

ผลระยะสั้นของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ที่มีอาการของโรคลมปลายปัตคาค สัญญาณ 4 หลัง

สุภารัตน์ สุขโท^{1*} ปริญญาภัทร สิงห์ทอง¹ ภควัต ไชยชิต² วาสนา หลงชิน³

อาจารย์ประจำคณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี¹

แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น²

ผู้ช่วยทันตแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม³

*ผู้นิพนธ์ที่ให้การติดต่อ E-mail: suparat.s@ubru.ac.th

Received date: March 11, 2020; Revised date: April 29, 2020; Accepted date: May 6, 2020

บทคัดย่อ

โรคลมปลายปัตคาคสัญญาณ 4 หลัง เป็นโรคที่พบบ่อยในกลุ่มอาการออฟฟิตซินโดรม ซึ่งจะมีอาการปวดตึงกล้ามเนื้อบริเวณบ่า คอ และสะบัก อาจจะมีอาการชาร้าวไปถึงหัวไหล่ลงไปที่แขนด้านนอกไปจนถึงปลายนิ้วมือ สำหรับการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อในปัจจุบันจะขึ้นอยู่กับแนวทางของการรักษาของแพทย์หรือผู้ทำการรักษา มี 2 วิธี ได้แก่ 1) การรักษาโดยการใช้ยา และ 2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา ซึ่งการนวดไทยแบบราชสำนักเป็นหนึ่งในการรักษาที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคลมปลายปัตคาคสัญญาณ 4 หลัง วัตถุประสงค์การศึกษา: เพื่อศึกษาผลระยะสั้นของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ที่มีอาการของโรคลมปลายปัตคาคสัญญาณ 4 หลัง รูปแบบการศึกษา: การศึกษาแบบกลุ่มเดียว (one group study design) วิธีการศึกษา: อาสาสมัครจำนวน 30 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคลมปลายปัตคาคสัญญาณ 4 หลัง ซึ่งเป็นเพศชาย 8 คน และเพศหญิง 22 คน อาสาสมัครได้รับการนวดไทยเป็นเวลา 30 นาที 1 ครั้ง และติดตามผลการรักษา 2 วัน ผลการศึกษา: พบว่าหลังการนวดไทยแบบราชสำนัก ทั้งผลทันทีและการติดตามผลการรักษา 2 วัน มีค่าระดับความเจ็บปวด องศาการเคลื่อนไหวคอ ความทนทานต่อความเจ็บปวด ความถี่และระยะเวลาของอาการปวดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปผลการศึกษา: การนวดไทยแบบราชสำนักเป็นวิธีการรักษาทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนได้ และเป็นการสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อนำไปสู่การรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน

คำสำคัญ : โรคลมปลายปัตคาคสัญญาณ 4 หลัง, การนวดไทยแบบราชสำนัก, จุดกดเจ็บ

Short Term Effect of Court – Type Thai Massage on Patients with Lomplai pattakat Sanyan 4 of the Back

Suparat Sooktho^{1*}, Pariyapat Singtong¹, Pakawat Chaiyachit²,

Wassana Hlongchin³

Lecturer of Faculty of Thai Traditional and Alternative Medicine¹

Thai Traditional Doctor, Khon Kaen Hospital²

Dental Assistance, Detudom Royal Crown Prince Hospital³

*Corresponding Author E-mail: suparat.s@ubru.ac.cth

Abstract

Lomplai pattakat Sanyan 4 of the Back are a common type of office syndrome which are pain and muscle tightness at muscle around shoulders, neck, and scapulas may be numbness refers to lateral arms, forearms and peripheral fingers. The current treatments for Myofascial pain syndrome (MPS) depend on the plan of treatment of doctor or therapist have two methods are 1) pharmacologic treatments and 2) nonpharmacologic treatments, which one of conventional treatment is Lomplai pattakat Sanyan 4 of the Back is Court – Type Thai Massage. Objective: To investigate the short-term effect of Court – Type Thai Massage in patients with Lomplai pattakat Sanyan 4 of the Back. Design: One group study design. Method: Thirty participants (8 males and 22 females) who had Lomplai pattakat Sanyan 4 of the Back diagnosis. Participants were received the Court – Type Thai Massage 30 minutes/time and two days follow-up. Results: After the treatment and two-day follow-up, a significant decrease in pain intensity, pain frequency, and pain duration ($p < 0.05$). Moreover, the cervical range of motion, pressure pain threshold increased significantly ($p < 0.05$). Conclusion: The Court – Type Thai Massage is an alternative treatment of upper back pain patients and should be promoted as the wisdom of traditional Thai medicine for current patients treatment.

Keywords: Lom Plai Pattakhat with Sanyan 4 of the back, The Court – Type Thai Massage, Trigger point

บทนำ

โรคลมปลายปิดคาคัดสัญญาณ 4 หลัง จะมีอาการปวดตึงกล้ามเนื้อบริเวณบ่า คอ และสะบัก มีอาการชา ร้าวไปถึงหัวไหล่ลงไปที่แขนด้านนอกไปจนถึงปลายนิ้วมือ หรือหายใจไม่เต็มอิ่มร่วมด้วย สำหรับอาการปวดอาจจะมีสาเหตุจากจุดกดเจ็บ (Myofascial trigger points: MTrPs) ซึ่งจะพบได้บริเวณใดบริเวณหนึ่งของกล้ามเนื้อหรือเยื่อพังผืด⁽¹⁾ บางจุดกดเจ็บทำให้เกิดการปวดร้าวไปยังส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายร่วมด้วย และโรคลมปลายปิดคาคัดสัญญาณ 4 หลัง เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม อุบัติการณ์ของโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่าผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากโรคนี้อายุเฉลี่ย 30-85 พบมากในช่วงอายุ 27-50 ปี⁽²⁾

สำหรับการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อในปัจจุบันจะขึ้นอยู่กับแนวทางของการรักษาของแพทย์หรือผู้ทำการรักษา⁽³⁾ มี 2 วิธี ได้แก่ 1) การรักษาโดยการใช้ยา และ 2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การนวด (massage) ซึ่งการนวดไทยมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการฝังเข็มและการรักษาด้วยความร้อนจากอัลตราซาวด์ (ultrasound diathermy: USD)⁽⁴⁾ และการรักษาดังกล่าวยังช่วยลดความเครียดภาวะซึมเศร้าทำให้รู้สึกมีพลังและสุขภาพโดยรวมดีขึ้น⁽⁵⁾ นอกจากนี้ การนวดยังเป็นวิธีที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดของกล้ามเนื้อ เนื่องจากการนวดสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดของกล้ามเนื้อ ช่วยทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น กระตุ้นให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณที่ทำการรักษาอาการเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งใช้การนวดพื้นฐานหรือการนวดจุดสัญญาณในการรักษาบริเวณที่มีอาการปวด⁽⁶⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาในอดีตของสรายุทธ มงคล และคณะปี 2556⁽⁷⁾ ศึกษาผลของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ Upper trapezius พบว่าค่าความทนทานต่อความเจ็บปวดของอาการเคลื่อนไหวของคอและศีรษะมีค่าเพิ่มขึ้น และมีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้งการศึกษาของวิโรจน์ วรรณภีระ และคณะปี 2557⁽⁸⁾ ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอและหลังส่วนบนจาก Myofascial pain syndrome ระหว่างอัลตราซาวด์นวดไทยและอัลตราซาวด์ร่วมกับนวดไทยพบว่าระดับความรู้สึกปวด และคะแนนความเจ็บปวดขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังการรักษาลดลง และค่าความทนทานต่อความเจ็บปวดหลังการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่ม ($p < 0.001$) และการศึกษาของวิวรรณ วิวัฒน์กุล และคณะปี 2551⁽⁹⁾ ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและหลังส่วนบนจากโรค Myofascial pain syndrome โดยวิธีการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อเปรียบเทียบกับวิธีการนวดแผนไทย พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ การศึกษาของสุภารัตน์ สุขโท ปี 2556⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของการนวดไทยต่อค่าความทนต่อความเจ็บปวด ระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียดแบบเรื้อรังและไม่เกรน พบว่าเมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม ความทนต่อระดับความเจ็บปวดมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับความถี่และระยะเวลาของอาการปวดศีรษะไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ถึงแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาในอดีตมีการศึกษาผลของการนวดไทยบริเวณหลังส่วนบนและมีอาการจากโรค Myofascial pain syndrome แต่ยังไม่พบการศึกษาผลของการนวดไทยต่อความถี่และระยะเวลาของอาการปวด และติดตามผลการรักษาในระยะสั้น ในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลมปลายปิดคาคัดสัญญาณ 4 หลัง ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลระยะสั้นของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลมปลายปิดคาคัดสัญญาณ 4 หลัง ต่ออาการปวด องศาการเคลื่อนไหวของคอ ความทนทานต่อความเจ็บปวด ความถี่และระยะเวลาของอาการปวด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการนวดไทยแบบราชสำนักต่อระดับความเจ็บปวด องศาการเคลื่อนไหวคอ ความทนทานต่อความเจ็บปวด ความถี่และระยะเวลาของอาการปวดในผู้ที่มีอาการของโรคลมปลายปัตคาคัดสัญญาณ 4 หลัง

ระเบียบวิธีศึกษา

อาสาสมัคร

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว (one group study design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ที่มีอาการของโรคลมปลายปัตคาคัดสัญญาณ 4 หลัง ซึ่งประชากรอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี อายุระหว่าง 20-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 30 คน มีการคัดเลือกอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษา โดยการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 20-65 ปี 2) เป็นผู้ที่มีอาการของโรคลมปลายปัตคาคัดสัญญาณ 4 หลัง 3) ระดับความเจ็บปวด (pain intensity) ของอาสาสมัครตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป 4) การเคลื่อนไหวคอไม่เต็มองศาการเคลื่อนไหว 5) คลำกล้ามเนื้อบ่า มีอาการแข็งเกร็ง พบจุดกดเจ็บที่บริเวณคอ บ่า หรือไหล่ 6) คลำอุณหภูมิจากพบความร้อนเล็กน้อย สำหรับเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ 2) ภาวะกระดูกเปราะ กระดูกพรุน และกระดูกหัก 3) ผู้ป่วยโรค Hemiplegia หรือ Paresis 4) โรคผิวหนังที่ติดต่อกับได้ เช่น อีสุกอีใส งูสวัด 5) อาสาสมัครที่ไม่สามารถพูดสื่อสารได้เข้าใจหรือไม่สามารถทำตามคำแนะนำ 6) มีไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส 7) มีความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ได้ (uncontrolled hypertension) ความดันเลือดมีค่ามากกว่า 170/90 mmHg 8) มีภาวะลิ่มเลือดอักเสบและอุดตันด้วยลิ่มเลือด (thrombophlebitis) 9) รับประทานยาที่ต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด เช่น Aspirin, Clopidogrel, Prasugrel, Ticlopidine 10) ผู้ที่มีการกดทับของเส้นประสาท 11) ผู้ที่มีประวัติการได้รับการรักษาทางการแพทย์และการรักษาอื่น ๆ ก่อนเข้าร่วมการศึกษา 1 สัปดาห์

ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ อ้างอิงจากการศึกษาของศิริชัย พงษ์วิชัย ปี 2547⁽¹¹⁾ คำนวณจากสูตร $(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta}) \sigma / \Delta$ ² อาสาสมัครจำนวน 28 คน และกำหนดให้มีการถอนตัวจากการศึกษาเท่ากับร้อยละ 10 ดังนั้นอาสาสมัครเท่ากับ 30 คน

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ HE 581017 และอาสาสมัครทุกคนต้องลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ระดับของความเจ็บปวด (pain intensity) โดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) หรือแบบวัดระดับความรู้สึก คือเครื่องมือในการประเมินความรู้สึกอาการปวด ผู้ที่ถูกวัดจะเป็นผู้บอกความรู้สึกของตนเอง เครื่องมือนี้มีลักษณะเป็นเส้นตรง ยาว 10 เซนติเมตร มีคำอธิบายตั้งแต่ไม่ปวดเลยจนถึงรู้สึกปวดมากที่สุด อยู่ใต้เส้นหรือบนเส้น มีค่าความน่าเชื่อถือ 0.97⁽¹²⁾ วิธีวัดให้กากบาทลงบนจุดคะแนนที่ตรงกับความปวดและเก็บข้อมูลทุกครั้งก่อนและหลังการรักษาทันที และติดตามผลการรักษา 2 วัน

2. องศาการเคลื่อนไหวของคอโดยใช้เครื่องมือ Cervical Range of Motion: (CROM)⁽¹³⁾ ซึ่งวัดทั้งหมด 6 ท่า ได้แก่ ก้มคอ เงยคอ หันหน้าไปทางขวา หันหน้าไปทางซ้าย เอียงคอไปทางขวา และเอียงคอไปทางซ้าย โดยอาสาสมัครอยู่ในท่านั่งบนเก้าอี้มีพนักพิงและผ่อนคลาย จากนั้นผู้วัดจะแจ้งให้อาสาสมัครเคลื่อนไหวคอไปในทิศทางที่กำหนด โดยบันทึกหน่วยเป็นองศา ทำการวัดทั้งหมด 3 รอบ/ท่า ใช้ค่าเฉลี่ยในการวิเคราะห์ทางสถิติ และเก็บข้อมูลทุกครั้งก่อนและหลังการรักษาทันที และติดตามผลการรักษา 2 วัน

