

ผลของการนวดแนวเส้นพื้นฐานและนวดจุดสัญญาณในผู้ป่วยที่มี อาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน

พิชญภา อินทร์พรหม*, ศศิธร ทองดี, จีรวรรณ เพชรจ้อย, ปิยธิดา โยธาบริบาล

สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

*Corresponding author email: pitchayapha.in@bsru.ac.th

ได้รับบทความ: 19 ตุลาคม 2565

ได้รับบทความแก้ไข: 27 พฤศจิกายน 2565

ยอมรับตีพิมพ์: 9 ธันวาคม 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ศึกษาผลของการนวดแนวเส้นพื้นฐาน และนวดจุดสัญญาณในผู้ป่วยที่มีอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานด้วยไดโคลฟีแนคในรูปอิมัลชันเจลของผู้ที่มารับการรักษาน ช่อชงโคคลินิกการแพทย์แผนไทย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน คือ ทายาไดโคลฟีแนคนวดแนวเส้นพื้นฐาน และนวดจุดสัญญาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นสูตรการนวดไทยแบบราชสำนัก นวดแนวเส้นพื้นฐานและนวดจุดสัญญาณ ทำการรักษาสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ประเมินองศาการเคลื่อนไหวของการก้มคอโดยใช้โกนิโอมิเตอร์ ระดับความรู้สึกเจ็บของกล้ามเนื้อโดยใช้ Algometer ระดับความปวด 10 ระดับ ก่อนและหลังการรักษาตามลำดับ โดยใช้สถิติที่นัยสำคัญ .05 ผลการวิจัยพบว่าหลังรักษา นวดแนวเส้นพื้นฐาน และนวดจุดสัญญาณทำให้ระดับความปวดของกล้ามเนื้อลดลง และเพิ่มระดับความรู้สึกเจ็บของกล้ามเนื้อหลังรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 จากการวิจัยแสดงให้เห็นว่านวดแนวเส้นพื้นฐานและนวดจุดสัญญาณมีผลลดอาการปวด เพิ่มความทนต่อแรงกดของกล้ามเนื้อได้มากขึ้น เทียบเท่ากับการทายาไดโคลฟีแนค นอกจากนี้การนวดแนวเส้นพื้นฐานและนวดจุดสัญญาณยังเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอได้ดีกว่าการทายาไดโคลฟีแนค การนวดไทยจึงเป็นอีก

หนึ่งทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อที่สัมพันธ์กับการทำงานหรือพฤติกรรมโดยไม่ใช่ยาได้อีกวิธีหนึ่ง

คำสำคัญ: นวดพื้นฐาน / นวดจุดสัญญาณ / อาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียส
ส่วนบน

A Comparative Randomized Controlled Trial Study: The Effects of Shoulder Massage and Acupressure Point Massage on Upper Trapezius Muscle Pain Syndrome

Pitchayapha Inphrom*, Sasitorn Thongdee, Jirawan Phetchui,
Piyathida Yothaboriban

Thai Traditional Medicine Program, Faculty of Science and Technology,
Bansomdejchaopraya Rajabhat University, Bangkok

*Corresponding author email: pitchayapha.in@bsru.ac.th

Received: 19 October 2022

Revised: 27 November 2022

Accepted: 9 December 2022

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of shoulder massage and acupressure point massage on patients suffering from upper trapezius muscle pain syndrome with those receiving the standard treatment involving an application of Diclofenac Gel. Through purposive sampling, forty-five patients with upper trapezius muscle pain syndrome at Chorchongkho Thai Traditional Medicine clinic were selected as participants. They were randomized into three groups of fifteen patients, each group receiving either an application of Diclofenac Gel, a shoulder massage, or an acupressure point massage. The research was approved by the Human Research Ethics Committee of Bansomdejchaopraya Rajabhat University. The research instruments included Thai Royal massage, shoulder massage, and acupressure point massage. The participants were treated three times per week for one week. A goniometer was used to measure their range of motion, and an algometer was used to identify the degree of muscle tenderness. The pain scale of 0 to 10 was used to measure the pain before

and after the treatment, and the difference between the two was found to be statistically significant at .05. The findings revealed that the shoulder massage and the acupressure point massage could relieve the pain and increase the pressure-pain threshold with a statistical importance of .05 when compared to the levels obtained from the application of Diclofenac Gel. This research indicates that basic shoulder massage and acupressure point massage can both help relieve pain and that Thai traditional massage was effective in pain relief and could be applied as an alternative non-pharmacological treatment for patients with myofascial pain syndrome or behavior related pain.

Keywords: Shoulder massage / Acupressure point / Upper Trapezius muscle pain syndrome

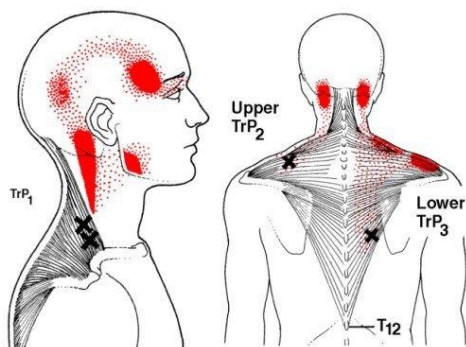
บทนำ

อาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อ (Myofascial pain syndrome) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มโรคของกระดูกและกล้ามเนื้อและยังเป็นสาเหตุส่งผลให้เกิดอาการปวดบริเวณคอและหลังส่วนบน ส่วนใหญ่มักเกิดในวัยเรียนหรือวัยทำงานช่วงอายุตั้งแต่ 18-60 ปี จากการสถิติในประเทศเยอรมันพบผู้ที่มีอาการปวดบริเวณคอ ไหล่เป็นอันดับหนึ่งถึงร้อยละ 46 รองลงมาปวดบริเวณสะโพกร้อยละ 28 และอันดับสามปวดบริเวณเอวร้อยละ 22 [1] ในประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2562 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างมากเป็นอันดับ 4 โดยมีอัตราเฉลี่ย 458 คนต่อประชากร 1,000 คน [2] และจากรายงานของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานพบผู้ที่มีอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน (Upper trapezius muscle) เพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า และพบประมาณร้อยละ 30 ในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปไทย [3]

