

ประสิทธิผลของการนวดไทย ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐาน
ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะกลาง: การวิจัยนำร่อง
Effectiveness of Combined Traditional Thai Massage
and Conventional Rehabilitation on Activities of Daily Living
in Intermediate Phase of Stroke Patients: a Pilot Study

สุทธิกิตต์ พิพัฒน์ศรีสวัสดิ์ พ.บ.,
วว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17
จังหวัดสุพรรณบุรี

Sutthikit Pipatsrisawat M.D.,
Dip., Thai Board of Rehabilitation Medicine
Division of Rehabilitation Medicine
Somdejprasangkharach 17 Hospital
Suphan Buri

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทย ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐาน เทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานเพียงอย่างเดียว ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยมีผลลัพธ์หลักคือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผลลัพธ์รอง คือ การฟื้นตัวของการทำงานแขนและขา และระดับความรุนแรงของโรค

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม และปกปิดผู้ประเมิน คัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน รักษาด้วยการนวดไทยร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐาน โดยแยกการรักษาอย่างละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมได้รับการรักษา 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน รักษาด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานเพียงอย่างเดียว จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการรักษาต่อเนื่องจนครบ 3 เดือน และประเมินด้วยแบบประเมิน Barthel index (BI); Fugl-Meyer motor assessment scale (FMA-motor); และ National Institute of Health Stroke Scale, Thai version (NIHSS-T) เปรียบเทียบก่อน และหลังการรักษา 3 เดือน

ผลการศึกษา: ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ, อายุ, ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง, ข้างที่อ่อนแรง, คะแนน BI, FMA-motor, และ NIHSS-T ก่อนการรักษา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษา 3 เดือน พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ต่างมีคะแนน BI,

FMA-motor เพิ่มขึ้น และมีคะแนน NIHSS-T ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนนของแบบประเมินทั้ง 3 เดือน ก่อนและหลังการรักษา พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในทุกแบบประเมิน

สรุป: การวิจัยนําร่องในครั้งนี้ ไม่พบหลักฐานว่า การนวดไทยร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานดีกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานเพียงอย่างเดียว ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดมากเพียงพอ เพื่อยืนยันผลการศึกษาที่แน่ชัดยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, นวดไทย, ฟื้นฟูสมรรถภาพ, การดูแลระยะกลาง, Barthel index, FMA, NIHSS
วารสารแพทย์เขต 4-5 2567 ; 43(3) : 333-344.

Abstract

Objective: The purpose was to compare the effectiveness of combined traditional Thai massage and conventional rehabilitation versus conventional rehabilitation alone on ability to perform activities of daily living, motor recovery, and severity of stroke in intermediate phase of stroke patients.

Methods: This randomized controlled trial with a blinded assessor was carried out at Somdejprasangkharach 17 Hospital. This study included 20 stroke patients. The subjects were randomly allocated to the experimental group receiving traditional Thai massage and conventional rehabilitation (10 subjects) or the control group receiving conventional rehabilitation alone (10 subjects). Both groups received treatment twice a week for 3 months. Barthel index (BI); Fugl-Meyer motor assessment scale (FMA-motor); and National Institute of Health Stroke Scale, Thai version (NIHSS-T) were assessed before and after 3 months of treatment.

Results: There was no statistically significant difference of demographic and baseline characteristics in both groups. Both groups had significantly increased BI and FMA-motor score and significantly decreased NIHSS-T score after 3 months of treatment. When comparing the changes in the scores of all three assessments before and after treatment, there was no significantly statistical difference between the experimental group and the control group in all assessments.

Conclusion: This pilot study showed no evidence that combined traditional Thai massage and conventional rehabilitation was superior to conventional rehabilitation alone. Further studies with adequate sample size are necessary.

