

การรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อโดยวิธีการฝังเข็ม

พ.ต.ท.หญิง กัตติกา ภูมิพิทักษ์กุล, พ.บ.

พ.ต.อ.ชรินทร์ สุดโนริกุล, พ.บ.

พ.ต.ท.หญิง ประภาพร ศิริทรัพย์, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลตำรวจ

พ.ต.ท.หญิง กัตติกา ภูมิพิทักษ์กุล, พ.ต.อ.ชรินทร์ สุดโนริกุล, พ.ต.ท.หญิง ประภาพร ศิริทรัพย์. การรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อโดยวิธีการฝังเข็ม. เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2545; 12(1): 8-14

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อต้องการทราบอุบัติการณ์ความชุกและผลการรักษาด้วยวิธีฝังเข็ม

สถานที่ทำการศึกษา : ที่งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลตำรวจ

รูปแบบการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มที่ทำการศึกษา : ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่งานเวชศาสตร์ฟื้นฟูด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อ 136 คน เป็นชาย 49 คน และเป็นหญิง 87 คน ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2543 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2544

วิธีการ : ผู้ป่วยได้รับการรักษาจุดปวดที่กล้ามเนื้อ (trigger point) ด้วยการฝังเข็มและประคบความร้อน ประมาณ 10 นาที ร่วมกับการสอนการยืดกล้ามเนื้อด้วยตนเองเฉพาะมัดหรือกลุ่ม โดยให้ทำวันละ 2 - 5 ครั้ง

ผลการศึกษา : กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ (myofascial pain syndrome) พบได้บ่อยในประชากรวัยสูง อายุ 60 - 70 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า กลุ่มอาชีพทำงานเบา 105 ราย อาชีพใช้แรงงาน 31 ราย กล้ามเนื้อที่พบ trigger point มากที่สุดคือ trapezius อาการแสดงที่เป็นคือ ปวดไหล่และแขน 58 ราย ปวดสะโพกและขา 68 ราย ส่วนใหญ่เป็นอาการปวดเรื้อรัง 83 ราย (61%) การรักษาด้วยวิธีฝังเข็มร่วมกับยืดกล้ามเนื้อได้พอใจและดี 114 ราย (83.8%) ผลแทรกซ้อนจากการฝังเข็ม พบ 9 ราย (6.6%) คือภาวะเลือดออก 6 ราย บาดเจ็บอวัยวะภายใน 1 ราย และอื่นๆ 2 ราย

สรุป : กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ (myofascial pain syndrome) มีความชุกอยู่ในกลุ่มอาการปวดเรื้อรัง อาชีพทำงานเบา และในเพศหญิงการฝังเข็มร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อได้ผลดีในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ (myofascial pain syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไปและมีความเกี่ยวข้องกับแพทย์หลายสาขาเพราะอาการปวดเกิดได้กับทุกส่วนของร่างกาย การวินิจฉัยยังเป็นปัญหาหลักของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อนี้ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมทั้งๆที่การพยากรณ์โรคส่วนใหญ่ดี⁽¹⁾

สาเหตุของ myofascial trigger point ส่วนใหญ่เชื่อกันว่าเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อทำงานเกิน (muscle overload) เช่นการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อที่รุนแรงหรือเล็กน้อย ความเครียดทางจิตใจ และ บ่อยครั้งที่พบร่วมกัน สมมติฐานกลไกพยาธิสรีระของ myofascial trigger point ที่สำคัญและได้รับการกล่าวถึงในปัจจุบัน คือ⁽¹⁾

1. Energy crisis theory อธิบายโดยมีการรั่วไหลของ Ca⁺⁺ จาก sarcoplasmic reticulum เข้าไปยัง sarcolemma จากนั้น Ca⁺⁺ ก็ไปรวมกับATP ทำให้actin จับกับmyosin เกิดเป็นการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ (pathologic muscle contraction) เวลาคลำจึงได้ความรู้สึกเป็นก้อน (palpable nodule) ส่วนใยกล้ามเนื้อแข็งตึงเป็นลำเรียกว่า tautband และเกิดภาวะบวมเฉพาะที่ (local edema) จะพบ discharge mast cell ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิด histamine และ serotoninที่ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อจุดนี้ถูกกระตุ้นมากพอก็จะเกิด depolarization ปรากฏอาการ active trigger point

