

รายงานการศึกษา ผีกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ- นามสกุล นางสาวอาภาพร มิตรศิริสวัสดิ์

อายุ ๒๘ ปี การศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต

๑.๒ ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ การตรวจรักษาวินิจฉัยผู้ป่วยคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป, คลินิกประกันสังคม, คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI), ห้องตรวจอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน, ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Dry needling clinic)

ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

ชื่อเรื่อง ศึกษาดูงานด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู

เพื่อ ศึกษา ผีกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว ไม่มีค่าใช้จ่าย

ระหว่างวันที่ ๕ - ๙ กันยายน ๒๕๖๕ และระหว่างวันที่ ๒๖-๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

สถานที่ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผีกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ การเรียนรู้หลักสูตรและแนวทางการสอนแพทย์ประจำบ้านภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

๒.๑.๒ การสร้างความรู้จักสถานที่/อาจารย์/บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานด้าน เวชศาสตร์ฟื้นฟูและแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มหาวิทยาลัยมหิดล

๒.๑.๓ การเรียนรู้การฝึกปฏิบัติงานในห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู คลินิกพิเศษ อื่นๆ เช่น คลินิกหลอดเลือดสมอง คลินิกฝึกกลืน คลินิกลดเกร็ง เพื่อให้ตรวจได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม การซักประวัติและการตรวจร่างกายที่ตรงประเด็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ สำคัญในบริบทที่มีความจำกัดต่าง ๆ และการดูแลผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19

๒.๑.๔ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นหลักสูตรที่พัฒนาให้แพทย์มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งเป็นที่ต้องการของประเทศเนื่องจากปัจจุบันโรคหรือการบาดเจ็บมีความรุนแรงจากสภาพแวดล้อมและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในขณะที่วิทยาการทางการแพทย์มีความทันสมัยทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวแต่คงมีความบกพร่องของร่างกายที่ส่งผลต่อสมรรถนะและความสามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยมีความพิการซับซ้อนยากที่จะแก้ไขด้วยการบำบัดแบบพื้นฐานจึงจำเป็นต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่มีความรู้ความสามารถด้านต่างๆ โดยเฉพาะการวินิจฉัยโรคระบบประสาท กล้ามเนื้อและโครงสร้างได้ถูกต้องด้วยวิธีการทางการแพทย์ที่ทันสมัย การจำแนกปัญหาความบกพร่องความพิการ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยผู้พิการได้อย่างครอบคลุม การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาและลดความพิการได้อย่างเป็นระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นองค์รวมโดยคำนึงถึงสภาพร่างกาย พฤติกรรม จิตสังคม กฎหมายความเป็นธรรมและสิ่งแวดล้อม การให้การบำบัดด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยรวมทั้งความสามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่นในทีมเวชกรรมฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพและได้ประสิทธิผลส่งผลให้ผู้ป่วยผู้พิการมีคุณภาพชีวิตและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์

หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มหาวิทยาลัยมหิดล นั้น แบ่ง Outcome ออกเป็น ๖ ด้าน ได้แก่

๑. การดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient Care)

๑.๑ มีทักษะการซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยแยกโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

๑.๒ มีความสามารถประเมินความบกพร่อง ความสูญเสียสมรรถภาพ ความพิการ และ/หรือ ความเสียเปรียบทางสังคมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

๑.๓ มีทักษะและวิจารณญาณในการพิจารณาส่งตรวจอย่างเหมาะสม และการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง

๑.๔ มีทักษะและความสามารถวางแผนตรวจพิเศษทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู และแปลผลได้อย่างถูกต้อง

๑.๕ ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของคนพิการและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

๑.๖ มีทักษะในการทำงานดูแลรักษาฟื้นฟูคนพิการแบบสหวิทยาการที่กำหนดเป้าหมายในการบำบัดรักษาฟื้นฟูร่วมกันได้ (interdisciplinary approach)

๒. ความรู้ ความเชี่ยวชาญ และความสามารถในการนำไปใช้แก้ปัญหาของคนพิการและสังคมรอบด้าน (Medical Knowledge and skills)

๒.๑ มีความรู้ความสามารถในวิชาชีพ และเชี่ยวชาญในสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

๒.๒ ประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์การแพทย์ สังคมวิทยา และจิตวิทยา เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้อย่างเหมาะสม

๓. การเรียนรู้จากการปฏิบัติและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Practice-based Learning and Self-Improvement)

๓.๑ สามารถเรียนรู้และเพิ่มประสบการณ์ได้ด้วยตนเองจากการปฏิบัติ

๓.๒ สามารถพิจารณาวิธีการรักษาฟื้นฟูโดยอิงหลักฐานทางวิชาการ หรืองานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

๓.๓ สามารถดำเนินการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งสามารถวิพากษ์บทความและงานวิจัยทางการแพทย์ได้

๔. ทักษะปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร (Interpersonal, Communication Skills)

๔.๑ บันทึกเวชระเบียนได้ตามมาตรฐาน

๔.๒ นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย และอภิปรายปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๓ ถ่ายทอดความรู้และทักษะ ให้แพทย์ นักศึกษา และบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง

๔.๔ สื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยมีเมตตา เคารพการตัดสินใจและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

๔.๕ มีมนุษยสัมพันธ์ มีภาวะผู้นำ ทำงานกับผู้ร่วมงานทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๖ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูแก่แพทย์และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง

๕. ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)

๕.๑ สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักในสมรรถนะของตนเอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ

๕.๒ มีคุณธรรม จริยธรรม และเจตคติอันดีต่อคนพิการ ครอบครัว ผู้ร่วมงาน เพื่อนร่วมวิชาชีพและชุมชน

๕.๓ มีความสนใจใฝ่รู้ และสามารถพัฒนาไปสู่ความเป็นผู้เรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต (continuous professional development) เพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานวิชาชีพ

๕.๔ มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย

๕.๕ คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวม เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศชาติ

๖. การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ (System-based Practice)

๖.๑ สามารถปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับระบบสาธารณสุขของประเทศ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานเวชกรรมฟื้นฟู และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามสถานการณ์

๖.๒ สามารถร่วมพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการ

๖.๓ สามารถปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย และใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

เนื้อหาสังเขป โดยภาพรวมของภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แบ่งได้ดังนี้

