

ประสิทธิผลและความปลอดภัยของการนวดแบบราชสำนักในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน ในหน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

วิเชียร ชนะชัย¹

รับบทความ: 7 ตุลาคม 2564 ปรับแก้บทความ: 21 ธันวาคม 2564 ตอรับตีพิมพ์: 10 มกราคม 2565

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: การนวดไทยแบบราชสำนักใช้ร่วมกับการรักษาแบบมาตรฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการฟื้นตัวของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษานี้ต้องการวัดประสิทธิผลและความปลอดภัยของการนวดไทยแบบราชสำนัก ในการฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบเชิงทดลอง (Experimental Design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน อายุระหว่าง 30 - 75 ปีไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาภายใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีระยะเวลาหลัง attack 14 - 30 วัน มีระดับความรุนแรงของโรค ≤ 15 คะแนน ตามเกณฑ์เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของโรค (National Institute of Health Stroke Scale) จำนวน 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มควบคุม 70 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานใช้ Independent T test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลความปลอดภัยของการนวดจากรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิต แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Xทดลอง = 15.92, Xควบคุม = 14.21 , P-value = 0.001 และ X ทดลอง = 0.74, Xควบคุม = 0.61 , P-value = 0.001 ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการนวด

สรุป: การนวดไทยแบบราชสำนักใช้ร่วมกับการรักษามาตรฐาน ฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน ให้มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตที่ดี และการนวดไทยที่ถูกวิธี ไม่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

คำสำคัญ: นวดไทยแบบราชสำนัก, โรคหลอดเลือดสมองตีบ

¹ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบบทความ: ภก.วิเชียร ชนะชัย กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร อ.เมือง จ.ยโสธร 35000 อีเมล: wichian.chanachai@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า⁽¹⁾ สอดคล้องกับรายงานของสำนักนโยบายยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวม ปีพ.ศ. 2557-2559 เท่ากับ 38.63, 43.28 และ 48.70 ตามลำดับ⁽²⁻³⁾

จังหวัดยโสธร ปี 2562 มีประชากรจำนวน 537,299 คน มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 526 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.89/แสนประชากร เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 96 คน คิดเป็น ร้อยละ 18.25 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน มีจำนวน 430 คน คิดเป็นร้อยละ 81.74 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 89.05 ได้รับการรักษาใน Stroke Unit โดยอยู่ภายใต้การดูแลของอายุรแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองตลอด 24 ชั่วโมง ตามมาตรฐานการรักษาของ (Care Map/Clinical Practice Guideline) ของ Stroke Program ร้อยละ 10.95 ได้รับการรักษาจากการแพทย์ทางเลือก เนื่องจากมีความเชื่อ และฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัวไม่ดี

กระบวนการวางแผนการฟื้นฟูผู้ป่วยหากเกิดขึ้นเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาสู่สภาวะปกติได้มากยิ่งขึ้น ทั้งยังลดอัตราการสูญเสียการทำงาน ความพิการ และลดการพึ่งพิงผู้ดูแล การนวดไทยแบบราชสำนักจัดเป็นศาสตร์และศิลป์ชนิดหนึ่งที่มีมาแต่โบราณมาบูรณาการร่วมกับการรักษามาตรฐานสำหรับฟื้นฟู

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁴⁾ ปัจจุบันมีการศึกษาการนำนวดไทยมาใช้ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันมากขึ้น⁽⁵⁻⁸⁾ และมีการศึกษาผลกระทบจากการนวดแผนโบราณ⁽⁹⁻¹⁰⁾ แต่ยังไม่มีการศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทยราชสำนักในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นนี้ ในหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดยโสธร โดยประเมินจากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (The Barthel index of activities of daily living) คุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)⁽¹¹⁻¹²⁾ และเก็บข้อมูลความปลอดภัยของการนวดไทยราชสำนัก

