

รายงานวิจัย

Research Articles

ผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอจากกล้ามเนื้อคอหดเกร็งระหว่างวิธีกายภาพบำบัดร่วมกับ
การบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจงและวิธีกายภาพบำบัด

**Cervical Myofascial Pain Syndrome Treatment Outcomes: A Comparison
between Physical Therapy combined Specific Neck Exercise and Physical Therapy**

นันทวัน ปิ่นมาศ*

Nantawan Pinmas*

*กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

**Department of Rehabilitation Medicine, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok Province

Corresponding author-mail address: Nantawan56@hotmail.com

Received: June 15, 2021

Revised: July 22, 2021

Accepted: August 24, 2021

Abstract

Cervical pain caused by myofascial pain syndrome (MPS) was found first among patients who received physical therapy services. This experimental study aimed to compare therapeutic effect between physical therapy combined with specific neck exercise and physical therapy in cervical myofascial pain syndrome patients in Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital during October 2020 to June 2021. These patients were divided into two groups, 29 patients in each group. The first group underwent physical therapy combined with specific neck exercise and another underwent physical therapy alone. The results of treatment were compared by chi-square test, chi-square test for linear trend, Mann Whitney U test and Wilcoxon signed rank test with significant level at 0.05. There were no difference in sex, ages, education, occupation, average pre-treatment pain and disability scores in both groups. There were statistically significant differences in pain scores and disability scores after treatment for both groups. The post-treatment reductions in pain scores and disability scores were greater in group 1 than in group 2, no patients had to discontinue this study. In conclusion, physical therapy combined with specific neck exercise is more effective than physical therapy alone.

Keywords: neck pain, specific neck exercise, myofascial pain syndrome, physical therapy

Buddhachinaraj Med J 2021;38(2):197-208.

บทคัดย่อ

อาการปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งพบเป็นอันดับแรกของผู้ป่วยที่มาใช้บริการกายภาพบำบัด การทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งระหว่าง 2 วิธีกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจง (กลุ่มที่ 1) และวิธีกายภาพบำบัดอย่างเดียว (กลุ่มที่ 2) ศึกษาในผู้ป่วยปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งที่ได้รับการรักษาที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยจับสลากแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 29 คน เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ chi-square, chi-square for linear trend, Mann Whitney U และ Wilcoxon signed rank กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา อาการแสดง คะแนนความปวด และคะแนนภาวะทุพพลภาพก่อนรักษาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน คะแนนความปวดและคะแนนภาวะทุพพลภาพที่ลดลงหลังรักษาของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนความปวดและคะแนนภาวะทุพพลภาพที่ลดลงหลังรักษาของกลุ่มที่ 1 ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ 2 ทั้งนี้ ไม่มีผู้ที่ต้องยุติการศึกษา สรุปได้ว่าวิธีกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจงลดอาการปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งได้ดีกว่าวิธีกายภาพบำบัดอย่างเดียว

คำสำคัญ: อาการปวดคอ, ภาวะกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็ง, การบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจง, การรักษาทางกายภาพบำบัด

พุทธชินราชเวชสาร 2564;38(2):197-208.

บทนำ

อาการปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็ง (myofascial pain syndrome: MPS) ทำให้มีอาการปวดเรื้อรังพบมากถึงร้อยละ 38 ของประชากรโลก¹⁻² พบได้บ่อยในประชากรทุกเพศ ทุกวัย และทุกอาชีพ โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพที่ทำงานในสำนักงานอาจเนื่องจากท่าทางในการทำงานที่ไม่ถูกต้อง³ พบมากในช่วงอายุ 30- 50 ปี⁴ โดยมากกว่าร้อยละ 50 เป็นในวัยทำงานและพบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการปวดคอ⁵⁻⁶ และภาวะทุพพลภาพเพิ่มมากขึ้นทั้งในระยะสั้นและยาว³ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตทางกายลดลงด้วย⁵ อาการปวดคอพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.2-3.1 เท่า⁷ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2556 พบความชุกของผู้ป่วยโรคปวดคอถึงร้อยละ 42 ทำให้มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึง 15.9 พันล้านบาท ต้นทุนโดยรวมของผู้ป่วยโรคปวดคอเท่ากับ 4,925 บาทต่อปีต่อคน⁸ เป็นผลจากเวลาที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย⁹ โดยร้อยละ 64 ต้องลาหยุดงานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา⁹

ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวมทั้งทางตรงและทางอ้อม

โปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยปวดคอ ได้แก่ การรักษาด้วยการประคบความร้อน (hot pack) อัลตราซาวด์ (ultrasound) การดึงคอตึงด้วยเครื่องดึงคอ (mechanical traction) และการรักษาด้วยไฟฟ้า (electrotherapy) เป็นวิธีรักษาที่ใช้มากที่สุด¹⁰ โดยเฉพาะการรักษาด้วยอัลตราซาวด์ (คลื่นเหนือเสียง) ได้รับการยอมรับและมีรายงานวิจัยสนับสนุนผลการรักษาอาการปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็ง¹¹⁻¹² เนื่องจากอัลตราซาวด์ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด เพิ่มการยืดตัวของคอลลาเจน เพิ่มขีดกันความรู้สึกเจ็บปวด เพิ่มการทำงานของเอ็นไซม์ช่วยลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวที่เกิดจากการยืดติดของเนื้อเยื่อ และช่วยให้เนื้อเยื่อที่ติดกันอยู่เคลื่อนออกจากกัน¹³ แตกต่างจากการรักษาในประเทศทางตะวันตกที่แนะนำว่าการออกกำลังกายแบบจำเพาะเจาะจงเป็นวิธีรักษาที่ได้ผลดีในผู้ป่วยปวดคอ¹⁴ เนื่องจากเพิ่มความ

