

บทความพิเศษ

Review Article

แนวทางการประเมิน วินิจฉัย และรักษา กลุ่มอาการปวดตึงคอและบ่าชนิดไม่จำเพาะ ในการแพทย์ปฐมภูมิ

มยุรี พิทักษ์ศิลป์ พ.บ.

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ อาการปวดตึงคอและบ่าชนิดไม่จำเพาะ พบบ่อยในวัยทำงานใกล้เคียงกับอาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่ยังไม่พบแนวทางการประเมินและรักษาที่มีประสิทธิผล บทความนี้นำเสนอถึงแนวทางการประเมิน วินิจฉัย และการรักษา เพื่อใช้ในการแพทย์ปฐมภูมิ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, และ Science direct ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2548 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2558 คำค้นคือ “mechanical neck pain”, “non-specific neck pain”, “randomized controlled trial”, “systematic review” และ “primary medical care” พบว่า รูปแบบของการประเมินเพื่อวินิจฉัยเน้นประวัติและการตรวจร่างกาย ส่วนการส่งตรวจภาพถ่ายรังสี ตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะทำในกรณีกลุ่ม “red flags” ได้แก่ ปวดคอในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด หรือภาวะติดเชื้อ และกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี ซึ่งต้องระวังมะเร็งระยะแพร่กระจาย การติดเชื้อ กระดูกหัก และหลอดเลือดที่คอหรือสันหลังแตกฉะราวมถึงอาการบาดเจ็บและกลุ่มโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องตนเอง โดยจำแนกความรุนแรงของอาการปวดเป็น 4 ระดับ เพื่อใช้วางแผนทาง ติดตามอาการ ส่งตรวจและรักษา การปวดชนิดนี้มักพบความรุนแรงของอาการปวดระดับ 1 หรือ 2 ส่วนการรักษายังไม่สามารถบอกได้ว่าวิธีใดได้ผลดีกว่ากัน แต่การรักษาแบบผสมผสานช่วยบรรเทาอาการได้เร็วกว่าแบบวิธีเดียว ปัจจัยทำนายผลพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นและประวัติการปวดบริเวณอื่น ๆ ก่อนการปวดตึงคอและบ่า มีผลเชิงลบที่ความเชื่อมั่นปานกลางและสูง การออกกำลังกายเป็นประจำก่อนที่จะเริ่มมีอาการปวดสามารถป้องกันการเกิดการปวดคอเรื้อรังได้ แต่ที่ความเชื่อมั่นระดับต่ำ

คำสำคัญ: ปวดตึงคอและบ่าชนิดไม่จำเพาะ, ทบพวณวรรณกรรมเชิงระบบ, การแพทย์ปฐมภูมิ

บทนำ

อาการปวดตึงคอและบ่าพบได้บ่อยในคนทั่วไปทุกเพศ และทุกช่วงวัย โดยวัยผู้ใหญ่ พบความชุกเท่ากับร้อยละ 30-50 โดยประมาณร้อยละ 2-11 มีอาการรุนแรงจนต้องหยุดทำงาน ส่วนในเด็กและวัยรุ่นพบความชุกเท่ากับร้อยละ 21- 42 และประมาณสองในสามของประชากรทั้งหมดเคยมีอาการตั้งแต่ปวดตึงคอและบ่าเพียงเล็กน้อยจนถึงรุนแรง ทั้งนี้พบได้ใกล้เคียงกับอาการ

ปวดหลังส่วนล่าง⁽¹⁾ จากสถิติของประเทศไทยอาการปวดตึงคอและบ่าเป็นกลุ่มอาการในกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งพบได้เป็นอันดับสองรองจากกลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2546 - 2555 พบว่ากลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจัดอยู่ในอันดับ 4 ของประเทศ โดยเพิ่มขึ้นจาก 9,861,112 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2546 เป็น

20,794,853 ครั้งในปี พ.ศ. 2555⁽²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของต่างประเทศที่พบว่าอาการปวดตึงคอและบ่าเป็นอาการที่พบบ่อยในสังคมตะวันตกโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย^(3,4) และมีอัตราสูงที่สุดในช่วงวัยกลางคน โดยเกือบทั้งหมดจะกลายเป็นอาการปวดเรื้อรัง หรือมีอาการปวดซ้ำๆ ซึ่งมักสัมพันธ์กับท่าทางที่ไม่เหมาะสม เป็นเหตุให้เกิดความไม่สมดุลของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อาการกั้วล ชีเมคร้า อาชีพหรือการเล่นกีฬา⁽¹⁾ ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการปวดตึงคอและบ่าเล็กน้อย โดยอาจจะมีอาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกบริเวณอื่นๆ และมีอาการร่วม เช่น ปวดศีรษะ ปวดข้อต่อขากรรไกร ตาพร่า แม้อาการปวดจะไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต แต่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพการทำงานลดลง⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยในประชากรวัยทำงาน ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลและฟื้นฟูร่างกาย และยังก่อให้เกิดการสูญเสียคุณภาพชีวิต ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สังคมที่ทำงาน ถ้าอาการปวดรุนแรงหรือเรื้อรังก็อาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจ รวมถึงกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตได้⁽⁶⁻⁹⁾ ซึ่งพบผู้ป่วยกลุ่มอาการนี้ได้บ่อยในการแพทย์ปฐมภูมิเช่นกัน และยังไม่มีแนวทางการประเมินและรักษาในเชิงปฏิบัติ ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมข้อมูลในปัจจุบัน เพื่อสรุปเป็นแนวทางการประเมิน วินิจฉัย และรักษากลุ่มอาการปวดตึงคอและบ่าชนิดไม่จำเพาะในการแพทย์ปฐมภูมิ