- General Medical Rehabilitation
- Rehabilitation of Musculoskeletal Disorders
- Rehabilitation of Brain Disorders
- Rehabilitation of Spinal Cord Injury
- Rehabilitation of Peripheral Neurological Disorders
- Electrodiagnosis and Related Clinical Neurophysiologic testing
- Pain Rehabilitation
- Pulmonary Rehabilitation
- Cardiac Rehabilitation
- Rehabilitation of Peripheral Vascular Disease (PVD)
- Sports Medicine and Rehabilitation
- Geriatric Rehabilitation
- Pediatric Rehabilitation
- Cancer Rehabilitation
- Burn Rehabilitation
- Rehabilitation for Amputee and Protheses
- Orthoses, Assistive Devices and Technology
- Advanced Technology in Rehabilitation Medicine
- Integrative Medicine
- Concepts of Disability, Law, Ethics, Medical Dilemma in Rehabilitation Service and Medical Rehabilitation Service System in Thailand

โรคทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่มีคนไข้เข้ามารับการรักษามากที่สุด คือ โรคและการบาดเจ็บกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ (Rehabilitation in Musculoskeletal Diseases and Injuries)

ความเจ็บปวดจากระบบกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูกเกิดจากกลไกต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- แรงกระทำแบบเฉียบพลัน (Acute mechanical force) แบ่งออกเป็น

๑. แรงกระทำจากภายนอกร่างกาย (Direct injury)

เมื่อมีแรงภายนอกกระทำต่ออวัยวะหรือเนื้อเยื่อของร่างกายจนเกิดการบาดเจ็บ แสดงว่ามีการดูดซับแรงกระทำที่มากกว่าเนื้อเยื่อนั้น ๆ จะรองรับได้ จนเกิดการเสียรูปร่าง (deformation) ซึ่งการบาดเจ็บนั้นอาจเป็นเพียงการฟกช้ำ (contusion) การฉีกขาดของผิวหนัง (laceration) หรือเอ็น (tendon rupture or ligament tear) จนถึงกระดูกหัก (fracture) หรือข้อเคลื่อนหลุด (dislocation) ความเจ็บเกิดจากการกระตุ้นปลายประสาทสำหรับความรู้สึกเจ็บในเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ มักพบกลไกนี้ในอุบัติเหตุต่าง ๆ ถ้าเป็นนักกีฬาพบบ่อยในกีฬาปะทะ (contact sports)

๒. แรงกระทำภายในเนื้อเยื่อ (Soft tissue failure)

กลไกการบาดเจ็บแบบนี้มักเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อจนเกิดแรงดึง (tension) ในกล้ามเนื้อและเอ็นกล้ามเนื้อที่มากเกินไปจนเกิดการฉีกขาดของเอ็นหรือกล้ามเนื้อ หรืออาจเกิดจากการเคลื่อนไหวกระดูกหรือยึดเอ็น กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ หรือผิวหนังอย่างรุนแรง รวมทั้งการบาดเจ็บของหมอนรองกระดูกสันหลังด้วย การบาดเจ็บในนักกีฬาส่วนใหญ่เกิดจากการยึดกล้ามเนื้อและอบอุ่นกล้ามเนื้อไม่เพียงพอก่อนการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายหนักเกินไป ความเจ็บในระยะเฉียบพลันจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความเสียหายของเนื้อเยื่อที่มีเส้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บ ส่วนอาการปวดในเวลาต่อมาเกิดจากขบวนการอักเสบ เช่น หมอนรองกระดูกสันหลังที่ปลิ้น แต่ยังไม่มีการฉีกขาดของ annulus fibrosus ออกมาถึงขอบนอก ๑/๓ และ nucleus pulposus ยังไม่ทะลุผ่านออกมาได้ อาจไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บใด ๆ หรือในโรคข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis) กระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ของข้อเข่าที่เริ่มเสื่อมและสึกจะไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บที่กระดูกอ่อน เพราะไม่มีเส้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บไปเลี้ยง แต่ต่อมาเมื่อเกิดปฏิกิริยาการอักเสบทำให้มีการเพิ่มการสร้าง prostaglandin ในบริเวณที่บาดเจ็บจึงทำให้เกิดความปวดร่วมกับอาการปวดที่เกิดจาก pressure ใน subchondral bone และ venous congestion จึงจะทำให้เกิดอาการปวดเข่า

๓. แรงกระทำซ้ำ ๆ (Repetitive or Overuse injury)

เป็นกลไกที่พบได้บ่อยที่สุด การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระทำต่อเนื้อเยื่อที่มีขนาดของแรงน้อยแต่กระทำซ้ำ ๆ เป็นเวลานานสามารถทำให้เกิดการทำลายแรงยึดเหนี่ยวระหว่างโมเลกุล ก่อให้เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและเกิดการอักเสบตามมา เช่น muscle strain, tendon strain, tendinitis, ligamentous sprain และ stress fracture การบาดเจ็บจากแรงกระทำซ้ำ ๆ นี้ อาจเรียกว่าเป็น repetitive injury หรือ overuse injury ตัวอย่างเช่น ถ้าเรายืนก้มตัวไปข้างหน้านาน ๆ แรงดึงดูดของโลกจะดึงให้ท่อนบนของร่างกายโน้มต่ำลง ขณะที่กล้ามเนื้อหลังต้องออกแรงต้านกับแรงดึงดูดของโลก เมื่อเวลาผ่านไปนาน ๆ จะมีการคั่งของ metabolic products กล้ามเนื้อจะเกิดการล้าและอาจเกิดการฉีกขาดของใยกล้ามเนื้อทำให้เกิดการอักเสบและปวดตามมาหรือในนักกีฬาเทนนิส เมื่อซ้อมหนักหรือนานจนเกินไป กล้ามเนื้อที่ใช้ในการกระดกข้อมือจะกระชากเอ็นและที่เกาะบริเวณ lateral epicondyle ซ้ำ ๆ ทำให้เกิดการฉีกขาดสะสมจนถึงจุดที่แสดงอาการปวดจากการอักเสบตามมาได้ ตามปกติเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บมีความสามารถที่จะซ่อมแซมตัวเองได้เมื่อมีช่วงพักที่เหมาะสม ดังนั้นเวลาเล่นกีฬาแม้จะเกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหรือเอ็น ในวันถัดไปก็มักไม่เหลืออาการเจ็บปวดใด ๆ แต่ถ้ายังมีอาการเจ็บปวดอยู่แสดงว่าการซ่อมแซมนั้นยังไม่สมบูรณ์

๑. อาการปวดที่เกิดจากโรคและการบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

โรคหรือการบาดเจ็บที่สำคัญ พบได้บ่อย และที่ควรรู้มีดังต่อไปนี้

๑. โรคหรือการบาดเจ็บที่ทำให้ปวดกล้ามเนื้อ

- ๑.๑ Muscle strain
- ๑.๒ Muscle cramp
- ๑.๓ Muscle contusion
- ๑.๔ Compartment syndrome