Keywords: stroke, Thai massage, rehabilitation, intermediate care, Barthel index, FMA, NIHSS

Received: Mar 9, 2024; Revised: Mar 22, 2024; Accepted: May 6, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(3) : 333-344.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากเกิดความพิการ หรือเสียชีวิต สร้างผลกระทบต่อสังคมและประเทศเป็นอย่างมาก

ปัจจุบันหลังจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระยะวิกฤติ และมีอาการคงที่แล้ว การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) ที่ประกอบด้วยกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด เป็นกระบวนการรักษาหลักที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับมา มีความสามารถมากขึ้น ตามศักยภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเพิ่มคุณภาพชีวิต ทางกระทรวงสาธารณสุขเองก็เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้มีการพัฒนาขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care, IMC)² เพื่อส่งเสริมการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้น

การนวดไทย (traditional Thai massage) ถือเป็นองค์ความรู้และภูมิปัญญาที่สำคัญของคนไทย ได้รับการสืบทอดกันมายาวนาน เป็นการแพทย์ทางเลือก ที่ได้รับความนิยมสูงในประเทศไทย นำมาใช้บำบัดรักษาโรคต่างๆ ได้หลากหลาย³⁻⁴ รวมถึงโรคหลอดเลือดสมองด้วยเช่นกัน⁵ มีหลายการวิจัยที่บ่งชี้ว่า การใช้นวดไทย ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐาน สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดกล้ามเนื้อหดเกร็ง ลดปวด ลดความวิตกกังวล เพิ่มคุณภาพชีวิต และมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย⁶⁻¹³

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ให้การบริการแบบผู้ป่วยนอก (outpatient service) เป็นวิธีหลัก โดยจะนัดผู้ป่วยเข้ารับบริการฝึกเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องประมาณ 3-6 เดือน ตามระดับความรุนแรงของโรค และความสะดวกของผู้ป่วยและญาติ โดยที่การนวดไทยยังไม่ได้ถูกนำมาเข้าร่วมในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากที่ผ่านมาได้มีการ

วิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมของการนวดไทย กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ไม่มากนัก ทำให้เกิดข้อสงสัยถึงประสิทธิผลของการนวดไทยต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะศึกษาถึงประสิทธิผลของการนวดไทย ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานเพียงอย่างเดียวแบบผู้ป่วยนอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางพัฒนาการให้บริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทยร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยแบบประเมินบาร์เธล (Barthel index) เทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

วัตถุประสงค์รอง: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทยร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานต่อการฟื้นตัวของการทำงานแขนและขา และระดับความรุนแรงของโรค ด้วยแบบประเมิน Fugl-Meyer motor assessment scale และแบบประเมิน National Institute of Health Stroke Scale ตามลำดับ เทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม และปกปิดผู้ประเมิน (randomized control trial with blinded assessor) โดยมีกลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ที่เข้ารับบริการที่แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อำเภอ

สองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างนั้น ได้คำนวณโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ จิรายุ ชาติสวรรณ และคณะ^๘ ด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.7 ได้จำนวน 75 คนต่อ 1 กลุ่มตัวอย่าง ทำให้ต้องใช้จำนวนทั้งสิ้น 150 คน ซึ่งเมื่อพิจารณาจากระยะเวลาที่ทำการศึกษา และจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเก็บได้แล้ว คาดว่า จะ รวบรวมได้ไม่ครบ จึงกำหนดจำนวนขึ้นมาใหม่ เป็นกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน เป็นการวิจัยนำร่องไปก่อน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า-ออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

- เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่
- มีคะแนน Barthel index น้อยกว่า 15 คะแนน
- มีคะแนน National Institute of Health Stroke Scale, Thai version (NIHSS-T)¹⁴⁻¹⁵ อยู่ใน กลุ่ม moderate หรือ moderate to severe stroke (ช่วงคะแนน 5-20)
- มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดโรคไม่เกิน 6 เดือน ขณะเริ่มเข้ารับการรักษา
- สามารถทำตามคำสั่งได้

