

การรักษาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน ตามภูมิปัญญาหมอประวิทย์ แก้วทอง

สิริพร จารุกิตติสกุล*, สนั่น ศุภธีรสกุล

สาขาการแพทย์แผนไทย คณะการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา

*Corresponding author email: siriporn.ja@psu.ac.th

ได้รับบทความ: 19 มีนาคม 2564

ได้รับบทความแก้ไข: 24 กุมภาพันธ์ 2565

ยอมรับตีพิมพ์: 2 มีนาคม 2565

บทคัดย่อ

อาการปวดหลังส่วนล่าง เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในทางเวชปฏิบัติ สาเหตุหนึ่งเกิดจากหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานและคุณภาพชีวิต การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการรักษาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนตามวิธีการหมอประวิทย์ แก้วทอง และผลการรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นจำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลด้านภูมิปัญญา การตรวจวินิจฉัยและรูปแบบการรักษาโรค ด้วยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและสัมภาษณ์แบบเชิงลึก เก็บข้อมูลด้านผลการรักษาด้วยแบบประเมินความเจ็บปวด Numerical rating scales (NRS) แบบประเมินข้อจำกัดในกิจวัตรประจำวัน Oswestry disability index (ODI) และวัดค่าความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังด้วยวิธีการทดสอบ Sit and reach ก่อนและหลังการรักษา สัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test ($p < 0.05$) ผลการวิจัยพบว่ามีการรักษาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การรักษาด้านร่างกายประกอบด้วยการนวด การจัดกระดูก การใช้ยาต้มและยาประคบสมุนไพร ด้านจิตใจใช้ความเชื่อและเวทมนตร์คาถาในการรักษา ผลการรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นพบว่า หลังการรักษาสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนความเจ็บปวดลดลง คะแนน ODI ลดลง และค่าความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับก่อนการรักษา การรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวจะช่วยลดอาการปวด ลดข้อจำกัดในกิจวัตรประจำวัน และเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง เป็นรูปแบบการรักษาที่ควรพัฒนาและส่งเสริมให้เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคนี้

คำสำคัญ: หมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน / ภูมิปัญญา / ประวิทย์ แก้วทอง

The Treatment of Lumbar Disc Herniation from Wisdom of Mr. Prawit Kaewthong

Siriporn Jarukitsakul*, Sanan Subhadhirasakul

Traditional Thai Medicine Program, Faculty of Traditional Thai Medicine,
Prince of Songkla University, Songkhla

*Corresponding author email: siriporn.ja@psu.ac.th

Received: 19 March 2021

Revised: 24 February 2022

Accepted: 2 March 2022

Abstract

Lower back pain is a common health problem in clinical practice. The major cause of lower back pain is herniated discs. The disease affects patients' quality of life. This study aimed to determine the knowledge of a Thai folk healer, Mr. Prawit Kaewthong, and treatment effects of ten patients with lumbar disc herniation. Participant observation and semi-structured and in-depth interviews were used as methods of indigenous knowledge collection. Effectiveness of therapeutic procedure for patients with lumbar disc herniation was determined using numerical rating scales (NRS), Oswestry disability index (ODI), and back-saver sit and reach test at weeks 0, 1, 2, and 3. All data were analyzed by paired t-test ($p < 0.05$). Therapeutic procedures for patients with lumbar disc herniation were physical therapy (massage, chiropractic therapy, herbal decoction and herbal compress) and psychological therapy (belief and magical spell). The findings revealed that NRS and ODI scores decreased significantly, whilst back flexibility assessment score increased significantly from baseline to 1, 2, and 3 week. Therefore, therapeutic procedure of Mr. Prawit Kaewthong was relieved the pain and increased back flexibility as well as patients' quality of life. This therapeutic

procedure might be used as an alternative treatment for patients with lumbar disc herniation.

Keywords: Lumbar disc herniation / Wisdom / Prawit Kaewthong

บทนำ

อาการปวดหลังส่วนล่าง เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในทางเวชปฏิบัติ ร้อยละ 75-80 ของประชากรโลกเคยมีประสบการณ์ปวดหลังอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต [1] โรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน (Lumbar disc herniation) เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญ เกิดจากการฉีกขาดของเปลือกหมอนรองกระดูก และส่วนของเนื้อด้านในปลิ้นออกมากดทับเส้นประสาท ซึ่งอยู่บริเวณด้านหลังของหมอนรองกระดูก ส่งผลทำให้เกิดอาการปวดหลังบริเวณนั้นเอว ปวดร้าวลงสะโพกและขา ขาชา บางรายปวดจนขาอ่อนแรง อาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการทำงานและความสามารถของร่างกายในการใช้ชีวิตประจำวัน การรักษาทำได้ด้วยกัน 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ วิธีอนุรักษ์ เช่น การนอนพัก การใช้ยา การใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงหลัง การทำกายภาพบำบัด กายบริหาร หากอาการยังไม่ดีขึ้น การผ่าตัดถือเป็นทางเลือกสุดท้าย [2] ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายสูง และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจหลังได้รับการผ่าตัด

