

การจัดการทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบ้าจม

วิศรุต บุตรอากาศ^{1, 2, *}

Received: July 1, 2016

Revised & Accepted: December 7, 2016

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการสะบ้าจมเป็นกลุ่มอาการทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อย และมักพบในในช่วงวัยกลางคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่ทำงานหรือกิจกรรมในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง อาการและอาการแสดงหลักของกลุ่มอาการสะบ้าจม ประกอบด้วย อาการปวดสะบ้า ปวดแผ่ร้าวไปยังบริเวณอื่นของร่างกาย จุดกดเจ็บ และกล้ามเนื้ออ่อนแรง และหากกลุ่มอาการสะบ้าจมไม่ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะนอนไม่หลับเรื้อรังและเกิดภาวะวิตกกังวลร่วมด้วยได้ ดังนั้น นักกายภาพบำบัดจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญกับกลุ่มอาการสะบ้าจมและหาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าว ในปัจจุบัน วิธีการรักษากลุ่มอาการสะบ้าจมมีอยู่หลายวิธี เช่น การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของกล้ามเนื้อรอบสะบ้า การนวดไทย และการประคบร้อนร่วมกับการรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง เป็นต้น ซึ่งวิธีการรักษาเหล่านี้จะมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน ดังนั้น นักกายภาพบำบัดควรที่จะเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มสะบ้าจม

คำสำคัญ : กลุ่มอาการสะบ้าจม, การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของกล้ามเนื้อรอบสะบ้า, การนวดไทย

¹สาขาวิชากายภาพบำบัด สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

²ศูนย์วิจัยปวดหลัง ปวดคอ ปวดข้ออื่นๆ และสมรรถนะของมนุษย์ (BNOJPH) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* ผู้รับผิดชอบบทความ



Physical therapy management in patients with scapulocostal syndrome

Vitsarut Buttagat^{1, 2, *}

Abstract

Scapulocostal syndrome is a common musculoskeletal pain syndrome which frequently found in posturally compromised, middle-aged patients. The main signs and symptoms of scapulocostal syndrome include scapular pain, referred pain, myofascial trigger point and muscle weakness. However, if this syndrome is not treated effectively, it may lead to chronic sleeplessness and anxiety. Therefore, the physical therapists should be aware of the syndrome and try to find out the effective treatment for the scapulocostal syndrome. At present, there are several ways to treat scapulocostal syndrome e.g. scapular stabilization exercise, Thai massage and hot pack with ultrasound therapy. These treatment methods have different pros and cons. The physical therapist should select the most appropriate intervention for the patients.

Keywords : Scapulocostal syndrome, Scapular stabilization exercise, Thai massage

¹Department of Physical Therapy, School of Health Science, Mae Fah Luang University

²Research Center in Back, Neck, Other Joint Pain and Human Performance (BNOJPH) Khon Kean University

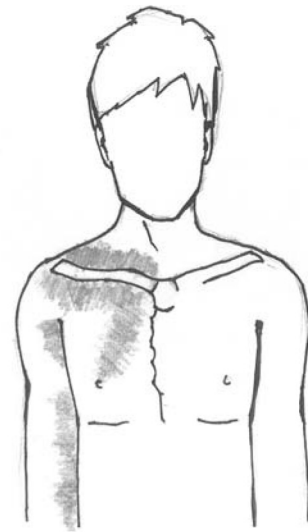
*Corresponding author: (e-mail : vitsarutbut@hotmail.com)