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Design) มีการสุ่มหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีบุคลากรแพทย์แผนไทยที่ผ่านการอบรมนวดไทยราชสำนัก 11 ท่า จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 35 แห่ง ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 แห่ง กลุ่มควบคุม 14 แห่ง *ประชากรศึกษาวิจัย* มีเกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดตีบหรืออุดตันระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care)
2. ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาภายใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (สภาวะทางการแพทย์คงที่)
3. มีระยะเวลาหลัง attack ระหว่าง 14 - 30 วัน
4. มีอายุระหว่าง 30 - 75 ปี
5. มีระดับความรุนแรงของโรค ≤ 15 คะแนน (Mild to Moderate) ตามเกณฑ์ National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)
6. อาสาสมัครหรือญาติสามารถสื่อสารเข้าใจ
7. อาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ (consent form)

เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย

1. เคยมีภาวะเลือดออกในสมอง
2. มีประวัติเส้นเลือดหัวใจตีบ, หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือลิ้นหัวใจผิดปกติ
3. มีระดับเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร
4. มีผลการตรวจระยะเวลาในการแข็งตัวของหลอดเลือด (INR: International normalized ratio) > 2
5. เคยมีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกระดูกพรุน
6. มีภาวะกระดูกแตกหรือหัก
7. ตั้งครรภ์
8. เคยมีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก
9. เคยมีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ
10. เคยมีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

11. เคยมีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคผิวหนังในระยะติดต่อ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

$$n_{trt} = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 [\sigma_{trt}^2 + \frac{\sigma_{con}^2}{r}]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_{trt}}{n_{con}}, \Delta = \mu_{trt} - \mu_{con}$$

การศึกษามีประชากรศึกษาเป็น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มควบคุม 70 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานใช้ Independent T-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลความปลอดภัยของการนัดจากรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

การนัดไทยราชสำนัก 11 ท่า

ท่าที่	วิธีนัด	เวลาที่ใช้นัด (นาที)
1	นัดพื้นฐานขา กดจุดสัญญาณข้อเท้าคลายหลังเท้าและเปิดประตูลม	11
๒	นัดพื้นฐานหลัง + จุดสัญญาณหลัง	13
๓	พื้นฐานบ่า (ท่านั่งหรือท่านอน)	4
4	นัดพื้นฐานขาด้านนอก และกดจุดสัญญาณ 1-5 ขาด้านนอก	8
5	นัดพื้นฐานขาด้านใน และกดจุดสัญญาณ 1-5 ขาด้านใน	7
6	นัดพื้นฐานแขนด้านใน และกดจุดสัญญาณ 1-5 แขนด้านใน	6
7	นัดพื้นฐานแขนด้านนอก และกดจุดสัญญาณ 1-5 แขนด้านนอก	6
8	นัดพื้นฐานท้องท่าแหวก ท่านาบ และกดจุดสัญญาณ 1-5 ท้อง	11
9	กดจุดสัญญาณ 1-5 หัวไหล่	4
10	แนวเส้นโค้งคอ	2
11	กดจุดสัญญาณ 1-5 ศีรษะหน้า + ศีรษะด้านหลัง	4
	รวมระยะเวลาทั้งหมด	76

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

อาสาสมัครหรือผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการรักษาแบบราชสำนักแบบวันเว้นวันจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประเมินผลการรักษาจำนวน 6 ครั้ง รวมอาสาสมัครจะได้รับการนัดติดตามอาการทั้งสิ้น 14 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (Day 0) อาสาสมัครจะได้รับการตรวจร่างกาย และวินิจฉัยโรค ประเมินระดับความรุนแรงของโรค ตรวจสมรรถภาพโรค ตรวจทางหัตถเวช ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและประเมินคุณภาพชีวิต จากนั้นจึงเข้ารับการรักษาตามกระบวนการสุ่มที่ได้รับ

ครั้งที่ 2 (Day 2), ครั้งที่ 3 (Day 4) อาสาสมัครจะได้รับการสอบถามอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาครั้งก่อนหน้า จากนั้นจึงเข้ารับการรักษาตามกระบวนการสุ่มที่ได้รับ

ครั้งที่ 4 (Day 7) อาสาสมัครจะได้รับการตรวจร่างกายและวินิจฉัยโรค ตรวจสมรรถภาพโรค ตรวจทางหัตถเวช ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ประเมินคุณภาพชีวิต และอาการไม่พึงประสงค์ จากนั้นจึงเข้ารับการรักษาตามกระบวนการสุ่มที่ได้รับ

