วยที่เข้าถึงการรักษาได้จำกัด และการรักษาอาจมีผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้

ในปัจจุบันการแพทย์ทางเลือกได้เข้ามาเป็นตัวเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วยมากขึ้น หนึ่งในนั้นคือ การแพทย์แผนจีน ที่ใช้พื้นฐานทฤษฎีศาสตร์การแพทย์แผนจีนในการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันโรคต่างๆ ซึ่งวิธีการรักษาที่กำลังได้รับความนิยมเป็นอย่างมากจากทั่วโลก คือการฝังเข็ม (Acupuncture) เป็นการใช้เข็มฝังลงตาม “จุดฝังเข็ม” ที่เรียงอยู่บนแนวเส้นลมปราณ (Meridian System) เพื่อปรับสมดุลกระตุนการไหลเวียนของเลือด และเส้นลมปราณของร่างกาย เป็นหนึ่งในวิธีการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้การรับรองว่า “การฝังเข็มสามารถรักษาโรคได้จริง” และภาวะเสื่อมสมรรถภาพก็เป็นหนึ่งในโรคที่ WHO ให้การยอมรับว่าการฝังเข็มให้ประสิทธิผลในการรักษาที่ดี [7]

ในตอนนี้ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะพบปัญหาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมากขึ้น การหาแนวทางเพื่อบรรเทาหรือรักษาภาวะนี้ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและสภาพจิตใจที่ดีขึ้น อีกทั้งประเทศไทยยังคงขาดแคลนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการฝังเข็มรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชาย ทางคณะผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการศึกษาประสิทธิผลของการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศด้วยการฝังเข็ม ซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัยและต้นทุนการใช้อุปกรณ์ในการรักษาไม่สูง เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชายได้มีทางเลือกในการรักษา ลดความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงจากการใช้ยา และเป็นประโยชน์ต่อการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้การฝังเข็มในการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชาย
2. เพื่อศึกษาผลข้างเคียงในการฝังเข็มรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชาย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้คือ อาสาสมัครเพศชาย ช่วงอายุ 30-60 ปี จำนวน 30 คน ที่มีปัญหาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ได้จากการสมัครทางสื่อประชาสัมพันธ์ออนไลน์ ใบปลิว และผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่หัวเฉียวสหคลินิก มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ตามรูปแบบวิจัยที่ใช้ศึกษา คือ simple formula [8]

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

โดยที่ n = sample size

Z = ระดับความเชื่อมั่น = 1.96

P = ความชุกของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (การศึกษาของ Permpongkosol [6] พบว่าความชุกของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศของเพศชาย ร้อยละ 37.5)

d = ค่าความผิดพลาดของความชุกที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.2

เมื่อแทนค่าในสมการแล้ว จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อย 24 ราย

โดยอาสาสมัครจะต้องไม่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อันเนื่องมาจากสภาพจิตใจ หรือโรคทางสมอง เช่น Parkinson's disease, Alzheimer's disease เป็นต้น ไม่เคยฉีดยา ฆ่าเชื้อ หรือเสริมสิ่งแปลกปลอมใดๆ ในองคชาติ สภาพร่างกายแข็งแรงพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ ไม่มีการใช้ยากกลุ่ม PDE-5 inhibitor ขณะทำการทดลอง ไม่มีโรคผิวหนัง หรือติดเชื้อบริเวณองคชาติระหว่างช่วงที่ทำการทดลอง และมีค่า IIEF Score น้อยกว่า 21 คะแนน



2. อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยเลือกใช้เข็มฝังเข็ม ยี่ห้อ EACU ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.25 มิลลิเมตร ยาว 40 มิลลิเมตร และเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.25 มิลลิเมตร ยาว 25 มิลลิเมตร ผลิตจากสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า ยี่ห้อ Hua tuo รุ่น SDZ-type II และสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามบันทึกข้อมูลอาการแสดงออกทางการแพทย์แผนจีน แบบสอบถามบันทึกข้อมูล IIEF-5 Score แบบสอบถามบันทึกข้อมูล EHS และแบบสอบถามบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาการปวด บวม อักเสบ

