



# การบาดเจ็บของข้อสะโพกและขาหนีบในนักกีฬา

พิงควรรต คงมาลัย

หน่วยเวชศาสตร์การกีฬา ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

## บทคัดย่อ

ถึงแม้การบาดเจ็บบริเวณข้อสะโพกและขาหนีบในนักกีฬาจะพบได้น้อยกว่าการบาดเจ็บของส่วนอื่นๆ ของแขนและขา แต่หากเกิดขึ้นแล้ว การรักษาฟื้นฟูอาจต้องใช้เวลายาวนานกว่า ดังนั้น การวินิจฉัยอย่างถูกต้องและวางแผนแนวทางการรักษาให้เหมาะสมจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากน้ำหนักที่กระทำต่อข้อสะโพกประมาณ 8 เท่าของน้ำหนักตัวในขณะวิ่งช้าๆ จึงอาจประมาณได้ว่าหากมีการออกกำลังที่หนักขึ้น แรงกระทำต่อข้อสะโพกก็จะยิ่งเพิ่มขึ้น และแม้ร่างกายจะมีการปรับตัวให้ทนต่อแรงที่กระทำต่อบริเวณข้อสะโพกได้มากเพียงใด การบาดเจ็บในบริเวณนี้ก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้ บทความนี้จะอธิบายลักษณะทางกายวิภาค ตลอดจนกลไกการเกิดและแนวทางการรักษาของโรคที่พบบ่อยในนักกีฬาที่ควรรู้ โดยแบ่งหลักๆ ตามระยะเวลาในการเกิดโรค คือแบบเฉียบพลันและแบบค่อยเป็นค่อยไป การชกประวัติและตรวจร่างกายอย่างครบถ้วน จะนำไปสู่การส่งตรวจทางรังสีที่มีประสิทธิภาพ รวมไปถึงพยากรณ์สภาพในข้อและให้การรักษาด้วยการส่องกล้องซึ่งกำลังเป็นที่สนใจและพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วย

**คำสำคัญ:** ข้อสะโพก เขิงกราน บาดเจ็บ นักกีฬา

## ผู้พิมพ์หลัก:

พิงควรรต คงมาลัย

หน่วยเวชศาสตร์การกีฬา ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

62 หมู่ 7 ถ.รังสิต-นครนายก ต.องครักษ์ อ.องครักษ์ จ.นครนายก 26120

อีเมล: pinkawass@hotmail.com

# Hip and groin injury in athlete

Pinkawas Kongmalai

*Sports Orthopedics Unit, Department of Orthopedics, Faculty of Medicine, Srinakarinwirot University*

## Abstract

Although injuries about the hip and groin occur less commonly than those in the extremities for athlete, they can result in more prolong rehabilitation time. Therefore, accurate diagnosis and well-organized treatment plan are necessary. Loads of up to eight times body weight have been demonstrated in the hip joint during jogging, with potentially greater loads present during vigorous athletic competition. The structures about the hip are uniquely adapted to transfer such forces. This article briefly reviews several common hip and groin conditions affecting athlete that is roughly divided to acute and chronic conditions. Appropriate history taking and physical examination will lead to the better imaging modalities, as well as the intra-articular lesion that is continued to receive significant attention because of advances development of arthroscopy and surgical technique.

**Keywords:** hip, pelvis, injury, pain, athlete

### **Corresponding author:**

*Pinkawas Kongmalai*

*Sports Orthopedics Unit, Department of Orthopedics, Faculty of Medicine, Srinakarinwirot University*

*62 Moo 7, Rangsit Nakhon Nayok Road, Ongkharak, Nakhon Nayok 26120, Thailand*

*E-mail: pinkawass@hotmail.com*

## ■ บทนำ

ในสังคมปัจจุบันที่คนหันมาให้ความสนใจในการเล่นกีฬามากขึ้น การบาดเจ็บของข้อสะโพกและขาหนีบแม้จะพบได้ไม่บ่อยนัก แต่ก็มีความสำคัญไม่แพ้การบาดเจ็บของข้ออื่น เพราะหากไม่สามารถวินิจฉัยและรักษาได้อย่างเหมาะสม การฟื้นฟูภายหลังบาดเจ็บของนักกีฬาจะใช้เวลานานมากขึ้น มีรายงานเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บของข้อสะโพกในนักกีฬาระดับมัธยมศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเกิดขึ้นประมาณ 5 - 9%<sup>1,2</sup>

ลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของข้อสะโพกค่อนข้างซับซ้อน ทำให้การรักษามีความท้าทาย ข้อสะโพกจะต้องรับน้ำหนักของร่างกายอย่างน้อย 8 เท่าของน้ำหนัก และถ้าออกกำลังกายหนักขึ้น ข้อสะโพกก็ต้องรับน้ำหนักมากขึ้น<sup>3</sup>

### สาเหตุของการบาดเจ็บของข้อสะโพกในนักกีฬา

แบ่งสาเหตุของการบาดเจ็บของข้อสะโพกในนักกีฬาออกเป็น 2 ระยะด้วยกันคือ

- เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน
- เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป

## 1. เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน

### • Muscle strain

กล้ามเนื้ออักเสบ เป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยที่สุดของสะโพก โดยการบาดเจ็บมักเกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อที่วางตัวผ่าน 2 ข้อต่อในขณะที่มีการหดตัวแบบ eccentric contraction ซึ่งมีแรงกระทำจากภายนอกมากกว่าแรงของกล้ามเนื้อ การบาดเจ็บมักเกิดขึ้นที่รอยต่อระหว่างเส้นเอ็นกับกล้ามเนื้อ (myotendinous junction) แต่อาจพบในมัดกล้ามเนื้อได้<sup>4-6</sup> กลไกในการเกิดการบาดเจ็บนี้ในผู้ใหญ่แตกต่างจากในเด็กที่จะพบภาวะ apophyseal avulsion ได้มากกว่า การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเหล่านี้จึงมีความสำคัญในนักกีฬาและผู้ฝึกสอน ที่จะต้องเน้นย้ำให้มีการฝึกกล้ามเนื้อให้แข็งแรงรวมทั้งมีการอบอุ่นร่างกายและยืดกล้ามเนื้อที่เหมาะสม การบาดเจ็บเหล่านี้ ส่วนใหญ่เกิดในช่วงเริ่มต้นของฤดูกาลแข่งขันกีฬา โดยพบการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ adductor ได้บ่อยในกีฬาฟุตบอล หรือฮ็อกกี้ ซึ่งจะมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดด้านในของขาหนีบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อตรวจโดยการให้ผู้ป่วยพยายามหุบขาต้านแรงผู้ตรวจ อาจพบการบวมหรือกดเจ็บได้ และถ้ารุนแรงกว่านั้นอาจคลำได้เป็นช่องว่างหรือรอยการ