- ๑.๕ Myofascial pain syndrome
- ๑.๖ Delayed onset muscle soreness (DOMS)
- ๑.๗ Fibromyalgia
๒. โรคหรือการบาดเจ็บที่ทำให้ปวดเอ็นกล้ามเนื้อ, ฤงน้ำรอบเอ็น เยื่อหุ้มเอ็น หรือปลอกหุ้มเอ็น
 - ๒.๑ Tendinitis
 - ๒.๒ Tendon rupture
 - ๒.๓ Bursitis
 - ๒.๔ Peritendinitis (paratenonitis) and tenosynovitis
๓. สาเหตุของอาการปวดจากเอ็นประกับข้อ และเยื่อ หุ้มข้อ
 - ๓.๑ Ligamentous sprain
๔. สาเหตุของอาการปวดจากพังผืด
 - ๔.๑ Adhesive capsulitis
 - ๔.๒ Fasciitis
๕. โรคหรือการบาดเจ็บที่ทำให้ปวดข้อและกระดูก และหมอนรองกระดูกปลิ้น
 - ๕.๑ Fracture and stress fracture
 - ๕.๒ Osteoarthritis
 - ๕.๓ Patellofemoral pain syndrome
 - ๕.๔ Disc herniation
 - ๕.๕ Spondylolysis and spondylolisthesis
 - ๕.๖ Rheumatoid arthritis
 - ๕.๗ Ankylosing spondylitis
 - ๕.๘ Gouty arthritis

Muscle strain

เกิดจากการที่กล้ามเนื้อถูกยืดอย่างรุนแรงทันที หรือจากการหดตัวของกล้ามเนื้อต้านแรงอย่างรุนแรง หรือเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อเป็นเวลานาน เช่น การยืนหรือนั่งโน้มตัวไปข้างหน้านาน ๆ ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณหลังต้องออกแรงมาก ๆ นาน ๆ ในนักกีฬาที่ไม่ได้ทำการอบอุ่นร่างกายก่อนเล่นกีฬาให้เพียงพอ หรือกล้ามเนื้อล้ามากจากการซ้อม หรือกล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและทนทานน้อย จะเพิ่มโอกาสบาดเจ็บมากขึ้น แบ่งความรุนแรงของ Muscle strain ออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ระดับที่ ๑ หมายถึง กล้ามเนื้อถูกยืด (muscle pull) และอาจเกิดการฉีกขาดได้ แต่น้อยมาก

ระดับที่ ๒ หมายถึง กล้ามเนื้อฉีกขาดปานกลาง กล้ามเนื้อยังพอทำงานได้

ระดับที่ ๓ หมายถึง กล้ามเนื้อฉีกขาดเกือบหมดหรือจนหมด กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่สามารถขยับข้อต่อได้

อาการปวดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิด strain ถ้าโยกล้ามเนื้อฉีกขาดตรงกลาง belly และมีเลือดออกคั่งในกล้ามเนื้อจะทำให้ปวดมาก ถ้าเป็นการฉีกขาดของโยกล้ามเนื้อรอบนอกจะไม่ทำให้ปวดมากในนักกีฬา สามารถพบ muscle strain ได้บ่อยในกล้ามเนื้อ hamstrings กล้ามเนื้อ hip adductors และกล้ามเนื้อ biceps brachii แต่มักพบ muscle strain ของกล้ามเนื้อ upper back, lower back และกล้ามเนื้อ gastrosoleus

อาการแสดง

- มีจุดกดเจ็บในกล้ามเนื้อ
- อาการปวดมากขึ้นเมื่อกกล้ามเนื้อมัดนั้นถูกยืด
- อาการปวดมากขึ้นเมื่อให้ออกแรงกล้ามเนื้อมัดนั้นต้านแรงอยู่กับที่
- ในกรณีที่กล้ามเนื้อขาดออกจากกัน อาจคลำได้ช่องว่าง (Gap) ในกล้ามเนื้อ หรือสีของผิวหนังเปลี่ยนไปจากเลือดที่เขาะออกมาใต้ผิวหนัง ถ้ากล้ามเนื้อขาดบริเวณผิว

- กล้ามเนื้ออ่อนแรง

การรักษา

- ให้ NSAID และ analgesic ที่เหมาะสม
- ถ้าเกิดการฉีกขาดของกล้ามเนื้อ ควรพักกล้ามเนื้อมัดนั้น ประคบด้วยความเย็นใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมงแรก ต่อมาให้ความร้อนลึก และเริ่มให้ออกกำลังแบบ isometric และ isotonic เบา ๆ ใน ๑ สัปดาห์ต่อมา การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรง ของการฉีกขาดด้วย
- ในกรณีที่ไม่เกิดการฉีกขาด ก็ให้พักกล้ามเนื้อมัดนั้น ๑ สัปดาห์ก็เพียงพอ
- ในกรณีที่มีการฉีกขาดมาก การผ่าตัดเย็บซ่อมจะขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ความรุนแรงของการฉีกขาดและ กิจกรรมหลังการรักษา

การฟื้นฟู

การป้องกัน muscle strain ได้แก่ การยืดกล้ามเนื้อ (stretching) และอบอุ่น (warmup) กล้ามเนื้อให้เพียงพอเป็นประจำก่อนที่จะใช้กล้ามเนื้อนั้นทำงาน นอกจากนั้นควรเพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อมัดที่เกิด muscle strain บ่อย ๆ ด้วยการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงและทนทาน ซึ่งควรเริ่มขั้นตอนนี้หลังจากที่ไม่มีอาการปวดกล้ามเนื้อแล้ว ก่อนจะกลับไปเล่นกีฬาอย่างเต็มที่ควรมีความแข็งแรงไม่น้อยกว่า ๙๐% เมื่อเทียบกับช่วงปกติ การใช้ความร้อนลึก เช่น ultrasound therapy หรือ short wave diathermy จะช่วยทำให้เกิด hyperemia ในกล้ามเนื้อช่วยชะล้าง waste product ที่ก่อให้เกิดอาการปวดออกไป และช่วยเร่งการสมานของเนื้อเยื่อ

Muscle cramp

Muscle cramp หรือตะคริวของกล้ามเนื้อ เกิดจากการหดเกร็งชั่วคราวของกล้ามเนื้อ ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่

- การขาดเกลือแร่ เช่น sodium, magnesium และ calcium เป็นต้น
- การได้รับน้ำไม่เพียงพอก่อนการออกกำลังกาย (dehydration)
- กล้ามเนื้อไม่พืดพอ เช่น ความแข็งแรงหรือความทนทานไม่เพียงพอที่จะทำงานนั้น ๆ ในระยะเวลาหนึ่ง