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

- เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (recurrent stroke)
- มีประวัติโรคทางระบบประสาทอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เส้นประสาทส่วนปลายถูกกดทับ หรือบาดเจ็บ เนื่องจากในสมอง บาดเจ็บไขสันหลัง
- มีโรคร่วมอื่นที่เป็นอุปสรรคในการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น โรคหัวใจที่ยังควบคุมไม่ได้ ไตวายระยะสุดท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การนวดไทย สำหรับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอ้างอิงจากคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก^๕ โดยใช้เวลา 90 นาทีต่อครั้ง

โดยแพทย์แผนไทย ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ โดยมีลำดับการนวด ดังนี้

- ท่าที่ 1 นวดพื้นฐานขา เน้นข้อเท้า เปิดประตูลม
- ท่าที่ 2 นวดพื้นฐานหลัง
- ท่าที่ 3 นวดสัณญาณ 1-5 หลัง
- ท่าที่ 4 นวดพื้นฐานขาด้านนอก
- ท่าที่ 5 นวดสัณญาณ 1-5 ขาด้านนอก
- ท่าที่ 6 นวดพื้นฐานขาด้านใน
- ท่าที่ 7 นวดสัณญาณ 1-5 ขาด้านใน
- ท่าที่ 8 นวดพื้นฐานท้อง
- ท่าที่ 9 นวดสัณญาณ 1-5 ท้อง
- ท่าที่ 10 นวดพื้นฐานแขนด้านใน
- ท่าที่ 11 นวดสัณญาณ 1-5 แขนด้านใน
- ท่าที่ 12 นวดพื้นฐานแขนด้านนอก
- ท่าที่ 13 นวดสัณญาณ 1-5 แขนด้านนอก
- ท่าที่ 14 นวดพื้นฐานบ่า
- ท่าที่ 15 นวดสัณญาณ 1-5 หัวไหล่
- ท่าที่ 16 นวดพื้นฐานคอ
- ท่าที่ 17 นวดสัณญาณ 1-5 ศีรษะด้านหลัง
- ท่าที่ 18 นวดจุดจอมประสาท
- ท่าที่ 19 นวดสัณญาณ 1-5 ศีรษะด้านหน้า

การฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐาน (conventional rehabilitation) ประกอบด้วย การฝึกกายภาพบำบัด (physical therapy; PT) และกิจกรรมบำบัด (occupational therapy; OT) โดยใช้เวลาฝึกอย่างละ 45 นาที รวมเป็น 90 นาทีต่อครั้ง

แบบประเมินบาร์เธล (Barthel index; BI)

เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 20 คะแนน คะแนนที่มากบ่งถึงระดับความสามารถที่มากขึ้น¹⁶

แบบประเมินระบบประสาทสั่งการของ

แขนและขา Fugl-Meyer (Fugl-Meyer motor assessment scale; FMA-motor) ใช้ในการประเมินการฟื้นตัวของการทำงานของแขนและขา ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยในงานวิจัยนี้ เลือกประเมินเฉพาะ

คะแนนการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ (motor score) ของแขนและขา มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน คะแนนที่มากบ่งว่ามีความสามารถในการควบคุมแขนและขามากขึ้น¹⁷

แบบประเมิน National Institute of Health Stroke Scale, Thai version (NIHSS-T) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 42 คะแนน คะแนนที่มากบ่งถึงความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ ดังนี้ 0 คะแนน: no stroke, 1-4 คะแนน: minor stroke, 5-15 คะแนน: moderate stroke, 16-20 คะแนน: moderate to severe stroke, 21-42 คะแนน: severe stroke¹⁴⁻¹⁵

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มแบบ blocked randomization (block of four) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีรายละเอียดแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้รับการรักษาด้วยวิธี นวดไทย ร่วมกับ การฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานแบบผู้ป่วยนอก โดยจะได้รับการรักษาแต่ละวิธี จำนวน 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และแยกการรักษาไม่ทำภายในวันเดียวกัน ทำให้ได้รับการรักษาครบ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน (รวมทั้งหมด 24 ครั้ง)

กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 เดือน (รวมทั้งหมด 24 ครั้ง)