วิธีการสืบค้นข้อมูล

ผู้ศึกษารวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดตึงคอและบ่าชนิดไม่จำเพาะ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus และ Science direct ในแง่ของระบาดวิทยา (epidemiology) ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) การประเมิน (assessment) การวินิจฉัย (diagnosis) การรักษา และปัจจัยทำนายผลการรักษา (treatment and prognostic factors) ของ non-specific neck pain ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2548 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2558 คำค้นคือ “me-

chanical neck pain”, “non-specific neck pain”, “randomized controlled trial”, “systematic review” และ “primary medical care” พบว่า ในปี พ.ศ. 2551 มีการจัดทีมงานเฉพาะกิจอันประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ คณะกรรมการ ผู้วิจัยและอื่นๆ รวมมากกว่า 50 คนจาก 9 ประเทศ เพื่อสรุปภาพรวมรูปแบบของอาการปวดตึงคอและบ่า จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดจำนวนมากและได้นำมาเผยแพร่ใน 2000-2010 Joint Committee ผู้ศึกษาจึงอ้างอิงวรรณกรรมฉบับนี้และรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2553 จนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2558 จากฐานข้อมูล PubMed, Scopus และ Science direct เฉพาะในกลุ่ม non-specific neck pain ไม่รวมกลุ่มอาการปวดตึงคอและบ่าที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของคอ การบาดเจ็บที่รุนแรง หรือ systemic disease แต่จะกล่าวถึงกลุ่มนี้ในประเด็นของการประเมินอาการและการรักษา เพื่อแยกเป็นกลุ่มที่ทราบสาเหตุ ซึ่งอาการมักรุนแรงและมีวิธีการรักษาเฉพาะตามสาเหตุที่ชัดเจน

กลุ่มอาการปวดตึงคอและบ่า

นิยาม

อาการปวดตึงคอและบ่า (neck pain) สำหรับในบทความนี้หมายถึงกลุ่มอาการ non-specific neck pain, soft tissue หรือ mechanical neck pain คือ อาการปวดตึงบริเวณคอ บ่า หรือไหล่ อันเนื่องมาจากการใช้งานในอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม การเคลื่อนไหวหรือการกระทบกระเทือนของกล้ามเนื้อคอ⁽¹⁰⁾ ซึ่งไม่รวมการปวดตึงคอและบ่าที่เกี่ยวข้องกับ พยาธิสภาพของคอ การบาดเจ็บที่รุนแรง หรือ systemic disease โดยตัดวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโรคฉีกฉีก ก้อนเนื้ออก การติดเชื้อ การบาดเจ็บ ความผิดปกติแต่กำเนิด กระดูกหักหรือข้อเคลื่อน พยาธิสภาพที่ไขสันหลัง ข้ออักเสบรูมาตอยด์ และกลุ่มโรคข้ออักเสบอื่นๆ

ขอบเขตทางกายวิภาคของคอ⁽¹⁰⁾ ซึ่งรวมถึงกลุ่มที่มีหรือไม่มีอาการร้าวไปที่ศีรษะ ลำตัว และแขน ด้านหลัง

เริ่มจาก superior nuchal line ถึง spine of scapula ด้านข้าง เริ่มตั้งแต่ external occipital protuberance มาตามแนวของ superior nuchal line กับ superior border of clavicle จนถึง suprasternal notch

Myofascial trigger points (MTrPs)