กล้ามเนื้อทราพีเซียสเป็นกล้ามเนื้อรูปสามเหลี่ยมวางตัวอยู่ด้านหลังต้นคอ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนบน ส่วนกลาง และส่วนล่าง กล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนมีที่เกาะต้นจาก External occipital protuberance, superior nuchal line of the occipital bone, spinous process of C7 และ ligamentum nuchae ไปยังจุดเกาะปลายที่บริเวณด้านหลังของ 1 ใน 3 ส่วนทางด้านนอกของของกระดูก clavicle และบริเวณ acromion ของกระดูก scapula ซึ่งทำหน้าที่หลักในการทรงท่าของบ่า คอ และศีรษะ เมื่อกล้ามเนื้อด้านใดหนึ่งทำงานจะยกสะบักข้างนั้น เมื่อทำงานพร้อมกันทั้งสองข้างจะเกิดการก้มศีรษะ (Flexion) และเงยศีรษะ (Extension) จากหน้าที่ของกล้ามเนื้อนี้จึงเป็นสาเหตุให้เกิดอาการปวดคอและหลังส่วนบน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุแห่งการเกิดโรคที่มาจากการใช้อิริยาบถไม่ถูกต้อง การใช้กล้ามเนื้อติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการหดตัวเกร็งค้างของกล้ามเนื้อจากการใช้งานอย่างหนัก เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังและอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ ตรวจพบใยกล้ามเนื้อที่มีลักษณะแข็งมีจุดกดเจ็บมีความไวและก่อให้เกิดอาการปวด ส่งผลให้องศาการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการปวดกระทบกับการนอนหลับ และเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ได้ [4-5]

แนวทางการรักษาโรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดนิยมใช้การรักษาแบบอนุรักษ์ ได้แก่ การใช้ยา เช่น ยาลดการอักเสบ ยาคลายกล้ามเนื้อกลุ่มไดโคลฟีแนค ออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการสร้างสาร Prostaglandin ซึ่งสารนี้มีความสามารถในการยับยั้งเอ็นไซม์ Cyclooxygenase-1 (COX-1) และ Cyclooxygenase-2 (COX-2) ทำให้อาการปวดบรรเทาได้ แต่การรักษาผู้ป่วยแบบนี้มีผลข้างเคียงก่อให้เกิดความระคายเคืองในระบบทางเดินอาหารมีเลือดออกในกระเพาะอาหารและการใช้ยามากเกินไป [6] การแพทย์แผนไทยได้นำศาสตร์การนวดเข้ามามีบทบาทในหัตถการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อลดอาการ

ข้างเคียงจากการใช้ยาและเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ตามทฤษฎีหัตถเวชกรรมไทย สามารถเทียบเคียงได้กับโรคลมปลายปัตตาคตสัญญาณ 4 หลัง หลักการรักษาลมปลายปัตตาคตด้วยการนวดไทย ประกอบด้วยการนวดแนวเส้นพื้นฐานตามแนวเส้นและนวดจุดสัญญาณ ส่วนใหญ่จะอยู่บนแนวเส้นพื้นฐานแต่ละเส้นซึ่งจะตรงกับจุดกดเจ็บบนกล้ามเนื้อเพื่อกระตุ้นพลังประสาท จ่ายหรือบังคับเลือดและความร้อนไปยังตำแหน่งต่างๆ วิธีการนวดจะกดลงน้ำหนักของผู้บำบัดค้างไว้บนกล้ามเนื้อเพื่อให้กล้ามเนื้อบริเวณนั้นขาดเลือดชั่วคราว (Ischemic compression) เมื่อปล่อยแรงกดเลือดจะไหลเวียนมาเพิ่มมากขึ้น ช่วยในการลดปวด เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เพิ่มช่วงขององศาการเคลื่อนไหวคอและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน [7] ปัจจุบันมีการศึกษาประสิทธิภาพในด้านต่าง ๆ ของการนวดไทยแบบราชสำนักทั้งการเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา ศึกษาเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยเทคนิคอื่น ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการนวดแนวเส้นพื้นฐานและนวดจุดสัญญาณเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐานคือการทายาไดโคลฟีแนคในการรักษาอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนเพื่อเป็นประโยชน์ในการทำเวชปฏิบัติทางคลินิกแพทย์แผนไทย



ภาพที่ 1 แสดงจุดกดเจ็บบนกล้ามเนื้อทราพีเซียส [8]

ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. นวดแนวเส้นพื้นฐานสามารถลดระดับความปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหว และกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนทนต่อแรงกดได้มากขึ้นหลังการรักษาได้
2. นวดจุดสัญญาณสามารถลดระดับความปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหว และกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนทนต่อแรงกดได้มากขึ้นหลังการรักษาได้

