

การจัดการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการวิพลช เกรด 2 ในระยะเฉียบพลัน

Physiotherapy management of acute whiplash-associated disorder II

ทวีวัฒน์ เวียงคำ*

Taweewat Wiangkham*

หน่วยวิจัยวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการฟื้นฟู ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

Exercise and Rehabilitation Sciences Research Unit, Department of Physical Therapy,

Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University, Phitsanulok

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันกลุ่มอาการวิพลช (whiplash-associated disorders: WAD) ยังไม่ได้รับความสนใจและศึกษาในประเทศไทย ถึงแม้ว่าประเทศไทยมีอัตราการประสบอุบัติเหตุทางท้องถนนค่อนข้างสูง ทั้งที่ประเทศที่พัฒนาแล้วประสบปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการกับกลุ่มอาการนี้ ไม่ว่าจะเป็น สวีเดน ฝรั่งเศส เยอรมัน อิตาลี แคนาดา สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และออสเตรเลีย ดังนั้นการสังเกตและเฝ้าระวังสถานการณ์ของกลุ่มอาการวิพลชในประเทศไทยจึงมีความน่าสนใจว่าทำไมประเทศไทยถึงไม่มีปัญหาเรื่องนี้ โดยส่วนใหญ่ร่างกายภาพบำบัดมักมีบทบาทในการบริหารจัดการกลุ่มอาการนี้โดยเฉพาะวิพลช เกรด 2 ซึ่งพบได้อย่างน้อยร้อยละ 70 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการวิพลชในรูปแบบของ ที่มาของ กลุ่มอาการดังกล่าว สถานการณ์ในปัจจุบัน อาการและอาการแสดง การจำแนกกลุ่มอาการ และการบริหารจัดการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการวิพลช II ในระยะเฉียบพลันตลอดจนแนวทางการศึกษา และการจัดการรักษาในอนาคต เพื่อให้ร่างกายภาพบำบัดของไทยมีความเข้าใจผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นและนำองค์ความรู้นี้ไปใช้ในการบริหารจัดการผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อป้องกันภาวะเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้นอกจากนี้อาจเป็นการกระตุ้นให้นักกายภาพบำบัดหรือนักวิจัยของไทยทำการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการวิพลช

ABSTRACT

Whiplash-associated disorders (WAD) are not reported as a health problem in Thailand although the incidence of road traffic accidents in Thailand is quite high. Interestingly, the developed countries (e.g. Sweden, France, Canada, Italy, USA, UK and Australia) have reported the problems of the WAD management. It is interesting to observe and monitor the patients with WAD in Thailand in order to explore why WAD are not an issue. The interesting grade is WAD grade II which can be classified at least 70% of patients with WAD and commonly managed by physiotherapists. Therefore, the aim of this review was to update the evidence and knowledge regarding WAD in the acute stage to Thai physiotherapists in order to assist them in preventing their patients from chronicity. Additionally, this review could encourage Thai physiotherapists and researchers in conducting whiplash studies in the future. This review consists of the definition of WAD, the situation of WAD, the presentation of WAD, the classification of WAD, the management of WAD II and its future study.

Keywords: whiplash-associated disorders, WAD, WAD II, WADII management, Thai physiotherapy

บทนำ

ในปัจจุบันกลุ่มอาการวิพลช (whiplash-associated disorders: WAD) ยังไม่ได้รับความสนใจและศึกษาในประเทศไทย ทั้งที่ประเทศที่พัฒนาแล้วประสบปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการกับกลุ่มอาการนี้ ไม่ว่าจะเป็น สวีเดน ฝรั่งเศส เยอรมัน อิตาลี แคนาดา สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และออสเตรเลีย¹⁻⁷ โดยกลุ่มอาการนี้สามารถแบ่งออกเป็น 5 เกรด (0 - IV)⁸ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มอาการวิพลช เกรด 2 (มีปัญหาคอ ร่วมกับมีสัญญาณความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ) พบได้มากที่สุดและนักกายภาพบำบัดมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการผู้ป่วยกลุ่มนี้⁹ ดังนั้นบทความนี้จึงเน้นการรวบรวมการบริหารจัดการผู้ป่วยกลุ่มอาการวิพลชเกรด 2 เป็นหลัก เพื่อให้ให้นักกายภาพบำบัดในประเทศไทยทราบและเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการวิพลชที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัดมากขึ้น อย่างไรก็ตามผู้เขียนได้ทำการรวบรวมการศึกษาและรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการวิพลช ซึ่งประกอบไปด้วย ที่มาของกลุ่มอาการวิพลช สถานการณ์ อาการและอาการแสดง การจำแนก การบริหารจัดการผู้ป่วยกลุ่มวิพลช เกรด 2 และแนวทางการศึกษาและการบริหารจัดการการรักษาในอนาคต