2. Motor endplate hypothesis ผลการศึกษาในปัจจุบันพบว่า trigger point คือ end plate dysfunction หรือตำแหน่งของ neuromuscular junction ที่มีความผิดปกติในการทำงานมีการสร้างและหลั่งสารacetylcholine ออกจาก motor nerve terminal มากกว่าในภาวะปกติถึง 100 - 1000 เท่า เกิด sustained sarcomere contraction และในที่สุดเกิด energy crisis ตามมา โดยมีหลักฐานสนับสนุนจากผลการตรวจด้วยเครื่องตรวจกล้ามเนื้อและเส้นประสาท (electromyography) ว่ามี end plate noise และ end plate spike กระจายไปไกลกว่าปกติ ความสำคัญของการรักษา MPS (myofascial pain syndrome) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ การรักษาที่จุด TrP (trigger point)ร่วมกับนั้ไขปัจจัยเสริม การรักษาที่จุด TrP มีหลายวิธีที่กล่าวในตำราสากลเช่น การฉีดยาเข้าที่จุด TrP (trigger point injection), การสเปรย์กล้ามเนื้อด้วย

ความเย็นแล้วตามด้วยการบริหารยืดกล้ามเนื้อ (stretch and spray) การใช้ความร้อนในการรักษา (heat therapy), การนวด (massage),การฝังเข็ม (chinese acupuncture) ส่วนยา (drug therapy) นั้นจะไม่จัดว่าเป็น การรักษาเฉพาะ แต่ก็มียประโยชน์ในหลายกรณีที่สำคัญคือช่วยเบาเทาอาการปวด คณะผู้ทำการศึกษาใช้แนวคิดของตะวันตกหรือแพทย์แผนปัจจุบันเกี่ยวกับการฝังเข็ม(dry needling) ซึ่งแตกต่างจากการฝังเข็มแบบต้นตำรับ(traditional chinese acupuncture) โดยเราใช้เข็มแบบต้นตำรับและทำการแทงเข็มนี้เพื่อไปสลายจุด TrP ร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อเฉพาะมัดหรือกลุ่ม (autostretching) ในหลักการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ (myofascial pain syndrome).

วัตถุประสงค์

1. เพื่อต้องการทราบอุบัติการณ์และความชุกของกลุ่มอาการนี้ในโรงพยาบาลตำรวจ
2. เพื่อต้องการทราบผลการรักษาด้วยวิธีการฝังเข็มร่วมสมัย รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

การวิเคราะห์ทางสถิติ

1. หาค่าเฉลี่ย (mean) ค่าฐานนิยม (mode) ค่าร้อยละ (percentage)
2. ให้ผู้ป่วยประเมินอาการปวดโดยใช้ visual analogue scale (VAS) ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรง 100 มิลลิเมตร บอกถึงอาการปวดโดยปลายทางซ้ายสุดแสดงถึงไม่มีอาการปวดและปลายทางขวาสุดแสดงถึงอาการปวดมากที่สุดเป็นคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนนเพื่อประกอบการประเมินของตนเอง
3. ให้ผู้ป่วยประเมินอาการของตนเอง (patient global assessment) โดยให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเองและแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

- 0 = ไม่มี (0%)
- 1 = ดีขึ้นเล็กน้อย (1-25%)
- 2 = ดีปานกลาง (26-50%)
- 3 = พอใจ (51-75%)
- 4 = ดี (>75%)

สถานที่ทำการศึกษา

ทีมงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลตำรวจ

กลุ่มที่ทำการศึกษา

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทันทีงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อ 136 คน เป็นชาย 49 คน และเป็นหญิง 87 คน ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2543 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2544

วิธีการ

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น myofascial pain syndrome โดย

1. มีประวัติของอาการปวดกล้ามเนื้อ

2. การตรวจร่างกายจะต้องพบจุด TrP (trigger point) ที่มีลักษณะเฉพาะคือ เป็นจุดที่ไวต่อการกระตุ้นอยู่ในลำแข็ง (taut band) ของกล้ามเนื้อ สามารถกระตุ้นให้เกิดการปวดร้าวที่มีแบบแผนเฉพาะจุด อาจคลำได้ local twitch response ในกล้ามเนื้อที่อยู่ไม่ลึก

ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเฉพาะที่จุด TrP ด้วยการฝังเข็มร่วมสมัยและประคบความเย็นประมาณ 10 นาที ร่วมกับการสอนการยืดกล้ามเนื้อเฉพาะมัดหรือกลุ่มด้วยตนเองโดยให้ทำวันละ 2-5 ครั้ง