ครั้งที่ 5 (Day 9), ครั้งที่ 6 (Day 11) อาสาสมัครจะได้รับการสอบถามอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาครั้ง ก่อนหน้า จากนั้นจึงเข้ารับการรักษาตามกระบวนการสุ่มที่ได้รับ

ครั้งที่ 7 (Day 14) อาสาสมัครจะได้รับการตรวจร่างกาย และวินิจฉัยโรค ประเมินระดับความรุนแรงของโรค ตรวจสมรรถภาพโรค ตรวจทางหัตถเวช ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และประเมินคุณภาพชีวิต จากนั้นจึงเข้ารับการรักษาตามกระบวนการสุ่มที่ได้รับ

ครั้งที่ 8 (Day 16), ครั้งที่ 9 (Day 18) อาสาสมัครจะได้รับการสอบถามอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาครั้งก่อนหน้า จากนั้นจึงเข้ารับการรักษาตามกระบวนการสุ่มที่ได้รับ

ครั้งที่ 10 (Day 21) อาสาสมัครจะได้รับการตรวจร่างกายและวินิจฉัยโรค ตรวจสมรรถภาพโรคตรวจทางหัตถเวช ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ประเมินคุณภาพชีวิต และอาการไม่พึงประสงค์ จากนั้นจึงเข้ารับการรักษาตามกระบวนการสุ่มที่ได้รับ

ครั้งที่ 11 (Day 23), ครั้งที่ 12 (Day 25) อาสาสมัครจะได้รับการสอบถามอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาครั้งก่อนหน้า จากนั้นจึงเข้ารับการรักษาตามกระบวนการสุ่มที่ได้รับ

ครั้งที่ 13 (Day 28) อาสาสมัครจะได้รับการตรวจร่างกายและวินิจฉัยโรค ประเมินระดับความรุนแรงของโรค ตรวจสมรรถภาพโรค ตรวจทางหัตถเวช ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ประเมินคุณภาพชีวิต และอาการไม่พึงประสงค์ จากนั้นจึงเข้ารับการรักษาตามกระบวนการสุ่มที่ได้รับ

ครั้งที่ 14 (Day 84) อาสาสมัครหรือญาติจะได้รับการสอบถามข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามข้อมูลในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และประเมินคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของประชากรศึกษาซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลอง จำนวน 70 คน เพศชาย ร้อยละ 78 เพศหญิง ร้อยละ 22 อายุเฉลี่ย 49 ปี มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 เบาหวานร้อยละ 31 และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 24 เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบมาตรฐาน ประกอบด้วยการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด และได้รับการรักษาเพิ่มเติมคือนวดไทยราชสำนัก ผลการศึกษาพบว่า มีผลคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน วัดโดยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index Activities of Daily Living: ADL) 15.92 และมีผลคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต วัดโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) 0.74 สำหรับกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไปของประชากรศึกษาจำนวน 70 คน เพศชาย ร้อยละ 64 เพศหญิง ร้อยละ 36 อายุเฉลี่ย 51 ปี มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงร้อยละ 58 เบาหวาน ร้อยละ 32 และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 10 มีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 14.21 และมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต 0.74 จากผลการศึกษา คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) แรกรับของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 6.7 คะแนน และค่าเฉลี่ยคะแนนอรรถประโยชน์ (Utility) จากแบบสอบถาม EQ-5D-5L 0.37 คะแนน กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) 6.9 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนอรรถประโยชน์ (Utility) จากแบบสอบถาม EQ-5D-5L 0.32 คะแนนหลังจากได้รับการรักษาตามโปรแกรมที่จัดให้ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ADL 15.9 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนน Utility 0.74 คะแนน

และกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนน ADL 14.2 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนน Utility 0.61 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับวัดประสิทธิผลของการนวดไทยราชสำนักนำมาใช้ร่วมกับการรักษาแบบมาตรฐานในการฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.001) และคุณภาพชีวิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.001) และ กลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดไทยราชสำนัก พบการรายงานอาการไม่พึงประสงค์ 6 ราย เมื่อประเมินตามเกณฑ์ของ Naranjo’s Algorithm อยู่ในเกณฑ์ระดับ Probable และอยู่ในระดับไม่รุนแรง ตามเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของอเมริกา (US FDA)