3. ความทนทานต่อความเจ็บปวด (pressure pain threshold) ใช้เครื่องมือ Commander™ Algometer (JTech Medical, USA)⁽¹⁴⁾ เป็นการวัดความรู้สึกเริ่มต้นที่กดเจ็บ ณ จุดกดเจ็บ (trigger point) บริเวณคอและบ่าที่มีอาการปวดมากที่สุด ก่อนและหลังการรักษาทันที โดยอาสาสมัครอยู่ในท่านอนคว่ำและผ่อนคลาย จากนั้นผู้วัดจะทำการกดเครื่องมือลงบนจุดกดเจ็บด้วยความเร็ว 1 กิโลกรัม/วินาที และอ่านค่าที่ได้เมื่ออาสาสมัครให้สัญญาณว่าเริ่มเจ็บ บันทึกหน่วยเป็นกิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร ทำการวัดทั้งหมด 3 รอบ ใช้ค่าเฉลี่ยในการวิเคราะห์ทางสถิติ และเก็บข้อมูลทุกครั้งก่อนและหลังการรักษาทันที และติดตามผลการรักษา 2 วัน

4. ความถี่ของอาการปวด (frequency of pain symptom) สอบถามอาการปวดหลัง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีความถี่ของอาการปวดกี่ครั้งต่อวัน ก่อนการรักษาและการติดตามผลการรักษา 2 วัน⁽¹⁰⁾

5. ระยะเวลาของอาการปวด (duration of pain symptom) สอบถามจากอาการปวดเฉลี่ย 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีระยะเวลาของอาการปวดกี่นาทีต่อครั้ง ก่อนการรักษาและการติดตามผลการรักษา 2 วัน⁽¹⁰⁾

6. ความพึงพอใจ (satisfaction) โดยอาสาสมัครประเมินความพึงพอใจในขั้นตอนการรักษาและผลการรักษา โดยจะประเมินหลังการรักษาทันที

การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้ช่วยวิจัยทำการวัดและบันทึกตัวแปรผลการรักษา โดยก่อนเริ่มการวิจัยได้ทำการทดสอบความเที่ยงภายในตัวผู้วัด (intra-rater reliability) ของตัวแปรค่าความทนต่อความเจ็บปวด และองศาการเคลื่อนไหวของคอ กับอาสาสมัครโรคลมปลายปิดคาดสัญญาณ 4 หลัง 10 คน วัดค่าตัวแปร 3 ครั้ง ในแต่ละตัวแปร จากนั้นนำค่าที่ได้ทั้ง 3 ครั้งมาหาค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ค่า Intraclass Correlation Coefficient หรือ ค่า ICC ผลพบว่ามีความเที่ยงในการวัดในระดับดีมาก มีค่า ICC ของตัวแปรค่าความทนต่อความเจ็บปวดเป็น 0.98 และค่าขององศาการเคลื่อนไหวของคอเป็น 0.91

ขั้นตอนการศึกษา

สถานที่ทำการวิจัย ณ ห้อง 52.302 อาคารวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยแผนกไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี สำหรับขั้นตอนการศึกษา มีดังนี้

1) ผู้วิจัยประกาศรับอาสาสมัครที่มีอาการโรคลมปลายปิดคาดสัญญาณ 4 หลัง โดยการประชาสัมพันธ์บอกต่อและติดประกาศในเขตจังหวัดอุบลราชธานี

2) สำหรับอาสาสมัครที่สนใจจะเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะทำการนัดเพื่อทำการซักประวัติและตรวจวินิจฉัยว่ามีอาการของโรคลมปลายปิดคาดสัญญาณ 4 หลังหรือไม่ ถ้าไม่ได้มีอาการของโรคดังกล่าว ทางผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพให้กับผู้ที่สนใจที่ไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของโครงการวิจัย

- 3) เมื่ออาสาสมัครได้รับการตรวจวินิจฉัยแล้วพบว่าอาสาสมัครเป็นโรคลมปลายปัตคาคัดสัญญาณ 4 หลัง ผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายข้อมูลของโครงการวิจัยพร้อมกับแจกเอกสารคำชี้แจงอาสาสมัครให้กับอาสาสมัคร
- 4) อาสาสมัครลงนามในใบยินยอมอาสาสมัคร
- 5) อาสาสมัครกรอกข้อมูลทั่วไป และผู้ช่วยวิจัยวัดและประเมินก่อนการรักษาเป็นเวลา 20 นาที
- 6) อาสาสมัครรับการนวดราชสำนักเป็นเวลา 30 นาที ทั้งข้างซ้ายและข้างขวา ซึ่งมีผู้นวด 1 คนที่มีประสบการณ์ในการนวดไทยมากกว่า 2 ปี ขั้นตอนการนวดมีดังต่อไปนี้ (แสดงดังภาพที่ 1)
 - 6.1 นวดพื้นฐานบ่า (ในท่านั่ง)
 - 6.2 กดจุดสัญญาณ 4-5 หลัง เน้นสัญญาณ 4 บน-ล่าง 3 รอบ (ในท่านั่ง)
 - 6.3 กดจุดสัญญาณ 4 หัวไหล่ 1 รอบ (ในท่านั่ง)
 - 6.4 นวดพื้นฐานหลัง 1 รอบ (ในท่านอน)
 - 6.5 นวดพื้นฐานแขนด้านในและพื้นฐานแขนด้านนอก (ในท่านอน)
- 7) ผู้ช่วยวิจัยทำการวัดและประเมินหลังการรักษาทันทีและติดตามผลหลังการรักษา 2 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา และใช้สถิติ paired t-test โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูลผลของการรักษาก่อน-หลังการนวดไทยแบบราชสำนักทันทีและติดตามผลการรักษา 2 วัน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษา

อาสาสมัครจำนวนทั้งหมด 37 คน โดยพบว่ามีอาสาสมัคร 7 คน อยู่ในเกณฑ์คัดออกของการศึกษา (แสดงดังแผนภาพที่ 1) สำหรับข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร พบว่าอาสาสมัครทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 22.93 ± 4.16 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 53.60 ± 8.18 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 160.97 ± 6.67 เซนติเมตร ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 73.33 อาชีพเป็นนักศึกษา ร้อยละ 66.67 และการออกกำลังกายนาน 1 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 80.00 (ดังแสดงในตารางที่ 1)

2. ความรู้สึกเจ็บปวดของหลัง

ผลทันที

จากตารางที่ 2 พบว่าอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาคัดสัญญาณ 4 หลัง อาการปวดลดลง 2.01 เซนติเมตร มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจาก 5.71 ± 1.22 เป็น 3.70 ± 0.98 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

ติดตามผลการรักษา 2 วัน

จากตารางที่ 3 พบว่าอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาคัดสัญญาณ 4 หลัง อาการปวดลดลง 3.42 เซนติเมตร มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 5.71 ± 1.22 เป็น 2.29 ± 0.65 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