ลักษณะเข็มที่ใช้คือ filiform needle ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.25 มิลลิเมตร ความยาว 25 ถึง 75 มิลลิเมตร ขึ้นกับกล้ามเนื้อที่ทำการรักษา

ทุกครั้งที่ทำกรักษาจะให้ผู้ป่วยประเมินอาการปวดโดยใช้ visual analogue scale (VAS) และเมื่อสิ้นสุดการรักษาให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาการของตนเอง (patient global assessment)

ผลการศึกษา

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อพบได้บ่อยในประชากรวัยสูงอายุ 60 - 70 ปี อายุน้อยสุด 13 ปี มากสุด 86 ปี (ตารางที่ 1) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่าคือ เป็นเพศหญิง 87 คนและเป็นเพศชาย 49 คน (ตารางที่ 2) กลุ่มอาชีพทำงานเบาหมายถึง กลุ่มแม่บ้าน งานธุรการ งานบริการ และงานในสำนักงานพบได้มากกว่า คือ พบ 105 ราย

กลุ่มอาชีพใช้แรงงานหมายถึงกลุ่มกรรมกร ผู้ใช้

อายุ	จำนวน (ราย)
< 20	1
21-30	8
31-40	9
41-50	30
51-60	38
> 61	50

ตารางที่ 1 แสดงอายุผู้ป่วย จากผู้ป่วย 136 ราย พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปีพบว่ามี 50 ราย, ช่วงอายุ 51-60 ปีมี 38 ราย, ช่วง 41-50 ปีพบว่ามี 30 ราย และน้อยกว่าอายุ 20 ปีมี 1 ราย

	ชาย	หญิง
136	49	87

ตารางที่ 2 แสดงเพศของผู้ป่วย จากผู้ป่วย 136 ราย: เป็นเพศชาย 49 ราย และเป็นเพศหญิง 87 ราย

ทำงานหนัก	31 (ราย)
ทำงานเบา	105 (ราย)

ตารางที่ 3 แสดงกลุ่มอาชีพ พบว่าที่ทำงานหนัก ได้แก่ กรรมกรและผู้ใช้แรงงาน มี 31 ราย ส่วนกลุ่มอาชีพทำงานเบาได้แก่กลุ่มแม่บ้าน งานธุรการ งานบริการ มีรวมกัน 105 ราย กลุ่มแม่บ้าน งานธุรการ งานบริการ และงานในสำนักงานพบได้มากกว่าคือพบ 105 ราย

แรงงานมี 31 ราย (ตารางที่ 3)

กล้ามเนื้อที่พบ TrP (trigger point) มากที่สุดคือ trapezius ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อในส่วนแกนกลางของร่างกาย คือพบ 39 จุด รองมาคือกล้ามเนื้อ quadriceps พบ 37 จุด ส่วนกล้ามเนื้ออื่นๆ ที่พบได้บ่อยเช่นกัน คือ gluteus, infraspinatus, scalene, deltoid, gastrocnemius, quadratus lumborum ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

อาการแสดงที่เป็นและมาพบแพทย์คืออาการปวด โดยมีบริเวณปวดสะโพกและขา 68 ราย อาการปวดไหล่และแขน 58 ราย ปวดบริเวณศีรษะและคอ 37 ราย

กล้ามเนื้อ	จุด	กล้ามเนื้อ	จุด
trapezius	39	quadriceps	37
infraspinatus	27	gluteus	28
scalene	27	gastorc	25
deltiod	25	quad.L.	15
etc.	77		

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนจุด TrP (trigger point) โดยพบมากที่สุดในกลุ่มเนื้อ trapezius 39 จุด ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อแกนกลางของร่างกายส่วนบน และพบในกลุ่มเนื้อ quadriceps 37 จุด ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อของระยางค์ขาและกล้ามเนื้ออื่นๆรวมกัน 77 จุด

ความรู้สึกร้าว 11 ราย ปวดหลัง 6 ราย และรู้สึกว้าว 11 ราย (ตารางที่ 5) ส่วนใหญ่มีอาการปวดเรื้อรังคือมีอาการปวดมากกว่า 6 เดือนพบ 83 ราย คือ 61% ปวดระหว่าง 2-6 เดือนพบ 27 ราย คิดเป็น 19.8% และมีปวดเฉียบพลันหรือช่วงระยะเวลาน้อยกว่า 2 เดือน พบ 26 ราย คิดเป็น 19.2% (ตารางที่ 6)

