

นิพนธ์ฉบับ

เปรียบเทียบประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัด ร่วมกับการนวดไทยต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

จิรายุ ชาตีสวรรณ*, พระระวี เพ็ชรผดุงรัชต์**, อรุณพร อธิรัตน์*, ฌักพร พานิชการ*

บทคัดย่อ

บทนำ: การนวดไทยเป็นภูมิปัญญาของคนไทยในการบำบัดรักษาโรค ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพและสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่สืบทอดกันมาช้านาน ส่งผลโดยตรงต่อร่างกายและจิตใจ แต่ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบกับวิธีมาตรฐานคือการทำกายภาพบำบัด ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทย ในการฟื้นฟูความสามารถร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยทางคลินิกกึ่งทดลอง มีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน ๖๘ คน แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มกายภาพ (PT) จำนวน ๓๔ คน จะได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการกายภาพบำบัด โดยนักกายภาพบำบัดและกลุ่มกายภาพร่วมกับการนวดไทย (PTTM) จำนวน ๓๔ คน ซึ่งจะได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการนวดไทยและการกายภาพบำบัด ทั้งหมด ๑๑ ครั้ง อาสาสมัครทั้งหมด จะได้รับการติดตามอาการในวันเริ่มการทดลอง วันที่ ๑๕ และวันที่ ๓๐ ประเมินประสิทธิผลรักษาจากแบบประเมินทักษะการทำการกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index; MBI), แบบประเมิน Fugl-Meyer Assessment of Physical Performance และแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๔๘ และวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบผลการวัดซ้ำระหว่างกลุ่มอาสาสมัครโดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

ผลการศึกษา: จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับการกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทย มีทักษะการทำการกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (PT = ๖๕.๒๙ ± ๑๖.๑๐, PTTM = ๗๔.๖๒ ± ๑๘.๒๗), การทำงานของกล้ามเนื้อส่วนบน (upper motor extremity) (PT = ๒๘.๗๑ ± ๘.๖๐, PTTM = ๔๐.๓๒ ± ๙.๙๑), การรับรู้ความรู้สึกของร่างกายส่วนบนและร่างกายส่วนล่าง (upper and lower extremity sensation) (PT = ๑๙.๑๒ ± ๓.๘๖, PTTM = ๒๑.๐๐ ± ๒.๒๐), พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (range of motion) (PT = ๒๗.๐๐ ± ๗.๓๒, PTTM = ๓๐.๔๔ ± ๓.๘๘) และความปวดตามข้อต่างๆ (joint pain) (PT = ๓๓.๒๖ ± ๕.๕๔, PTTM = ๓๘.๗๑ ± ๕.๑๘) ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว แต่การทำงานของกล้ามเนื้อส่วนล่าง (lower motor extremity) (PT = ๒๑.๔๗ ± ๔.๙๐, PTTM = ๒๐.๗๖ ± ๕.๐๗) และการทรงตัว (balance) (PT = ๘.๔๕ ± ๒.๔๕, PTTM = ๗.๕๓ ± ๒.๕๑) ทั้งสองกลุ่มการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) ส่วนคะแนนประเมินคุณภาพชีวิต (SF-36) (PT = ๑๐๗.๓๒ ± ๙.๓๒, PTTM = ๑๑๒.๑๕ ± ๕.๘๙) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทยช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการกายภาพบำบัดอย่างเดียวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา: จากการวิจัยนี้สามารถสรุปได้ว่าการกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทย มีประสิทธิผลในการฟื้นฟูร่างกายโดยเฉพาะการฟื้นฟูกล้ามเนื้อส่วนบน การรับรู้ความรู้สึก พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ลดการปวดตามข้อ และเพิ่มคุณภาพชีวิตดีกว่าการทำกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ เมื่อได้รับการนวดไทยอย่างต่อเนื่อง ๓๐ วัน

คำสำคัญ: นวดไทย, กายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทย, การฟื้นฟู, โรคหลอดเลือดสมองตีบ