สำหรับเหตุผลที่ไม่ได้เน้นการทบทวนวรรณกรรมของผู้ป่วยกลุ่มอาการวิพลชอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มอาการวิพลช เกรด 0-I สามารถหายได้เองหรือแค่ได้รับคำแนะนำจากนักกายภาพบำบัดก็สามารถหายได้แล้วหรือใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 1-2 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการวิพลช เกรด 3 ซึ่งมีความผิดปกติของระบบประสาทร่วมด้วยนั้นต้องใช้หลากหลายวิชาชีพในการรักษา ส่วนผู้ป่วยกลุ่มอาการวิพลช เกรด 4 คือมีกระดูกคอหักหรือหลุดร่วมด้วยโดยแพทย์จะมีบทบาทในการรักษาเป็นหลัก

บาดเจ็บของกลุ่มอาการนี้ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน เนื่องจากยังไม่สามารถอธิบายหลายๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มอาการวิพลช (whiplash-associated disorders: WAD)

กลุ่มอาการวิพลชมีสาเหตุมาจากการสะบัดของศีรษะและคออย่างเฉียบพลัน (rapid acceleration – deceleration) ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บขึ้นได้ที่บริเวณกระดูกสันหลังและเนื้อเยื่ออ่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณคอ¹⁰ โดยส่วนใหญ่มักเกิดจากอุบัติเหตุทางท้องถนน¹¹ ในปัจจุบันมีนักวิจัยหลายกลุ่มที่พยายามศึกษาความไปได้ของกลไกการบาดเจ็บของกลุ่มอาการดังกล่าว ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ กลไกการบาดเจ็บที่สามารถเป็นไปได้อันแรก คือการแอ่นคอที่มากเกินไป (cervical hyperextension) ที่เกิดจากแรงกระแทกทางด้านหลัง (ถูกชนจากทางด้านหลัง) ซึ่งแรงดังกล่าวสามารถทำให้ข้อต่อฟาเซต (facet joint) เกิดการบาดเจ็บจากแรงอัด (compression force)¹² และอาจจะทำให้โครงสร้างต่างๆ ของคอทางด้านหน้าได้รับการบาดเจ็บได้¹³ อย่างไรก็ตามที่พึงศีรษะ (head-restraint) ของเบาะที่นั่งในรถยนต์ที่ใช้ในการป้องกันการแอ่นของคอที่มากเกินไปนั้นสามารถลดการบาดเจ็บของคอได้เพียงร้อยละ 20 เท่านั้น¹⁴

สำหรับความเป็นไปได้ของกลไกการบาดเจ็บที่คอของกลุ่มอาการวิพลชอีกกลไกหนึ่ง คือ กลไกที่ซับซ้อนที่เรียกว่า แนวโค้งรูปตัวเอสของกระดูกคอ (S-curve cervical spine)¹⁵ ซึ่งเกิดจากแรงที่ทำให้เกิดแนวโค้งระหว่างกระดูกคอส่วนบนกับส่วนล่างที่ตรงกันข้ามกัน ทำให้เกิดเป็นลักษณะเส้นโค้งรูปตัวเอสขึ้นที่กระดูกคอ ยกตัวอย่างเช่น การถูกชนจากทางด้านหลังแล้วทำให้กระดูกคอส่วนล่างแอ่นมากเกินไป ในขณะที่กระดูกคอส่วนบนงอ (upper cervical spine flexion) ทำให้พยางค์โครงสร้างที่บาดเจ็บได้ค่อนข้างยาก^{15, 16}

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีนักวิจัยจำนวนหนึ่งพยายามหา กลไกการบาดเจ็บที่ชัดเจนในกลุ่มอาการนี้ แต่กลไกการ

ด้านหลัง ด้านข้าง หรือแนวเฉียง มีกลไกการบาดเจ็บที่เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร^{15, 16}

จากการเกิดการสะบัดของศีรษะและมีแรงกระทำมาที่กระดูกสันหลังจึงทำให้โครงสร้างต่างๆ บริเวณคอและหลังได้รับบาดเจ็บได้ง่าย เช่น กระดูกสันหลัง, ข้อต่อ, หมอนรองกระดูกสันหลัง, กล้ามเนื้อ, เอ็นยึดระหว่างกล้ามเนื้อและกระดูก (tendon), เอ็นยึดระหว่างกระดูกกับกระดูก (ligament), เส้นประสาท และหลอดเลือดแดง-ดำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ¹⁶⁻¹⁹ ดังนั้น อาการที่แสดงออกในผู้ป่วยแต่ละรายมักแตกต่างกัน

