

นิพนธ์ต้นฉบับ

การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและหลัง ส่วนบนจากโรค Myofascial Pain Syndrome(MPS) โดยวิธีการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ เปรียบเทียบกับวิธีการนวดแผนไทย

วิวรรณ วิวัฒน์กุล พ.บ.*

สุภาภรณ์ ทัดนันทนัย วท.บ.*

วีณา พานิชัตตรา วท.บ.*

Abstract A comparison of hot pack with streching exercise and Thai massage to myofascial pain syndrome in neck and upper back pain

Wiwan Wiwatkul M.D.*

Supaporn Tasana-anunchai B.Sc.*

Weena Phanich-attra B.Sc.*

* Department of Rehabilitation Medicine, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.

J Propokklao Hosp Clin Med Educat Center 2008;25:114-123.

Objective : To compare the therapeutic effect of hot pack with streching exercise and Thai massage to myofascial pain syndrome in subacute or chronic neck and upper back pain.

Design : Prospective randomized experimental study

Method : Patients with subacute or chronic myofascial pain in neck and upper back pain were recruited from August 2007 to January 2008. They were randomly divided into two groups for therapy : hot pack with streching exercise (group I) or Thai massage (group II). Pain score (VAS), cervical range of motion (ROM) and quality of life (SF-36) were assessed.

Result : In a comparison of therapy, pain score and cevical ROM were significantly improved in both groups but not significantly different between groups except pain score and extension motion after 1st treatment. Patients' quality of life was improved after treatment but not significantly different between groups.

Key ward : MPS, Myofascial Pain Syndrome, Thai massage.

* กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

บทนำ

Myofascial pain syndrome (MPS) เป็น กลุ่มอาการปวดและ/หรือกลุ่มอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic phenomenon) อันมีสาเหตุมาจากจุดที่เรียกว่า myofascial trigger points (MTrPs) เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อหรือเนื้อเยื่อพังผืด ถ้าเป็น active trigger point จะทำให้เกิดอาการปวดขึ้นได้เองหรือปวดจากการเคลื่อนไหว ในขณะที่ latent trigger point จะทำให้เกิดอาการปวดเมื่อกดที่จุดนั้น และอาจทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นที่เกิดเนื่องมาจากโรค MPS ได้แก่ อ่อนเพลีย ความสามารถในการทำงานลดลง ความเครียด และปัญหาการนอนหลับ เป็นต้น¹⁻⁷

MPS เป็นโรคที่มีความชุกสูงมาก โดยในเวชปฏิบัติทั่วไปพบผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการปวดจากโรคนี้ประมาณร้อยละ 30 และในคลินิกรักษาอาการปวดจะพบประมาณร้อยละ 85^{2,8} ซึ่งกล้ามเนื้อที่เป็นสาเหตุของการปวดที่พบบ่อยที่สุดคือ กล้ามเนื้อที่ทำงานในการควบคุมท่าทางบริเวณแกนกลางของร่างกาย เช่น Trapezius, Levator scapulae, Infraspinatus โดยโรค MPS จะพบมากในประชากรวัยทำงาน^{3,9}

สำหรับการรักษา MPS ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. การรักษาเฉพาะที่ ซึ่งทำให้ trigger point หดอาการ มีหลายวิธี เช่น การรักษาด้วยความร้อน การยืดกล้ามเนื้อ การฉีดยาที่จุดกดเจ็บ และการฝังเข็ม เป็นต้น
2. การแก้ไขปัจจัยชักนำ (perpetuating factors) เช่น แนะนำการใช้กล้ามเนื้อในท่าทางที่เหมาะสม ให้การรักษาภาวะบกพร่องวิตามินบางอย่าง ภาวะ hypothyroid และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น^{1-3,10}

การรักษา MPS ด้วยการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ จะทำให้กล้ามเนื้อลดความตึงและเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหว เป็นวิธีมาตรฐานและนิยมใช้อย่างมาก^{3,9} เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกโดยเฉพาะใน

โรงพยาบาลที่เครื่องมือและบุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วย ในปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งได้เปิดให้บริการแผนกนวดแผนไทย ทำให้การนวดแผนไทยเข้ามามีบทบาทกับการรักษามากขึ้น แต่ยังไม่เห็นเฉพาะผู้ที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วไปเป็นหลัก ผู้วิจัยจึงต้องการ ศึกษาผลการรักษาผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและหลังส่วนบนจากโรค MPS โดยวิธีการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ เปรียบเทียบกับวิธีการนวดแผนไทย เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยต่อไป และนำผลที่ได้จากการวิจัยไปปรับใช้ในการรักษาผู้ป่วย MPS ให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและหลังส่วนบนจากโรค myofascial pain syndrome (MPS) โดยวิธีการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ และวิธีการนวดแผนไทย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงทดลองแบบไปข้างหน้า (prospective randomized experimental study)

วัสดุและวิธีการ, ประชากรศึกษา

ทำการศึกษาผู้ป่วยนอกที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและหลังส่วนบน ระยะเวลา 2 เดือนขึ้นไป ที่มารับการตรวจที่แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพระปกเกล้า ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2550 ถึงมกราคม 2551

เกณฑ์การคัดเข้ามศึกษา

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น subacute MPS (ระยะเวลาที่เป็นมากกว่า 2 เดือน แต่ไม่เกิน 6 เดือน) หรือ chronic MPS (ระยะเวลาที่เป็นมากกว่า 6 เดือน) ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและหลังส่วนบน
2. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

1. มีอาการและอาการแสดงของโรค fibromyalgia
2. เคยได้รับการผ่าตัดคอหรือไหล่ภายใน 1 ปี
3. ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของสติปัญญา

วิธีการวิจัย

ทำการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ จากนั้นแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่ม (simple random sampling) ซึ่งแต่ละกลุ่มจะได้รับการรักษาโดยบุคคลคนเดียว และทำการรักษาจำนวน 6 ครั้ง (2 ครั้ง/สัปดาห์)

กลุ่มที่ 1 ทำการรักษาด้วยการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ โดยวางแผ่นประคบร้อน(hot pack) บริเวณที่มีอาการปวด 20 นาที แล้วยืดกล้ามเนื้อค้างไว้ 10 วินาที ทำ 10 ครั้ง/จุด ซึ่งจะทำให้หลายจุดตามกล้ามเนื้อที่มีอาการปวด จากนั้นสอนผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวต่อที่บ้าน

กลุ่มที่ 2 ทำการรักษาด้วยการนวดแผนไทย โดยการกดจุดด้วยนิ้วหัวแม่มือ ไปตามแนวกล้ามเนื้อที่มีอาการปวด ค่อย ๆ เพิ่มแรงกดจนผู้ป่วยเริ่มรู้สึกเจ็บเล็กน้อย ค้างไว้ประมาณ 10 วินาที ทำ 3-5 รอบ จากนั้นสอนผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวต่อที่บ้าน

ประเมินผลการรักษาด้วย

1. อาการปวด (pain score) โดยใช้ visual analog scale(VAS)
2. พิสัยการเคลื่อนไหวของคอ (cervical range of motion) โดยใช้ Goniometer
3. ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน SF-36¹¹

ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอาการปวดและพิสัยการเคลื่อนไหวของคอ ก่อนการรักษา หลังการรักษาครั้งที่ 1 และ 6 ส่วนคุณภาพชีวิตจะได้รับการประเมินก่อนการรักษาและหลังการรักษาครั้งที่ 6 โดยผู้ประเมินคนเดียวกัน และระหว่างการรักษาผู้ป่วยจะไม่ได้รับยาแก้ปวด นอกจากนั้นยังสอบถามถึงความพึงพอใจต่อการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังสิ้นสุดการรักษาด้วย

หลังสิ้นสุดการรักษาด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ อายุและระยะเวลาของการปวด โดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

- เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ข้อมูล เพศ โรคประจำตัวและ กลุ่มอาชีพ โดย Mann - Whitney test

- ข้อมูลต่อเนื่องใช้การวิเคราะห์โดย t-test แบ่งเป็น

1) dependent t-test เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษาของแต่ละกลุ่มสำหรับข้อมูล pain score, cervical range of motion และ ข้อมูลคุณภาพชีวิต (SF-36)

2) independent t-test เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษาระหว่าง 2 กลุ่มสำหรับข้อมูล pain score, cervical range of motion และ ข้อมูลคุณภาพชีวิต (SF-36)

โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อต้นคอและหลังส่วนบนจากโรค MPS ทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่รักษาโดยใช้การประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ 20 คน และกลุ่มที่รักษาโดยใช้การ นวดแผนไทย 20 คน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 4:1 และ 5.7:1 อายุเฉลี่ย 39.05 ± 9.10 และ 42.05 ± 11.93 ปี ระยะเวลาของการปวด 242.90 ± 174.34 และ 422.25 ± 391 วัน ตามลำดับ และส่วนใหญ่ทำงานในกลุ่มอาชีพของงานเบา ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันแล้วพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

หลังการรักษาพบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่า pain score (VAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการรักษาครั้งที่ 1 และ 6 ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยเมื่อเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ

	ประคบร้อน + ยืดกล้ามเนื้อ (N = 20)	นวดแผนไทย (N = 20)	p-value
เพศ (หญิง:ชาย)	16 : 4 (4 : 1)	17 : 3 (5.7 : 1)	0.401
อายุ (ปี)	39.05 ± 9.10	42.05 ± 11.93	0.681
ระยะเวลาการปวด (วัน)	242.90 ± 174.34	422.25 ± 391	0.334
โรคประจำตัว (คน)			0.619
ไม่มีโรคประจำตัว	12	11	
โรคเบาหวาน	1	1	
โรคความดันโลหิตสูง	2	2	
โรคภูมิแพ้	1	1	
โรคกระเพาะอาหาร	3	4	
โรคไทรอยด์	1	1	
กลุ่มอาชีพ			0.637
ทำงานหนัก	3	2	
ทำงานเบา	17	18	
ตำแหน่งที่ปวด (จุด)			
- upper trapezius :	13	17	
- splenius cervicis :	5	5	
- infraspinatus :	5	3	
- rhomboid :	2	2	

หมายเหตุ : กลุ่มอาชีพทำงานหนัก ได้แก่ กรรมกรและ ผู้ใช้แรงงาน

กลุ่มอาชีพทำงานเบา ได้แก่ แม่บ้าน ข้าราชการ ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย งานธุรการ

ตารางที่ 2 ค่า pain score (VAS) ก่อนและหลังการรักษาของแต่ละกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p \leq 0.05$

	ประคบร้อน + ยืดกล้ามเนื้อ	p-value	นวดแผนไทย	p-value
ก่อนการรักษา	7.70 ± 1.66	Reference	6.80 ± 1.70	Reference
หลังการรักษาครั้งที่ 1	6.05 ± 1.15	0.0004	3.75 ± 1.41	0.0002
หลังการรักษาครั้งที่ 6	3.30 ± 0.86	0.0002	2.20 ± 0.70	0.0001

ระหว่างสองกลุ่มแล้วพบว่าค่า pain score (VAS) ของกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการนวดแผนไทยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่ากลุ่มที่รักษาโดยใช้การประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อหลังการรักษาครั้งที่ 1

ดังแสดงในตารางที่ 3

หลังการรักษาพบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าพิสัยการเคลื่อนไหวของคอ (cervical ROM) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการนวดแผนไทยมีค่ามุม extension เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังการรักษาครั้งที่ 1 ส่วนค่ามุมอื่นๆไม่แตกต่างกัน

ดังแสดงในตารางที่ 4-6

สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิต (SF-36) ซึ่งแบ่งเป็น 8 กลุ่มได้แก่