ประเทศไทยมีภูมิปัญญาในการรักษาโรคต่าง ๆ ที่สืบทอดต่อกันมาช้านาน เป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจ สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชีวิตชาวบ้าน จากการทบทวนตำราที่เป็นมาตรฐานในการเรียนการสอนหลักสูตรแผนไทย [3-5] ไม่ปรากฏวิธีการรักษาโรคดังกล่าว มีแต่กลุ่มอาการใกล้เคียง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาภูมิปัญญาของโรคนี้ค่อนข้างน้อย หมอประวิทย์ แก้วทอง เป็นหมอพื้นบ้านในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง มีประสบการณ์และความชำนาญในการรักษาโรคมามากกว่า 40 ปี โดยเฉพาะโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน ซึ่งภูมิปัญญานี้ไม่ได้รับการจดบันทึกและเก็บผลการรักษาอย่างเป็นระบบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภูมิปัญญาแบบวิถีการรักษา ตลอดจนถึงผลการรักษาเบื้องต้นในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย เพื่อเป็นประโยชน์ในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้และเก็บบันทึกไว้มิให้สูญหายไปตามกาลเวลา

วัสดุและวิธีการ

1. กลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ให้ข้อมูลด้านภูมิปัญญา ได้จากวิธีการเลือกแบบเจาะจง คือ นายประวิทย์ แก้วทอง มีคุณสมบัติดังนี้ 1) มีใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย 2) มีความชำนาญและประสบการณ์ในการรักษาโรคมามากกว่า 20 ปี 3) เป็นที่รู้จักและยอมรับของคนในชุมชน 4) ปัจจุบันมีผู้ป่วยมารับการรักษา 5) ยินดีให้ข้อมูลในการทำวิจัย

1.2 ผู้ให้ข้อมูลด้านผลการรักษา ได้จากวิธีการเลือกตามโอกาสที่ผู้วิจัยได้พบในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 10 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนจากหมอประวิทย์ แก้ว

ทอง 2) ยินยอมให้ผู้วิจัยสังเกตและสัมภาษณ์ตลอดการรักษา 3) สามารถรับการรักษาต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวน 3 สัปดาห์ และมีเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ 1) ได้รับการรักษาจากแผนปัจจุบันหรือวิธีอื่น ๆ ระหว่างการวิจัย 2) ไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ตามขั้นตอนการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบเก็บข้อมูลด้านภูมิปัญญา ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย วิธีการรักษา

2.2 แบบเก็บข้อมูลด้านผลการรักษา ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยแบบประเมินความเจ็บปวด (Numerical rating scales: NRS) แบบสอบถาม Oswestry disability index (ODI) [6] เพื่อประเมินข้อจำกัดในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และแบบประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง ด้วยการทดสอบ Sit and reach [7] โดยใช้เครื่องมือ Flexmeter

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 การเก็บข้อมูลด้านภูมิปัญญา ใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และเชิงลึก โดยใช้การจดบันทึก กล้องบันทึกภาพเคลื่อนไหว และอุปกรณ์บันทึกเสียง ข้อมูลที่ต้องการคือวิธีการตรวจวินิจฉัย การนวดรักษา และตำรับยาสมุนไพร

3.2 การเก็บข้อมูลด้านผลการรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เริ่มการรักษาจนถึงสัปดาห์ที่ 3

3.2.1 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลและระเบียบวิธีวิจัยให้กับผู้ป่วย และให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3.2.2 สัมภาษณ์ผลการรักษาตามแบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย แบบประเมินความเจ็บปวด NRS แบบสอบถาม ODI และบันทึกค่าความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง ด้วยการทดสอบ Sit and reach

3.2.3 ผู้ป่วยจะได้รับการรักษากับหมอประวิทย์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการรักษาสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3

4. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะการแพทย์แผนไทยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC.62/TTM.01-008 เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2562