3. ค่าองค์การเคลื่อนไหวของคอ

ผลทันที

จากตารางที่ 2 พบว่าอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาดสัญญาณ 4 หลัง องค์การเคลื่อนไหวคอในท่าก้มคอเพิ่มขึ้น 3.18 องศา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 52.88 ± 2.46 เป็น 56.06 ± 2.48 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ท่าเงยคอเพิ่มขึ้น 3 องศา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 56.33 ± 3.25 เป็น 59.33 ± 3.63 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ท่าหันหน้าไปทางขวาเพิ่มขึ้น 3.44 องศา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 60.33 ± 1.40 เป็น 63.77 ± 1.67 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ท่าหันหน้าไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 3.51 องศา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 59.04 ± 1.25 เป็น 62.55 ± 1.63 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ท่าเอียงคอไปทางขวาเพิ่มขึ้น 3.31 องศา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 39.70 ± 1.44 เป็น 43.01 ± 1.88 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ท่าเอียงคอไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 3.69 องศา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 39.86 ± 1.51 เป็น 43.55 ± 1.80 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

การติดตามผลการรักษา 2 วัน

จากตารางที่ 3 พบว่าอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาดสัญญาณ 4 หลัง องค์การเคลื่อนไหวคอในท่าก้มคอเพิ่มขึ้น 6 องศา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 52.88 ± 2.46 เป็น 58.88 ± 2.97 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ท่าเงยคอเพิ่มขึ้น 5.80 องศา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 56.33 ± 3.25 เป็น 62.13 ± 3.92 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ท่าหันหน้าไปทางขวาเพิ่มขึ้น 6.17 องศา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 60.33 ± 1.40 เป็น 66.50 ± 2.33 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ท่าหันหน้าไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 6.62 องศา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 59.04 ± 1.25 เป็น 65.66 ± 2.21 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ท่าเอียงคอไปทางขวาเพิ่มขึ้น 5.97 องศา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 39.70 ± 1.44 เป็น 45.67 ± 2.19 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ท่าเอียงคอไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 6.40 องศา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการรักษาจาก 39.86 ± 1.51 เป็น 46.26 ± 2.58 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

4. ค่าความทนทานต่อความเจ็บปวด

ผลทันที

จากตารางที่ 2 พบว่าอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาดสัญญาณ 4 หลัง มีความทนทานต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น 0.94 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจาก 1.72 ± 0.23 เป็น 2.66 ± 0.37 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

การติดตามผลการรักษา 2 วัน

จากตารางที่ 3 พบว่าอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาคัดสัญญาณ 4 หลัง มีระดับความรู้สึกกดเจ็บเพิ่มขึ้น 1.40 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจาก 1.72 ± 0.23 เป็น 3.12 ± 0.20 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

5. ความถี่ของอาการปวด

การติดตามผลการรักษา 2 วัน

จากตารางที่ 3 พบว่าอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาคัดสัญญาณ 4 หลัง ความถี่ของอาการปวดลดลง 1.43 ครั้ง/วัน มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจาก 2.53 ± 0.73 เป็น 1.10 ± 0.30 ครั้ง/วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

6. ระยะเวลาของอาการปวด

การติดตามผลการรักษา 2 วัน

จากตารางที่ 3 พบว่าอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาคัดสัญญาณ 4 หลัง ระยะเวลาของอาการปวดลดลง 39.13 นาที/ครั้ง มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจาก 63.00 ± 31.96 เป็น 23.83 ± 9.70 นาที/ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

7. ความพึงพอใจ

กลุ่มอาสาสมัคร ร้อยละ 70.33 มีความพึงพอใจที่ต่อขั้นตอนของการรักษา และร้อยละ 73.33 มีความพึงพอใจที่ดีต่อผลการรักษา

8. ผลข้างเคียงหลังการรักษา (side effect)

ผลทันที

จากการรายงานของอาสาสมัคร พบว่ากลุ่มอาสาสมัครจำนวน 25 ราย หรือร้อยละ 83.33 ไม่มีอาการผิดปกติ นอกจากนั้น หลังการรักษาจำนวน 5 ราย หรือร้อยละ 16.67 มีอาการระบม

การติดตามผลการรักษา 2 วัน

จากการรายงานของอาสาสมัคร พบว่ากลุ่มอาสาสมัครจำนวน 28 ราย หรือร้อยละ 93.33 ไม่มีอาการผิดปกติ นอกจากนั้น จำนวน 2 ราย หรือร้อยละ 6.67 มีอาการระบม

อภิปรายผล

1. ระดับความเจ็บปวด

จากการศึกษาครั้งนี้ ผลทันทีพบว่าภายหลังได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักของกลุ่มอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาคัดสัญญาณ 4 หลัง มีค่าความระดับความเจ็บปวดของลดลง 2.01 เซนติเมตร จาก 5.71 ± 1.22 เป็น 3.70 ± 0.98 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของวิวรรณ วิวัฒน์กุล และคณะปี 2551⁽⁹⁾ ศึกษาผลของการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและหลังส่วนบนจากโรค Myofascial