บทนำ

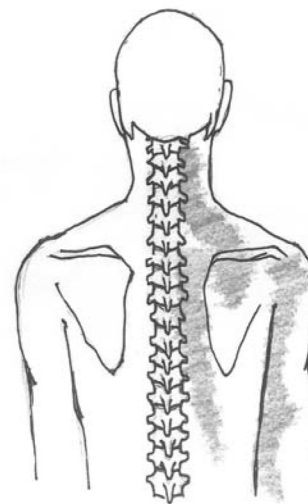
กลุ่มอาการสะบักจม (scapulocostal syndrome) เป็นความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อย โดยผู้ป่วยมักมีอาการปวดที่บริเวณหลังตอนบน (upper thoracic region) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริเวณกล้ามเนื้อรอบกระดูกสะบัก เช่น กล้ามเนื้อ serratus posterior superior กลุ่มกล้ามเนื้อ rhomboid และกล้ามเนื้อ levator scapulae นอกจากนี้กลุ่มอาการดังกล่าว ยังพบอาการปวดแผ่ร้าว (referred pain) ไปยังบริเวณอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น หัวไหล่ คอ หรือบริเวณกระดูกไหปลาร้าเป็นต้น (รูปที่ 1 และรูปที่ 2) อาการที่พบในผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจมอาจคล้ายคลึงกับอาการที่พบในพยาธิสภาพอื่นๆ เช่น ภาวะคอเสื่อม ภาวะปวดศีรษะที่เกิดจากความเครียด โรคข้อไหล่ หรือโรคอื่น ๆ ที่มีสาเหตุมาจากอวัยวะภายใน เป็นต้น ดังนั้นการซักประวัติและการตรวจร่างกายทางกายภาพด้วยความละเอียดรอบคอบตลอดจนประสบการณ์ในการให้เหตุผลทางคลินิกเกี่ยวกับการวินิจฉัยแยกโรค จึงเป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยให้การวินิจฉัยกลุ่มอาการสะบักจมได้ถูกต้อง⁽¹⁾

อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจมนั้น อาจเกิดขึ้นโดยที่ผู้ป่วยไม่ทันสังเกตหรือมีลักษณะอาการที่ค่อยเป็นค่อยไป หรืออาจเกิดขึ้นหลังจากการได้รับอุบัติเหตุฉับพลัน ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นโดยที่ผู้ป่วยไม่ทันสังเกตนั้น มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีประวัติการทำงานที่ทำให้เกิดความเครียดต่อกล้ามเนื้อและผู้ป่วยที่มักอยู่ในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง จากการศึกษาของ Fourie LJ⁽²⁾ ในปี ค.ศ. 1991 พบว่า ประมาณ 99 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจม มักพบจุดกดเจ็บที่บริเวณจุดเกาะต้นของกล้ามเนื้อได้สะบัก (serratus posterior superior)

พยาธิสรีรวิทยาของกลุ่มอาการสะบักจมในปัจจุบันพบว่ายังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด⁽²⁾ ดังนั้น วิธีการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการสะบักจมจึงมีอยู่มากมาย และในบางวิธีการรักษายังขาดประสิทธิภาพ และขาดงานวิจัยรองรับ บทความปริทัศน์นี้จึงได้รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการสะบักจม และการรักษากลุ่มอาการสะบักจมด้วยวิธีต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยืนยันจากงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้ผู้อ่านได้ทราบและเป็นแนวทางในการเลือกใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยดังกล่าว



รูปที่ 1 แผนภาพแสดงตำแหน่งที่มักมีอาการปวดร้าวของกลุ่มอาการสะบักจม (ด้านหน้า)



รูปที่ 2 แผนภาพแสดงตำแหน่งที่มักมีอาการปวดร้าวของกลุ่มอาการสะบักจม (ด้านหลัง)

ประวัติและความเป็นมาของภาวะสะบักจม

กลุ่มอาการสะบักจมได้ถูกกล่าวถึงครั้งแรกในปี ค.ศ. 1950⁽³⁾ โดย Michele AA และคณะ และได้รับความสนใจมากขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1956 ถึง ค.ศ. 1968 ต่อมาความสนใจต่อกลุ่มอาการสะบักจมได้เริ่มลดลงอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในช่วงต้นปี ค.ศ. 1990 กลุ่มอาการสะบักจมเริ่มได้รับความสนใจอีกครั้งโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษาพยาธิสรีรวิทยาและ

กายวิภาคศาสตร์ของกลุ่มอาการดังกล่าว⁽¹⁾

ระบาดวิทยา ความชุก และอุบัติการณ์

กลุ่มอาการสะบักจมเป็นกลุ่มอาการที่พบได้ทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีอายุในช่วงวัยกลางคน พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมักพบในผู้ที่ทำงานภายในสำนักงาน (desk jobs) หรือทำอาชีพที่อาศัยการยืนเหยียดแขนไปบริเวณด้านหน้าในขณะทำงานเป็นระยะเวลานาน ๆ⁽⁴⁾ จากการสำรวจผู้ที่มีอาการปวดบริเวณข้อไหล่ที่มีอายุในช่วงวัยกลางคน ระหว่างปี ค.ศ. 1947 – 1949⁽³⁾ พบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าว ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจม

ลักษณะทางคลินิก (อาการ อาการแสดง และสิ่งที่ตรวจพบ)

1. อาการปวด (pain)

สำหรับกลุ่มอาการสะบักจมนั้น อาการปวดเป็นอาการเด่นของกลุ่มอาการดังกล่าว โดยมีอาการปวดที่บริเวณใต้หรือขอบด้านในของกระดูกสะบัก⁽¹⁾ วิชัย อิงพิณพงศ์⁽⁵⁾ รายงานว่า จากการซักประวัติ ผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจมมักรายงานว่ารู้สึกจุกแน่นที่บริเวณใต้สะบักข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง อาการปวดทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ แม้ว่าผู้ป่วยรักษาด้วยยาแก้ปวดหรือยาต้านอักเสบแล้วก็ตาม แต่ผลของยาช่วยเพียงทุเลาอาการปวดและผู้ป่วยต้องพึ่งพายาอยู่เรื่อย ๆ เพื่อบรรเทาอาการปวด

2. อาการปวดแผ่ร้าว (referred pain)

ผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจมส่วนใหญ่มักมีอาการปวดสะบักร่วมกับปวดแผ่ร้าวไปยังบริเวณอื่น เช่น บริเวณคอท้ายทอย (occiput) ภายในของข้อไหล่ (root of the shoulder) ด้านหน้าของผนังทรวงอก (anterior chest wall) หรือบริเวณแขน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านในของแขน เป็นต้น (**รูปที่ 1 และ รูปที่ 2**)^(6,7)

3. จุดกดเจ็บไก (trigger point)

จุดกดเจ็บไก เป็นจุดปวด (local tenderness) ที่ไวต่อการกระตุ้น (hyperirritability) ซึ่งจะอยู่บนกล้ามเนื้อที่จับตัวเป็นลำ (taut band) โดยสามารถกระตุ้นให้แสดงอาการปวด (ปวดเฉพาะที่และปวดร้าว) และอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติได้ด้วยการกดที่จุดกดเจ็บไกดังกล่าวหรือยึดที่กล้ามเนื้อนั้น ๆ จุดกดเจ็บไก มักมีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ

2-5 มิลลิเมตร และสามารถพบได้ที่บริเวณกล้ามเนื้อลายและพังผืด⁽⁸⁾

4. อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณแขนและข้อไหล่ (weakness)

อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณแขนและข้อไหล่ อาจพบได้ในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการสะบักจม อย่างไรก็ตาม อาการอ่อนแรงดังกล่าวนี้ เมื่อได้รับการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (manual muscle testing) พบว่าอาการอ่อนแรงนั้น มีสาเหตุมาจากอาการปวดของผู้ป่วยและไม่พบการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อบริเวณแขนและข้อไหล่⁽⁹⁾ ด้วยเหตุนี้อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่บริเวณแขนและข้อไหล่ จึงมักตรวจพบในผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรง

5. นอนไม่หลับ (insomnia)

อาการนอนไม่หลับ เป็นอีกอาการหนึ่งที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจม สาเหตุของอาการนอนไม่หลับนั้น เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถพบท่าทางที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายในขณะนอนได้⁽⁹⁾

6. ความวิตกกังวล (anxiety)

กลุ่มอาการสะบักจมชนิดเรื้อรังเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของภาวะวิตกกังวล จากการศึกษาในผู้ที่มีอาการปวดส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้ที่มีอาการปวดแบบเรื้อรังพบว่า อาการปวดและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน⁽¹⁰⁾

ชนิดและสาเหตุของกลุ่มอาการสะบักจม

กลุ่มอาการสะบักจมสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิดดังต่อไปนี้