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการเก็บข้อมูลทั่วไป และประเมินคะแนน BI, FMA-motor, NIHSS-T ก่อนเริ่มการรักษา และหลังการรักษาครบ 3 เดือน (รักษาครบ 24 ครั้ง) โดยนักกายภาพบำบัดคนเดียวกันที่ไม่ทราบว่าคุณเข้าร่วมวิจัยแต่ละคนอยู่กลุ่มใด

ข้อมูลถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 25 โดยมีข้อมูลการกระจายตัวแบบไม่ปกติ (non-normal distribution) จึงใช้สถิติแบบ nonparametric ดังนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงด้วยค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (interquartile range; IQR) ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วย Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบคะแนน BI, FMA-motor, NIHSS-T ก่อนและหลังการรักษาในแต่ละกลุ่มด้วย Wilcoxon signed rank test และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนน BI, FMA-motor, NIHSS-T ก่อนและหลังการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วย Mann-Whitney U test

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ REC No. 38/2566

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เข้ารับ การบริการที่แผนกเวชกรรมฟื้นฟู ในระหว่างการวิจัยทั้งสิ้น 187 คน ถูกคัดออกจากการศึกษา 167 คน เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก 162 คน ปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษา 5 คน เหลือผู้ป่วยจำนวน 20 คน เข้าร่วมการศึกษา โดยถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน ดังแสดงใน แผนภูมิที่ 1

ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนทำการรักษา ได้แก่ เพศ, อายุ, ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง, ข้างที่อ่อนแรง, คะแนน BI, คะแนน FMA-motor, และคะแนน NIHSS-T ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (10 คน)	กลุ่มควบคุม (10 คน)	p-value
เพศชาย			
- ชาย: คน (ร้อยละ)	8 (80)	6 (60)	.314
- หญิง: คน (ร้อยละ)	2 (20)	4 (40)	
อายุ (ปี)	58.50 (51.75, 69.00)*	63.50 (56.75, 69.75)*	.256
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง			
- เส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน: คน (ร้อยละ)	8 (80)	6 (60)	.314
- เส้นเลือดสมองแตก: คน (ร้อยละ)	2 (20)	4 (40)	
ข้างที่อ่อนแรง			
- ข้างขวา: คน (ร้อยละ)	4 (40)	4 (40)	.675
- ข้างซ้าย: คน (ร้อยละ)	6 (60)	6 (60)	
คะแนน Barthel index	8.00 (3.50, 10.00)*	7.50 (5.50, 10.00)*	.939
คะแนน FMA-motor	18.50 (8.00, 39.75)*	16.00 (8.00, 37.75)*	.848
คะแนน NIHSS-T	9.00 (6.50, 12.75)*	9.00 (8.00, 13.25)*	.760

*median (IQR)

ผลการเปรียบเทียบคะแนน BI, FMA-motor, NIHSS-T ก่อน และหลังการรักษาในแต่ละกลุ่ม พบว่า หลังการรักษาครบ 3 เดือน ทั้งกลุ่มทดลอง และ

กลุ่มควบคุม ต่างมีคะแนน BI, FMA-motor เพิ่มขึ้น และมีคะแนน NIHSS-T ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลคะแนน BI, FMA-motor, NIHSS-T เปรียบเทียบก่อน และหลังการรักษา 3 เดือน

คะแนนตัวชี้วัด	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนรักษา	หลังรักษา	p-value	ก่อนรักษา	หลังรักษา	p-value
Barthel index	8.00 (3.50, 10.00)*	18.00 (14.00, 20.00)*	.005	7.50 (5.50, 10.00)*	16.00 (14.75, 20.00)*	.005
FMA-motor	18.50 (8.00, 39.75)*	53.00 (20.25, 95.25)*	.005	16.00 (8.00, 37.75)*	73.00 (35.00, 86.25)*	.008
NIHSS-T	9.00 (6.50, 12.75)*	3.00 (0.75, 9.50)*	.005	9.00 (8.00, 13.25)*	2.50 (1.00, 6.25)*	.005