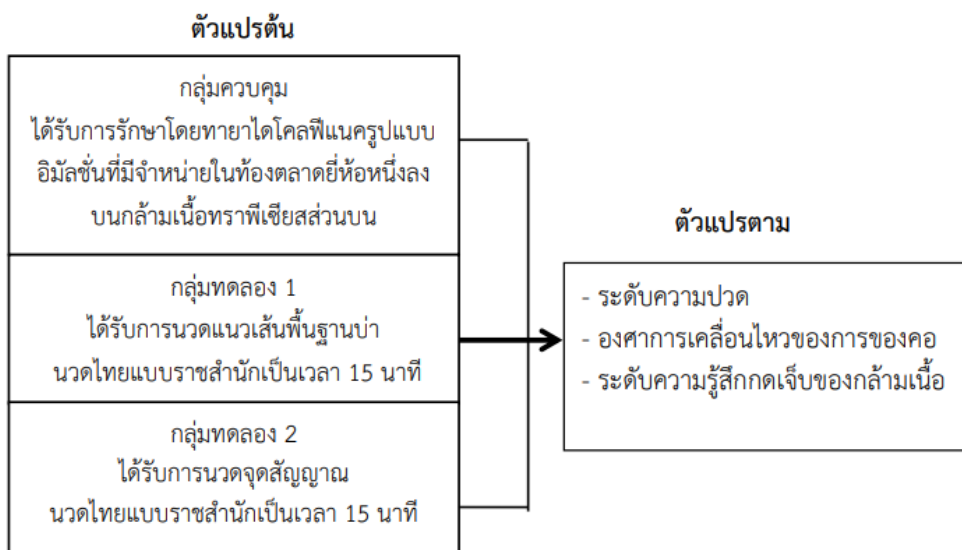
3. นวดแนวเส้นพื้นฐานและนวดจุดสัญญาณสามารถลดระดับความปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนทนต่อแรงกดได้มากขึ้นหลังการรักษาได้ไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับการใช้ยาทาไดโคลฟีแนค

4. นวดแนวเส้นพื้นฐานและนวดจุดสัญญาณสามารถลดระดับความปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนทนต่อแรงกดได้มากขึ้นหลังการรักษาได้แตกต่างกันกับการใช้ยาทาไดโคลฟีแนค

วัสดุและวิธีการ

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเปรียบเทียบแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Experimental Research; Randomized controlled trial)



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ที่มีอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน ซึ่งเข้ารับการรักษานอกระบบโศคลินิการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยว่ามีอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power เวอร์ชัน 3.1.9.2 ได้กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.05 และจาก

การทบทวนวรรณกรรมที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.65 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 45 คน และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 45 ราย ได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดใช้วิธีจับฉลากเพื่อแบ่งกลุ่มอาสาสมัครเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมใช้ยาทาไดโคลฟีแนคในรูปแบบอิมัลชันที่กำหนดตามท้องตลาดยี่ห้อหนึ่ง จำนวน 15 ราย กลุ่มทดลอง 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มขนาดแนวเส้นพื้นฐานบ่าจำนวน 15 ราย กลุ่มขนาดจุดสัญญาณจำนวน 15 ราย

3. เกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าโครงการวิจัย

3.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

3.1.1 ผู้ที่มีอาการปวดบริเวณพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เพศชายหรือหญิง ได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินโดยแพทย์แผนไทยที่มีประสบการณ์ด้านคลินิกอย่างน้อย 2 ปี เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน พบจุดกดเจ็บบนกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนอย่างน้อย 1 จุด ข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ระยะเวลาปวดติดต่อกันนาน 1 เดือน และมีระดับคะแนนความปวดตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (pain scale ≥ 5) อ้างอิงจากการวิจัยของศรีวรรณ สวยงาม และคณะ [9]

3.1.2 ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนดโดยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

3.2.1 สตรีตั้งครรภ์

3.2.2 มีประวัติแพ้ยาทาไดโคลฟีแนค

3.2.3 มีอาการชาจากการกดทับของเส้นประสาท

3.2.4 เป็นโรคที่ห้ามนวด เช่น โรคหัวใจ โรคมีการติดเชื่อเฉียบพลัน กระดูกพรุน

3.2.5 มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ หรือความผิดปกติของสมอง

3.2.6 เกิดพยาธิสภาพอื่น ๆ บริเวณคอ บ่า ไหล่ที่ห้ามทำหัตถการ เช่น กระดูกแตก หัก ปริรั่ว ที่ยังไม่ติดดี หรือเป็นมะเร็ง

3.2.7 มีแผลเปิด แผลเรื้อรัง หรือมีรอยโรคที่ผิวหนังที่สามารถติดต่อกันได้ มีการบาดเจ็บภายใน 24 ชั่วโมง มีการผ่าตัดภายในระยะเวลา 1 เดือน หลอดเลือดดำอักเสบ

3.2.8 อาการที่ห้ามทำหัตถการ เช่น มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส มีความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ 160/100 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน

3.2.9 มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือด เช่น อาการช้ำเลือด (Ecchymosis) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease)

3.2.10 มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีภาวะเลือดออกง่าย

3.3 เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย (Discontinuation criteria)

อาสาสมัครทนต่อความเจ็บปวดไม่ได้ ต้องรับประทานยาแก้ปวด หรือได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ นอกเหนือจากงานวิจัย ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงหรือขอลถอนตัวจากโครงการวิจัย ไม่สามารถมาติดตามผล ตามระยะเวลาที่กำหนดได้

3.4 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เลขที่โครงการวิจัย 010/64 COA No. BSRU-REC 6404004 รับรองวันที่ 16 เมษายน 2564