1. ชนิดปฐมภูมิ (primary type) พบในผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจมที่มีอายุระหว่าง 35 ถึง 50 ปี โดยกลุ่มอาการสะบักจมชนิดนี้ เกิดจากการที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าทางที่ไม่ถูกต้องในขณะทำงานหรือทำกิจกรรม ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพิมพ์คอมพิวเตอร์ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการควบคุมสะพานไฟ และผู้ที่ทำงานที่ต้องงอส่วนบนของลำตัวหรือก้มโค้งส่วนบนของลำตัวเป็นประจำ ซึ่งผลจากการทำงานในลักษณะดังกล่าวทำให้มุมระหว่างสะบักและแนวของกระดูกซี่โครงเปลี่ยนไป ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของสะบักและกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของสะบักมีรูปแบบการทำงานที่เปลี่ยนไปจากเดิม ดังนั้นท่าทางที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่าง ๆ จึงมีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงสำหรับการรักษากลุ่มอาการสะบักจมชนิดนี้^(6,11)

2. ชนิดทุติยภูมิ (secondary type) เป็นชนิดที่มีสาเหตุมาจากภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว (immobilization) ของข้อไหล่เป็นเวลานาน ๆ ซึ่งบางครั้งอาจพบได้ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีกลุ่มอาการ shoulder-hand^(6,11)

3. ชนิดคงที่ (static type) เป็นชนิดที่พบในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนบนและปวดข้อไหล่จากการงอ (sagging) หรือการหมุน (rotation) ของสะบัก ซึ่งส่งผลให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณรอบ ๆ ข้อไหล่ร่วมกับการสูญเสียความสัมพันธ์ที่ปกติของสะบักและแนวซี่โครง (scapulocostal relationship) ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการสะบักจมชนิดนี้มักพบได้ในผู้ป่วยกระดูกสันหลังคด (scoliosis) และอาจพบในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก^(6,11)

พยาธิสรีรวิทยาของกลุ่มอาการสะบักจม

กลุ่มอาการสะบักจมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการก่อตัวของจุดกดเจ็บไกที่บริเวณกล้ามเนื้อรอบสะบัก⁽¹²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพยาธิสรีรวิทยาของกลุ่มอาการสะบักจม หรือการก่อตัวของจุดกดเจ็บไกยังคงไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันมีสมมติฐานที่อธิบายถึงพยาธิสรีรวิทยาของจุดกดเจ็บไกและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง คือ สมมติฐาน motor endplate โดยสมมติฐานดังกล่าว ระบุว่า บริเวณที่เกิดจุดกดเจ็บไก จะมีภาวะ endplate dysfunction ซึ่งมีการสร้างและหลั่งสาร Acetylcholine ออกมาจาก motor nerve terminal มากกว่าในภาวะปกติถึง 100-1,000 เท่า จนนำไปสู่การเกิด depolarization ติดต่อกันเป็นระยะเวลาสั้น ๆ ที่บริเวณ postjunctional membrane ของใยกล้ามเนื้อ ทำให้ sarcomere มีการหดตัวเกร็งค้างเป็นเวลานาน (contraction knot) นำไปสู่การขาดเลือดและขาดสารอาหารมาหล่อเลี้ยงบริเวณดังกล่าว จนกระทั่งเกิดภาวะ “ขาดพลังงาน (energy crisis)” ตามมา^(13,14) ซึ่งภาวะขาดพลังงานดังกล่าวนี้ จะส่งผลให้กล้ามเนื้อที่มีพลังงานไม่เพียงพอที่จะใช้ในการคลายตัวของ sarcomere เป็นวงจรเช่นนี้ต่อเนื่อง อีกทั้งภาวะขาดพลังงานดังกล่าวนี้ ยังส่งผลให้บริเวณดังกล่าวเกิดการหลั่งสารที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดด้วยเช่นกัน

การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจมและการตรวจวินิจฉัยแยกกลุ่มอาการสะบักจมออกจากกลุ่มอาการใกล้เคียงอื่นๆ

การวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจมทางกายภาพบำบัดนั้น สามารถทำได้โดยการวิเคราะห์และประมวลข้อมูลจากการซักประวัติและตรวจร่างกายทางกายภาพ อาการแสดงที่พบบ่อยประกอบด้วย อาการปวดลึกๆ บริเวณสะบัก คอ หรือ บ่า นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีการปวดแผ่ร้าวไปยังบริเวณอื่น ๆ ของร่างกายร่วมกับหรือปราศจากความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง (sensory complaints) และแม้ว่าอาการอ่อนแรงของแขนและข้อไหล่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสะบักจม แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (manual muscle testing) พบว่าอาการอ่อนแรงที่ตรวจพบนั้น มีสาเหตุมาจากการจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการทำงานของกล้ามเนื้อเนื่องจากอาการปวด⁽⁹⁾ ไม่ได้เกิดจากการกดทับเส้นประสาทแต่อย่างใด จากการตรวจประเมินร่างกายด้วยการคลำ (palpation) และการกดเบาๆ ด้วยนิ้วมือ (digital pressure) บริเวณที่มีอาการปวดมักพบจุดกดเจ็บไก (trigger point) สำหรับวิธีการคลำหาจุดกดเจ็บของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ และใต้สะบักนั้น ผู้ตรวจควรทำในท่านั่งหรือนอนตะแคง โดยให้แขนข้างที่ปวดอยู่ด้านบน จากนั้นให้หน้าแขนข้างที่อยู่ด้านเดียวกับสะบักที่ปวด ไช้ไปจับไหล่ด้านตรงข้ามโดยให้ข้อศอกอยู่แนบชิดกับลำตัว ในท่านี้สะบักจะเคลื่อนออกไปทางด้านข้าง ผู้ตรวจสามารถใช้นิ้วคลำหาจุดกดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อที่อยู่ชิดสันด้านในหรืออยู่ใต้ต่อสะบักได้⁽¹²⁾

เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจมมักมีอาการปวดแผ่ร้าว (referred pain) ไปยังบริเวณอื่น ๆ ของร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจมมีความคล้ายคลึงกับอาการที่พบในพยาธิสภาพอื่นๆ เช่น โรคข้อไหล่ โรคคอเสื่อมที่มีอาการปวดร้าวจากเส้นประสาท หรือโรคอื่น ๆ ที่มีสาเหตุมาจากอวัยวะภายใน เป็นต้น ดังนั้น ผู้ตรวจประเมินจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการวินิจฉัยแยกโรคเหล่านี้ด้วย สำหรับโรคข้อไหล่นั้น อาการปวดมักจะสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของทั้งข้อต่อ glenohumeral และ scapulothoracic ซึ่งมักนำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อดังกล่าว การตรวจด้วยการถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัยที่บริเวณข้อไหล่ เช่น รังสีเอกซ์ มักพบการเสื่อมหรือความผิดปกติของกระดูกข้อไหล่ สำหรับโรคคอเสื่อมที่มีอาการปวดร้าวจากเส้นประสาทนั้น ผู้ป่วยมักรายงานว่ามีอาการปวดแผ่ร้าวลงมาถึงสะบักและ/

หรือแขนเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ระดับ C7 โดยมีอาการปวดแผ่ร้าวลงมาถึงด้านหลังของต้นแขนลงมาถึงนิ้วมือ อาจมีอาการชาตามแนว dermatome ของเส้นประสาท C7 มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ triceps และกล้ามเนื้อเหยียดข้อมือ และมีการลดลงของ triceps reflex ซึ่งอาการที่กล่าวมาทั้งหมดนี้มักไม่พบในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการสะบักจม สำหรับโรคอื่น ๆ ที่มีสาเหตุมาจากอวัยวะภายในนั้น อาการปวดมักไม่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของร่างกาย หากผู้ตรวจประเมินสงสัย ควรส่งต่อผู้ป่วยเพื่อปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดต่อไป

การรักษาทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการสะบักจม

ในปัจจุบัน การรักษาทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยสะบักจม พบว่ามีอยู่หลายวิธี อาทิ การออกกำลังกายเพื่อปรับปรุงท่าทาง (postural exercises)⁽⁶⁾, การออกกำลังกายเพื่อความผ่อนคลาย (relaxation exercises)⁽⁶⁾, การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง (strengthening exercises), การประคบร้อน (hot moist packs), การใช้เครื่องดึงคอแบบเป็นช่วง ๆ (intermittent cervical traction)⁽⁹⁾ หรือการนวด (massage)⁽⁹⁾ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม จากการสืบค้นในฐานข้อมูลวิจัยระดับนานาชาติ พบว่า มีวิธีการรักษาเพียงไม่กี่วิธี ที่มีการวิจัยยืนยันประสิทธิผลของการรักษา ดังนั้น ในบทความปริทัศน์ฉบับนี้ ผู้เขียนจึงขอกล่าวถึงรายละเอียดวิธีการรักษาภาวะสะบักจมที่ได้รับการพิสูจน์ยืนยันถึงประสิทธิผลของการรักษาดังกล่าวแล้ว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของสะบัก (Scapular stabilization exercise)

การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของสะบัก เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายชนิดหนึ่งที่ใช้ในการเพิ่มความมั่นคงและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบสะบัก โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อรักษาหรือแก้ไขให้สะบักกลับมาอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เคลื่อนที่ได้เต็มช่วงการเคลื่อนไหว และลดอาการปวด^(15, 16, 17) โดยการออกกำลังกายดังกล่าวนี้ช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดและสารอาหาร จากร่างกายส่วนแกนกลางลำตัวไปยังกล้ามเนื้อของรยางค์แขนที่ดีขึ้น ซึ่งกล้ามเนื้อสำคัญทำให้สะบักอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและทำให้การ

เคลื่อนไหวของสะบักเป็นปกติ ประกอบไปด้วย กล้ามเนื้อ serratus posterior superior, กล้ามเนื้อ levator scapulae, กล้ามเนื้อ rhomboid Major, กล้ามเนื้อ rhomboid Minor และกล้ามเนื้ออื่นๆที่อยู่รอบสะบัก ในปัจจุบัน พบว่าการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของกล้ามเนื้อรอบสะบักชนิดนี้ได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ ในการนำมาบำบัดรักษาภาวะสะบักจม โดยนักกายภาพบำบัดสามารถสอนการออกกำลังกายวิธีนี้ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยจะได้นำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านได้ อันจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะสะบักจมของผู้ป่วยเอง

ในปี ค.ศ. 2016 Butttagat และคณะ⁽¹⁸⁾ ได้ทำการศึกษาผลของการรักษาด้วยการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของกล้ามเนื้อรอบสะบัก ต่อระดับอาการปวด ระดับขีดเริ่มของอาการปวด ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อรอบสะบัก และความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่มีภาวะสะบักจม ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า หลังจากทำอาสาสมัครที่มีภาวะสะบักจมได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของกล้ามเนื้อรอบสะบัก จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ อาสาสมัครในกลุ่มดังกล่าวมีระดับอาการปวด ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับขีดเริ่มของอาการปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (นอนพักบนเตียง)

2. การนวดไทย (Thai massage)

การนวดไทย เป็นการนวดแบบลักษณะหนึ่ง ซึ่งผู้นวดให้แรงกดไปที่กล้ามเนื้อของผู้ป่วย ตามแนวของเส้นประสาทสิบหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “เส้นพลัง” ซึ่งมีอยู่ทั้งหมดสิบเส้นหลัก เมื่อเสร็จสิ้นจากการกดนวด ผู้ป่วยจะต้องได้รับการยืดที่บริเวณกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย ก่อนเสร็จสิ้นการรักษา⁽¹⁹⁾ สำหรับการนวดนั้น ผู้นวดมักทำการนวดบนเนื้อโดยผู้ป่วยจะต้องใส่เสื้อผ้าที่เบาสบาย และไม่จำเป็นต้องถอดเสื้อผ้าในขณะรักษา^(20,21)

ในการรักษาภาวะสะบักจมด้วยการนวดไทยนั้น ผู้นวดจะต้องเน้นการนวดกดจุดไปบนเส้นอิตา ปิงคลา และกาลธารี ที่วางตัวอยู่บริเวณหลังส่วนบน โดยเส้นดังกล่าวจะพาดผ่านบริเวณกล้ามเนื้อสะบักและหลังส่วนบน ซึ่งเป็นบริเวณกล้ามเนื้อที่เกิดภาวะสะบักจม

ในปี ค.ศ. 2012 Butttagat และคณะ⁽²²⁾ ได้ทำการศึกษาผลของการรักษาด้วยการนวดไทยต่อระดับอาการปวด