จำนวนจุด TrP ที่พบ 2 จุด พบมากที่สุดคือ 34 ราย TrP 3 จุด พบ 28 ราย TrP 4 จุด พบ 23 ราย นอกนั้นพบไม่ถึง 20 ราย และมีเพียง 1 รายที่พบ TrP มากถึง 11 จุด (ตารางที่ 7)

จำนวนจุด Trp (จุด)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	จำนวนจุด TrP (จุด)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
1	13	7	5
2	34	8	0
3	28	9	2
4	23	10	3
5	19	11	1
6	8		

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนจุด TrP (trigger point) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พบจุด TrP 2 จุด คือมี 34 ราย, พบ 3 จุด มี 28 ราย, พบ 4 จุดมี 23 ราย และพบมากที่สุด 11 จุดมี 1 ราย

อาการแสดง	จำนวน (ราย)
ปวดคอและศีรษะ	37
ปวดแขนและไหล่	58
ปวดหลัง	6
ปวดสะโพกและขา	68
อาการชา	11

ตารางที่ 5 อาการแสดง พบว่า ที่มาพบแพทย์โดยมีอาการปวดกล้ามเนื้อสะโพกและขา 68 ราย ปวดกล้ามเนื้อหัวไหล่และแขน 58 ราย ปวดกล้ามเนื้อคอและศีรษะ 37 ราย ปวดบริเวณกล้ามเนื้อหลัง 6 รายและมีอาการชา 11 ราย

ระยะเวลา (เดือน)	จำนวน (ราย)
acute (<2)	26
subacute (2-6)	27
chronic (>6)	83

ตารางที่ 6 แสดงระยะเวลาที่มีอาการ พบว่า ปวดเรื้อรัง (มากกว่า 6 เดือน) มี 83 ราย อาการปวดระหว่าง 2-6 เดือน มี 27 ราย ปวดเฉียบพลัน (น้อยกว่า 2 เดือน) มี 26 ราย

ผู้ป่วยทำการฝังเข็ม 2 ครั้งมี 41 ราย 3 ครั้งมี 29 ราย รวมทั้งสิ้น 70 รายซึ่งในจำนวนนี้มีถึง 55 รายหรือคิดเป็น 78% ที่ได้ผลระดับพอใจ และตี ทำการฝังเข็ม 22 ครั้ง มี 1 รายเป็นชาย และกล้ามเนื้อที่พบ TrP รวม 9 มัดมีอาการปวดมากกว่า 6 เดือน ผลการรักษาอยู่ในระดับ 3 (พอใจ 51-75%) (ตารางที่ 8)

การรักษาด้วยวิธีฝังเข็มร่วมกับยืดกล้ามเนื้อได้ระดับ 0 (ไม่ตี) มี 2 ราย ระดับ 1 (ดีเล็กน้อย) มี 6 ราย และระดับ 2 (ปานกลาง) มี 14 ราย รวมระดับ 0 ถึง 2 มีทั้งสิ้น 22 ราย คิดเป็น 16.2% ระดับ 3 (พอใจ)มี 28 รายและระดับ 4 (ดี) มี 86 รายระดับ 3 และ 4 รวมกันได้ 114 ราย คิดเป็น 83.8% (ตารางที่ 8)

ผลแทรกซ้อนจากการฝังเข็ม พบ 9 ราย (6.6%) คือภาวะเลือดออกใต้ผิวหนังหรือเขียวช้ำมี 6 ราย บาดเจ็บอวัยวะภายใน 1 ราย รู้สึกง่วงนอน 1 ราย และรู้สึกชา 1 ราย (ตารางที่ 9)

ผลการรักษา	%	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
ไม่ตี	0	2 ราย (1.5%)
ดีขึ้นเล็กน้อย	<25	6 ราย (4.4%)
ดีขึ้นปานกลาง	26-50	14 ราย (10.3%)
พอใจ	51-75	28 ราย (20.6%)
ดี	> 75	86 ราย (63.2%)

ตารางที่ 8 แสดงผลการรักษา พบว่า ได้ผลดี มี 86 ราย คิดเป็น 63.2% ได้ผลพอใจ มี 28 ราย คิดเป็น 20.6% รวมกันได้ 114 ราย คิดเป็น 83.8% ได้ผลปานกลาง มี 14 รายคิดเป็น 10.3% ได้ผลดีเล็กน้อย มี 6 รายคิดเป็น 4.4% และไม่ตี มี 2 รายคิดเป็น 1.5%