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 แบบประเมินระดับความปวดมาตรวัดตัวเลข (Numeric rating scale; NRS)

4.2 เครื่องวัดระดับความกดเจ็บของกล้ามเนื้อ (Commander Echo Algometry testing)

4.3 เครื่องวัดองศาการเคลื่อนไหวของคอ (Goniometer)

4.4 แบบบันทึกข้อมูลการทดลอง

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1 แบบประเมินระดับความปวดกล้ามเนื้อมาตรวัดตัวเลข Numeric rating scale; NRS ค่าความเที่ยงแบบวัดซ้ำของเครื่องมือเท่ากับ 0.78

5.2 เครื่องวัดระดับความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อ (Algometer) ทดสอบคุณภาพโดยวิธี test-retest reliability ในกลุ่มที่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

5.3 เครื่องวัดองศาการเคลื่อนไหวของคอ Cervical range of motion (CROM) ใช้ Goniometer ทดสอบคุณภาพโดยวิธี test-retest reliability ในกลุ่มที่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

แบบบันทึกข้อมูลการทดลอง ตรวจสอบคุณภาพด้านความถูกต้องและแม่นยำของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดพังผืดและ

กล้ามเนื้อและด้านงานวิจัย รวมทั้งสิ้น 3 ท่าน คือ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ เกษัชกร นักกายภาพบำบัด

6. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

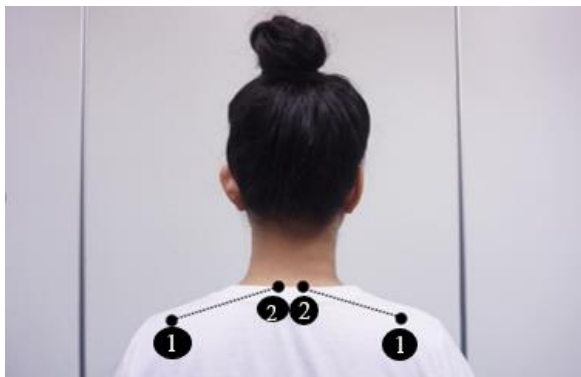
6.1 ผู้วิจัยคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างอาสาสมัครทุกคนทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย อันตรายหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองพร้อมลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย แบ่งอาสาสมัครออกเป็น 3 กลุ่ม ได้รับการรักษาทั้งหมด 3 ครั้ง แบ่งเป็น 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันที่ 1, 3, 5 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยกำหนดจำนวนครั้งหรือความถี่ของการรักษาดังกล่าวโดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน [10] ร่วมกับการนวดไทยตามเทคนิค การนวดแบบราชสำนัก ซึ่งมีรายละเอียดแนวของการนวด คลำหาจุดกดเจ็บและบริเวณที่กดเจ็บ

6.2 ผู้วิจัย วัดข้อมูลพื้นฐานทางกายภาพ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อาสาสมัครทั้ง 3 กลุ่มจะได้รับการประเมินตัวแปรทั้งสิ้น 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ประเมินก่อนเข้ารับการรักษา (Baseline assessment) และครั้งที่ 2 ประเมินหลังการรักษาครั้งสุดท้าย (Post-test) ตัวแปรที่ใช้ประเมินได้แก่ ประเมินระดับความปวด โดยใช้มาตราวัดตัวเลข Numeric rating scale; NRS) ประเมินระดับความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อโดยใช้ Algometer และประเมินองศาการเคลื่อนไหวของคอในท่าก้มศีรษะ (Neck flexion) และเงยศีรษะ (Neck extension) ด้วย Goniometer

6.3 ผู้วิจัยทำการทดลองใน (กลุ่มควบคุม) ทายาไดโคลฟีแนนครูปแบบอิมัลชันที่วางขายตามท้องตลาดยี่ห้อหนึ่งมีตัวยาสำคัญ ไดโคลฟีแนกไดเอทิลามีน (Diclofenac diethylamine) (Diclofenac Cream 1%w/w) ซึ่งปริมาณของยาที่ใช้ทาครั้งละ 2 กรัม ให้อาสาสมัครนั่งขัดสมาธิหรือเหยียดขา ผู้วิจัยนำยามาทาลงบน โดยใช้นิ้วหัวแม่มือทายาตำแหน่งเดียวกับการนวดแนวเส้นพื้นฐานป่าหรือบนกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน ตั้งแต่บริเวณ Acromion of scapula ไปจนถึงกระดูกสันหลังส่วนคอชั้นที่ 7 (7th cervical vertebrae) ทั้ง 2 ข้าง ทำ 3 ครั้ง วันที่ 1, 3, 5 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

6.4 ผู้วิจัยทำการทดลองใน (กลุ่มทดลอง) นวดแนวเส้นพื้นฐานป่าตามสูตรการนวดไทยแบบราชสำนักอ้างอิงจากตำราหัตถเวชกรรมแผนไทย [11] ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ให้อาสาสมัครนั่งขัดสมาธิหรือเหยียดขา ผู้วิจัยใช้นิ้วหัวแม่มือกดนวดตามแนวนวด ที่จำเพาะต่อกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน ใช้แรงกดพอรู้สึกปวดเล็กน้อย กดค้างไว้ 3-5 วินาที แล้ว

ผ่อนแรงจากนั้นผู้วิจัยจึงเคลื่อนไปจุดถัดไปตามแนวเส้นที่กำหนด แต่ละแนววนวดซ้ำ จำนวน 5 รอบ ทั้งสองข้าง เป็นเวลา 15 นาทีต่อวัน ทำ 3 ครั้ง วันที่ 1, 3, 5 เป็นเวลา 1 สัปดาห์