สถานการณ์ของกลุ่มอาการวิพลแซ

ประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา อุบัติการณ์ของกลุ่มอาการนี้ที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางท้องถนน มีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มประเทศชาติตะวันตก โดยทางระบาดวิทยาพบว่าทุก ๆ ประชากร 3 คนใน 1000 คนของอเมริกาเหนือและยุโรปตะวันตก³ และประมาณ 450,000 – 550,000 คนของสหราชอาณาจักร²⁰ มีปัญหาเกี่ยวกับวิพลแซ ซึ่งจากรายงานการศึกษาต่าง ๆ เกี่ยวกับกลุ่มอาการนี้พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่กับกลุ่มอาการวิพลแซ และประมาณ ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการปวดและภาวะไร้ความสามารถ (disability) ในระดับปานกลางถึงรุนแรง^{7, 21, 22} ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านั้นลดลง^{23, 24}

โดยหลายการศึกษาพบว่าการบริหารจัดการและการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งระยะเฉียบพลัน (acute) และเรื้อรัง (chronic) ยังได้ผลไม่เป็นที่พอใจมากนักและยังมีข้อจำกัด เนื่องจากยังมีผู้ป่วยที่ไม่หายขาดอยู่จำนวนค่อนข้างมาก^{9, 25, 26} โดยมีบทบรรณาธิการจากวารสาร Orthopaedic and Sports Physical Therapy ของศาสตราจารย์ Gwendolen Jull ในปี 2559 ระบุว่ากลุ่มอาการวิพลแซยังคงท้าทายที่จะศึกษาในเรื่องของกลไกและการบริหารจัดการ²⁷

นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มอาการวิพลแซเป็นสาเหตุของการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ (economic

burden) ในรูปแบบของ ค่าดูแลรักษา การสูญเสียโอกาสในการหารายได้ของผู้ป่วย การลดประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ป่วย และเวลาในการดูแลผู้ป่วย^{28, 29} ยกตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีกลุ่มอาการวิพลแซมีแนวโน้มที่จะถูกจ้างงานลดลง ร้อยละ 20-25 ในช่วง 2 ปีแรกหลังจากการบาดเจ็บ²⁸ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจในระดับตัวบุคคลและระดับชาติได้ในประเทศสหรัฐอเมริกาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับกลุ่มอาการนี้อยู่ที่ประมาณ 3.9 พันล้านเหรียญสหรัฐ³⁰ และในยุโรปถูกประมาณการไว้ที่ 10 พันล้านยูโร³¹ โดยสหราชอาณาจักรถูกขนานนามว่าเป็นเมืองหลวงของกลุ่มอาการนี้ และมีรายงานว่าค่าเรียกร้องที่ผู้บาดเจ็บเรียกร้องจากบริษัทประกันอาจจะสูงขึ้นจาก 7 พันล้านปอนด์ ไปเป็น 14 พันล้านปอนด์ ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น⁴

อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่มีรายงานเกี่ยวกับกลุ่มอาการวิพลแซถึงแม้ว่าประเทศไทยมีอัตราการประสบอุบัติเหตุทางท้องถนนค่อนข้างสูง (ประมาณ 67,800 – 102,610 ราย และบาดเจ็บ 25,330 – 69,313 ราย)³² ดังนั้นการจำแนกและการรักษาผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการวิพลแซควรมีการบันทึกสังเกต และรายงาน เพื่อเฝ้าระวังไม่ให้เกิดผู้ป่วยกลุ่มนี้ประสบปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเรื้อรัง และอาจจะสามารถหามาตรการหรือการรักษาเพื่อลดทรัพยากรที่ใช้ในการบริหารจัดการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ในอนาคต

อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการวิพลแซ

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถแสดงออกมาได้ทั้งในระบบประสาทและระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น อาการปวด^{33, 34} มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของคอ (limited cervical range of motion)^{10, 35} หรือ กล้ามเนื้อบริเวณคออ่อนแรง (cervical muscle weakness)³⁶ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยยังสามารถประสบปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น กลัวที่จะทำการ

เคลื่อนไหว (fear of movement) ซึมเศร้า (depress) หรือ วิตกกังวล (anxiety) โดยอาการเหล่านี้อาจจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะเครียดหลังจากประสบอุบัติเหตุ (post-traumatic stress disorder)³⁷⁻⁴⁰ ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มอาการวิปลาสสามารถประสบปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้

การจำแนกกลุ่มอาการวิปลาส

ในปัจจุบันกลุ่มอาการวิปลาสสามารถแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม¹⁰ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการจำแนกกลุ่มอาการวิปลาส