1. Physical functioning
2. Role limitation due to physical health

problems

ตารางที่ 3 ค่า pain score (VAS) ที่ลดลง เปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม

	ประคบร้อน+ยืดกล้ามเนื้อ	นวดแผนไทย	p-value
pain score ลดลงหลังการรักษาครั้งที่ 1	1.65 ± 0.93	3.05 ± 0.76	0.0001
pain score ลดลงหลังการรักษาครั้งที่ 6	4.40 ± 1.39	4.60 ± 1.31	0.320

ตารางที่ 4 แสดงค่า cervical ROM ก่อนและหลังการรักษาโดยใช้การประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ

Cervical ROM	ก่อนการรักษา	หลังการรักษาครั้งที่ 1	หลังการรักษาครั้งที่ 6
Flexion	70.70 ± 2.23	74.45 ± 1.99	79.20 ± 2.09
Extension	44.10 ± 2.90	48.10 ± 2.81	52.30 ± 2.56
Rt.lateral bending	38.25 ± 2.51	40.05 ± 2.09	41.85 ± 2.30
Lt.lateral bending	38.00 ± 2.13	40.15 ± 1.93	42.05 ± 2.11
Rt.rotation	71.90 ± 3.31	77.15 ± 3.07	80.95 ± 2.93
Lt.rotation	73.25 ± 3.64	77.10 ± 3.39	80.85 ± 2.80

* ทั้งหมดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.05

ตารางที่ 5 แสดงค่า cervical ROM ก่อนและหลังการรักษาโดยใช้การ นวดแผนไทย

Cervical ROM	ก่อนการรักษา	หลังการรักษาครั้งที่ 1	หลังการรักษาครั้งที่ 6
Flexion	70.05 ± 1.57	73.75 ± 1.48	79.35 ± 2.08
Extension	43.60 ± 1.85	48.90 ± 2.25	52.80 ± 2.19
Rt.lateral bending	38.05 ± 2.76	40.15 ± 2.32	42.80 ± 2.09
Lt.lateral bending	37.35 ± 2.25	39.25 ± 1.86	41.25 ± 2.25
Rt.rotation	71.40 ± 3.20	77.15 ± 1.84	81.55 ± 1.32
Lt.rotation	73.95 ± 3.19	77.70 ± 3.47	82.15 ± 2.08

* ทั้งหมดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.05

3. Role limitation due to emotional problems	7. Pain
4. Energy / fatigue	8. General health perceptions
5. General mental health, emotional well being	หลังการรักษาพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 7 และ 8 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม
6. Social functioning	

ตารางที่ 6 แสดงค่ามุม flexion, Extension, Right and Left lateral bending, Right and Left rotation ที่เพิ่มขึ้น เปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม

ค่ามุม	ประคบร้อน+ยืดกล้ามเนื้อ	หน่วยแผนไทย	p-value
Flexion เพิ่มขึ้น	หลังการรักษาครั้งที่ 1 3.75 ± 1.55	3.70 ± 1.34	0.457
	หลังการรักษาครั้งที่ 6 8.50 ± 2.21	9.30 ± 2.18	0.128
Extension เพิ่มขึ้น	หลังการรักษาครั้งที่ 1 4.00 ± 1.97	5.30 ± 2.03	0.028
	หลังการรักษาครั้งที่ 6 8.20 ± 2.59	9.20 ± 2.42	0.107
Right lateral bending เพิ่มขึ้น	หลังการรักษาครั้งที่ 1 1.80 ± 1.28	2.10 ± 1.37	0.289
	หลังการรักษาครั้งที่ 6 3.60 ± 1.73	3.95 ± 1.10	0.225
Left lateral bending เพิ่มขึ้น	หลังการรักษาครั้งที่ 1 2.15 ± 1.14	1.90 ± 0.85	0.218
	หลังการรักษาครั้งที่ 6 4.05 ± 1.47	3.90 ± 1.48	0.375
Right rotation เพิ่มขึ้น	หลังการรักษาครั้งที่ 1 5.25 ± 2.45	5.75 ± 2.57	0.266
	หลังการรักษาครั้งที่ 6 9.05 ± 3.48	10.15 ± 2.94	0.333
Left rotation เพิ่มขึ้น	หลังการรักษาครั้งที่ 1 3.85 ± 1.87	3.75 ± 1.80	0.266
	หลังการรักษาครั้งที่ 6 7.60 ± 3.03	8.20 ± 2.50	0.166