- สภาพอากาศที่เย็นที่ไม่คุ้นเคย
- การใช้ผ้ายัด หรือ brace รัดบนกล้ามเนื้อแน่นเกินไป
- โรคบางอย่างเช่น peripheral vascular diseases, motor neurone diseases หรือ peripheral neuropathies

ด้วย electromyography พบว่า motor unit ของกล้ามเนื้อที่เป็นตะคริว firing ด้วยความถี่ ๔๐ - ๖๐ Hz บางครั้งสูงถึง ๒๐๐ - ๓๐๐ Hz และ firing ออกมาพร้อม ๆ กัน มีลักษณะต่างจากการหดตัวตามปกติของกล้ามเนื้อซึ่งแต่ละ Motor unit จะถูกเกณฑ์มาทำงานตามลำดับ เมื่อกล้ามเนื้อเป็นตะคริวจะก่อให้เกิดอาการปวดอย่างรุนแรงในกล้ามเนื้อนั้น ตะคริวมักเกิดกับกล้ามเนื้อ gastrocnemius กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อ hamstrings และกล้ามเนื้อของเท้าและนิ้วเท้าในนักว่ายน้ำ เป็นต้น

การรักษา

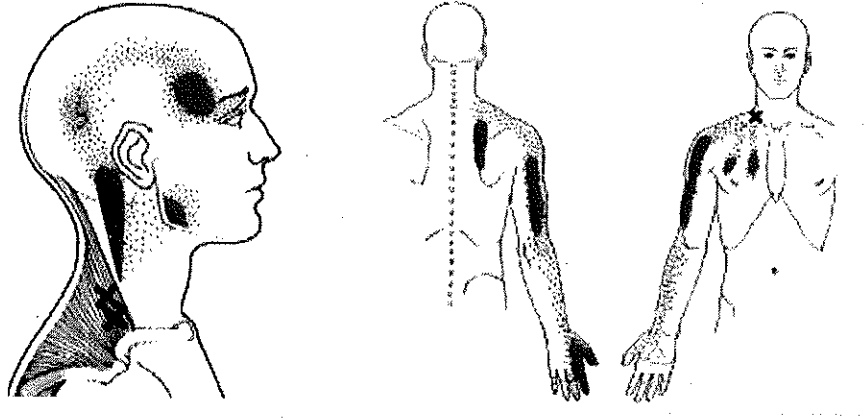
- หยุดการออกกำลังกายทันที ถ้ากำลังออกกำลังกายอยู่
- ค่อย ๆ ยืดกล้ามเนื้อมัดที่เกิดตะคริวออกช้า ๆ ในทิศทางที่ตรงกันข้ามกับการหดตัวของกล้ามเนื้อมัดนั้น ห้ามใช้แรงต้านมากเกินไปอย่างรวดเร็วเพราะกล้ามเนื้ออาจฉีกขาดได้
- ประคบด้วยความร้อนเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อ และนำสารอาหารและออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อ
- ไม่ควรบิบนวดขณะที่ยังไม่ให้ความร้อนเพราะจะยิ่งกระตุ้นให้กล้ามเนื้อหดตัวมากขึ้น
- พยายามหาสาเหตุและกำจัดสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดตะคริว เช่น ถ้าขาดน้ำหรือเกลือแร่ ก็อาจให้เครื่องดื่มเกลือแร่ชดเชย
- ในกรณีที่เป็นตะคริวทั่วทั้งตัว อาจต้องฉีด muscle relaxant
- ถ้าเป็น night cramp บ่อย ๆ อาจลองให้ diphenhydramine ๕๐ mg ก่อนนอน เพื่อป้องกัน

การฟื้นฟู

ในการป้องกัน muscle cramp ส่วนหนึ่งก็คือการเพิ่มความแข็งแรงและการยืดกล้ามเนื้อให้เพียงพอ ก่อนการออกกำลังกาย และอีกส่วนหนึ่งก็คือ การขจัดสาเหตุหรือปัจจัยส่งเสริมดังกล่าวแล้วข้างต้น ถ้าต้องออกกำลังกายกล้ามเนื้อมัดที่มักเกิด ตะคริว ควรเลี่ยงท่าทางที่ทำให้กล้ามเนื้อมัดนั้นหดสั้นมาก ๆ นอกจากนั้นการ ใ้ยา quinine ก็อาจได้ผลในบางราย

Myofascial pain syndrome

เป็นกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อที่มีจุดกดปวดที่เรียกว่า myofascial trigger point ในกล้ามเนื้อหรือ fascia Myofascial pain syndrome เป็นกลุ่มอาการปวดที่พบบ่อยมากในวัยกลางคน เพศชายและหญิงพบได้ใกล้เคียงกัน มักจะปวดแบบปวดลึก ๆ (deep dull aching) และเมื่อกดที่จุด trigger point ก็จะมีอาการปวดร้าวที่มีแตกต่างกันออกไปเฉพาะกล้ามเนื้อแต่ละมัด ซึ่งไม่เป็นไปตาม nerve distribution ถ้าไม่คุ้นเคยก็อาจทำให้รู้สึกว่าเป็นอาการปวดร้าวที่แปลก ความรุนแรงของอาการปวดจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความไว (hyperirritability) ของ trigger point นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อยคือ paresthesia และอาการชาซึ่งเมื่อตรวจร่างกายแล้วไม่พบ impaired sensation ดังนั้น myofascial pain syndrome สามารถจะเลียนแบบได้หลายโรค ถ้านึกถึงโรคนี้ไว้ทุกครั้งก็จะไม่พลาดในการวินิจฉัย



อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic phenomenon) ที่พบบ่อย ได้แก่ อุนทงุมิบริเวณที่เกิด referred pain ลดลง หรือมีขลุ๊กเมื่อกด trigger point ของกล้ามเนื้อ upper trapezius หรือมีน้ำตาเอ่อ คัดจมูก และเวียนศีรษะขณะเคลื่อนไหวคอ เมื่อ trigger point อยู่ที่กล้ามเนื้อ sternocleidomastoid เป็นต้น

