

## ผลของการนวดคอ บ่า ไหล่ ร่วมกับการใช้ยา ต่อความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ในผู้ที่มมีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด \* Effects of Neck and Shoulder Massage Combined with Medication Use on Pain and Electromyogram Biofeedback in Persons with Neck and Scapular Pain Associated with Myofascial Pain Syndrome \*

ศรีวรรณ สวองาม, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) \*\*

Sriwon Suay-ngarm, M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner) \*\*

ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์, พย.ด. (การพยาบาล) \*\*\*

มณี อากานันท์กุล, พ.ศ. (การพยาบาล) \*\*\*\*

Ladaval Ounprasertpong Nicharojana, D.N.S. (Nursing) \*\*\*

Manee Arpanantikul, Ph.D. (Nursing) \*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการนวดคอ บ่า ไหล่ ร่วมกับการใช้ยา ต่อความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม จำนวน 75 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวด และกลุ่มที่ได้รับการนวดอย่างเดียว จำนวนกลุ่มละ 25 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยคู่มือการนวดแผนไทย แบบราชสำนัก แบบบันทึกการรับประทานยา แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความปวด และเครื่องวัดปฏิกิริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed ranks test, paired *t*-test และ one-way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่าหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวด และการนวดอย่างเดียว ค่าเฉลี่ยอันดับของความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z = 4.401, p < .001$ ;  $z = 4.402, p < .001$  และ  $z = 4.408, p < .001$  ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.655, p < .001$ ;  $t = 5.662, p < .001$  และ  $t = 6.265, p < .001$  ตามลำดับ) และพบว่ากลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวด และกลุ่มที่ได้รับการนวดอย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดและค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรแนะนำผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดให้เข้ารับการรักษาโดยใช้การนวดไทยแทนการรับประทานยาได้ และผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งคลินิกแพทย์แผนไทยในหน่วยงาน รวมทั้งควรพิจารณาเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ

**คำสำคัญ:** การนวดคอ ป่า ไหล่ ความปวด ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด การบำบัดแบบผสมผสาน

### **Abstract**

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of neck and shoulder massage combined with medication use on pain and electromyogram biofeedback in persons with neck and scapular pain associated with myofascial pain syndrome. The subjects were 75 persons who had neck and scapular pain associated with myofascial pain syndrome attending treatment at the out-patient department and the Thai traditional medicine health center at Donthum Hospital, Nakornpathom Province, equally divided into 3 groups:- medication only, massage combined with medication, and massage only. The research instruments were composed of a manual of Thai massage, a recording form of medication taking, a questionnaire of personal characteristics, an assessment form of pain score, and an electromyogram biofeedback device. The implementation and data collection were conducted from September to December, 2013. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon signed ranks test, paired *t*-test, and one-way ANOVA.

The research results revealed that after the medication only, massage combined with medication, and massage only, the mean scores of pain were statistically significant decreased ( $z = 4.401, p < .001$ ;  $z = 4.402, p < .001$  and  $z = 4.408, p < .001$ , respectively), and the mean scores of electromyogram biofeedback were also statistically significant decreased ( $t = 8.655, p < .001$ ;  $t = 5.662, p < .001$  and  $t = 6.265, p < .001$ , respectively). In contrast, the mean difference scores of pain and electromyogram biofeedback in each group were not statistically significant different.

This research suggested that health care providers should promote Thai massage for patients with myofascial pain syndrome instead medication taking. Moreover, administrators should encourage for setting up Thai traditional medicine clinic in their own institutes. Additionally, right to treatment should be considered for simply access to service.

**Keywords:** Neck and shoulder massage, Pain, Muscle tension, Myofascial pain syndrome, Complementary therapy

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (myofascial pain syndrome: MPS) เป็นโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุของอาการปวดเรื้อรัง (ประดิษฐ์ ประทีปวิช, 2551) ที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2553 พบผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาของระบบกล้ามเนื้อรวมทั้งโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม คิดเป็นร้อยละ 26.42, 29.07 และ 31.11 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และพบประมาณร้อยละ 30 ในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552 ข) นอกจากนี้กลุ่มอาการนี้มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ประดิษฐ์ ประทีปวิช, 2551) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ช่วงอายุ 25-50 ปี (สรายุทธ มงคล, กนกทิพย์ สว่างใจธรรม, และวาสนา เนตรวีระ, 2555)