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ข้อมูลด้านภูมิปัญญา นำมาวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป เป็นข้อความลักษณะบรรยาย เปรียบเทียบตำแหน่งการนวดกับการนวดราชสำนัก และตำแหน่งทางกายวิภาคศาสตร์

5.2 ข้อมูลด้านผลการรักษา ใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน NRS, ODI และค่าความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 20 ($p < 0.05$)

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาด้านภูมิปัญญา

โรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน เกิดจากหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนหรือแยกออกจากที่เดิม แล้วไปกดทับเส้นเอ็น เส้นประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังร่วมกับอาการปวดร้าวลงขาปลายเท้า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการยกของหนัก หมอประวิทย์ให้ความเห็นว่าหากผู้ป่วยเพิ่งเริ่มมีอาการจะรักษาง่าย ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังและปวดหลังร่วมกับขา จะมีพังผืดมายึดเกาะและมีการติดขัดของลมในเส้นเป็นเวลานานจะรักษายาก การรักษา มี 5 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การตั้งครุ ก่อนการรักษา ผู้ป่วยต้องนำหมากพลู เทียน ดอกไม้ และเงิน 112 บาท มาใส่ในขันครุและมอบให้หมอประวิทย์ ในการทำพิธีกรรมตั้งครุ เพื่อเป็นการเคารพและให้ครุมาช่วยในการรักษา

1.2 การซักประวัติ สอบถามอาการเจ็บป่วย ตำแหน่งที่ปวด อาการร่วม ระยะเวลาของโรค สาเหตุ และการรักษาที่ผ่านมา เพื่อประกอบการวินิจฉัยและรักษาโรค

1.3 การตรวจร่างกาย

1.3.1 การตรวจความตึงของกล้ามเนื้อหลัง ผู้ป่วยนั่งเหยียดขาทั้งสองข้าง ก้มเอามือแตะปลายเท้า

1.3.2 การตรวจแนวกระดูกสันหลัง ผู้ป่วยนอนคว่ำ หมอใช้ปลายนิ้ววัดขึ้นไปตามแนวกระดูกสันหลังแต่ละข้อ เพื่อดูลักษณะการคด เอียง นูน หรือจม ถ้าพบลักษณะดังกล่าวให้ออกแรงกดข้างกระดูกข้อที่ผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการปวด และใช้กำปั้นมาทุบแนวข้างกระดูกสันหลังทั้ง 2 ข้าง ถ้าผู้ป่วยมีอาการเสียร้าวลงขา สามารถวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน

1.4 การรักษา

การศึกษาพบว่า การรักษาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน มีวิธีการรักษาโดยการนวดรักษา การใช้ตำรับยาสมุนไพร และการใช้เวทมนตร์คาถาร่วมกัน

1.4.1 การนวดรักษา

การนวดประกอบด้วยท่านอนคว่ำ ท่านอนหงาย และท่านั่ง ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1 โดยมีลักษณะการนวดเฉพาะของหมอ คือ กดรีด กดตืด กดลาก กดคลึง และกดสะกิด [8] ผู้ป่วยจะได้รับการนวดคนละ 10-15 นาที นวดทั้ง 2 ข้าง จำนวน 3-5 รอบ โดยนวดเน้นข้างที่เป็น อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์จนกว่าจะหาย หลังจากนวดเสร็จ หมอสดคาถาเรียกเส้นตามความเชื่อที่สืบทอดต่อกัน เพื่อให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นหย่อน ซึ่งตำแหน่งการนวดรักษา แสดงดังภาพที่ 1

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการนวดของหมอประวิทย์ เปรียบเทียบกับการนวดแบบราชสำนักและตำแหน่งทางกายวิภาคศาสตร์

จุด/แนวเส้น	ราชสำนัก [4,5]	กายวิภาคศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง [9]
ท่านอนคว่ำ		
1. แนวซิดกระดูกสันหลัง	พื้นฐานหลัง	Trapezius m., Latissimus dorsi m. & Thoracolumbar fascia
2. แนวขอบสะโพก	สัญญาณ 1 หลัง	Internal oblique m. & Thoracolumbar fascia
3. จุดบ่อเลือด	พื้นฐานขาด้านนอก และสัญญาณ 3 ขาด้านนอก	Gluteus maximus m., Glutes minimus m. & Sciatica n.
4. จุดใต้ก้นย้อย	สัญญาณ 1 ขาด้านใน	Semimembranosus m.
5. แนวขาที่นอนบน		
ด้านหลัง 3 แนว		
5.1 แนวตะเข็บกางเกง	พื้นฐานขาด้านใน	Gracilis m. & Semimembranosus m.
5.2 แนวกึ่งกลางขาที่นอนบน	พื้นฐานขาด้านนอก	ระหว่าง Semitendinosus m. กับ Biceps femoris m.
5.3 แนวตะเข็บกางเกง	พื้นฐานขาแนวที่ 3 ด้านนอก	Vastus lateralis m. & Iliotibial tract
6. แนวข้อพับเข่า	สัญญาณ 4 ขาด้านใน	Popliteal fossa (Popliteal a., Popliteal v. & Tibial n.)
7. แนวขาที่นอนล่าง		
ด้านหลัง 3 แนว		
7.1 แนวตาตุ่มด้านใน	พื้นฐานขาด้านใน	Soleus m.

