

ประสิทธิผลการรักษาด้วยวิธีผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนชนิดมีและไม่มีอาการเตือน

มกร ลีมอุดมพร* ผกากรอง ขวัญข้าว** บุญท่า กิจนิยัม** ปวีศรารัตน์ภักดิ์**

นภัศรญา เกษรา** ชลาลัย โสคติศรีจันทร์*** สุจิตา โอภาณี***

บทคัดย่อ

ไมเกรนเป็นสาเหตุของอาการปวดศีรษะที่พบได้บ่อย การรักษามักใช้ยาเป็นหลักซึ่งอาจเกิดอาการแทรกซ้อนได้ ในทางการแพทย์แผนไทยมีโรคที่มีอาการใกล้เคียงกับโรคไมเกรน ซึ่งรักษาด้วยการนวด จึงได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผล และความปลอดภัยในการรักษาด้วยวิธีผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาในผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนชนิดมีและไม่มีอาการเตือน เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ในผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร 91 ราย ในปี พ.ศ. 2555 -2560 และสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 รับประทานยาเพียงอย่างเดียว (42 คน) และกลุ่มที่ 2 รับประทานร่วมกับการนวด (นวดวันเว้นวัน) เป็นเวลา 7 วัน (49 คน) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มที่ 2 มีอาการลดลงกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในประเด็นดังนี้ 1) ระดับความเจ็บปวดลดลงในวันที่ 7 2) ความถี่ในการปวดต่อวันลดลงในวันที่ 2 และตั้งแต่วันที่ 4 เป็นต้นไป 3) จำนวนยาที่ใช้ลดลงตั้งแต่วันที่ 2 เป็นต้นไป และมีระดับความพึงพอใจที่มากกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการเปรียบเทียบอาการปวดก่อนและหลังในกลุ่มที่ 2 พบว่า มีระดับความปวดลดลงตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไป ความถี่ในการปวด และจำนวนการใช้ยาลดลงตั้งแต่วันที่ 4 เป็นต้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่าการรักษาผสมผสานมีผลลดความถี่ในการปวด และการใช้ยา จึงควรส่งเสริมให้เกิดการรักษาแบบผสมผสาน

คำสำคัญ: ไมเกรน การนวดไทย การรักษาแบบผสมผสาน

* โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, E-mail: fatattm@gmail.com

** โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

*** วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

Effectiveness of Thai massage integrated into standard treatment for patients with migraine with or without aura

Makron Limudomporn* Pakakrong Kwankhao** Buntam Kitniyom** Pawatsara Kampheratham**

Napatchaya Kessara** Chalalai Chokdeesrijan*** Suthita Obhasi***

Abstract

Migraine is the major cause of headache. Medication is typically used for the treatment of migraine, however, adverse drug reactions may be found. For Thai Traditional Medicine, there is a disease of which symptoms are similar to migraine and massage has been used to treat this disease. Therefore, to develop an integrative treatment, this study aimed to assess effectiveness and safety of massage integrated into standard treatment in patients with migraine with or without aura. The Quasi experiment was conducted in the outpatient department of Chao Phya Abhaibhubejhr hospital during 2012-2017. Ninety-one patients with migraine with or without aura were randomly divided into 2 groups; standard treatment (group 1) for 7 days and standard treatment with Nuad Thai every other day for 3 days (group 2). Group 2 had less pain intensity and modern medicine consumption significantly within 7 and 2 days respectively when comparing to group 1. Pain frequency reduced significantly in day 2 and 4 while patient satisfaction was also higher significantly in group 2. Within the groups, group 2 started reducing pain intensity, pain frequency and modern medicine consumption in day 3, 4 and 4 onward respectively. In conclusion, it is indicated that Nuad Thai helps reducing pain intensity and modern medicine consumption in patients with migraine. It should be promoted and integrated into standard treatment.