ระยะเวลาของโรค	โรค
เกิดขึ้นเฉียบพลัน	Muscle strains Contusions (Hip pointer) Avulsion and apophyseal injuries Hip dislocations and subluxations Acetabular labral tears and loose bodies Proximal femur fracture
เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป	Sports hernia และ athletic pubalgia Osteitis pubis Bursitis Snapping hip syndrome Stress syndrome Osteoarthritis
อื่นๆ	Lumbar spine abnormalities Compression neuropathy

ฉีกขาดในตัวเส้นเอ็นด้วยการตรวจทางรังสีโดยการเอกซเรย์ pelvis AP มีความจำเป็นเพื่อช่วยวินิจฉัยแยกภาวะ avulsion ออกไป การทำ MRI จะให้ข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น<sup>7</sup> โดยมีการศึกษาพบว่า การบาดเจ็บที่มีพื้นที่มากกว่า 50% ของภาพตัดขวาง การมีของเหลวสะสม และการมีกล้ามเนื้อชั้นลึกฉีกขาด เป็นปัจจัยที่ทำให้การฟื้นฟูใช้เวลาเนิ่นนานมากขึ้น

การอักเสบของกล้ามเนื้อ rectus femoris จะทำให้เกิดการบวมและกดเจ็บของต้นขาด้านหน้า 8 ถึง 10 เซนติเมตรจาก anterior superior iliac spine โดยการบาดเจ็บนี้ เกิดจากการขยับของสะโพกอย่างรวดเร็ว เช่น การเตะ หรือเกิดจาก eccentric overload<sup>8</sup> ขณะสะโพกกำลังเหยียดออก ตรวจร่างกายอื่นๆ พบแรงในการงอสะโพก หรือเหยียดเข้าที่น้อยลง นักกีฬาฟุตบอลจะพบการบาดเจ็บประเภทนี้ได้บ่อยเมื่อมีการเหยียดสะโพกเพื่อจะเตะลูกฟุตบอล มีการรายงานถึงนักกีฬายิมนาสติกที่มีการ avulsion ของกล้ามเนื้อ iliac ในส่วนต้น<sup>9</sup> ซึ่งอาจทำให้เกิดการบวมไปกดทับเส้นประสาท femoral nerve ได้

การรักษาเบื้องต้นประกอบด้วย การหยุดภาวะเลือดออกและการบวมด้วยการประคบเย็นและพักการเคลื่อนไหว เมื่ออาการปวดลดลงแล้ว จึงเริ่มการออกกำลังกายโดยการขยับข้อต่อ การให้ยาในกลุ่ม NSAIDS ควรพิจารณาอย่างระมัดระวัง มีการศึกษารายงานว่า แม้จะทำให้อาการปวดหายเร็วขึ้น แต่ในระยะยาวนั้น อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อได้<sup>10</sup> เมื่อสามารถขยับข้อต่อได้ สูดพิษยาการเคลื่อนไหวแล้ว จึงเริ่มมีการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อตามมา และการกลับไปเล่นกีฬาเต็มทีนั้นควรทำเมื่อผู้ป่วยปราศจากอาการปวดโดยสมบูรณ์เท่านั้น เพราะหากมีการบาดเจ็บซ้ำ มักมีความรุนแรงและต้องใช้เวลาในการรักษามากกว่าในครั้งแรก

#### • Hip and thigh contusions

ภาวะ Iliac crest contusion หรือ Hip pointer เกิดจากการบาดเจ็บโดยตรงที่ iliac crest ซึ่งมักเกิดขึ้นในขณะที่เล่นฟุตบอล หรือเกิดจากการหกล้มในกิจกรรมอื่นก็ได้ ตรวจร่างกายจะพบจุดกดเจ็บ รอยบวมซ้ำและกล้ามเนื้อหดเกร็ง Iliac crest เป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อหลายมัด ประกอบด้วย internal - external oblique, latissimus dorsi, paraspinal, และ fascia จากกล้ามเนื้อ

gluteus medius โดย avulsion ของกล้ามเนื้อเหล่านี้ อาจแยกจากกันค่อนข้างยากจากภาวะ contusion แต่การตรวจโดยการต้านแรงการหดตัวของกล้ามเนื้อเหล่านี้ จะพบอาการเจ็บของผู้ป่วยในภาวะ avulsion มากกว่าจากภาวะ contusion ภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่รุนแรงคือการเกิดก้อนเลือดไปกดทับเส้นประสาทบริเวณใกล้เคียง เช่น femoral nerve หรือ lateral femoral cutaneous nerve (meralgia paresthetica)

การรักษาเบื้องต้นจะเน้นไปที่การลดอาการบวมและเลือดออกด้วยการใช้แรงกดและประคบความเย็น ผู้ป่วยควรลดการใช้งานของสะโพกและเคลื่อนไหวโดยใช้ไม้ค้ำยัน จากนั้นจึงค่อยๆ ยืดและฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อตามมา หากนักกีฬาต้องการเล่นกีฬาต่อเนื่อง การฉีดยาเข้าบริเวณที่บาดเจ็บอาจช่วยได้ แต่ต้องทำด้วยความระมัดระวัง