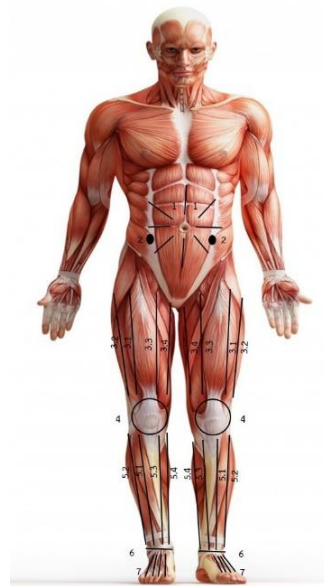
จุด/แนวเส้น	ราชสำนัก [4,5]	กายวิภาคศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง [9]
7.2 แนวกึ่งกลางขาท่อนล่าง	แนวกึ่งกลางน่อง	Gastrocnemius m.
7.3 แนวตาตุ่มด้านนอก	พื้นฐานขาแนวที่ 4	Soleus m.
8. จุดเอ็นใต้ตาตุ่ม		
8.1 เอ็นใต้ตาตุ่มด้านใน	สัญญาณ 5 ขาด้านใน	Posterior tibial a. & Tibial n.
8.2 เอ็นใต้ตาตุ่มด้านนอก	-	Peroneal retinaculum
9. หมุนข้อเท้า	-	Ankle j.
ท่อนองหนาย		
1. แนวหน้าท้อง (โกยท้องทิศทางเข้าหาสะดือ)	โกยท้อง	Rectus abdominis m., Internal oblique m., External oblique m. & Transversus abdominis m.
2. จุดเหนือปุ่มกระดูกหัวตะคาก	สัญญาณ 1 และ 3 ท้อง	Internal oblique m., External oblique m., Transversus abdominis m. & Ascending branch of deep circumflex iliac a.
3. แนวขาท่อนบน ด้านหน้า 4 แนว		
3.1 แนวหัวตะคาก	พื้นฐานขาแนวที่ 2	ระหว่าง Rectus femoris m. กับ Vastus lateralis m.
3.2 แนวตะเข็บกางเกงด้านนอก	พื้นฐานขาแนวที่ 3	Vastus lateralis m. & Iliotibial tract
3.3 แนวกึ่งกลางขาด้านใน	พื้นฐานขาด้านใน	ระหว่าง Rectus femoris m. กับ Vastus medialis m.
3.4 แนวตะเข็บกางเกงด้านใน	-	Adductor longus m., Gracilis m.
4. คลึงรอบเข่า	สัญญาณ 1 และ 2 เข่า	Vastus lateralis m., Vastus medialis m. & Rectus femoris m.
5. แนวขาท่อนล่าง ด้านหน้า 4 แนว		
5.1 แนวขีดสันหน้าแข้งด้านนอก	พื้นฐานขาแนวที่ 1	Tibialis anterior m.
5.2 แนวตาตุ่มด้านนอก	พื้นฐานขาแนวที่ 4	Peroneal m.

จุด/แนวเส้น	ราชสำนัก [4,5]	กายวิภาคศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง [9]
5.3 แนวซิดสันหน้าแข้ง	พื้นฐานขาด้านใน	Soleus m.
5.4 แนวตาคุ่มด้านใน	-	Gastrocnemius m., Soleus m.
6. กดรีดแนวหน้าข้อเท้า	สัญญาณข้อเท้า	Tibialis anterior a., Extensor digitorum longus t., Extensor hallucis longus t. & Tibialis anterior t.
7. รีดร่องนิ้วเท้า 4 ร่อง	-	Extensor digitorum brevis m. & Extensor hallucis brevis m.
8. ดึงนิ้วเท้าทั้ง 5 นิ้ว	-	Metatarsophalangeal j.
9. จัดกระดูกเข้า	-	Knee j.
ทำนึ่ง		
1. จัดกระดูกหลัง	-	Erector spinae m. & Vertebral column