Keywords: migraine, Thai massage, integration into standard treatment

*Chao Phya Abhaibhubejhr hospital, Prachinburi, E-mail: fatattm@gmail.com

** Chao Phya Abhaibhubejhr hospital, Prachinburi

*** Abhaibhubejhr college of Thai Traditional Medicine, Prachinburi

บทนำ

โรคปวดศีรษะไมเกรนเป็นสาเหตุของอาการปวดศีรษะที่พบได้บ่อย ในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของโรคปวดศีรษะในประชากรผู้ใหญ่ภาคกลาง พบความชุกของโรคไมเกรน ร้อยละ 17.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 3 ต่อ 1¹ ปัจจัยที่กระตุ้นหรือเสริมอาการปวด ได้แก่ ความเครียด การอดนอน และอาการท้องผูก นำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดอาการปวดศีรษะหรือเสริมอาการปวดมากขึ้น² ไมเกรนส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย เป็นโรคหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่ทำงานประเภทใช้ความคิดต้องขาดงานเป็นจำนวนมาก ทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจไม่น้อย ถ้าเป็นบ่อยมากเป็นรุนแรงมากๆ ก็ทำให้เสียสุขภาพจิตได้³

การรักษาไมเกรน โดยส่วนใหญ่ใช้ยาเป็นหลัก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาแตกต่างกันไปตามกลุ่มของยา เช่น ยากลุ่ม NSAIDS อาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ยากลุ่ม Ergot ทำให้เกิดการคลื่นไส้ อาเจียน และห้ามใช้ในผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด ยากลุ่ม TCA อาจมีผลข้างเคียง เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก นอกจากนี้การใช้ยาดัดต่อกันในขนาดสูงเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดโรคปวดศีรษะเหตุใช้ยาเกิน (Medication overused headache) ได้ โดยเฉพาะยาที่มักใช้บ่อย เช่น Paracetamol, NSAIDS, Ergotamine, Opioids และ Triptans⁴

ด้านการแพทย์แผนไทยพบว่า มีการกล่าวถึงโรคลมปะกัง ซึ่งมีอาการปวดศีรษะ ลักษณะปวดขมับ ปวดเบ้าตา หรือปวดกระบอกตา ปวดแบบตุ๊บๆ หรืออาจตื้อๆ เป็นข้างเดียวหรือสลับข้างกันในแต่ละครั้ง และอาจเป็นทั้งสองข้างได้ ทำให้หน้าแดง ตาพร่า ตาลาย เห็นแสงระยิบระยับ มักมีอาการเป็นชั้วโมงหรือตั้งแต่เช้าถึงเที่ยง บางครั้งพบว่ามีอาการปวดตลอดวัน และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อาเจียน มีไข้ แต่หากมีไข้ร่วมด้วย ต้องรักษาไข้ให้หายก่อน⁵ อาการดังกล่าวนี้ มีอาการคล้ายกับโรค

ไมเกรนในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงมีการเทียบเคียงโรคลมปะกังกับโรคไมเกรน และใช้การนวดเพื่อการรักษา ซึ่งในโครงการนี้ทางคณะผู้วิจัยได้นำแนวเวชปฏิบัตินวดรักษาของลมปะกังมาใช้ในโครงการ เนื่องจากโรคไมเกรนเป็นโรคใหม่ที่ไม่มีการกล่าวอ้างในการนวดไทยแบบดั้งเดิมมาก่อน และอีกประการหนึ่งคือ โรคไมเกรนมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความเครียด ซึ่งการค้นคว้าพบว่าการนวดไทยสามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะจากความตึงเครียดได้⁶ และอาจช่วยลดปริมาณการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อลดผลข้างเคียงจากยา คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของการผสมผสานการนวดไทยกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในสถานพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผล และความปลอดภัยในการรักษาอาการปวดศีรษะจากไมเกรนชนิดมีและไม่มีอาการเตือน โดยวิธีผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแก้ปวดเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียว

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient Department; OPD) และคลินิกแพทย์แผนไทย เพื่อการวิจัย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ จำนวน 100 คน จากนั้นนำ

อาสาสมัครแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 50 คน สุ่มเลือกอาสาสมัครแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็นและแบ่งกลุ่มตามการสุ่มโดยใช้ตารางสุ่ม

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-60 ปี จากแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ได้รับการวินิจฉัยจากประสาทแพทย์ผู้ตรวจว่ามีอาการปวดศีรษะจากไมเกรนชนิดมีหรือไม่มีอาการเตือน (migraine with or without aura) สามารถเข้าใจ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนเรื้อรัง (มีอาการปวดมากกว่า 15 วันต่อเดือนติดต่อกัน 3 เดือนขึ้นไป) รับประทานยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อมา ภายใน 12 ชั่วโมงก่อนหน้านี้นี้มีใช้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส มีบริเวณที่เกิดการบาดเจ็บภายในช่วง 48 ชั่วโมง หรือบริเวณที่กระดูกเสื่อม แดง หัก ปริ ร้าว แล้วยังไม่ดีขึ้น เป็นมะเร็ง มีความดันโลหิตสูง (systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mm.Hg และ / หรือ diastolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 mm.Hg) ที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน มีบริเวณที่ผ่าตัดในระยะเวลา 1 เดือน บริเวณที่มีหลอดเลือดดำอักเสบ (Deep Vein Thrombosis :DVT) มีการติดเชื้อเฉียบพลัน มีประวัติโรคกระดูกพรุน โรคเลือดออกง่ายหรือรับประทานยากลุ่มยาละลายลิ่มเลือด จิตไม่สมประกอบ เป็นโรคกระเพาะอาหาร เป็นโรคตับ มีประวัติปวดศีรษะจากการมีประจำเดือน หรืออยู่ในระยะตั้งครรภ์ แพ้ยา NSAID ได้แก่ Ibuprofen หรือ Naproxen, Paracetamol และ Ergotamine

เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา

อาสาสมัครมีอาการปวดศีรษะมากขึ้น หรือไม่มาเข้าร่วมโครงการตามการนัดหมาย หรือไม่สามารถติดต่อได้ เพื่อติดตามผลการรักษา อย่างน้อย 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกที่ผู้ป่วยของแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยโรค การรักษา การประเมินระดับความเจ็บปวดก่อน-หลังการรักษา
2. สมุดบันทึกการเปลี่ยนแปลงระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยระดับความเจ็บปวดในแต่ละครั้งที่มีอาการ เวลาที่เริ่ม-สิ้นสุดเมื่อมีอาการปวด ความถี่ในการปวด (ครั้ง/วัน) และจำนวนการรับประทานยา (จำนวนชุด/วัน)
3. ประเมินความพึงพอใจในการรักษา (ประเมินวันสุดท้ายของการเข้าร่วมโครงการ)
4. แบบประเมินความเครียด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนฯ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รหัสโครงการ 08-2555 เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2555 ผู้วิจัยได้รับการยินยอมเข้าร่วมจากผู้ร่วมวิจัยและในขณะดำเนินการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิ์ใดๆ ที่พึงมี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดประชุมทำความเข้าใจระหว่างคณะผู้วิจัย เรื่องการนัด ระเบียบวิธีวิจัย และการบันทึกผลการวิจัย
2. จัดอบรมผู้ร่วมวิจัยที่เป็นแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 3 คน เพื่อให้การรักษามีมาตรฐาน

3. อาสาสมัครที่เข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีอาการปวดศีรษะเข้าพบแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อตรวจ วินิจฉัยโรค และคณะผู้วิจัยอธิบายเอกสาร แนะนำอาสาสมัครและสอบถามความยินยอม

