

บทความวิชาการ

การจัดการกลุ่มอาการผิดปกติกล้ามเนื้อและโครงกระดูก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

วรรณภา สอนองเดช*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงกระดูก (Musculoskeletal Disorders : MSDs) มาใช้บริการการรักษาเป็นอันดับห้าของผู้ป่วยผู้มารับการรักษาขั้นต้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) การให้การรักษาแก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการ MSDs ที่เข้ามารับบริการที่ รพ.สต. ที่ผ่านมายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์หรือแนวทางการรักษาสันนิษฐานว่าพยาบาล รพ.สต. มีการปฏิบัติในการประเมินและให้การรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ บทความนี้นำเสนอแนวทางในการจัดการผู้ป่วยกลุ่มอาการ MSDs เพื่อใช้เป็นแนวทางขั้นต้นในการพิจารณาและตัดสินใจให้การดูแลรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วย MSDs ผู้เข้ามารับบริการที่ รพ.สต. ขั้นตอนประกอบด้วย การประเมินอาการผิดปกติ ซึ่งสามารถประเมินทางด้านร่างกายและภาวะจิตใจ จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจเพิ่มเติม เช่น Nordic questionnaire ประเมินการปวดโดยการใช้นิพจน์ pain score เมื่อการประเมินอาการผิดปกติสามารถแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1. กลุ่มผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ฉุกเฉินหรืออันตรายต้องส่งต่ออย่างรวดเร็ว โดยด่วน ระดับ 2. กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการวินิจฉัยและการรักษาเพิ่มเติมที่ซับซ้อน ระดับ 1-2 ต้องการการส่งต่อการรักษาไปยังระดับทุติยภูมิ ส่วนระดับ 3 กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาขั้นต้นได้ที่ รพ.สต. ขั้นตอนการรักษา โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ 1) ปวด บ่า ไหล่ คอ 2) ปวดกล้ามเนื้อหลัง 3) ปวดข้อมือ ข้อนิ้ว 4) ปวดข้อเข่า โดยแนวทางการรักษา 2 วิธี 1. การให้คำแนะนำลดปัจจัยเสี่ยงและ 2. ให้บรรเทาอาการปวดโดยใช้ยาตามกรอบยาใน รพ.สต. และตามกรอบของกฎหมายวิชาชีพพยาบาล เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการจัดการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการ MSDs สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการ MSDs ที่มารับบริการได้ถูกต้องและเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยได้มากขึ้น

คำสำคัญ: อาการผิดปกติกล้ามเนื้อและโครงกระดูก/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

*อาจารย์สาขาสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

Management of Musculoskeletal Disorders (MSDs) In Thai Sub-district Health Promoting Hospitals

Wanna Sanongdej*

ABSTRACT

Patients with musculoskeletal disorders (MSDs) account for one-fifth of the treatment services received at sub-district health promoting hospitals (HPHs). Accurate and effective treatment and services for patients with MSDs are important. This article provides management guidance for initial decision-making for nurses in caring for MSDs patients at HPHs. The guidance is derived from health assessments based on physical and psychosocial examinations with additional testing using the Nordic questionnaire and pain score scales. In the present study, MSDs were assessed based on symptoms, and patients were categorized into the following three levels: Level 1 - a need for urgent referral to a secondary hospital in cases involving emergency or dangerous conditions, Level 2 - a need for referral to a secondary hospital in cases requiring complex diagnostics, and Level 3 - the ability to provide initial treatment in a HPH. Primary care for MSDs can be provided by categorizing patients into the following four frequently encountered pain groups: 1) shoulder pain; 2) muscular back pain; 3) joint pain in the wrists and fingers, and 4) joint pain in the knees. The primary health care for MSDs in HPHs is managed by advising a reduction in risk factors and relieving pain by drug-based regimens in HPHs based on the framework of Thai professional nursing law. Adequate management of care will provide quality services that are more accurate and appropriate for patients with MSDs.

Keywords: musculoskeletal disorders/ sub-district health promoting hospitals

*Lecturer of Community Health Care Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทนำ

อาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงกระดูก (Musculoskeletal Disorders (MSDs) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดอาการบาดเจ็บกับกล้ามเนื้อ เอ็น เส้นประสาท กระดูกและข้อ และส่วนที่ช่วยพยุงโครงสร้างของร่างกายบริเวณหลังและคอ¹ ลักษณะอาการที่เกิดทั้งเรื้อรังและเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงกระดูกมารักษาเป็นอันดับห้าของการมารับการรักษาขั้นต้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) จากสถิติพบว่าความชุกของกลุ่มอาการ MSDs ที่มาขอรับบริการ ส่วนใหญ่พบในวัยแรงงานร้อยละ 14.5 จนถึงวัยผู้สูงอายุ มีรายงานการปวดมากขึ้น² อาการมีตั้งแต่อาการปวดที่ทำให้ไม่สุขสบายในการดำเนินชีวิตไปจนกระทั่งมีอาการปวดที่รุนแรง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ รพ.สต. มหาสวัสดิ์ (primary care unit) อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 - มีนาคม 2561 พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่ปวดบริเวณหลังส่วนล่าง ร้อยละ 54.2 เข้า ไหล่ ร้อยละ 16 และอวัยวะแขนขา มือ ร้อยละ 15 ตามลำดับ อาการปวดอาจเกิดอวัยวะเดียวหรือหลายอวัยวะพร้อมกัน แต่ส่วนใหญ่จะพบอาการปวดเพียงในอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง

สาเหตุการเกิดกลุ่มอาการ MSDs เกิดจาก 3 สาเหตุหลัก ได้แก่ ชีวกลศาสตร์ (biomedical factor) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor) ด้านปัจจัยทางชีวกลศาสตร์ (biomedical factor)³ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ผู้สูงอายุมีภาวะผิดปกติอาการกล้ามเนื้อและโครงกระดูกมากกว่าวัยหนุ่มสาว ภาวะน้ำหนักเกินที่มีความสัมพันธ์กับ

ปวดหลัง ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป จะมีภาวะข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย⁴ ปัจจัยทางด้านชีวกลศาสตร์ เกิดจากอาชีพ จากท่าทางในการดำเนินชีวิตหรือการทำงานที่ใช้แรงยกของหนัก การทำงานที่ต้องใช้ท่าทางการทำงานซ้ำๆ ในท่าเดิม และปัจจัยจิตวิทยา (psychosocial factor) ได้แก่ภาวะความเครียดซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ MSDs⁵

โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลให้การดูแลผู้ที่เข้ามารับบริการบริการ เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมมากกว่ารักษา สร้างความเข้าใจการดูแลสุขภาพและให้คำแนะนำตามอาการ ขณะที่บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติที่ได้รับการอบรมระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งปฏิบัติงานที่ รพ.สต. มีบทบาทในการประเมินอาการ วินิจฉัยความผิดปกติกล้ามเนื้อและโครงกระดูกและให้การรักษาเบื้องต้นที่ไม่ซับซ้อนแก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการ MSDs ได้แก่ อาการเกร็ง ปวดข้อ ปวดหลัง เน้นให้คำแนะนำเพื่อป้องกันกลุ่มอาการ MSDs ให้อยู่ในกรอบยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและดำเนินการส่งต่อได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามหลักของพระราชบัญญัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2540⁶

ดังนั้นพยาบาลปฏิบัติงานที่ รพ.สต. จะต้องมีความรู้ในการจัดการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการอยู่ในระดับใด และการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนพิจารณาส่งต่อไปรับการรักษายังหน่วยบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น และ การรักษาพยาบาลขั้นต้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถให้การรักษาขั้นต้นได้ในขอบเขตหน้าที่ของ รพ.สต.

การประเมินภาวะสุขภาพคัดกรองผู้ป่วย รวมถึงการรักษาขั้นต้นเป็นไปตามคาดหวังของ

ผู้รับบริการ⁷ แต่ในการประชุมประเด็นแนวโน้มและจุดอ่อน (pitfalls) ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ. สต. ในบทบาทการรักษาระดับขั้นต้น⁸ ยังต้องการให้มีการเพิ่มและพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการจัดการ ประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรอง และการรักษาโรคเบื้องต้นในปัญหาสุขภาพของประชาชนที่พบอยู่นอกจากนี้ยังพบว่าในบทบาทการทำงานการรักษาระดับขั้นต้นพยาบาลปฏิบัติงานที่ รพ. สต. บางแห่งยังมีปัญหาการขาดความรู้เรื่องยา และความมั่นใจในการตรวจรักษา โดยเฉพาะในการรักษาระดับขั้นต้นกลุ่มอาการ MSDs บางครั้งพยาบาลทำงานเกินขอบเขตในการรักษาเบื้องต้นตามที่สภาการพยาบาลกำหนด เช่น กรณีการลดอาการปวดจาก MSDs โดยการใช้ยา กลุ่มเสตียรอยด์และฉีดยา กลุ่ม nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) ซึ่งเป็นการจัดการการลดอาการปวดจากโรคกลุ่มอาการ MSDs ที่ทำเกินบทบาทหน้าที่พยาบาลที่ทำงานใน รพ. สต.¹⁰

ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มอาการ MSDs ตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติที่ถูกต้อง บทความนี้จะนำเสนอการจัดการให้พยาบาลแก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการ MSDs ที่เข้ามาใช้บริการที่ รพ. สต. เพื่อใช้เป็นแนวทางขั้นต้นหรือส่งต่อเหมาะสมตามระดับ ในการพิจารณาและตัดสินใจในการรักษาโรคเบื้องต้นหรือส่งต่อผู้ป่วย MSDs พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

โดยการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม MSDs ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินอาการผิดปกติ การรักษาระดับขั้นต้นและให้คำแนะนำในการรักษาลดอาการปวดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

การจัดการ MSDs ประกอบด้วย

1. การประเมินอาการ เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญที่สุด เพราะเป็นจุดการคัดกรองโรคและวินิจฉัยเบื้องต้นก่อนที่จะดำเนินการส่งต่อหรือให้บริการรักษาโรคเบื้องต้นภายใต้ขอบเขตของกฎหมายวิชาชีพ การประเมินผู้ป่วยที่มาใช้บริการและคัดแยกผู้ป่วยออกเป็นระดับเพื่อการให้การรักษาที่ถูกต้องในแต่ละระดับ โดยประยุกต์มาจากการคัดแยกผู้ป่วยที่รับบริการในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล ซึ่งมีการคัดแยกผู้ป่วย 3 ระดับตามแนวทางการแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ระดับ 1. เป็นผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ฉุกเฉินหรืออันตราย (emergency or urgent) ระดับ 2. เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการวินิจฉัยและการรักษาเพิ่มเติมที่ซับซ้อน semi urgent ระดับ 1-2 ต้องการการส่งต่อการรักษาไปยังระดับตติยภูมิ ส่วนระดับ 3 เป็นผู้ป่วยทั่วไปสามารถรักษาระดับขั้นต้นได้ที่ รพ. สต. โดยให้คำแนะนำและรักษาได้โดยใช้การอบยาที่มีใน รพ. สต. จากงานวิจัยของโรงพยาบาลชุมชนพบว่า การคัดแยกผู้ป่วยมีความสำคัญมีผลทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็วและได้คุณภาพตามมาตรฐานการพยาบาลมากขึ้น การคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่มีความละเอียดเที่ยงตรงจะช่วยให้พยาบาลให้การพยาบาลได้ถูกต้องและความเร่งด่วน และสามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่ที่มีความเหมาะสม ทำให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ¹¹

การคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์การรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลให้ครอบคลุม 3 กลุ่มอาการตามระดับความเร่งด่วน⁶ ซึ่งมีช่วงห่างในการคัดแยกอาการกว้าง การใช้เวลาในการพิจารณาแยกผู้ป่วยจึงไม่ยาวนาน¹² จากรายงานการใช้การคัดกรอง 3 ระดับ คัดกรอง

ถูกต้องร้อยละ 82-91¹² การตัดสินใจการรักษาที่ยาวนานอาจส่งผลต่ออาการของผู้ป่วยให้เลวลงได้อย่างไรก็ตามการคัดแยกและการประเมินผู้ป่วย 3 ระดับต้องอาศัยประสบการณ์ในการทำงานและความเชี่ยวชาญของพยาบาลที่ทำงานใน รพ.สต. ในการแบ่งระดับผู้ป่วยและการประเมินอาการของผู้ป่วยให้ถูกต้อง บทความนี้จะได้นำเสนอการประเมินอาการและการจัดการขั้นต้นสำหรับผู้ป่วย MSDs แต่ละระดับเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการให้การพยาบาล ได้แก่

ระดับ 1. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ฉุกเฉินหรืออันตราย (emergency หรือ urgent) หมายถึงผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือทันที และกรณีฉุกเฉินแต่ไม่รุนแรงแต่ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้เสียชีวิตและเกิดความพิการได้ ส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุ ต้องทำการประเมินสัญญาณชีพ (vital sign) และ basic life support (C= compression, A= airway, B= breathing) ในกรณีภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ประเมินการหายใจและการไหลเวียนของเลือด ถ้ามีความผิดปกติของการหายใจ ต้องรีบช่วยให้ฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และทำการสังเกตว่าผู้ป่วยมีการหักของกระดูกและข้อกระดูกหัก ถ้าเป็นการหักชนิดปิด (closed fracture) จะไม่พบกระดูกทะลุออกจากผิวหนังและไม่มีบาดแผลบนผิวหนังตรงบริเวณที่หักแต่สามารถสังเกตความผิดปกติของบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ ถ้าเป็นกระดูกหักชนิดเปิด (opened fracture) กระดูกหักแล้วที่มแทงทะลุผิวหนัง ทำให้มีแผลตรงบริเวณที่กระดูกหัก สังเกตบาดแผล มีการบวม รอยฟกช้ำ หรือ จ้ำเลือด (ecchymosis) จากการที่เลือดเซาะตามกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงสีผิว การตรวจบริเวณที่หัก ปลาย

กระดูกขยับได้ ผู้ป่วยมักบอกว่า “ได้ยิน” เสียงกระดูกมันขัดสั่นดังกร๊อบแกร็บตรงรอยหัก และมีอาการปวดมากถ้าจับหรือคลำในบริเวณที่กระดูกหัก ถ้ามีอาการบวมและขาให้จับชีพจรเปรียบเทียบกับแขนหรือขาทั้งสองข้างถ้าไม่เท่ากัน อาจเกิดจากลิ่มเลือดอุดของหลอดเลือดดำหรือมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดดำ

การจัดการให้บริการในผู้ป่วยระดับ 1 ตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นการให้ยารักษาโรคของสภากาการพยาบาล เป็นระดับที่อาจถึงขั้นเสียชีวิตอยู่ในภาวะฉุกเฉินหรืออาจได้รับความพิการ เช่น ได้รับอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ ผู้ป่วยระดับนี้ต้องการช่วยเหลืออย่างทันทีโดยให้การปฐมพยาบาลหรือปฏิบัติเคลื่อนย้ายฉุกเฉินจนกระทั่งได้รับการรักษาที่ถูกต้องจากแพทย์ การให้การพยาบาลต้องกระทำด้วยความระมัดระวังและนิ่มนวล โดยการสังเกตอาการถ้ามีเลือดออกต้องห้ามเลือดโดยใช้ผ้าก๊อชหนาแล้วใช้ผ้ายึดพันทาบไม่ควรใช้วิธีขันเชมเนาะเพราะอาจทำให้เลือดไม่ไปเลี้ยงส่วนปลายและอาจทำให้เกิดการเลื่อนของกระดูกเกยกัน¹³ และในรายที่มีกระดูกหักแบบเปิดให้ใช้ผ้าสะอาดคลุมปิดไว้ แล้วพันทาบห้ามดึงกระดูกให้เข้าที่ อาจเข้าเฝือกชั่วคราวโดยใช้วัสดุที่แข็งแรง เช่น แผ่นไม้ วางยึดกระดูกส่วนที่หักแล้วพันผ้ายึดไม่ให้เคลื่อนไหว แต่ระวังอย่าพันผ้าให้แน่นจนเกินควร จนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่ได้ ควรเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บอย่างถูกวิธีและรีบนำส่งโรงพยาบาล

นอกจากนี้ในสภาวะผู้ป่วยมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงขา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัดกะทันหัน ให้ประเมินสัญญาณชีพและรีบนำส่งรพ.อาจมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมอง¹⁴ ซึ่งควรได้ยาละลายลิ่มเลือด

อย่างรวดเร็วที่สุดภายใน 3 ชั่วโมง ในกรณีเกิดจาก หลอดเลือดตีบหรือตัน ดังนั้นควรรีบนำส่ง โรงพยาบาลตติยภูมิให้เร็วที่สุด

ระดับ 2 และ 3 หลังได้รับการประเมินว่า ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะที่ฉุกเฉินหรืออันตราย ควร ประเมินต่อไปว่า อาการที่มารับบริการผู้ป่วย ต้องการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและต้องการรักษา ที่ซับซ้อนเพิ่มเติมซึ่งอาการไม่ดีขึ้น ต้องปรึกษา แพทย์ภายใน 1-7 วัน (ระดับ 2) เช่น อาการปวด กระตุกกล้ามเนื้อและข้อมากเกิน 7 วัน อาการไม่ดีขึ้นหรือเลวลงหลังรับประทานยา หรือมีอาการอื่น ร่วมด้วย เช่น บวมแดงร้อน ปวดร้าว มีไข้ วิงเวียน ศีรษะ อาเจียน น้ำหนักลด ควรส่งต่อเพื่อได้รับการ วินิจฉัยเพิ่มเติม ระดับ 3 เป็นระดับที่ไม่มีอาการร่วม หรือมีสัญญาณอันตรายที่อาจเกิดขึ้น¹⁵ สามารถให้ การรักษาเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการ เช่น แนะนำ วิธีการลดอาการปวด ลดพฤติกรรมที่ทำให้เกิด อาการปวด หรือให้ยาแก้ปวดตามกรอบของ รพ.สต.