กลไกการเกิด trigger point เชื่อว่าเป็นผลจาก muscle overload ทำให้มีการฉีกขาดของ sarcoplasmic reticulum เกิดการรั่วของ calcium ion ซึ่งจะไปรวมกับ ATP ทำให้ actin จับกับ myosin เกิดการหดตัวของใยกล้ามเนื้อโดยที่ร่างกายไม่ได้สั่งการ โดยจะหดค้างเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะ relative ischemia ทำให้ใยกล้ามเนื้อส่วนนั้นขาดออกซิเจนและพลังงานที่จะนำ calcium ion กลับสู่ sarcoplasmic reticulum ใยกล้ามเนื้อจึงหดค้างต่อไปเป็นวงจรเช่นนี้ ทำให้เกิดการคั่งของ waste product ได้แก่ kinin, potassium, histamine, serotonin, prostaglandin, etc. ทำให้ลด threshold ของ pain และกระตุ้นให้เกิดอาการปวด

การวินิจฉัย (Simon's Criteria) พบ ๕ Major criteria ร่วมกับ ๑ Minor criteria ดังนี้

๑. Major criteria

- มีอาการปวดเป็นบริเวณ
- มีอาการปวดร้าว (referred pain)
- คลำได้ taut band ซึ่งเป็นลำแข็งตึงของใยกล้ามเนื้อที่มี Trigger point อยู่ในขณะที่หา taut band พยายามคลำกล้ามเนื้อในลักษณะตั้งฉากกับแนวใยกล้ามเนื้อ แต่บางครั้งอาจคลำยากถ้า taut band อยู่ลึกมาก ๆ หรือผู้ป่วยอ้วนมาก
- มีจุดกดเจ็บชัดเจนบน taut band ที่เรียกว่า trigger point ในขณะที่คลำหา trigger point ให้ออกแรงกดประมาณ ๒ kg/cm ตามแนวของ taut band เมื่อกดลงบนจุด trigger point จะต้องทำให้เกิดอาการปวดร้าว
- มีองศาการเคลื่อนไหวลดลงในทิศทางที่ยึดกล้ามเนื้อมัดที่มี Taut band นั้น

๒. Minor criteria

- มีอาการปวดหรือการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเมื่อกดที่ trigger point
- มีการ snapping หรือ local twitch (การหดตัวอย่างรวดเร็ว) ของกล้ามเนื้อในขณะที่คลำหา taut band หรือในขณะที่แทงเข็มไปที่ taut band

• อาการปวดลดลงหลังจากทำการยืดกล้ามเนื้อที่มี taut band หรือหลังจากแทงเข็มเข้าไปที่ trigger point

การรักษา

การรักษาเฉพาะ (Specific or local treatment)

๑. การฉีดยาเข้าที่จุด Trigger point (Trigger point injection)

ยาที่ใช้ฉีดคือ ยาชาเฉพาะที่เช่น ๐.๕% procaine, ๑% หรือ ๒% xylocaine without adrenaline ๐.๕ - ๕ ml ต่อ trigger point ๑ จุด เพื่อชะล้าง waste product และให้ปลายเข็มไปทำลาย trigger point และปลายประสาทที่รับรู้สื่อบริเวณนั้น โดยฉีดแบบ fanning การเห็น local twitching ในกล้ามเนื้อขณะที่ปลายเข็มโดน taut band หรืออาการปวดที่ลดลงทันทีที่ยาออกฤทธิ์ จะช่วยยืนยันการวินิจฉัย myofascial pain syndrome

๒. การนวด (Massage) กดจุด

การนวดกดจุด (Ischemic compression) ที่จุด trigger point หรือการนวดแบบ deep friction อาจทำให้ trigger point หายไปได้ แต่มักต้องทำติดต่อกันหลายครั้งโดยเฉพาะในรายที่ trigger point อยู่ลึก การนวดจะทำให้ taut band คลายตัวออก และทำให้อาการปวดลดลง ระยะเวลาที่นวดประมาณ ๑๐ นาที ก็เพียงพอ บริเวณที่ได้ผลดีต่อการรักษาด้วยวิธีนวดคือ บริเวณต้นคอและศีรษะ

๓. การพ่นด้วยความเย็นแล้วยืดกล้ามเนื้อ (Stretch and spray)

การพ่นด้วย ethyl chloride หรือ fluoromethane spray ให้ทั่วบริเวณ referred pain area จะช่วยลดอาการปวดและ reflex muscle spasm ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการยืดกล้ามเนื้อในขั้นตอนต่อมา ควรถือขวด spray ห่างจากจุดที่จะพ่นประมาณ ๔๕ cm ทำมุม ๓๐ องศา แล้วพ่นไปบน referred area และ trigger point ด้วยความเร็วประมาณ ๑๐ cm/sec ทำซ้ำ ๒ - ๓ รอบ แล้วตามด้วยการยืดกล้ามเนื้อซ้ำ ๆ ทำซ้ำจนสุดพิสัยของกล้ามเนื้อ หลังจากการยืดสิ้นสุดควรประคบด้วยความร้อน ๒ - ๓ นาที เพื่ออุ่นคลายกล้ามเนื้อกลับคืน

๔. การบริหารยืดกล้ามเนื้อ (Therapeutic exercise)

เวลาทำการยืดกล้ามเนื้อ ต้องยืดจนถึงจุดที่มีอาการปวดจึงจะได้ผล ทำ ๕ - ๑๐ ครั้ง ต่อชุด ทำวันละหลาย ๆ ชุด ค่อย ๆ เพิ่มความยาวของกล้ามเนื้อจนกระทั่งได้พิสัยเต็มที่เพื่อให้ actin และ myosin คลายออกจากกัน นอกจากนี้อาจใช้เทคนิคการหดตัวของกล้ามเนื้อที่กำลังถูกยืดต้านแรงสลับกับการยืดออก (contract-relax-stretching technique) ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวในช่วง relax ได้มากขึ้น ในรายที่เป็น myofascial pain syndrome มานาน ๆ กล้ามเนื้อมักอยู่ในสภาพ deconditioning ซึ่งควรแนะนำให้ออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงร่วมกับ aerobic exercise ซึ่งจะมากขึ้นน้อยแค่ไหน ให้พิจารณาตามความเหมาะสมของสภาพกล้ามเนื้อในขณะนั้น

๕. การใช้ความร้อน (Heat therapy)

ความร้อนที่ได้ผลการรักษาดีคือ การทำ ultrasound บริเวณ trigger point เพราะนอกจากจะทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวแล้วยังมีผลเหมือนการนวดในระดับเซลล์ (micromassage) จากพลังงานของคลื่นเสียง ส่วนความร้อนขึ้นเช่น การใช้ hot pack จะมีผลคลายกล้ามเนื้อผ่านทาง reflex มากกว่า มักอบอุ่นกล้ามเนื้อตามหลังการรักษาด้วย spray และช่วยลดอาการของ posttreatment muscle soreness

๖. การฝังเข็ม (Acupuncture)