4. แพทย์ตรวจ วินิจฉัยอาสาสมัครและสั่งการรักษาตามวิธีวิจัยที่กำหนด (แบบตารางส้ม) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่รักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน และกลุ่มที่รักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวดไทย

5. อาสาสมัครรับการรักษา โดยกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่รักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน คือ NSAID ได้แก่ Ibuprofen หรือ Naproxen, Paracetamol และ Ergotamine เฉพาะเวลาปวดศีรษะ และประเมินระดับความเจ็บปวดและระดับความเครียดก่อนการรักษา กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่รักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวดไทย และประเมินระดับความเจ็บปวดและระดับความเครียดก่อนการรักษา ในวันนี้นับเป็นวันที่ 1

6. คณะผู้วิจัยมอบสมุดบันทึกการเปลี่ยนแปลงระดับความเจ็บปวดของอาสาสมัคร ให้อาสาสมัครบันทึกระหว่างอยู่ที่บ้าน ทั้งหมดจำนวน 7 วัน และบันทึกระดับความพึงพอใจหลังการรักษาในวันที่ 7

7. คณะผู้วิจัยโทรศัพท์ไปสอบถามและบันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการของอาสาสมัครเป็นระยะ ในวันที่ 1, 3 และ 5 ของการเข้าร่วมโครงการในกลุ่มที่ 1 ซึ่งรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบันวิธีเดียว ส่วนอาสาสมัครกลุ่มที่ 2 รับการรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวดไทย อาสาสมัครจะได้รับ การนวดไทยจำนวน 3 ครั้ง ในวันที่ 1, 3 และ 5 ของการเข้าร่วมโครงการ⁷ และผู้วิจัยจะสอบถาม

และบันทึกการเปลี่ยนแปลงอาการของอาสาสมัครเพื่อประเมินความปลอดภัยในการรักษาด้วย

8. คณะผู้วิจัยนัดอาสาสมัครกลับมาพบแพทย์เพื่อประเมินอาการในวันที่ 7 ซึ่งเป็นวันสุดท้ายของการเข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาชี้แจงข้อมูลประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ และใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบผลก่อนหลังในด้านระดับความเจ็บปวด ความถี่ในการปวด ระยะเวลาที่ปวด จำนวนการใช้ยาในแต่ละวัน โดยทดสอบการกระจายข้อมูลเป็นปกติ และใช้ Independent t-test และ Dependent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากร

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่าอาสาสมัครมีทั้งสิ้น 91 คน มี 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ใช้ยาแผนปัจจุบันจำนวน 42 คน (ร้อยละ 46.20) และ กลุ่มที่ 2 ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวดไทยจำนวน 49 ราย (ร้อยละ 53.80) อาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 81 คน (ร้อยละ 89.00) และส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี จำนวน 34 คน (ร้อยละ 37.40) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 41 – 60 ปี จำนวน 31 คน (ร้อยละ 34.10) และน้อยที่สุดคือช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน (ร้อยละ 5.50) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ และอายุ (n = 91)

รายละเอียด		กลุ่มที่ 1 ใช้ยาแผนปัจจุบัน	กลุ่มที่ 2 ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวดไทย	รวม 2 กลุ่ม (คิดเป็นร้อยละ)
เพศ	ชาย	5	5	10 (11.0%)
	หญิง	37	44	81 (89.00%)
อายุ	18-30 ปี	10	9	19 (20.90%)
	31-40 ปี	15	19	34 (37.40%)
	41-60 ปี	14	17	31 (34.10%)
	60 ปี ขึ้นไป	1	4	5 (5.50%)
รวม		42 (46.20%)	49 (53.80%)	