การประเมินอาการผิดปกติสาเหตุทั้งจาก ทางด้านร่างกาย และภาวะจิตใจทั้งระดับ 2 และ 3 สามารถประเมินด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ด้วยการดู คลำ เคาะ ฟัง และใช้แบบประเมิน อาการปวดต่างๆ ได้แก่

1.1 การซักประวัติ

1.1.1 อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ปวดบริเวณใด เช่น ถ้าอาการที่ปวดบริเวณ บ่า ไหล่ คอ ปวดเล็กน้อยเกิดจากปวดกล้ามเนื้อ หรืออาจจะ เกิดจากใช้กล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าวมากเกิดพังผืด มัยโอฟาเซียล (myofascial pain syndrome) ปวดหลังเกิดจาก musculotendinous strain จาก การยกของหนัก ถ้ามีอาการปวดร้าวมักมีอาการชา ของแขนขาร่วมด้วยอาจเกิดจากรากประสาทถูกกด

(prolapsed disc)¹⁶ ที่ต้องการการวินิจฉัยเพิ่มเติม ส่งต่อการรักษา ถ้าปวดตามข้อสะโพก ข้อเข่า ก็ อาจเกิดจากโรคข้อเสื่อมซึ่งส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วย สูงอายุ จากภาวะข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis)

1.1.2 กิจกรรมก่อนที่จะมีอาการปวด

เช่น หลังจากยกของหนัก เกิดปวดบวมบริเวณข้อ ไหล่ ข้อศอก ข้อมือ เกิดจากการอักเสบของเส้นเอ็น (tendinitis) การสะดุดทกล้มเกิดข้อเท้าพลิกหรือ ข้อเท้าแพลง (sprain or strain) บาดเจ็บจากการ เล่นกีฬา หรือจากอุบัติเหตุ และมักเกิดขึ้นกับข้อ เข่าเพียงข้างเดียวและเกิดเสียงลั่นในขณะที่บาดเจ็บ มักบ่งบอกถึงการเกิด anterior cruciate ligament ฉีกขาด¹⁶ ควรปฐมพยาบาลแล้วส่งผู้ป่วยต่อทันที

1.1.3 ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ

อาการ ที่เป็นที่เริ่มเป็นบ่งบอกความเป็นแบบเฉียบพลัน (acute) หรือ ภาวะโรคเรื้อรัง (chronic) การปวด เจ็บจากการได้รับอุบัติเหตุอย่างปัจจุบันทันด่วน เช่นการสะดุดทกล้มเกิดข้อเท้าพลิกหรือข้อเท้า แพลง (sprain or strain) หรือ เกิดการอักเสบของ เอ็น (tendinitis) ขณะที่โรคบางโรคมีภาวะค่อย เป็นค่อยไป ใช้เวลานานในการเริ่มเป็น เช่น โรค รูมาตอยด์ ที่มีการอักเสบของข้อต่อต่างๆ ได้แก่ ข้อ นิ้วมือนิ้วเท้า ข้อเท้า ข้อเข่า แล้วค่อยเป็นที่ข้อต่อ ใหญ่ เช่น ข้อไหล่ ข้อศอก ส่วนใหญ่อาการปวดข้อ มักเป็นช่วงเช้าในช่วงอากาศหนาว พอสายๆอาการ ปวดจะดีขึ้น

1.1.4 เวลาที่เกิดอาการ

อาการปวดหลัง เกิดจากปวดกล้ามเนื้อหลัง (musculotendinous strain) แต่ละช่วงเวลาที่เป็นก็บ่งบอกถึงสาเหตุการ ปวดได้ เช่น แต่ถ้านอนตื่นมาแล้วเกิดอาการปวด หลังส่วนล่างก็อาจเกิดจากการนอนที่นอนที่แข็งทำให้ปวดกล้ามเนื้อหลัง (musculotendinous strain)

หรือตื่นมาแล้วตามข้อนิ้วมือนิ้วเท้ามีอาการอักเสบ
เกิดจากปวดข้อรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)¹⁷

1.1.5 การซักประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา โดยทั่วไปกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะผนังหลอดเลือดแข็งตัว อาจพบร่วมกับภาวะโรคข้อเสื่อม ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคเกาต์อาจมีอาการปวดกำเริบหลังดื่มเบียร์ สุรา

1.1.6 อาการอื่นร่วม มีความรู้สึกผิดปกติ มักจะเป็นอาการปวด (pain) และมีอาการชา (numbness) บริเวณปลายมือสามนิ้ว ได้แก่ นิ้วหัวแม่มือถึงกลางนิ้วกลาง มักเป็น เส้นประสาทถูกพังผืดรัดแน่น (carpal tunnel syndrome) จากการใช้นิ้วยกของหนักเป็นประจำ อาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ ไข้ร่วมกับการปวดข้อ ปวดเมื่อยตามตัวอาจเกิดจากการอักเสบจากโรคข้อรูมาตอยด์ และถ้ามีไข้ร่วมกับมีจุดแดงข้างจมูก หรือมีผื่นปีกผีเสื้อ (butterfly rash) บ่งบอกการเกิดโรค เอสแอลอี (SLE)¹⁷

1.2 การตรวจร่างกาย เป็นขั้นตอนที่ต้องกระทำหลังจากซักประวัติเรียบร้อยแล้ว ด้วยการใช่วิธี ดู คลำ เคาะ ฟัง ตรวจสอบจุดที่ปวดหรือมี อาการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.2.1 ศึกษาความผิดปกติ (inspection) การประเมินในการเคลื่อนไหวตั้งแต่ผู้ป่วยเดินเข้ามาว่ามีการเดินขาเกร็ง (spastic gait) เกิดจากมีพยาธิสภาพที่สมอง เดินก้าวสั้นๆ และขอยถ้ แขนไม่แกว่ง อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่สมองโรคพาร์กินสัน บริเวณที่ปวด ว่ามีอาการ ปวด บวม แดง ร้อน แสดงถึงการอักเสบของกระดูกและโรคข้อรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) พบมากในโรคเกาต์และอาจพบการผิดปกติของข้อมือมีอาการผิดรูปของนิ้ว

มือนิ้วเท้าคล้ายรูปกระสวย นิ้วมือนิ้วเท้าจะบวม ข้อแข็ง เกิดจากปวดข้อรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) ข้อเข้าบวมและแดงผิดปกติอาจเกิดจากการมีการอักเสบของข้อเข้า¹⁸ ในผู้สูงอายุปวดเข่า และข้อเข้ามีความผิดปกติที่ควรจะเป็น เช่น โกงออก (genu varum) หรือบิดเข้า (genu valgum) เกิดจากการเสื่อมของข้อเข้า และสังเกตว่ามีกระดูกสันหลังคดหรือโก่ง ค่อมหลัง แอ่น ขาโก่งหรือปิดออก เดินแล้วมีปลายเท้าปวดเข้าหรือปวดออก ก้อนตามแขน ขา การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ และสังเกตพบได้ ได้แก่ การเดิน กะเผลก (limping) การเคลื่อนไหวอ่อนแรง (weaken) ไม่มั่นคง (instability) มีอาการสั่น (tremors) ข้อติดแข็ง (stiffness) ขยับแขน ขาไม่ได้ (paralysis) มีแขนขาอ่อนแรง อาจเกิดจากมีพยาธิสภาพที่สมอง¹⁷

1.2.2 การตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ ใช้การตรวจอย่างคร่าวๆ การประเมินกำลังของกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ ต้นแขนและปลายแขน กล้ามเนื้อโคนขา กล้ามเนื้อองและเหยียดขาที่เข่า กล้ามเนื้อกระดูกเท้าขึ้นหรือเหยียดปลายเท้าลงทั้งสองข้าง การประเมินเป็นตัวเลขโดยใช้ UK Medical Research Council Grading อ่อนแรงผิดปกติกล้ามเนื้อขยับไม่ได้เลย (0) พอเห็นกล้ามเนื้อเคลื่อนไหวได้ (1) กล้ามเนื้อเคลื่อนไหวได้แต่ยังยกต้านความถ่วงโลกไม่ได้ (2) ยกต้านความถ่วงโลกได้ (3) เป็นปกติแต่ยังไม่สมบูรณ์ (4) กล้ามเนื้อปกติ (5) ถ้าตรวจพบ และเกิดร่วมกับกล้ามเนื้อลีบควรส่งต่อเพราะอาจเกิดจากสาเหตุ มีพยาธิสภาพของระบบประสาทและโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง

1.2.3 การคลำ การคลำสามารถบอกได้ว่าอาการเกิดจากส่วนใด เช่น ถ้าปวดตามที่เกิด

จากเส้นเอ็นอักเสบ เมื่อกดจะพบว่าเจ็บจุดเดียว บริเวณใกล้ข้อ และอาการเจ็บมักเป็นเวลา เคลื่อนไหวไปในทิศทางที่ทำให้เส้นเอ็นถูกยึดตึงรั้ง จะปวดมากขึ้น อาการปวดเข่าและพบข้อเข่าบวม ควรคลำข้อเข่า ballottement test มาช่วยยืนยัน ว่ามีการบวมของข้อเข่าเกิดจากการบวมเนื้อเยื่อ นอกข้อเข่าที่เกิดจาก prepatella bursitis หรือ เกิดจากการบวมในข้อเข่า¹⁶ ปวดหลังส่วนบน ควร คลำไหล่ด้านหลัง ถ้าพบก้อนเล็กๆ อาการปวดอาจ เกิดจากพังผืดมัดยอโฟสเซียล (myofascial pain syndrome)