วันที่รับบทความ: ๙ มีนาคม ๒๕๖๐

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๐

* สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) หรือที่นิยมเรียกว่า stroke คือ โรคที่เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน หรือแตก มีผลให้ร่างกายเกิดอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด หรืออัมพาต เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ ๓ ของโลกและของประเทศไทย โดยอัตราการตายต่อประชากรไทย ๑๐๐,๐๐๐ คนเพิ่มขึ้นตามลำดับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๓ ดังนี้ ๒๔.๓, ๒๔.๗, ๒๔.๗ และ ๓๑.๔^๑ และเป็นสาเหตุที่สำคัญของความพิการที่รุนแรง จากข้อมูลทางสถิติปี พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่าประชากรพิการจำนวน ๑.๙ ล้านคน เป็นผู้มีลักษณะบกพร่องจากอัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นลำดับที่ ๔ คิดเป็นร้อยละ ๙.๑^๒ ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ก่อให้เกิดการบกพร่องและความสูญเสียต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว

การนวดเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการบำบัดรักษาที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ได้ทั่วโลก แต่อาจมีความแตกต่างกันไปตามแต่สังคมวัฒนธรรมของแต่ละชนชาติ การนวดไทยเป็นภูมิปัญญาของคนไทยในการบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ที่สืบทอดกันมายาวนาน โดยมีทฤษฎีพื้นฐานคือ เส้นประสาทสิบ เส้นเหล่านั้นมีจุดต่างๆ แสดงไว้ว่าถ้าลมเดินไม่สะดวกจะขัดข้องเจ็บป่วยก่อให้เกิดโรคมามากมาย เช่น จับโป่ง ลมปะกัง อัมพฤกษ์อัมพาต เป็นต้น^๓ ซึ่งการนวดแบบราชสำนัก เป็นการนวดเพื่อบำบัดรักษาโรค ป้องกันโรคฟื้นฟูสมรรถภาพและสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ส่งผลโดยตรงต่อร่างกายและจิตใจ^๔ คือจะช่วยให้ระบบไหลเวียนของเลือด น้ำเหลือง และระบบประสาทให้ทำงานดีขึ้น ช่วยทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว รักษาอาการปวด ตึง ลำตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทั้งยังช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น อีกทั้งยังมีความบาดเจ็บจากการนวดน้อย^๕ ดังนั้นการนวดไทยจึงมีประโยชน์ต่อการรักษาโรคต่างๆ และเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้^๖

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนวดไทยช่วยเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในผู้ป่วยอัมพาตและรักษาอาการติดขัดเฉพาะที่ ได้แก่ ไหล่ติด สะบักจม และนิ้วล็อกได้^๗ และจะเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันยิ่งขึ้นหากผู้ป่วยอัมพาตได้รับการฟื้นฟูด้วยกรรมวิธีทางแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด^๘ แต่ยังไม่มียารายงานการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองกับวิธีมาตรฐานคือ การทำกายภาพบำบัด ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการกายภาพบำบัดกับการกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทย ในการฟื้นฟูความสามารถร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งหากประชาชนหันกลับมาใช้ภูมิปัญญาไทย สามารถพึ่งพาตนเองในด้านสุขภาพได้ ถือเป็นการนำเอาทรัพยากรที่มีอยู่มาปรับใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทางคลินิกกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีรูปแบบการทดลองเป็น two group pretest-posttest design กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จำนวน ๖๘ คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (ศูนย์รังสิต) จังหวัดปทุมธานี โดยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) เป็นครั้งแรก ไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์ และเป็นมาไม่เกิน ๖ เดือน โดยผู้ป่วยต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และผ่านเกณฑ์การรับเข้าร่วมโครงการ ไม่จำกัดเพศ มีอายุอยู่ในช่วง ๔๐ - ๘๐ ปี มีสถานะทางการแพทย์คงที่ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรง ได้แก่ ภาวะถูกหัก ภาวะกระดูกพรุน โรคผิวหนังที่มีแผลเปิดหรือแผลเรื้อรังตามร่างกาย โรคเมเร็งกระดูกหรือเมเร็งที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย อาสาสมัครหรือญาติจะต้องสื่อสารเข้าใจกับผู้วิจัย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อน เจ็บป่วย หรือต้องส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร อาสาสมัครมีอาการซึมลง แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น อาสาสมัครอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยวิธีการรักษาอื่นๆ เช่น การฝังเข็ม อาสาสมัครที่มีการพบว่ามีอาการชักของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของข้อต่อ อันเนื่องมาจากการนวดที่ไม่ถูกวิธี และอาสาสมัครไม่ยินยอมและไม่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยและติดตามผล โดยโครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชุดที่ ๑ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสโครงการวิจัย MTU-EC-TM-4-078/57

ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นครั้งแรก ที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการอธิบายถึงกระบวนการวิจัยและได้อ่านเอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัครและลงลายมือชื่อ แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มกายภาพ

จำนวน ๓๔ คน จะได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการกายภาพบำบัด โดยนักกายภาพบำบัด ตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด และกลุ่มกายภาพร่วมกับการนวดไทย จำนวน ๓๔ คน จะได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการนวดไทยทั้งหมด ๑๑ ครั้ง และการกายภาพบำบัด โดยนักกายภาพบำบัด และอาสาสมัคร ทั้งหมดจะได้รับการติดตามอาการในวันเริ่มการทดลอง วันที่ ๑๕ และ ๓๐ เพื่อประเมินประสิทธิผลการรักษาจากแบบประเมินทักษะการทำการกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index; MBI), แบบประเมิน Fugl-Meyer Assessment of Physical Performance และแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๔๘

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษาวิจัยจะถูกนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ ค่าระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ ๙๕ โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร ใช้

สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่, ค่าร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean), ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปโดยใช้ Chi-square test เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินทักษะการทำการกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Index; MBI), แบบประเมิน Fugl-Meyer Assessment of Physical Performance และแบบประเมิน SF-36 ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๔๘ ในการประเมินคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบก่อน-หลังทดลอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบการวัดซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ repeated measures ANOVA

ผลการศึกษา

จากการศึกษาวิจัยมีอาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าโครงการและเข้าร่วมตลอดโครงการ ทั้งสิ้น ๖๘ คน มีลักษณะข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ดังแสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มกายภาพ (n = ๓๔)	กลุ่มกายภาพร่วมกับการนวดไทย (n = ๓๔)	p-value*
เพศชาย, คน (ร้อยละ)	๒๓ (๖๗.๖๕)	๒๒ (๖๔.๗๑)	๐.๗๙
เพศหญิง, คน (ร้อยละ)	๑๑ (๓๒.๓๕)	๑๒ (๓๕.๒๙)	
อายุ, คน (ร้อยละ)			๐.๔
๓๐ - ๕๐ ปี	๖ (๑๗.๖๕)	๕ (๑๔.๗๑)	
๕๑ - ๗๐ ปี	๑๙ (๕๕.๘๘)	๒๔ (๗๐.๕๙)	
มากกว่า ๗๐ ปีขึ้นไป	๙ (๒๖.๔๗)	๕ (๑๔.๗๑)	
BMI, คน (ร้อยละ)			๐.๑๒
๑๘.๕ - ๒๔.๙ กิโลกรัมต่อเมตร ^๒	๑๗ (๕๐.๐๐)	๑๙ (๕๕.๘๘)	
๒๕ - ๒๙.๙ กิโลกรัมต่อเมตร ^๒	๑๓ (๓๘.๒๔)	๑๕ (๔๔.๑๒)	
มากกว่า ๓๐ กิโลกรัมต่อเมตร ^๒	๔ (๑๑.๗๖)	๐ (๐)	
โรคประจำตัว, คน (ร้อยละ)			๐.๙๑
ไม่มี	๔ (๑๑.๗๖)	๕ (๑๔.๗๑)	
ความดันโลหิตสูง	๘ (๒๓.๕๓)	๑๐ (๒๙.๔๑)	
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน	๑๔ (๔๑.๑๘)	๑๒ (๓๕.๒๙)	
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง	๘ (๒๓.๕๓)	๗ (๒๐.๕๙)	
ระยะเวลาที่เป็น, คน (ร้อยละ)			๐.๕๓
น้อยกว่า ๓๐ วัน	๒ (๕.๘๘)	๔ (๑๑.๗๖)	
๓๐ - ๖๐ วัน	๒๐ (๕๘.๘๒)	๑๖ (๔๗.๐๖)	
๖๑ - ๙๐ วัน	๑๒ (๓๕.๒๙)	๑๔ (๔๑.๑๘)	

* ทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Chi-square test

จากตารางที่ ๑ พบว่าลักษณะข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครเมื่อแรกเริ่มเข้าโครงการวิจัยระหว่างกลุ่มกายภาพและกลุ่มกายภาพร่วมกับการนวดไทย ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ในส่วนของเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัวและระยะเวลาที่เป็นโรค

จากการเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการกายภาพบำบัดกับการกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทย ในการฟื้นฟูความสามารถร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

อัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินทักษะการทำการกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ระหว่างกลุ่มกายภาพและกลุ่มกายภาพร่วมกับการนวดไทย พบว่าค่าเฉลี่ยที่วัดได้ในวันที่ ๓๐ ระหว่างกลุ่มกายภาพและกลุ่มกายภาพร่วมกับการนวดไทย มีความแตกต่างทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินทักษะการทำการกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานระหว่างกลุ่มอาสาสมัครกลุ่มกายภาพกับกลุ่มกายภาพร่วมกับการนวดไทย

การประเมิน	กลุ่มทดลอง	ค่าเฉลี่ย (S.D.)			p-value*
		วันแรก	วันที่ ๑๕	วันที่ ๓๐	
คะแนนกิจวัตรประจำวัน	กายภาพ	๓๗.๑๕ (๒๑.๙๐)	๕๓.๔๑ (๑๗.๗๙)	๖๕.๒๙ (๑๖.๑๐)	< 0.00๑*
	กายภาพร่วมกับการนวดไทย	๔๑.๖๕ (๒๐.๖๑)	๖๑.๒๑ (๒๑.๔๑)	๗๔.๖๒ (๑๘.๒๗)	
	p-value**	0.๓๙	0.๑๑	0.๐๓**	

* เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มกับวันเริ่มการทดลองด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA : Bonferroni

** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t- test

เมื่อเปรียบเทียบการประเมินการทำงานของร่างกายโดยใช้แบบประเมินการทำงานของร่างกาย (Fugl-Meyer Assessment of Physical Performance) โดยจำแนกการประเมินเป็น ๖ หมวด และแปลผลออกมาเป็นคะแนน ได้แก่ upper motor extremity, lower motor extremity,

upper and lower extremity sensation, balance, range of motion และ joint pain ระหว่างกลุ่มกายภาพและกลุ่มกายภาพร่วมกับการนวดไทย มีความแตกต่างทางสถิติ ($p < 0.05$) ในบางประเด็น ดังแสดงในตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินการทำงานของร่างกายระหว่างกลุ่มอาสาสมัครกลุ่มกายภาพกับกลุ่มกายภาพร่วมกับการนวดไทย