ตารางที่ 7 แสดงค่าคุณภาพชีวิต (SF-36) กลุ่มที่รักษาโดยใช้การประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ

คุณภาพชีวิต (SF-36)	ก่อนการรักษา (คะแนน)	หลังการรักษาครั้งที่ 6 (คะแนน)
1. Physical functioning	76.25 ± 22.70	82.50 ± 19.02
2. Role limitation due to physical health problems	53.50 ± 36.39	74.75 ± 19.90
3. Role limitation due to emotional problems	54.99 ± 39.40	73.33 ± 25.60
4. Energy / fatigue	61.40 ± 8.66	69.35 ± 4.18
5. General mental health, emotional well being	65.40 ± 11.03	72.40 ± 7.63
6. Social functioning	59.07 ± 21.44	73.38 ± 15.71
7. Pain	43.75 ± 15.25	59.50 ± 12.74
8. General health perceptions	40.25 ± 16.37	52.25 ± 10.73

เทียบระหว่างสองกลุ่มแล้วพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 9

สำหรับความพึงพอใจต่อการรักษาพบว่ากลุ่ม ที่ได้รับการรักษาโดยใช้การประคบร้อนร่วมกับการยืด กล้ามเนื้อและกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการนวดแผนไทย ส่วนใหญ่มีความพอใจขึ้นไประยะ 80 และร้อยละ 95 ตามลำดับ

ส่วนข้อมูลด้านภาวะแทรกซ้อนต่อการรักษา พบว่ากลุ่มที่นวดแผนไทยมีอาการเจ็บกล้ามเนื้อเล็กน้อย

จำนวน 4 ราย แต่อาการหายไปภายใน 1 วัน โดยที่ไม่ พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงใดๆ หลังการรักษาในทั้งสอง กลุ่ม

บทวิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ต้นคอและหลังส่วนบนจากโรค MPS ที่ได้รับการ รักษาโดยวิธีการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ หรือวิธีการนวดแผนไทยเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 8 แสดงค่าคุณภาพชีวิต (SF-36) กลุ่มที่รักษาโดยใช้การนวดแผนไทย

คุณภาพชีวิต (SF-36)	ก่อนการรักษา (คะแนน)	หลังการรักษาครั้งที่ 6 (คะแนน)
1. Physical functioning	76.00 ± 23.43	79.75 ± 20.42
2. Role limitation due to physical health problems	40.00 ± 43.22	63.75 ± 29.77
3. Role limitation due to emotional problems	54.99 ± 39.40	71.66 ± 31.11
4. Energy / fatigue	57.00 ± 13.90	68.30 ± 7.34
5. General mental health, emotional well being	57.20 ± 16.68	68.85 ± 9.54
6. Social functioning	63.75 ± 19.83	75.10 ± 16.72
7. Pain	46.13 ± 7.93	58.75 ± 11.05
8. General health perceptions	39.78 ± 18.86	47.07 ± 16.83

ตารางที่ 9 แสดงค่าคุณภาพชีวิต (SF-36) ที่ดีขึ้นเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม

คุณภาพชีวิต (SF-36)	ประคบร้อน+ ยืดกล้ามเนื้อ	นวดแผนไทย	p-value
1. Physical functioning	6.25 ± 6.20	3.75 ± 9.98	0.349
2. Role limitation due to physical health problems	21.25 ± 21.93	23.75 ± 18.98	0.702
3. Role limitation due to emotional problems	18.33 ± 20.15	16.66 ± 17.09	0.779
4. Energy / fatigue	7.95 ± 8.30	11.30 ± 9.17	0.233
5. General mental health, emotional well being	7.00 ± 6.68	11.65 ± 9.57	0.083
6. Social functioning	14.30 ± 10.68	11.35 ± 12.22	0.421
7. Pain	5.75 ± 8.51	12.63 ± 7.97	0.238
8. General health perceptions	12.00 ± 10.73	7.29 ± 11.60	0.190