เกรด	การจำแนก
0	ไม่มีอาการใด ๆ บริเวณคอ
I	มีปัญหาคอ ยกตัวอย่างเช่น ปวด รู้สึกเคลื่อนไหวคอลำบาก (stiffness) หรือ มีจุดกดเจ็บ (tenderness) แต่ไม่มีสัญญาณความผิดปกติทางด้านร่างกาย (physical sign)
II	มีปัญหาคอ ร่วมกับมีสัญญาณความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ยกตัวอย่างเช่น มีการลดลงของช่วงการเคลื่อนไหวของคอ
III	มีปัญหาคอ ร่วมกับมีสัญญาณความผิดปกติของระบบประสาท ยกตัวอย่างเช่น มีการลดลงหรือไม่มีปฏิกิริยาการตอบสนองของเส้นเอ็น (decreased or absent tendon reflex) กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือ ระบบรับรู้ความรู้สึกบกพร่อง (sensory deficits)
IV	มีปัญหาคอ ร่วมกับกระดูกคอหักหรือหลุด (fracture or dislocation)

สำหรับเกรดที่พบได้บ่อยๆ ได้แก่ เกรด 2 พบได้อย่างน้อยร้อยละ 70 ของผู้ป่วยกลุ่มอาการนี้^{41, 42} ซึ่งจากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยในเกรดนี้มีปัญหาคอ ร่วมกับมีสัญญาณความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยกลุ่ม

อาการนี้จะมีปัญหาในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกบริหารจัดการและรักษาด้วยนักกายภาพบำบัด^{9, 10, 26}

การบริหารจัดการทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มอาการวิปลาส เกรด 2

แนวทางการรักษาทางคลินิกในปัจจุบัน (clinical guideline) สำหรับการจัดการกลุ่มอาการนี้ได้แก่⁴³ การสร้างความมั่นใจและการใช้ชีวิตแบบคล่องแคล่ว (reassure and stay active) การกลับไปทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ (return to usual activities) การรักษาด้วยการออกกำลังกาย (เช่น การออกกำลังกายเพื่อช่วยเรื่องช่วงการเคลื่อนไหวคอและไหล่ (ROM exercise) การเกร็งกล้ามเนื้อคางด้วยแรงต้านต่ำ (low load isometric) การฝึกความทนทานของท่าทางที่ถูกต้องในการทำกิจวัตรประจำวัน (postural endurance) และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง (strengthening exercise) เป็นต้น) และการรักษาด้วยยา (เช่น simple analgesics, NSAIDs, opioid analgesics เป็นต้น)

ในการทบทวนวรรณกรรม ผู้เขียนพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีภาวะเรื้อรัง โดยมีอาการและอาการแสดงเกี่ยวข้องกับทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจดังกล่าวไว้แล้วเบื้องต้น อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยการใช้สหสาขาวิชาชีพ (multimodal therapy) เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยาคลินิก ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดผลดีเพิ่มเติม²⁵ ด้วยเหตุนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (systematic review and meta-analysis) ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะเฉียบพลันจึงถูกศึกษาโดย Wiangkham และคณะ^{44, 45} เพื่อหาแนวทางการป้องกันภาวะเรื้อรังหรือข้อสรุปว่าการรักษาใดน่าจะเป็นผลดีกับผู้ป่วยกลุ่มนี้บ้าง โดยการศึกษานี้ได้รวบรวมการรักษาทางด้านการรักษาเชิงอนุรักษ์ (conservative intervention) ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำนวน 15 การศึกษาที่ใช้วิธีการศึกษาแบบ

randomised controlled trial เพื่อหาประสิทธิผลของการรักษาชนิดต่างๆ ในผู้ป่วยกลุ่มวิฟแลช เกรด 2 ซึ่งการศึกษาที่ถูกรวบรวมมาวิเคราะห์ถูกศึกษามาจาก 9 ประเทศ การศึกษาของ Wiangkham และคณะ⁴⁴ สามารถสรุปได้ว่า การรักษาทางกายภาพบำบัดที่ให้ผู้ป่วยทำเอง (active physiotherapy) มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดมากกว่า การรักษาทางกายภาพบำบัดที่ให้ผู้อื่นทำให้ผู้ป่วย (passive physiotherapy) ในระยะปานกลาง (6 เดือน) และระยะยาว (1-3 ปี) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวตรงกับข้อสรุปของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หือภิมานของ Rushton และคณะ (2011)⁴⁶ ที่ศึกษาความเป็นไปได้ของการรักษาทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยวิฟแลช เกรด 2 ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยการทบทวนวรรณกรรมของ Wiangkham และคณะ (2015) ยังพบอีกว่าการให้การรักษาด้านพฤติกรรม (behavioural intervention) มีประสิทธิภาพในการลดปวดและเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของคอในระนาบหน้าหลัง (coronal plane) และระนาบขวาง (transverse plane) ในระยะปานกลาง มากกว่าการรักษาตามรูปแบบมาตรฐานทั่วไป ดังนั้นการรักษาทางกายภาพบำบัดที่ให้ผู้ป่วยทำเอง ร่วมกับการให้การรักษาด้านพฤติกรรม น่าจะเป็นแนวทางที่น่าจะประสบความสำเร็จในการจัดการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยทางคณะผู้วิจัยเรียกการรักษาดังกล่าวว่า “Active Behavioural Physiotherapy Intervention” หรือ “ABPI”