การพักขาของกล้ามเนื้อต้นขาที่พบในนักกีฬาได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในนักกีฬาฟุตบอลที่เกิดจากการกระแทกโดยตรง กล้ามเนื้อจะถูกกดทับจากแรงภายนอกเข้าไปชนกับกระดูกต้นขา จากนั้นจะเกิดบวมและเลือดออกตามมา การรักษามีความสำคัญเพื่อป้องกันภาวะ myositis ossificans ตามมา โดยประกอบไปด้วยการพักการเคลื่อนไหวของสะโพกและการประคบเย็น และการพันกล้ามเนื้อให้กระชับเพื่อลดการบวม ควรดื่มน้ำหนักที่ขาไปจนกว่าผู้ป่วยมีการทำงานของกล้ามเนื้อ quadriceps ปกติ และงอเข้าได้อย่างน้อย 90 องศา การทำกายภาพบำบัดจะเริ่มเมื่อสามารถงอเข้าได้ 120 องศาและไม่มีกล้ามเนื้อลีบ จากนั้นจะกลับไปเล่นกีฬาได้เมื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกลับมาปกติ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 3 สัปดาห์

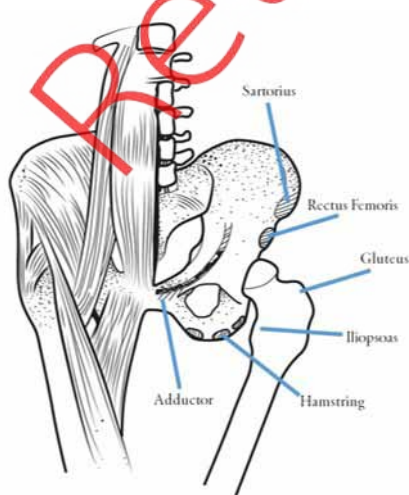
ในบางครั้ง การบาดเจ็บที่รุนแรงจะทำให้เกิดการสร้างก้อนเลือดใหญ่จนจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ถ้าผู้ป่วยพบปัญหาในการขยับข้อแล้ว การทำ MRI จะช่วยบอกถึงขนาดและตำแหน่งของก้อนเลือดได้ดี การเจาะดูดเลือดออกอาจเป็นทางเลือกที่จะช่วยได้ และแนะนำให้มีการใช้แผ่นฟองน้ำเพื่อป้องกันบริเวณที่บาดเจ็บเพื่อป้องกันการบาดเจ็บซ้ำด้วย การเกิด myositis ossificans<sup>10</sup> จะขึ้นกับความรุนแรงของการบาดเจ็บในครั้งแรก และยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดการบาดเจ็บซ้ำๆ ด้วย การใช้ยา NSAIDS

มีประโยชน์ในการป้องกันการเกิดการฟกซ้ำ<sup>11,12</sup> เพราะเมื่อเริ่มเกิดการสร้างก้อนเลือด จะมี mesenchymal cell ที่มาทำงานคล้ายกับการเกิด callus formation กระบวนการนี้ในทางพยาธิวิทยาอาจคล้ายกับการเกิด osteosarcoma แต่ประวัติของผู้ป่วยจะมีการบาดเจ็บนำมาก่อนอย่างชัดเจน การรักษาภาวะ myositis ossificans โดยทั่วไปเป็นการรักษาแบบประคับประคอง แต่ถ้ามีการสร้างกระดูกสมบูรณ์แล้วมีการรบกวนการทำงานของข้อต่อก็เป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดออก การใช้ bone scan จะมีประโยชน์ในการประเมินความสมบูรณ์ของก้อน ส่วนการใช้ MRI ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน<sup>13,14</sup>

การฟกซ้ำที่รุนแรงควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะอาจเกิดภาวะ gluteal compartment syndrome ขึ้นได้ การวินิจฉัยจะเหมือนกับภาวะ compartment syndrome ที่อื่น โดยทั่วไปมักไม่ต้องการรักษาโดยการทำให้ fasciotomy แต่ต้องมีการตรวจประเมินอย่างต่อเนื่องเสมอ

• Avulsion and Apophyseal injuries

การบาดเจ็บแบบ avulsion ของกระดูกสะโพกพบเป็นหลักในผู้ป่วยกลุ่มที่กระดูกยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ ซึ่งสามารถพบได้ทุกจุดเกาะของกล้ามเนื้อ (รูปที่ 1) ซึ่งเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง ซึ่งมักเป็นการหดตัวของกล้ามเนื้อแบบ eccentric การฉีกประวัติเกี่ยวกับกลไกการบาดเจ็บของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญใน



รูปที่ 1 แสดงจุดเกาะของเส้นเอ็นที่เกิดการบาดเจ็บแบบ avulsion (ดัดแปลงจาก Anderson K, Strickland S, Warren R, 2001)<sup>47</sup>

การวินิจฉัย ผู้ป่วยจะอยู่ในท่าทางที่กล้ามเนื้อหย่อนตัว มักพบจุดกดเจ็บ บวม รวมถึงรอยขีดได้บ่อย หากทำการยึดกล้ามเนื้อนั้น ผู้ป่วยจะเจ็บมากขึ้น ภาพเอกซเรย์มักจะสามารรถวินิจฉัยขึ้นส่วนกระดูกที่หักได้ อย่างไรก็ตาม ต้องระวังอย่างสูงในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยซึ่งยังไม่เห็น secondary ossification center โดยทั่วไป periosteum และ fascia รอบๆ จะป้องกันไม่ให้ชิ้นส่วนกระดูกหลุดเคลื่อนไปไกล avulsion ของ anterior superior iliac spine มักเกิดจากแรงดึงของกล้ามเนื้อ sartorius ในขณะที่ avulsion ของ anterior inferior iliac spine มักเกิดจากแรงดึงของ direct head ของกล้ามเนื้อ rectus femoris ส่วน avulsion ของ lesser trochanter เกิดจากการหดตัวอย่างรุนแรงของกล้ามเนื้อ iliopsoas ขณะทำการงอสะโพก ถ้าการบาดเจ็บเหล่านี้เกิดขึ้นในผู้ใหญ่ โดยที่ไม่มีประวัติอุบัติเหตุที่ชัดเจน ควรให้ความสงสัยว่าอาจเป็นมะเร็งได้<sup>15,16</sup> พิจารณาว่าจะทำการผ่าตัดยึดกระดูกหรือไม่ให้ดูที่ขนาดของชิ้นกระดูกว่าสามารถยึดได้หรือไม่ และดูว่าชิ้นกระดูกเคลื่อนเกิน 2 เซนติเมตรหรือไม่