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดสามารถเกิดได้กับกล้ามเนื้อทุกมัดของร่างกาย แต่กล้ามเนื้อที่พบอาการปวดบ่อยที่สุดคือ กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ควบคุมท่าทางบริเวณแกนกลางของลำตัว เช่น กล้ามเนื้อคอและหลัง โดยเฉพาะบริเวณสะบักส่วนบน (ประดิษฐ์ ประทีปวิช, 2551) มีสาเหตุมาจากการใช้กล้ามเนื้อในท่าทางที่ไม่เหมาะสม โครงสร้างของร่างกายผิดปกติ หรือพฤติกรรมการใช้กล้ามเนื้อผิดนั้นซ้ำๆ จนกล้ามเนื้อทำงานมากเกินไป (วิญญู กัมพรทิพย์, 2550) โดยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดมักเกิดในผู้ที่ทำงานแบบนั่งอยู่กับที่ เช่น ทันตแพทย์ ช่างเย็บผ้า ผู้ที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นประจำ ซึ่งล้วนเป็นการทำงานในอาชีพที่ผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้พบว่ากลุ่มอาการดังกล่าวเป็นสาเหตุของการหยุดงานบ่อยรองจากอาการปวดหลัง (วิญญู กัมพรทิพย์, 2550) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือการจัดการกับความปวดที่เหมาะสม จะทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (ไกรวัชร ชีรเนตร, 2552) และการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความปวดที่ยาวนานย่อมส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด

หลุดหึงได้ง่าย อีกทั้งยังส่งผลด้านเศรษฐกิจอีกด้วย กล่าวคือผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อระบบสุขภาพของประเทศ ที่เห็นได้ชัดเจนคือ ค่าใช้จ่ายเรื่องยา ซึ่งพบว่ามูลค่าการใช้ยาในกลุ่มยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยาข้ออักเสบ-ข้อเสื่อม สูงเป็นอันดับสองจากมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2555) ดังนั้น แนวทางการแก้ไขที่ต้นเหตุของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดจึงเป็นสิ่งสำคัญ

อาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด สามารถรักษาได้ทั้งด้วยวิธีการใช้ยาและวิธีการไม่ใช้ยา ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความปวด สำหรับวิธีการใช้ยานั้น ยาหลักที่ใช้คือ ยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยากลายกล้ามเนื้อ ซึ่งหากมีการใช้ยาไม่ถูกต้องหรือมากเกินไป อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรทางสาธารณสุขในการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งที่ความปวดที่เกิดขึ้นนั้นสามารถบรรเทาได้ด้วยวิธีการไม่ใช้ยา โดยใช้การแพทย์ทางเลือก (นิตยา พุทธธรรมรักษา, 2548; ประดิษฐ์ ประทีปวิช, 2551) อนึ่ง จากแนวคิดที่ว่าไม่มีศาสตร์การแพทย์แผนใดในโลกจะสามารถรักษาโรคได้ครบถ้วน ร้อยเปอร์เซ็นต์ ทุกศาสตร์การแพทย์ยังมีจุดอ่อนและช่องว่างที่ยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการใช้ยารับประทานสามารถลดความปวดได้ร้อยละ 70-90 (ลดวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิขโรจน์, 2555) ส่วนการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยามีหลายวิธี เช่น การฝังเข็ม การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า การใช้ความร้อน การบริหารยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การนวด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้นำการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยามาทำวิจัย ซึ่งส่วนใหญ่ทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ อายุรแพทย์ และนักกายภาพบำบัด (อุบลกาญจน์ ยอดต่อ, 2555) เช่น การดัดดึงและเคลื่อนไหวข้อต่อ (วัชชัย สุวรรณโท, 2553) การนวดและการใช้อัลตราซาวด์ (กิตติยา โกวิทยานนท์