จากนั้น Wiangkham และคณะ ได้ทำการพัฒนาแนวคิดและการรักษาดังกล่าวด้วยวิธี modified Delphi study จากนักวิจัยที่ทำวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั่วโลกและนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานด้านคลินิกของสหราชอาณาจักรและได้ทำการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มาแล้วอย่างน้อย 2 ปี ซึ่งการพัฒนาการรักษาแบบ ABPI ถูกทำขึ้น 3 รอบ โดยรอบแรกทำเพื่อประเมินว่ารายการรักษาใดบ้างที่ทางคณะผู้วิจัยเตรียมไว้สามารถ

ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญและเพื่อถามว่ามีการรักษาใดบ้างที่ขาดหายไป โดยข้อเสนอแนะจากรอบแรกของผู้เชี่ยวชาญถูกเพิ่มเติมในรายการการรักษาแบบ ABPI เพื่อประเมินความเห็นชอบในรอบที่ 2-3 ต่อไป ส่วนการรักษาใดไม่ผ่านเกณฑ์ความเห็นชอบจะถูกตัดออกในแต่ละครั้งของการพัฒนา โดยความเห็นชอบวัดจาก 5 ระดับความพึงพอใจ (5-point Likert scale) และเกณฑ์การผ่านของความเห็นชอบสูงขึ้นในแต่ละรอบเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำคำแนะนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิดเพื่อรองรับข้อเสนอแนะต่างๆ จากผู้เชี่ยวชาญในทุกๆ รอบ รายละเอียดของการศึกษานี้สามารถดูได้จากการศึกษาของ Wiangkham และคณะ⁴⁷

อย่างไรก็ตาม แนวคิดของการรักษาดังกล่าวไม่ได้มีการทบทวนทฤษฎีที่ชัดเจนที่จะเป็นหลักในการบริหารจัดการการรักษา ดังนั้น เพื่อให้การรักษาที่ถูกพัฒนาขึ้นสมบูรณมากที่สุดตามคำแนะนำของกรอบงานวิจัยด้านการรักษาที่ซับซ้อนของสภาการวิจัยทางการแพทย์ (Medical Research Council Framework of Complex Interventions)⁴⁸ ของสหราชอาณาจักร จากการรวบรวมหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปได้ Wiangkham และคณะ^{47, 49} จึงได้ทำการพัฒนาการรักษาดังกล่าวเพิ่มเติมโดยใช้หลักการการเพิ่มความมั่นใจ (self-efficacy enhancement) จากกรอบแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม (social cognitive theory)⁵⁰ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามโปรแกรมการรักษา และคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด โดย Wiangkham และคณะ ได้คิดแนวทางการรักษา (concept) การรักษาในแต่ละระยะ (phases) และตัวอย่างการรักษาแบบซับซ้อน⁸ เพื่อฝึกอบรมนักกายภาพบำบัดให้สามารถใช้แนวคิดและวิธีการรักษาแบบ ABPI ในการจัดการและรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะเฉียบพลันเพื่อป้องกันภาวะเรื้อรัง โดยระเบียบวิธีของการศึกษานำร่องและความเป็นไปได้ของการรักษาแบบ ABPI ได้ถูกตีพิมพ์ลงในวารสาร BMJ

Open⁴⁹ ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ ABPI หายขาด (full recovery) จากกลุ่มอาการวิแลซภายใน 3 เดือน โดยการพิจารณาจาก Neck Disability Index ≤ 4 ^{7, 25, 51, 52} จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการรักษาแบบ ABPI อาจจะมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มอาการนี้และสามารถป้องกันภาวะเรื้อรังได้ โดยปกติภาวะเรื้อรังในกลุ่มอาการนี้จะหมายถึงการมีอาการ และ/หรือ อาการแสดงตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป⁵³ ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบมาตรฐานทั่วไป (standard physiotherapy) หายขาดเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น⁵