1.2.4 การเคาะ โดยการประเมิน deep tendon reflex การที่รีเฟล็กซ์เอ็นลิก ตรวจสอบ การมีรอยโรคประสาทสั่งการ (upper motor neuron lesion) ว่ามีความผิดปกติหรือไม่ โดยใช้ ไม้เคาะรูปสามเหลี่ยม (ไม้เคาะ Jerks) ตรวจสอบระดับ ประสาทไขสันหลังเดียวกันสลับทั้งสองข้างขวา-ซ้าย โดยเริ่มที่ข้างที่คิดว่าปกติก่อนเพื่อเป็นการเปรียบเทียบ และควรไล่ระดับจากบนลงล่าง ค่าที่ได้มีตั้งแต่ ไม่มี รีเฟล็กซ์ (-) ปกติ(++) และไวผิดปกติ (++++) ถ้ามี รีเฟล็กซ์ที่ไวผิดปกติบ่งบอกถึงว่ามีรอยโรคที่ประสาท สั่งการ ถ้ารีเฟล็กซ์น้อยลงหรือหายไปหมายถึง ประสาทรับความรู้สึกและประสาทสั่งการผิดปกติ การตรวจทำในกล้ามเนื้อ biceps ระดับในประสาท ไขสันหลัง cervical 5-6, tricep (TJ) ระดับในประสาท ไขสันหลัง C7, knee (KJ) ระดับในประสาทไขสันหลัง lumbar 5-6 ankle (AJ)ระดับในประสาทไขสันหลัง sacral1¹⁹

1.2.5 การฟัง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อเข่า เสื่อม บางครั้งอาจมีเสียงกร๊อบแกร็บขณะเคลื่อนไหว ซึ่งเกิดจากกระดูกอ่อนเกิดการสึกกร่อน ในกรณีเกิด

อุบัติเหตุกระดูกหัก ผู้ป่วยมักบอกว่ามีเสียงกระดูก มั่นชัดสีกันดังกร๊อบแกร็บตรงรอยหัก¹⁷

1.3 ประเมินโดยใช้การทดสอบเพิ่มเติม

1.3.1 การทดสอบเหยียดขาตรงตั้งฉาก (straight leg raising test) ควรทำในผู้ป่วยที่มี ภาวะปวดหลัง โดยให้ผู้ป่วยนอนหงาย แล้วยกขาที่ ละข้างขึ้นลงตรงๆ แบบไม่งอเข่า ถ้าผู้ป่วยรู้สึกเสียว ตามหลังเท่าจนทนไม่ได้ อาจเกิดจากรากประสาท ไขว้กดทับจากการกดทับ จากการเลื่อนของหมอนรอง กระดูก ซึ่งอาการดังกล่าวควรส่งต่อการรักษา

1.3.2 การตรวจสอบภาวะข้อ อาจพบ ข้อบวมหรือข้อโตขึ้น และรู้สึกเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหว ข้อต่อต่างๆ อาจพบอาการปวดแสบแสดร้อนของ ข้อในกลุ่มอาการปวดเฉียบพลัน หรืออาจพบเสียง ในข้อ พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่อลดลง ไม่ สามารถยืดข้อต่างๆได้ตามปกติ ไม่สามารถเหยียด นิ้วให้ตรงหรือเหยียดขาได้ พยาบาลอาจให้ผู้ป่วย หยุดการใช้ข้อที่มีอาการปวดไปก่อน และในรายที่ เริ่มปวดไม่เกิน 24 ชั่วโมง อาจให้ประคบด้วยความ เย็น แต่ถ้าปวดเกิน 24 ชั่วโมงควรประคบด้วยน้ำอุ่น

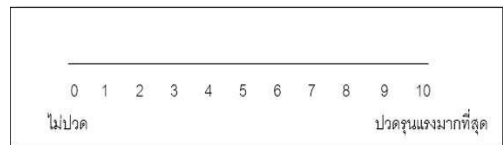
1.3.3 Nordic questionnaire²⁰ พัฒนา โดย Kuorinka และคณะในปี 1987 เป็นแบบ สอบถามที่มีลักษณะเป็นรูป ร่างกายคน ใช้ประเมิน อาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกในส่วน ต่างๆของร่างกายแบ่งเป็น 9 ส่วน ได้แก่ คอ ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง ข้อศอก ข้อมือ/มือ สะโพก เข่า และข้อเท้า/เท้า อวัยวะที่มีอาการ ผิดปกติเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับท่าทางในการ ทำงาน เครื่องมือจะบอกว่ามีอาการผิดปกติในส่วน ไตของร่างกาย เป็นอาการปวดของกล้ามเนื้อแบบ เฉียบพลัน 7 วัน และ หรืออาการที่เกิดเป็นการเกิด แบบเรื้อรังอาจเกิดบ่อยๆ ใน 12 เดือน²¹ หลังจาก

สอบถามแล้วบันทึกตามตำแหน่งที่ผู้ป่วยระบุตำแหน่งที่ปวด และนำมาวิเคราะห์และถามต่อถึงการใช้งานในอวัยวะต่างๆ พยาบาลสามารถให้คำแนะนำว่า อาการปวดเกิดจากการใช้อวัยวะส่วนนั้นผิดวิธีหรือใช้อวัยวะส่วนนั้นบ่อยๆ นอกเหนือจากการรับประทานยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผล

1.3.4 ประเมินการปวด การประเมินอาการปวด โดยประเมินอาการเริ่มต้น เวลาที่ปวด ตำแหน่งที่ปวดโดยให้ผู้ป่วยชี้ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะการปวด ปวดแบบเมื่อยล้ามักบ่งบอกถึงอาการปวดแบบ somatic pain ซึ่งปวดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ แต่ถ้าปวดแบบเสียว ปวดแปล๊บ ปวดเสียว ปวดไปตามเส้น เรียกวาดลักษณะนี้ว่า neuropathic pain เกิดจากความผิดปกติของระบบความรู้สึก ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) ขาดเลือดไปเลี้ยงและพยาธิสภาพที่ระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral nervous system) ได้แก่ nerve root หรือ peripheral nerve เช่น มีการอักเสบของปลอกประสาทไมอีลิน²² การปวดจากหมอนกระดูกทับเส้นประสาท ปวดเส้นประสาทคอเวลาก็มองรู้สึกปวดเสียวแปล๊บไปที่แขนมือ ถ้ามีอาการปวด neuropathic pain อาจต้องการวินิจฉัยเพิ่มเติมถึงสาเหตุควรส่งต่อ นอกจากนี้การปวดเป็นการปวดเรื้อรัง (ปวดมากกว่า 3 เดือน) ต้องการวินิจฉัยเพิ่มเติมถึงสาเหตุควรส่งต่อ

ประเมินการปวดโดยการใช้ pain score เป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการเจ็บปวด (severity) ในผู้ป่วยที่มารับบริการในกลุ่มอาการ MSDs โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองโดย รูปแบบของเครื่องมืออาจเป็น visual analog scale, verbal rating scale

หรือ numerical rating scale คะแนนการประเมินความรุนแรง มี 3 ระดับได้แก่ ปวดเล็กน้อย (1-3 คะแนน), ปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) หรือปวดระดับรุนแรง (7-10 คะแนน) การประเมินระดับความเจ็บปวดสามารถนำมาใช้ในการให้ยาแก้ปวด การรับประทานยาควรมีความปวดมากกว่า 3 คะแนน ควรได้ยา ใช้ยาชนิด non-opioid ได้แก่ acetaminophen, NSAIDs ถ้ายังปวดน้อยกว่า 3 คะแนน²³ แนะนำให้บรรเทาอาการปวดด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การประคบร้อน เย็น การพักการใช้งานในอวัยวะที่ปวด ทดแทนการรับประทานยาแก้ปวดซึ่งมีผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย ถ้าหากรับประทานเป็นประจำ



1.3.5 การตรวจภาวะของจิตใจ ประเมินภาวะจิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ที่มารับบริการว่ามีความเครียดทั้งจากชีวิตประจำวันหรือเกิดจากภาวะเครียดจากการทำงาน ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต (psychological distress) มักเกิดอาการปวดไฟโบรมัยอัลเจีย (fibromyalgia) และส่วนใหญ่พบมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย สาเหตุที่ทำให้เกิดจากปัจจัยทางด้านจิตใจ และสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้น ปัจจัยทางระบบประสาททั้งส่วนกลางและส่วนปลายทำให้เกิดอาการปวดในกล้ามเนื้อเกิดอาการเจ็บปวดมากในกล้ามเนื้อทุกมัด กล้ามเนื้อถูกดึงตึงปวดทั่วสรรพางค์กาย ปวดจนนอนไม่หลับ ในกลุ่มนี้ต้องการส่งต่อ

1.4 กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อย
อาจพบได้ 4 กลุ่ม ได้แก่

1.4.1 อาการปวดส่วนใหญ่จะอยู่บริเวณ

บ่า ไหล่ คอ กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าวอาจเกิดจาก การใช้กล้ามเนื้อบริเวณหลัง ไหล่ คอ มากเกินไป หรือจากการมีอิริยาบถไม่ถูกต้องนั่งก้มหน้านานๆ หรือนอนหมอนสูงเกินไป ส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นการปวดพังผืดมัยโอฟาเซียล (myofascial pain syndrome) สามารถพบได้ในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปร้อยละ 30 ส่วนใหญ่พบในคนวัยทำงานอายุ 15-49 ปี²⁴