ผลการลดอาการปวดจากการฝังเข็มรักษา myofascial pain syndrome เชื่อว่าเกิดจาก mechanical disruption โดยปลายเข็มที่ตำแหน่ง trigger point ร่วมกับผลของการกระตุ้นการหลั่งสาร endogenous opioids

๗. การใช้ยา (Drug therapy)

จนถึงปัจจุบัน ยังไม่พบว่ามียาใดสามารถ inactivate trigger point ได้โดยตรง การใช้ยาจึงไม่จัดเป็นการรักษาเฉพาะ แต่มีข้อแนะนำในการใช้ยาสำหรับรักษา myofascial pain syndrome ดังนี้

- ยาลดปวดทั่วไป นิยมใช้ paracetamol มากกว่า aspirin เพราะ aspirin ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกใน กรณีที่ทำ trigger point injection หรือ acupuncture
- ยาคลายกล้ามเนื้อ ไม่ค่อยได้ผลในการรักษา เพราะไปคลายกล้ามเนื้อในส่วนที่ปกติมากกว่าส่วนที่เป็น taut band
- ยา NSAID จะใช้ในกรณีที่มี posttreatment muscle soreness รุนแรง ในรายที่มี hyperirritability ของ trigger point มาก หรือมีปัญหาการอักเสบของ connective tissue อื่นร่วมด้วย
- ยา steroid นิยมให้ short acting corticosteroid ในรูปยารับประทาน เช่น prednisolone ๖๐ mg/day แล้วค่อย ๆ ลดขนาดยาลงใน ๑ สัปดาห์
- ยาที่มีบทบาทในการแก้ไขปัจจัยส่งเสริม เช่น Vitamin B โดยเฉพาะ folic acid ในกลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรัง หรือ vitamin C ในกลุ่มที่สูบบุหรี่จัด เป็นต้น
- ยาในกลุ่ม tricyclic antidepressant, anxiolytic และช่วยลดอาการซึมเศร้า อาจจำเป็นต้องใช้ในกรณีที่มี chronic pain อารมณ์ซึมเศร้าหรือความเครียดร่วมด้วย

๘. การค้นหาและแก้ไขปัจจัยส่งเสริม (Correcting perpetuating factors) ปัจจัยนี้แบ่งได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. Mechanical perpetuation factors ซึ่งได้แก่

- Biomechanical abnormalities เช่น ขา ๒ ข้างยาวไม่เท่ากัน ทำให้ต้องยกไหล่ข้างหนึ่งเพื่อชดเชยให้ไหล่คู่เสมอกัน ทำให้เกิด myofascial pain syndrome ของ upper trapezius เป็นต้น
- Postural stress เช่น ต้องนั่งเขียนหนังสือก้มคอนาน ๆ หรือนั่งเก้าอี้ไม่มีที่เท้าแขน ทำให้เกิด myofascial pain syndrome ของ upper trapezius
- Muscle overuse เช่น แม่บ้านที่ต้องใช้แขนและไหล่ทำงานหนักเป็นประจำ
- Muscle compression เช่น การใส่เสื้อชั้นในที่มียาสายรัดบ่าแน่นเกินไป

๒. Systemic perpetuating factors ซึ่งได้แก่

- ภาวะขาดสารอาหาร เช่น vitamin B, vitamin C
- ความบกพร่องทาง metabolism และระบบต่อไธ่ท่อ เช่น hyperthyroidism

ภาวะช้ด เป็นต้น

- ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความซึมเศร้า
- ภาวะที่มีการติดเชื้อเรื้อรัง เช่น chronic sinusitis, urinary tract infection เป็นต้น
- โรคที่ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัวมากขึ้น เช่น ใน cervical spondylosis ทำให้มีอาการปวดต้นคอ และกล้ามเนื้อคอเกร็งตัวมากขึ้น เมื่อเกร็งนาน ๆ อาจจะเกิด overload และเกิด trigger point ตามมาได้

Tendinitis

เป็นการอักเสบของเอ็นกล้ามเนื้อ พบบ่อยที่ Achilles tendon, supraspinatus tendon, wrist extensor tendon และ biceps brachii tendon ลักษณะเด่น ๆ ของการอักเสบของเอ็นดังกล่าว ดังนี้

๑. **Achilles tendinitis** มักมีอาการปวดในตอนเช้าและอาการปวดมักลดลงเมื่อเริ่มออกเดินช้า ๆ ในนักกีฬา มักเกิดจากการวิ่งขึ้นเนิน การวิ่งลงปลายเท้า หรือการเพิ่มระยะทางเร็วเกินไป นอกจากนั้นอาจเกิดจากการกดของข้อบรองเท้าในกรณีที่มี enthesitis (การอักเสบของจุดเกาะของ Achilles tendon) อาจต้องนึกถึงโรคข้อในกลุ่ม seronegative spondyloarthropathy ด้วย

๒. **Supraspinatus tendinitis** จะทำให้ปวดขณะผู้ป่วยออกแรงกางแขน คว่ำมือลง และอาจพบ positive impingement sign ขณะที่กางแขนในช่วง ๖๐ - ๑๒๐ องศา อาการปวดและจุดกดเจ็บมักอยู่ใต้ต่อม acromion บางครั้งมีอาการปวดร้าวไปที่กล้ามเนื้อ deltoid กิจกรรมที่ต้องมีการกางแขนเหนือศีรษะบ่อย ๆ ทำให้อาการแย้ลง ในบางรายอาจมี subdeltoid bursitis หรือ spur บริเวณ acromioclavicular arch ร่วมด้วย

๓. **Lateral epicondylitis (Tennis elbow)** เกิดจากการกระชากซ้ำ ๆ ของ wrist extensor tendon ทำให้ปวดที่ lateral epicondyle ของกระดูกต้นแขน และ wrist extensor tendon โดยเฉพาะ ECRB อาการปวดอาจร้าวมายังปลายแขนด้าน dorsolateral พบได้บ่อยในกิจกรรมที่ต้องกระดกข้อมือหรือกำมือแน่น ๆ ซ้ำ ๆ เช่น การตี tennis ในท่า backhand

๔. **Bicipital tendinitis** จะทำให้มีอาการปวดในบริเวณไหล่ด้านหน้า บริเวณร่องกระดูกที่ long head ของกล้ามเนื้อ biceps ผ่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อให้ผู้ป่วยทำ forward flexion ของไหล่ด้านแรงแบบ isotonic หรืออาจตรวจพบผลบวกของ Yergason's test (resisted supination and flexion in ๙๐ degree elbow flexion) หรือ speed test (sudden shoulder extension) กิจกรรมที่ต้องงอศอกด้านแรงไปด้านหน้าพร้อม ๆ กับการเคลื่อนไหวข้อไหล่เป็นปัจจัยเสี่ยง