pain syndrome โดยวิธีการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อเปรียบเทียบกับวิธีนวดแผนไทย มีอาสาสมัครทั้งหมด 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน ซึ่งกลุ่มประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อใช้เวลา 20 นาที และกลุ่มรักษาโดยการนวดไทยมีการกดจุด 10 วินาที ทำ 3-5 รอบ และให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวที่บ้าน ซึ่งพบว่ากลุ่มนวดไทยหลังได้รับการรักษาทันทีมีค่าระดับความเจ็บปวดลดลง 3.05 เซนติเมตร จาก 6.80 ± 1.70 เป็น 3.75 ± 1.41 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0002$) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของชาปีตีย์ เครือพานิชย์ และคณะปี 2554⁽¹⁵⁾ ศึกษาผลทันทีของการนวดไทยในการบรรเทาอาการปวดศีรษะจากความเครียด มีอาสาสมัครทั้งหมด 60 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มนวดไทยและกลุ่มนอนพักทำการรักษา 30 นาที พบว่ากลุ่มนวดไทยมีค่าความระดับความเจ็บปวดลดลง 1.84 เซนติเมตร จาก 3.81 ± 1.74 เป็น 1.97 ± 1.40 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) นอกจากนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ สุขโท และคณะปี 2556⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลทันทีของการนวดไทยในการบรรเทาอาการปวดศีรษะจากความเครียดแบบเรื้อรังและไม่เกรน มีอาสาสมัครทั้งหมด 72 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 36 คน ซึ่งกลุ่มนวดไทยร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ และกลุ่มนวดหลอกใช้เวลากลุ่มละ 30 นาที พบว่ากลุ่มนวดไทยมีค่าความระดับความเจ็บปวดลดลง 0.71 เซนติเมตร จาก 3.64 ± 2.27 เป็น 2.93 ± 1.97 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของสรายุธ มงคล และคณะปี 2556⁽⁷⁾ ศึกษาผลของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ Upper trapezius : การศึกษานำร่อง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ จำนวน 30 คน ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ Upper trapezius ช้างขวา แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน และเพศชาย จำนวน 15 คน ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนัก เป็นเวลา 20 นาที พบว่าการนวดไทยมีค่าความระดับความเจ็บปวดลดลง 2.92 เซนติเมตร จาก 4.41 ± 2.14 เป็น 1.49 ± 1.42 เซนติเมตร นอกจากนี้ การศึกษาในครั้งนี้ยังคล้ายคลึงกับการศึกษาของโสภณ ลีศิริวัฒนกุล และคณะปี 2557⁽¹⁶⁾ ศึกษาประสิทธิผลของการนวดเพื่อผ่อนคลายแบบนวดโดยใช้น้ำมันไพล กับนวดแบบดั้งเดิม มีอาสาสมัครทั้งหมด 60 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ซึ่งการนวดโดยใช้น้ำมันไพล และนวดแบบดั้งเดิม ใช้เวลากลุ่มละ 15 นาที พบว่ากลุ่มนวดแบบดั้งเดิมหลังได้รับการรักษาทันทีมีค่าระดับความเจ็บปวดลดลง 2.83 เซนติเมตร จาก 4.63 ± 1.47 เป็น 1.80 ± 1.47 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สำหรับการติดตามผลการรักษา 2 วันหลังได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักของกลุ่มอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาด สัญญาณ 4 หลัง พบว่าอาการปวดลดลง 3.42 เซนติเมตร จาก 5.71 ± 1.22 เป็น 2.29 ± 0.65 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) และมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของภนิดา วามนตรี และคณะปี 2558⁽¹⁷⁾ ศึกษาผลของการนวดไทยด้วยตนเองโดยการใช้ตะขอวิไลเปรียบเทียบกับไอบูโพรเฟนในผู้ป่วยปวดหลังส่วนบนจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและผังผืด อาสาสมัครทั้งหมด 60 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มนวดไทยร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อใช้เวลา 12 นาที และกลุ่มที่รับประทานยาขนาด Ibuprofen 400 มิลลิกรัม 3 มื้อหลังอาหารและยืดกล้ามเนื้อ 2 นาที พบว่ากลุ่มนวดไทยหลังได้รับการรักษา 2 วัน มีค่าระดับความเจ็บปวดลดลง 1.33 เซนติเมตร จาก 5.43 ± 1.45 เป็น 4.10 ± 1.44 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้มีการติดตามผลการรักษา 2 วันหลังได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักของกลุ่มอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 4 หลัง พบว่าค่าความระดับความเจ็บปวดของหลังลดลง 3.42 เซนติเมตร จาก 5.71 ± 1.22 เป็น 2.29 ± 0.65 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของภนิดา วามนตรี และคณะปี 2558⁽¹⁷⁾ มีค่าระดับความเจ็บปวดลดลง 2.63 เซนติเมตร จาก 5.43 ± 1.45 เป็น 2.80 ± 1.06 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาคั้งนี้มีแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาสำหรับการรักษาในกลุ่มนวดไทย คือ โรคที่วินิจฉัย แนวกรนวด การยืดกล้ามเนื้อ ระยะเวลาในการรักษาและระยะเวลาในการติดตามผลการรักษา นอกจากนั้น การศึกษาในคั้งนี้ พบว่าอาการปวดลดลงเนื่องมาจากการนวดไทยจะไปกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ได้แก่ A-alpha และ A-beta มีการส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นการทำงานของ SG cell ทำให้เกิดการยับยั้งการส่งกระแสประสาท ไปที่ T-cell จึงไม่มีการส่งกระแสประสาทต่อไปที่สมองทำให้ปิดประตูความเจ็บปวดลง

2. อองศาการเคลื่อนไหวคอ

จากการศึกษาผลทันที พบว่าภายหลังได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักของกลุ่มอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 4 หลัง มีองศาการเคลื่อนไหวคอ ในท่าก้มคอเพิ่มขึ้น 3.18 องศา จาก 52.88 ± 2.46 เป็น 56.06 ± 2.48 องศา ท่าเงยคอเพิ่มขึ้น 3 องศา จาก 56.33 ± 3.25 เป็น 59.33 ± 3.63 องศา ท่าหันหน้าไปทางขวาเพิ่มขึ้น 3.44 องศา จาก 60.33 ± 1.40 เป็น 63.77 ± 1.67 องศา ท่าหันหน้าไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 3.51 องศา จาก 59.04 ± 1.25 เป็น 62.55 ± 1.63 องศา ท่าเอียงคอไปทางขวาเพิ่มขึ้น 3.31 องศา จาก 39.70 ± 1.44 เป็น 43.01 ± 1.88 องศา ท่าเอียงคอไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 3.69 องศา จาก 39.86 ± 1.51 เป็น 43.55 ± 1.80 องศา โดยทุกทิศทางมีค่าเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของชาธิปชัย เครือพานิชย์ และคณะปี 2554⁽¹⁵⁾ พบว่าหลังได้รับการรักษาทันทีองศาการเคลื่อนไหวของคอในท่าเอียงคอไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 2.83 องศา จาก 38.38 ± 7.37 เป็น 41.21 ± 6.93 องศา ท่าเอียงคอไปทางขวาเพิ่มขึ้น 2.25 องศา จาก 39.86 ± 6.70 เป็น 42.11 ± 7.22 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.0022$ และ $p=0.0047$ ตามลำดับ ท่าหมุนคอไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 4.40 องศา จาก 58.38 ± 7.63 เป็น 62.72 ± 6.09 องศา ท่าหมุนคอไปทางขวาเพิ่มขึ้น 3.10 องศา จาก 61.73 ± 8.91 เป็น 64.83 ± 7.56 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.0002$ และ $p=0.0018$ ตามลำดับ และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ สุขโท และคณะปี 2556⁽¹⁰⁾ พบว่าหลังได้รับการรักษาทันทีองศาการเคลื่อนไหวของคอในท่าเอียงคอไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 0.58 องศา จาก 39.66 ± 8.18 เป็น 40.24 ± 8.65 องศา ท่าเอียงคอไปทางขวาเพิ่มขึ้น 1.42 องศา จาก 36.92 ± 8.06 เป็น 38.34 ± 8.10 องศา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.525$ และ $p=0.128$ ตามลำดับ ท่าหมุนคอไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 2.87 องศา จาก 58.52 ± 9.44 เป็น 61.39 ± 10.12 องศา และท่าหมุนคอไปทางขวาเพิ่มขึ้น 3.01 องศา จาก 55.89 ± 8.74 เป็น 58.90 ± 8.24 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.004$ และ $p=0.020$ ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตาม ท่าก้มคอและเงยคอไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) นอกจากนั้น ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสรายุทธ มงคล และคณะปี 2556⁽⁷⁾ พบว่าหลังได้รับการรักษาองศาการเคลื่อนไหวของคอในท่าก้มคอเพิ่มขึ้น 1.37 องศา จาก 57.66 ± 11.21