ในอัตราส่วน 4.71 : 1 อายุเฉลี่ย 40.55 ± 10.58 ปี และพบบ่อยในกลุ่มอาชีพที่ทำงานเบา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chatchawan U. และคณะ¹² พบว่า myofascial trigger point มีความชุกในช่วงอายุ 36 ± 9 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63 และทำงานในกลุ่มงานเบาร้อยละ 95

การศึกษาของกัตติกาและคณะ¹³ พบว่ากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ(MPS) มีความชุกในเพศหญิงและในกลุ่มที่ทำงานเบา การศึกษาของ Gam AN. และคณะ¹⁴ พบ myofascial trigger point ที่กล้ามเนื้อคอและไหล่สูงในกลุ่มวัยทำงาน

สำหรับความชุกที่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายนั้น มีการศึกษาของ Takala¹⁵ พบว่า pressure pain threshold ของกล้ามเนื้อ upper trapezius และ levator scapulae ในเพศหญิง ต่ำกว่า เพศชาย และมีรายงานว่าอาการปวดจาก trigger point จะมากขึ้นสัมพันธ์กับช่วงมีประจำเดือน ซึ่งฮอร์โมนมีส่วนเกี่ยวข้องด้วย¹

การศึกษารังนี้ได้นำเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อต้นคอและหลังส่วนบนจากโรค MPS โดยการใช้วิธีการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ เปรียบเทียบกับวิธีการนวดแผนไทยพบว่าค่า pain score(VAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการรักษาครั้งที่ 1 และ 6 ในทั้งสองกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแล้วพบว่าค่า pain score (VAS) ของกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการนวดแผนไทยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่ากลุ่มที่รักษาโดยใช้การประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อหลังการรักษาครั้งที่ 1 ซึ่งการศึกษาของ Hanten WP. และคณะ¹⁶ พบว่า ค่า pain score (VAS) ลดลงหลังการรักษา myofascial trigger point ที่กล้ามเนื้อคอและหลังส่วนบนด้วยวิธีการกดจุดตามด้วยการยืดกล้ามเนื้อ การศึกษาของ Lewit K. และ Simons DG.¹⁷ พบว่าการรักษา myofascial pain ด้วยวิธี post-isometric relaxation ซึ่งอาศัยการยืดกล้ามเนื้อร่วมด้วยช่วยลดอาการปวดและลด trigger point sensitivity การศึกษาของ Hou C-R และคณะ⁵ พบว่าการกดจุด (ischemic compression) และการใช้

แผ่นประคบร้อนช่วยลดอาการปวดได้เช่นกัน

สำหรับกลไกที่ทำให้อาการปวดดีขึ้นจากความร้อนได้แก่ ช่วยลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีการเพิ่มขึ้นของ pain threshold และเพิ่มการผลิตของ endorphins^{3,5} การยืดกล้ามเนื้อทำให้การเคลื่อนไหวของเนื้อเยื่อดีขึ้นและลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อ^{2,5} ส่วนการนวดทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ช่วยกระตุ้น peripheral receptor ให้ส่งกระแสประสาทไปยังประสาทไขสันหลังและสมอง ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนตัว ผู้ป่วยจะผ่อนคลายและลดความตึงเครียดของจิตใจ^{3,5,14,18-20} สาเหตุที่การรักษาด้วยวิธีการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อ ลดอาการปวดได้น้อยกว่าการนวดแผนไทยหลังการรักษาครั้งแรก อาจเป็นเพราะการยืดกล้ามเนื้อไม่ได้แก้ไขที่จุด trigger point โดยตรง อีกทั้งกล้ามเนื้อที่บางและวางตัวบนกระดูก เช่น infraspinatus ไม่เหมาะกับการยืดกล้ามเนื้อ