การรักษา

- ยา NSAID และ analgesic
- พักส่วนที่ปวด
- การใช้ความร้อนลึก เช่น ultrasound therapy

• การฉีด steroid เข้าในปลอกหุ้มเอ็น แต่เราไม่ฉีดในกรณีของ Achilles tendinitis เพราะมีโอกาสเอ็นขาดได้ง่าย และหลังจาก ฉีด ควรให้ผู้ป่วยพักกิจกรรมที่ต้องใช้เอ็นกล้ามเนื้อนั้น อย่างน้อย ๒ สัปดาห์

การฟื้นฟู

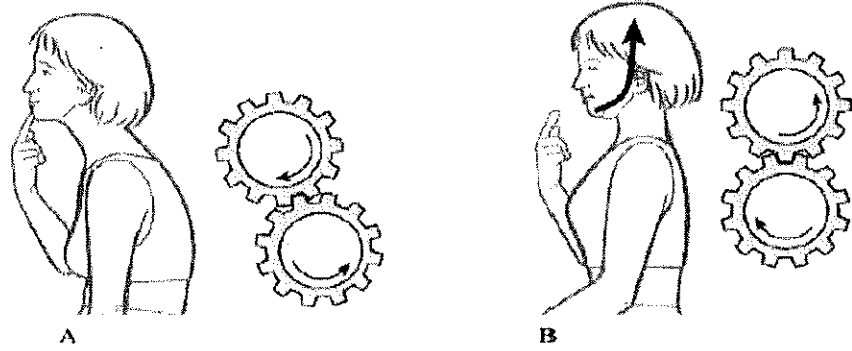
การยืดกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอก่อนการออกกำลังกายเป็นการป้องกันการบาดเจ็บของ musculotendinous junction หรือ tendon ได้ดี นอกจากนี้ ควรค้นหาและแก้ไข underlying biomechanic abnormalities อื่น ๆ ด้วยในกรณีที่เป็น tendinitis เรื้อรัง ตัวอย่างเช่น ถ้ามีท่าแบน วิ่งผิดท่า วิ่งลงน้ำหนักขาไม่เท่ากัน ซึ่งอาจนำไปสู่ Achilles tendinitis หรือ การชิ่งเอ็นของไม้เทนนิสตึงเกินไป ด้ามจับเล็กเกินไป เทคนิคการตีท่า backhand ไม่เหมาะสมขอบกระดูกข้อมือเฉพาะช่วงปลายของการกวาดแขน หรือยื่นทิ้งน้ำหนักไปด้านหน้ามากเกินไปจะเสี่ยงต่อการเกิด tennis elbow เป็นต้น การเพิ่มความแข็งแรงของ tendon ต้องอาศัยการออกกำลังกายแบบ progressive resistance exercise แต่ทั้งนี้ต้องไม่มีอาการอักเสบแล้ว

Cervical disc herniation

ทำให้เกิดอาการปวดต้นคอและบ่า เพราะหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนหรือแตกทะลักเข้าไปใน Spinal canal ซึ่งอาจจะไปกด dura หรือ nerve roots โดยมักพบที่ foraminal space ของ C๕ - C๖ หรือ C๖ - C๗ ทำให้ปวดต้นคออย่างรุนแรง แม้กระทั่งเวลานอน ลักษณะการปวดร้าวที่ต้นคอ interscapular area หรือ บริเวณสะบักมักเป็น dull pain ที่นำโดย posterior rami ของ spinal nerve root ซึ่งจะรับรู้ความรู้สึกจากส่วนนอกของ annulus fibrosus, posterior longitudinal ligament, facet joints ถ้ามีการกดรากประสาทจะมีอาการปวดแสบ (sharp pain) ไปตาม dermatome ของรากประสาทนั้น ๆ ซึ่งเรียกว่า radicular pain ผู้ป่วยที่มี irritation ต่อ C๖ root จะมี paresthesia ที่นิ้วหัวแม่มือ ๑st web space และด้านนอกของ forearm ส่วน irritation ต่อ C๗ root จะมีอาการที่นิ้วกลาง ถ้ามีอาการชาหรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อเอียงด้วยรากประสาทนั้น ๆ เรียกว่ามี radiculopathy การตรวจร่างกายมักพบว่าผู้ป่วยจะต้านการเคลื่อนไหวคอเพราะการเคลื่อนไหวคอจะทำให้มีอาการปวดมากขึ้น ซึ่ง อาจเป็นได้ทั้ง extension, flexion หรือ lateral flexion การทำ neck distraction test อาจทำให้ปวดลดลง การวินิจฉัยที่แน่ชัดต้อง อาศัย cervical myelogram หรือ MRI

การรักษาและฟื้นฟู

- การรักษาแบบ Conservative
 - การพักผ่อน ร่วมกับการจำกัดการเคลื่อนไหวคอ ซึ่งมีตั้งแต่การใช้ Cervical collar จนถึง SOMI brace
 - ยา NSAID และ Analgesic
 - Cervical traction ซึ่งแนะนำว่าควรดึงในลักษณะที่คอก้มประมาณ ๒๐ องศา ดึงด้วยแรงที่สม่ำเสมอครั้งละ ๒๐ นาที ๓-๖ ครั้งต่อวัน
 - อาจใช้ความร้อนต้น หรือความร้อนลึกร่วมด้วยในขณะที่ทำ cervical traction
 - สอนวิธีออกกำลังกาย isometric neck exercise และการลด cervical lordosis ด้วยการทำท่า “Chin tuck” รวมทั้งการปรับท่าทางในกิจวัตรประจำวัน



การรักษาด้วยการผ่าตัด

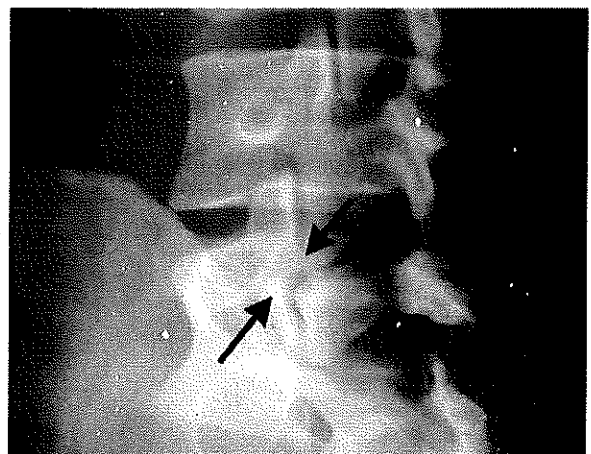
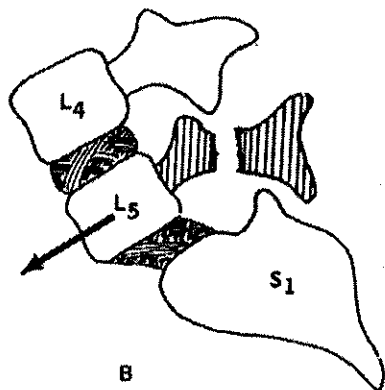
ผ่าตัดเอา Disc ออกมาทางด้านหน้า และทำ Anterior interbody fusion