3. ขั้นตอนงานวิจัย

เริ่มจากระยะคัดกรอง ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะสามารถที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจะได้รับโดยละเอียด และให้อาสาสมัครกรอกประวัติส่วนตัว ตรวจร่างกาย ตรวจเลือดเพื่อดูค่า complete blood count (CBC) และ Testosterone จากนั้นให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามอาการแสดงออกทางการแพทย์แผนจีน IIEF-5 Score และ EHS ก่อนทำการรักษา

ระยะทำการรักษา ผู้วิจัยจะทำการฝังเข็มบริเวณจุด Baliao (BL 31-34), Qugu (CV2), Zhongji (CV3), Qichong (ST30), Qihai (CV6), Guanyuan (CV4), Huiyin (CV1), Sanyinjiao (SP6) กระตุ้นเข็มด้วยมือให้อาสาสมัครรู้สึก ตื้อ ตึง หน่วง บริเวณจุดฝังเข็ม จากนั้นใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้ากระตุ้นที่เข็มคู่ที่ 1 จุด Baliao (BL 31-34) คู่ที่ 2 จุด Qugu (CV2) กับ Zhongji (CV3) และ คู่ที่ 3 จุด Qihai (CV6) กับ Guanyuan (CV4) โดยใช้ continuous wave ด้วยความถี่ ชัด 6 ถึง 6 ครั้ง (180-220 ครั้ง/นาที) เป็นเวลา 30 นาที แล้วถอนเข็มออก หากมีเลือดออก ให้ใช้สำลีแห้งกดจนกว่าเลือดจะหยุด ป้องกันอาการบวมแดงด้วยการประคบเย็น จากนั้นให้อาสาสมัครรอดูอาการ 15-20 นาที บันทึกความเปลี่ยนแปลง ผลข้างเคียง และถ่ายรูปผลข้างเคียง ได้แก่ อาการเจ็บปวด อักเสบ หรือบวมแดง ทำการรักษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 10 สัปดาห์

ช่วงติดตามและประเมินผล ผู้วิจัยให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามประเมินผล IIEF-5 Score และ EHS หลังการรักษาครั้งที่ 5 และ 10 จากนั้นนำผลของการรักษามาวិเคราะห์ข้อมูลและแปลผลทางสถิติต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนา แสดงผลการทดลองในรูป สถิติอัตราส่วนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในส่วนการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่า IIEF-5 scores และ EHS ในกรณีแจกแจงปกติใช้ t-test และกรณีไม่ปกติใช้ Wilcoxon signed-ranks test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้การฝังเข็มในการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชาย โดยมีอาสาสมัครเพศชาย ช่วงอายุ 30-60 ปี ที่มีปัญหาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นช่วงอายุ 30-39 ปี จำนวน 8 ราย ช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 13 ราย ช่วงอายุ 50-59 ปี จำนวน 9 ราย โดยลักษณะข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร แสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ยอายุ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยระดับ Testosterone ในกระแสเลือด ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพ และค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	Mean	SD
อายุ	30	45.2	7.68
BMI	30	24.29	2.68
Testosterone	30	513.43	184.20
ระยะเวลา	30	33.9	34.58
IIEF-5 Score	30	12.77	4.32

2. ข้อมูลด้านภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศของผู้เข้าร่วมวิจัย

พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับความรุนแรงของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (IIEF-5 Score) อยู่ในระดับรุนแรง (1-7 คะแนน) จำนวน 4 ราย คิดเป็น 13.3% ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน) จำนวน 10 ราย คิดเป็น 33.3% ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (12-16 คะแนน) จำนวน 8 ราย คิดเป็น 26.7% และระดับเล็กน้อย (17-21 คะแนน) จำนวน 8 ราย คิดเป็น 26.7% ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับความแข็งตัวของอวัยวะเพศเทียบเท่าเต่าหัว จำนวน 1 ราย คิดเป็น 3.3% เทียบเท่ากล้วยปอกเปลือก จำนวน 9 ราย คิดเป็น 30% และเทียบเท่ากล้วยไม่ปอกเปลือก จำนวน 20 ราย คิดเป็น 66.7% แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (IIEF-5 Score) และระดับความแข็งตัวของอวัยวะเพศ (EHS)

ข้อมูล	เพศชาย จำนวน (%)
1. ระดับความรุนแรงของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (IIEF-5 Score)	
รุนแรง (1-7 คะแนน)	4 (13.3)
ปานกลาง (8-11 คะแนน)	10 (33.3)
น้อยถึงปานกลาง (12-16 คะแนน)	8 (26.7)
เล็กน้อย (17-21 คะแนน)	8 (26.7)
2. ระดับความแข็งตัวของอวัยวะเพศ (EHS)	
เต่าหัว (ระดับ 1)	1 (3.3)
กล้วยปอกเปลือก (ระดับ 2)	9 (30.0)
กล้วยไม่ปอกเปลือก (ระดับ 3)	20 (66.7)

หมายเหตุ *** เต่าหัว หมายถึง อวัยวะเพศสามารถขยายตัวได้ แต่ไม่มีความแข็งตัวแม้แต่นิดเดียว

*** กล้วยปอกเปลือก หมายถึง อวัยวะเพศแข็งตัวในระดับหนึ่ง แต่ไม่เพียงพอสำหรับการสอดใส่

*** กล้วยไม่ปอกเปลือก หมายถึง อวัยวะเพศแข็งตัวได้ เพียงพอสำหรับการสอดใส่ แต่อาจอ่อนตัวลงคัน

3. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย IIEF-5 score แต่ละตัวชี้วัดเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา 5 ครั้ง และ 10 ครั้ง

พบว่าการรักษามีค่าเฉลี่ย IIEF-5 score 12.77 ± 4.32 คะแนน และหลังการรักษา 5 ครั้ง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ย IIEF-5 score 14.40 ± 4.04 คะแนน ซึ่งผลการรักษามีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ยังไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) และหลังการรักษา 10 ครั้ง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ย IIEF-5 score 15.77 ± 4.66 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการฝังเข็มให้ประสิทธิผลที่ดีในการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โดยจะเห็นผลชัดเจนหลังการรักษา 10 ครั้ง



เมื่อพิจารณา IIEF-5 score ในแต่ละตัวชี้วัดของผู้เข้าร่วมวิจัยหลังการรักษาด้วยการฝังเข็ม จำนวน 5 ครั้ง และ 10 ครั้ง พบว่าหลังการรักษา 5 ครั้ง ผลการรักษาทุกตัวชี้วัดมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) หลังการรักษา 10 ครั้ง ผลคะแนนตัวชี้วัด “ความถี่ที่อวัยวะเพศจะสามารถแข็งตัวได้และแข็งได้นานพอ” “ความถี่ที่อวัยวะเพศแข็งตัวมากพอจนสอดใส่ได้” และ “ความถี่ในความรู้สึกพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์” มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่มี 2 ตัวชี้วัด คือ “ความถี่ที่อวัยวะเพศสามารถคงการแข็งตัวอยู่ได้หลังจากมีการสอดใส่แล้ว” และ “ความถี่ในการแข็งตัวของอวัยวะเพศจนมีเพศสัมพันธ์สำเร็จ” มีแนวโน้มผลการรักษาที่ดีขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการฝังเข็มสามารถเพิ่มสมรรถนะในการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ทำให้อวัยวะเพศสามารถแข็งตัวได้นานพอ ทำให้อวัยวะเพศแข็งตัวเพียงพอจะสอดใส่ได้ ทำให้อวัยวะเพศแข็งตัวได้นานพอหลังการสอดใส่ ทำให้อวัยวะเพศแข็งตัวได้จนมีเพศสัมพันธ์สำเร็จ และเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ โดยจะเห็นผลชัดเจนหลังการรักษา 10 ครั้ง แสดงในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย IIEF-5 score ในแต่ละตัวชี้วัดเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา 5 ครั้ง