และปนดา เดชทรัพย์อมร, 2553) ทั้งนี้ การนวดถือเป็นวิธีการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยาที่สำคัญ โดยในทางการแพทย์แผนไทยเรียกผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดว่าเป็นโรค “ลมปลายปัตคาด” หรือ “เส้นจม” จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการนวดช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัวลดอาการปวด และคลายจุดกดเจ็บได้ (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2552; เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2550; ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช, 2551) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาในผู้ที่ปวดคอทั่วไป และเป็นการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างเดียว (นิตยา พุทธธรรมรักษา, 2548) หรือเป็นการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม โดยนิยมเปรียบเทียบการนวดแบบราชสำนักร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีต่างๆ (ศุภกิจ สุวรรณไตรย์, 2548) ซึ่งทำให้ขาดการศึกษาเรื่องปัจจัยการรับประทานยา ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด พบว่ามีการลดความปวดโดยใช้การนวดไทย แต่ศึกษาในผู้ที่มีอาการปวดหลัง (อุไรวรรณ ชัชวาลย์, 2548; วิสรุต บุตราภส, 2551) ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยที่ปวดคอและสะบักนั้น ใช้เทคนิคการนวดแบบสวีดิช (จูไรรัฐ วงษา และชื่นฤทัย ยี่เขียน, 2553) และมีการศึกษาผลของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณสะบัก upper trapezius โดยสรายุช มงคล และคณะ (2555) ซึ่งเป็นการศึกษานำร่อง ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจนว่าความปวดที่ลดลงนั้นเป็นเพราะการนวดหรือหายไปเอง

การนำการนวดไทยมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด เป็นวิธีการที่ไม่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่ต้องทนกับความปวด และถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่ปลอดภัยที่สามารถนำมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ จึงเป็นการเติมเต็มให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการจัดการกับความปวดของตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และบริบทของชุมชน (สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ในการบำบัดรักษาโรคตามแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2555-2559 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2552) อีกทั้งยังเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ในขอบเขตของวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงสนใจ

ที่จะเปรียบเทียบผลของการนวดไทยกับการรับประทานยาในการลดความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่ อย่างเดียว ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลยืนยันให้พยาบาลและบุคคลที่สนใจสามารถนำไปใช้ในการแนะนำวิธีการลดความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยลดอัตราการใช้จ่าย ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายในระบบการใช้จ่ายของประเทศให้เป็นไปอย่างสมเหตุผลต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว
2. เพื่อเปรียบเทียบความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด ระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด หลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว มีความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง
2. ผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด กลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว มีความปวดและ

ความตึงตัวของกล้ามเนื้อแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่

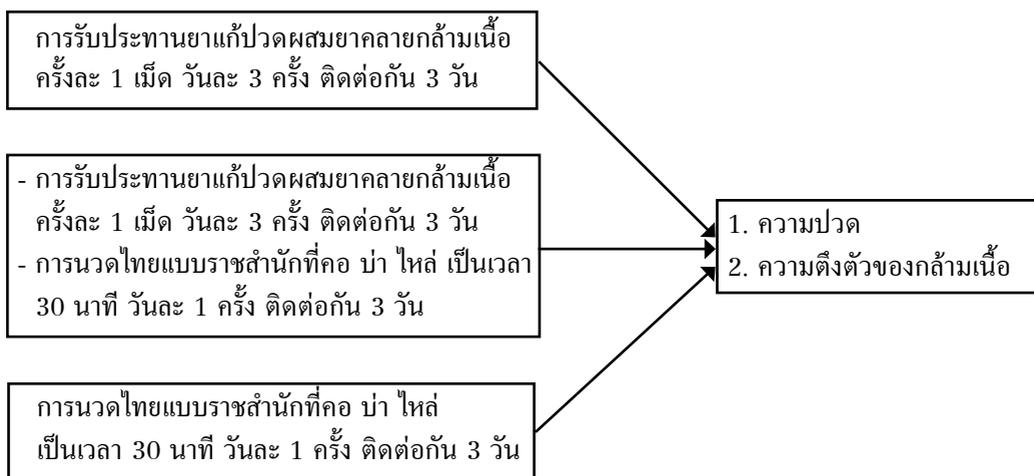
### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการแพทย์แบบผสมผสานของลดวาล์ว อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชรินทร์ (2555) สำหรับการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยได้นำการนวดคอ บ่า ไหล่ มาใช้ส่วนการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้วิจัยได้นำการรับประทานยาแก้ปวดผสมยาคลายกล้ามเนื้อมาใช้ เพื่อลดความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด โดยแนวคิดการแพทย์แผนปัจจุบันอธิบายด้วยทฤษฎีประตูควบคุมความปวด (Gate Control Theory) ของ Melzack, Stillwell, and Fox (1977) ซึ่งมีหลักการดังนี้ 1) วิธีประสาทจากส่วนปลายที่เข้ามายังไขสันหลังและผ่านไปยังสมอง โยประสาทมีขนาดใหญ่ จึงสามารถผ่านไปยังสมองได้เร็ว ทำให้สมองรับรู้และแยกแยะลักษณะของการกระตุ้นได้เร็ว จากนั้นก็จะส่งกระแสประสาทลงมาควบคุมประตูที่ไขสันหลัง 2) กระแสประสาทที่มาตามโยประสาทขนาดใหญ่จากระบบประสาทส่วนปลาย จะมีหน้าที่กระตุ้นเซลล์ที่ substantia gelatinosa (SG) ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นกระแสประสาทที่จะมากระตุ้น transmission