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษา

ระหว่างกลุ่ม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า ด้านระดับความเจ็บปวด กลุ่มที่ 2 ลดลงแตกต่างจากกลุ่มที่ 1 ในวันที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านระยะเวลาเฉลี่ยที่ปวดทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ด้านความถี่ในการปวด กลุ่มที่ 2 ลดลงแตกต่างจากกลุ่มที่ 1 ในวันที่ 2 4 5 6 และ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านจำนวนยาที่ใช้ กลุ่มที่ 2 ลดลงแตกต่างจากกลุ่มที่ 1 ในวันที่ 2 3 4 5 6 และ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านระดับความเครียดทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันและ ด้านระดับความพึงพอใจ กลุ่มที่ 2 มีระดับความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2.1 และ 2.2

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาในกลุ่มเดียวกัน

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในแต่ละวันของกลุ่มที่ 1 พบว่า มีระดับความปวดวันที่ 3, 5 และ 6 ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความถี่ในการปวดวันที่ 5 ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระดับความเครียดในวันที่ 3 5 และ 7

ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ระยะเวลาเฉลี่ยที่ปวดและจำนวนยาที่ใช้ไม่แตกต่างกันจากวันที่ 1

ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในแต่ละวันของกลุ่มที่ 2 พบว่า มีระดับความปวดวันที่ 3 4 5 6 และ 7 ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความถี่ในการปวดวันที่ 4 5 6 และ 7 ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จำนวนการใช้ยาวันที่ 4 5 6 และ 7 ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระดับความเครียดในวันที่ 3 5 และ 7 ลดลงแตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ระยะเวลาเฉลี่ยที่ปวดไม่แตกต่างกันจากวันที่ 1 ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 4 ความปลอดภัยในการรักษาด้วยวิธีผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน

ไม่พบผลข้างเคียงหรือผลที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของอาสาสมัครที่เข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของการรักษาระหว่างกลุ่มที่ใช้ยาแผนปัจจุบัน (กลุ่มที่ 1, n = 42) และกลุ่มที่ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวด (กลุ่มที่ 2, n = 49)

วันที่	ระดับความเจ็บปวด			ระยะเวลาปวดเฉลี่ย(นาที/วัน)			ความถี่ในการปวด (ครั้ง/วัน)		
	\bar{X} กลุ่ม 1	\bar{X} กลุ่ม 2	p	\bar{X} กลุ่ม 1	\bar{X} กลุ่ม 2	p	\bar{X} กลุ่ม 1	\bar{X} กลุ่ม 2	p
1	3.90±1.66	3.64±1.86	.50	330.6±425.49	228.32±218.27	.14	1.76±1.07	1.51±1.02	.25
2	3.24±1.83	3.33±1.66	.81	237.9±380.87	196.9±300.75	.56	1.80±1.19	1.26±1.18	.03*
3	2.90±2.09	2.38±1.84	.20	247.2±380.81	217.1±383.87	.70	1.80±1.27	1.42±1.90	.27
4	3.00±2.22	2.32±1.94	.12	233.7±399.84	190.1±327.06	.56	1.61±1.18	1.02±.98	.01*
5	2.68±2.21	2.15±2.24	.25	250.7±394.73	178.3±317.88	.33	1.52±1.34	0.85±1.00	.01*
6	2.74±2.24	2.17±2.07	.21	228.4±400.68	164.9±336.65	.41	1.42±1.34	0.89±1.00	.03*
7	2.77±2.40	1.68±2.15	.02*	260.0±441.55	212.3±445.02	.61	1.28±1.19	0.69±.79	.00*

* p < .05

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของการรักษาระหว่างกลุ่มที่ใช้ยาแผนปัจจุบัน (กลุ่มที่ 1, n = 42) และกลุ่มที่ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวด (กลุ่มที่ 2, n = 49)