Simon และคณะ อธิบายอาการนี้ว่าเป็นเสมือนจุดกล้ามเนื้อที่หดเกร็งจะปวดเมื่อมีการหดตัว ยึด หรือถูกกระตุ้น⁽¹¹⁾ ทางคลินิกแบ่งได้เป็น active และ latent MTrPs ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดและก่อให้เกิดอาการปวดร้าวได้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสาร chemical mediators เช่น bradykinin serotonin หรือ substance P ซึ่งพบในช่วง active อาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการปวดในกลุ่ม mechanical neck pain เช่นกัน และพบว่าอาการปวดร้าวที่กระตุ้นจาก MTrPs ของกล้ามเนื้อ trapezius, levator, scapulae และ sternocleidomastoid ทำให้เกิดอาการในกลุ่ม mechanical neck pain โดยได้สรุปว่าหากรักษา active MTrPs ก็จะช่วยให้อาการปวดตึงคอและบ่าลดลงได้^(10,11)

ปัจจัยเสี่ยง^(1,5,11-13)

วรรณกรรมส่วนใหญ่รายงานว่าอาการปวดตึงคอและบ่าชนิดนี้ไม่ได้เป็นผลจากอาการบาดเจ็บที่รุนแรงหรือจากโรคร้ายแรง อาการมักจะเป็นๆ หายๆ หรือคงอยู่เรื้อรัง และมักปวดเล็กน้อยสลับปวดรุนแรง เกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านกายภาพ ประวัติเคยมีอาการปวดตึงคอและบ่ามาก่อนหรือมีปวดหลังส่วนล่างร่วมด้วย^(1,13) โดยสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น พบบ่อยที่สุดในกลุ่มวัยกลางคนช่วงอายุ 45 ถึง 59 ปี แต่พบลดลงหลังจากอายุ 59 ปี^(1,13) บุคคลที่มีสภาพอารมณ์ จิตใจไม่ดี พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่สัมพันธ์กับอาการปวด รวมถึงปัจจัยจากการทำงานเช่นไม่พอใจในงานที่ทำ ทำางานที่ไม่ถูกหลักการยศาสตร์ เช่น ท่า นั่งของคนทำงานนั่งโต๊ะนานๆ ส่งผลให้เสียความสมดุลของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก สำหรับการออกกำลังกายพบว่าเป็นปัจจัยในการป้องกันอาการปวดตึงคอและบ่า⁽¹⁾ แต่ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าการที่ซื้อกระดูกเสื่อมชนิดไม่มีอาการของ

เส้นประสาทร่วมด้วย เป็นปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดคอ รวมถึงกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ก็ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคเช่นกัน⁽¹⁾

การดำเนินโรค^(13,14)

การดำเนินโรคลำบากคลึงกับอาการปวดหลังที่มักจะเกิดอาการปวดชนิดฉับพลัน คือ ระยะเวลาน้อยกว่า 6 สัปดาห์ ส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นอย่างมากใน 2 เดือน แต่พบว่าร้อยละ 50 ยังคงหลงเหลืออาการปวดอยู่บ้างและมักเกิดอาการซ้ำใหม่ใน 1 ปี โดยประมาณร้อยละ 44 จะดำเนินสู่ภาวะเรื้อรัง เมื่อติดตามการรักษาในระยะยาว ส่วนใหญ่จะมีภาวะพร้อมสมรรถนะในการทำงานระดับปานกลาง^(13,14)

การตรวจประเมินและวินิจฉัย⁽¹¹⁻¹⁴⁾

โดยปกติอาการปวดตึงคอและบ่าชนิดนี้ ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่รุนแรง ประวัติและการตรวจร่างกายจะช่วยจำแนกสาเหตุ ตำแหน่งและการจำแนกโรคเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ส่วนการตรวจเพื่อหาสาเหตุโดยภาพถ่ายรังสี สแกนคอมพิวเตอร์หรือคลื่นแม่เหล็กนั้น จะทำเฉพาะกรณีที่ประวัติและตรวจร่างกายชี้ว่า การตรวจนั้นมีความจำเป็นเท่านั้น^(11,12,13) ดังแสดงในภาพที่ 1

หลักการตรวจร่างกาย⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ ได้แก่

การดู ควรให้ผู้ป่วยถอดเสื้อ นั่งหรือยืนตรงๆ มองทั้งด้านหน้า ด้านข้างและคอด้านหลัง โดยศีรษะควรตั้งตรงเสมอกันกับบ่า ลำคออยู่แนวตรงมีส่วนเว้าด้านข้างเล็กน้อยสมดุลกันทั้ง 2 ข้าง ถ้าศีรษะเอียงไปด้านใดแสดงว่าด้านนั้นมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ แต่ใบหน้าและคางจะหันไปด้านตรงข้าม