สำหรับพิสัยการเคลื่อนไหวของคอพบว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการรักษาในทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่รักษาด้วยการนวดแผนไทยมีพิสัยการเคลื่อนไหวในมุม extension เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าหลังการรักษาครั้งแรก ซึ่งสาเหตุอาจเป็นจากทั้งสองกลุ่มมีอาการของโรค MPS ในกล้ามเนื้อที่ต่างกัน ซึ่งกล้ามเนื้อแต่ละมัดก็มีผลต่อการเคลื่อนไหวของคอในมุมที่ต่างกัน นอกจากนั้นความสม่ำเสมอของการบริหารกล้ามเนื้อด้วยตนเองที่บ้านก็มีผลเช่นกัน มีรายงานว่าสามารถพบ latent trigger point ในประชากรทั่วไปจำนวนมากโดยที่ไม่แสดงอาการปวด ซึ่ง latent trigger point นี้มีส่วนในการจำกัดพิสัยการเคลื่อนไหวได้^{1,2}

การประเมินคุณภาพชีวิต (SF-36) พบว่า หลังการรักษาทั้งสองกลุ่มมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการรักษาทำให้อาการปวดและพิสัยการเคลื่อนไหวของคอดีขึ้นซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย รู้สึกไม่สบาย มีรายงานว่า chronic myofascial pain ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ซึมเศร้า (depression) วิตกกังวล (anxiety) มีปัญหาการนอนหลับ และทำงานได้น้อยลง ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลต่อ

คุณภาพชีวิต อย่างมาก^{1,2,8} ดังนั้นการให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาทางด้านจิตใจ แก่ไขข้อปัจจัยชักนำ (perpetuating factors)¹⁰ รวมถึงแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะอยู่บ้าน จึงมีส่วนช่วยให้อาการของโรคและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

การศึกษารังนี้พบว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการนวดแผนไทยมีอาการเจ็บกล้ามเนื้อเล็กน้อยจำนวน 4 ราย ซึ่งหายภายใน 1 วัน เนื่องจากการนวดต้องอาศัยแรงกดที่มากพอจะคลายกล้ามเนื้อและจุด trigger point ได้ ส่วนการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อไม่ได้กดที่กล้ามเนื้อโดยตรง แต่ต้องระวังภาวะภาวะแผลไหม้ที่ผิวหนัง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มที่รักษาด้วยการนวดแผนไทยมีความพึงพอใจมากกว่าเนื่องจากผู้รักษามีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้มีผลทางด้านจิตใจที่ดีขึ้นร่วมด้วย

สำหรับความคุ้มค่าของทรัพยากรนั้น การนวดแผนไทยไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์เพิ่มเติม ลดอาการข้างเคียงและค่าใช้จ่ายในการใช้ยา แต่จะทำการรักษาได้ทีละคน ส่วนการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อต้องอาศัยอุปกรณ์ให้ความร้อนเช่น hot pack แต่สามารถทำการรักษาได้ทีละหลายคนซึ่งจะประหยัดเวลามากกว่า

บทสรุป

ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและหลังส่วนบนจากโรค MPS ระยะ subacute หรือ chronic พบว่าการนวดแผนไทยช่วยลดอาการปวดได้ดีกว่าและเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของคอในมุม extension ได้มากกว่าการประคบร้อนร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อภายหลังการรักษาครั้งแรก แต่เมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้วไม่แตกต่างกัน ในด้านคุณภาพชีวิตพบว่าดีขึ้นในทั้งสองกลุ่มและให้ผลไม่แตกต่างกัน ทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจต่อการรักษามากและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ดังนั้นการนวดแผนไทยจึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรค MPS อย่างไรก็ตามต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรการนวดให้มีความสามารถเพียงพอที่จะให้บริการโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น และในการรักษาผู้ป่วย MPS