ตารางที่ 1 ผลการประเมินของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (average ± S.D.)	
กลุ่มทดลอง (70 คน)	15.92 ± 2.21	0.001
กลุ่มควบคุม (70 คน)	14.21 ± 1.88	

ตารางที่ 2 ผลประเมินคุณภาพชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต (average ± S.D.)	
กลุ่มทดลอง (70 คน)	0.74 ± 0.16	0.001
กลุ่มควบคุม (70 คน)	0.61 ± 0.07	

ตารางที่ 3 ผลประเมินความปลอดภัย

เหตุการณ์	ผลการประเมิน (จำนวนรายงาน)					รวม
	ใช่แน่นอน (Certain)	น่าจะใช่ (Probable)	อาจจะใช่ (Possible)	ไม่น่าใช่ (Unlikely)	ไม่สามารถระบุได้ (Unclassified)	
ปวดบริเวณที่นวด		6				6

วิจารณ์

จากการศึกษาประสิทธิผล และความปลอดภัยของการนวดราชสำนักในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 70 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบมาตรฐาน ประกอบด้วยการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด และนวดไทยราชสำนัก และผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม จำนวน 70 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษามาตรฐานอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลอง จำนวน 70 คน มีผลคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน 15.92 และมีผลคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต 0.74 สำหรับกลุ่มควบคุม มีผลคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน 14.21 และมีผลคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต 0.74 เมื่อเปรียบเทียบวัดประสิทธิผลของการนวดราชสำนักนำมาใช้ร่วมกับการรักษามาตรฐานในการฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.001$) และคุณภาพชีวิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.001$) ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของมกร ลิมอุตมพรและคณะ (2557) Thanakiatpinyo, T และคณะ (2557) และการศึกษาของจิรายุ ชาติสุวรรณ และคณะ (2560) จากการติดตามอาการผู้ป่วยใน Day ที่ 28 และ Day ที่ 84 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มอาการปากเปี้ยว พูดอกเสียงไม่สะดวก และอาการชาไม่มีแรงยกแขนได้ไม่นาน ใน Day ที่ 28 กลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีคล้ายกับปกติ แต่กลุ่มควบคุมยังมีอาการอยู่บ้างเช่นยกแขนได้ไม่นาน เป็นต้น ส่วนในการติดตามอาการ Day ที่ 84 พบว่าทั้ง 2 กลุ่มสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ แต่กลุ่มควบคุมจำนวนน้อยมีการกลับเป็นซ้ำ และจากการนวดไทยราชสำนักนี้ ไม่พบอาการไม่พึง

ประสงค์จากการนวดที่รุนแรง ถึงแม้จะมีรายงานจำนวน 6 รายงานที่พบอาการปวดบริเวณที่นวดหลังได้รับการนวด เมื่อประเมินเหตุการณ์ที่เกิดและความสัมพันธ์กับเวลา โดยใช้เกณฑ์ประเมิน Naranjo's Algorithm พบว่าอยู่ในระดับ Probable เมื่อประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดด้วยเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของอเมริกา (US FDA) ผลการจัดความรุนแรงอยู่ในระดับ mild ซึ่งไม่รุนแรง ดังนั้นการนวดไทยราชสำนักจึงมีความปลอดภัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Cambron, JA และคณะ (2007) การนวดไทยราชสำนักเป็นการนวดเน้นการใช้นิ้วมือและมือเท่านั้น และท่วงท่าที่ใช้ในการนวดแนวทางการนวดเป็นแบบแผนชัดเจน มีการอ้างอิงเปรียบเทียบจุดสัญญาณต่างๆ เข้ากับกายวิภาคของร่างกายมนุษย์ตามศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่คัดเข้ามีระดับความรุนแรงของโรค วัดโดยแบบตรวจประเมิน National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ไม่เกิน 15 คะแนน หากมีการศึกษาพัฒนาต่อควรเพิ่มการศึกษาในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในช่วง 16 – 20 คะแนน

กล่าวโดยสรุป การนวดไทยราชสำนักนำมาใช้ร่วมกับการรักษามาตรฐานในการฟื้นฟูผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบระยะกึ่งเฉียบพลัน มีประสิทธิผลในการรักษาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับมาช่วยเหลือตนเองได้และมีความปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ

ผู้ทรงคุณวุฒิ จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโสธร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดยโสธร

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการปฐมพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guidelines For Stroke). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2559.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข. ประเด็นสารณรงคัวันอัมพาตโรค ปี 2560. [เว็บไซต์]. [สืบค้นเมื่อ 2018 Aug 24]. เข้าถึงได้จาก URL:<http://www.thaiNCD.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารณรงคัวันอัมพาตโรค ปี 2560.pdf>.
3. กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุขพ.ศ.2559.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. ชื่นชม ชื้อลือชา. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2555;12:97-111
5. มกร ลิมอุดมพร, ผกากรอง ขวัญข้าว, บุญทำ กิจนิยม และคณะ. ประสิทธิผลการรักษาด้วยวิธีผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบันในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนชนิดมีและไม่มีอาการเตือน. ปรจจีนบุรี: แผนกประสาทวิทยาและแผนกงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร; 2557.
6. 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;9:1311-19.
7. จิรายุ ชาตีสวรรณ, พระระวี เพ็ชรผดุงรัชต์, อรุณพร อัฐรัตน์ และคณะ. เปรียบเทียบประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัด ร่วมกับการนวดไทยต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2560: 17;356-64.
8. อภิรดี ธรรมสรณ์. การศึกษาผลของการนวดไทยต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน. [เว็บไซต์]. [เข้าถึงเมื่อ 2018 Nov 16]. เข้าถึงได้จาก <http://libdoc.dpu.ac.th/thesis/160852.pdf>.
9. Cambron JA, Dexheimer J, Coe P, et al. Side-Effect of massage therapy: A Cross-Sectional study of 100 client. J Altern Complement Med 2007;13;793-96.
10. Wiwanitkit V. Thai traditional massage: Issue causing possible adverse effects. Anc Sci Life 2015;35;122-3.
11. Collin C, Wade DT, Davies S, et al. The Barthel ADL Index: a reliability study. Int Disabil Stud 1998;10;61-3.
12. Pattanaphesuj J. Health-related aquality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference base score in Thai population. The degree of doctor of philosophy (Pharmacy Administration) Faculty of Graduate Studies Mahidol University; 2014.

Effectiveness and safety of royal massage in the rehabilitation of patients with subacute ischemic stroke in the Public Health Service Unit, Yasothon Province

Wichian Chanachai¹

Received: October 19, 2021 Revised: January 1, 2022 Accepted: January 10, 2022

ABSTRACT

Background: Royal Thai massage is used in conjunction with standard treatments in stroke patients showed increasing trend in recovering ability to perform daily activities and quality of life. The purpose of this study was to measure the effectiveness and safety of royal Thai massage in the rehabilitation of patients with subacute ischemic stroke.

Materials and Methods: The study was an experimental design. Subjects were patients diagnosed with ischemic stroke, aged 30-75 years, with no change in treatment within the last 48 hours. The duration after the attack was 14-30 days, the severity of the disease ≤ 15 points, according to the criteria for measuring the severity of the disease (National Institute of Health Stroke Scale). Of 140 participants, 70 patients were assigned into experimental group, another 70 patients were in control groups. Data were collected from January through December 2019. Data were analyzed by descriptive and inferential statistics. Independent T test was used to compare mean treatment outcomes between the experimental group and the control group. Safety of massage was measured reported occurrence of adverse events.

Results: The patients in experimental group had ability to perform daily activities and quality of life statistically different from the control group ($X_{test} = 15.92$, $X_{control} = 14.21$, $P\text{-value} = 0.001$ and $X_{test} = 0.74$, $X_{control} = 0.61$, $P\text{-value} = 0.001$ respectively). In the experimental group receiving royal Thai massage, no adverse events were reported.

Conclusion: Royal Thai massage combined with standard treatment Rehabilitation of patients with subacute ischemic stroke to have the ability to carry out daily activities and good quality of life. The royal Thai massage does not cause adverse events.

Keyword: Royal Thai massage, ischemic stroke

¹ Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Yasothon Provincial Public Health Office

Corresponding author: Wichian Chanachai, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Yasothon Provincial Public Health Office, Muang District, Yasothon Province 35000 Thailand. Email: wichian.chanachai@gmail.com