

ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับกำลังของกล้ามเนื้อในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม

The effects of Thai traditional medicine combined with a multidisciplinary team on intermediate care for stroke patients to improve activities of daily living and motor power grading in Mahasarakham Hospital

ประถมพร มาตรฐานวิเศษ^{1*} นาดยา วรณการ²
Pratomporn Matvises^{1*} Nadtaya Wannakran²

^{1*}แพทย์แผนไทยชำนาญการ, กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

²แพทย์แผนไทย, กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000

^{1*}Thai traditional medicine physician, Professional Level, Thai Traditional and Alternative Medicine Department, Mahasarakham Hospital Maha Sarakham Province 44000

²Thai traditional medicine physician, Thai Traditional and Alternative Medicine Department, Mahasarakham Hospital Maha Sarakham Province 44000

Corresponding Author: *E-mail: mskh.som@gmail.com

Received: 29 September 2024 Revised: 21 November 2024 Accepted: 27 November 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานของสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม

รูปแบบและวิธีวิจัย : การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) จำนวน 32 คน ทำการรักษาด้วยการนวดแบบราชสำนัก 60 นาที และการประคบสมุนไพร 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ร่วมกับการรักษาฟื้นฟูตามมาตรฐาน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel index) แบบประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ในผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ Wilcoxon signed-ranks test

ผลการศึกษา : หลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ในด้านภาพรวม ด้านการให้บริการ และด้านผลการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.94 ± 0.25 4.91 ± 0.30 และ 4.47 ± 0.67 ตามลำดับ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

สรุปผลการศึกษา : การฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับการฟื้นฟูตามมาตรฐาน สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จึงควรแนะนำรูปแบบการรักษานี้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ทุกราย

คำสำคัญ : กำลังของกล้ามเนื้อ, ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน, นวดไทย, โรคหลอดเลือดสมอง, ศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ABSTRACT

Objective : The objective of this research was to evaluate the effects of Thai traditional medicine combined with standard rehabilitation on intermediate care for stroke patients (with hemiparesis and hemiplegia) at Mahasarakham Hospital, focusing on improvements in activities of daily living (ADLs) and motor power grading (MPGs).

Methods : This study utilizes a quasi-experimental, one-group pretest-posttest design to evaluate the effectiveness of Court-type Thai Traditional Massage (60 minutes per session) and hot herbal compression (30 minutes per session) administered once daily, with a minimum frequency of twice per week, combined with standard rehabilitation, in improving ADLs and MPGs in 32 stroke patients. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-ranks test.

Result : After the treatment, participants demonstrated a statistically significant increase in average scores for the ability to perform ADLs compared to before the treatment ($p < 0.05$). Additionally, MPGs in both arms and legs increased significantly ($p < 0.05$). The majority of participants reported the highest level of satisfaction regarding overall experience, quality of service, and treatment outcomes, with average satisfaction scores of 4.94 ± 0.25 , 4.91 ± 0.30 and 4.47 ± 0.67 , respectively. No adverse events were observed.

Conclusion : The integration of Thai traditional medicine with standard rehabilitation has been shown to improve the ability to perform ADLs and increase MPGs in stroke patients. Furthermore, no adverse events were observed, making this treatment approach recommended for all eligible stroke patients.

Keywords : Thai traditional medicine, activities of daily living, motor power grading, Court-type Thai traditional massage, Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เกิดได้กับบุคคลในทุกวัยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการ ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 331,554 350,934 และ 360,234 ราย ตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิต 44,360 47,275 และ 47,127 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี สำหรับเขตสุขภาพที่ 7 (จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์) มีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน มากที่สุดเป็นอันดับ 1 เท่ากับ 113.01 92.97 และ 94.14 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดมหาสารคาม มีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 70.76 98.67 และ 137.91 ตามลำดับ⁽²⁾ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่และเกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤติและมีอาการคงที่โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด⁽³⁻⁴⁾

ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เชื่อว่าร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ธาตุดิน (20 อย่าง) ธาตุน้ำ (12 อย่าง) ธาตุลม (6 อย่าง) และธาตุไฟ (4 อย่าง) เมื่อมีความผิดปกติของธาตุจะทำให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งการรักษาจะใช้หลักในการปรับสมดุลของธาตุทั้ง 4 โดยจะมีการวิเคราะห์สมุฏฐานที่ตั้งที่แรกเกิดของโรคนั้น ได้แก่ สมุฏฐาน 4 ประการ คือ ธาตุสมุฏฐาน อตุสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน และกาลสมุฏฐาน แล้วจึงพิจารณาการรักษาต่อไป⁽⁵⁾ ในคัมภีร์การแพทย์แผนไทย มีการกล่าวถึงการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตอยู่ในคัมภีร์ชวตาร ซึ่งคัมภีร์นี้จะกล่าวถึงลมที่เกิดโทษแก่มนุษย์ทั้งหลาย ความว่า การเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากลมอุทฺธังคมาวาตาและลมอโธคมาวาตาพัทธะคนกัน ทำให้โลหิตแตกเป็นฟอง พัดวันละ 100 หน 1,000 หน อาการ 32 จึงเคลื่อนจากที่อยู่ เมื่อเกิดแล้วจะมีอาการกระทบไปทั่วร่างกาย ทำให้เยียวารักษาได้ยาก อาการที่ปรากฏจึงเป็นอาการทางระบบประสาท มีสาเหตุจากการบริโภคอาหารมิได้เสมอตามปกติ คือรับประทานอาหารมากเกินไป/ น้อยเกินไป รับประทานอาหารดิบ เน่า บุด หยาบ ผิดเวลา หรือรับประทานเนื้อสัตว์มากเกินไป และการสัมผัสร้อนหรือเย็นมากเกินไป ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการแพทย์แผนไทย จะใช้การทำหัตถเวชกรรมแผนไทย เช่น การนวด การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร ซึ่งการทำหัตถเวชเหล่านี้จะช่วยให้อัตถมในร่างกายไหลเวียนได้ดี ปรับสมดุลธาตุทั้ง 4 ในร่างกาย บรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ชา และอ่อนแรงได้ กระตุ้นระบบประสาทให้ทำงานดีขึ้น เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร และการอาบน้ำด้วยตนเอง ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้น⁽⁶⁻⁸⁾

โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 580 เตียง และเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางเพื่อตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾ ได้เปิดให้บริการหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู (Intermediate ward) เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2566 สามารถรองรับผู้ป่วยระยะกลางได้ 6 เตียง ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และแพทย์แผนไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยระยะ

กลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อ ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ร่วมกับสหวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานของสหวิชาชีพ ต่อการเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาสมรรถภาพการเกิดโรคของผู้ป่วย ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังการรักษา
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขา ก่อนและหลังการรักษา
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐาน

ของสหวิชาชีพ

รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการรักษา (one-group pretest- posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ที่มีอาการอ่อนแรง ไม่เกิน 6 เดือน ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง จากผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การทดลอง (Inclusion criteria)

1) มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) น้อยกว่าหรือมากกว่า 75 คะแนน กรณีที่มากกว่า 75 คะแนน จะต้องมีความผิดปกติมากกว่า 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ ปัญหาในการกลืน (swallowing problem) ปัญหาในการสื่อสาร (communication problem) ปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย (mobility problem) ปัญหาทางกระบวนการคิดและการรับรู้ (cognitive and perception problems) และปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ (bowel and bladder problems)

2) ค่าความดันโลหิต ไม่เกิน 160/90 มิลลิเมตรปรอท หรือ ไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท

3) ค่าอัตราการเต้นของหัวใจ (ชีพจร) 60-100 ครั้ง/ นาที

4) อุณหภูมิกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส

5) ไม่มีอาการหอบ หายใจลำบาก หน้าซีด ริมฝีปากเขียว หน้าเขียว ชัก

6) ไม่มีปัญหาตามข้อห้ามของการนวด ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ หรือโรคผิวหนัง เช่น อักเสบ ติดเชื้อ มีแผล เป็นต้น