แข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening exercise) และเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ (endurance exercise) มีประโยชน์ในการรักษาโรคโดยสามารถลดระดับความเจ็บปวด¹⁵⁻¹⁶

งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบผู้ป่วยมารับบริการกายภาพบำบัด¹⁷ ซึ่งผู้ป่วยปวดคอที่มารักษาที่งานกายภาพบำบัดต้องมารับการรักษาติดต่อกันเป็นเวลาหลายวันทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเดินทาง เป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม (เช่น การลางาน) การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งระหว่างวิธีการรักษาทางกายภาพบำบัดรวมกับการออกกำลังกายแบบจำเพาะเจาะจงและวิธีการรักษาทางกายภาพบำบัด เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการปรับปรุงแนวทางการพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งต่อไป ทั้งนี้

อาการปวดคอ หมายถึง อาการปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็ง (myofascial pain syndrome: MPS) ที่มี active myofascial trigger point ที่กล้ามเนื้อ upper trapezius อย่างน้อย 1 จุด มีอาการผิดปกติทางการรับรู้ความรู้สึก (sensory) การทำงานของกล้ามเนื้อ (motor) และระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic phenomenon) มีสาเหตุจากการมีจุดกดเจ็บที่เรียกว่า myofascial trigger point (MTrPs) ซึ่งสามารถคลำพบก้อนเนื้อเล็กๆ (nodule) ในกล้ามเนื้อคอหรือเนื้อเยื่อพังผืด¹⁸

วิธีการรักษาทางกายภาพบำบัด ประกอบด้วยการใช้อัลตราซาวด์แบบจ่อ (ultrasound stat) เป็นเวลา 10 นาที การประคบร้อนเป็นเวลา 10-20 นาที¹⁹ และการออกกำลังกายด้วยการยืดกล้ามเนื้อคอแบบพื้นฐานซึ่งประกอบด้วย 1) ทำยืดกล้ามเนื้อคอโดยประสานมือไว้หลังศีรษะ โน้มศีรษะลงช้า ๆ จนรู้สึกตึงที่หลังคอยืดค้างไว้ 20 วินาที 2) ทำยืดกล้ามเนื้อบ่าให้เอียงศีรษะไปด้านขวา มือขวาช่วยโน้มศีรษะไปด้านขวาจนรู้สึกตึงที่คอและบ่า ยืดค้างไว้ 20 วินาทีแล้วสลับทำอีกข้าง 3) ทำยืดกล้ามเนื้อพุงสะบัก (กล้ามเนื้อ Levator

scapulae) หันศีรษะไปด้านขวา 45 องศา ก้มหน้าลงหารักแร้ มือขวาโน้มศีรษะลงจนรู้สึกตึงที่คอและหลังบน ยืดค้างไว้ 20 วินาที แล้วสลับทำอีกข้างแต่ละครั้งทำค้างไว้ 5 วินาที ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง/เซต ทำ 1-3 เซต โดยทำ 3-5 ครั้ง/วัน 3-5 วันต่อสัปดาห์เป็นเวลา 2 สัปดาห์²⁰

โปรแกรมการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจง หมายถึง

1. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ประกอบด้วยการออกกำลังกายในลักษณะการเกร็งค้าง (isometric contraction) โดยใช้แรงต้านจากฝ่ามือในทิศทางก้มเงย เอียงคอไปด้านซ้ายและขวา หมุนศีรษะไปด้านซ้ายและขวา ในขณะที่เกร็งกล้ามเนื้อคอเกร็งคอต้านไว้ให้ศีรษะอยู่กับที่ ทำค้างไว้ 5 วินาที หายใจออก ควกรอกเสียงนับจำนวนครั้งแต่ละครั้ง ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง/เซต ทำ 1-3 เซต ทำ 3-5 ครั้ง/วัน โดยให้ออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์²⁰

2. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อเก็บคาง (deep neck flexor) ประกอบด้วยการเก็บคางชิดอกและยกศีรษะขึ้นจากพื้นสูงประมาณ 2.5 เซนติเมตร ค้างไว้ 5 วินาทีแล้วจึงปล่อย ทำซ้ำ 20 ครั้ง/เซต ทำ 1-3 เซต ทำ 3-5 ครั้ง/วัน โดยให้ออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยในครั้งแรกให้ทำที่โรงพยาบาล หลังจากนั้นให้กลับไปทำที่บ้านตามแนวทางที่กำหนด²⁰

แบบประเมินระดับความปวดด้วย numerical rating scale (NRS) ซึ่งมี construct validity 0.97 เป็นตัวชี้วัดหลักในการศึกษานี้ มีคะแนน 0-10 คะแนน โดยคะแนนศูนย์ หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลยและคะแนนสิบ หมายถึง อาการปวดมากที่สุดในชีวิต ทั้งนี้ *mild pain* หมายถึง ความเจ็บปวดน้อย ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน, *moderate pain* หมายถึง ความเจ็บปวดปานกลาง ระดับคะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า 4-6 คะแนน, *severe pain* หมายถึง ความเจ็บปวดมาก ระดับคะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า 7-10 คะแนน²¹