นอกจากนี้ ผู้ที่ได้รับการรักษาแบบ ABPI ยังมีอาการดีขึ้นกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบมาตรฐานทั่วไป ไม่ว่าจะเป็น อาการปวด (วัดโดย visual analogue scale สำหรับ pain intensity) องศาการเคลื่อนไหวของคอ (cervical range of motion) ค่าแรงกดที่เริ่มรู้สึกปวด (pressure pain threshold) ในกล้ามเนื้อ levator scapulae และ tibialis anterior ทั้งสองข้าง และสถานภาพทางด้านสุขภาพ (health status วัดโดย EQ-5D) อีกทั้งจำนวนการรักษาทางกายภาพบำบัดในกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ ABPI ยังน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบมาตรฐานทั่วไป ซึ่งอาจจะนำไปสู่การลดภาระงานของนักกายภาพบำบัดและลดภาวะการสิ้นเปลืองทางด้านเศรษฐกิจในอนาคต จากการทำการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interviews) สำหรับนักกายภาพบำบัดที่ใช้การรักษาแบบ ABPI และ focus group สำหรับผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี ABPI พบว่า ทั้งผู้ที่ให้การรักษาและผู้ถูกรักษายอมรับการรักษาแบบ ABPI โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัดค่อนข้างชื่นชอบการรักษาแบบนี้ จากการสัมภาษณ์พบว่า 2/3 ของนักกายภาพบำบัดได้นำการรักษาแบบ ABPI ไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ อีกทั้งยังประยุกต์ใช้ในพยาธิสภาพอื่นๆ หลังจากเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จากข้อความข้างต้นแสดงให้เห็น

เห็นว่า การรักษาแบบ ABPI อาจจะสามารถพัฒนาการบริหารจัดการทางกายภาพบำบัดให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

แนวทางการศึกษาและการบริหารจัดการการรักษาในอนาคตสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการวิแลซ เกรด 2

การรักษาทางกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัด นั่นคือนักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มักเน้นการแก้ปัญหาหรือการรักษาเฉพาะทางด้านร่างกายเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มีปัญหาเฉพาะด้านร่างกาย หรือบางครั้งนักกายภาพบำบัดอาจจะขาดความสนใจในความต้องการของผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งการสื่อสารระหว่างนักกายภาพบำบัดและผู้ป่วยไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจหรือเข้าใจผิดกันระหว่างผู้ถูกรักษากับผู้รักษา ซึ่งอาจส่งผลให้ผลของการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจมากนัก⁸.

⁹ การประยุกต์ใช้การรักษาด้านพฤติกรรม (behavioral intervention) หรือใช้กลวิธีทางจิตวิทยา⁵⁰ ควบคู่กับการรักษาทางกายภาพบำบัดจึงถือได้ว่าเป็นสิ่งที่น่าสนใจ⁸.^{44, 47, 49} โดย Press และคณะ⁵⁴ ได้ระบุไว้ว่าการรักษา ด้านพฤติกรรมร่วมกับการรักษาทางกายนั้นสามารถทำให้ผลของการรักษาดีขึ้น ดังนั้นนักกายภาพบำบัดควรพิจารณาประยุกต์ใช้การรักษาด้านพฤติกรรมร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการวิแลซ เกรด 2 ถึงแม้ว่าการรักษาแบบ ABPI สามารถเห็นผลดีในการศึกษานำร่อง อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยผลของการใช้การรักษาแบบ ABPI ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ใช้กลุ่มประชากรขนาดใหญ่เป็นสิ่งที่น่าสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยในอนาคต เพื่อยืนยันว่าการรักษาแบบ ABPI มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จริงหรือไม่ ซึ่งจะเป็นพัฒนาการบริหารจัดการด้านการรักษาในทางกายภาพบำบัดต่อไป

ทั้งนี้ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความนี้จะสามารถทำให้นักกายภาพบำบัดไทยเข้าใจและทราบแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยกลุ่มอาการวิแลซ เกรด 2 ได้มากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มอาการนี้มักถูกบริหาร

จัดการโดยนักกายภาพบำบัด นอกจากนี้ ทางผู้เขียนหวังว่าบทความฉบับนี้จะสามารถกระตุ้นให้นักกายภาพบำบัดและนักวิจัยในประเทศไทยตระหนักถึงการเฝ้าระวัง สังเกต ศึกษา และรายงานผลการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่ว่าจะเป็นการวิจัยพื้นฐาน การวิจัยเชิงประยุกต์ และการวิจัยทางด้านคลินิกในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Cote P, Hogg-Johnson S, Cassidy JD, Carroll L, Frank JW, Bombardier C. Early aggressive care and delayed recovery from whiplash: isolated finding or reproducible result? *Arthritis Rheum.* 2007; 57(5): 861-8.
2. Chappuis G, Soltermann B. Number and cost of claims linked to minor cervical trauma in Europe: results from the comparative study by CEA, AREDOC and CEREDOC. *Eur Spine J.* 2008; 17(10): 1350-7.
3. Holm LW, Carroll LJ, Cassidy JD, Hogg-Johnson S, Cote P, Guzman J, et al. The burden and determinants of neck pain in whiplash-associated disorders after traffic collisions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine.* 2008; 33(4 Suppl): S52-9.
4. Mooney H. Insurance companies are reeling from the number of claims being made by people who say they have whiplash injuries 2012 [cited 14 May 2017]. Available from: <http://www.csp.org.uk/frontline/article/what%E2%80%99s-driving-rise-whiplash-injuries>.
5. Hyde D. Why Britain is the whiplash capital of Europe. *The Telegraph* [Internet]. United Kingdom 2013. [cited 23 December 2013]. Available from: <http://www.telegraph.co.uk/>
6. finance/personalfinance/insurance/10185382/Why-Britain-is-the-whiplash-capital-of-Europe.html.
7. Sterling M. Physiotherapy management of whiplash-associated disorders (WAD). *J Physiother.* 2014; 60(1): 5-12.
8. Wiangkham T. Development and evaluation of a novel intervention for rehabilitation following whiplash injury: University of Birmingham; 2017.
9. Michaleff ZA, Maher CG, Lin CW, Rebeck T, Jull G, Latimer J, et al. Comprehensive physiotherapy exercise programme or advice for chronic whiplash (PROMISE): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet.* 2014; 384(9938): 133-41.
10. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on whiplash-associated disorders: redefining "whiplash" and its management. *Spine.* 1995; 20(8 Suppl): 1s-73s.
11. Cassidy JD, Carroll LJ, Côté P, Lemstra M, Berglund A, Nygren Å. Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. *N Engl J Med.* 2000; 342(16): 1179-86.
12. MacNab I. Whiplash injuries of the neck. *Proceedings: American Association for*