7) ไม่มีภาวะเลือดออกง่าย ไม่มีจ้ำ/รอยฟกช้ำ/จุดเลือดออกใต้ผิวหนัง

8) ยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมการศึกษา ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ที่มีประวัติมีรอยแดงหรือเขียวซ้ำจากการนวด
- 2) ผู้ที่มีประวัติแพ้สมุนไพรในลูกประคบสมุนไพร

เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Withdrawal of participant criteria)

- 1) ในระหว่างการศึกษอาสาสมัครเกิดอาการแพ้สมุนไพรในทุกระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยปานกลาง จนถึงรุนแรง
- 2) อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนต้องส่งตัวไปแผนกอื่นและแพทย์พิจารณาให้ออกจากโครงการหรือได้รับการรักษาน้อยกว่า 2 ครั้ง

3) อาสาสมัครตั้งครุฑระหว่างการศึกษ

4) อาสาสมัครขอถอนตัวออกจากการศึกษาเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การนวดแบบราชสำนัก⁽¹⁰⁾ ตามวิธีการรักษาโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นเวลา 60 นาที และการประคบสมุนไพรร้อนขึ้นเป็นเวลา 30 นาที รวมเวลา 90 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์

2. การรักษาตามมาตรฐานของสหวิชาชีพ โดยแพทย์ทำหน้าที่ในการประเมินภาวะของผู้ป่วยและสั่งการรักษา พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล เภสัชกรทำหน้าที่ดูแลเรื่องการให้ยา ให้เหมาะสม นักโภชนาการทำหน้าที่ประเมินภาวะโภชนาการและให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด ทำหน้าที่ในการฝึกการทรงตัว การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืน การกลืนอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การล้างหน้า และการแปรงฟัน เป็นต้น วันละ 1 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 60 นาที เป็นเวลา 5-7 วันต่อสัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย และสมรรถภาพตามคัมภีร์เวชศึกษา

2. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index)^(7-8, 11) ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การขึ้นลงจากเตียง 3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน 7) การขึ้นบันได 8) การแต่งตัว 9) การถ่ายอุจจาระ และ 10) การปัสสาวะ ซึ่งมีคะแนนเต็มเท่ากับ 100 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย 25-45 คะแนน หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย 50-70 คะแนน หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง 75-90 คะแนน หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก และ 100 คะแนน หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

3. แบบประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ในผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง^(7-8, 11) แบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ระดับ 0 หมายถึง กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต/แขนหรือขาไม่มีการเคลื่อนไหวเลย ระดับ 1 หมายถึง กล้ามเนื้อไม่มีแรงหดตัวแต่ยกกล้ามเนื้อหดตัวได้/มีการเคลื่อนไหวปลายนิ้ว มือ-เท้าได้เล็กน้อย ระดับ 2 หมายถึง กล้ามเนื้อมีแรงที่จะเคลื่อนไหวแนวราบกับพื้น ระดับ 3 หมายถึง แขนหรือขาสามารถยกได้ แต่ต้านแรงที่กดไว้ไม่ได้ ระดับ 4 หมายถึง แขนหรือขาสามารถยกได้ แต่ต้านแรงที่กดได้แต่น้อยกว่าปกติ และระดับ 5 หมายถึง แขนหรือขามีกำลังปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน คือ Wilcoxon signed ranks-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขรับรอง COA No 66/ 103 วันที่รับรอง 24 กรกฎาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย 20 คน (ร้อยละ 62.50) มีอายุเฉลี่ย 60.63 ± 12.35 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร 8 คน (ร้อยละ 25) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 12 คน (ร้อยละ 37.50) ไม่สูบบุหรี่ 25 คน (ร้อยละ 75) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 19 คน (ร้อยละ 59.38) มีโรคประจำตัว 32 คน (ร้อยละ 100) พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 28 คน (ร้อยละ 87.50) และมีธาตุเจ้าเรือนหลักเป็นธาตุลม 13 คน (ร้อยละ 40.63) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	20	62.50
- หญิง	12	37.50
2. อายุ (ปี)		
- 40-59	16	50.00
- 60 ปี ขึ้นไป	16	50.00
- Mean (\pm S.D.)	60.63 \pm 12.35	
3. อาชีพ		
- ไม่ได้ทำงาน	7	21.88
- รับจ้างทั่วไป	7	21.88
- เกษตรกรรม	8	25.00
- ค้าขาย	4	12.50
- รับราชการ	6	18.75
4. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)		
- <18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	3	9.38
- 18.5-22.90 (ปกติสมส่วน)	12	37.50
- 23-24.90 (น้ำหนักเกิน)	6	18.75
- 25-29.90 (อ้วนระดับ 1)	9	28.12
- >30 (อ้วนระดับ 2)	2	6.25