การประเมิน	กลุ่มทดลอง	ค่าเฉลี่ย (S.D.)			p-value*
		วันแรก	วันที่ ๑๕	วันที่ ๓๐	
คะแนนการทำงานของ	กายภาพ	๑๘.๔๗ (๙.๕๒)	๒๓.๗๑ (๙.๐๕)	๒๘.๗๑ (๘.๖๐)	< ๐.๐๐๑*
กล้ามเนื้อส่วนบน	กายภาพร่วมกับการนวดไทย	๑๖.๑๘ (๘.๖๔)	๒๘.๘๒ (๙.๖๑)	๔๐.๓๒ (๙.๙๑)	
(upper motor extremity)	p-value**	๐.๓๐	๐.๐๓**	< ๐.๐๑**	
คะแนนการทำงานของ	กายภาพ	๑๑.๔๗ (๔.๗๐)	๑๗.๕๙ (๓.๔๗)	๒๑.๔๗ (๔.๙๐)	๐.๗๖
กล้ามเนื้อส่วนล่าง	กายภาพร่วมกับการนวดไทย	๑๑.๐๙ (๔.๖๐)	๑๗.๐๙ (๓.๖๒)	๒๐.๗๖ (๕.๐๗)	
(lower motor extremity)	p-value**	๐.๗๓	๐.๕๖	๐.๕๖	
คะแนนการรับรู้ความรู้สึก	กายภาพ	๑๖.๓๕ (๔.๔๑)	๑๘.๐๖ (๓.๔๗)	๑๙.๑๒ (๓.๘๖)	๐.๐๑*
ของกล้ามเนื้อส่วนบนและ	กายภาพร่วมกับการนวดไทย	๑๕.๘๘ (๔.๒๐)	๑๙.๒๔ (๒.๓๕)	๒๑.๐๐ (๒.๒๐)	
กล้ามเนื้อส่วนล่าง	p-value**	๐.๖๔	๐.๑๐	๐.๐๒**	
(upper and lower extremity sensation)					
คะแนนการประเมิน	กายภาพ	๖.๓๕ (๓.๓๐)	๗.๕๖ (๒.๖๕)	๘.๔๕ (๒.๔๕)	๐.๕๕
การทรงตัว (balance)	กายภาพร่วมกับการนวดไทย	๕.๒๙ (๒.๖๙)	๖.๘๘ (๒.๓๖)	๗.๕๓ (๒.๕๑)	
	p-value**	๐.๑๕	๐.๒๗	๐.๑๒	
คะแนนการประเมินพิสัย	กายภาพ	๑๗.๘๒ (๕.๕๑)	๒๓.๐๐ (๖.๒๕)	๒๗.๐๐ (๗.๓๒)	๐.๐๔*
การเคลื่อนไหวของข้อ	กายภาพร่วมกับการนวดไทย	๑๙.๕๖ (๕.๔๓)	๒๕.๑๘ (๔.๙๗)	๓๐.๔๔ (๓.๘๘)	
(range of motion)	p-value**	๐.๒๐	๐.๑๒	๐.๐๒**	
คะแนนการประเมิน	กายภาพ	๓๐.๒๙ (๖.๗๐)	๓๑.๗๖ (๖.๒๔)	๓๓.๒๖ (๕.๕๔)	< ๐.๐๐๑*
ความปวดตามข้อต่างๆ	กายภาพร่วมกับการนวดไทย	๓๒.๐๖ (๗.๑๘)	๓๕.๕๙ (๖.๘๒)	๓๘.๗๑ (๕.๑๘)	
(joint pain)	p-value**	๐.๓๐	๐.๐๒**	< ๐.๐๐๑**	

* เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มกับวันเริ่มการทดลอง ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA : Bonferroni

** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t- test

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมิน
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยแบบประเมิน
SF-36 ระหว่างกลุ่มอาสาสมัครกลุ่มกายภาพกับกลุ่มกายภาพ

ร่วมกับการนวดไทย มีความแตกต่างทางสถิติ ($p < 0.05$)
ดังแสดงในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยแบบประเมิน SF-36 ระหว่าง
กลุ่มอาสาสมัครกลุ่มกายภาพกับกลุ่มกายภาพร่วมกับการนวดไทย

การประเมิน	กลุ่มทดลอง	ค่าเฉลี่ย (S.D.)			p-value*
		วันแรก	วันที่ ๑๕	วันที่ ๓๐	
คะแนนคุณภาพชีวิต	กายภาพ	๙๐.๐๐ (๔.๑๖)	๙๗.๐๖ (๗.๐๑)	๑๐๗.๓๒ (๙.๓๒)	< 0.001*
	กายภาพร่วมกับการนวดไทย	๙๑.๘๘ (๔.๗๘)	๙๙.๘๕ (๙.๕๒)	๑๑๒.๑๕ (๕.๘๙)	
	p-value**	0.0๘	0.๑๗	0.๐๑**	

* เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มกับวันเริ่มการทดลอง ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA : Bonferroni

** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t- test

วิจารณ์ และสรุปผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง “เปรียบเทียบประสิทธิผลการทำ
กายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทย
ต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ” เป็นการ
วิจัยทางคลินิกกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ
ประสิทธิผลของการทำกายภาพบำบัดกับการทำกายภาพบำบัด
ร่วมกับการนวดไทย ในการฟื้นฟูความสามารถร่างกาย และ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือด
สมองตีบ มีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน ๖๘ คน แบ่ง
ออกเป็น ๒ กลุ่มคือ กลุ่มกายภาพ (PT) จำนวน ๓๔ และ
กลุ่มกายภาพร่วมกับการนวดไทย (PTTM) จำนวน ๓๔ คน

จากผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครกลุ่มกายภาพ
ร่วมกับการนวดไทย มีทักษะการทากิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน
(PT = ๖๕.๒๕ ± ๑๖.๑๐, PTTM = ๗๔.๖๒ ± ๑๘.๒๗)
การทำงานของกล้ามเนื้อส่วนบน (upper motor
extremity) (PT = ๒๘.๗๑ ± ๘.๖๐, PTTM = ๔๐.๓๒ ± ๙.๙๑)
การรับรู้ความรู้สึกของกล้ามเนื้อส่วนบนและกล้ามเนื้อส่วนล่าง (upper
and lower extremity sensation) (PT = ๑๙.๑๒ ± ๓.๘๖,
PTTM = ๒๑.๐๐ ± ๒.๒๐) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (range of
motion) (PT = ๒๗.๐๐ ± ๗.๓๒, PTTM = ๓๐.๔๔ ± ๓.๘๘)
และความปวดตามข้อต่างๆ (joint pain) (PT = ๓๓.๒๖ ± ๕.๕๔,

PTTM = ๓๘.๗๑ ± ๕.๑๘) ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มกายภาพบำบัดเพียง
อย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ว่าการนวด
รักษาช่วยเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และจะ
เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหากผู้ป่วยอัมพาตได้
รับการฟื้นฟูด้วยกรรมวิธีทางแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทย
การประคบสมุนไพร ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด โดยจะ
เพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อส่วนบน ตั้งแต่วันที่ ๑๕ ของ
การเข้าร่วมโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า
การนวดไทยร่วมกับการออกกำลังกายช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหว
ของมือ ข้อศอก และข้อไหล่ โดยการนวดไทยจะช่วยเพิ่มองศา
การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ ได้ ช่วยเพิ่มการรับรู้ความรู้สึก
ของกล้ามเนื้อส่วนบนและกล้ามเนื้อส่วนล่าง ซึ่งสอดคล้องกับการ
ศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การนวดไทยช่วยเพิ่มการไหลเวียนของ
เลือด^๗ และอุณหภูมิที่ผิวหนังเพิ่มมากขึ้น^๘ เมื่อการไหลเวียน
ของเลือดเพิ่มขึ้น การรับรู้ความรู้สึกต่างๆ ก็จะมากขึ้นด้วย ช่วย
เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อและความปวดตามข้อต่างๆ ซึ่ง
สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา นันตี^๙ ว่าการนวดช่วย
รักษาอาการติดขัดเฉพาะที่ ได้แก่ ไหล่ติด สะบักจม และนิ้วล็อก
เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อ และลดการเกร็งตัวของ
กล้ามเนื้อในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกระยะเริ่มต้น ช่วยลดอาการ
ปวดได้ โดยลดระดับ substance P^{๑๐} การนวดจะช่วยลด

ระดับความปวดได้ทั้งการปวดแบบฉับพลันและการปวดแบบเรื้อรัง ทั้งยังช่วยในเรื่องการฟื้นฟูร่างกายด้วย ส่วนของคะแนนประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 (PT = 107.32 ± 9.32 , PTTM = 112.15 ± 5.89) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มกายภาพบำบัดร่วมกับ การนวดไทย ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการกายภาพบำบัดอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องเรื่องการนวดไทยว่า การนวดไทยทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก และทำให้ความเครียดลดลง^{๑๑} ช่วยทำให้การนอนหลับดีขึ้น โดยลดระยะเวลาเข้าสู่การนอนหลับ (sleep onset, latency persistent sleep) และเพิ่มช่วงเวลาการนอนหลับ (sleep period time) มีผลต่อจิตใจ คือทำให้รู้สึกสดชื่นผ่อนคลายความกังวลและช่วยบรรเทาอาการคลายเครียด ถ้าผู้ป่วยมีจิตใจที่ดี ไม่มีความกังวลหรือเครียด ก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และการนวดไทยยังมีผลต่อสังคม คือ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวและชุมชน^{๑๒} ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งซึ่งการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัวและชุมชนก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการการฟื้นฟูร่างกายได้ดีและเร็วขึ้น