อัตราความสำเร็จในการลดระดับความปวด หมายถึง อัตราบรรลุปเป้าหมายทางกายภาพบำบัดคือ ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 ถือว่าบรรลุปเป้าหมายทางกายภาพบำบัด²²

แบบประเมินภาวะทุพพลภาพด้วย neck disability index (NDI-TH) เป็นแบบสอบถาม ภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากอาการปวดคอ ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยปวดคอ มีทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการปวดคอ การดูแลตนเอง การยกของ การอ่านอาการปวดศีรษะ การตั้งสมาธิ การทำงาน การขับขีรถ การนอนหลับ และกิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อน แต่ละข้อมีตัวเลือกทั้งหมด 6 ตัวเลือก และมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด/ไม่รบกวนการทำกิจกรรม และ 5 หมายถึง มีอาการปวดมากที่สุด/รบกวนมากจนไม่สามารถทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ คะแนนที่สูงบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพมาก²³

วัสดุและวิธีการ

การทดลองครั้งนี้ (experimental research) ศึกษาข้อมูลไปข้างหน้า (prospective) ในผู้ป่วยปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งที่มารับการรักษาที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 การคำนวณขนาดตัวอย่าง²⁴ ใช้สูตรการคำนวณโดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยปวดคอที่ได้รับการรักษาที่งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 คำนวณสัดส่วนอัตราการรักษาบรรลุปเป้าหมายระดับความปวดทั้ง 2 กลุ่มจากการคำนวณด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (type I error: β) = 0.05, ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (type II error: β) = 0.200, กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบร้อยละ 80 (power of test: $1 - \beta$) โดยอัตรา

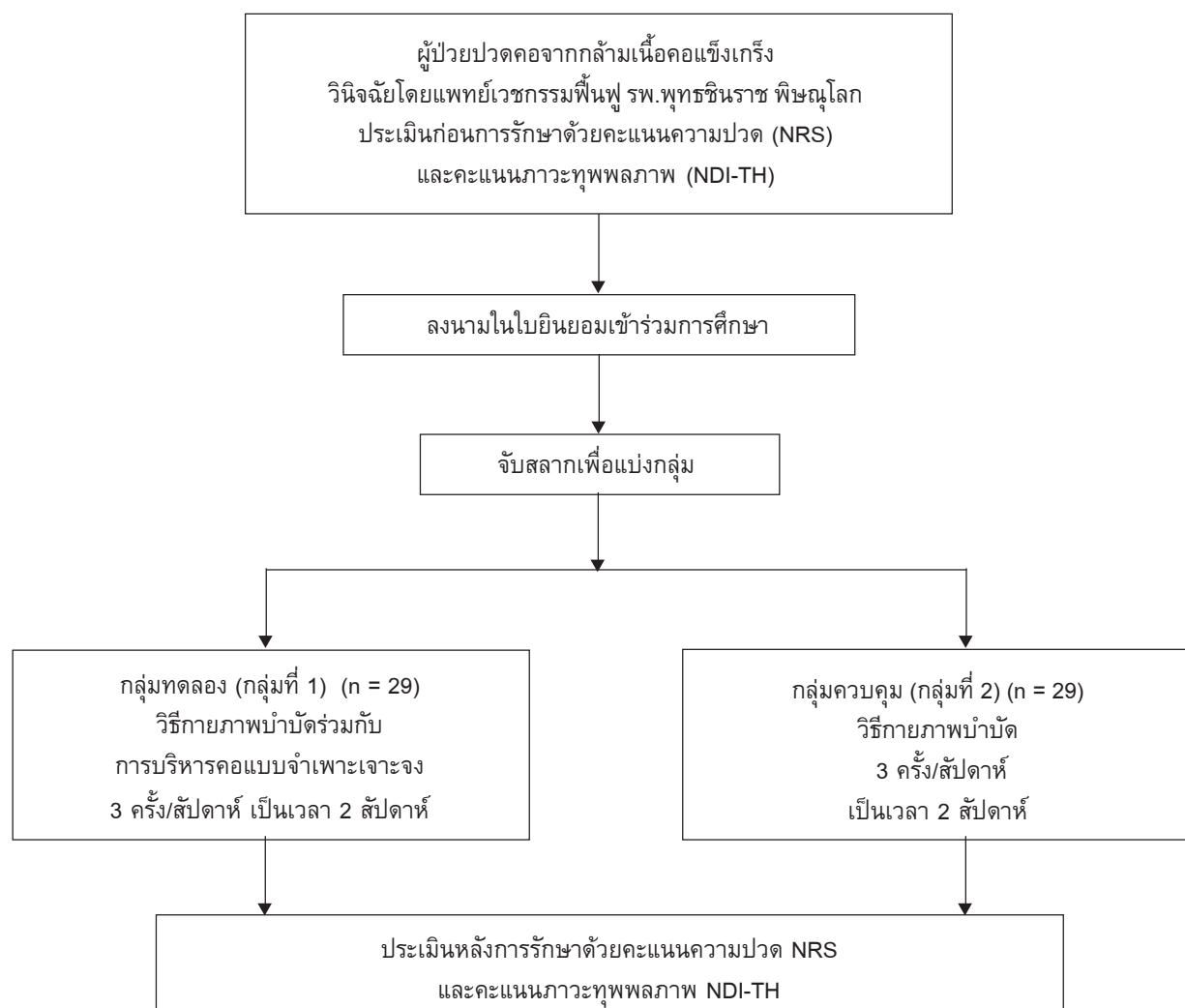
ความสำเร็จในการลดระดับความปวดในกลุ่มที่ 1 (รักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจง) และกลุ่มที่ 2 (รักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัด) เท่ากับ 0.75 และ 0.39 ตามลำดับ ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 58 คน แบ่งกลุ่มโดยให้ผู้ป่วยจับสลากในกล่องที่มีสลาก 58 ใบ ซึ่งประกอบด้วยสลากกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 อย่างละ 29 ใบ หลังจากนั้นอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในการแบ่งกลุ่มพร้อมลงนามยอมรับการรักษาตามกลุ่มที่จับสลากได้ตามตารางการนัดหมายที่กำหนด ตามรูปที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทางกายภาพบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างเองและได้ทดสอบแล้วว่าเป็นที่ข้อมูลได้ครบถ้วน แบบประเมินความปวด (numerical rating scale)²¹ แบบประเมินภาวะทุพพลภาพ (neck disability index, NDI-TH)²³ ส่วนเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามที่กำหนดและขณะรักษา มีความผิดปกติของระบบประสาท เช่น peripheral neuropathy, multiple sclerosis, hemiparesis หรือ myelopathy จากการวินิจฉัยของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เกณฑ์ยุติการศึกษา ได้แก่ ขณะรักษามีคะแนนความปวดเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม 2 คะแนน