สาเหตุของอาการเกิดจากการทำพฤติกรรมการใช้กล้ามเนื้อบ่อยครั้ง (physical perpetuating factor) หรืออาจจากภาวะจิตใจ (psychological perpetuating factor) ที่มีความวิตกกังวลเครียด ชาติวิตาฆินและเกลือแร่ซึ่งอาจพบร่วมกับอาการชาปลายมือปลายเท้าเป็นครั้งคราว อาการปวดเล็กน้อยจนถึงปวดรุนแรง ร่วมกับอาการรูบซา เย็น เมื่อสัมผัสด้วยมือกดลงกล้ามเนื้อที่ไม่ลึกลับ มักจะพบจุดขนาดเล็กหรือ myofascial trigger point (Trp) เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2-3 มม. มักเกิดเป็นกลุ่ม (cluster) กล้ามเนื้อตึงหรือเป็นก้อน ซึ่งเกิดจากการคั่งค้างของเสีย (waste product) ทำให้เกิดการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อร่วมทำให้พิสัยการเคลื่อนไหวน้อยลง การให้การรักษารักษาขั้นต้น ให้ยาแก้ปวด (3.1, 3.2, 3.3) การให้คำแนะนำ (2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6)

การส่งต่อในกรณีปวดและมีอาการร้าว คล้ายไฟ ซ้อตไปปลายแขน ขาปลายแขน มือทั้งสองข้าง อาจเกิดจากหมอนรองกระดูกเสื่อมกดทับเส้นประสาท ตรวจพบร่วมกับอาการผิดปกติอื่น¹⁷ เช่น มีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต (ระดับ 2)

1.4.2. ปวดกล้ามเนื้อหลัง ที่สามารถจะรักษาขั้นต้นได้ เกิดจากการปวดกล้ามเนื้อหลัง

สาเหตุของอาการที่เกิดจากการใช้ท่าไม่ถูกต้อง ยกของหนัก นอนที่นอนที่นุ่ม ค่อยปวดทีละน้อย อาการตรงกลางหลัง ส่วนล่าง อาการไม่ค่อยรุนแรง ค่อยปวดทีละน้อย บางครั้งอาจปวดเฉพาะเวลาที่บิดหรือเอี้ยวตัว สามารถให้ยาแก้ปวด (3.1, 3.2)

การให้คำแนะนำ (2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6) อาการปวดหลังอาจเกิดจากภาวะกระดูกเสื่อมในคนที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ถ้ารับประทานยาและทำตามคำแนะนำแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรืออาการปวดร่วมกับอาการอื่น

การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยการรักษาเพิ่มเติม (ระดับ 2) ในกรณีอาการปวดหลังร่วมกับการกลืนอาการปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ อาจเกิดความผิดปกติของไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ อาการปวดร้าวลงขาทั้งสองข้าง ต้องส่งต่อเพราะอาจเกิดจากหมอนรองกระดูกไปกดทับเส้นประสาท ปวดร่วมกับมีไข้สูงหนาวสั่นอาจเกิดจากการติดเชื้อ น้ำหนักลด (มะเร็ง) มีอาการปวดหลังร่วมกับกล้ามเนื้ออ่อนแรง ควบคุมอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ อาจเกิดจากการกดทับรากประสาท ปวดหลังร่วมกับขยับข้อลำบากและปวดข้อมากในตอนเช้า (morning stiffness) ซึ่งเกิดจาก ankylosing spondylitis มีอาการปวดลงขาทั้ง 2 ข้าง และปวดมากเวลาอ่อนหลัง อาจเกิดจาก spinal stenosis¹⁰ ปวดหลังบริเวณเหนือบั้นเอวทั้งสองข้างมีความผิดปกติของปัสสาวะ อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไต บริเวณบั้นเอวทั้งสองข้างมีไข้หนาวสั่น อาจร่วมกับปัสสาวะขุ่น เมื่อใช้กำปั้นทุบเบาๆ ตรงบริเวณบั้นเอวจะมีความรู้สึกเจ็บจนสะดุ้งโหยง ควรส่งต่อเพราะอาการปวดจากกรวยไตอักเสบ (pyelonephritis)¹⁷

ร่วมกับอาการปวดตื้อ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นภาวะที่อันตรายต้องทำการส่งต่อ

1.4.3 ปวดข้อมือ ข้อนิ้ว ถ้าประเมิน

ว่าไม่มีอาการ บวม แดง ร้อนและมีไข้ สาเหตุของอาการส่วนใหญ่ที่มารับบริการเกิดจากการทำงานที่ใช้ข้อนิ้ว มือและนิ้วบ่อยๆ ปวดข้อศอก ในการทำงานที่ใช้กล้ามเนื้อและเอ็นนี้มาก อาการเจ็บปวดและกดเจ็บตรงจุดที่เอ็นกล้ามเนื้อไปยึดเกาะกับปุ่มกระดูก และเวลาที่ใช้กล้ามเนื้อนั้นทำงาน จะเจ็บแปล็บขึ้นมาทันทีในท่าที่เฉพาะของมัน ข้อแข็งอาจเป็นหลายข้อหรือเป็นข้อใดข้อหนึ่งอาการปวดตามข้อมืออาจพบว่าเป็นอาการของ carpal tunnel syndrome เกิดจากใช้ข้อมือมากเกินไป จนกระทั่งเอ็นกดเบียดกับเส้นประสาท median อาจจะมาด้วยอาการชา ปวด บริเวณ 3 นิ้ว ได้แก่ นิ้วโป้ง นิ้วชี้ และนิ้วกลาง ถ้าเป็นไม่มากให้พัก ถ้าพักแล้วไม่ทุเลาอาจต้องส่งต่อ ถ้าปวดบริเวณนิ้วหัวแม่มือเกิดจากการอักเสบของเอ็นของนิ้วหัวแม่มือได้แก่ โรคเดอเกอแวง (Dequervain's diseased) อาจให้การรักษารักษาขั้นต้น บริเวณนิ้วหัวแม่มือร่วมกับการเกิดนิ้วล็อก trigger finger tendosynovitis เกิดผิดเวลาขยับข้อนิ้วมือ เกิดพังผืดจากการอักเสบของเส้นเอ็นนิ้วมือนิ้วกลางฝ่ามือ ข้อนิ้ว (งตการเคลื่อนไหว 4-6 สัปดาห์)

การให้คำแนะนำ (2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6) และยาแก้ปวด (3.1, 3.3, 3.4, 3.5) ให้ใช้น้ำร้อนประคบ

การส่งต่อถ้าอาการไม่ดีขึ้นหลังได้ยา 3 วัน อาจส่งต่อไปเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม ปวดนิ้วโป้งเท้า แดงร้อนขึ้นมาทันที ส่วนใหญ่ในผู้ชาย ชอบปวดขึ้นมากกลางดึกอาจเกิดจากโรคเก๊าท์ ต้องส่งวินิจฉัยต่อไป แต่ถ้ามีประวัติเป็นโรคเก๊าท์และปวดมากส่ง

ต่อ ในรายที่มีไข้ร่วมปวดและมีอาการปวดแสบแสบแดง ร้อนของข้อชัดเจน (arthritis) ไม่ว่าจะ เป็นเฉียบพลันหรือเรื้อรังควรส่งต่อให้แพทย์รักษา¹³

1.4.4 กลุ่มปวดข้อเข่า อาการปวดข้อ

ในข้อเข่า มักพบใน วัยกลางคน ผู้สูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบได้ถึงร้อยละ 50 ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน²⁵ อัตราส่วนการเกิดโรคเท่ากันระหว่างเพศหญิงต่อเพศชาย สาเหตุของอาการเกิดจากความเสื่อมของข้อกระดูกอ่อนของข้อเสื่อมของข้อเข่าอาจได้ยินเสียงกรอบแกร็บ ข้อเข่าผิดรูป พิสัยการเคลื่อนไหวข้อลดลง มักพบในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือผู้ที่มีประวัติโรคข้ออักเสบหรือได้รับการบาดเจ็บของข้อ โรคข้อเสื่อมเกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อนผิวข้อทั้งทางด้านรูปร่าง ทางด้านโครงสร้างกระดูกอ่อนผิวข้อจะบางลง ทำให้การทำงานของกระดูกอ่อนผิวข้อเสียไปทำให้ปวดบริเวณข้อ ข้อมีเสียงจากการที่กระดูกใต้ต่อกระดูกอ่อนมีการหนาตัวขึ้น และข้อมีอาการผิดรูป อาการปวดข้อเข่าจะดีขึ้นหรือหายเมื่อได้พักข้อ การรักษาที่ดีที่สุดคือการผสมผสานการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การรักษารักษาขั้นต้นถ้าปวดข้อเข่าให้ยาแก้ปวด (3.1), ถ้ามีการอักเสบอาจให้ยา NSAID (3.3, 3.4)¹⁸ แต่ต้องระวังการใช้ยา NSAID ในผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรัง

การให้คำแนะนำ (2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6) แนะนำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา ห้ามนั่งยองหรือพับเข่า

การส่งต่อในกรณีเข่าข้อติดหรือข้อชัดเจนเคลื่อนไหวข้อไม่สะดวกมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย ไข้ มีบวมและร้อนของข้อหลายข้อ อาจเป็นเก๊าท์ รูมาตอยด์หรือเกิดการติดเชื้อแบคทีเรีย²⁴ ซึ่งต้องการวินิจฉัยเพิ่มเติม (ระดับ 2)

2. การมาใช้บริการและการรักษาที่ รพ.สต. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นจาก รพ.สต. มหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่าผู้ป่วยมาใช้บริการ ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 - มีนาคม 2561 มีผู้มารับบริการที่มีอาการกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 167 ราย อยู่ในภาวะฉุกเฉินร้อยละ 8 (13 ราย) ส่วนใหญ่ได้รับอุบัติเหตุฉุกเฉินและส่งต่อไปยังสถานพยาบาลทุติยภูมิ ผู้ป่วยระดับที่ 2 ต้องการส่งต่อและต้องการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมและอาการไม่ดีขึ้นหลังจาก 7 วัน ร้อยละ 16.7 (28 ราย) ส่วนใหญ่มีอาการทางระบบประสาทร่วมด้วย และระดับ 3 ร้อยละ 75.44 (126 ราย) ส่วนใหญ่เกิดจากการปวดหลังส่วนล่าง กล้ามเนื้อมือ เป็นต้น ซึ่งสามารถให้การรักษาโรคขั้นต้นตามกรอบของกฎหมายวิชาชีพให้แก่ผู้ป่วยได้ แบ่งวิธีการรักษาได้ 2 วิธี (1) การให้คำแนะนำลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการปวดและ (2) ให้บรรเทาอาการปวดโดยใช้ยาตามกรอบยาใน รพ.สต.