- Automotive Medicine Annual Conference, 1965: 9: 11-15. Association for the Advancement of Automotive Medicine.
13. Pearson AM, Ivancic PC, Ito S, Panjabi MM. Facet joint kinematics and injury mechanisms during simulated whiplash. *Spine*. 2004; 29(4): 390-7.
 14. Nygren A, Gustafsson H, Tingvall C. Effects of different types of headrests in rear-end collisions. SAE Technical Paper, 1985 Jan 1.
 15. Ivancic PC. Mechanisms and mitigation of head and spinal injuries due to motor vehicle crashes. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2016; 46(10): 826-33.
 16. Elkin BS, Elliott JM, Siegmund GP. Whiplash injury or concussion? a possible biomechanical explanation for concussion symptoms in some individuals following a rear-end collision. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2016; 46(10): 874-85.
 17. Berglund A, Bodin L, Jensen I, Wiklund A, Alfredsson L. The influence of prognostic factors on neck pain intensity, disability, anxiety and depression over a 2-year period in subjects with acute whiplash injury. *Pain*. 2006; 125(3): 244-56.
 18. Siegmund GP, Winkelstein BA, Ivancic PC, Svensson MY, Vasavada A. The anatomy and biomechanics of acute and chronic whiplash injury. *Traffic Inj Prev*. 2009; 10(2): 101-12.
 19. Saari A, Itshayek E, Cripton PA. Cervical spinal cord deformation during simulated head-first impact injuries. *J Biomech*. 2011; 44(14): 2565-71.
 20. Ellman L, Champion S, Dobbin J, Lumley K, McCartney J, McCartney K, et al. Cost of motor insurance: whiplash. In: Committee HoCT, editor. London: The Stationery Office Limited; 2013.
 21. Merrick D, Stalnacke BM. Five years post whiplash injury: Symptoms and psychological factors in recovered versus non-recovered. *BMC Res Notes*. 2010; 3: 190.
 22. Jull GA, Sterling M, Curatolo M, Carroll L, Hodges P. Toward lessening the rate of transition of acute whiplash to a chronic disorder. *Spine*. 2011; 36(25 Suppl): S173-4.
 23. Borsbo B, Peolsson M, Gerdle B. Catastrophizing, depression, and pain: correlation with and Influence on quality of life and health - a study of chronic whiplash-associated disorders. *J Rehabil Med*. 2008; 40(7): 562-9.
 24. Borsbo B, Peolsson M, Gerdle B. The complex interplay between pain intensity, depression, anxiety and catastrophising with respect to quality of life and disability. *Disabil Rehabil*. 2009; 31(19): 1605-13.
 25. Jull G, Kenardy J, Hendrikz J, Cohen M, Sterling M. Management of acute whiplash: a randomized controlled trial of multidisciplinary stratified treatments. *Pain*. 2013; 154(9): 1798-806.
 26. Lamb SE, Gates S, Williams MA, Williamson EM, Mt-Isa S, Withers EJ, et al. Emergency department treatments and physiotherapy for acute whiplash: a pragmatic, two-step, randomised controlled trial. *Lancet*. 2013; 381(9866): 546-56.