ตัวชี้วัด IIEF-5	ค่าเฉลี่ย IIEF-5 Score (Mean±SD)		t-value	P-value
	ก่อนรักษา	หลังรักษา 5 ครั้ง		
1. ท่านมีความมั่นใจเพียงพอว่าอวัยวะเพศจะสามารถแข็งตัวได้และแข็งได้นานพอ	2.87±1.22	3.13±1.19	-0.853	0.397
2. บ่อยครั้งแค่ไหนที่อวัยวะเพศแข็งตัวมากพอจนสอดใส่ได้	2.70±1.23	3.13±1.04	-1.468	0.147
3. บ่อยครั้งแค่ไหนที่ท่านสามารถคงการแข็งตัวอยู่ได้ หลังจากมีการสอดใส่แล้ว	2.43±1.00	2.87±0.97	-1.695	0.95
4. ระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ยกแค่ไหนที่ท่านจะคงการแข็งตัวของอวัยวะเพศจนมีเพศสัมพันธ์สำเร็จ	2.47±0.73	2.63±0.71	-0.891	0.377
5. บ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณมีความรู้สึกพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์นั้น	2.30±0.79	2.60±0.72	-1.529	0.132
6. คะแนนรวม	12.77±4.32	14.40±4.04	-1.511	0.136

4. เปรียบเทียบสัดส่วน Erection Hardness Score ก่อนและหลังรักษา 5 ครั้ง และ 10 ครั้ง

พบว่าหลังการรักษา 5 ครั้ง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับความแข็งตัวของอวัยวะเพศ (EHS) เทียบเท่าเต่าหัว จำนวน 1 ราย คิดเป็น 3.3% เทียบเท่ากล้วยปอกเปลือก จำนวน 10 ราย คิดเป็น 33.3% เทียบเท่ากล้วยไม่ปอกเปลือก จำนวน 17 ราย คิดเป็น 56.7% เทียบเท่าแตงกวา จำนวน 2 ราย คิดเป็น 6.7% หลังการรักษา 10 ครั้ง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับความแข็งตัวของอวัยวะเพศ (EHS) เทียบเท่ากล้วยปอกเปลือก จำนวน 6 ราย คิดเป็น 20.0% เทียบเท่ากล้วยไม่ปอกเปลือก จำนวน 16 ราย คิดเป็น 53.3% เทียบเท่าแตงกวา จำนวน 8 ราย คิดเป็น 26.7% แสดงในตารางที่ 5

เมื่อพิจารณาข้อมูล EHS ของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่าก่อนการรักษามีค่าเฉลี่ยระดับความแข็งตัวของอวัยวะเพศที่ระดับ 2.57 ซึ่งอยู่ในระดับเทียบเท่ากล้วยปอกเปลือก หลังการรักษา 5 ครั้ง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยระดับความแข็งตัวของอวัยวะเพศที่ระดับ 3.00 อยู่ในระดับเทียบเท่ากล้วยไม่ปอกเปลือก และหลังการรักษา 10 ครั้ง พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยระดับความแข็งตัวของอวัยวะเพศที่ระดับ 3.06 ยังคงอยู่ในระดับเทียบเท่ากล้วยไม่ปอกเปลือก แสดงให้เห็นว่าการฝังเข็มสามารถทำให้ระดับความแข็งตัวของอวัยวะเพศดีขึ้น



ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย IIEF-5 score ในแต่ละตัวชี้วัดเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา 10 ครั้ง