ข้อมูลที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งที่ปวด คะแนนความปวดจาก numerical rating scale และคะแนนภาวะทุพพลภาพจาก NDI-TH ประเมินก่อนรักษาในครั้งแรกและหลังรักษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ระบุงหัส บันทึกลงคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวนค่าร้อยละ และค่ามัธยฐาน (Q_1, Q_3) เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการทดสอบ chi-square และ chi-square for linear trend เปรียบเทียบคะแนนความปวดและคะแนนภาวะทุพพลภาพก่อนและหลังรักษาในกลุ่มเดียวกันด้วยการทดสอบ Wilcoxon signed rank เปรียบเทียบคะแนนความปวดและคะแนนภาวะทุพพลภาพทั้งก่อนและหลังรักษาระหว่างสองกลุ่มด้วยการทดสอบ Mann Whitney U กำหนดระดับ

นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้ การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามหนังสือรับรองที่ IRB NO.112/63 ลงวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2563



รูปที่ 1 การคัดผู้ป่วยเข้าสู่การศึกษา

NRS: numerical rating scale

NDI-TH: neck disability index

ผลการศึกษา

ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งทั้งหมด 58 คน ได้รับการรักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจง (กลุ่มที่ 1) และได้รับการรักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัด (กลุ่มที่ 2) กลุ่มละ 29 คน โดยผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 เป็นเพศหญิง 21 คน (ร้อยละ 72.4) และ 22 คน (ร้อยละ 75.9) ตามลำดับ ($p = 0.764$), มีอายุ 15-60 ปี 24 คน (ร้อยละ 82.8) และ 20 คน (ร้อยละ 69) ตามลำดับ ($p = 0.220$) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา 10 คน (ร้อยละ 34.5) และ 6 คน (ร้อยละ 20.7) ตามลำดับ ($p = 0.597$) อาชีพไม่ใช่งาน 17 คน (ร้อยละ 58.6) และ 16 คน (ร้อยละ 55.2) ตามลำดับ ($p = 0.594$) มีอาการปวดคออย่างเดียว 23 คน (ร้อยละ 79.3) และ 22 คน (ร้อยละ 75.9) ตามลำดับ ($p = 0.753$) ดูรายละเอียดในตารางที่ 1 ซึ่งในการศึกษานี้ไม่มีผู้ที่ยุติการศึกษา

ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3) ของคะแนนความปวดหลังรักษาของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 0 (0, 1.00) และ 6 (4.50, 7.00) คะแนนตามลำดับ ($p < 0.001$)

ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3) ของคะแนนความปวดก่อนและหลังรักษาของกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 6 (5.00, 7.50) และ 0 (0, 1.00) คะแนนตามลำดับ ($p < 0.001$) ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3) ของคะแนนความปวดก่อนและหลังรักษาของกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 6 (5.00, 7.50) คะแนนและ 6 (4.50, 6.50) คะแนนตามลำดับ ($p = 0.001$) ส่วนค่ามัธยฐาน (Q1, Q3) ของคะแนนภาวะทุพพลภาพหลังรักษาของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 0 (0, 0) และ 28 (23.00, 33.50) คะแนนตามลำดับ ($p < 0.001$) ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3) ของคะแนนภาวะทุพพลภาพก่อนและหลังรักษาของกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 26 (18.50, 34.00) และ 0 (0, 0) คะแนนตามลำดับ ($p < 0.001$) ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3) ของคะแนนภาวะทุพพลภาพก่อนและหลังรักษาของกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 25 (25.00, 33.00) และ 28 (23.00, 33.50) คะแนนตามลำดับ ($p = 0.002$) โดยพบอัตราความสำเร็จในการลดความปวดในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 เท่ากับร้อยละ 100 และ 0 ตามลำดับ ($p < 0.001$) รวมทั้งอัตราความสำเร็จในการลดภาวะทุพพลภาพในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 เท่ากับร้อยละ 100 และ 0 ตามลำดับ ($p < 0.001$) ดูรายละเอียดในตารางที่ 2