ผลแทรกซ้อน	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)
เลือดออก ฟกช้ำ	6 ราย (4.4%)
บาดเจ็บอวัยวะภายใน	1 ราย (0.7%)
ง่วงนอน	1 ราย (0.7%)
อาการชา	1 ราย (0.7%)

ตารางที่ 9 แสดงผลแทรกซ้อน แสดงให้เห็นว่ามีผลแทรกซ้อน 9 ราย พบว่า มีเลือดออกใต้กล้ามเนื้อ ฟกช้ำหรือเขียวช้ำ 6 ราย บาดเจ็บอวัยวะภายใน ง่วงนอน และมีอาการชา อย่างละ 1 ราย รวม 3 ราย

วิจารณ์

ในประเทศไทย น.พ. อานนท์และคณะ⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาในประชากร 2463 คน ใช้เวลาสำรวจ 7 วัน มีผู้ที่มีอาการเข้าได้กับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ (myofascial pain syndrome) 55 คน คิดเป็น 6.3% และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.4 เท่า ช่วงอายุตั้งแต่ 31-60 ปี Kraft GH และคณะ⁽³⁾ ได้สำรวจผู้ป่วยที่มารักษาในแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูพบว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ (myofascial pain syndrome) นั้นอยู่ในช่วงอายุ 31-50 ปี และ Simoms DG⁽⁴⁾ พบว่าในเวชปฏิบัติทั่วไปมีผู้ป่วยถึง 30% ที่มีอาการปวดเกิดจาก myofascial pain ส่วน Lee KH และคณะ⁽⁵⁾ ก็พบว่ากลุ่มอาการปวดจาก myofascial pain syndrome เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและจุดกดเจ็บ (trigger point) มักจะอยู่ที่กล้ามเนื้อแกนกลาง (axial muscle group) ของร่างกาย โดยพบในเพศหญิง 78-84% ซึ่งอธิบายได้ว่าในเพศหญิงมี pain pressure threshold ต่ำกว่าเพศชายส่วน Sola และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า ในผู้ป่วย 200 รายมีจุดกดเจ็บแฝง (latent trigger point) 54% ในเพศหญิง และ 45% ในเพศชาย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปีและเป็น เพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาของน.พ. อานนท์และคณะ Lee KH และคณะ Sola และคณะ แต่แตกต่างกันที่ช่วงอายุที่พบคือ การศึกษาของเราพบในผู้สูงอายุแต่การศึกษาของท่านอื่นๆจะพบอยู่ในช่วงของวัยทำงานอาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยถูกมองข้ามในการวินิจฉัยและไม่ได้ส่งมาปรึกษาที่งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู นอกจากนั้นงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นที่ทำการของชมรมผู้สูงอายุและช่วยดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจ มีผู้ป่วย 83 ราย หรือ 61% มีอาการปวดเรื้อรังมานานมากกว่า 6 เดือน อาการแสดงคืออาการปวด โดยมีปวดบริเวณหัวไหล่และแขน 58 ราย บริเวณสะโพกและขา 68 ราย เช่นเดียวกับการศึกษาของท่านอื่นๆและในตำราที่เขียนไว้และกล้ามเนื้อที่พบจุด trigger point บ่อยคือ กล้ามเนื้อ trapezius ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อแกนกลางของร่างกาย ผลข้างเคียงที่พบ 6 รายว่ามีรอยเขียวช้ำจากภาวะเลือดออกนั้น อาจเกิดจากการห้ามเลือดไม่เพียงพอ และ 1 ใน 6 รายนี้รับประทานยาที่ยับยั้งการเกาะตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelet aggregation) มี 1 รายที่คาดว่ามีการบาดเจ็บอวัยวะภายในคือเกิดภาวะลมเข้าช่องปอด (pneumothorax) หลังจากฝังเข็มที่กล้ามเนื้อ paraspinal