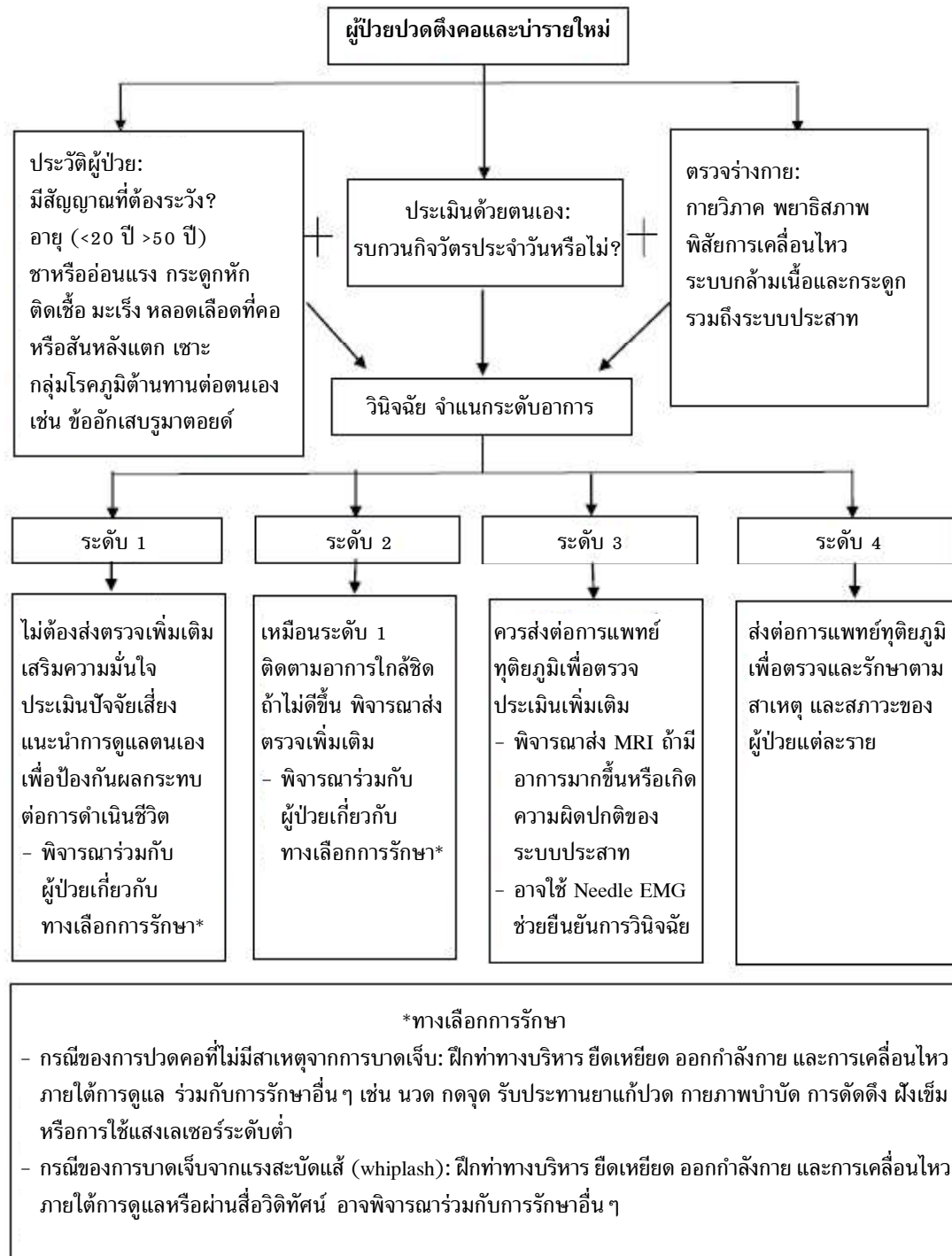
การคลำ เพื่อบอกตำแหน่งพยาธิสภาพ เช่น กดเจ็บ การตึงของกล้ามเนื้อ หรือการนูนของกระดูกคอ

ตรวจพิสัยการเคลื่อนไหว ต้องตรวจทั้ง passive และ active โดยค่าปกติในท่าก้มคางต้องแตะอกได้ ในท่าเงย occiput จะห่างจากส่วนบนสุดของหลังประมาณ 3-4 ช่วงกว้างของนิ้วมือ หันไปด้านข้างได้ 90 องศา คางอยู่ในแนวเดียวกันกับบ่า การเอียงศีรษะทำได้ 45 องศา

การทดสอบด้วยการกระตุ้น ตรวจเพื่อทำให้เกิด อาการบริเวณที่มีพยาธิสภาพ เช่น การกดศีรษะลงตรงๆ (cervical compression test) กดศีรษะลงแล้วเอียงหรือ บิดศีรษะไปด้านข้างที่มีอาการ (Spurling test)⁽¹⁶⁾ ทำให้มี การกดรากประสาทมากขึ้น หรือในรายที่มีหมอนรอง กระดูกคอเคลื่อน เมื่อดึงศีรษะขึ้นจากบ่าแล้วคนไข้มี อาการน้อยลงก็ใช้ทดสอบได้เช่นกัน