ระดับขีดเริ่มของอาการปวด ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อรอบสะบัก และความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่มีภาวะสะบักงอม ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า หลังจากทำอาสาสมัครที่มีภาวะสะบักงอมได้รับการนวดไทยที่บริเวณสะบักและหลังส่วนบนทั้งสิ้น 9 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ อาสาสมัครในกลุ่มดังกล่าวมีระดับอาการปวด ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับขีดเริ่มของอาการปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียงและประคบร้อน

นอกจากนี้ อีกงานวิจัยหนึ่งของ Butttagat และคณะ⁽²³⁾ ที่ทำการศึกษาวิจัยในปี 2012 พบว่า การรักษาด้วยการนวดไทย เป็นเวลา 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง ในผู้ป่วยสะบักงอมสามารถลดอาการปวด ลดอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อรอบ ๆ สะบัก และ สามารถเปลี่ยนแปลงการทำงานของคลื่นไฟฟ้าสมองไปในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือมีค่าเดลต้าเพิ่มขึ้น และค่าที่ต่ำ แอลฟา และเบต้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งค่าที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวของคลื่นไฟฟ้าสมอง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสะบักงอมมีความผ่อนคลายเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน หลังจากได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย

3. การประคบร้อนร่วมกับการรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง (Hot pack and ultrasound therapy)

การประคบร้อนร่วมกับการรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียงเป็นอีกหนึ่งวิธีที่นักกายภาพบำบัดนิยมใช้ในการรักษาภาวะสะบักงอม โดยการรักษาทั้งสองวิธีดังกล่าวนี้จะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว เกิดการเพิ่มการไหลเวียนเลือดของกล้ามเนื้อรอบ ๆ สะบัก พร้อมกับการขับของเสียหรือสารที่ทำให้เกิดอาการปวด เช่น Substance P ออกจากบริเวณที่มีพยาธิสภาพ Butttagat และคณะ⁽²²⁾ ในปี ค.ศ. 2012 ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยการนวดไทยและการประคบร้อนร่วมกับการรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง ผลการศึกษา พบว่า การประคบร้อนร่วมกับการรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียงเป็นอีกวิธีการรักษาหนึ่งที่สามารถช่วยลดอาการปวด ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทสรุป

กลุ่มอาการสะบักงอมเป็นกลุ่มอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุในช่วงวัยกลางคนหรือวัยทำงาน เมื่อภาวะสะบักงอมเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการ

ปวดที่บริเวณรอบ ๆ สะบัก และอาจมีอาการปวดร้าวไปยังบริเวณอื่นของร่างกายร่วมด้วย นอกจากนี้ กล้ามเนื้อรอบสะบักมักมีจุดกดเจ็บ และหากมีอาการรุนแรงหรือมีอาการปวดมาแล้วเป็นระยะเวลานาน ๆ ผู้ป่วยอาจมีอาการนอนไม่หลับ และ/หรือมีอาการวิตกกังวลร่วมด้วยได้ สำหรับการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการสะบักงอมนั้น ผู้ตรวจต้องให้ความสำคัญกับการซักประวัติและการตรวจร่างกายทางกายภาพ เพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ตรวจพบมาเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยกลุ่มอาการสะบักงอมได้อย่างถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการรักษากลุ่มอาการสะบักงอมนั้นมีอยู่หลายวิธี อย่างไรก็ตาม มีเพียงไม่กี่วิธี ที่ได้รับการพิสูจน์ยืนยันประสิทธิภาพของการรักษา เช่น การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของกล้ามเนื้อรอบสะบัก การนวดไทย และการประคบร้อนร่วมกับการรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง ดังนั้นการรักษากลุ่มอาการสะบักงอมด้วยวิธีการดังกล่าวจึงเป็นวิธีการรักษาที่หนึ่งนักกายภาพบำบัดสามารถนำมาเป็นแนวทางและตัวเลือกในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Abrams B, Goodman S. Scapulocostal Syndrome. In: Waldman SD, ed. Pain management, volume 1. Philadelphia: Saunders; 2007: 627-32.
2. Fourie LJ. The scapulocostal syndrome. S Afr Med J. 1991; 79: 721-4.
3. Michele AA, Davies JJ, Krueger FJ, Lichtor JM. Scapulocostal syndrome (fatigue-postural paradox). New York J Med. 1950; 50: 1353-56.
4. Waldman SD. Atlas of Uncommon Pain Syndrome. Philadelphia: Saunders; 2003: 423-511.
5. วิชัย อิงพิณิจพงศ์. การนวดแผนไทยเพื่อการบำบัด. กรุงเทพมหานคร; ชมรมเด็ก, 2008.
6. Cohen CA. Scapulocostal syndrome: Diagnosis and Treatment. South Med J. 1980; 73: 433-7.
7. Schmerl, M., Schmerl, J. Clinical update: scapulocostal syndrome. Australas Chiropr Osteopat. 2002; 10: 85-6.
8. Cummings M, Baldry P. Regional myofascial pain: diagnosis and management. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2007; 21: 367-87.