หมายเหตุ m. คือ muscle, n. คือ nerve, a. คือ artery, j. คือ joint และ t. คือ tendon



ตำแหน่งการนวดด้านหลัง



ตำแหน่งการนวดด้านหน้า

ภาพที่ 1 ตำแหน่งการนวดโรคหมอนรองกระดูกส่วนเอวเคลื่อน ตามวิธีการหมอประวิทย์ แก้วทอง (ดัดแปลงจาก: <https://www.pinterest.com/pin/581457001872654822>) [10]

1.4.2 ตำรับยาสมุนไพร

ตำรับยาสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน ประกอบด้วย 4 ตำรับและยาประกอบสมุนไพร จำนวน 1 ตำรับ ผู้ป่วยจะได้รับยาตำรับที่ 1 เป็นตำรับแรกเสมอ หมอจะประกอบพิธีกรรมเสกยาก่อนรับประทาน เพื่อเสริมประสิทธิภาพของยา เมื่อนำตำรับยาสมุนไพรทั้ง 4 ตำรับมาวิเคราะห์ พบว่าเป็นตำรับยาที่มี รสร้อนสุขุม ช่วยแก้โรคทางลม ตำรับยาประกอบด้วยกลุ่มสมุนไพรหลัก ๆ ดังนี้ 1) กลุ่มสมุนไพรที่มี รสร้อน ช่วยทำให้ลมเคลื่อน กระเจายลมในเส้นที่คั่งค้าง เพราะอาการของโรค เกิดจากการติดขัดของลม ส่งผลทำให้เกิดอาการปวด เช่น เทียนทั้ง 5 พริกไทย เถาสะค่าน ผลติป्ली รากข้าพหลู เหง้าเปราะ เหง้ากระชาย โกศต่าง ๆ 2) กลุ่มสมุนไพรที่มีสรรพคุณในการรักษาเส้นเอ็น บำรุงเส้นเอ็น เพื่อกระตุ้นการทำงานของเส้นเอ็นให้เป็นปกติ เช่น เถาขมิ้น เถาเอ็นแดง เถาเอ็นขาว กำแพงเจ็ดชั้น แก่นขี้เหล็ก แก่นตำเสา รากปลาไหลเผือก 3) กลุ่มสมุนไพรที่มีสรรพคุณช่วยระบาย ขับของเสียออกจากร่างกาย เช่น ยาดำ ฝักราชพฤกษ์ ใบมะกา [11] นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับยาประกอบสมุนไพรประกอบด้วย เหง้าเปราะหอม เหง้ากระชาย เหง้าไพล ยาดำ ผักเสี้ยนผี และเหล้าขาว นำมาประคบทั่ว ๆ ร่างกาย เพราะความร้อนและตัวยาสมุนไพร จะช่วยลดอาการปวดได้ [11]

2. ผลการศึกษาด้านผลการรักษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน มีผู้ป่วยจำนวน 10 ราย เป็นเพศชาย 4 ราย เพศหญิง 6 คน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี ทุกรายมีอาการปวดหลังร่วมกับอาการร้าวชาลงขา สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการยกของหนัก และเหตุผลที่มารับการรักษา คือ กลัวการผ่าตัดมากที่สุด

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวด (NRS) พบว่าผู้ป่วยทั้ง 10 ราย มีค่าเฉลี่ยของคะแนน NRS ก่อนการรักษาอยู่ที่ 8.5 ± 1.51 (ปวดรุนแรง) หลังการรักษาสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับก่อนรักษา คือ 5.5 ± 1.35 (ปวดปานกลาง), 3.3 ± 1.64 (ปวดเล็กน้อย) และ 2.2 ± 1.40 (ปวดเล็กน้อย) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบผลของค่าเฉลี่ยความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง ด้วยการทดสอบ Sit and reach จากก่อนการรักษาคือ -9.86 ± 14.90 ซม. และหลังการรักษาสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ -3.55 ± 14.06 , 0.38 ± 12.32 และ 1.86 ± 12.53 ซม. ตามลำดับ พบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับก่อนรักษา แสดงให้เห็นว่าการรักษาตามวิธีการหมอประวิทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังลดลง และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ คะแนนแบบสอบถาม ODI เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษาสัปดาห์ที่ 3 พบว่า คะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งคะแนนรายข้อและคะแนนรวม โดยคะแนนรวม