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยปวดคอจากกล้ามเนื้อคอหดเกร็งระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม* (n = 58)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	รวม (n = 58)	กลุ่มที่ 1 (n = 29)	กลุ่มที่ 2 (n = 29)	
เพศ				0.764 ^a
ชาย	15 (25.9.)	8 (27.6)	7 (24.1)	
หญิง	43 (74.1)	21 (72.4)	22 (75.9)	
อายุ (ปี)				0.220 ^a
15-60	44 (75.8)	24 (82.8)	20 (69.0)	
> 60	14 (24.2)	5 (17.2)	9 (31.0)	
การศึกษา				0.597 ^b
ประถมศึกษา	14 (24.1)	4 (13.8)	10 (34.5)	
มัธยมศึกษา	16 (27.6)	10 (34.5)	6 (20.7)	
อนุปริญญา	6 (10.3)	2 (6.0)	4 (13.8)	
ปริญญาตรี	19 (32.8)	11 (37.0)	8 (27.6)	
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (5.2)	2 (6.9)	1 (3.4)	
อาชีพ [†]				0.594 ^a
ใช้แรงงาน	25 (43.1)	12 (41.4)	13 (44.8)	
ไม่ใช้แรงงาน	33 (56.9)	17 (58.6)	16 (55.2)	
อาการแสดง ^{††}				0.753 ^a
ปวดคออย่างเดียว	45 (77.6)	23 (79.3)	22 (75.9)	
ปวดคอรัวลงแขน	13 (22.4)	6 (20.7)	7 (24.1)	

*กลุ่มที่ 1 รักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจง

*กลุ่มที่ 2 รักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัด

^aChi-square test

^bChi-square test for linear trend

[†]อาชีพที่ใช้แรงงานประกอบด้วยรับจ้าง 21 คน (ร้อยละ 35) อยู่ในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จำนวน 11 คน และ 10 คนตามลำดับ, เกษตรกร 4 คน (ร้อยละ 6.7) อยู่ในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จำนวน 1 คน และ 3 คนตามลำดับ

[†]อาชีพที่ไม่ใช้แรงงานประกอบด้วยข้าราชการ 12 คน (ร้อยละ 20) อยู่ในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จำนวน 8 คนและ 4 คนตามลำดับ, ค้าขาย 8 คน (ร้อยละ 13.3) อยู่ในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จำนวน 3 คน และ 5 คนตามลำดับ, แม่บ้าน 11 คน (ร้อยละ 18.3) อยู่ในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จำนวน 5 คนและ 6 คนตามลำดับ, นักศึกษา 2 คน (ร้อยละ 3.5) อยู่ในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จำนวน 1 คน และ 1 คนตามลำดับ

^{††}ปวดคอรัวลงแขน 13 คน (ร้อยละ 22.4) ประกอบด้วยปวดคอรัวลงแขนขวา 3 คน (ร้อยละ 5.2) อยู่ในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จำนวน 1 คนและ 2 คนตามลำดับ, ปวดคอรัวลงแขนซ้าย 4 คน (ร้อยละ 6.9) อยู่ในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จำนวน 3 คนและ 1 คนตามลำดับ, ปวดคอรัวลงแขน 2 ข้าง 6 คน (ร้อยละ 10.3) อยู่ในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จำนวน 2 คน และ 4 คนตามลำดับ

ตารางที่ 2 คะแนนความปวดและคะแนนภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งอัตราความสำเร็จในการลดความปวดและลดภาวะภาวะทุพพลภาพ ก่อนและหลังรักษาระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม* (n = 58)

คะแนนความปวด/คะแนนทุพพลภาพ	ค่ามัธยฐาน (Q1, Q3)/ร้อยละ		p-value
	กลุ่มที่ 1 (n = 29)	กลุ่มที่ 2 (n = 29)	
คะแนนความปวด			
ก่อนรักษา	6.00 (5.00, 7.50)	6.00 (5.00, 7.50)	0.655 ^a
หลังรักษา	0 (0, 1.00)	6.00 (4.50, 7.00)	< 0.001 ^a
คะแนนความปวดที่ลดลง	5.00 (4.00, 7.50)	0 (0, 1.50)	< 0.001 ^a
p-value^b (ก่อน-หลังรักษา)	< 0.001	0.001	
คะแนนทุพพลภาพ			
ก่อนรักษา	26.00 (19.00, 34.00)	25.00 (25.00, 33.00)	0.213 ^a
หลังรักษา	0 (0, 0)	28.00 (23.00, 33.50)	< 0.001 ^a
คะแนนทุพพลภาพที่ลดลง	26.00 (18.50, 34.00)	0 (0, 2.00)	< 0.001 ^a
p-value^b (ก่อน-หลังรักษา)	< 0.001	0.002	
อัตราความสำเร็จ (ร้อยละ)			
อัตราความสำเร็จในการลดความปวด	100	0	< 0.001 ^c
อัตราความสำเร็จในการลดภาวะทุพพลภาพ	100	0	< 0.001 ^c