เป็น 59.03 ± 9.09 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.006$) ทำเียงคอเพิ่มขึ้น 9.30 องศา จาก 53.43 ± 8.16 เป็น 62.73 ± 6.75 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.006$) ทำหันหน้าไปทางขวาเพิ่มขึ้น 9.27 องศา จาก 61.63 ± 9.27 องศา เป็น 70.90 ± 9.30 องศา ($p=0.0003$) ทำหันหน้าไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 4.50 องศา จาก 65.63 ± 7.95 เป็น 70.13 ± 7.10 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$) แต่อย่างไรก็ตาม ทำเอียงคอไปทางขวาเพิ่มขึ้น 2.70 องศา จาก 34.16 ± 9.05 เป็น 36.86 ± 10.09 องศา และทำเอียงคอไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 1.40 องศา จาก 36.93 ± 8.32 เป็น 38.33 ± 6.57 องศา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.076$ และ $p=0.068$ ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังคล้ายกับการศึกษาของภนิดา วามนตรี และคณะปี 2558⁽¹⁷⁾ พบว่ามีองศาการเคลื่อนไหวของคอในท่าก้มคอเพิ่มขึ้น 2.65 องศา จาก 53.61 ± 9.60 เป็น 56.26 ± 9.56 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทำเียงหน้าเพิ่มขึ้น 3.46 องศา จาก 56.24 ± 9.45 เป็น 59.70 ± 8.56 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทำเอียงคอไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 4.40 องศา จาก 41.16 ± 8.69 เป็น 45.60 ± 8.73 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทำเอียงคอไปทางขวาเพิ่มขึ้น 4.07 องศา จาก 39.35 ± 7.07 เป็น 43.42 ± 7.15 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้มีการติดตามผลการรักษา 2 วันหลังได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักของกลุ่มอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาคตสัญญาณ 4 หลัง พบว่ามีองศาการเคลื่อนไหวของคอในท่าก้มคอเพิ่มขึ้น 6 องศา จาก 52.88 ± 2.46 เป็น 58.88 ± 2.97 องศา ทำเียงคอเพิ่มขึ้น 5.80 องศา จาก 56.33 ± 3.25 เป็น 62.13 ± 3.92 องศา ทำหันหน้าไปทางขวาเพิ่มขึ้น 6.17 องศา จาก 60.33 ± 1.40 เป็น 66.50 ± 2.33 องศา ทำหันหน้าไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 6.62 องศา จาก 59.04 ± 1.34 เป็น 65.66 ± 2.21 องศา ทำเอียงคอไปทางขวาเพิ่มขึ้น 5.97 องศา จาก 39.70 ± 1.44 เป็น 45.67 ± 2.19 องศา ทำเอียงคอไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 6.40 องศา จาก 39.86 ± 1.51 เป็น 46.26 ± 2.58 องศา โดยทุกทิศทางมีค่าเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) การศึกษาในครั้งนี้มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของภนิดา วามนตรี และคณะปี 2558⁽¹⁶⁾ พบว่ากลุ่มนวดไทยหลังได้รับการรักษา 1 วัน มีองศาการเคลื่อนไหวของคอในท่าก้มคอเพิ่มขึ้น 5.13 องศา จาก 53.61 ± 9.60 เป็น 58.74 ± 10.12 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทำเียงคอเพิ่มขึ้น 5.99 องศา จาก 56.24 ± 9.45 เป็น 62.23 ± 7.37 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทำเอียงคอไปทางซ้ายเพิ่มขึ้น 8.53 องศา จาก 41.16 ± 8.69 เป็น 49.69 ± 9.10 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทำเอียงคอไปทางขวาเพิ่มขึ้น 6.89 องศา จาก 39.35 ± 7.07 เป็น 46.24 ± 7.43 องศา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาคั้งนี้มีแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาสำหรับการรักษาในกลุ่มนวดไทย คือ โรคที่วินิจฉัย แผนการนวด การยืดกล้ามเนื้อ ระยะเวลาในการรักษาและระยะเวลาในการติดตามผลการรักษา นอกจากนี้ การนวดไทยจะช่วยให้ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่น เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวของคอได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับค่าระดับความรู้สึกเจ็บปวดที่มีค่าลดลง

3. ความทนทานต่อความเจ็บปวด

จากการศึกษาคั้งนี้ ผลทันทีพบว่าภายหลังได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักของกลุ่มอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาคตสัญญาณ 4 หลัง มีค่าความทนทานต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น 0.94 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร จาก 1.72 ± 0.23 เป็น 2.66 ± 0.37 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ซึ่งมีความสอดคล้อง

กับการศึกษาของซาธิปีย์ เครือพานิชย์ และคณะปี 2554⁽¹⁵⁾ พบว่ากลุ่มนวดไทยมีความทนทานต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น 0.40 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร จาก 1.74±0.69 เป็น 2.14±0.76 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0001$) แต่อย่างไรก็ตาม ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ สุขโท และคณะปี 2556⁽¹⁰⁾ พบว่ากลุ่มนวดไทยมีความทนทานต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น 0.20 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร จาก 2.71±1.22 เป็น 2.91±1.12 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.704$) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียดแบบเรื้อรัง การเกิดโรครีระยะเวลานาน ซึ่งผลทันทีของการนวดไทยจึงยังไม่พบความแตกต่างของความทนทานต่อความเจ็บปวด

สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีการติดตามผลการรักษา 2 วันหลังได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักของกลุ่มอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาคตสัญญาณ 4 หลัง พบว่าระดับความรู้สึกเจ็บเพิ่มขึ้น 1.40 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร จาก 1.72±0.23 เป็น 3.12±0.20 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในอดีตของภนิดา วามนตรี และคณะปี 2558⁽¹⁷⁾ พบว่ากลุ่มนวดไทยหลังได้รับการรักษา 1 วัน มีความทนทานต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น 0.75 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร จาก 1.96±0.58 เป็น 2.72±0.57 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาสำหรับการรักษาในกลุ่มนวดไทย คือ โรคที่วินิจฉัย แนวการนวด การยืดกล้ามเนื้อ ระยะเวลาในการรักษาและระยะเวลาในการติดตามผลการรักษา ซึ่งจากหลักการของ Simon และคณะปี 2002⁽¹⁸⁾ เชื่อว่า การนวดไทยอาจมีผลในการคลายปมการหดตัวของ Sarcomere ทำให้บริเวณดังกล่าวมีเลือดไหลเวียนเพิ่มขึ้นและการหดตัวของกล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพดีขึ้น จึงทำให้ระดับความทนทานต่อความเจ็บปวดมีค่าเพิ่มขึ้น

4. ความถี่ของอาการปวด

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาคตสัญญาณ 4 หลัง มีความถี่ของอาการปวดลดลง 1.43 ครั้ง/วัน จาก 2.53±0.73 เป็น 1.10±0.30 ครั้ง/วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) อาจจะเนื่องจากการนวดไทยช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นมากขึ้นและมีความสอดคล้องกับค่าระดับความรู้สึกเจ็บปวดที่ลดลง

5. ระยะเวลาของอาการปวด

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าอาสาสมัครโรคลมปลายปัตคาคตสัญญาณ 4 หลัง มีระยะเวลาของอาการปวดลดลง 39.13 นาที/ครั้ง จาก 63±31.96 เป็น 23.83±9.70 นาที/ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) อาจจะเนื่องจากการนวดไทยช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นและการไหลเวียนโลหิต ซึ่งมีความสอดคล้องกับค่าระดับความรู้สึกเจ็บปวดและความถี่ของอาการปวดที่ลดลง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพียงกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในอนาคตควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และศึกษาผลระยะยาวของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ที่มีอาการของโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 4 หลัง