ยังมีรายงานไม่มากนักเปรียบเทียบเกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคองและการผ่าตัด มีการศึกษาหนึ่งในนักเดินบิลเลตต์<sup>17</sup> พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดตลอด ถ้าไม่ผ่าตัดยึดตรึงกระดูก โดยทั่วไป การรักษาเริ่มจากพักให้อยู่ในท่าทางที่เหมาะสมและป้องกันการลงน้ำหนักโดยการใช้ไม้ค้ำยันจนผู้ป่วยหายปวด จากนั้นจึงทำการยึดกล้ามเนื้อและค่อยๆ เริ่มเดินลงน้ำหนักช้าๆ<sup>18</sup> เมื่อสามารถขยับได้ทุกทิศทางเคลื่อนไหวแล้ว จึงฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยไม่ควรลงเล่นกีฬาถ้ายังไม่สามารถขยับข้อได้ดีและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกลับมาปกติ

• Hip dislocation and subluxation

การหลุดของข้อสะโพกบางส่วนในนักกีฬาพบได้บ่อยกว่าการหลุดทั้งหมดและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง มักไม่สามารถตรวจได้อย่างชัดเจน การล้มในท่างอเข้าและหัดขาเข้าด้านในจะทำให้กระดูกหัวสะโพกเคลื่อนไปด้านหลัง แต่ไม่เกินขอบของกระดูก acetabulum ทำให้กระดูกหัวสะโพกกลับเข้าที่ได้เอง การบาดเจ็บอาจเกิดในนักกีฬาที่หยุดการเคลื่อนที่อย่างรวดเร็วแล้วหมุนเปลี่ยนทางกะทันหันในขาข้างที่ลงน้ำหนัก อาจพบกระดูก

acetabulum หักร่วมด้วยได้ จึงแนะนำให้ทำเอกซเรย์ในท่า Judet view ร่วมด้วย การรักษาแนะนำให้ใช้ไม้ค้ำยันและงดการลงน้ำหนัก 6 สัปดาห์ จากนั้นจึงทำ MRI เพื่อดูภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น Osteonecrosis หรือ Chondrolysis ถ้า MRI ปกติ และผู้ป่วยไม่มีอาการปวดจึงให้เริ่มลงน้ำหนักได้ตามลำดับ

#### • Labral tears

การพัฒนาทางด้านรังสีวิทยาและการตรวจวินิจฉัยทำให้มีการตรวจพบ Acetabular labral บาดเจ็บมากขึ้นในอดีต ภาวะนี้มักพบในผู้ป่วยอุบัติเหตุรุนแรง เช่น กระดูกสะโพกหลุดไปด้านหลัง แต่ปัจจุบันมีรายงานมากมายแสดงให้เห็นว่าสามารถพบได้ในภาวะข้อสะโพกหลุดเพียงบางส่วนและข้อสะโพกเจริญผิดปกติ (acetabular dysplasia)<sup>19</sup> ด้วย ในภาวะนี้จะเกิดพื้นที่ของหัวกระดูกสะโพกที่ไม่ถูกปกคลุมด้วยกระดูก acetabulum มากขึ้น ทำให้ labrum ต้องรับน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น

ผู้ป่วยอายุน้อยที่ยังมีกิจกรรมต่างๆ สม่ำเสมอซึ่งมาตรวจด้วยอาการปวดขัดในสะโพกหลังจากเล่นกีฬาหรือล้มควมสงสัยภาวะนี้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนมากมักจำประวัติอุบัติเหตุได้ไม่ชัดเจน ผู้ป่วยจะมีอาการปวดหน้าขาและขาหนีบ อาจได้ยินเสียงในสะโพก ตรวจร่างกายจะพบอาการปวดสะโพกในท่าใดท่าหนึ่ง โดยถ้าเป็น labrum ด้านหน้าจะเจ็บในท่า hip flexion, external rotation และ abduction แล้ว extension, internal rotation และ adduction ส่วน labrum ด้านหลังจะเจ็บในท่า flexion, internal rotation และ posterior load<sup>20-22</sup>

การทำ Arthrography สามารถตรวจพบ labral tear ได้ 88%<sup>23</sup> ถ้ามีการฉีดยาเข้าไปด้วย และผู้ป่วยหายปวดโดยที่การตรวจทางรังสีปกติจะบ่งชี้ถึงการมีพยาธิสภาพภายในข้อสะโพก ส่วน MRI มีการใช้มากขึ้นเพื่อดูพยาธิสภาพในข้อและหัวกระดูกสะโพก เช่น loose body หรือ osteonecrosis หลายสถาบันใช้การฉีด gadolinium เข้าไปในข้อแล้วทำ MR arthrogram โดยมีการรายงาน sensitivity 90% และ accuracy 91%<sup>24</sup> อย่างไรก็ตาม ยังมีบางรายงานพบว่า MRI มีอัตราการวินิจฉัยโรคได้ไม่สูงนัก<sup>25</sup> และบางรายยังไม่สามารถวินิจฉัยได้จนถึงตอนที่ผู้ป่วยทำการผ่าตัดส่องกล้อง<sup>26,27</sup>