การตรวจทางระบบประสาทส่วนคอ มักตรวจระบบ ประสาทของแขนโดยตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (motor) การรับรู้ความรู้สึก (sensation) และปฏิกิริยา

ภาพที่ 1 แนวการประเมินวินิจฉัยจำแนกระดับอาการและรักษา กลุ่มอาการปวดตึงคอและบ่าในการแพทย์ปฐมภูมิ^(11,12)



ตอบสนอง (reflex activity) เช่น ตรวจประสาทมือเตอร์ส่วนบน (upper motor neuron reflex) โดย Lhermitte's sign⁽¹⁶⁾ คือ เมื่อให้ผู้ป่วยก้มคอจะรู้สึกเหมือนไฟฟ้าช็อตไปตามแขนและขา

ปัจจัยที่ทำให้อาการปวดมากขึ้นหรือลดลงนับเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน โดยส่วนใหญ่ non-specific neck pain มักจำแนกได้จากความสัมพันธ์ของอาการปวดกับการพัก นั่นคือ อาการปวดจะดีขึ้นเมื่อพักและรุนแรงขึ้น เมื่อมีกิจกรรมหรือการใช้งาน แต่หากพักแล้วอาการไม่ดีขึ้น ต้องระวังกลุ่มโรคอันตรายโดยมีสัญญาณเตือน (red flags)⁽¹⁴⁾ ได้แก่ ปวดคอในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี อาจเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด หรือภาวะที่เกิดเนื่องจากการเสพยาเสพติดเช่นการติดเฮโรอีน หรือกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี ควรเฝ้าระวังเหตุจากก้อนเนื้อร้าย มะเร็งระยะแพร่กระจาย การติดเชื้อ กระดูกคอหัก หลอดเลือดที่คอหรือสันหลังแตกฉะ ประวัติการบาดเจ็บ กลุ่มโรคภูมิคุ้มกันต้านทานตัวเอง เช่น ข้ออักเสบรูมาตอยด์ อาจมีสาเหตุจากมีการขยับเคลื่อนกันของข้อต่อกระดูกคอข้อที่ 1 และ 2 (atlantoaxial subluxation) หรือมีอาการร่วมของประสาทมือเตอร์ส่วนบน ควรจำแนกสาเหตุอาการปวดจากการที่ไขสันหลังถูกกด หรือกลุ่มโรคปลอกหุ้มประสาทถูกทำลาย (demyelinating disease) โดยอาการปวดจากระบบประสาท มักไม่มีสัญญาณเตือนและเมื่อพักอาการก็

ไม่ทุเลา หากมีอาการปวดด้านเดียวกับที่เอียงคอหรือหันศีรษะมัก เกิดจากพยาธิสภาพที่ข้อกระดูกคอ แต่ถ้ามีอาการปวดด้านตรงข้ามกับที่หันคอก็มักเกิดจากกล้ามเนื้อกรณีปวดตึงคอและบ่าตอนเช้ามักเกิดจากข้อฟาเซท หากเคยคอแล้วปวดตึงแขน เกิดจากการตีบแคบลงของข้อกระดูกสันหลังส่วนคอ (cervical spinal stenosis) แต่หากก้มศีรษะแล้วปวด เกิดจากหมอนรองกระดูกเสื่อม อาการปวดตึงคอและบ่าสามารถจำแนกความรุนแรงได้เป็น 4 ระดับ ดังตารางที่ 1 จากนั้นพิจารณาแนวทางการดูแลตามภาพที่ 1

การรักษา^(12-14,18)

วิธีการบำบัดรักษาอาการปวดตึงคอและบ่านั้นมีหลายวิธีโดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพของงานวิจัยระดับสูงในงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบสนับสนุน แบ่งเป็นการรักษาแบบอนุรักษ์ (non-invasive, conservative treatments) คือ การรักษาที่ไม่มีการใช้สิ่งใด ๆ เข้าสู่ร่างกาย ซึ่งมีหลายวิธี เช่น ยา กิน ยาทา การนวด กดจุด การทำกายภาพบำบัด ในที่นี้รวมถึง การใช้แสงเลเซอร์ระดับต่ำ ผังเข็ม (acupuncture) และการแทงเข็มขนาดเล็กที่จุดปวด หรือ MTrPs (dry needling) โดยให้เหตุผลว่าเป็นวิธีทางกายภาพที่ไม่ได้ใช้ยาหรือสารเคมีใด ๆ เข้าสู่ร่างกาย และไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงต่อผู้ป่วย กับแบบ in-

ตารางที่ 1 จำแนกระดับความรุนแรงของอาการ ปวดตึงคอและบ่าจากประวัติ อาการ และอาการแสดง