วันที่	จำนวนยาที่ใช้(ชุด/วัน)			ระดับความเครียด			ความพึงพอใจในการรักษา		
	\bar{X} กลุ่ม 1	\bar{X} กลุ่ม 2	p	\bar{X} กลุ่ม 1	\bar{X} กลุ่ม 2	p	\bar{X} กลุ่ม 1	\bar{X} กลุ่ม 2	p
1	.95±.73	.77±.71	.24	2.24±1.12	1.94±1.19	.22	3.90±.65	4.41±.57	.00*
2	1.14±.81	0.69±.76	.00*						
3	1.09±1.00	0.48±.61	.00*	1.55±.77	1.41±.81	.40			
4	0.95±1.01	.46±.50	.00*						
5	0.90±.98	.36±.52	.00*	1.45±.73	1.33±.74	.42			
6	.92±.94	.36±.60	.00*						
7	.85±.97	.28±.50	.00*	1.36±.65	1.41±.81	.74			

* p < .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาที่ปวด ความถี่ในการปวด จำนวนยาที่ใช้ ระดับความเครียด ในแต่ละวันของกลุ่มที่ใช้ยาแผนปัจจุบัน (กลุ่ม 1) และกลุ่มที่ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการนวดไทย (กลุ่ม 2)

ตัวแปรตามเปรียบเทียบกับ วันที่ 1	\bar{X} วันที่ 1		\bar{X} วันที่ 2		\bar{X} วันที่ 3		\bar{X} วันที่ 4		\bar{X} วันที่ 5		\bar{X} วันที่ 6		\bar{X} วันที่ 7	
	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2												
ระดับความปวด	3.90	3.64	3.24	3.33	2.90*	2.38*	3.00	2.32*	2.68*	2.15*	2.74*	2.17*	2.77	1.68*
	±1.66	±1.86	±1.83	±1.66	±2.09	±1.84	±2.22	±1.94	±2.21	±2.24	±2.24	±2.07	±2.40	±2.15
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ปวด	330.61	228.32	237.86	196.94	247.21	217.06	233.69	190.07	250.70	178.26	228.35	164.92	260.01	212.33
	±425.49	±218.27	±380.87	±300.75	±380.81	±383.87	±399.84	±327.06	±394.73	±317.88	±400.68	±336.65	±441.55	±445.02
ความถี่ในการปวด	1.76	1.51	1.80	1.26	1.80	1.42	1.61	1.02*	1.52	.857*	1.42	.898*	1.28	.693*
	±1.07	±1.02	±1.19	±1.18	±1.27	±1.90	±1.18	±.98	±1.34	±1.00	±1.34	±1.00	±1.19	±.79
จำนวนยาที่ใช้	.952	.775	1.14	.693	1.09	.489	.952	.469*	.904	.367*	.928	.367*	.857	.285*
	±.73	±.71	±.81	±.76	±1.00	±.61	±1.01	±.50	±.98	±.52	±.94	±.60	±.97	±.50
ระดับความเครียด	2.24	1.94			1.55*	1.41			1.45*	1.33			1.36*	1.41
	±1.12	±1.19			±.77	±.81			±.73	±.74			±.65	±.81