การรักษาเริ่มจากการให้ลงน้ำหนักที่ขาเพียงบางส่วน 4 สัปดาห์ การฉีดยาเข้าข้อสะโพกเป็นได้ทั้งการรักษาและการวินิจฉัย<sup>28</sup> ถ้าการรักษาประคับประคองไม่สำเร็จ อาจพิจารณาการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อตัดแต่งขอบ labrum ให้เรียบ มีการรายงานผลที่น่าพึงพอใจสำหรับการผ่าตัดส่องกล้องตัดแต่ง labrum ในผู้ป่วยที่ไม่มีกระดูกสะโพกผิดปกติ โดยพบว่าผู้ป่วย 71% ผลการรักษาที่ระยะเวลาเฉลี่ย 34 เดือน รวมทั้งยังมีรายงานถึงการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อเย็บซ่อม labrum ด้วย ข้อกังวลสำหรับการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกคือ การบาดเจ็บต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทข้างเคียง ซึ่งยังโชคดีที่การบาดเจ็บที่พบส่วนใหญ่เกิดเพียงชั่วคราวเท่านั้น ซึ่งสาเหตุมักเป็นจากการดึงเพื่อยึดข้อสะโพกให้มีพื้นที่สำหรับการส่องกล้องมากกว่าการบาดเจ็บโดยตรง เพราะ portal ที่มีรายงานว่าพบอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บมากที่สุด ยังอยู่ค่อนข้างห่างจากเส้นเลือด เส้นประสาทด้วย<sup>29</sup>

#### • Hip fractures

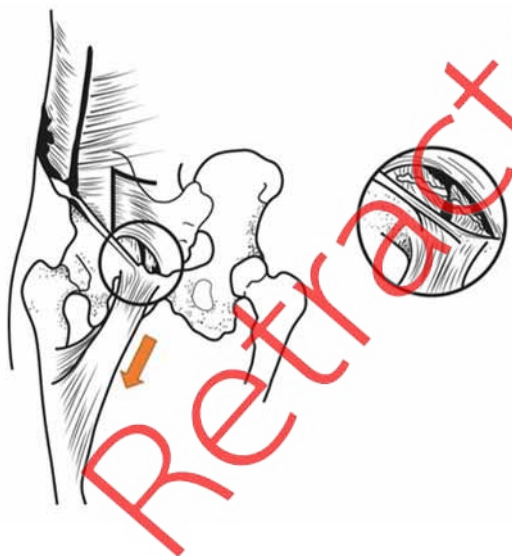
กระดูกข้อสะโพกหักพบไม่บ่อยนักในนักกีฬา Frost รายงานภาวะนี้ในนักสกี โดยตั้งชื่อให้ว่าเป็น Skier's hip<sup>30</sup> การรักษาจัดเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องดึงกลับเข้าที่และยึดตรึงกระดูกให้รวดเร็ว เพื่อลดการเกิดภาวะ osteonecrosis

## 2. เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป (Insidious onset)

#### • Groin pain and hernias

การปวดขาหนีบที่เกิดจากไส้เลื่อนพบได้เพียง 5% ของผู้ป่วยที่มาตรวจทางคลินิก ภาวะ Sports hernia หรือ Hockey hernia พบได้บ่อยในนักกีฬาที่ต้องมีการบิดหมุนอย่างรวดเร็ว เช่น ฟุตบอล เทนนิส หรือฮ็อกกี้ โดยความชุกของโรคที่เพิ่มขึ้นมากในช่วงหลังๆ เกิดจากความระมัดระวังที่มากขึ้นของผู้ฝึกสอนและแพทย์ประจำทีม และพบว่าการฝึกที่ไม่เหมาะสมของนักกีฬาในช่วงพักฤดูกาลแข่งขัน เช่น การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา โดยละเลยการฝึกกล้ามเนื้อหน้าท้องทำให้เกิดความไม่สมดุลของกระดูกเชิงกรานขึ้น

มีการแนะนำให้ใช้คำว่า *athletic pubalgia* แทน<sup>31,32</sup> เนื่องจากไม่ได้มีการเกิดไส้เลื่อนจริง มีหลายทฤษฎีอธิบายถึงสาเหตุโดยเน้นย้ำไปถึงการใช้งานที่มากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำ *hip abduction, adduction* และ *flexion-extension* ทำให้เกิดแรงเฉือนต่อกระดูก *pubic symphysis* ทำให้เกิดแรงส่งไปที่กล้ามเนื้อผนัง *inguinal* จากนั้นแรงดึงจากกล้ามเนื้อ *adductor* ที่ด้านข้างจะทำให้เกิดแรงเฉือนในกระดูกเชิงกรานด้านนั้น จึงเกิดการฉีกขาดของ *transversalis fascia* และ *conjoin tendon* ขึ้นและทำให้มีอาการเจ็บตามมา<sup>33</sup> (รูปที่ 2) รายงานต่อมาแสดงความผิดปกติของจุดเกาะของกล้ามเนื้อ *rectus abdominis* หรือการเกิด *avulsion* ของกล้ามเนื้อ *internal oblique* ที่ *pubic tubercle*<sup>34</sup> และยังมีรายงานการกดทับของ *genital branch* ของ *ilioinguinal* หรือ *genitofemoral nerve* ด้วย รายงานเหล่านี้แสดงให้เห็นว่ายังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องนี้ต่อไป



**รูปที่ 2** แสดงกลไกการเกิดภาวะ *Athletic pubalgia* จากความไม่สมดุลของกล้ามเนื้อ *adductor* ที่มีแรงดึงมากกว่ากล้ามเนื้อหน้าท้องด้านล่าง (ดัดแปลงจาก Anderson K, Strickland S, Warren R, 2001)<sup>47</sup>

อาการปวดของผู้ป่วยมักเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยส่วนใหญ่เกิดขณะออกกำลังกาย หรือบางครั้งเกิดได้แม้แค่ไอหรือจาม ตรวจร่างกายมีจุดกดเจ็บที่ *conjoin tendon, pubic tubercle* และ *midinguinal region* บางครั้งจะมีอาการเมื่อต้นการตรวจ *adduction*