9. Shull JR. Scapulocostal syndrome: Clinical Aspects. *South Med J.* 1969; 62: 956-9.
10. Grachev ID, Fredrickson BE, Apkarian AV. Dissociating anxiety from pain: mapping the neuronal marker N-acetyl aspartate to perception distinguishes closely interrelated characteristics of chronic pain. *Mol Psychiatry.* 2001; 6: 256-60.
11. Russek AS. Diagnosis and treatment of scapulocostal syndrome. *JAMA.* 1952; 150: 25-7.
12. Waldman SD. *Atlas of Uncommon Pain Syndrome.* Philadelphia: Saunders; 2008: 679-897.
13. Simons DG, Travell JG, Simons LS. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Volumn 1, 2nd Edition. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999: 11-86.
14. Prateepavanich P. Myofascial pain syndrome: A common problem in clinical practice. *Amarin Printing & Publishing Public Company Limited;* 1999: 9-17, 24-27, 41-47.
15. Struyf F, Nijs J, Mollekens S, Jeurissen, Truijen S, Mottram S, Meeusen R. Scapular-focused treatment in patients with shoulder impingement syndrome: a randomized clinical trial. *Clin Rheumatol.* 2013; 32: 73-85.
16. Baskurt Z, Baskurt F, Gelecek N, Ozkan MH. The effectiveness of scapular stabilization exercise in the patients with subacromial impingement syndrome. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2011; 24: 173-79.
17. Alizadeh MH, Daneshmandi H, Shademan B, Ahmadizad S. The effects of exercise training on scapula position of muscle activity measured by EMG. *World J Sport Sci.* 2009; 2: 48-52.
18. Buttagat V, Taepa N, Suwannived N, Rattanachan N. Effects of scapular stabilization exercise on pain related parameters in patients with scapulocostal syndrome: A randomized controlled trial. *J Bodyw Mov Ther.* 2016; 20: 115-22.
19. Tapanya S. *Traditional Thai massage.* Bangkok: Duang Kamol, 1993: 27-101.
20. Avraham B. *Thai Massage.* Israel: Astrolog Publishing House; 2001. Cited in: Cowen VS, Burkett L, Bredimus J, Evans DR, Lamey S, Neuhauser T, Shojaee L. A comparative study of Thai massage and Swedish massage relative to physiological and psychological measures. *J Bodywork Mov Ther.* 2006; 10: 266-75.
21. Lambert A, Setthakorn C. Nuad Bo-Rarn: the traditional massage of Thailand [Mimeographed]; 1992. cited in: Cowen VS, Burkett L, Bredimus J, Evans DR, Lamey S, Neuhauser T, Shojaee L. A comparative study of Thai massage and Swedish massage relative to physiological and psychological measures. *J Bodywork Mov Ther.* 2006; 10: 266-75.
22. Buttagat V, Eungpinichpong W, Chatchawan U, Arayawichanon P. Therapeutic effects of traditional Thai massage on pain, muscle tension and anxiety in patients with scapulocostal syndrome: A randomized single-blinded pilot study. *J Bodyw Mov Ther.* 2012; 16: 57-63.
23. Buttagat V, Eungpinichpong W, Chatchawan U, Arayawichanon P. Acute effects of traditional Thai massage on electroencephalogram in patients with scapulocostal syndrome. *Complement Ther Med.* 2012; 20: 167-74.