27. Jull G. Whiplash continues its challenge. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2016; 46(10): 815-17.
28. Leth-Petersen S, Rotger GP. Long-term labour-market performance of whiplash claimants. *J Health Econ.* 2009; 28(5): 996-1011.
29. Jennum P, Kjellberg J, Ibsen R, Bendix T. Health, social, and economic consequences of neck injuries: a controlled national study evaluating societal effects on patients and their partners. *Spine.* 2013; 38(5): 449-57.
30. Eck JC, Hodges SD, Humphreys SC. Whiplash: a review of a commonly misunderstood injury. *Am J Med.* 2001; 110(8): 651-6.
31. Galasko CSB, Murray P, Stephenson W. Incidence of whiplash-associated disorder. *BCM J.* 2002; 44(5): 237-40.
32. Tanaboriboon Y. Road accidents in Thailand: changes over the past decade. *IATSS Research.* 2004; 28(1): 119-22.
33. Lord SM, Barnsley L, Wallis BJ, McDonald GJ, Bogduk N. Percutaneous radio-frequency neurotomy for chronic cervical zygapophyseal joint pain. *N Engl J Med.* 1996; 335(23): 1721-6.
34. Thompson DP, Oldham JA, Urmston M, Woby SR. Cognitive determinants of pain and disability in patients with chronic whiplash-associated disorder: a cross-sectional observational study. *Physiotherapy.* 2010; 96(2): 151-9.
35. Hartling L, Brison RJ, Ardern C, Pickett W. Prognostic value of the Quebec classification of whiplash-associated disorders. *Spine.* 2001; 26(1): 36-41.
36. Prushansky T, Gepstein R, Gordon C, Dvir Z. Cervical muscles weakness in chronic whiplash patients. *Clinical biomechanics (Bristol, Avon).* 2005; 20(8): 794-8.
37. Sterling M, Chadwick BJ. Psychologic processes in daily life with chronic whiplash: relations of posttraumatic stress symptoms and fear-of-pain to hourly pain and uptime. *Clin J Pain.* 2010; 26(7): 573-82.
38. Buitenhuis J, de Jong PJ. Fear avoidance and illness beliefs in post-traumatic neck pain. *Spine.* 2011; 36(25 Suppl): S238-43.
39. Carroll LJ. Beliefs and expectations for recovery, coping, and depression in whiplash-associated disorders: lessening the transition to chronicity. *Spine.* 2011; 36(25 Suppl): S250-6.
40. Sterling M, Hendrikz J, Kenardy J. Similar factors predict disability and posttraumatic stress disorder trajectories after whiplash injury. *Pain.* 2011; 152(6): 1272-8.
41. Sterling M. A proposed new classification system for whiplash associated disorders--implications for assessment and management. *Man Ther.* 2004; 9(2): 60-70.
42. Williamson E, Williams MA, Gates S, Lamb SE. Risk factors for chronic disability in a cohort of patients with acute whiplash associated disorders seeking physiotherapy treatment for persisting symptoms. *Physiotherapy.* 2015; 101(1): 34-43.
43. Jagnoor J, Cameron I, Harvey L, Ierano J, Nicholson K, Rebbeck T, et al. Motor

- Accidents Authority: guidelines for the management of acute whiplash-associated disorders - for health professionals. third ed. Sydney: New South Wales Government; 2014.
44. Wiangkham T, Duda J, Haque S, Madi M, Rushton A. The effectiveness of conservative management for acute whiplash associated disorder (WAD) II: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. PLoS One. 2015; 10(7): e0133415.
 45. Wiangkham T, Duda J, Haque MS, Madi M, Rushton A. Effectiveness of conservative treatment in acute whiplash associated disorder (WAD) II: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Physiotherapy. 2015; 101, Supplement 1(0): e1623-e4.
 46. Rushton A, Wright C, Heneghan N, Eveleigh G, Calvert M, Freemantle N. Physiotherapy rehabilitation for whiplash associated disorder II: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ open. 2011; 1(2): e000265.
 47. Wiangkham T, Duda J, Haque MS, Rushton A. Development of an active behavioural physiotherapy intervention (ABPI) for acute whiplash-associated disorder (WAD) II management: a modified Delphi study. BMJ open. 2016; 6(9): e011764.
 48. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008;337:a1655.
 49. Wiangkham T, Duda J, Haque MS, Price J, Rushton A. Acute Whiplash Injury Study (AWIS): a protocol for a cluster randomised pilot and feasibility trial of an active behavioural physiotherapy intervention in an insurance private setting. BMJ open. 2016; 6(7): e011336.
 50. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977; 84(2): 191-215.
 51. Vernon H, Mior S. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. J Manipulative Physiol Ther. 1991; 14(7): 409-15.
 52. MacDermid JC, Walton DM, Avery S, Blanchard A, Etruw E, McAlpine C, et al. Measurement properties of the neck disability index: a systematic review. J Orthop Sports Phys Ther. 2009; 39(5): 400-17.
 53. TRACsa. Clinical guidelines for best practice management of acute and chronic whiplash associated disorders: clinical resource guide. Adelaide: TRACsa: Trauma and Injury Recovery; 2008.
 54. Press MJ, Howe R, Schoenbaum M, Cavanaugh S, Marshall A, Baldwin L, et al. Medicare payment for behavioral health integration. N Engl J Med. 2017; 376(5): 405-7.