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ
5. ประวัติการสูบบุหรี่		
- สูบ	7	21.88
- ไม่สูบ	25	78.12
6. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
- ดื่ม	13	40.63
- ไม่ดื่ม	19	59.38
7. ประวัติโรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	32	100.00
- ความดันโลหิตสูง	28	87.50
- เบาหวาน	8	25.00
- หัวใจ	4	12.50
- ไขมันในเลือดสูง	3	9.38
- เกาต์	3	9.38
- โรคไตเรื้อรัง	1	3.13
- โรคหลอดเลือดสมอง (Old CVA)	7	21.88
8. ชาติเจ้าเรือนหลัก (ตามเดือนเกิด)		
- ชาติดิน (ตุลาคม พฤศจิกายน ธันวาคม)	3	9.38
- ชาติไฟ (มกราคม กุมภาพันธ์ มีนาคม)	5	15.62
- ชาติลม (เมษายน พฤษภาคม มิถุนายน)	13	40.63
- ชาติน้ำ (กรกฎาคม สิงหาคม กันยายน)	11	34.38

ประวัติการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์แผนปัจจุบันเป็น Ischemic stroke จำนวน 20 คน (ร้อยละ 62.50) การวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทยเป็นอัมพฤกษ์ครึ่งซีก จำนวน 24 คน (ร้อยละ 75.00) มีอาการอ่อนแรงซีกขวา จำนวน 18 คน (ร้อยละ 56.25) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วย อยู่ระหว่าง 1-3 เดือน จำนวน 15 คน (ร้อยละ 46.88) กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทกลืนลำบากร่วมด้วย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 15.62) มีมีรยฐานของจำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วย เท่ากับ 10 วัน (Min=3: Max=21) และมีมีรยฐานของจำนวนครั้งที่ได้รับการนวดรักษา เท่ากับ 3 ครั้ง (Min=2: Max=12) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติการเจ็บป่วย	กลุ่มตัวอย่าง (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การวินิจฉัยทางการแพทย์แผนปัจจุบัน		
- Ischemic stroke	20	62.50
- Hemorrhagic stroke	12	37.50
2. การวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทย		
- อัมพฤกษ์ครึ่งซีก	24	75.00
- อัมพาตครึ่งซีก	8	25.00
3. ข้างที่อ่อนแรง		
- ซีกซ้าย	14	43.75
- ซีกขวา	18	56.25
4. กลืนลำบาก		
- มีปัญหา	5	15.62
- ไม่มีปัญหา	27	84.38
5. ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยก่อนการรักษา		
- <1 เดือน	11	34.38
- ระหว่าง 1-3 เดือน	15	46.88
- ระหว่าง 4-6 เดือน	6	18.75
6. จำนวนวันที่นอนในหอผู้ป่วย		
- <5 วัน	7	21.88
- 5-10 วัน	11	34.38
- >10 วัน	14	43.75
- Median (Min: Max)	10 (3: 21)	
7. จำนวนครั้งที่ได้รับการนวดรักษา		
- 2 ครั้ง	14	43.75
- 3-5 ครั้ง	11	34.38
- >5 ครั้ง	7	21.88
- Median (Min: Max)	3 (2: 12)	