*กลุ่มที่ 1 รักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจง

*กลุ่มที่ 2 รักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัด

^aMann Whitney U test

^bWilcoxon signed rank test

^cChi-square test

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.9 เท่า ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Hush และคณะ¹⁶ ในชาวออสเตรเลียและผลการศึกษาของ Korhonen และคณะ²⁵ ในชาวฟินแลนด์ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 3.1 และ 3 เท่า ตามลำดับ อาจเนื่องจากกล้ามเนื้อคอของเพศหญิงมีความทนทานต่ำกว่าเพศชายและมีสรีระร่างกายที่เล็กกว่าเพศชาย จากผลการศึกษาของ Ming และคณะ²⁶ พบว่าในช่วงวัยทำงานอายุเฉลี่ย 49.9 ปี โดยพบบ่อยในวัยอายุระหว่าง 15-60 ปี เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่สามในวัยอายุ 15-60 ปี ขณะที่ผลการศึกษาของ Korhonen และคณะ²⁵ พบว่าผู้ที่อายุมากกว่า 52 ปีมีโอกาส

ปวดคอเพิ่มขึ้น 2.8 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อายุน้อย เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นโครงสร้างต่าง ๆ ก็เสื่อมลงตามอายุ ความแข็งแรง ความทนทาน และความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อลดลง กระบวนการซ่อมแซมตนเองช้าลงเนื้อเยื่อต่างๆ เริ่มเสื่อมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเหล่านี้มีโอกาทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ง่ายส่งผลให้เกิดอาการปวดคอเพิ่มขึ้น²⁷

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามในสี่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป โดยอยู่ในระดับปริญญาตรีถึงหนึ่งในสาม ซึ่งน่าจะทำให้ตระหนักในการดูแลตัวเองเมื่อมีอาการปวดคอจึงมาพบแพทย์/นักกายภาพบำบัดโดยไม่ปล่อยให้มีอาการมากขึ้น กว่าครึ่งประกอบอาชีพไม่ใช้แรงงาน ซึ่งหนึ่งในห้าเป็นข้าราชการที่ทำงานในสำนักงาน อาจเป็นเพราะการทำงานที่ไม่เปลี่ยน

ท่าทางบ่อย ๆ/การนั่งนาน ๆ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Cote และคณะ¹⁵ ผลการศึกษาของ Korhonen และคณะ²⁵ รวมทั้งผลการศึกษาของ Wahlstrom และคณะ²⁸ ซึ่งพบอุบัติการณ์ของการปวดคอ/บ่าในรอบหนึ่งปี สูงที่สุดในผู้ที่ทำงานในสำนักงานและผู้ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ในการทำงานเมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพอื่นๆ โดยพบประมาณร้อยละ 34-49 นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้พบอาการปวดคออย่างเฉียบพลันถึงสามในสี่และปวดคอเรื้อรังพบประมาณหนึ่งในสี่ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของวิโรจน์ วรรณภิระและคณะ²⁹ ซึ่งพบว่าอาการปวดคอที่พบบ่อยเป็นอันดับแรกคืออาการปวดคออย่างเฉียบพลันร้อยละ 66.6

เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างก่อนและหลังรักษาในกลุ่มเดียวกันผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่รักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจงมีคะแนนความปวดและคะแนนภาวะทุพพลภาพหลังรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Walker³⁰ ซึ่งพบว่าการรักษาทางกายภาพบำบัดและการออกกำลังกายมีผลทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งในด้านความเจ็บปวดที่ลดลง ลดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และเพิ่มการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอ ผลการศึกษาของ Kaka และคณะ³¹ ที่พบว่าอาการปวดคอสามารถบรรเทาได้โดยการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจง ผลการศึกษาของ Buyukturan และคณะ³² ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายเพื่อความมั่นคงของกระดูกคอส่งผลให้ลดความปวดและทุพพลภาพได้ ผลการศึกษาของ Cote และคณะ¹⁵ ที่พบว่าการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงร่วมกับความทนทานของกล้ามเนื้ออาจช่วยลดระดับความรู้สึกเจ็บปวดได้ ผลการศึกษาของ Hush และคณะ¹⁶ ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายบำบัดมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ตลอดจนผลการศึกษาของ Wahlstrom และคณะ²⁸ ที่พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อคอ มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย อาจเป็นเพราะว่าการขาดความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อของร่างกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบกระดูก

และกล้ามเนื้อบริเวณคอที่ทำให้โครงสร้างของเนื้อเยื่อบางส่วนหดสั้นและนำไปสู่การบาดเจ็บของข้อต่อได้ ดังนั้น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อสามารถลดระดับความเจ็บปวดได้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจงมีอัตราความสำเร็จในการลดระดับความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Bendinger และคณะ²² ที่พบว่าการรักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจงสามารถลดระดับความปวดได้ดีกว่าการรักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดอย่างเดียว

จากผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาวะทุพพลภาพในกลุ่มที่รักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจงลดลงมากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น่าจะเนื่องจากเมื่อความปวดลดลงและภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยก็ลดลงจึงส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้นตามมา เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Korhonen และคณะ²⁵ ที่พบว่าผู้ที่มีระดับความเครียดสูงและมีความถี่ในการออกกำลังกายต่ำมีโอกาสปวดคอเพิ่มขึ้น 6.7 เท่า การบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจงสามารถป้องกันการเกิดอาการปวดคอได้เนื่องจากช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณคอผ่อนคลาย เพิ่มการไหลเวียนเลือด เพิ่มความแข็งแรง และความยืดหยุ่นของข้อต่อ ทำให้ลดโอกาสการบาดเจ็บ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Picavate และคณะ³³, ผลการศึกษาของ Nolet และคณะ³⁴ และผลการศึกษาของ Leroux และคณะ³⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะปวดคอรุนแรงคุณภาพชีวิตยิ่งลดลงมากตามไปด้วยถึงแม้ภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นอาจไม่รุนแรง แต่เนื่องจากภาวะทุพพลภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เป็นโรคปวดคอเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศชาติได้อย่างมาก

ข้อมูลที่น่าเสนอนี้สรุปได้ว่าการรักษาผู้ป่วยปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งนั้นสามารถรักษาได้ผลดี

ทั้งด้วยวิธีกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจงและวิธีกายภาพบำบัด แต่วิธีกายภาพบำบัดร่วมกับการบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจงลดอาการปวดคอจากกล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งได้ดีกว่าอีกทั้งผู้ป่วยสามารถบริหารคอแบบจำเพาะเจาะจงที่บ้านได้ ซึ่งประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

เอกสารอ้างอิง

1. Breivik H, Collectt B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10(4):287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009
2. Kent PM, Keating JL. The epidemiology of low back pain in primary care. *Chiropr Osteopat* 2005;13:13. doi: 10.1186/1746-1340-13-13
3. Zoer I, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. Are musculoskeletal complaints, related work impairment and desirable adjustments in work age-specific?. *Int Arch Occup Environ Health* 2014;87(6):647-54.
4. Rachlin ES, Rachlin IS. Myofascial pain and fibromyalgia trigger point managements. 2nd ed. St Louis, Missouri State, USA: Mosby; 2002.
5. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012;64(6):2028-37.
6. Oha K, Animagi L, Paasuke M, Coggon D, Merisalu E. Individual and work-related risk factors for musculoskeletal pain-a cross-sectional study among Estonian computer users. *BMC Musculoskelet Disord* 2014;15:181. doi: 10.1186/1471-2474-15-181
7. Paksaichol A, Janwantanakul P, Purepong N, Pensri P. Office workers' risk factors for the development of non-specific neck pain: a systematic review of prospective cohort studies. *Occup Environ Med* 2012; 69(9):610-8.
8. Janwantanakul P, Pensri P, Jiamjarasrangsi V, Sinsongsook T. Prevalence of self-reported musculoskeletal symptoms among office workers. *Occup Med (Lond)* 2008;58(6):436-8.
9. Lotters F, Meerding WJ, Burdorf A. Reduced productivity after sickness absence due to musculoskeletal disorders and its relation to health outcomes. *Scand J Work Environ Health* 2005;31(5):367-74.
10. Pensri P, Foster NE, Srisuk S, Baxter GD, McDonough SM. Physiotherapy management of low back pain in Thailand: a study of practice. *Physiother Res Int* 2005;10(4): 201-12.
11. Gam AN, Warming S, Larsen LH, Jensen B, Høydalsmo O, Allon I, et al. Treatment of myofascial trigger-points with ultrasound combined with massage and exercise-a randomized controlled trial. *Pain* 1998;77 (1):73-9. doi: 10.1016/S0304-3559(98)00084-0
12. Majlesi J, Unalan H. High power pain threshold ultrasound technique in the treatment of active myofascial trigger points: a randomized, double blind, case control study. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85(5): 833-6.
13. Hecox B, Mehreteab TA, Weisberg J. Physical agents: a comprehensive text for physical therapists. Norwalk, Connecticut State, USA: Appleton & Lange; 1994. p. 163-91.

14. Martin BI, Deyo RA, Mirza S, Turner JA, Comstock B, Hollingworth W, et al. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. *JAMA* 2008;299(6):656-64.
15. Cote P, van der Velde G, Cassidy JD, Carroll LJ, Hogg-Johnson S, Holm LW, et al. The burden and determinants of neck pain in workers; results of the bone and joint decade 2000-2010 task force on neck pain and its associated disorders. *JMPT* 2009; 32(2 Suppl):S70-86.
16. Hush JM, Michaleff Z, Maher CG, Refshauge K. Individual, physical and psychological risk factors for neck pain in Australian office workers: a 1-year longitudinal study. *Eur Spine J* 2009;18(10):1532-40.
17. Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Annual-reports [cited 2021 Jul 15]. Available from: URL: <http://192.168.50.58/BudhospAppCenter/annual-reports/2562>
18. Simon DG, Travell JG. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. Vol. 1. upper half of body. 2nd ed. Baltimore, Maryland State, USA: Williams and Wilkins; 1999.
19. Palaviwat K. Electrotherapeutic equipments for physical therapy. Bangkok, Thailand: The Books Publishing; 2000. p.260-343.
20. Janwantanakul P, Pensri P, Jiamjarasrangsi W, Sinsongsook T. Prevalence, contributors and economic loss of work-related musculoskeletal symptoms among office workers in company in Bangkok Metropolis area. Bangkok, Thailand: Research and Development Division, The Social Security Officer; 2005.
21. Bijur PE, Latimer CT, Callagher EJ. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003;10(4):390-2.
22. Bendinger T, Plunkett N. Measurement in pain medicine. *BJA Educ* 2016;16(9): 310-5.
23. Vernon H, Mior S. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. *JMPT* 1991;14(7):409-15.
24. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. N4Studies: sample size and power calculations for IOS [online]. 2014 [cited 2019 June 12]. Available from: URL: <https://apps.apple.com/th/app/n4studies/id680516901>
25. Korhonen T, Ketola R, Toivonen R, Luukkonen R, Hakkanen M, Viikari-Juntura E. Work related and individual predictors for incident neck pain among office employees working with video display units. *Occup Environ Med* 2003;60(7):475-82.
26. Ming Z, Narhi M, Siivola J. Neck and shoulder pain related to computer use. *Pathophysiology* 2004;11(1):51-6.
27. Wilson A. Ergonomic factors. Effective management of musculoskeletal injury: a clinical ergonomics approach to prevention, treatment and rehabilitation. Edinburgh, United Kingdom: Churchill Livingstone; 2001.
28. Wahlstrom J, Hagberg M, Toomingas A, Tornqvist EW. Perceived muscular tension, job strain, physical exposure, and associations with neck pain among VDU users; a prospective cohort study. *Occup Environ Med* 2004;61(6):523-8.