ภาพที่ 3 แสดงตำแหน่งและแนวเส้นของการนวดแนวพื้นฐานบ่า

6.5 ผู้วิจัยทำการทดลองใน (กลุ่มทดลอง) นวดจุดสัญญาณ ได้แก่ สัญญาณ 4, 5 หลัง และสัญญาณ 4 หัวไหล่ ตามสูตรการนวดไทยแบบราชสำนักราชสำนักอังกษจากตำราหัตถเวชกรรมแผนไทย [12] ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ให้อาสาสมัครนั่งขัดสมาธิหรือเหยียดขา ผู้ช่วยวิจัยใช้นิ้วหัวแม่มือกดบริเวณสัญญาณ 4 หลัง อยู่ระหว่างกระดูกสันหลังระดับคอชั้นที่ 7 (7th cervical vertebrae) กับ กระดูกสันหลังระดับอกชั้นที่ 1 (1st thoracic vertebrae) โดยผู้ช่วยวิจัยอยู่ในท่าหกตัว วางนิ้วหัวแม่มือข้างตรงข้ามกับหลังข้างที่จะนวดที่ตำแหน่งจุดสัญญาณ 4 กดนวดในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือทำมุม 90 องศา ปลายนิ้วทั้งสี่ (ชี้ กลาง นาง และก้อย) หันไปทางด้านตรงข้ามกับหลังข้างที่นวด กดค้างไว้ 5 วินาที จำนวน 5 รอบ จากนั้นกดบริเวณสัญญาณ 5 หลัง อยู่ระหว่างกระดูกสันหลังระดับคอชั้นที่ 6 และ 7 ทั้งสัญญาณ 4 และ 5 จะวางตัวอยู่บริเวณกล้ามเนื้อทราพีเซียส ผู้วิจัยอยู่ในท่าหกตัว วางนิ้วหัวแม่มือข้างตรงข้ามกับหลังข้างที่จะนวดที่ตำแหน่งจุดสัญญาณ 5 กดนวดในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือทำมุม 90 องศา ปลายนิ้วทั้งสี่ (ชี้ กลาง นาง และก้อย) หันไปทางด้านตรงข้ามกับหลังข้างที่นวด กดค้างไว้ 5 วินาที จำนวน 5 รอบ จากนั้นกดสัญญาณ 4 หัวไหล่ อยู่บริเวณร่องแอ่งของไหปลาร้า ขีดต้นคอด้านข้าง ผู้ช่วยวิจัยใช้มือข้างเดียวกับหัวไหล่ข้างที่จะนวด จับที่ข้อมือและยกแขนอาสาสมัครขึ้น จนแขนตั้งฉากกับลำตัว งอข้อศอกประมาณ 90 องศา แล้ววางนิ้วมือข้างตรงข้ามกับหัวไหล่ที่จะนวดลงที่จุดตำแหน่ง

สัญญาณ 4 กดนิ้วในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือทำมุม 45 องศาไว้ 5 วินาที จำนวน 5 รอบทั้งสองข้าง เป็นเวลา 15 นาทีต่อวัน ทำ 3 ครั้ง วันที่ 1, 3, 5 เป็นเวลา 1 สัปดาห์



ภาพที่ 4 แสดงตำแหน่งจุดสัญญาณ 4, 5 หลัง



ภาพที่ 5 แสดงตำแหน่งจุดสัญญาณ 4 หัวไหล่

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และสถิติ Analysis of Variance (ANOVA)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนประกอบทางกายภาพพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างพบว่า ด้านเพศไม่เท่ากัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.6 เพศชายร้อยละ 33.3 มีอายุระหว่าง 19 – 63 ปี และมีระดับความปวดมากกว่า 5 ร้อยละ 98 สัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต อัตราการหายใจ ชีพจร และอุณหภูมิร่างกายก่อนและหลังทดสอบอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ผลของการวัดแนวเส้นพื้นฐานต่อระดับความปวด องศาการเคลื่อนไหวคอ และความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียส ส่วนบน พบว่าหลังการรักษาอาสาสมัครมีระดับความปวดลดลง องศาการเคลื่อนไหวของคอ ในท่าก้มศีรษะ-เงยศีรษะและระดับความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อทั้งสองข้างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลของการวัดแนวเส้นพื้นฐานต่อระดับความปวด องศาการเคลื่อนไหวของคอ และความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียส ส่วนบน (N=15)

ผล	ก่อนรักษา		หลังรักษา		t	P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ระดับความปวด	6.53	0.91	2.73	1.38	9.67	0.00*
องศาการเคลื่อนไหวคอ						
ท่าก้มศีรษะ	26.00	9.62	31.80	10.41	-2.71	0.01*
ท่าเงยศีรษะ	19.73	5.56	30.07	6.95	-4.10	0.00*
ความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อข้างซ้าย	1.34	0.48	1.70	0.43	-2.28	0.03*
ความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อข้างขวา	1.34	0.28	2.38	0.23	-9.28	0.00*

* P-value < .05

3. ผลของการวัดจุดสัญญาณต่อระดับความปวด องศาการเคลื่อนไหวของคอ และความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียส ส่วนบน พบว่าหลังการรักษาอาสาสมัครมีระดับความปวดลดลง องศาการเคลื่อนไหวของคอ

ในท่าก้มศีรษะ-เงยศีรษะและระดับความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อทั้งสองข้างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลของการนวดกดจุดสัญญาณต่อระดับความปวด องศาการเคลื่อนไหวของคอ และความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน (N=15)