cell (T) อีกทีหนึ่ง จึงส่งผลยับยั้งการทำงานของ T cell ทำให้กระแสประสาทขนาดเล็กทำงานไม่ได้ ประตูที่ไขสันหลังจึงถูกปิด

เมื่อกล้ามเนื้อทำงานนานเกินไปจนเกิดการหดตัว ส่งผลให้มีการกระตุ้นการหลั่งสารเคมีในร่างกาย เช่น histamine, prostaglandin ซึ่งสารเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นความปวดทำให้เกิดเป็นจุดกดเจ็บตามมา โดยการหดตัวดังกล่าวจะส่งสัญญาณความปวดผ่านโยประสาทไปยังปลายประสาทขนาดใหญ่ โดยในขั้นนี้ การนวดผ่านเส้นกาลทรีบริเวณบ่าและการนวดผ่านเส้นอิทาและเส้นปิงคลาบริเวณต้นคอและสะบัก เป็นเวลา 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน รวมทั้งการรับประทานยาแก้ปวดผสมยาคลายกล้ามเนื้อ ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน จะช่วยปรับสมดุลทางเดินพลัง ทำให้กล้ามเนื้อและพังผืดคลายตัวเป็นการปิดกระแสประสาทที่ผ่านโยประสาทขนาดใหญ่ ส่งผลให้มีการยับยั้งสัญญาณประสาทที่เกี่ยวกับความปวดที่นำโดยโยประสาทขนาดเล็ก สารเคมีที่หลั่งออกมาจากสมองจะส่งผลไปยังเซลล์ SG ให้มีการหลั่งสารที่ ทำให้ประตูควบคุมความปวดปิดลง ส่งผลให้ความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอและสะบักลดลง

สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหลายกลุ่ม วัตถุประสงค์และหลังการทดลอง (multiple groups, pretest-posttest design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรองเลขที่ 2556/424)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552 ก) ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม ในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2556 จำนวนทั้งสิ้น 150 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นเพศหญิง 2) มีอายุอยู่ในช่วง 25-50 ปี 3) มีความปวดตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (pain score มากกว่า 5) 4) มีอาการมานานกว่า 6 เดือน และมีจุดกดเจ็บบริเวณต้นคอและสะบักตั้งแต่ 1 จุดขึ้นไป ข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง 5) ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็ม การทำกายภาพบำบัด หรือการแพทย์ทางเลือกอื่น ที่ส่งผลต่ออาการปวดต้นคอและสะบัก ในระยะ 1 เดือน ก่อนเข้าร่วมการวิจัย 6) ไม่มีประวัติการแพ้ยา paracetamol หรือ orphenadrine citrate และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ 1) มีการกดทับของเส้นประสาทบริเวณคอ เช่น cervical spondylosis, prolapse disc 2) เป็นโรคตับหรือมีความผิดปกติของตับ 3) มีข้อห้ามของการนวดไทย หรือมีอาการที่ห้ามนวดได้แก่ เป็นโรคผิวหนัง หรือมีการอักเสบติดเชื้อที่ผิวหนัง เนื้อเยื่อ และกล้ามเนื้อ และ 4) มั่นใจว่าไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามที่กำหนด สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณตามสถิติ one-way ANOVA ซึ่งอ้างอิงจากการศึกษาของสิริรัตน์ มิตรเจริญถาวร (2548) และการศึกษา