ODI เท่ากับ 25.30 ± 12.81 หมายถึง มีภาวะในการจำกัดกิจกรรมรุนแรง และเมื่อได้รับการรักษาครบ 3 สัปดาห์ พบว่ามีคะแนน ODI เท่ากับ 5.70 ± 4.24 หมายถึง มีภาวะในการจำกัดกิจกรรมเล็กน้อย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวด (NRS) ค่าความยืดหยุ่นของหลัง และคะแนนแบบสอบถาม ODI ก่อนและหลังการรักษา (n=10) โดยใช้สถิติ Paired t-test

การประเมิน	ก่อนการรักษา (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	หลังการรักษา สัปดาห์ที่ 1 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	หลังการรักษา สัปดาห์ที่ 2 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	หลังการรักษา สัปดาห์ที่ 3 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)
คะแนนความ เจ็บปวด (NRS)	8.50 ± 1.51	$5.50 \pm 1.35^*$	$3.30 \pm 1.64^*$	$2.20 \pm 1.40^*$
ค่าความยืดหยุ่น ของหลัง (ซม.)	-9.86 ± 14.90	$-3.55 \pm 14.06^*$	$0.38 \pm 12.32^*$	$1.86 \pm 12.53^*$
คะแนน ODI	25.30 ± 12.81	-	-	$5.70 \pm 4.24^*$

* $p < 0.05$ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา

วิจารณ์

โรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนหรือบับวานจม อาการสำคัญของโรคนี้คือ อาการปวดหลังร้าวลงขา สะโพก บางรายมีอาการชาหรืออ่อนแรงร่วมด้วย [12] สามารถเทียบเคียงกับโรคทางการแพทย์แผนปัจจุบัน คือ โรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (Herniated disc) กระดูกสันหลังเคลื่อนเหตุข้อเสื่อม (Degenerative spondylolisthesis) ช่องบรรจุไขสันหลังตีบแคบ (Spinal stenosis) [13] อย่างไรก็ตาม การตรวจวินิจฉัยของหมอพื้นบ้านอาศัยความชำนาญและประสบการณ์ อาจไม่สามารถแยกโรคตามแบบแผนปัจจุบันได้อย่างชัดเจน ซึ่งต้องอาศัยการถ่ายภาพรังสีช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค จากการค้นคว้าตำราการแพทย์แผนไทย ไม่ปรากฏวิธีการรักษาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อน มีเพียงกลุ่มอาการใกล้เคียง คือ โรคลมปลายปัตคาคตสัญญาณ 1 และ 3 หลังเท่านั้น [3] ซึ่งมีวิธีการตรวจร่างกายและการนวดรักษาที่แตกต่างกัน และจากการศึกษาวิธีการนวดรักษาพบว่า มีตำแหน่งการนวดสอดคล้องกับการนวดแบบราชสำนัก ทั้งการนวดพื้นฐาน [4] และการนวดจุดสัญญาณ [5] คิดเป็น 66.00% นอกจากนี้ยังพบว่าตำแหน่งการนวดต่าง ๆ ยังสอดคล้องกับตำแหน่งทางกายวิภาคศาสตร์ทั้งกล้ามเนื้อ หลอดเลือด และเส้นเอ็นอีกด้วย [10] โดยเฉพาะการนวดท่านอนคว่ำท่าที่ 1 และ 2 เป็นตำแหน่งที่หมอนวดเน้น จะกดนวดบน Thoracolumbar fascia เป็นแผ่นพังผืดที่แผ่คลุมบริเวณด้านหลังของร่างกาย ด้านบน

เชื่อมกับกล้ามเนื้อ Trapezius และกล้ามเนื้อ Latissimus dorsi ด้านล่างเชื่อมกับกล้ามเนื้อเอวส่วนล่าง และคร่อมผ่านข้อกระดูกสันหลัง หากเกิดความตึงตัวเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง การนวดทำให้กล้ามเนื้อนี้คลายตัว ส่งผลให้อาการปวดลดลง [14]