ระดับความรุนแรง	อาการและอาการแสดง
ระดับ 1	ปวดตึง ตึงตื้อ แต่อาการปวดไม่กระทบต่อ กิจกรรมประจำวัน หรือรบกวนเล็กน้อย ไม่พบอาการแสดงทางพยาธิสภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รวมถึง ระบบประสาท
ระดับ 2	ปวดคอกระทบต่อกิจกรรมประจำวัน ไม่มีอาการและอาการแสดงทางพยาธิสภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รวมถึงระบบประสาท
ระดับ 3	ปวดคอร่วมกับอาการและอาการแสดงทาง ระบบประสาท เช่น ปฏิกริยาการตอบสนองเอ็นส่วนลึกลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชา หรือการรับรู้ลดลง
ระดับ 4	ปวดคอร่วมกับอาการและอาการแสดง พยาธิสภาพทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รวมถึง ระบบประสาท เฝ้าระวัง red flags เช่น กระดูกหัก ติดเชื้อ มะเร็ง หลอดเลือดที่คอหรือสันหลังแตกฉะ กลุ่มโรคภูมิคุ้มกันต้านทานตัวเอง เช่น ข้ออักเสบรูมาตอยด์

vasive treatments คือ การรักษาที่มีการใช้สิ่งใด ๆ เข้าสู่ร่างกายที่คงอยู่ในกายหรือก่อให้เกิดการทำลายหรือบาดเจ็บที่รุนแรง ในที่นี้คือการฉีดยา และการผ่าตัด พบว่าไม่มีวิธีใดที่สุดที่ได้ผลต่อทุกคน มักต้องใช้วิธีการรักษาหลายๆ วิธีแบบผสมผสานกัน เพื่อให้อาการปวดลดลงเร็วที่สุด

สำหรับการปวดคอชนิดนี้ การเลือกวิธีรักษาขึ้นอยู่กับระดับความปวดของผู้ป่วย และควรให้ผู้ป่วยได้ทราบทางเลือกของการรักษา และตัดสินใจเลือกการรักษาเหล่านั้นได้ ในกลุ่มที่ระดับความรุนแรงของอาการปวดระดับ 1 หรือ 2 การรักษาโดยวิธี non-invasive treatments พบว่าการยืดเหยียดกล้ามเนื้อคอและสะบักนั้นช่วยบรรเทาอาการปวดในระยะฉับพลันได้ดี^(13,18) รวมถึงการฝึกบริหารท่าทาง การออกกำลังกายภายใต้ผู้ดูแล (supervised exercises) และการควบคุมการเคลื่อนไหว การกด-นวด ผังเข็ม ยากินยาแก้ปวด หรือการใช้แสงเลเซอร์ระดับต่ำนั้นได้ผลเช่นกัน^(12,14,18) ส่วนกลุ่มที่บาดเจ็บบริเวณคอจากแรงสะบัดแล้ว (whiplash) นั้นพบว่า การให้สุขศึกษาผ่านวิดีโอ และ supervised exercises นั้นเกิดประโยชน์กว่าการดูแลทั่วไป ส่วนในกลุ่มคนทำงานไม่ได้จำแนกกลุ่มเป็นระดับอาการปวด^(12,14) โดยมีรายงานว่า supervised exercises ร่วมกับการฝึกเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นหรือการฝึกการผ่อนคลายด้วยพฤติกรรมบำบัดนั้นสามารถช่วยลดอาการปวด “possibly helpful” ได้⁽¹²⁾ ส่วนการปรับทางกายศาสตร์ (ergonomic interventions) การพักงานที่ต้องใช้แรง การเข้าโปรแกรมกายภาพบำบัด (rehabilitation programs) การเข้าโปรแกรมการจัดการความเครียด การฝึก การผ่อนคลาย รวมถึง การให้คู่มือการออกกำลังกายนั้น ดูเหมือนไม่มีผลต่อการลดอาการปวด “likely not helpful”⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม หลายงานวิจัยยังต้องศึกษาผลกระทบทางคลินิก รวมถึงการพิจารณารูปแบบการรักษาเป็นกรณีไป ส่วนวิธีการรักษาในผู้ป่วยความรุนแรงระดับ 3 นั้น การรักษาแบบ non-invasive มีข้อมูลวิจัยไม่เพียงพอต่อการสรุปประสิทธิผลการรักษา ส่วนกรณีการรักษา แบบ invasive ให้

พิจารณาคัด epidural corticosteroid injections เพื่อบรรเทาชั่วคราวจากอาการ radiculopathy และพิจารณาผ่าตัดเมื่อพบพยาธิสภาพที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ในผู้ป่วยกลุ่มความรุนแรงระดับ 4 ซึ่งมีพยาธิสภาพชัดเจน การผ่าตัดนั้นมีประสิทธิภาพต่อการรักษาและควรแนะนำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษา^(12,17)