ผล	ก่อนรักษา		หลังรักษา		t	P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ระดับความปวด	6.53	0.83	3.20	1.26	8.91	0.00*
องศาการเคลื่อนไหวของคอ						
ท่าก้มศีรษะ	21.67	5.97	28.48	9.56	-2.44	0.02*
ท่าเงยศีรษะ	19.07	3.90	27.87	6.62	-3.91	0.00*
ความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อข้างซ้าย	1.32	0.48	1.48	0.51	-1.04	0.31
ความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อข้างขวา	1.31	0.38	1.82	0.47	-2.91	0.01*

* P-value < .05

4. ผลของการทายาไดโคลฟีแนคต่อระดับความปวด องศาการเคลื่อนไหวของคอ และความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน พบว่าหลังการรักษาอาสาสมัครมีระดับความปวดลดลง องศาการเคลื่อนไหวของคอในท่าก้มศีรษะ-เงยศีรษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ระดับความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนทั้งสองข้างก่อน-หลังการรักษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลของการทายาไดโคลฟีแนคต่อระดับความปวด องศาการเคลื่อนไหวของคอ และความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียส ส่วนบน (N=15)

ผล	ก่อนรักษา		หลังรักษา		t	P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ระดับความปวด	6.33	1.11	3.67	1.11	5.39	0.00*
องศาการเคลื่อนไหวคอ						
ท่าก้มศีรษะ	24.53	9.10	35.53	12.13	-4.73	0.00*
ท่าเงยศีรษะ	18.53	3.99	29.13	10.01	-4.48	0.00*
ความรู้สึกกดเจ็บ ของกล้ามเนื้อข้างซ้าย	1.54	0.41	1.84	0.46	2.08	0.05
ความรู้สึกกดเจ็บ ของกล้ามเนื้อข้างขวา	1.36	0.56	1.84	0.49	1.98	0.06

* P-value < .05

5. ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของระดับความปวด (Pain score) หลังรักษา พบว่าอาสาสมัครกลุ่มทายาไดโคลฟีแนคกับกลุ่มนวดแนวเส้นพื้นฐานมีค่าเฉลี่ยของระดับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มทายาไดโคลฟีแนคกับนวดจุดสัญญาณ และกลุ่มนวดแนวเส้นพื้นฐานกับนวดจุดสัญญาณไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวด (Pain score) ของการนวดแนวเส้นพื้นฐานกับการกดจุดสัญญาณและทายาไดโคลฟีแนคต่ออาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนหลังรักษาโดยใช้สถิติ Analysis of Variance : ANOVA

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D.	P-value
ทายาไดโคลฟีแนค	3.67	1.11	
นวดแนวเส้นพื้นฐาน	2.73	1.38	0.14
นวดจุดสัญญาณ	3.20	1.26	
ทายาไดโคลฟีแนค - นวดแนวเส้นพื้นฐาน			0.04*
ทายาไดโคลฟีแนค - นวดจุดสัญญาณ			0.31
นวดแนวเส้นพื้นฐาน- นวดจุดสัญญาณ			0.31

* P-value < .05

ระดับความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อ (Pain Threshold) หลังการรักษา พบว่ากลุ่ม ทายาไดโคลฟีแนคกับขนาดจุดสัญญาณมีระดับความรู้สึกกดเจ็บกล้ามเนื้อข้างซ้ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, กลุ่มกลุ่มทายาไดโคลฟีแนคกับขนาดเส้น พื้นฐาน และกลุ่มขนาดเส้นพื้นฐานกับขนาดจุดสัญญาณมีระดับความรู้สึกกดเจ็บกล้ามเนื้อ ข้างขวาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกกดเจ็บ (Pain Threshold) ของกล้ามเนื้อท ราพีเซียส ส่วนบนของขนาดเส้นพื้นฐานกับขนาดจุดสัญญาณและยาทาไดโคลฟีแนคต่อ อากาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนหลังรักษาโดยใช้สถิติ Analysis of Variance : ANOVA

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D.	P-value
Pain Threshold Left Upper Trapezius			
ทายาไดโคลฟีแนค	1.84	0.46	0.13
ขนาดเส้นพื้นฐาน	1.70	0.43	
ขนาดจุดสัญญาณ	1.48	0.51	
ทายาไดโคลฟีแนค - ขนาดเส้นพื้นฐาน			0.42
ทายาไดโคลฟีแนค - ขนาดจุดสัญญาณ			0.04*
ขนาดเส้นพื้นฐาน- ขนาดจุดสัญญาณ			0.03*
Pain Threshold Right Upper Trapezius			
ทายาไดโคลฟีแนค	1.84	0.49	0.00*
ขนาดเส้นพื้นฐาน	2.38	0.23	
ขนาดจุดสัญญาณ	1.82	0.47	
ทายาไดโคลฟีแนค - ขนาดเส้นพื้นฐาน			0.00*
ทายาไดโคลฟีแนค - ขนาดจุดสัญญาณ			0.89
ขนาดเส้นพื้นฐาน- ขนาดจุดสัญญาณ			0.00*

* P-value < .05

องศาการเคลื่อนไหวของคอ Cervical range of motion (CROM) หลังการรักษา พบว่าในท่าก้มศีรษะ (Flexion) และท่าเงยศีรษะ (Extension) เมื่อเปรียบเทียบทั้งสามกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของศาการเคลื่อนไหวของคอ (CROM) ของขนาดแนวเส้นพื้นฐานกับขนาดจุดสัญญาณและยาทาโคโลฟีแนคต่ออาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนหลังรักษาโดยใช้สถิติ Analysis of Variance : ANOVA