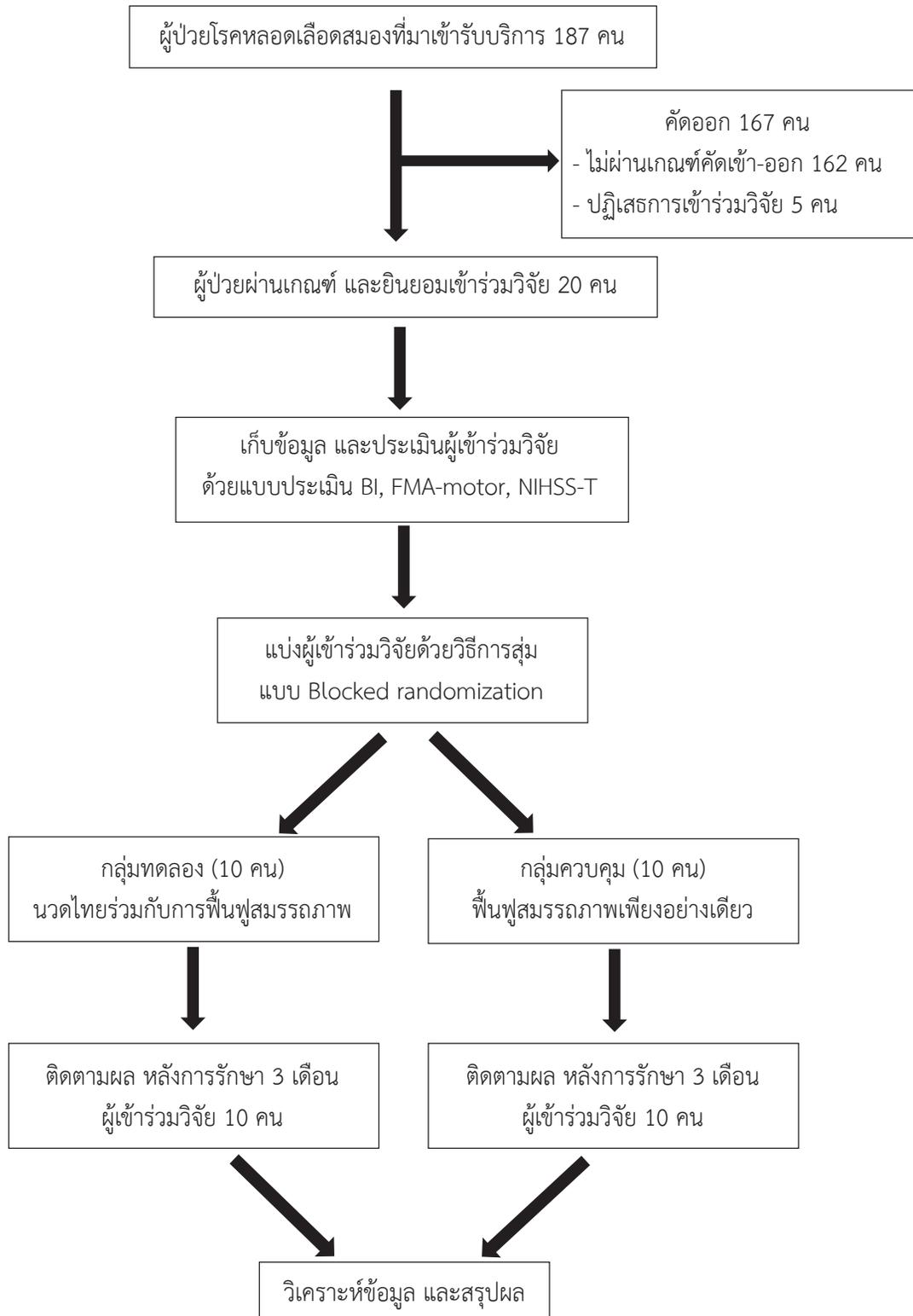
*median (IQR)

เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนน BI, FMA-motor, NIHSS-T ก่อน และหลังการรักษา พบว่า
ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในทุกแบบประเมิน ดังแสดง
ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนน BI, FMA-motor, NIHSS-T ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การเปลี่ยนแปลงคะแนนของตัวชี้วัด	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
Barthel index	10.00 (8.00, 12.00)*	9.50 (5.75, 10.25)*	.30
FMA-motor	28.00 (12.25, 50.00)*	33.50 (23.25, 65.75)*	.325
NIHSS-T	-5.00 (-6.25, -3.75)*	-7.00 (-8.00, -4.50)*	.178

*median (IQR)



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการวิจัย

วิจารณ์

ในการศึกษานี้พบว่า ทั้งการนวดไทยร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐาน และการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานเพียงอย่างเดียว สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพิ่มการฟื้นตัวของการทำงานแขนและขา และสามารถลดระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้ เมื่อวัดผลเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการรักษา 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sibbrit และคณะ¹⁰, อรรถรัตน์ จันทร์เพ็ญ และคณะ¹¹, และ Korjedefee และคณะ¹² ที่ศึกษาการนวดไทยร่วมกับการทำกายภาพบำบัดมาตรฐาน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (intermediate phase) หรือระยะกึ่งเฉียบพลัน (subacute phase) โดยวัดผลในลักษณะก่อนและหลังการรักษาเช่นเดียวกัน ด้วยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามแบบประเมินบาร์เรล (BI) ซึ่งได้ผลไปในทิศทางเดียวกันว่า สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังรับการรักษา แต่เมื่อดูในรายละเอียดของค่าผลลัพธ์ในการศึกษานี้ แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนและหลังการรักษา ในทั้ง 2 กลุ่มเช่นเดียวกัน แต่คะแนน FMA-motor หลังการรักษาในกลุ่มควบคุม กลับมีค่ามัธยฐานสูงกว่ากลุ่มทดลอง (73 และ 53 คะแนนตามลำดับ) หากมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น อาจเห็นแนวโน้มความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มที่ชัดเจนขึ้นได้

ส่วนผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนน BI, FMA-motor, NIHSS-T ก่อนและหลังการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น ผลที่ได้กลับขัดแย้งกับงานวิจัยของ จิรายุ ชาติสุวรรณ และคณะ⁷, Van der Reit และคณะ⁸, วิเชียร ชนะชัย¹³ ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้การนวดไทยร่วมกับการทำกายภาพบำบัด และ

กลุ่มควบคุมที่ใช้การทำกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว โดยทั้ง 3 งานวิจัย ได้ผลในลักษณะเดียวกันว่า กลุ่มทดลองสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (BI) ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ผลการศึกษามีความไม่สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต คาดว่าสาเหตุหลักอาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีขนาดเล็กเกินไป ส่งผลให้ไม่เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง 2 กลุ่ม และอาจเกิดจากลักษณะการออกแบบการวิจัยที่แตกต่างกัน โดยทั้ง 3 งานวิจัยในอดีตที่กล่าวมานี้ ล้วนออกแบบการรักษาของกลุ่มทดลองในลักษณะการรักษาเสริมจากการรักษามาตรฐาน (add-on therapy) อีกทั้งไม่ได้ระบุรายละเอียดของการรักษา จำนวนครั้ง ความถี่ในการรักษา หรือระยะเวลาในการรักษาในแต่ละครั้งให้ชัดเจน โดยเฉพาะรายละเอียดของการทำกายภาพบำบัดที่เป็นการรักษาหลัก ทำให้เกิดข้อสงสัยถึงความไม่เท่าเทียมของความเข้มข้นในการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยเหตุผลดังกล่าว อาจส่งผลให้ผลการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในทั้ง 3 งานวิจัยเกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ ซึ่งต่างกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่พยายามออกแบบให้เกิดการเปรียบเทียบกันโดยตรงระหว่างวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน (direct comparison) ให้ได้มากที่สุด แต่ยังคงมีการรักษาหลักตามมาตรฐาน และกำหนดให้ความเข้มข้นของการรักษาในแง่ของ จำนวนครั้ง ความถี่ในการรักษา ระยะเวลาในการรักษาแต่ละครั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้มีความเท่าเทียมกันมากที่สุด ด้วยเหตุผลดังกล่าวมานี้ น่าจะเป็นสาเหตุให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ เกิดความไม่สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีต

การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการกำหนดระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ด้วยคะแนน NIHSS-T โดยคัดผู้เข้าร่วมที่มีระดับความรุนแรงในกลุ่ม moderate stroke และ moderate to severe stroke เนื่องจากผู้วิจัย

เล็งเห็นว่าเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพ และเหมาะสมในการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุด หากเป็นกลุ่ม mild stroke ที่มีแนวโน้มจะฟื้นตัวได้คืออยู่แล้ว แม้ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ อาจทำให้การแปลผลจากการรักษาคลาดเคลื่อนได้ ส่วนกลุ่ม severe stroke เป็นกลุ่มที่จะเกิดข้อจำกัดในการฝึกหลายประการ และมีแนวโน้มจะไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยจนครบ 3 เดือนต่อเนื่องได้อย่างที่ตั้งใจไว้ จึงเป็นเหตุให้คัดผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้ออกจากการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้ นวดไทยร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐาน สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (BI), เพิ่มการฟื้นตัวของการทำงานของแขนและขา (FMA-motor), และสามารถลดระดับความรุนแรงของโรค (NIHSS-T) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้ ไม่ต่างกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานเพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายแล้วว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) นั้นมีความสำคัญ และเป็นการรักษามาตรฐานที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งความเข้มข้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพในแง่ของจำนวนครั้ง ความถี่ในการรักษา หรือระยะเวลาในการรักษาในแต่ละครั้ง ล้วนส่งผลต่อการฟื้นตัวของโรคด้วยเช่นกัน ซึ่งมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มากมายรองรับ¹⁸⁻¹⁹ ส่วนการนวดไทย (traditional Thai massage) ถือเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญของคนไทย สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน แต่ยังมีปริมาณงานวิจัยถึงประสิทธิผลของการนวดไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่จำกัด ส่งผลให้อาจเกิดข้อกังขาถึงประสิทธิผลในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง จึงยังไม่ค่อยถูกนำมาใช้ร่วมในการรักษามากนัก โดยในการศึกษาในครั้งนี้สามารถชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของการนวดไทยว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวขึ้นจากโรคได้จริง โดยไม่ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลงแต่อย่างใด

ในการศึกษานี้ได้กำหนดความถี่ในการรักษาที่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งเป็นปริมาณที่เหมาะสม ตามบริบท

ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของค์ที่ 17 ในแง่ของจำนวนผู้ป่วย ภาระงานของผู้ให้บริการ ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการของผู้ป่วย จากผลการศึกษานี้อาจนำไปพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ให้รับการรักษาด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร่วมกับการนวดไทย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมได้รับการรักษา 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งจะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระงานของนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้นส่งผลให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นการช่วยส่งเสริมและสร้างผลงานให้แก่ งานแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เป็นที่ประจักษ์ยิ่งขึ้นอีกด้วย

สรุป

การวิจัยนำร่องในครั้งนี้ ไม่พบหลักฐานว่าการนวดไทยร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานดีกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพมาตรฐานเพียงอย่างเดียว ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดมากเพียงพอ เพื่อยืนยันผลการรักษาที่แน่ชัดยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการวิจัยนำร่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และยังทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย moderate stroke และ moderate to severe stroke ไม่ได้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกระดับความรุนแรง จึงควรมีการต่อยอดการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีขนาดมากเพียงพอ ครอบคลุมผู้ป่วยทุกระดับความรุนแรง อาจมีการปรับเปลี่ยนความเข้มข้นในการรักษา ให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น และอาจมีการติดตามผู้ป่วยต่อในระยะเวลาที่ยาวขึ้น เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือ และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนเงินทุนจาก กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เป็นค่าเดินทางให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน เพื่อให้สามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนครบตามแผนงาน

เอกสารอ้างอิง

- สมศักดิ์ เทียมเก่า. สถานการณ์ โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2564;37(4): 54-60.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัย: การประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (intermediate Care). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
- คณะกรรมการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติการ แพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ 3. แนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเขตสุขภาพที่ 3 [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2566]; เข้าถึงได้จาก: URL: http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20181018140227.pdf
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ และโรงเรียนอายุรเวทচারัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดไทยแบบราชสำนัก) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2: การนวดพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศุภวินิชการพิมพ์; 2554.
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2564.
- Thanakiatpinyo T, Suwannatrai S, Suwannatrai U, et al. The efficacy of traditional Thai massage in decreasing spasticity in elderly stroke patients. Clin Interv Aging 2014;9:1311-9. doi: 10.2147/CIA.S66416.
- จิรายุชาติสุวรรณ, พระระวี เพียรผดุงรัชต์, อรุณพร อิฐรัตน์, และคณะ. เปรียบเทียบประสิทธิผล การทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัด ร่วมกับการนวดไทย ต่อความสามารถในการฟื้นฟู ร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จากโรคหลอดเลือดสมองตีบ. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2560;17(3):356-363.
- van der Riet P, Maguire J, Dedkhard S, et al. Are traditional Thai therapies better than conventional treatment for stroke rehabilitation? A quasi-experimental study. Eur J Integr Med 2015;7(1):16-22. doi: 10.1016/j.eujim.2014.01.011
- Cabanas-Valdés R, Calvo-Sanz J, Serra-Llobet P, et al. The effectiveness of massage therapy for improving sequelae in post-stroke survivors. A systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health 2021;18(9):4424. doi: 10.3390/ijerph18094424.
- Sibbritt D, van der Riet P, Dedkhard S, et al. Rehabilitation of stroke patients using traditional Thai massage, herbal treatments and physical therapies. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao 2012;10(7):743-50. doi: 10.3736/jcim20120704.

11. อรรถรัตน์ จันทร์เพ็ญ, ยศพล เหลืองโสมนภา, พาณีนวสนาท, และคณะ. ผลของการฟื้นฟูตามโปรแกรมการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อระดับกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2558;26:60-71.
12. Korjedee P, Wongtao C, Maungthaitut P. The effect of Thai massage on activities of daily living, anxiety and depress in stroke patients. J Nurs Sci Health 2019;42(2): 106-14.
13. วิเชียร ชนะชัย. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการนวดแบบราชสำนักในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน ในหน่วยบริการสาธารณสุขสุภาพากรัฐ. สรรพสิทธิเวชสาร 2565;43(1):13-20.
14. Kasner SE, Chalela JA, Luciano JM, et al. Reliability and validity of estimating the NIH stroke scale score from medical records. Stroke 1999;30(8):1534-7. doi: 10.1161/01.str.30.8.1534.
15. Nilanont Y, Phattharayuttawat S, Chiewit P, et al. Establishment of the Thai version of national institute of health stroke scale (NIHSS) and a validation study. J Med Assoc Thai 2010;93(Suppl 1):S171-8.
16. ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มีนะพันธ์, ประเสริฐพร จันท, และคณะ. ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2549;16(1):1-9.
17. Sullivan KJ, Tilson JK, Cen SY, et al. Fugl-Meyer assessment of sensorimotor function after stroke: standardized training procedure for clinical practice and clinical trials. Stroke 2011;42(2):427-32. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.592766.
18. Heart and Stroke Foundation EBRSR. The Efficacy of Stroke Rehabilitation [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 1]; Available from: URL: <http://www.ebrsr.com/evidence-review/5-efficacy-stroke-rehabilitation>
19. Heart and Stroke Foundation EBRSR. Background concepts in stroke rehabilitation [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 1]; Available from: URL: <http://www.ebrsr.com/evidence-review/3-background-concepts-stroke-rehabilitation>