บทสรุป

ผลระยะสั้นของการนวดไทยแบบราชสำนักสามารถบรรเทาอาการปวด ลดความถี่และระยะเวลาของอาการปวด อีกทั้งเนื่องจากกล้ามเนื้อเกิดการคลายตัวจากการนวดไทยจึงช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวคอและระดับความทนต่อความเจ็บปวดของหลังส่วนบนจากโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 4 หลัง ดังนั้น การนวดไทยแบบราชสำนักเป็นวิธีการรักษาทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนจากโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 4 หลังได้ ซึ่งเป็นการสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อนำไปสู่การรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนการวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี และอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

ตาราง ภาพ และแผนภาพ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป	อาสาสมัครทั้งหมด จำนวน 30 คน
อายุ (ปี) (mean±SD)	
● 20-42 ปี คน (%)	22.93±4.16
● 43-65 ปี คน (%)	-
น้ำหนัก (กก.) (mean±SD)	53.60±8.18
ส่วนสูง (ซม.) (mean±SD)	160.97±6.67
เพศ คน (%)	
● ชาย	8(26.67)
● หญิง	22(73.33)
อาชีพ คน (%)	
● เกษตรกรรม	-
● นักศึกษา	20(66.67)
● ค้าขาย/ธุรกิจ	2(6.67)
● รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1(3.33)
● รับจ้าง	7(23.33)
การออกกำลังกาย คน (%)	
● ไม่ออกกำลังกายเลย	3(10.00)
● ออกกำลังกาย 1 ครั้ง/เดือน	24(80.00)
● ออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์	2(6.67)
● ออกกำลังกายทุกวัน	1(3.33)

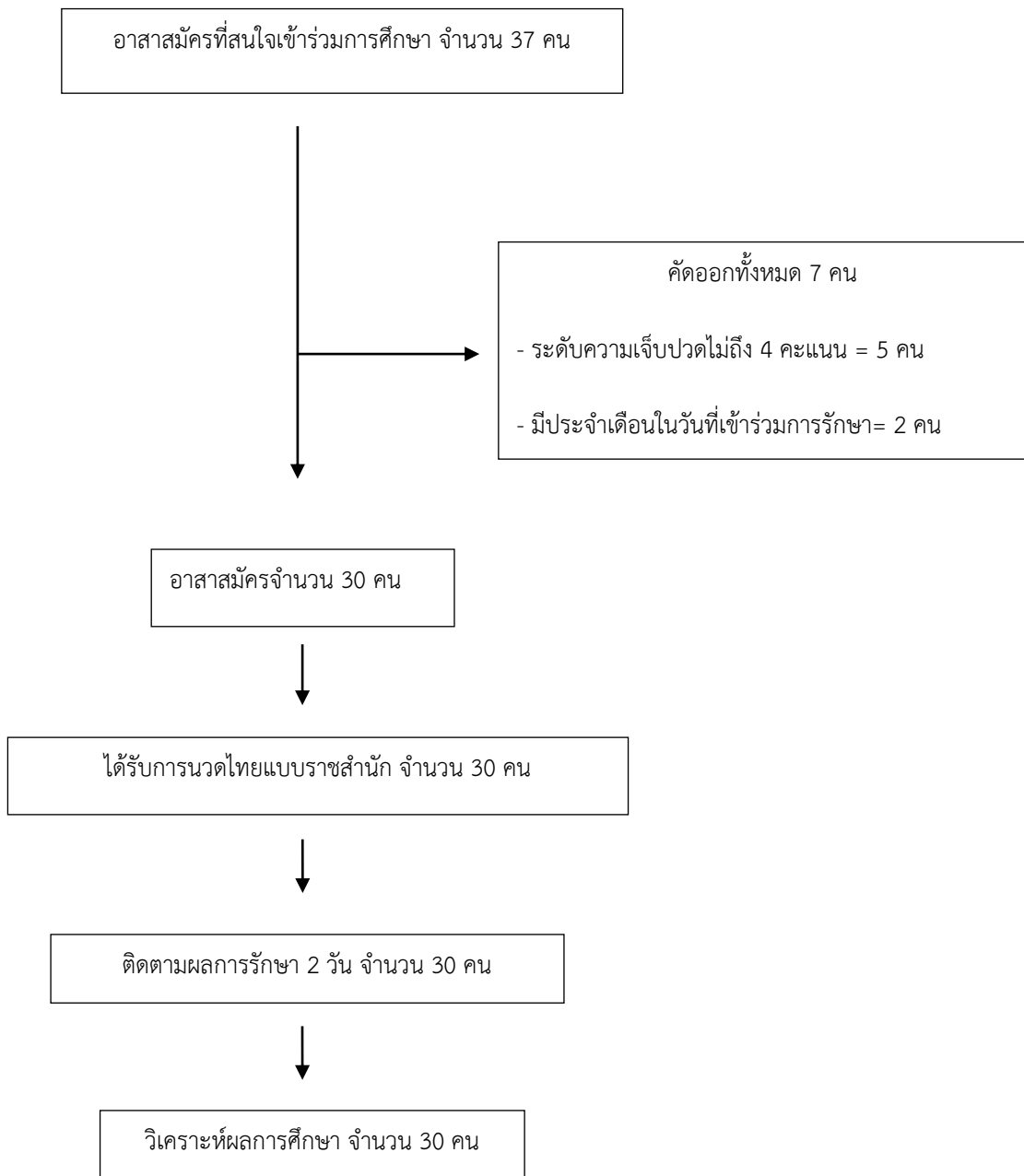
ตารางที่ 2 แสดงผลทันทีหลังการรักษา

ตัวแปร	ผลทันทีหลังการรักษา (immediate effect)			p-value
	ก่อน	หลัง	95% CI	
	(mean±SD)	(mean±SD)		
- ระดับความเจ็บปวด ของหลัง :VAS (cm)	5.71±1.22	3.70±0.98	1.63 ถึง 2.38	0.001*
- ค่าองศาการเคลื่อนไหว ของคอ :CROM (degree)				
- ก้มคอ	52.88±2.46	56.06±2.48	-3.72 ถึง -2.62	0.001*
- เงยคอ	56.33±3.25	59.33±3.63	-3.58 ถึง -2.41	0.001*
- หันหน้าไปทางขวา	60.33±1.40	63.77±1.67	-3.99 ถึง -2.89	0.001*
- หันหน้าไปทางซ้าย	59.04±1.25	62.55±1.63	-3.93 ถึง -3.08	0.001*
- เอียงคอไปทางขวา	39.70±1.44	43.01±1.88	-3.81 ถึง -2.80	0.001*
- เอียงคอไปทางซ้าย	39.86±1.51	43.55±1.80	-4.14 ถึง -3.23	0.001*
- ความทนทานต่อความ เจ็บปวด: PPT (kg/cm ²)	1.72±0.23	2.66±0.37	-1.08 ถึง -0.79	0.001*
หมายเหตุ * แทนความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) ใช้สถิติ Paired T-Test				