Spondylolysis and Spondylolisthesis

Spondylolysis หมายถึง ภาวะที่มี anatomical defect ในส่วน pars interarticularis ของกระดูกสันหลัง ซึ่งอาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ เชื่อว่าเป็น congenital failure ของ maturation of bone แต่ก็มีอีกหลายทฤษฎีที่เชื่อว่าเป็น fracture ในช่วงที่เป็นตัวอ่อนหรือทารก

Spondylolisthesis หมายถึง ภาวะที่มีการเคลื่อนของกระดูกสันหลังอันบนไปทางด้านหน้าหรือด้านหลังต่อกระดูกสันหลังอันล่างถัดไป ถ้าเกิดจากความเสื่อม (spondylotic spondylolisthesis) มักเกิดการเคลื่อนที่ L๔ - ๕ แต่ถ้าเกิดจาก congenital defect มักพบที่ L๕ - S๑

ผู้ป่วยที่มี spondylolisthesis ของกระดูกสันหลังระดับเอว จะมีอาการปวดหลังร้าวไปบริเวณ sacroiliac joint ปวดตื้อ ๆ และบางครั้งอาจร้าวไปตะโพก ต้นขาหรือเท้า แต่ไม่เป็นไปตาม dermatomal pattern ผู้ป่วยมักบอกรว่ามีอาการหลังแข็งร่วมด้วย การตรวจร่างกายจะพบว่ามี stepping ของ spinous process ภาพถ่าย X-ray จะเห็นการเคลื่อนของกระดูกสันหลัง ถ้าเป็น oblique view ของ LS spines ของผู้ป่วยที่เป็น spondylotic spondylolisthesis จะเห็นการขาดของ pars interarticularis



การรักษา

● การรักษาแบบ Conservative

จะเน้นไปที่การลด lumbo-sacral angle ให้มากที่สุด เพื่อลด shear force จากแรงโน้มถ่วง และลด stress ที่เกิดขึ้นที่ facet joint ด้วย การรักษาประกอบด้วย

- ให้อา NSAIDS และ analgesic ในกรณีที่มีปวด
- การออกกำลังกายด้วย William's exercise
- การใช้ lumbo-sacral orthosis เพื่อช่วยลด lumbar lordosis และเพิ่ม abdominal pressure และยังป้องกันไม่ให้เกิดการเคลื่อนของกระดูกสันหลังในช่วง lumbo-sacral มากเกินไป แต่ควรออกกำลังกายควบคู่ไปด้วยเพื่อป้องกันการอ่อนแรงและการเสียความยืดหยุ่นและ proprioceptive response ของกล้ามเนื้อหลัง
- การทำ lumbar traction สามารถลดอาการปวดหลังได้ ถ้ายังไม่มี cauda equina compression
- หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องทำให้หลังแอ่นมากขึ้น โดยเฉพาะในขณะยืน เดิน หรือยกของ

● การรักษาโดยการผ่าตัด

จะทำเมื่อมี neurological deficit จากการกดรากประสาท การกด cauda equina ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ มี instability หรือมีอาการปวดซึ่งไม่บรรเทาลงด้วยวิธี conservative การผ่าตัดทำได้หลายวิธีเช่น fusion ของ L๔ - ๕ หรือ L๕ - sacrum การผ่าตัดทำ laminectomy ในกรณีที่ neural arch กดรากประสาท เป็นต้น

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาดูงานมาใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกสถานที่ศึกษาต่อ และนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการตรวจรักษาผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน สามารถนำระบบแนวทางการให้บริการงานด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มาใช้เพื่อปรับปรุงการให้บริการ งานด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๒.๓.๓ อื่น ๆ สามารถนำแนวทางการฝึกสอนมาเป็นแนวทางเพื่อฝึกสอนบุคลากร และเพื่อรองรับการเปิดสอนนักศึกษาแพทย์ในอนาคต ส่งผลให้มีแนวทางการฝึกสอนที่เทียบเท่ากับโรงเรียนแพทย์

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง เนื่องจากเป็นช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-2019 ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีปริมาณไม่เพียงพอ และเนื่องจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงเรียนแพทย์มีนักศึกษาจำนวนมากจากสหสาขาวิชา ส่งผลให้การเรียนรู้ได้ไม่เต็มที่

๓.๒ การพัฒนาส่งเสริมให้บุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้มีโอกาส ศึกษาดูงานและอบรมตามโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อจะได้ยกระดับการทำงานและวางแผนพัฒนาระบบการให้บริการเร่งด่วนและฉุกเฉินของโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การศึกษาทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีประโยชน์กับตัวบุคลากรเป็นอย่างมาก เนื่องจากสามารถนำความรู้ และประสบการณ์ที่ได้รับมาประกอบการตัดสินใจเลือกสถาบันศึกษาต่อแพทย์ประจำบ้าน สาขาด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู และเห็นควรส่งเสริมให้บุคลากรเข้าศึกษาตุนาน/อบรม ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู และในสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากวิวัฒนาการทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนาประยุกต์ใช้ตามบริบทของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างสูงสุด

ลงชื่อ..... อภาภรณ์ ผู้รายงาน
(นางสาวอภาภรณ์ มิตรศิริสวัสดิ์)
นายแพทย์ปฏิบัติการ
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

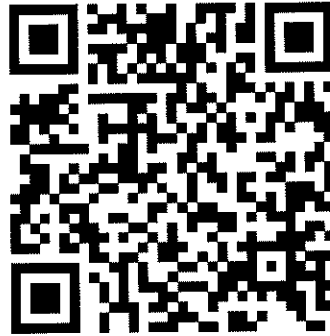
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ..... *ว* หัวหน้าส่วนราชการ
(นายอดิศร วิตตางกูร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ

รายงานผลการศึกษาดูงานด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ระหว่างวันที่ 5 – 9 กันยายน 2565 และระหว่างวันที่ 26 – 30 กันยายน 2565

ของข้าราชการ รายนางสาวอภาพร มิตรศิริสวัสดิ์ ตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติการ



<https://shorturl.asia/iAlMj>