ตัวชี้วัด IIEF-5	ค่าเฉลี่ย IIEF-5 Score (Mean±SD)		t-value	P-value
	ก่อนรักษา	หลังรักษา 10 ครั้ง		
1. ท่านมีความมั่นใจเพียงพอว่าอวัยวะเพศจะสามารถแข็งตัวได้และแข็งได้นานพอ	2.87±1.22	3.63±1.15	-2.491	0.016
2. บ่อยครั้งแค่ไหนที่อวัยวะเพศแข็งตัวมากพอจนสอดใส่ได้	2.70±1.23	3.63±1.09	-3.092	0.003
3. บ่อยครั้งแค่ไหนที่ท่านสามารถคงการแข็งตัวอยู่ได้ หลังจากมีการสอดใส่แล้ว	2.43±1.00	2.83±0.98	-1.555	0.125
4. ระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ยากแค่ไหนที่ท่านจะคงการแข็งตัวของอวัยวะเพศจนมีเพศสัมพันธ์สำเร็จ	2.47±0.73	2.73±0.94	-1.223	0.226
5. บ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณมีความรู้สึกพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์นั้น	2.30±0.79	2.93±0.94	-2.811	0.007
6. คะแนนรวม	12.77±4.32	15.77±4.66	-2.584	0.012

ตารางที่ 5 แสดงสัดส่วน Erection Hardness Score ก่อนและหลังการรักษา 5 ครั้ง และ 10 ครั้ง

ช่วงระดับ IIEF-5 score	สัดส่วน IIEF-5 Score จำนวน (%)		
	ก่อนรักษา	หลังรักษา 5 ครั้ง	หลังรักษา 10 ครั้ง
ต่ำหู่ (ระดับ 1)	2 (6.7)	1 (3.3)	-
กล้วยปอกเปลือก (ระดับ 2)	9 (25.0)	10 (33.3)	6 (20.0)
กล้วยไม่ปอกเปลือก (ระดับ 3)	19 (63.3)	17 (56.7)	16 (53.3)
แตงกวา (ระดับ 4)	-	2 (6.7)	8 (26.7)

หมายเหตุ *** ต่ำหู่ หมายถึง อวัยวะเพศสามารถขยายตัวได้ แต่ไม่มีความแข็งตัวแม้แต่นิดเดียว

*** กล้วยปอกเปลือก หมายถึง อวัยวะเพศแข็งตัวในระดับหนึ่ง แต่ไม่เพียงพอสำหรับการสอดใส่

*** กล้วยไม่ปอกเปลือก หมายถึง อวัยวะเพศแข็งตัวได้ เพียงพอสำหรับการสอดใส่ แต่อาจอ่อนตัวกลางคัน

*** แตงกวา หมายถึง ภาวะปกติ

5. ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังการฝังเข็มในการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 25 ราย คิดเป็น 83.3% ไม่พบอาการข้างเคียงหลังการรักษาด้วยการฝังเข็ม แต่มีผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 5 ราย คิดเป็น 16.7% มีอาการปวดระบมเล็กน้อยบริเวณจุดฝังเข็ม และผิวหนังฟกช้ำ เขียว แนะนำให้พักผ่อน งดออกกำลังกาย งดช่วยตัวเอง และงดมีเพศสัมพันธ์ ในวันที่รับการรักษา หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายอาการปวดระบมดีขึ้น และหายเองภายในเวลา 1-2 วัน รอยฟกช้ำหายไปใน 1 สัปดาห์ แสดงในตารางที่ 6



ตารางที่ 6 ตารางแสดงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังการฝังเข็มในการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

	จำนวน (%)	อาการ
ไม่พบอาการข้างเคียง	25 (83.3)	-
พบอาการข้างเคียง	5 (16.7)	- อาการปวดระบมเล็กน้อย (mild pain) - ผิวน้ำพุกซ้ำ เชียว