การวิเคราะห์สมมุติฐานตามคัมภีร์เวชศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุสมมุติฐานอยู่ปัจฉิมวัย (อายุพัน 32 ปี ถึง 64 ปี) สมมุติฐานวាយ 32 คน (ร้อยละ 100) มีอตุสมมุติฐาน (ฤดู 3) ที่เริ่มเจ็บป่วย อยู่วสันตฤดู (ฤดูฝน) สมมุติฐานวายุ 24 คน (ร้อยละ 75) และมีกาลสมมุติฐาน (ที่เริ่มมีอาการ) อยู่ในยาม 4 (15:00-18:00 น. และ 03:00-06:00 น.) สมมุติฐานวายุ 13 คน (ร้อยละ 40.63) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สมมุติฐานตามคัมภีร์เวชศึกษา

สมมุติฐาน ตามคัมภีร์เวชศึกษา	สมมุติฐานการเจ็บป่วย	กลุ่มตัวอย่าง (n=32)	
		จำนวน	ร้อยละ
1. อายุสมมุติฐาน			
ปัจฉิมวัย			
- ระยะแรก อายุพ้น 32 ปี ถึง 64 ปี	สมมุติฐานวาโย	32	100
- ระยะหลัง เมื่อพ้นอายุ 64 ปี ถึงอายุชั้ย (>64 ปี)	สมมุติฐานวาโยเป็นเจ้าเรือน อาโปแทรกพิกัตเสมหะกับ เหงื่อ	18 14	56.25 43.75
2. ฤดูสมมุติฐาน (ฤดู 3) (ที่เริ่มมีอาการ)			
- คิมหันตฤดู (ฤดูร้อน)	สมมุติฐานเตโช	1	3.13
- วสันตฤดู (ฤดูฝน)	สมมุติฐานวาโย	24	75.00
- เหมันตฤดู (ฤดูหนาว)	สมมุติฐานอาโป	7	21.88
3. กาลสมมุติฐาน (ที่เริ่มมีอาการ)			
ยาม 1			
- กลางวัน (06:00-09:00 น.)	สมมุติฐานอาโป พิกัตเสมหะ	9 2	28.12
- กลางคืน (18:00-21:00 น.)		7	
ยาม 2			
- กลางวัน (09:00-12:00 น.)	สมมุติฐานอาโป พิกัตโลहित	8 6	25.00
- กลางคืน (21:00-24:00 น.)		2	
ยาม 3			
- กลางวัน (12:00-15:00 น.)	สมมุติฐานอาโป พิกัตดี	2 1	6.25
- กลางคืน (24:00-03:00 น.)		1	
ยาม 4			
- กลางวัน (15:00-18:00 น.)	สมมุติฐานวาโย	13 9	40.63
- กลางคืน (03:00-06:00 น.)		4	

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ก่อนและหลังการรักษา พบว่า หลังการรักษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) มากกว่าก่อนการรักษา เท่ากับ 29.07 ± 12.47 คะแนน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) ก่อนและหลังการรักษา

Barthel Index	\bar{X}	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
- ก่อนรักษา (Min: 0, Max:70)	32.34				
- หลังรักษา (Min: 25, Max: 95)	61.41	16.00	496	-4.875 ^b	<0.001 ^a

^aWilcoxon signed ranks-test = ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน หลังการรักษา >ก่อนการรักษา

^bBased on negative ranks

ผลการเปรียบเทียบระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขา ก่อนและหลังการรักษา พบว่า หลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยส่วนใหญ่ มีระดับกำลังของกล้ามเนื้อ เพิ่มขึ้น 1 ระดับ ร้อยละ 56.25 และมีระดับกำลังของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น 1 ระดับ ร้อยละ 65.63 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขา (Motor power) ในผู้ป่วยแขนขาอ่อนแรง ก่อนและหลังการรักษา