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D.	P-value
ท่าก้มศีรษะ (Flexion)			
ยาทาโคโลฟีแนค	35.53	12.13	0.21
ขนาดแนวเส้นพื้นฐาน	31.08	10.41	
ขนาดจุดสัญญาณ	28.47	9.56	
ยาทาโคโลฟีแนค - ขนาดแนวเส้นพื้นฐาน			0.34
ยาทาโคโลฟีแนค - ขนาดจุดสัญญาณ			0.07
ขนาดแนวเส้นพื้นฐาน - ขนาดจุดสัญญาณ			0.40
ท่าเงยศีรษะ (Extension)			
ยาทาโคโลฟีแนค	29.13	10.01	
ขนาดแนวเส้นพื้นฐาน	30.07	6.95	0.75
ขนาดจุดสัญญาณ	27.87	6.62	
ยาทาโคโลฟีแนค - ขนาดแนวเส้นพื้นฐาน			0.75
ยาทาโคโลฟีแนค - ขนาดจุดสัญญาณ			0.66
ขนาดแนวเส้นพื้นฐาน - ขนาดจุดสัญญาณ			0.45

* P-value < .05

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า ผลของการขนาดแนวเส้นพื้นฐานและขนาดจุดสัญญาณในผู้ป่วยที่มีอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนพบว่าหลังการรักษา ในกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มสามารถลดระดับความปวด เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอในท่าก้มและเงยศีรษะ และกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนทนต่อแรงกดได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าการขนาดแนวเส้นพื้นฐานเป็นการขนาดกดลงบนแนวกล้ามเนื้อซึ่งใช้แรงกดกระทำต่อกล้ามเนื้อโดยตรง ทำให้กล้ามเนื้อถูกยืดออกและจุดกดเจ็บบนลำกล้ามเนื้อคลายตัวลง เพิ่มความยืดหยุ่น จึงสามารถลดระดับความปวดได้ ทำให้กล้ามเนื้อมีความทนทานต่อความรู้สึกกดเจ็บของกล้ามเนื้อได้มากขึ้น [13] การขนาดจุดสัญญาณเป็นการใช้แรงกดลงบนจุดกดเจ็บ และตำแหน่งของหลอดเลือดที่อยู่บนกล้ามเนื้อโดยตรงใน

ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน สอดคล้องกับทฤษฎีการนวดไทยที่ได้กล่าวไว้ว่า การกดจุดสัญญาณเป็นการจ่ายหรือบังคับเลือดและความร้อนไปยังตำแหน่งต่าง ๆ มีผลเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และเป็นการกระจายเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลายทางมากขึ้น [14] หากกล่าวถึงทฤษฎีธาตุทั้ง 4 ของศาสตร์การแพทย์แผนไทยได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟนั้นแรงกดจากการนวดแนวเส้นพื้นฐานและจุดสัญญาณที่กระทำกับกล้ามเนื้อนั้น ส่งผลให้ธาตุดินซึ่งเทียบได้กับกล้ามเนื้อคลายตัว ส่งผลให้ธาตุลม ธาตุน้ำ และธาตุไฟเทียบได้กับระบบการไหลเวียนของเลือด ของเหลวที่อยู่ระหว่างเซลล์และการขับของเสีย ออกจากร่างกายเคลื่อนที่ได้สะดวก และส่งผลย้อนกลับไปทำให้ธาตุดินเกิดการคลายตัวมากขึ้น เมื่อมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้มากขึ้น ทำให้อาการปวดตึงกล้ามเนื้อดีขึ้นตามลำดับ [15] สอดคล้องกับการศึกษาของศรีวรรณ สวยงาม และคณะ [9] ที่ทำการวิจัยเรื่อง ผลของการนวดคอ บ่า ไหล่ ร่วมกับการใช้ยา ต่อความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด พบว่า การนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียวยังสามารถลดระดับความปวดและลดความตึงตัวของกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของนันทกา อยู่คงและคณะ [16] ที่ทำการวิจัยเรื่อง การเปรียบเทียบผลการรักษาในผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดบริเวณกล้ามเนื้ออัปเปอร์ทราพีเซียส ด้วยการนวดไทยแบบราชสำนัก และเทคนิคอิชิมิกคอมเพรสชัน พบว่า กลุ่มที่รักษาด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักมีระดับความรู้สึกดเจ็บและพิสัยการเคลื่อนไหวของคอที่เพิ่มขึ้นมากกว่าการนวดอิชิมิกคอมเพรสชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผลการนวดแนวเส้นพื้นฐานและนวดจุดสัญญาณในผู้ป่วยที่มีอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนจึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 และ 2

ในงานวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการรักษากลุ่มนวดแนวเส้นพื้นฐานและนวดจุดสัญญาณสามารถลดระดับความปวดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนทนต่อแรงกดได้มากขึ้นหลังการรักษาได้แตกต่างกันกับการใช้ยาทาไดโคลฟีแนค แต่ไม่มีความแตกต่างกันในการเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากยาทาไดโคลฟีแนค (Diclofenac Gel) มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาโดยไปยับยั้งการสร้าง Prostaglandin มีความสามารถในการยับยั้งเอ็นไซม์ Cyclooxygenase-1 (COX-1) และ Cyclooxygenase-2 (COX-2) ทำให้มีการสร้าง Prostaglandin ลดลงจึงมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดได้ [17] นอกจากนี้สามารถ