ปัจจัยทำนายผลการรักษา⁽¹⁹⁻²⁰⁾

การทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบโดย ICON⁽¹⁹⁾ พบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายผลของอาการปวดตึงคอและบ่าจากการทำงานและ non-specific neck pain โดยพบว่า มีเพียง 2 ปัจจัยที่มีความเชื่อมั่นระดับปานกลางและสูง สามารถใช้เป็นปัจจัยทำนาย ให้ผลเชิงลบ (negative outcome) ได้แก่ การที่เคยมีประวัติการเจ็บปวดด้านโครงสร้างและกล้ามเนื้อส่วนอื่นของร่างกายก่อนที่จะมีอาการปวดตึงคอและบ่าในปัจจุบันและอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้ระบุช่วงวัยที่ชัดเจน ส่วนระดับของกิจกรรมทางกายไม่มีผลกระทบต่ออาการปวดคอแต่กรณีนี้ยังต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลกระทบ⁽²⁰⁾ ในแง่ปัจจัยป้องกัน พบว่าการออกกำลังกายเป็นประจำก่อนเกิดอาการปวดตึงคอ และบ่า นั้นมีผลต่อการป้องกันปัญหาในระยะยาวได้ที่มีความเชื่อมั่นระดับต่ำ⁽¹⁹⁾

สรุป

เชิงระบาดวิทยา พบว่าอาการปวดตึงคอและบ่าชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุจำเพาะเป็นอาการที่พบบ่อยทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะช่วงวัยทำงาน และความชุกค่อย ๆ ลดลงในวัยสูงอายุ อาจจากการที่สภาพโครงสร้างกล้ามเนื้อและกระดูกที่เสื่อมลงแปรเปลี่ยนเป็นอาการปวดคอจากสาเหตุของข้อต่อและกระดูกสันหลังเพิ่มขึ้น หรือจากการลดบทบาทหน้าที่ การทำงานอันส่งผลให้อาการปวดลดลงก็เป็นได้ ส่วนรูปแบบของการประเมินเพื่อจำแนกกลุ่มนั้น เน้นประวัติและตรวจร่างกายเป็นสำคัญมากกว่าการส่งตรวจภาพถ่ายรังสีหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ เว้นแต่ ข้อมูลเข้าได้กับกลุ่ม Red flags คือ ผู้ป่วยปวดคอในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี และในกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี หรือ

ในกลุ่มประวัติและอาการของกระดูกหัก การติดเชื้อ โรคกระดูกพรุน โรคทางระบบภูมิคุ้มกัน เช่น ข้ออักเสบ-รูมาตอยด์ อันต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ซึ่งตามผังการจำแนกกลุ่มของอาการนั้นมีประโยชน์และสะดวกในทางปฏิบัติ เพื่อเป็นแนวทางประเมินผู้ป่วยสำหรับหน่วยบริการทางการแพทย์ปฐมภูมิ ส่วนวิธีการรักษา non-specific neck pain ซึ่งมักพบในกลุ่มระดับความรุนแรง 1 หรือ 2 นั้น ควรเลือกการรักษาแบบผสมผสานเพราะช่วยบรรเทาอาการให้เร็วกว่ารักษาด้วยวิธีเดียว โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละหน่วยปฐมภูมิ ทำให้ลดระยะเวลาการรักษา ฟื้นฟูสภาพได้ดีขึ้นและอาจป้องกันการเกิด อาการซ้ำหรือเรื้อรังได้ เมื่อผู้ป่วยบรรเทาปวดก็สามารถทำงานและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

เอกสารอ้างอิง

- Hogg-Johnson S, Van der Velde G, Carroll LJ, Holm LW, Cassidy JD, Guzman J, et al. The burden and determinants of neck pain in general population, results of Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Eur Spine J* 2008;17 (suppl 1):S39–S51.
- National Statistical Office, Number of out-patients by 21 cause groups according from health service units, ministry of public health, whole kingdom: 2003 – 2012 [Internet]. [cited 2015 Oct 22]. Available from: http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/tables/00000_Whole_Kingdom/out-46-55.xls
- Carey TS, Freburger JK, Holmes GM, Jackman A, Knauer S, Wallace A, et al. Race, care seeking and utilization for chronic back and neck pain: population perspectives. *J Pain* 2010;11:343–50.
- Fejer R, Kyvik KO, Hartvigsen J. The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of literature. *Eur Spine J* 2006;15:834–48.
- Hoy DG, Ptotani M, De R, Buchbinder R. The epidemiology of neck pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2010;24:783–92.
- Rezai M, Côté P, Cassidy JD, Carroll L. The association between prevalent neck pain and health related quality of life: a cross-sectional analysis. *Eur Spine J* 2009;18: 371–81.
- Salo PK, Häkkinen AH, Kautiainen H, Ylinen JJ. Effect of neck strength Training on Health-related quality of life in females with chronic neck pain: a randomized controlled 1-year follow up study. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. [cited 2015 Oct 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2877013/>
- Portero P, Genriès V. An update of neck muscle strength: From isometric to isokinetic assessment. *Isokinetics and Exercise Science* 2003; 11: 1–8.
- Muñoz-Muñoz S, Muñoz-García MT, Alburquerque-Sendín F, Arroyo-Morales M, Fernández-de-las-Peñas C. Myofascial trigger points, pain, disability and sleep quality in individuals with mechanical neck pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* [Internet] 2012 [cited 2015 Oct 22]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0161475412001546>
- Guzman J, Hurwitz EL, Carroll LJ, Haldeman S, Côté P, Carragee EJ, et al. A new conceptual model of neck pain: Linking onset, course and care: The bone and joint decade 2000–2010 task force on neck pain and its associated disorders, *Eur Spine J* 2008;33(Suppl 4):S14–S23.
- Simons DG, Travell J, Simons LS. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual, Vol 1. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
- Institute for work and health, Neck pain evidence summary [Internet]. [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://www.iwh.on.ca/neck-pain-evidence-summary>
- Childs JD, Cleland JA, Elliott JM, Teyhen DS, Wainner RS, Whitman JM, et al. Neck pain: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther* 2008;38:A1–A34.