ส่วนการทำงานของกล้ามเนื้อขาส่วนล่าง (lower motor extremity) (PT = 11.47 ± 4.90 , PTTM = 10.76 ± 5.07) และการทรงตัว (balance) (PT = 8.45 ± 2.45 , PTTM = 7.53 ± 2.51) ทั้งสองกลุ่มการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเนื่องจากการกายภาพบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมักจะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวเป็นหลัก ทำให้ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม นักกายภาพบำบัดจึงเน้นการฟื้นฟูการทำงานกล้ามเนื้อใหญ่ (gross motor function) เพื่อช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายให้เพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลต่อการทรงตัวในท่าต่างๆ ของร่างกาย

จากการวิจัยนี้สามารถสรุปได้ว่าการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดไทย มีประสิทธิผลในการฟื้นฟูร่างกาย โดยเฉพาะการฟื้นฟูกล้ามเนื้อส่วนบน การรับรู้ความรู้สึก พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ลดการปวดตามข้อ และเพิ่มคุณภาพชีวิตดีกว่าการทำกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ เมื่อได้รับการนวดไทยอย่างต่อเนื่อง ๓๐ วัน อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้เป็นเพียงการวิจัยเบื้องต้นเพื่อศึกษาแนวโน้ม ดังนั้นควรมีการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือปรับเปลี่ยน

รูปแบบการวิจัยโดยศึกษาเปรียบเทียบแยกกลุ่มนวดไทยและกลุ่มกายภาพบำบัดเพื่อหาความชัดเจนของประสิทธิผลของทั้ง ๒ กลุ่ม และควรติดตามอาการของผู้ป่วยหลังจากเข้าร่วมโครงการเพื่อดูแนวโน้มการพัฒนาการของการฟื้นฟูร่างกายหลังจากร่วมโครงการ เพื่อนำมาวางแผนการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยต่อไป หรือศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทยโดยใช้สูตรการนวดไทยแบบอื่นๆ โดยอาจประยุกต์เพิ่มเติมการนวดตามเส้นประธานสิบหรือจุดการรักษาเฉพาะที่มีปรากฏในคัมภีร์แผนนวด เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนเงินทุนจากกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขฉบับเต็ม ข้อมูลการเกิดการตาย การป่วย) ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๓. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๓ [เข้าถึงเมื่อวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๖]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>.
๒. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๐ [เข้าถึงเมื่อวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๖]. เข้าถึงได้จาก: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-5-4.
๓. เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. การแพทย์แผนไทยสายใยแห่งชีวิตและวัฒนธรรม ๓. โครงการพัฒนาศูนย์กองทุนสนับสนุนกิจกรรม มูลนิธิการแพทย์แผนไทย กรุงเทพมหานคร; ๒๕๕๕.
๔. Cowen VS, Burkett L, Bredimus L, Evans DR, Lamey S, Neuhauser T, et al. A comparative study of Thai massage and Swedish massage relative to physiological and psychological measures. J Bodyw Mov Ther 2006;10:266-75.
๕. Grant KE. Massage safety: injuries reported in Medline relating to the practice of therapeutic massage—1965–2003, J Bodyw Mov Ther 2003;7:207-12.