อธิบายได้ว่าการนวดลงบนกล้ามเนื้อไม่ว่าจะเป็นนวดบนแนวเส้นพื้นฐานหรือนวดบริเวณจุดสัญญาณ เทียบได้กับการกดเฉพาะที่ (Ischemic compression) เป็นการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ส่งสัญญาณประสาทไปยังการทำหน้าที่ของเซลล์ที่ทำให้ประตูความปวดปิดลงสมองจึงได้รับสัญญาณความปวดลดลงตามทฤษฎีประตูควบคุมความปวด ส่งผลให้ระดับความปวดของอาสาสมัครลดลงหลังการนวดได้ดีเทียบเท่ากับการทายาไดโคลฟีแนค

สรุป

จากการวิจัยนี้พบว่า การนวดแนวเส้นพื้นฐาน นวดจุดสัญญาณทำให้ระดับความปวดในผู้ที่มีอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบนหลังการรักษาในลดลง เพิ่มความรู้สึกเจ็บของกล้ามเนื้อและองศาการเคลื่อนไหวของคอหลังการรักษาได้ แต่เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาด้วยยาทาไดโคลฟีแนค พบว่าผลของการทายาไดโคลฟีแนคสามารถลดระดับความปวด และเพิ่มความรู้สึกเจ็บของกล้ามเนื้อได้ผลดีกว่าการนวดแนวเส้นพื้นฐาน ส่วนองศาการเคลื่อนไหวของคอพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าการนวดแนวเส้นพื้นฐานและนวดกดจุดสัญญาณเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับการทายาไดโคลฟีแนค การนวดไทยจึงเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อที่สัมพันธ์กับการทำงานหรือพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยาได้อีกวิธีหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้ง 45 ราย ผู้ให้ข้อมูลในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Pott, H, Baeumler P, Irnich D. Diagnosis of myofascial pain syndrome in chronic pain patients in daily clinical practice. JAMS 2018;11(4):259-60.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. 2563 [15 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก<http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8297>

3. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ Myofascial pain syndrome fibromyalgia. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้น; 2552.
4. วิมล ศรีวิชา. การรักษาทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (Myofascial pain syndrome). วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2559;1(1):10-28
5. Netter FH. Atlas of human anatomy. sixth edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2014.
6. แสงอรุณ ดังก้อง. กายภาพบำบัดในโรคปวดพังผืดกล้ามเนื้อทราพีเซียสส่วนบน. เวชบัณฑิตศิริราช 2561;11(1):27-33.
7. ยอดชาย บุญประกอบ, สุภาภรณ์ ผดุงกิจ, เศรษฐพงศ์ หนองหารพิทักษ์, ธนาภรณ์ ศรีเจษฎารักษ์, วันัชพร สุภเสถียร และโชคชรีน นาแข็งฤทธิ์. จุดกดเจ็บโค: รักษาได้หรือเพิกขุเลาอาการ. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 2559; 49(1):155-66.
8. Simons D, Travell J, Simons L. Travell & Simmons' Myofascial Pain and Dysfunction, The Trigger Point Manual Volume 1. Upper Half of Body. 2nd ed. Williams and Wilkens; 1999.
9. ศรีวรรณ สวยงาม, ลดาวัลย์ อุ๋นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์, มณี อาภานันท์กุล. ผลของการนวดคอ บ่า ไหล่ ร่วมกับการใช้ยา ต่อความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 2560;28(2):42-54.
10. วิศรุต บุตราภาศ, เบญจมาภรณ์ หาญเจริญกุล. ผลการรักษาของการนวดไทยต่อองค์การเคลื่อนไหวของคอ อาการปวด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดของกล้ามเนื้อบ่า. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2562;31(1):9-20.
11. โรงเรียนอายุรเวทธำรง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดไทยแบบราชสำนัก): การนวดพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศุภวนิชการพิมพ์; 2554.
12. โรงเรียนอายุรเวทธำรง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดไทยแบบราชสำนัก) ตอนที่ 2: การนวดจุดสัญญาณ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศุภวนิชการพิมพ์; 2557.

13. โสภภา ลีศิริวัฒนกุล, คณิสสร เจริญกิจ, วิภารัตน์ ภิบาลวงษ์. ผลของโปรแกรมการนวดแผนไทยต่อกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของบุคลากร. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561;29(2):129-41.
14. ร่มฉัตร ประเสริฐ, อาทิตย์ พวงมะลิ, สุรีพร อุทัยคุปต์. ชีตกัณฑ์ระดับการรับรู้สีกเจ็บปวดด้วยแรงกด และภาวะทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดคอเรื้อรังแบบไม่ทราบสาเหตุ. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2556;25(2):203-11.
15. พิษญาภา อินทร์พรหม, พิษญาภา อัดตโนรักษ์. ผลการนวดไทยแบบราชสำนักต่อพิสัยการเคลื่อนไหว ความโค้งของหลังส่วนล่าง และระดับความปวดในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่าง. วารสารเกื้อการุณย์ 2563;27(2):130-43.
16. นันทกา อยู่คง, ไชยรงค์ จรเกตุ, อรรอุมา บุญยารมย์. การเปรียบเทียบผลการรักษาในผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด บริเวณกล้ามเนื้ออัปเปอร์ทราพีเซียสด้วยการนวดไทยแบบราชสำนัก และเทคนิคอิซคิมิกคอมเพรสชั่น. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา 2557;14(1):155-166.
17. Osafo N, Agyare C, Obiri, D, Antwi O. Mechanism of action of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. 1st ed. Intech Open Science; 2017.