* p < .05

อภิปรายผล

ประสิทธิผลการรักษา จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่รักษาแบบผสมผสานการนวดร่วมด้วยมีแนวโน้มดีขึ้นในด้านความรุนแรงของการปวด ความถี่ของการปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนา ปุณโณทก และคณะ ที่สรุปว่าการนวดสามารถลดอาการปวดไมเกรนได้ และยังสร้างความสุขสบายให้กับผู้ป่วย อาจเป็นผลให้ความพึงพอใจในการรักษาของกลุ่มที่มีการนวดมีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาเพียงอย่างเดียว และการศึกษาของ ชงชัย แก้วศรียา ที่กล่าวไว้ว่าการนวดช่วยลดความปวด และความถี่ของการปวดได้ จากผลข้างต้นเป็นเหตุให้การใช้ยาของกลุ่มที่รักษาแบบผสมผสานลดลงในแต่ละวัน แตกต่างจากกลุ่มใช้ยาอย่างเดียวที่ในระยะ 7 วันยังไม่มีความเปลี่ยนแปลง ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการรักษาแบบผสมผสานสามารถลดการใช้ยาได้ในทันที และจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการลดภาวะแทรกซ้อนของยา เช่นอาการคลื่นไส้ อาเจียน มึนงงตามที รังสรรค์ เสวีกุล ได้กล่าวถึงผลข้างเคียงของยาและผู้ที่ไม่สามารถใช้ยาได้⁴ ดังนั้นการนวดจึงเป็นการเพิ่มประสิทธิผลการรักษา ลดการใช้ยาและเป็นทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วย ซึ่งในงานวิจัยนี้ไม่พบอันตรายที่เกิดจากการนวดแต่อย่างใด แต่อย่างไรก็ดีในด้านระยะเวลาที่ปวดแต่ละครั้งยังไม่เห็นผลที่ชัดเจน และระดับความเครียดของทั้งสองกลุ่มลดลงแต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ถึงแม้จะมิงงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลการนวดในการลดปวดจากความเครียด และไมเกรนมีสาเหตุจากความเครียด แต่ในการลดความเครียดอาจต้องมีการติดตามเพื่อเปรียบเทียบในระยะยาวเพราะในงานวิจัยนี้ติดตามผลเพียง 1 สัปดาห์

สรุปและข้อเสนอแนะ

การผสมผสานการนวดไทยร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน เป็นจำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ สามารถลดระดับความปวด และความถี่ในการปวด อีกทั้งมีความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนชนิดมีและไม่มีอาการเตือนได้ และได้ผลดีกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถลดการใช้ยาของผู้ป่วยลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดแนวทางการรักษาด้วยการนวดอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุดตามผลการวิจัยนี้
2. ควรศึกษาผลต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป ว่าการรักษาแบบผสมผสานนี้ต้องใช้ระยะเวลาต่อเนื่องนานเท่าไร จึงจะเกิดประโยชน์สูงสุดทั้งด้านผลการรักษาและด้านค่าใช้จ่าย

เอกสารอ้างอิง

1. Wang SJ, Chung CS, Chankrachang S, Ravishankar K, Merican JS, Salazar G, et al. Migraine disability awareness campaign in Asia: migraine assessment for prophylaxis. *Headache*. 2008;48(9):1356-65.
2. Phanthumchinda K, Kamolratanakul P. Prevalence of primary headache in central region of Thailand: a cross-sectional survey. *Bulletin Neurological Society of Thailand*. 2000;16 Suppl 1:12-3. (in Thai).
3. Ashanuphap S. *General diagnosis textbook*. 4th ed. Bangkok: Holistic Publishing; 2008. (in Thai).

4. Saewikul R. Migraine [Internet]. 2010 [cited 2012 Jan 10]; Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=105>. (in Thai).
5. Schuurmans A, van Weel C. Pharmacologic treatment of migraine. Comparison of guidelines. *Can Fam Physician*. 2005;51:838-43.
6. Kruapanich C, Chatchawan U, Eungpinichpong W, Kongbunkiat K. The immediate effects of traditional Thai massage for reducing pain on patients related with episodic tension-type headache. *Journal of Medical Technology and Physical Therapy*. 2011;23(1):57-70. (in Thai).
7. Committee on Development of Traditional Thai Medicine Practices in Public Health Facilities. Traditional Thai medicine practice in public health facilities. 2nd ed. Bangkok: The Institute of Thai Traditional Medicine, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health; 2007. (in Thai).
8. Kaewsriya T. Effects of Thai traditional massage on migraine and pain frequency [Internet]. ปีที่ ๗. [cited 2012 Jan 10]; Available from: <http://www-old.dtam.moph.go.th/images/document/research-thai-treshing/Thai/research-thai-threshing-0019.pdf>. (in Thai).
9. Poonnotok R, Aeamla-or N, Jariyapayuklert K, Voramethkul N. Effect of massage on migraine headache and comfort of patients with migraine. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2007;15(4):76-89.