ไม่ว่าจะโดยวิธีใด จะต้องเน้นถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และมีการบริหารกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. Han SC, Harrison P. Myofascial pain syndrome and trigger-point management. Reg Anesth 1997;22:89-101.
2. Stein JB, Simons DG. Myofascial pain. Arch Phys Med Rehabil 2002;83:s40-s47.
3. ประดิษฐ์ ประทีปวิช. Myofascial pain syndrome: A common problem in clinical practice. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2542: 1-425.
4. Hong CZ, Simons DG. Pathophysiologic and electrophysiologic mechanisms of myofascial trigger points. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79 :863-72.
5. Hou CR, Tsai LC, Cheng KF, Chung KC, Hong CZ. Immediate effects of various physical therapeutic modalities on cervical myofascial pain and trigger-point sensitivity. Arch Phys Med Rehabil 2002;83:1406-14.
6. Gerwin RD, Shannon S, Hong CZ, Hubbard D, Gevirth R. Interrater reliability in myofascial trigger point examination. Pain 1997;69:65-73.
7. Alvarez DJ, Rockwell PG. Trigger points: Diagnosis and management. American Family Physician 2002;65:653-60.
8. Robinson JP, Nielson LA. Muscle pain syndromes. In : Braddom RL, eds. Physical medicine and rehabilitation. China : Elsevier Inc, 2007 : 1003-14.
9. Walsh NE, Dumitru D, Schoenfeld LS, Ramamurthy S. Treatment of the patient with chronic pain. In : DeLisa JA, eds. Rehabilitation medicine: Principles and practice. Philadelphia

- : Lippincott– Raven publishers,1998:1385–1421.
10. Simon DG, Travell JG. Myofascial pain and dysfunction the trigger point manual. Baltimore : Williams&Wilkins,1983:103–476.
11. Krittayapong R, Raungratanaamporn O, Chaowaltt N, Punlee, et al. Reliability of Thai version of SF–36 questionnaire for the evaluation of quality of life in cardiac patients. J Med Assoc Thai 2000;83:s130–6.
12. Chatchawan U, Thinkhamrop B, Kharmwan S ,Knowles J, Eungpinichpong W. Effectiveness of traditional Thai massage versus Swedish massage among patients with back pain associated with myofascial trigger points. J Bodywork Movement Ther 2005;9:298–309.
13. กัตติกา ภูมิพิทักษ์กุล, ชนินทร์ สุตโนรีกุล, ประภาพร ศิริทรัพย์.การรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อโดยวิธีการฝังเข็ม.เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2545;12:8–13.
14. Gam AN,Warming S, Larsen LH,et al. Treatment of myofascial trigger–points with ultrasound combined with massage and exercise–a randomised controlled trial. Pain 1998;77:73–79.
15. Takala EP. Pressure pain threshold on upper trapezius and levator scapulae muscles: repeatability and relation to subjective symptoms in a working population. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine1990;22:63–68.
16. Hanten WP, Olson SL, Butls NL,Nowicki AL. Effectiveness of a home program of ischemic pressure followed by sustained stretch for treatment of myofascial trigger points. Physical Therapy 2000;80:997–1003.
17. Lewit K, Simons DG. Myofascial pain : relief by post–isometric relaxation. Arch Phys Med Rehabil 1984;65:452–56.
18. ประไพ พัวพันธ์.การนวด การดึง การดัด(Massage, Traction, Manipulation).ใน : เสก อักษรานุเคราะห์, บรรณาธิการ.ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ : สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย; 2525: 189–95.
19. Rechtien JJ, Andary M, Holmes TG, Wieting M. Manipulation ,massage and traction. In : DeLisa JA, eds. Rehabilitation medicine : Principles and practice. Philadelphia : Lippincott– Raven publishers,1998:534–41.
20. Mackawan S, Eungpinichpong W, Pantumethakul R, Chatchawan U, Hunsawong T, Arayawichanon P. Effects of traditional Thai massage versus joint mobilization on substance P and pain perception in patients with non – specific low back pain. J Bodywork Movement Ther 2007; 11:9–16.