ของ Kannan (2012) เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 75 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มละ 25 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 คู่มือการนวดแผนไทยแบบราชสำนัก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวกับการนวดแผนไทยแบบราชสำนักเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด และได้ดัดแปลงให้เหมาะกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการนวดและคลึง 4 จุด ได้แก่ การนวดบริเวณบ่าตามแนวเส้นกาลฐรี การนวดสัญญาณ 4 และ 5 หลัง การนวดสัญญาณ 4 ไหล่ และโค้งคอตามแนวเส้นอิทาและเส้นปิงคลา รวมเวลาทั้งสิ้น 30 นาที ทั้งนี้ คู่มือการนวดฯ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

1.2 แบบบันทึกการรับประทุานยา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นตารางบันทึกเวลาที่ผู้ป่วยรับประทุานยาแต่ละครั้ง หากรับประทุานยา ให้ทำเครื่องหมายถูกลงในช่อง หากไม่ได้รับประทุานยา ให้ทำเครื่องหมายกากบาทลงในช่อง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่มีอาการปวด ความถี่ของอาการปวด สาเหตุของอาการปวด ในวันที่เข้าร่วมการวิจัย และการรักษาที่ได้รับ จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list)

2.2 แบบประเมินความปวด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552 ข) ซึ่งจัดทำขึ้นเป็นแนวทางเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข แบ่งออกเป็น 10 ระดับ ตั้งแต่ 0 คือ ไม่ปวดเลย จนถึง 10 คือ ปวดมากที่สุด สำหรับให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายที่บอกถึงระดับความปวดบนมาตรวัด

2.3 เครื่องวัดปฏิกิริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยใช้เครื่องอีเอ็มจี ไบโอฟีดแบค (electromyogram biofeedback) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดผลการทำงานของกล้ามเนื้อโดยใช้สัญญาณไฟฟ้า มีหลักการคือ เมื่อกล้ามเนื้อหดตัวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าผ่านทางตัวรับสัญญาณ แล้วป้อนข้อมูลกลับโดยการแสดงผลเป็นเส้นกราฟที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ จากนั้นประเมินผลตามคู่มือเครื่องอีเอ็มจี ไบโอฟีดแบค โดยการใช้งานจะติดเครื่องวัดที่กล้ามเนื้อ trapezius ทั้งนี้เครื่องวัดผ่านการตรวจสอบมาตรฐานจากโรงงานผู้ผลิต และมีการตั้งค่ามาตรฐานของเครื่องทุกครั้ง (self-calibration)

**การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล**  
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม
2. ผู้วิจัยจัดหาผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วยผู้หมวด 3 คน (คัดเลือกเฉพาะผู้หมวดที่จบหลักสูตรการหมวด 800 ชั่วโมง เพื่อควบคุมคุณภาพการหมวด) อายุรเวช 1 คน และพยาบาลที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก 1 คน และที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย 1 คน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม
4. ผู้ช่วยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้รับการประเมินความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อก่อนการทดลอง (pre-test) และให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยใช้เวลาตอบ 5-10 นาที
5. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนในแต่ละกลุ่มได้รับกิจกรรมดังนี้

กลุ่มที่ 1 ให้รับประทานยาแก้ปวดผสมยาคลายกล้ามเนื้อ (มีส่วนผสมของ paracetamol 450 mg และ orphenadrine citrate 35 mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน พร้อมทั้งให้ทำเครื่องหมายถูกหรือกากบาทลงในช่องของแบบบันทึกการรับประทานยา

กลุ่มที่ 2 ให้รับประทานยาแก้ปวดผสมยาคลายกล้ามเนื้อ (มีส่วนผสมของ paracetamol 450 mg และ orphenadrine citrate 35 mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน ร่วมกับการนวดไทยแบบราชสำนักที่คอ บ่า ไหล่ เป็นเวลา 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน พร้อมทั้งให้ทำเครื่องหมายถูกหรือกากบาทลงในช่องของแบบบันทึกการรับประทานยา