ตารางที่ 3 แสดงการติดตามผลการรักษา 2 วัน

ตัวแปร	การติดตามผลการรักษา 2 วัน (follow up 2 days)			p-value
	ก่อน (mean±SD)	ติดตามผล (mean±SD)	95% CI	
- ระดับความเจ็บปวด ของหลัง :VAS (cm)	5.71±1.22	2.29±0.65	2.93 ถึง 3.89	0.001*
- ค่าองศาการเคลื่อนไหว ของคอ :CROM (degree)				
- ก้มคอ	52.88±2.46	58.88±2.97	-6.90 ถึง -5.90	0.001*
- เงยคอ	56.33±3.25	62.13±3.92	-6.90 ถึง -5.09	0.001*
- หันหน้าไปทางขวา	60.33±1.40	66.50±2.33	-7.15 ถึง -5.19	0.001*
- หันหน้าไปทางซ้าย	59.04±1.25	65.66±2.21	-7.31 ถึง -5.92	0.001*
- เอียงคอไปทางขวา	39.70±1.44	45.67±2.19	-6.71 ถึง -5.21	0.001*
- เอียงคอไปทางซ้าย	39.86±1.51	46.26±2.58	-7.15 ถึง -5.64	0.001*
- ความทนทานต่อความ เจ็บปวด: PPT (kg/cm ²)	1.72±0.23	3.12±0.20	-1.50 ถึง -1.29	0.001*
- ความถี่ของอาการปวด (times/day)	2.53±0.73	1.10±0.30	1.14 ถึง 1.72	0.001*
- ระยะเวลาของอาการ ปวด (minutes/time)	63.00±31.96	23.83±9.70	28.59 ถึง 49.74	0.001*

หมายเหตุ * แทนความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) ใช้สถิติ Paired T-Test



แผนภาพที่ 1 การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษา



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการนวดพื้นฐานบ่า (1) กดจุดสัญญาณ 4 บน (2) กดจุดสัญญาณ 4 ล่าง (3) กดจุดสัญญาณ 5 บน (4) กดจุดสัญญาณ 5 ล่าง (5) กดจุดสัญญาณ 4 หัวไหล่ (6) นวดพื้นฐานหลัง (7) นวดพื้นฐานแขนด้านใน (8) นวดพื้นฐานแขนด้านนอก (9)

เอกสารอ้างอิง

1. Bron C and Dommerholt JD. (2012). Etiology of Myofascial trigger points. **Current Pain and Headache Reports**, 16(5), 439–444.
2. Vazquez DE, Cascos RJ and Gay EC. (2009). Myofascial pain syndrome associated with trigger points: a literature review. (I): Epidemiology, clinical treatment and etiopathogenic. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, 14(10), 494-498.
3. Borg SJ and Iaccarino MA. (2014). Myofascial Pain Syndrome Treatments. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, 25(2), 357-374.
4. วิภู กำเหนิดดี. (2554). มุมมองเชิงประจักษ์ในการรักษากลุ่มอาการพังผืดกล้ามเนื้อ. **เวชสารแพทยทหารบก**, 64(2), 91-96.
5. Buttagat V, Eungpinichpong W, Chatchawan U and Arayawichanon P. (2012). Therapeutic effects of traditional Thai massage on pain, muscle tension and anxiety in patients with scapulothoracic syndrome: A randomized single-blinded pilot study. **Journal of Bodywork & Movement Therapies**, 16(1), 57-63.
6. ธนกร เนตินิยม. (2547). **นวดราชสำนักเล่มที่ 1 พื้นฐาน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ซี พี บุ๊คส์.
7. สรายุทธ มงคล, กนกทิพย์ สว่างใจธรรม และวาสนา เนตรวีระ. (2556). ผลของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ Upper trapezius: การศึกษานำร่อง. **วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด**, 25(1), 87- 95.
8. วิโรจน์ วรรณภีระ, ปานจิต วรรณภีระ และกัญญารัตน์ คำจูน. (2557). ผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอและหลังส่วนบนจาก Myofascial Pain Syndrome ระหว่างอัลตราซาวด์ นวดไทย และอัลตราซาวด์ร่วมกับนวดไทย. **พุทธชินราชเวชสาร**, 31(2), 227-241.
9. วิวรรณ วิวัฒน์กุล, วิณา พานิชอัตรา และสุภาภรณ์ ทศนอนันชัย. (2551). การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและหลังส่วนบนจากโรค Myofascial Pain Syndrome (MPS) โดยวิธีการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อเปรียบเทียบกับวิธีการนวดแผนไทย. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า**, 25(2), 114-123.
10. สุภารัตน์ สุขโท, อุไรวรรณ ชัชวาลย์, วิชัย อิงพิณิจพงศ์ และสมศักดิ์ เทียมเก่า. (2555). ผลทันทีของการนวดไทยต่อการบรรเทาอาการปวดในการบำบัดกลุ่มอาการปวดศีรษะจากความเครียดแบบเรื้อรังและไม่เกรน. **วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด**, 24(2), 220-234.
11. ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2547). **การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์**. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

12. Bird SB and Dickson EW. (2001). Clinically significant changes in pain along the visual analog scale. **Annals of Emergency Medicine**, 38(6), 639-643.
13. Mannion AF, Klein GN, Dvorak J and Lanz C. (2000). Range of global motion of the cervical spine: intraindividual reliability and the influence of measurement device. **Eur Spine J**, 9(5), 379-385.
14. Chen CC, Johnson MI. (2010). An investigation into the hypoalgesic effects of high and low-frequency transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on experimentally-induced blunt pressure pain in healthy human participants. **J Pain** 2010, 11(1), 53-61.
15. ชชาติปต์ย์ เครือพานิชย์, อุไรวรรณ ชัชวาลย์, วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ และกรรณิการ์ คงบุญเกียรติ . (2554). ผลแบบทันทีของการนวดไทยในการบรรเทาอาการปวดศีรษะจากความเครียดแบบ Episodic tension-type headache. **วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด**, 23(1), 57-70.
16. โสภกา ลีศิริวัฒนกุล, คณิสสร แก้วแดง และวิภารัตน์ ภิบาลวงษ์. (2557). การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนวดเพื่อผ่อนคลาย แบบนวดโดยใช้น้ำมันไพลกับนวดแบบดั้งเดิมในผู้ที่มีปัญหาปวดไหล่และคอ. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**, 25(2), 41-51.
17. ภนิดา วามนตรี. (2558). ผลการนวดไทยด้วยตนเองโดยใช้ตะขอนวดวิไลเปรียบเทียบกับไอบูโพรเฟนในผู้ป่วยปวดหลังส่วนบนจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
18. Simons DG. (2002). Understanding effective treatments of Myofascial trigger points. **Journal of Bodywork & Movement Therapies**, 6(2), 81-88.