ระดับทรงอก โดยใช้เข็มที่มีความยาว 40 มิลลิเมตร ผู้ป่วยรู้สึกแน่นหายใจไม่สะดวกและนอนพักสักครู่ก็รู้สึกดีขึ้นจึงไม่ได้พิสูจน์ให้แน่ชัด อีก 2 รายหลังจากฝังเข็มรู้สึกง่วงนอน และซา การรักษาได้ผลดีมี 86 รายและได้ผลพอใจมี 28 ราย รวมกันได้ 114 ราย (83%) และ 55 รายใน 114 ราย (78%) ทำการฝังเข็ม 2 ครั้ง และฝังเข็ม 3 ครั้ง ได้ผลพอใจและดีซึ่งเป็นแนวทางที่บอกว่าการรักษาจะได้ผลหรือไม่เมื่อทำการรักษาด้วยวิธีนี้ไปแล้ว 3 ครั้ง มี 2 รายที่ไม่ดีขึ้นเลย เป็นเพศชาย รายแรกอายุ 36 ปี มีอาการปวดสับกขวาทำการฝังเข็มไป 3 ครั้ง แพทย์ผู้รักษาขอหยุดและเปลี่ยนการรักษาโดยให้ยารับประทานเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรียกร้องเกี่ยวกับหน้าที่การทำงานและมีความวิตกกังวล รายที่ 2 อายุ 63 ปีมีอาการปวดน่องและปวดสันเท้าขวาทำการฝังเข็มบริเวณน่อง 2 ครั้ง ผู้ป่วยมีอาการเจ็บกล้ามเนื้อ (soreness) จึงขอหยุดการรักษา สรุปคณะผู้ทำการศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ (myofascial pain syndrome) มีความชุกในกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง กลุ่มที่ทำงานเบาและในเพศหญิง การฝังเข็ม (dry needling) ร่วมกับการยืดกล้ามเนื้อกล้ามเนื้อเฉพาะมัดหรือกลุ่มด้วยตนเอง เป็นวิธีหนึ่งที่ได้ผลดีในการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ นอกจากนี้จะเป็นการลดค่าใช้จ่ายและลดการใช้ยาต้านอักเสบของข้อและกระดูก ซึ่งผู้ทำการศึกษาคั้งนี้จะศึกษาต่อเนื่องเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช. Myofascial pain syndrome: A common problem in clinical practice. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด, 2542:3-17
2. อานนท์ พงศรกุลพานิช, พรชิตา ชัยอำนวนย, ไพจิตร อัครบดี อรุยา ก้องเกียรติงาม. Myofascial pain syndrome in Thai community. จุลสารรูมาติสซั่ม 2538; 4 :2-9.
3. Kraft GH, Johnson EW, LaBan MM. The fibrositis syndrome. Arch Phys Med Rehabil 1968; 49 :152-62.
4. Simons DG. Clinical and etiology update of myofascial pain from trigger points. J Musculoske Pain 1996;4:93-121.
5. Lee KH, Lee MH, Kim HS, Chung SC. Pressure pain thresholds (PPT) of head and neck muscles in normal population. J Musculoske Pain 1994; 2 :67-82.
6. Sola AE, Bonica JJ. Myofascial pain syndrome. In : Bonica JJ, Loeser JD, Chapman CR, et al, eds. The management of Pain. Philadelphia: Lea & Fabiger, 1990 ; 352-67.

Treatment of Myofascial Pain Syndrome by Dry Needling in General Police Hospital

Pol.It.col. Kattika Phumiphithakkun ,M.D.

Pol.col. Chanin Soodnoreekun,M.D.

Pol.col. Prapaporn Sirisabya,M.D.

Department of Rehabilitation Medicine , General Police Hospital.

Phumiphithakkun K, Soodnoreekun C, Sirisabya P, Treatment of myofascial pain syndrome by dry needling in general police hospital. J Thai Rehabil 2002 ; 12(1): 8-14

Abstract

Objective: To study the prevalence and incidence of myofascial pain syndrome in Police general hospital and the result of the treatment by contemporary acupuncture.

Design : Prospective descriptive study

Material and method : Consecutive patient who was diagnosed myofascial pain syndrome at department of rehabilitation medicine , Police general hospital during December 15, 2000 to June 30,2001. The dry needling were performed for the trigger point and followed by cold compress for 10 minutes. The isolate or group of muscles for self autostretching 2 to 5 times daily was recommended

Result : Myofascial pain found in old aged people 60-70 years old, which is female more than male 1.7 time. They are 105 light workers and 31 labors. Trapezius muscle is the most common found trigger point. Fifty eight (58) had shoulder and arm pain, sixty eight (68) had hip and leg pain. The 83 of 136 (61%) had chronic pain. The 114 (83%)had fair and good in result. The complication found in 9 patients (6.6%), 6 had bleeding and 1 had visceral injury

Conclusion: The prevalence of myofascial pain syndrome found in chronic muscle pain, in light worker and frequency in female. The dry needling combine with self stretching had good result in chronic myofascial pain.