14. Hurwitz EL, Carragee EJ, Van der Velde G, Carroll LJ, Nordin MC, Guzman J, et al. Treatment of neck pain: Noninvasive interventions, Results of Bone and Joint Decade 2000–2010 task force on neck pain and its associated disorders. *Eur Spine J* 2008;17(suppl 1): S123–S5.
15. อำนวย อุณนันทน์. เรื่องของกระดูกสันหลังที่ควรรู้. กรุงเทพมหานคร: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล; 2542.
16. Gore RD. The evaluation of patients with neck pain, *Medscape Orthopaedics & Sports Medicine eJourn*. [Internet] 2001[cited 2016 Apr 15]. Available from: http://www.medscape.com/viewarticle/408540_4
17. Carragee EJ, Hurwitz EL, Cheng I, Carroll LJ, Nordin MC, Guzman J, et al. Treatment of neck pain: Injection and surgical interventions, Results of Bone and Joint Decade 2000–2010 task force on neck pain and its associated disorders. *Eur Spine J* 2008;17(suppl 4): S153–S69.
18. Cohen SP. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain [Internet] Bangkok: Mayo clinic proceeding 2015 [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.008>
19. Walton D, Carroll L, Kasch H, Sterling M, Verhagen A, MacDermid J, et al. An overview of systematic reviews on prognostic factors in neck pain: Results from the international collaboration on neck pain (ICON) project. *The Open Orthopedics Journal* 2013;7(Suppl 4):494–505.
20. Sitthipornvorakul E, Janwantanakul P, Purepong N, Pensri P, van der Beek AJ. The association between physical activity and neck and low back pain: a systematic review. *Eur Spine J* 2011;20:677–89.

Abstract: Non-Specific Neck Pain: Guideline for Assessment, Diagnosis and Treatment in Primary Medical Care

Mayuri Phithaksilp M.D.

Division of Community, Family and Occupational Medicine, Faculty of Medicine Burapha University.

Journal of Health Science 2016;25:760-8.

Neck pain is a symptom as common in working age as low back pain; and requires high treatment cost. Effective treatment of non-specific neck pain is not clearly available. The objective of this review was to provide guidance on the assessment, diagnosis and treatment of non-specific neck pain in primary care. The review procedure was conducted by searching database from PubMed, Scopus and Science using “mechanical neck pain”, “non-specific neck pain”, “randomized controlled trial”, “systematic review” and “primary medical care” as the keywords. Eligible studies included risk factors, assessment and diagnosis, treatments and prognosis covering the period from January 2005 to June 2015. It was found that the pattern of the neck pain assessment was mainly focused on the history and physical examination. Clinical radiographic or laboratory test were rarely required unless the patient had “red flags” features such as neck pain in patients younger than 20 years of age which might be associated with congenital abnormalities or infections; and patients over 50 years old who might need to rule out metastatic cancer, infections, vertebral fracture, carotid or vertebral artery dissection and autoimmune disease. The severity of neck pain could be categorized into 4 grades for monitoring symptoms and considering further investigation and treatment. Most cases of the neck pain were grade 1 or 2; and varieties of remedies were likely to be helpful. Combination of treatments showed more effectiveness than single treatment. The factors that provided high or moderate confidence in their ability to predict a negative outcome were a history of other musculoskeletal disorders prior to the current episode of neck pain and older age. In addition, regular exercise before the development of non-specific neck pain might have a protective effect against long-term problems, although the confidence was low.

Key words: non-specific neck pain, systematic review, primary medical care