การประเมิน	\bar{X}	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
ระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขน					
- ก่อนรักษา (Min: 0, Max: 4)	1.25				
- หลังรักษา (Min: 0, Max: 4)	2.06	11.50	253	-4.400 ^b	<0.001 ^a
ระดับกำลังของกล้ามเนื้อขา					
- ก่อนรักษา (Min: 0, Max: 4)	2.00				
- หลังรักษา (Min: 0, Max: 4)	2.84	12.50	300	-4.669 ^b	<0.001 ^a

^aWilcoxon signed ranks-test = ระดับกำลังของกล้ามเนื้อ หลังการรักษา >ก่อนการรักษา

^bBased on negative ranks

การเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามจำนวนครั้งที่ได้รับการนวดรักษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดรักษา 2 ครั้ง 3-5 ครั้ง และ >5 ครั้ง มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่ได้รับการนวดรักษามากกว่า 5 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดรักษา 3-5 ครั้งและ 2 ครั้ง ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยร่วมกับทิมสทิวาชีฟ ตามจำนวนครั้งที่ได้รับการนวดรักษา

การประเมิน (Mean±SD)	กลุ่ม A 2 ครั้ง (n=14)	กลุ่ม B 3-5 ครั้ง (n=11)	กลุ่ม C >5 ครั้ง (n=7)	เปรียบเทียบรายคู่		
				Asymp. Sig. A, B	Asymp. Sig. A, C	Asymp. Sig. B, C
Barthel Index						
- ก่อนรักษา	29.64±18.55	33.18±19.66	36.43±16.51	0.44	0.34	0.29
- หลังรักษา	56.43±24.84	63.64±17.04	67.86±17.29	0.23	0.24	0.20
Mean Difference	26.79±13.39	30.45±12.93	31.43±10.69			
ระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขน						
- ก่อนรักษา	1.43±1.50	1.55±1.21	0.43±0.78	0.26	0.78	0.24
- หลังรักษา	2.14±1.46	2.27±1.19	1.57±0.53	0.19	0.48	0.46
Mean Difference	0.71±0.61	0.73±0.65	1.14±0.69			
ระดับกำลังของกล้ามเนื้อขา						
- ก่อนรักษา	1.86±1.35	2.18±0.98	2.00±0.82	0.29	0.39	1.00
- หลังรักษา	2.64±1.34	3.09±0.83	2.86±0.69	0.23	0.33	0.65
Mean Difference	0.78±0.58	0.91±0.54	0.86±0.69			

สถิติ Wilcoxon signed ranks-test

ความพึงพอใจส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างต่อการรักษาฟื้นฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่าส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ในด้านภาพรวม ด้านการให้บริการ และด้านผลการรักษา โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.94±0.25 4.91±0.30 และ 4.47±0.67 ตามลำดับ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ ในด้านข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 60 ปีขึ้นไป มีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยเป็น Ischemic stroke และมีอาการอ่อนแรงซีกขวามากกว่าซีกซ้าย สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิกิตติ พิพัฒน์ศรีสวัสดิ์⁽¹²⁾ ที่ศึกษาผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และการศึกษาของภัทรวรรณ พลheim⁽¹³⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยระยะกลาง ในด้านผลการวิเคราะห์สมรรถภาพตามคัมภีร์เวชศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลรวมสมรรถภาพที่ตั้งที่แรกเกิดของโรคและธาตุเจ้าเรือนหลักอยู่ในสมรรถภาพธาตุลม ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ธาตุลมพิการและส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับกลไกการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและพระคัมภีร์ขวตารในการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต และสนับสนุนการศึกษาของวิภาวี จงกลดี และคณะ⁽¹⁴⁾ ในรายงานกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักและประคบสมุนไพรร่วมกับการรักษาฟื้นฟูมาตรฐาน