กลุ่มที่ 3 ให้ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักที่คอ บ่า ไหล่ เป็นเวลา 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน

6. ผู้ช่วยผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้รับการประเมินความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังการทดลอง (post-test)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2556

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความปวด ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test ส่วนการเปรียบเทียบความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-way ANOVA

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 25-35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 62.66 มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48 และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 52 ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 มีรายได้เฉลี่ยในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ใช้สิทธิการรักษาประกันสังคม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 82.70 ระยะเวลาที่มีอาการปวดอยู่ในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 64 ความถี่ของอาการปวดอยู่ในช่วง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 สาเหตุของอาการปวด

ในวันที่เข้าร่วมการวิจัย ส่วนใหญ่มาจากการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 69.30 และการรักษาที่ได้รับคือ การนวดแผนไทย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.67

2. การเปรียบเทียบความปวด ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยอันดับของความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z = 4.401, p < .001$ ;  $z = 4.402, p < .001$  และ  $z = 4.408, p < .001$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับของความปวด ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียวของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 75$ )

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง ( $n = 25$ )			หลังการทดลอง ( $n = 25$ )			z	p
	$\bar{X}$ (SD)	mean rank	sum rank	$\bar{X}$ (SD)	mean rank	sum rank		
รับประทานยา	6.44 (1.32)	29.72	743	1.84 (1.49)	29.74	743	4.401	< .001
รับประทานยาร่วมกับนวด	7.28 (1.24)	44.66	1116	2.60 (1.40)	47.72	1193	4.402	< .001
นวด	7.00 (1.25)	39.62	990	2.08 (1.22)	36.54	913	4.408	< .001

3. การเปรียบเทียบความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับ

การนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.655, p < .001$ ;  $t = 5.662, p < .001$  และ  $t = 6.265, p < .001$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระหว่างก่อนกับหลังการรับประทานยา  
อย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว  
ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 75)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง (n = 25)			หลังการทดลอง (n = 25)			t	p
	min - max	$\bar{X}$	SD	min - max	$\bar{X}$	SD		
รับประทานยา	8.44 - 38.39	20.36	9.35	3.26 - 19.44	7.63	3.97	8.655	< .001
รับประทานยา ร่วมกับนวด	3.96 - 43.27	20.46	10.65	2.13 - 24.10	7.39	5.28	5.662	< .001
นวด	7.40 - 46.67	20.22	9.78	1.87 - 16.17	6.63	4.14	6.265	< .001

4. การเปรียบเทียบความปวดและความตึงตัวของ  
กล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่  
รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้  
รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว พบว่ากลุ่มที่รับประทานยา  
อย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ

บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว  
มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดและค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัว  
ของกล้ามเนื้อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ดังแสดงในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่  
รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว  
(n = 75)

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean diff.	SD
รับประทานยา	25	4.60	1.38
รับประทานยาร่วมกับนวด	25	4.68	1.51
นวด	25	4.92	1.52

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	1.387	2	.693	.317	.729
ภายในกลุ่ม	157.280	72	2.184		
รวมทั้งหมด	158.667	74			

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว (n = 75)

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean diff.	SD
รับประทานยา	25	12.73	7.35
รับประทานยาร่วมกับการนวด	25	13.07	11.54
นวด	225	13.59	10.84

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	25.757	2	12.879	.142	.868
ภายในกลุ่ม	6529.419	72	90.686		
รวมทั้งหมด	6555.176	74			

#### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดหลังการรับประทานยาอย่างเดียว การรับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และการนวดคอ บ่า ไหล่อย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยอันดับของความปวด และค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการนวดผ่านเส้นประสาทบริเวณบ่า และการนวดผ่านเส้นอกคอและเส้นปิงคลาบริเวณต้นคอและสะบักเป็นเวลา 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน ช่วยให้จุดกดเจ็บที่ยึดติดกันคลายลง โดยการคลึงทำให้พังผืดอ่อนตัวลง กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น ความตึงตัวและความปวดลดลง อีกทั้งการคลึงทำให้เลือดถูกบีบออกจากบริเวณนั้นและมีเลือดใหม่มาแทนที่ จึงเป็นการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง และช่วยปรับสมดุลทางเดินพลัง เป็นการปิดกระแสประสาทที่ผ่านไขประสาทขนาดใหญ่ ส่งผลให้มีการยับยั้งสัญญาณประสาทที่เกี่ยวข้อง