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิก (Experimental clinical trial) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการฝังเข็มรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และผลข้างเคียงหลังการรักษา ในกลุ่มอาสาสมัครเพศชาย อายุ 30-60 ปี จำนวน 30 ราย โดยแบบประเมิน IIEF-5 และ EHS ได้แก่ คะแนนความถี่ที่อวัยวะเพศจะสามารถแข็งตัวได้และแข็งได้นานพอ คะแนนความถี่ที่อวัยวะเพศแข็งตัวมากพอจนสอดใส่ได้ คะแนนความถี่ที่อวัยวะเพศสามารถคงการแข็งตัวอยู่ได้หลังจากมีการสอดใส่แล้ว คะแนนความถี่ในการแข็งตัวของอวัยวะเพศจนมีเพศสัมพันธ์สำเร็จ คะแนนความถี่ในความรู้สึกพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์ และคะแนน IIEF-5 score ในภาพรวม โดยพิจารณาการเปลี่ยนแปลงและวิเคราะห์ผลทางสถิติ พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัย 30 ราย มีอายุเฉลี่ย 45.2 ปี มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 24.29 kg/m^2 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน และมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพ 33.9 เดือน โดยมีระดับความรุนแรงของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (IIEF-5 score) อยู่ในระดับปานกลาง 33.3% และส่วนใหญ่มีระดับความแข็งตัวของอวัยวะเพศ (EHS) เทียบเท่ากับไม่ปอกเปลือก 66.7%

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาทางเลือกในการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชาย ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ประกอบกับการรักษาในปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายที่สูงและอาจเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ การฝังเข็มจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจ ต้นทุนในการใช้อุปกรณ์ไม่สูง และได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าสามารถรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพให้ประสิทธิผลที่ดี แต่ในปัจจุบันประเทศไทยยังขาดแคลนงานวิจัยเกี่ยวกับการฝังเข็มรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชาย ทางคณะผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการศึกษาประสิทธิผลของการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศด้วยการฝังเข็มโดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากผู้ร่วมวิจัยเพศชายที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยกลางคน ที่มีอาการมาเป็นระยะเวลาประมาณ 3 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน มีค่า IIEF-5 score อยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับ EHS เทียบเท่ากับไม่ปอกเปลือก แต่หลังการรักษาด้วยการฝังเข็มพบว่าค่าเฉลี่ย IIEF-5 score และแต่ละตัวชี้วัด หลังการรักษา 5 และ 10 ครั้ง ให้ประสิทธิผลที่ดีขึ้นในทุกด้าน ค่า IIEF-5 score สามารถเพิ่มขึ้นได้ 1 ระดับ เป็นระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ผลคะแนนแต่ละตัวชี้วัดโดยเฉพาะ “ความถี่ที่อวัยวะเพศจะสามารถแข็งตัวได้และแข็งได้นานพอ” “ความถี่ที่อวัยวะเพศแข็งตัวมากพอจนสอดใส่ได้” และ “ความถี่ในความรู้สึกพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์” สามารถให้ประสิทธิผลที่ดีอย่างชัดเจน ในส่วนของระดับ EHS หลังการรักษา 5 และ 10 ครั้ง สามารถเพิ่มขึ้นได้ 1 ระดับ เป็นเทียบเท่ากับไม่ปอกเปลือก ซึ่งให้ประสิทธิผลที่ดีเช่นกัน

ประสิทธิผลที่เกิดขึ้นน่าจะเป็นผลมาจากการฝังเข็มบริเวณจุด Baliao (BL31-34) ที่ช่วยกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nerve) ซึ่งอยู่บริเวณไขสันหลังระดับ S2-S4 มีหน้าที่ควบคุมการขยายตัวของหลอดเลือดบริเวณองคชาต (vasodilatation) และทำให้องคชาตเกิดการแข็งตัวขึ้น [9] อีกทั้งการฝังเข็มบริเวณจุด Huiyin (CV1), Qugu (CV2), Qichong (ST30), Zhongji (CV3) Qihai (CV6), Guanyuan (CV4) จะช่วยเพิ่มกำลังในการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (pelvic floor muscles) ทำให้เนื้อเยื่อ corpus cavernosum กักเก็บเลือดได้มากขึ้น ส่งผลให้อวัยวะเพศแข็งตัวได้นานขึ้นด้วย [10, 11] นอกจากนี้การฝังเข็มบริเวณจุด Sanyinjiao (SP6) จะช่วยกระตุ้น Tibial nerve ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ จึงเป็นการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยทางอ้อมได้เช่นกัน [12] เมื่อใช้จุดเหล่านี้ร่วมกัน ผลลัพธ์ที่ได้จึง