หรือ *sit-up* ร่วมด้วย การทำ *Valsalva* อาจทำให้เกิดอาการปวดแม้จะไม่เห็นก้อนชัดเจน การตรวจทางรังสี เช่น เอกซเรย์หรือทำ *bone scan* จะช่วยแยกภาวะอื่นๆ เช่น *osteitis pubis, osteoarthritis* หรือ *tumor* ออกไปได้ การทำ *MRI* มีประโยชน์ในการดูความผิดปกติในกล้ามเนื้อได้

การรักษาแบบประคับประคองจะช่วยให้อาการปวดลดลงได้ ควรพิจารณาผ่าตัดเมื่อรักษาแบบประคับประคองแล้วไม่ดีขึ้นใน 6-8 สัปดาห์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในนักกีฬาอาชีพ การทำ *herniorrhaphy* ได้ผลดีทั้งแบบผ่าตัดเปิดและการส่องกล้อง<sup>35,36</sup> โดยเป็นการทำให้ผนังหน้าท้องแข็งแรงขึ้นด้วยการเสริมตาข่ายเข้าไป<sup>37,38</sup> นักกีฬาจะกลับไปเล่นได้อีกครั้งภายใน 6-12 สัปดาห์หลังจากผ่านการฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อผนังหน้าท้อง และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ *adductor*

ในกรณีที่มีความไม่สมดุลกันของกระดูกเชิงกราน ต้องระวังความผิดปกติของกล้ามเนื้อ *adductor* เสมอ โดยควรตรวจอาการปวดของกล้ามเนื้อ *adductor* ให้ดีก่อนการผ่าตัด เพราะถ้าตรวจพบอาจพิจารณาทำการผ่าตัด *adductor muscle release* ร่วมด้วยกับการทำ *herniorrhaphy*

#### • *Osteitis pubis*

เป็นที่เชื่อกันว่า ภาวะ *osteitis pubis* เกิดจากการบาดเจ็บซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง โดยมักพบในนักวิ่ง นักฟุตบอล นักว่ายน้ำ และนักฮ็อกกี้ แรงดึงจากกล้ามเนื้อ *adductor* และ *rectus abdominis* มักเป็นสาเหตุของโรค ดังนั้น โรคนี้จึงอาจเป็นส่วนประกอบหรือทับซ้อนกับโรค *sports hernia* ได้ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเมื่อวิ่ง กระโดด หรือเตะ โดยอาการปวดจะร้าวไปที่บริเวณหัวเข่าหรือลงมาถึงขาหนีบ ภาพเอกซเรย์จะเห็นการละลายหรือการขาวขึ้นของกระดูก *pubic symphysis* (รูปที่ 2) การทำ *bone scan* จะช่วยในการวินิจฉัย

ต้องวินิจฉัยแยกโรคนี้จากการติดเชื้อ, *inguinal hernia* หรือกล้ามเนื้อ *adductor strain* การรักษา มักเป็นการพักและให้ยา NSAIDs หากอาการของนักกีฬาไม่ดีขึ้น อาจพิจารณารักษาด้วยการฉีดยา *corticosteroid* เข้าเฉพาะที่<sup>39</sup> ถ้าอาการปวดลดลงแล้ว จึงเริ่มพิจารณายืดกล้ามเนื้อและออกกำลังกาย อาการของโรคอาจเป็นนานถึง 3 เดือนและบางครั้งก็มักกลับมาเป็นซ้ำ การผ่าตัดทำ *adductor tenotomy* ก็มีรายงานว่าใช้ในโรคนี้ด้วย<sup>40</sup>

### • Bursitis

ส่วนใหญ่ bursitis มักเกิดที่ greater trochanter แต่อาจมีการเกิดที่เส้นเอ็น iliopsoas ได้ด้วย ผู้หญิงที่มีกระดูกเชิงกรานกว้างและคล้ำ greater trochanter ได้ชัดมักเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคนี้ขึ้น รวมทั้งการวิ่งในพื้นที่ต่างระดับจะยิ่งกระตุ้นให้เกิดความไม่สมดุลของกระดูกเชิงกรานและเกิดแรงส่งไปที่ trochanter มากขึ้น ร่างกายจะเจอจุดกดเจ็บตรงบริเวณ greater trochanter การรักษาเหมือนกับการเกิด bursitis ที่อื่น โดยการพัก ยืดเส้นเอ็นที่เกี่ยวข้อง และการให้ยา NSAIDS การฉีดยาเข้าบริเวณที่เป็นแล้วหยาบจะช่วยในการยืนยันการวินิจฉัยด้วย ถ้าหากมีการเป็นซ้ำอาจต้องมีการตัด bursa ออก<sup>41</sup>

### • Snapping hip syndrome

มักพบในนักวิ่งระยะไกล โดยคำว่า snapping hip syndrome ถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มด้วยกันคือ จากภายนอก (external) เกิดจาก iliotibial band ไปเสียดสีกับกระดูก greater trochanter ขณะมีการงอเหยียดสะโพก ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บร่วมด้วยหรือเกิดมี trochanteric bursitis ร่วมด้วย จะเริ่มการรักษาโดยการพักยืด iliotibial band การให้ยา NSAIDS และบางครั้งอาจต้องฉีดยากลุ่ม corticosteroid ถ้าหากอาการไม่ดีขึ้น ก็อาจพิจารณาผ่าตัดซึ่งมีหลายตัวเลือก เช่น ยึด iliotibial band, การทำ Z-plasty หรือทำการยึดตรึง iliotibial band กับ greater trochanter ส่วนกลุ่มสาเหตุจากภายในมักเกิดจากเส้นเอ็น iliopsoas ที่ไปเสียดสีกับ pelvic brim (iliopectineal eminence) หรือกระดูกหัวสะโพก การขัดเกิดขึ้นเมื่อเหยียดสะโพกแล้วเส้นเอ็นยึดจาก anterolateral ไปทาง posteromedial มากขึ้น ภาวะนี้อาจเกิดร่วมกับ trochanteric bursitis และการรักษาก็ไม่แตกต่างกัน ถ้ารักษาแบบประคับประคองไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาผ่าตัดยึดเส้นเอ็นต่อไป