ความปวดที่นำโดยไขประสาทขนาดเล็ก สารเคมีที่หลั่งออกมาจากสมองจะส่งผลไปยังเซลล์ SG ให้มีการหลั่งสารพีทำให้ประตูดควบคุมความปวดปิดลง ส่งผลให้ความปวดต้นคอและสะบักและความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ส่วนการรับประทานยาแก้ปวดผสมยาคลายกล้ามเนื้อครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วัน จะช่วยบรรเทาความปวดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะและคอ โดยยา paracetamol มีฤทธิ์บรรเทาอาการปวด ซึ่งมีระดับยาสูงสุดหลังให้ยา 2-4 ชั่วโมง และมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์ 4-6 ชั่วโมง ส่วนยา orphenadrine citrate จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยออกฤทธิ์ที่ก้านสมอง มีฤทธิ์คลายการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลาย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิศรุต บุตราภาส (2551) ที่ศึกษาผลแบบเฉียบพลันของการนวดไทยต่อตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียด ซึ่งประกอบด้วย ความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจ ความวิตกกังวล ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระดับอาการปวด ระดับขีดเริ่มของอาการกดเจ็บ และความยืดหยุ่นของร่างกาย โดยใช้เครื่อง algometry ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการนวดไทย เป็นเวลา 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง พบว่า หลังการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการนวดไทย มีการเปลี่ยนแปลงของความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจที่แสดงถึงการเพิ่มขึ้นของการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และทำให้ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียดเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของกิติยา โกวิทยานนท์ และปณตา เตชทรัพย์อมร (2553) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอจาก myofascial pain syndrome ด้วยวิธีการนวดไทยกับอัลตราซาวด์ พบว่าการเคลื่อนไหวของคอโดยรวมหลังการรักษาทั้งสองวิธี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความปวดจากการรักษาทั้งสองวิธีลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสรายุข มงคล และคณะ (2555) ที่ศึกษาผลของการนวดไทยแบบราชสำนักต่ออาการปวดและช่วงการเคลื่อนไหวของคอและไหล่ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ upper trapezius กลุ่มตัวอย่างได้รับการนวดไทยแบบราชสำนัก เป็นเวลา 20 นาที จำนวน 3 ครั้ง พบว่า หลังการนวด กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดลดลง และมีช่วงการเคลื่อนไหวของคอและไหล่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีอาการปวดต้นคอและสะบักจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด กลุ่มที่รับประทานยาอย่างเดียว กลุ่มที่รับประทานยาร่วมกับการนวดคอ บ่า ไหล่ และกลุ่มที่ได้รับการนวดคอ บ่า ไหล่ อย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดและค่าเฉลี่ยคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ เนื่องจากการนวดไทยแบบราชสำนักที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และการรับประทานยาแก้ปวดผสมยาคลายกล้ามเนื้อ สามารถช่วยลดความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อได้ทั้งสองวิธี ดังที่ได้อธิบายกลไกไว้ข้างต้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสายชล ศรีแพ่ง (2555) ที่ศึกษาผลของการนวดประคบสมุนไพรต่ออาการปวดข้อเข่า อาการข้อเข่าฝืด ปฏิกริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยกลุ่มทดลองได้รับ

การนวดประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้ยา ส่วนกลุ่มควบคุมใช้ยาอย่างเดียว พบว่าค่าเฉลี่ยปฏิกริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อภายหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรแนะนำผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดให้เข้ารับการรักษาโดยใช้การนวดไทยแทนการรับประทานยาได้ ซึ่งจะช่วยลดผลข้างเคียงจากการใช้ยา

1.2 ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งคลินิกแพทย์แผนไทยในหน่วยงานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดมีโอกาสเข้าถึงบริการที่ดีและมีคุณภาพ จากบุคลากรที่มีความรู้และทักษะด้านการแพทย์แผนไทย

1.3 ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องควรพิจารณาเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดที่มีอาการปวดบริเวณอื่น เช่น หลัง ขา เขน