เป็นการกระตุ้นระบบประสาทที่ควบคุมการแข็งตัว และระบบการไหลเวียนเลือดภายในองคชาต ทำให้ประสิทธิภาพในการแข็งตัวขององคชาตดีขึ้น ดังนั้นการรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพด้วยการฝังเข็มจึงน่าจะเป็นทางเลือกในการรักษาอีกวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจากสาเหตุทางกายภาพ

ผลการศึกษาอาการข้างเคียง สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่เคยรักษาด้วยการฝังเข็มมาก่อน อาจทำให้รู้สึกกลัวและกังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและความปลอดภัย อีกทั้งในขั้นตอนการรักษาสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความอ่อนไหวต่อการรับรู้ความรู้สึกเจ็บ อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงเชิงลบได้หลังทำการรักษา เช่น อาการเจ็บ ระบม ผื่นขึ้น ไข้ หนาวสั่น เป็นต้น แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่พบอาการข้างเคียง เนื่องจากทางผู้ทำวิจัยได้อธิบายถึงหลักการ วิธีการ และความปลอดภัยก่อนการรักษา ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลดความวิตกกังวลได้ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการสอบถามและบันทึกข้อมูลเก็บไว้ เพื่อดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. NIH releases consensus statement on impotence. *Am Fam Physician* 1993;48(1):147-50.
2. Ayta IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU Int* 1999;84(1):50-6.
3. Derogatis LR, Burnett AL. The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2008;5(2):289-300.
4. Quilter M, Hodges L, von Hurst P, Borman B, Coad J. Male Sexual Function in New Zealand: A Population-Based Cross-Sectional Survey of the Prevalence of Erectile Dysfunction in Men Aged 40-70 Years. *J Sex Med* 2017;14(7):928-36.
5. Laumann EO, Waite LJ. Sexual dysfunction among older adults: prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57-85 years of age. *J Sex Med* 2008;5(10):2300-11.
6. Permpongkosol S, Kongkand A, Ratana-Olarn K. Increased prevalence of erectile dysfunction (ED): results of the second epidemiological study on sexual activity and prevalence of ED in Thai males. *Aging Male* 2008;11(3):128-33.
7. World Health Organization. *Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled clinical trials*. 1st ed. Geneva: Ebrary, Inc.;2002.
8. Wayne WD, Chad LC. *Biostatistics A Foundations for Analysis in the Health Sciences*. 10th ed. United States of America: John Wiley & Sons, Inc.;2013.
9. Lai JS, Chen YD, Ruan CL. Electroacupuncture at Baliao points for erectile dysfunction after stroke: a randomized controlled trial. *Zhongguo Zhen Jiu* 2023;43(2):158-62.
10. Shafik A, Shafik I, El-Sibai O. Effect of external anal sphincter contraction on the ischiocavernosus muscle and its suggested role in the sexual act. *J Androl* 2006;27(1):40-4.
11. Lai BY, Cao HJ, Yang GY, et al. Acupuncture for Treatment of Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *World J Mens Health* 2019;37(3):322-38.
12. Guo Y, Bao YJ, Gu ZJ. Effect of massage at Sanyinjiao (SP6) Combined with Low-Frequency pulse feedback Electrical Stimulation on Pelvic Floor Function and Frequency of Urinary Incontinence in Patients with Postpartum Stress Urinary Incontinence. *World J Tradit Chin Med* 2023;16(9):1826-30.