๖. มุลินธิ์พันธุ์ส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม. หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดไทยแบบราชสำนัก): การนวดพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ ๒, กรุงเทพมหานคร: ศุภนิชการพิมพ์; ๒๕๕๔.
๗. อรรวรรณ พงศ์พานิช. การศึกษาผลระยะสั้นของการนวดไทยแบบผสมผสานต่อการลดอาการปวดศีรษะ ป่า คอ. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๔๙.
๘. Plakornkul V, Vannabhum M, Viravud Y, Rongruangchai J, Mutirangura P, Akarasereenont P, et al. The effects of the court-type Thai traditional massage on anatomical relations, blood flow, and skin temperature of the neck, shoulder, and arm. BMC Complement Altern Med 2016;16:363.
๙. จินตนา นันตะ. การวิเคราะห์ผลการรักษาอาการอัมพาตและติดขัดเฉพาะที่ด้วยกระบวนการนวดรักษาของการแพทย์แผนไทย. [วิทยานิพนธ์การแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; ๒๕๕๕.
๑๐. สุรัสวดี มรรควัฒย์, วิชัย อิงพินิจพงศ์, รุ่งทิพย์ พันธเมธากุล, อุไรวรรณ ชัชวาลย์, ทกมล หรรษาวงศ์, จุรีพร คำพันธ์. เปรียบเทียบผลของการนวดไทยและการดัดตั้งข้อในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังชนิด nonspecific. คณะเทคนิคการแพทย์ ภาควิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๔๗.
๑๑. วิศรุต บุตรากาศ. ผลแบบเฉียบพลันของการนวดไทยต่อความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจและตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๕๑.
๑๒. ยุพร ชมมณี. การดูแลสุขภาพด้วยการนวดแผนไทยกรณีศึกษาในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเลย อำเภอเมืองจังหวัดเลย. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย; ๒๕๕๕.

Abstract

Comparative study on efficacy of physiotherapy and physiotherapy combined with Thai massage on rehabilitation outcome and quality of life of ischemic stroke patients with hemiplegia

Jirayu Chartsuwan*, Pornrawee Peanpadungrat**, Arunporn Itharat*, Naphat Panichakarn*

* Department of Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University

** Department of Rehabilitation, Faculty of Medicine, Thammasat University

Introduction: Thai massage is the wisdom of people treated for disease prevention, health promotion, rehabilitation and helps to reduce individual's stress levels improves overall circulation of patients but their relative effectiveness of Thai massage on rehabilitation outcome of ischemic stroke patients in comparison to only physiotherapy, standard treatment, has not been established. The objective of this study aimed to compare the efficacy of physiotherapy (PT) and physiotherapy combined with Thai massage (PTTM) on rehabilitation outcome and quality of life of ischemic stroke patients.

Method: A quasi-experimental clinical research study was designed. Sixty eight volunteers participated and were divided into two groups. The subjects were allocated to the control group (34 subjects) receiving the physical rehabilitation with physiotherapy or the treatment group (34 subjects) receiving the physiotherapy combined with Thai massage 11 times. All subjects received a follow up on the day 0, day 15th and day 30th of the months. The effectiveness of treatment was evaluated by skill evaluation in activities of daily living (Modified Barthel Index (MBI), the Fugl-Meyer Assessment of Physical Performance evaluation and quality of life questionnaire SF-36 version update, Thailand, year 2005, and the mean differences in those scores were compared between groups by using repeated measures ANOVA.

Result: The physiotherapy combined with Thai massage revealed significant difference when compared with only physiotherapy; the basic activities of daily living (PT = 65.29 ± 16.10 , PTTM = 74.62 ± 18.27), the functions of the upper limbs (PT = 28.71 ± 8.60 , PTTM = 40.32 ± 9.91), upper and lower extremity sensation (PT = 19.12 ± 3.86 , PTTM = 21.00 ± 2.20), range of motion of joints (PT = 27.00 ± 7.32 , PTTM = 30.44 ± 3.88) and joint pain (PT = 33.26 ± 5.54 , PTTM = 38.71 ± 5.18) For the work of the lower limbs (PT = 21.47 ± 4.90 , PTTM = 20.76 ± 5.07) and balance (PT = 8.45 ± 2.45 , PTTM = 7.53 ± 2.51), there were no significant differences between two groups. The evaluation of the SF-36 showed that the group with physiotherapy combined with Thai massage the quality of life of patients was improved significantly. (PT = 107.32 ± 9.32 , PTTM = 112.15 ± 5.89)

Discussion and Conclusion: The physiotherapy combined with Thai massage showed the effectiveness in rehabilitation outcome and the quality of life was better than ischemic stroke patients who got rehabilitation with only physiotherapy when the patients got a Thai massage continuously for 30 days.

Key words: Thai massage, Physiotherapy combined with Thai massage, Rehabilitation, Ischemic stroke