2.1 ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการ
เช่น ถ้าปวดหลังตื่นนอนก็อาจเกิดจากที่นอนนุ่มหรือนอนเตียงสปริง ควรแนะนำให้นอนที่นอนแข็งและเรียบแทน ถ้าปวดหลังช่วงเย็น อาจให้เกิดจากการนั่งอตัว ควรแนะนำให้นั่งให้ถูกท่า ถ้าปวดหลังมากอาจแนะนำให้นอนหงาย แล้ววางเท้าพาดเก้าอี้เป็นมุมฉากสักครู่อาจทุเลาลงได้

2.2 ลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักตัวในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินและมีอาการปวดเข่า โรคข้อเข่าเสื่อม ลดน้ำหนักทำให้เกิดอาการปวดลดลง^{25,26} ทำให้อาการต่างๆ ดีขึ้น สามารถลดยาต่างๆลงได้ หรือมีรายงานว่าผู้ป่วยบางรายอาการปวดข้อ

หายไปได้โดยไม่ต้องทานยาอื่นๆ นอกจากนี้ยังส่งผลดีต่อระบบอื่นของร่างกาย ช่วยให้อัตราการเกิดโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ฯลฯ ลดลงด้วย²¹

2.3 การคลายกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยที่มีการดึงของกล้ามเนื้อใช้การคลายกล้ามเนื้อจะได้ผลดีใช้ได้ผลในกล้ามเนื้อที่มี TrP (stretching) การคลายกล้ามเนื้อให้ผู้ป่วยยืนอยู่ในภาวะผ่อนคลายและจัดท่าให้มั่นคง เป็นการยืดกล้ามเนื้อที่ตึงซ้ำๆ จนถึงขนาดจุดที่ตึงแล้วค้างไว้ประมาณ 20-30 นาที ทำชุดละ 5-10 ครั้ง และแนะนำให้ทำอย่างน้อยวันละ 2 ชุด นอกจากนี้อาจจะใช้การนวดแผนไทยที่มีการนวดแบบคลายกล้ามเนื้อหลายท่าแบบวัตโพธิ์ จะช่วยคลายกล้ามเนื้อได้ดี²⁴

2.4 การประคบเย็นและประคบร้อน
กรณีที่มีอาการปวดหลัง ปวดเข่า ปวดกล้ามเนื้อต่างๆ ที่เป็นเรื้อรังหลังบาดเจ็บ 48 ชั่วโมงไปแล้ว ควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ความร้อนประคบจะช่วยลดการปวดและลดบวมได้ดี เพราะความร้อนจะช่วยลดอาการปวดข้อและคลายกล้ามเนื้อได้ดี ไม่ควรให้ความร้อนสัมผัสกับผิวหนังโดยตรง ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นอุณหภูมิประมาณ 40 องศาเซลเซียสระยะเวลาประคบควรนาน 5-15 นาที แต่ถ้าเป็นกรณีการบาดเจ็บจากการหกล้ม มีการฟกช้ำ เกิดการอักเสบเฉียบพลัน เช่น มีอาการปวด บวม แดงร้อน ควรประคบด้วยความเย็นจะช่วยบรรเทาได้

2.5 งดการออกกำลังกาย
และการหลีกเลี่ยงบริเวณที่บาดเจ็บจะช่วยลดอาการบาดเจ็บ เช่น การพันผ้า elastic ในบริเวณที่เกิดการบาดเจ็บ ถ้าทำได้บริเวณร่างกายส่วนใดที่ทำได้ก็จะช่วยอาการบาดเจ็บทุเลาลงได้และหายได้เร็วขึ้น

2.6 การบริหารเพื่อคลายกล้ามเนื้อ การบริหารเพื่อคลายกล้ามเนื้อจะเพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อที่เคลื่อนไหวข้อให้แข็งแรง จะได้ทนกับการใช้งาน การบริหารร่างกายให้กล้ามเนื้อแข็งแรง มีท่าทางตั้งแต่ศีรษะลงไปถึงปลายเท้า คนออกกำลังกายปฏิบัติติดต่อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ จะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง อาการปวดเมื่อยลดลง เมื่อต้องใช้กล้ามเนื้อในบริเวณที่ต้องใช้ในการทำงาน เช่น กล้ามเนื้อบริเวณหลังไหล หลังจากการทำงานที่ต้องยกของหนัก

3. การรักษาด้วยยาตามกรอบยาของ รพ.สต.

การให้บริการการรักษา ใน รพ.สต. สำหรับกลุ่มอาการปวด MSDs เน้นการบรรเทาอาการปวด ยาบรรเทาอาการปวดอาจไม่ได้เป็นคำตอบการรักษาให้หายเพียงอย่างเดียว อาจต้องใช้วิธีต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นรวมกันกับการใช้ยา แต่ที่สำคัญพยาบาลชุมชนต้องสร้างความตระหนักในการใช้ยา แก่ปวดเท่าที่จำเป็นและสมเหตุผลให้แก่คนในชุมชน พยาบาลต้องอธิบายและแนะนำสาเหตุของอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชน และควรเน้นย้ำในการใช้ยาเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เพราะยาแก้ปวดมีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถ้าใช้ยาเป็นระยะเวลานาน และขนาดการใช้ยาไม่เหมาะสม ยาที่ใช้บรรเทาอาการปวดกลุ่มอาการ MSDs ที่ใช้บ่อยใน รพ.สต. ได้แก่

3.1 Paracetamol เป็นยาที่ใช้ได้ดีในอาการปวด somatic pain ซึ่งเป็นอาการปวดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อจะรับประทาน ขนาดเกิน 15 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อครั้ง หรือ 650-1,000 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง และห้ามใช้เกิน 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน

(8 เม็ดต่อวัน) ได้รับมากเกินไปอาจเกิดอาการข้างเคียง ยาที่มีพิษต่อดับทำให้เกิดตับวาย ในการใช้ยากี่ไม่ควรใช้นานติดต่อกันเกิน 5 วัน เนื่องจากจะเพิ่มความ เป็นพิษต่อดับ (U.S. Food and Drug Administration: USFDA, 2003) USFDA ยังแนะนำขนาดยาใช้แต่ละครั้งไม่ให้เกิน 650 มิลลิกรัม และขนาดยาสูงสุดต่อวันคือ 2,600 มิลลิกรัม²⁷ (ถ้าคำนวณจะเท่ากับ 350 มิลลิกรัม 1 tab รับประทาน ทุก 4 ชั่วโมง หรือ 500 มิลลิกรัม 1 tab รับประทานทุก 6 ชั่วโมง) ทั้งนี้ เพื่อลดความเสี่ยงของการที่ผู้บริโภคใช้ยาพาราเซตามอลเกินขนาดโดยไม่ตั้งใจ

3.2 Norgesic เป็นยาตัวแรกที่เภสัชกรแนะนำให้ใช้ในการบรรเทาปวดชดช้อย ขนาดยาที่ใช้ คือ วันละ 300-450 mg โดยให้แบ่งรับประทาน เป็น 3-4 ครั้ง ยา norgesic ประกอบไปด้วยยา 2 ชนิด ได้แก่ paracetamol (450 mg) เป็นยาแก้ปวด และ orphenadrinecitrate (35 mg) เป็นยาให้กล้ามเนื้อคลายของร่างกายมีภาวะผ่อนคลาย และลดอาการตึงตัว ทำให้ลดภาวะเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ ใช้รักษาอาการปวดกล้ามเนื้อจากการใช้กล้ามเนื้อ มากเกินไป ซึ่งการหดตัวของกล้ามเนื้อเป็นการตอบสนองของร่างกายเพื่อปกป้องกล้ามเนื้อไม่ให้เกิดการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้นอีก ดังนั้นการไปยับยั้งการตอบสนองนี้ด้วยยาคลายกล้ามเนื้ออาจเกิดผลเสียได้ และการใช้ยาคลายกล้ามเนื้อไม่มีข้อกำหนดถึงระยะการรับประทานที่แน่ชัด แต่ norgesic มี paracetamol ผสมอยู่ด้วยเพื่อการออกฤทธิ์ลดปวดเพิ่มขึ้น ดังนั้นการรับประทานอาจมีผลข้างเคียงของยาเหมือนกับรับประทาน paracetamol ที่ทำให้เกิดพิษต่อดับได้