### • Stress fracture

กระดูกหักแบบ stress fracture มักพบในนักกีฬาวิ่งมาราธอนหรือทหารเกณฑ์ โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การบาดเจ็บนี้พบร่วมได้กับภาวะความผิดปกติทางการรับประทานอาหารและประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ อุบัติการณ์อยู่ระหว่าง 1.25-18%<sup>42,43</sup> ซึ่งถึงแม้จะพบไม่มากแต่ก็ต้องระวังเพราะอาจวินิจฉัยพลาด

ได้ง่าย การบาดเจ็บนี้มักเป็นผลจากการฝึกซ้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น การวิ่ง ไม่ควรเพิ่มระยะทางเกิน 10% ต่อสัปดาห์ เป็นต้น นักกีฬามืออาชีพอาจปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือกระดูกลงพื้น อาการอาจเป็นรุนแรงถึงขั้นไม่สามารถวิ่งได้ การตรวจทางรังสีมักต้องไปถึงการทำ bone scan หรือ MRI เพราะภาพเอกซเรย์ธรรมดา มักวินิจฉัยได้ไม่ชัดเจน สามารถแบ่ง stress fracture ของกระดูก femoral neck เป็น 2 แบบด้วยกันคือ tension side (ด้านบน) หรือ compression side (ด้านล่าง) โดยฝั่งที่มีความไม่มั่นคงมากกว่าคือด้าน tension side และมีพยากรณ์โรคที่แย่กว่าด้วย<sup>44</sup>

การรักษาใน stable - compression type เริ่มจากการพัก หลังจากอาการปวดลดลงแล้วจึงเริ่มเดินได้โดยงดการลงน้ำหนักที่สะโพกข้างนั้น ควรงดการวิ่งเหยาะๆ ไปจนถึง 4-6 สัปดาห์เพื่อให้กระดูกเริ่มติด ส่วนในด้าน tension side ที่ไม่มั่นคงต้องมีการดูแลใกล้ชิด เพราะอาจเกิดการเคลื่อนของกระดูก และมีภาวะแทรกซ้อนตามมาได้สูงถึง 50% เช่น osteonecrosis, refracture หรือ pseudarthrosis<sup>45</sup> การศึกษาหลายแห่งยืนยันว่ากระดูกหักในด้าน tension side ควรรักษาโดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูก กระดูกหักในด้าน compression side ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคองก็ควรรักษาโดยการผ่าตัดด้วย

### • Osteoarthritis

ยังไม่มีการสรุปว่า การเล่นกีฬาจะช่วยป้องกันหรือทำให้เกิดกระดูกข้อสะโพกเสื่อมเร็วขึ้น สิ่งที่สามารถสรุปได้ในขณะนี้คือ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ มีประโยชน์ต่อร่างกาย และการออกกำลังกายที่มากเกินไป โดยเฉพาะในคนที่มีความผิดปกติของข้อสะโพกอยู่ก่อนจะทำให้เกิดข้อเสื่อมเร็วขึ้น พบว่าในนักกีฬาอาชีพมีการเสื่อมของกระดูกที่เห็นได้จากภาพเอกซเรย์มากกว่ากลุ่มคนทั่วไป<sup>46</sup> ในคนที่ยังมีข้อเสื่อมไม่มากนัก การรักษาโดยการให้ยาอย่างค่อนข้างได้ผลดี การฝึกพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกเป็นส่วนสำคัญในการรักษาเบื้องต้น และการใช้ยา NSAIDS ยังช่วยให้สามารถใช้ยาควบคุมอาการปวดได้ต่อเนื่อง ส่วนยาในกลุ่ม glucosamine และ chondroitin ซึ่งมีรายงานว่ามีความประโยชน์ในโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น ยังไม่มีข้อมูลสำหรับนำมาใช้รักษาในโรคข้อสะโพกเสื่อม การผ่าตัดส่องกล้องเพื่อล้างข้อก็จัดเป็นทางเลือกหากการรักษาแบบประคับประคองไม่สำเร็จ

1. DeLee JC, Farney WC. Incidence of injury in Texas high school football. *Am J Sports Med* 1992;20: 575-80.
2. Gomez E, DeLee JC, Farney WC. Incidence of injury in Texas girls' high school basketball. *Am J Sports Med* 1996;24:684-7.
3. Crowninshield RD, Johnston RC, Andrews JG, et al. A biomechanical investigation of the human hip. *J Biomech* 1978;11:75-85.
4. Garrett WE Jr. Muscle strain injuries. *Am J Sports Med* 1996; 24 (Suppl): S2-8.
5. Garrett WE Jr, Nikolaou PK, Ribbeck BM, et al. The effect of muscle architecture on the biomechanical failure properties of skeletal muscle under passive extension. *Am J Sports Med* 1988;16:7-12.
6. Gilmore J. Groin pain in the soccer athlete: Fact, fiction, and treatment. *Sports Med* 1998;17: 787-93.
7. Pomeranz SJ, Heidt RS Jr. MR imaging in the prognostication of hamstring injury. *Radiology* 1993;189:897-900.
8. Mozes M, Papa MZ, Zweig A, et al. Iliopsoas injury in soccer players. *Br J Sports Med* 1985;19: 168-70.
9. Green JP. Proximal avulsion of the iliacus with paralysis of the femoral nerve: Report of a case. *J Bone Joint Surg* 1972;54B:154-6.
10. Mishra DK, Friden J, Schmitz MC, et al. Anti-inflammatory medication after muscle injury: A treatment resulting in short-term improvement but subsequent loss of muscle function. *J Bone Joint Surg* 1995;77A:1510-19.
11. DiCesare PE, Nimni ME, Peng L, et al. Effects of indomethacin on demineralized bone-induced heterotopic ossification in the rat. *J Orthop Res* 1991;9(6):855-61.
12. Moed BR, Resnick RB, Fakhouri AJ, et al. Effect of two nonsteroidal antiinflammatory drugs on heterotopic bone formation in a rabbit model. *J Arthroplasty* 1994;9:81-7.
13. Bouchardy L, Garcia J. Magnetic resonance imaging in the diagnosis of myositis ossificans circumscripta [in French]. *J Radiol* 1994;75:101-10.
14. Palmer WE, Kuong SJ, Elmadbouh HM. MR imaging of myotendinous strain. *AJR Am J Roentgenol* 1999;173:703-9.
15. Afra R, Boardman DL, Kabo JM, et al. Avulsion fracture of the lesser trochanter as a result of a preliminary malignant tumor of bone. A report of four cases. *J Bone Joint Surg* 1999;81A: 1299-304.
16. Khoury JG, Brandser EA, Found EM Jr, et al. Non-traumatic lesser trochanter avulsion: A report of three cases. *Iowa Orthop J* 1998;18:150-54.
17. Quarrier NF, Wightman AB. A ballet dancer with chronic hip pain due to a lesser trochanter bony avulsion: The challenge of a differential diagnosis. *J Orthop Sports Phys Ther* 1998;28:168-73.