ในด้านผลการเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยและจำนวนครั้งที่ได้รับการนวดรักษา พบว่าหลังการรักษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนการรักษาและมีระดับกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มที่ได้รับการนวดรักษา 2 ครั้ง 3-5 ครั้ง และ >5 ครั้ง มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่ได้รับการนวดรักษา >5 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดรักษา 3-5 ครั้งและ 2 ครั้ง ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของอรรัตน์ จันทร์เพ็ญ และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่ทำการศึกษาผลของการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากได้รับการรักษา 3 เดือน 2 เดือน และ 1 เดือน ตามลำดับ และสนับสนุนการศึกษาของวิภาวี จงกลดี และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าหลังการนวดและประคบสมุนไพร 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ นาน 1-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อดีขึ้นและทุกรายมีคะแนนดัชนีบาร์เธลเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับและการศึกษาของผุสดี ก่อเจตีย์ และคณะ⁽¹⁶⁾ จิรายุ ชาติสุวรรณ⁽¹⁷⁾ พบว่าหลังได้รับการนวดไทยต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดในด้านภาพรวม ด้านการให้บริการ และด้านผลการรักษา ตามลำดับ และไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จึงควรแนะนำให้ทำการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่เข้าเกณฑ์

ข้อจำกัดของการศึกษา

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยแต่ละรายมาพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟูไม่เท่ากัน ส่งผลให้มีจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาที่ไม่เท่ากันและยังขาดกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้ผลการศึกษาที่ได้อาจยังไม่ชัดเจนเพียงพอควรทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยออกแบบให้มีจำนวนครั้งของการรักษาที่ชัดเจนและมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุปผลการศึกษา

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานของสหวิชาชีพ โดยการนวดแบบราชสำนัก 60 นาที และประคบสมุนไพรร้อนขึ้น 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง/ สัปดาห์ เพื่อปรับสมดุลของธาตุลม ตามสมุฏฐานการเกิดโรคของทฤษฎีการแพทย์แผนไทย สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจและไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2566] เข้าถึงได้จาก:
<https://ddc.moph.go.th/uploads/files/78a5b91d92a079c1a35867c6347a9299.pdf>
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2567] เข้าถึงได้จาก:
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด; 2562.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุนะยะกลาง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์พับลิชชิง จำกัด; 2563.
5. พิศณุประสาทเวช, พระยา. เวชศึกษา แพทยศาสตร์สังเขป. กรุงเทพฯ: ดวงดีการพิมพ์; 2529.
6. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2564.
7. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ร้านพุ่มทอง; 2565.
8. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้านการแพทย์แผนไทย สำหรับโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยนาร่อง. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2559.
9. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560-2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.
10. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ โรงเรียนอายุรเวท. หัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พิษณุเศศ พรินต์ติ้ง เซ็นเตอร์ จำกัด; 2548.
11. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2559.
12. สุทธิกิตต์ พิพัฒน์ศรีสวัสดิ์. ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง. เชียงรายเวชสาร 2563(3);12:47-56.
13. ภัทรารวรรณ พลheim. ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางเมื่อเทียบกับการฟื้นฟูแบบเดิมที่โรงพยาบาลระดับชุมชน. เชียงรายเวชสาร 2565;14(2):1-16.

14. วิภาวี จงกลดี และคณะ. รายงานกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักและประคบสมุนไพร ร่วมกับการรักษาฟื้นฟูมาตรฐาน. วารสารเวชบันทึกศิริราช 2565;15(1):5-11.
15. อรรถันันต์ จันทร์เพ็ญ, ยศพล เหลืองโสมนภา, สุชีรา อนุศาสนรักษ์, เย็นภัทร์ คำแดงยอดไทย, พาณี วสนาท. ผลของการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2558;26(suppl.1):60-71.
16. ผุสดี ก่อเจตีย์, ชนัญชิตา วงษ์ท้าว, ปัทมฉมา เมืองไทยซซ์. ผลของการนวดแผนไทยต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2562;42(2):106-114.
17. จิรายุ ชาตีสวรรณ. เปรียบเทียบประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทยต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.