3.3 Ibuprofen 400 mg tab เป็นยาแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-

inflammatory agent) เป็นยาขนานแรกเมื่อจำเป็นต้องใช้ NSAID เนื่องจากมีอันตรายของยาต่ำกว่าอย่างอื่น²⁷ มีคุณสมบัติบรรเทาปวด ลดการอักเสบ และลดไข้ ยานี้ไม่ได้ใช้รักษาข้ออักเสบ เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการให้ดีขึ้นเท่านั้น เป็นยาแก้อาการข้ออักเสบ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis), โรคข้อเสื่อมชนิดรุนแรง (osteoarthritis), การอักเสบของถุงลี้กๆ ที่บรรจุน้ำไขข้อ (bursitis), โรคเก๊าท์ระยะเฉียบพลัน (gout) ใช้เป็นยาลดการอักเสบของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น เช่น เส้นเอ็นอักเสบ (tendinitis), ข้อเคล็ดข้อแพลง (sprain) ผลข้างเคียงของยาทำให้เกิดแผลในกระเพาะ เกิดไตวายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง ขนาดของการใช้ยาสำหรับแก้ปวดไม่ควร เกิน 200-400 มก. 200-400 มก. ทุก 4-6 ชม. เมื่อมีอาการไม่ควรเกิน 1,200 มก.²⁸ โดยเฉพาะในกลุ่มคนไข้ความดันโลหิตสูงไม่ควรรับประทานเกิน 1,200 มก. การใช้ยานี้เพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ใหญ่ไม่ควรใช้เกิน 10 วัน และในเด็กไม่ควรใช้เกิน 3 วัน กลืนยาเม็ดพร้อมกับน้ำ 1 แก้ว (ห้ามบด เคี้ยว หรือหักแบ่ง) โดยควรรับประทานยาพร้อมกับอาหารหรือหลังอาหารทันที และดื่มน้ำตามมากๆ เพื่อลดการระคายเคืองในกระเพาะอาหารและควรให้ยาในกลุ่ม proton pump inhibitor (PPI) เช่น omeprazole จะช่วยลดความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงทางเดินอาหาร²⁹

3.4 Indomethacin (25mg) ใช้ได้ตั้งแต่อาการปวดน้อยจนถึงอาการปวดมากให้ในการปวดโรคเก๊าท์ ระวังผลข้างเคียงจากการกิน NSAID ในขนาดสูง เช่น ทำให้เกิดแผลหรือเลือดออกในกระเพาะอาหาร เกิดการคั่งเกลือและน้ำในร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น^{23,30} มีผลเสียต่อผู้ป่วยที่

มีโรคหัวใจ นอกจากนี้การใช้ NSAID มีผลต่อการโรคไตวายในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังและใช้ยาเป็นระยะเวลายาวนาน²⁷ และผู้ป่วยโรคเก๊าท์ที่มีไตเสื่อมอยู่เดิมอาจทำให้ไตวายเฉียบพลัน และการใช้ indomethacin ในผู้ป่วยสูงอายุอาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะหรือซีมลงได้บ่อย ไม่ควรให้ในหญิงให้นมบุตรและหญิงตั้งครรภ์ ควรรับประทานยาหลังอาหารครึ่งชั่วโมงและหยุดรับประทานยาเมื่อหายปวดไม่ควรรับประทานต่อเนื่องเป็นเวลานาน

3.5 ครีมน้ำมันไพล (zingiber montanum koenig) ใช้บรรเทาอาการบวม ฟกช้ำ เคล็ดยก ใช้ทาและถูเบาๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง ห้ามทาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อนผิวหนังที่มีบาดแผล

ยกตัวอย่าง model case

ข้อมูลส่วนบุคคล: ชายไทย อายุ 50 ปี
สถานภาพ สมรส คู่

ประวัติความเจ็บป่วย: ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 2 ปี รับประทานต่อเนื่องที่รพ.สต. รับประทานยา enalapril 5 mg per day และ simvastatin 10 mg รับประทานเป็นประจำ มาขอรับบริการที่ รพ.สต.

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: อาการปวดหลังมา 2 วัน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณไหล่แขนปวดหลังบริเวณสะโพกและมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณไหล่แขน เกิดอาการหลังจากทำงานเพราะช่วงนี้เป็นช่วงดำนาถึงแม้ใช้เครื่องจักรในการดำนาแต่ก็ต้องก้มหลัง ยกกล้าขึ้นรถ ไม่มีอาการปวดร้าวลงขา ไม่มีขาบริเวณปลายมือปลายเท้า และปวดมากเวลาช่วงเย็นๆ ไม่มีไข้ ปัสสาวะปกติ ไม่มีแสบขัด อุจจาระปกติ ไม่มีประวัติโรคกล้ามเนื้ออื่นเช่นเก๊าท์ ไม่มีประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุที่รุนแรง บริเวณหลังและไหล่

พฤติกรรมสุขภาพ รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ตื่นเหย้ายอดวันละ 30-50 ซีซี ก่อนรับประทานอาหารมื้อเย็น เพราะเชื่อว่าช่วยทำให้หลับสบายไม่ปวดเมื่อยจากการทำ งานหนัก ไม่มี ความเครียดหรือกังวลใดๆในขณะนี้ สุขบุหรืมวน จากไปจากวันละ 4-5 มวน ความคาดหวังของ ผู้ป่วยต้องการให้ฉีดยาแก้ปวดให้เพราะมีความเชื่อ ว่าถ้าฉีดยาแก้ปวดจะหายเร็วกว่าการรับประทานยา

การตรวจร่างกาย P.E. ชายไทยวัยกลางคน รู้ตัวรู้เรื่องดี ผมสั้นสีขาวสลัดดำ รูปร่างท้วม ช่วยเหลือตัวเองได้ดี การเดินได้ ตามปกติ ไม่มีแขนขาเกร็ง สัญญาณชีพ T=36.5 °C ชีพจร 85 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 145/90 มม.ปรอท น้ำหนัก 65 kg ความสูง 165 cm, ค่า BMI = 23.89 kg/m² รอบเอว 100 cm. เกินกว่าค่าปกติ รูปร่างทรวงอกปกติ ฟังเสียงปอดไม่มีเสียงผิดปกติ ฟังเสียงการเต้นของหัวใจปกติ แขนขาแข็งแรงดี กำลังของกล้ามเนื้อ แขนขาระดับ 5 ไม่มีอาการจำกัดของพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ บริเวณข้อไม่มีอาการอักเสบ บวม แดงร้อน การตรวจรีเฟล็กซ์ 2+, ตรวจ straight leg raising test: ปกติ ตรวจกระดูกหลังไม่โก่ง โค้งงอ แอ่น ประเมินโดยใช้ nordic questionnaire รูปภาพ แสดงว่า ผู้ป่วยบริเวณที่ปวดแขน ไหล่ แขนทั้งสองข้าง ด้านหลังส่วนล่าง ต้นขาแต่ไม่ปวดร้าวไป บริเวณอื่น ผู้ป่วยปวดน้อยกว่า 7 วัน ส่วนการประเมิน pain score ผู้ป่วยบอกว่าปวดแบบปวดเมื่อย ไม่มีความรู้สึกปวดแปล็บหรือปวดเสียวไปที่ใด ผู้ป่วยประเมินความปวดของตนเองและให้คะแนน 6 คะแนน



การวิเคราะห์ model case พยาบาล ประเมินผู้ป่วยอย่างคร่าวๆ เป็นผู้ป่วยระดับ 2-3 ไม่ใช่กรณีฉุกเฉินหรืออันตราย ชักประวัติ ปวดหลังจากไปคานากัมเมงมา 2 วัน ตรวจร่างกาย ไม่มีไข้ สัญญาณชีพอื่นปกติ deep tendon reflect 2+, pain score 6 ปวดระดับปานกลาง กำลังกล้ามเนื้อระดับ 5 กล้ามเนื้อไม่อ่อนแรง straight leg raising test negative, nordic questionnaire บริเวณที่ปวดหลังส่วนล่าง ต้นขาแต่ไม่ปวดบริเวณอื่น ปวดน้อยกว่า 7 วัน ไม่บอกว่าเป็นการปวดเรื้อรัง ไม่พบว่ามีอาการร่วมอื่นใด

วินิจฉัยว่า: ปวดหลังส่วนล่าง เกิดจากท่าทางในการทำงาน ประเมินเป็นคนไข้ระดับ 3 การรักษาสมากรให้การรักษาด้วยยาภายใต้กรอบยาที่ รพ.สต. ได้ และไม่ต้องการ การวินิจฉัยเพิ่มเติม การรักษาให้ยาแก้ปวดเป็น Ibuprofen 400 mg รับประทาน วันละ 3 ครั้ง ช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างลดอาการปวดของกล้ามเนื้อจากการใช้งานมากเกินไป ไม่ควรรับประทานยาเกินกว่าที่ระบุไว้ในซองยาและวันหนึ่งไม่เกิน 3 เม็ด (1,200 มก.) เพราะคนไข้มีปัญหาความดันโลหิตสูง ยา NSAID อาจทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นและมีผลต่อไตของผู้ป่วย

คำแนะนำให้รับประทานยาหลังอาหาร และไม่ควรรับประทานช่วงท้องว่าง และให้รับประทานยา omeprazole 1 เม็ด วันละครั้ง น้ำมันปลา ทาถูนวดเบาๆ ที่ปวดและห้ามให้ยาโดนตา แนะนำการใช้ท่าทางในการทำงาน ควรย่อเข่าเมื่อต้องการยกของแทนการก้มหรือเอื้อมไปยกของหนัก นอกจากนี้สอนท่าทางในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจากการใช้กล้ามเนื้อบริเวณหลังไหล่ แนะนำว่าไม่ควรดื่มสุราเพราะไม่ได้ช่วยบรรเทา