18. Metzmaker JN, Pappas AM. Avulsion fractures of the pelvis. *Am J Sports Med* 1985;13:349-58.
19. Cooper DE, Warren RF, Barnes R. Traumatic subluxation of the hip resulting in aseptic necrosis and chondrolysis in a professional football player. *Am J Sports Med* 1991;19:322-4.
20. Dorrell JH, Catterall A. The torn acetabular labrum. *J Bone Joint Surg* 1986;68B:400-3.
21. Hase T, Ueo T. Acetabular labral tear: Arthroscopic diagnosis and treatment. *Arthroscopy* 1999;15:138-41.
22. Ikeda T, Awaya G, Suzuki S, et al. Torn acetabular labrum in young patients. Arthroscopic diagnosis and management. *J Bone Joint Surg* 1988;70B:13-6.
23. Suzuki S, Awaya G, Okada Y, et al. Arthroscopic diagnosis of ruptured acetabular labrum. *Acta Orthop Scand* 1986;57:513-5.
24. Fitzgerald RH Jr. Acetabular labrum tears: Diagnosis and treatment. *Orthop* 1995;311:60-8.
25. Czerny C, Hofmann S, Newhold A. Lesions of the acetabular labrum: Accuracy of MR imaging and MR arthrography in detection and staging. *Radiology* 1996;200:225-220.
26. Cotten A, Boutry N, Demondion X. Acetabular labrum: MRI in asymptomatic volunteers. *J Comput Assist Tomogr* 1998;22:1-7.
27. Farjo LA, Glick JM, Sampson TG. Hip arthroscopy for acetabular labral tears. *Arthroscopy* 1999;15:132-7.
28. McCarthy JC, Busconi B. The role of hip arthroscopy in the diagnosis and treatment of hip disease. *Orthopedics* 1995;18:753-6.
29. Byrd JWT, Pappas JN, Pedley MJ. Hip arthroscopy: An anatomic study of portal placement and relationship to the extra-articular structures. *Arthroscopy* 1995;11:418-23.
30. Byrd JWT. Labral lesions: An elusive source of hip pain. Case reports and literature review [current concepts]. *Arthroscopy* 1996;12:603-12.
31. Meyers WC, Foley DP, Garrett WE, et al. Management of severe lower abdominal or inguinal pain in high-performance athletes. *Am J Sports Med* 2000;28:2-8.
32. Simonet WT, Saylor HL III, Sim L. Abdominal wall muscle tears in hockey players. *Int J Sports Med* 1995;16:126-8.
33. Hackney RG. The sports hernia: A cause of chronic groin pain. *Br J Sports Med* 199;27:58-62.
34. Taylor DC, Meyers WC, Moylan JA, et al. Abdominal musculature abnormalities as a cause of groin pain in athletes. Inguinal hernias and pubalgia. *Am J Sports Med* 1991;19:239-42.
35. Ingoldby CJ. Laparoscopic and conventional repair of groin disruption in sportsmen. *Br J Surg* 1997;84:213-5.
36. Azurln DJ, Go LS, Schuricht A, et al. Endoscopic preperitoneal herniorrhaphy in professional athletes with groin pain. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1997;7:7-12.
37. Leibl BJ, Schmedt CG, Kraft K, et al. Recurrence after endoscopic transperitoneal hernia repair (TAPP): Causes, reparative techniques, and results of the reoperation. *J Am coll Surg* 2000;190:651-5.

38. Miguel PR, Reusch M, daRosa AL, et al. Laparoscopic hernia repair complications. *J Soc Laparoendosc Surg* 1998;2:35-40.
39. Holt MA, Keene JS, Graf BK, et al. Treatment of osteitis pubis in athletes. Results of corticosteroid injections. *Am J Sports Med* 1995;23:601-6.
40. Akermark C, Johansson C. Tenotomy of the adductor longus tendon in the treatment of chronic groin pain in athletes. *Am J Sports Med* 1992;20:640-3.
41. Janzen DL, Partridge E, Logan PM, et al. The snapping hip: Clinical and imaging findings in transient subluxation of the iliopsoas tendon. *Can Assoc Radiol J* 1996;47:202-8.
42. Latshaw RF, Kantner TR, Kalenak A, et al. A pelvic stress fracture in female jogger. *Am J Sports Med* 1981;5:54-6.
43. McBryde AM Jr. Stress fractures in runners. *Clin Sports Med* 1985;4:737-52.
44. Fullerton LR, Snowdy HA. Femoral neck stress fractures. *Am J Sports Med* 1988;16:365-77.
45. Johansson C, Ekenman I, Tornkvist H, et al. Stress fractures of the femoral neck in athletes. The consequence of a delay in diagnosis. *Am J Sports Med* 1990;18:524-8.
46. Marti B, Knobloch M, Tschopp A, et al. Is excessive running predictive of degenerative hip disease: Controlled study of former elite athletes. *BMJ* 1989;299:91-3.
47. Anderson K, Strickland S, Warren R, Hip and Groin Injuries in Athletes, *AM J Sports Med* 2001;29:4.

Retracted Article