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาของซาลาย โซคิตีศรีจันทร์ และศิริลักษณ์ จิตต์ระเปียบ [15] และการศึกษาของ จุฬา วิริยะบุผา และคณะ [16] พบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาดังต่อไปนี้ 1) มีการบุชาครู โดยวัตถุประสงค์ คือ เป็นการสร้างความสบายใจให้กับผู้ป่วย การเจ็บป่วยที่นอกจากส่งผลทางด้านกายแล้วยังส่งผลต่อจิตใจ การที่ผู้ป่วยวิตกกังวลหรือกลัว จะส่งผลต่อร่างกายให้กระตุ้นสมองส่วนคอร์เท็กซ์ และทาลามัสมากเกินไป ทำให้มีอาการปวดมากขึ้น [17] 2) การตรวจร่างกาย โดยใช้นิ้วมือคลำไปตามกระดูกสันหลังเพื่อหาตำแหน่งที่มีความผิดปกติ [15] 3) ทิศทางการนวดรักษาจากบนไปยังส่วนล่างของร่างกาย [15,16] 4) ตำแหน่งการนวด พบว่าท่านอนคว่ำท่าที่ 1, 3, 5.1, 5.2, 5.3, 6, 7.1, 7.2 และ 8.1 ท่านอนหงายท่าที่ 3.1, 3.2, 3.3, 5.1, 5.2 และ 5.3 สอดคล้องกับการศึกษาองค์ความรู้ในการรักษาโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทของหมอชุม ชุมพล [16] 5) ยาสมุนไพรที่ใช้รักษา มีสมุนไพรที่ใช้รักษาเหมือนกัน คือ กระจาย เปราะหอม มะกา ราชพฤกษ์ สังวาลพระอินทร์ เถาเอ็นแดง เถาเอ็นขาว และมีหลักการตั้งตำรับยาที่สอดคล้องกัน [16,18] 6) มีการนวดร่วมกับการจัดกระดูกหรือยืดเส้น เพื่อให้กระดูกที่เคลื่อนออกกลับเข้าสู่ตำแหน่งเดิม [15,16] ซึ่งการจัดหรือดึงกระดูกสันหลังในการรักษาผู้ป่วย จะช่วยให้มีการแยกห่างของ Vertebral body ทำให้ Facet joint มีการปรับตัวอยู่ในแนวปกติ เนื้อเยื่อบริเวณกระดูกสันหลังยืดออก เกิดการเปลี่ยนแปลง Spinal curves ลดการแอ่นตัวของกระดูกสันหลังระดับเอว และช่วยลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหลัง [19]

จากการศึกษาผลของการรักษาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนของผู้ป่วย จำนวน 10 ราย โดยการใช้เครื่องมือ 3 อย่าง คือ คะแนน NRS, ODI และ Sit and reach test พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนน NRS ลดลง ค่าความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังเพิ่มขึ้น และคะแนนแบบสอบถาม ODI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากผลการศึกษาดังกล่าว มีทฤษฎีที่นิยมใช้อธิบาย ความสัมพันธ์ระหว่างการนวดและความปวด คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ของเมลแซคและวอลล์ การนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เอ เบต้า หรือ เอ แอลฟา ให้ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นการทำงานของเซลล์ เอส จี ซึ่งจะยับยั้งการทำงานของ ที เซลล์ ทำให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง สมองจึงไม่รับรู้ความเจ็บปวด ส่งผลให้ความรู้สึกปวดลดลง และยังกระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารีหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน ออกฤทธิ์ยับยั้งสารซัสแทน พี ส่งผลให้ประตูปิด และยับยั้งการส่งผ่านของสัญญาณประสาทความ

ปวดที่ส่งมาจากสมอง จึงทำให้รับรู้ความปวดลดลง อีกทั้งยังช่วยการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนและสารอาหารอย่างเพียงพอ จึงเกิดการคั่งค้างของกรดแลคติกน้อยลง ที่จะมากระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวด [20] นอกจากนี้ การนวดจะช่วยให้เกิดการยืดขยายหรือคลายตัวของกล้ามเนื้อ ฟังผืด เส้นเอ็น ทำให้กล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อขาที่มีความยืดหยุ่นดี การเคลื่อนไหวดีขึ้น อาการปวดลดลง และจะส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น

สรุป

จากผลการศึกษาภูมิปัญญาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนด้วยวิธีการรักษาของหมอประวิทย์ แก้วทองและผลการรักษาเบื้องต้น สามารถนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วย และนำผลการวิจัยไปใช้ในการเรียนการสอน การพัฒนาระบบการบริการการแพทย์แผนไทย ให้มีวิธีการรักษาที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพ

ปัญหาในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องภาษาในการสื่อสารของผู้ให้ข้อมูลและปัญหาการติดตามผลของผู้ป่วย ทำให้ต้องเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลมากขึ้น ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยในครั้งถัดไป ควรนำวิธีการรักษาโรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนของหมอประวิทย์ แก้วทอง มาทำการศึกษาเชิงคลินิกเพิ่มเติม โดยการแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์ เช่น การบริหารร่างกาย และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาตามวิธีการหมอประวิทย์ แก้วทอง นอกจากนี้ควรมีการกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้มากขึ้นโดยใช้วิธีการคำนวณประชากรตามหลักสถิติ เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพในการรักษาที่น่าเชื่อถือและสามารถนำองค์ความรู้หมอปันบ้านมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยแบบผสมผสานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะกรรมการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ขอขอบคุณหมอประวิทย์ แก้วทอง และผู้ป่วยทั้ง 10 ราย ผู้ให้ข้อมูลในการทำวิจัย และขอขอบคุณอาจารย์กชกร สุขจันทร์ อินทนูจิตร ที่ให้การตรวจทานเปรียบเทียบการนวดกับตำแหน่งทางกายวิภาคศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. สุนิสา ชายเกลี้ยง. การปวดหลังจากการทำงาน: ภัยเงียบใกล้ตัวที่คุณควรรู้. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2009;3:47-54.

2. วิวัฒน์ วจนศิษฐ์, วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. ออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
3. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมาฯ อายุรเวทวิทยาลัย. หัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก). กรุงเทพฯ: มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมาฯ อายุรเวทวิทยาลัย; 2555.
4. โรงเรียนอายุรเวทธารัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดไทยแบบราชสำนัก) ตอนที่ 1 : การนวดพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2557.
5. โรงเรียนอายุรเวทธารัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดไทยแบบราชสำนัก) ตอนที่ 2 : การนวดจุดสัญญาณ. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2557.
6. Sanjaroensuttikul N. The oswestry low back pain disability questionnaire (version 1.0) Thai version. J Med Assoc Thai 2550;90:1417-21.
7. ภาณิชา มั่นคงศรีสุข, ชาญวิทย์ โพธิ์งามวงศ์, สุมาลี ซื่อธนาพรกุล, อารมย์ ขุนภาษี. ประสิทธิภาพของการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในบุคลากรโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่มีภาวะปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน. เวชสารแพทย์ทหารบก 2556;1:25-33.
8. สุพรรณิกา ใจสมัน, สนั่น ศุภธีรสกุล. การศึกษาภูมิปัญญาหมอฟันบ้านไทย กรณีศึกษาหมอฟันประวิทย์ แก้วทอง. วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2557;1:161-84.
9. Netter FH. Atlas of human anatomy. 6th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2014.
10. Pinterest. Human body structure [Internet]. 2010 [Cited 2020 May 15]. Available from: <https://www.pinterest.com/pin/581457001872654822>
11. วุฒิ วุฒิธรรมเวช. สารานุกรมสมุนไพร รวมหลักเภสัชกรรมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์; 2540.
12. กาญจนา จันทรสูง. อาการวิทยาทางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2542.
13. อธิวิทย์ หงส์นภารักษ์, ประเมศวร์ สุวรรณโณ. เวชปฏิบัติออร์โธปิดิกส์ผู้ป่วยนอก. สงขลา: ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัดคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.

14. โชคชริน นาแข็งฤทธิ์, ยอดชาย บุญประกอบ, อัครานี ทิมินกุล, สุพรรณิ อิงปัญสรวงศ์, สมศักดิ์ รวมมหารพย์. ความสอดคล้องระหว่างวิธีไวรัสวิทยาที่แอลเอฟกับโกลิโอมิเตอร์ในการประเมินความยืดหยุ่นของพังผืดโทราโคลัมบาร์. วารสารกายภาพบำบัด 2555;2:84-95.
15. ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์, ศิริลักษณ์ จิตต์ระเปียบ. การรักษาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนด้วยภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561;1:31-9.
16. จุฬา วิริยะบุบผา, ศราวุฒิ ภูมิริน, ณัฐพร กิจจาสวัสดิ์, อรทัย เนียมสุวรรณ. การศึกษาองค์ความรู้ในการรักษาโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทของหมอพื้นบ้าน. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561;25:14-29.
17. ปานวาด มากนวล. คาถาและพิธีกรรมในการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน: บทวิเคราะห์และมุมมองในเชิงคติชนวิทยา. วารสารมนุษยศาสตร์ 2557;21:90-123.
18. ทวี เลหาพันธ์, เอื้อพงศ์ จตุรธารง. การแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2555.
19. นภาพร จันตะรังษี. แนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดกับผู้ป่วยภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2560;2:1-16.
20. กาญจนา เพียรบุญญิต, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์. ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวดิซต่อความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด. วารสารเกื้อการุณย์ 2558;1:98-112.