อาการปวดแต่กลับมีผลต่อดับถ้าตีทุกวันและเป็นเวลานาน ถ้าปวดควรให้หยุดพักการทำงาน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นหลังรับประทานยา ภายใน 3 วัน หรือถ้ามีอาการร่วมอย่างอื่นเช่น มีไข้ อาการปวดมากขึ้น หรือมีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะแสบขัดให้กลับมา รพ.สต. เพราะอาจต้องการวินิจฉัยเพิ่มเติมส่งรพ.ทต.ต่อไป (ระดับ 2) พยาบาลเยี่ยมบ้านและสอบถามภรรยา ผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษา ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นไปทำงานตามปกติ พยาบาลแนะนำภรรยาให้ช่วยเตือนผู้ป่วยในการรับประทานยาและการปฏิบัติตนท่าทางในการทำงานให้ถูกต้อง

บทเรียนที่ได้รับจากการจัดการ ความสำเร็จ/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การใช้แนวทางในการรักษาโรคเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย MSDs ที่มารับบริการที่ รพ.สต. ช่วยตัดสินใจในการรักษาโรคเบื้องต้นได้รวดเร็ว และสามารถใช้เป็นหลักในการส่งต่อผู้ป่วยรักษาได้ถูกต้อง ประหยัดเวลาในการวิเคราะห์ case การใช้แนวทางการรักษาให้ได้ผล พยาบาลต้องสื่อสารโดยการอธิบายกับผู้ป่วยให้เข้าใจในการให้การพยาบาลและเป็นการลดอุปสรรคที่สำคัญคือ ความไม่เข้าใจและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ป่วย MSDs ระดับ 3 ส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าถ้ามีอาการปวดกล้ามเนื้อ การรับประทานยาแก้ปวดหรือฉีดยาแก้ปวดเป็นการรักษาที่ดีเพราะทำให้อาการเจ็บป่วยหายได้เร็ว ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับยาหรือให้ยาใช้ในปริมาณ 3 วัน

ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่พึงพอใจ การใช้แนวทางในขั้นตอนประเมินตรวจร่างกาย การซักประวัติ และใช้ pain score ประเมินร่วมกับการรักษาร่วมกับคำแนะนำและการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำหายจากอาการปวดได้เร็วกว่าการรับประทานยาเพียงอย่างเดียวและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในบริการ

สรุป

อาการผิดปกติกล้ามเนื้อและโครงกระดูกเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยที่มารับการรักษาขั้นต้นใน รพ.สต. พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ตามขั้นตอนในแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ การประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายเพิ่มเติม การประเมินอาการและแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 ระดับตามความรุนแรง ระดับที่ 1 และ 2 เน้นการดูแลเบื้องต้นปฐมพยาบาลและส่งต่อ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ 3 พยาบาลสามารถรักษาเบื้องต้นภายใต้กฎหมายวิชาชีพที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย MSDs ตามแนวทางในการรักษาโรคเบื้องต้นดังที่กล่าวมา สามารถใช้เป็นหลักช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและให้การรักษาโรคเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็วและส่งต่อผู้ป่วยรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ ถูกต้องและเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for disease control and prevention (CDC). Musculoskeletal health program, 2007, [cited 2009 Feb 22]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/programs/msd/>
2. National Statistical Office. Ministry of Information and Communication Technology. Survey of health and welfare. [Internet]. 2556. [cited 2 FEB 2019] Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/healthy/healthRep56.pdf> (in Thai)
3. Bruno AR, Costa Da, Edgar, RV. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. *Am J Med.* 2009; 53: 285-323.
4. Kawinvonsakovit V. Osteoarthritis is a major public health problem. [Internet]. 2015, [cited 2 FEB 2019] Available from https://med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/knee_book_0.pdf (in Thai)
5. Kerr MS, Frank JW, Shannon HS. Biomechanical and psychosocial risk factors for low back pain at work. *Am J Public Health.* 2001; 91 (7): 1069-75. doi:10.2105/AJPH.91.7.1069.
6. Suraniwong V. Law-related nursing practice. [Internet]. 2015, [cited 2 FEB 2019] Available from: <http://www.bcnsurat.ac.th/images/2558/train/warunee5.pdf> (in Thai)
7. Sangkla S, Hingkanont. P, Siripornpibul TE, Tangkawanich T. expectation's role and performance's Role of Nurse Practitioner in Primary Medical Care at Tambon Health Promoting Hospital, Kamphaeng Phet Provin9. *Journal of Nursing and Health Sciences.* 2014; 8(2): 69-79.
8. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Conference Academic Review for nurse practitioner on issues "Trends and weaknesses (Pitfalls) on treatment in primary care". Chaopraya Park Hotel. May 18-22. 2015; Bangkok, Thailand. 2015, [cited 2 FEB 2019] Available from <https://med.mahidol.ac.th/th/news/conference/04282014-1730-th> (in thai)
9. Sangkaew T. Factors related to nurse practitioner's quality performance in primary care unit Uthaithani provinc. *Nursing Public Health and Education Journal* 2013 ;14(3): 54-64. (in thai)
10. Limanun J. Factors related to nurse practitioner's role performance (Basic medicine care) of professional nurse in primary care unit, The 9th public health region [thesis]. Chonburi: Burapha university. 2013. (in thai)

11. Techaartik P, Poonghen P. Essential knowledge in emergency care. Khon Kaen: Khlungnana publisher; 2014. (in Thai)
12. Santawn S., The use of screening for patients in emergency services. [Internet]. 2014 [cited 21 FEB 2019] Available from <http://203.157.182.17/k9/expcpho> (in Thai)
13. Bungheang V. Editor. Basic medical care. Chiangmai: Chiangmai University Press: 2013. (in Thai)
14. Wetchakama N. The treatment of patients with strokes in the context of Yasothon hospital: 2 cases report. Region 11 medical journal. 2014; 28(3): 763-75. (in Thai)
15. Jakrapisal B, Leartvanich P, Chotkavanich J, Editor. Physical examination of the orthopedic, Bangkok: Amarin Printing & Publishing Leasing; 2016. (in Thai)
16. Tanavari A. Assessment and physical examination for diagnosis of knee pain in adults. [Internet]. 2515. [cited 2 Feb 2019] Available from: <http://ortho.md.chula.ac.th/student/aree/topic3.pdf> (in Thai)
17. Achanupab S. Editor. General treatment textbook volume1, Guidelines for the treatment of diseases and drug use. Bangkok: Holistic publishing; 2008. (in Thai)
18. Rheumatic association of Thailand. Clinical practice guidelines for osteoarthritis. [Internet]. 2510. [cited 2 FEB 2019] Available from <http://www.thairheumatology.org/wpcontent/uploads/2016/08/Guideline-for-Management-of-OA-knee.pdf>. (in Thai)
19. Vechachiva A. Neurological examination [Internet]. 2508. [cited 2 FEB 2019] Available from <http://www.athasit.com/article/detail/51> (in Thai)
20. López-Aragón L., López-Liria R, Callejón-Ferre A Questionnaire: A review applications of the standardized Nordic Sustainability. 2017; 9: 1514; doi: 10.3390/su9091514 www.mdpi.com/journal/sustainability
21. Crawford OJ. The Nordice Musculiskeleton Questionnaires. 2007. Occupational Medicine 57(4).300-1.
22. Pibulvorachart S. Pain assessment and measurement [Internet]. 2510.[cited 2 FEB 2019] Available from http://www.med.cmu.ac.th/dept/anes/2012/images/Lecture2015/Pain_Assessment.pdf (in Thai)
23. Songtho A. Caring pain for cancer patients. [Internet]. 2510. [cited 2 FEB 2019] Available from http://www.chula.cancer.net/uploads/articles_attc/1406703893.pdf

24. Pamornbut P. Muscular pain group and myofascial pain syndrome) [Internet]. 2510. [cited 2 FEB 2019]. Available from http://www.chulacancer.net/uploads/articles_attc/1406703893.pdf http://www.chularat.com/knowledge_detail.php?lang=th&id=21 (in Thai)
25. Chaiumnaj P. Conquest of obesity in people with knee pain. Internet]. 2513. [cited 2 FEB 2019]. Available from <http://www.thaiarthritis.org/article.php> (in Thai)
26. Felson DT: Weight and osteoarthritis. *J.Rheumatol.* 1995; 43:7-9.
27. Suwannarochana S, Nanakorn R. Gout treatment in clinical practice. *Srinagarind Medicine Journal*. [Electronic version], 1998. [cited 2 FEB 2019]. Available from <http://www.google.co.th/url?url=http://www.thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/Guideline-for-Management-of-Gout> (in Thai)
28. Chongtrakul P. the rationale drug use in primary care. Bangkok: Vanida Printing; 2017.P 68. (in Thai)
29. Leartsrisathit P, Chanvitthayanuchchit S. Anti-inflammatory medication, not a steroid. [Internet]. 2513. [cited 2 FEB 2019] Available from med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/.../NSAIDS.pdf (in Thai)
30. Nursing and Midwifery Council. Manual medicine in primary care. Bangkok: Siriyoad Printing; 2009. (in Thai)