29. Wannapira W, Wannapira P. Prevalence and factors associated with neck and shoulder pain among hospital personnel. *Buddhachinaraj Med J* 2008;25(1):34-41.
30. Walker MJ. The effectiveness of manual physical therapy and exercise for mechanical neck pain: a randomized clinical trial. *Spine* 2008;33(22):2371-8.
31. Kaka B, Ogwumike OO, Adeniyi AF, Maharaj SS, Ogunlade SO, Bello B. Effectiveness of neck stabilization and dynamic exercises on pain intensity, depression and anxiety among patients with non-specific neck pain: a randomised controlled trial. *Scand J Pain* 2018;18(2):321-31.
32. Buyukturan O, Buyukturan B, Sas S, Karati C, Ceylan I. The effect of Mulligan mobilization technique in older adults with neck pain: a randomized controlled, double-blind study. *Pain Res Manag* 2018;2018:2856375. doi: 10.1155/2018/2856375
33. Picavate HSJ, Schouten JSAG. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3-study. *Pain* 2003;102(1-2):167-78.
34. Nolet PS, Cote P, Kristman VL, Rezai M, Carroll LJ, Cassidy JD. Is neck pain associated with worse health-related quality of life 6 months later? a population-based cohort study. *Spine J* 2015;15(4): 675-84.
35. Leroux I, Dionne CE, Bourbonnais R, Brisson C. Prevalence of musculoskeletal pain and associated factors in the Quebec working population. *Int Arch Occup Environ Health* 2005;78(5):379-86.

กลุ่มอาการ เอ็มพีเอส

กลุ่มอาการเอ็มพีเอส (Myofascial Pain Syndrome; MPS) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยของอาการปวดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ในผู้ป่วยที่ปวดเรื้อรัง

พบบ่อยในช่วงอายุ 31-50 ปี และผู้ที่ต้องทำงาน อยู่ในที่ทำงานเดิม ๆ เช่น นั่งทำงาน หน้าคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ต

ใช้กล้ามเนื้อผิดที่ เกิดอาการตื้อ ๆ ทั่วร่างกาย และต่อเนื่อง จนเกิดความผิดปกติในการหดตัวของกล้ามเนื้อเป็นก้อน เรียกว่า จุดกดเจ็บ ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณนั้นขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงจนเกิดการอักเสบ ส่งผลให้เกิดการปวดที่จุดกดเจ็บ และปวดร้าวไปยังบริเวณใกล้เคียง

ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดกลุ่มอาการเอ็มพีเอส



- ☐ การใช้กล้ามเนื้ออย่างหนัก นาน และต่อเนื่องซ้ำ ๆ โดยไม่พัก
- ☐ การใช้กล้ามเนื้อในท่าที่ไม่ถูกต้อง
- ☐ การยืนทำงาน ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวอย่างต่อเนื่อง เกิดการสะสมและล้าของกล้ามเนื้อในกล้ามเนื้อ ส่งผลให้น้ำอาการปวดกล้ามเนื้อมากขึ้น
- ☐ ความเครียดทางจิตใจ และการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้กล้ามเนื้อล้าได้ง่าย
- ☐ โรคทางระบบต่อมไร้ท่อ ระบบเมตาบอลิซึม และการขาดวิตามินบางอย่าง เช่น วิตามินบี ซี
- ☐ ความผิดปกติของกระดูก เช่น กระดูกหัก หรือกระดูกสันหลังคด
- ☐ การวางกระดูกและข้อ เช่น กระดูกเคลื่อน การกดทับของรากประสาทจากหมอนรองกระดูก ทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อเป็นเวลานาน
- ☐ การที่ร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหว ต้องนอนนาน ๆ ขาดความยืดหยุ่น หรือกล้ามเนื้อแข็งตัวมากขึ้น

ข้อมูล ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2563

ที่มา : ร. พญ.อารีรัตน์ สุนทรธาดา

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
www.chulalongkornhospital.go.th

02-256-4000 ต่อ 0