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และมีการติดตามในระยะยาว เพื่อเป็นการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

- กิตติยา โกวิทยานนท์, และปณดา เดชทรัพย์อมร. (2553). เปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอจาก myofascial pain syndrome ด้วยการนวดไทย กับอัลตราซาวด์. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 8(2-3), 179-190.
- ไกรวัชร ชีรณตร. (2552). Concept in pain management. ใน กัทรารุช อินทรกำแหง. (บ.ก.). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- จุไรรัฐ วงษา, และชื่นฤทัย ยี่เขียน. (2553). ผลของการรักษาผู้ป่วย trapezius myofascial pain ด้วยการนวดแบบสตีดิช ร่วมกับการประคบแผ่นร้อน. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 35(2), 95-102.
- ธวัชชัย สุวรรณโท. (2553). เปรียบเทียบผลทันทีระหว่างการทำดัดดึง (Single manipulation) กับการเคลื่อนไหวข้อต่อ (Single mobilization) ที่บริเวณกระดูกสันหลังระดับอกในผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา พุทธธรรมรักษา. (2548). *ประสิทธิผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ (อายุรเวท) ต่ออาการปวดต้นคอของผู้มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตปทุมธานี อำเภอชัยบุรีจังหวัดปทุมธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช. (2551). Traditional massage difficult style in difficult situation. ใน จุฑามณี สุทธิสีสังข์. (บ.ก.). *The essence of pain management*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- เพ็ญญา ททรัพย์เจริญ. (บ.ก.). (2550). *คู่มือการนวดรักษาโรคแบบราชสำนัก*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- ลดาวลัย อุประเสริฐวงศ์ นิชรโรจน์ (2555). *Complementary nursing and symptom management in chronic care: Thailand perspective*. ใน เอกสารการประชุมวิชาการ หัวข้อ The 5th Asian-Pacific International Conference on Complementary Nursing. หน้า 37-42. ณ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2552). การนวด. ใน ศศิกานต์ นิมนานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐสิทธิ์, และชัชชัย ปรีชาไว. (บ.ก.). *ความปวดและการระงับปวด Pain & Pain Management 2*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วิศรุต บุตราภส. (2551). ผลแบบเฉียบพลันของการนวดไทยต่อความผันแปรของอัตราการเต้นของหัวใจและตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิญญู กัมทรทิพย์. (2550). ปวดคอ. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (บ.ก.). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- ศุภกิจ สุวรรณไตรย์. (2548). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ คลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *หลักสูตรการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552 ก). *แนวทางพัฒนาการ ระงับปวดเฉียบพลัน (Clinical guidance for acute pain management)*. ม.ป.ท.

- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552 ข). *แนวทางเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ Myofascial pain syndrome fibromyalgia*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- สรายุทธ มงคล, กนกทิพย์ สว่างใจธรรม, และวาสนา เนตรวีระ. (2555). ผลของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ upper trapezius: การศึกษานำร่อง. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 25(1), 87-95.
- สายชล ศรีแพง. (2555). *ผลการนวดประคบสมุนไพรต่ออาการปวดข้อเข่า อาการข้อเข่าฝืด ปฏิกริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2555). *รายงานการศึกษาทบทวนประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในการรักษาอาการปวดและอาการอักเสบของยากลุ่ม Selective cyclooxygenase inhibitors (COX II-inhibitors)*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สถิติผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุข ทั้งประเทศ*. สืบค้น วันที่ 28 เมษายน 2556, จาก <http://bps.ops.moph.go.th>
- สิริรัตน์ มิตรเจริญถาวร. (2548). *ผลของการนวดโดยการกดและคลึงกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหัวไหล่ในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหัวไหล่ส่วนบน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุบลกาญจน์ ยอดต่อ. (2555). *ความสัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรวรรณ ชัชวาลย์. (2548). *ผลของการนวดแบบลึก (นวดแผนไทย) ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Kannan, P. (2012). *Management of myofascial pain of upper trapezius: A three group comparison study* (post graduate study). Centre for Physiotherapy Research, University of Otago, New Zealand.
- Melzack, R., Stillwell, D. M., & Fox, E. J. (1977). Trigger points and acupuncture points for pain: Correlations and implications. *Pain*, 3(1), 3-23.