

การศึกษาเปรียบเทียบการรักษา 2 วิธี ในผู้ป่วยภาวะไหล่ติด

ประมุข ทองจักรแก้ว, พ.บ.,
ฉัฐยา จิตประไพ, พ.บ.,
วิศาล คันธรัตน์กุล, พ.บ.,
วีรพงศ์ พ่วงศาโรจน์, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประมุข ทองจักรแก้ว, ฉัฐยา จิตประไพ, วิศาล คันธรัตน์กุล, วีรพงศ์ พ่วงศาโรจน์. การศึกษาเปรียบเทียบการรักษา 2 วิธี
ในผู้ป่วยภาวะไหล่ติด. เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2542; 9(1): 26-32.

บทคัดย่อ

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการใช้วิธีฉีดยาและน้ำเกลือบริเวณงูน้ำใต้เอโครเมียน และวิธีทางกายภาพบำบัด โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะไหล่ติด ปฐมภูมิ จำนวน 31 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 จำนวน 16 คน ได้รับการรักษาโดยใช้วิธีฉีดยา (1% lidocaine) 10 มิลลิลิตร และน้ำเกลือ 10 มิลลิลิตรบริเวณงูน้ำใต้เอโครเมียน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มที่ 2 จำนวน 15 คน ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการแนะนำโปรแกรมการบริหารข้อไหล่เอง ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างหลังการรักษาในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อพิจารณาในด้านการทุเลาปวด ($p > 0.05$) และด้านพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อที่เพิ่มขึ้น ($p > 0.05$) ซึ่งจากการศึกษานี้สรุปได้ว่าการใช้วิธีฉีดยาและน้ำเกลือบริเวณงูน้ำใต้เอโครเมียนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร่วมกับโปรแกรมการบริหารข้อไหล่เองให้ผลการรักษาผู้ป่วยภาวะไหล่ติดใกล้เคียงกับการทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอในช่วง 1 เดือนแรกของการรักษา

ภาวะไหล่ติด (adhesive capsulitis of the shoulder) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานหรือประกอบกิจวัตรประจำวัน ลักษณะสำคัญของโรคนี้คือ มีการสูญเสียการเคลื่อนไหวของข้อไหล่อย่างช้าๆ และอาการปวดข้อไหล่โดยเฉพาะเวลากลางคืน Lunberg⁽¹⁾, Helbig⁽²⁾ และคณะได้แบ่งภาวะไหล่ติดเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ และชนิดทราบสาเหตุ ภาวะไหล่ติดโดยไม่ทราบสาเหตุมักพบในเพศหญิงอายุมากกว่า 45 ปี ส่วนภาวะไหล่ติดชนิดทราบสาเหตุมักมีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวชักนำให้เกิด เช่น กระดูกแขนหักร่วมกับการจำกัดการเคลื่อนไหว โรคของหมอนรองกระดูกคอ

โรคเบาหวาน ภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ และภาวะหลอดเลือดสมอง

ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดถึงการดำเนินและการพยากรณ์ของโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา จากการศึกษาในอดีต^(3,4,5) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาการดีขึ้นเองภายในระยะเวลา 1-2 ปี อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีอาการปวดและมีพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ลดลงขณะมาตรวจติดตามผลการรักษา นอกจากนี้มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ยอมรับอาการปวดและการจำกัดการทำงานของข้อไหล่ในระยะเวลาเป็นปีๆ ดังนั้น จึงมีแนวทางการรักษาหลายวิธีเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น

การรักษาภาวะไหล่ติดมีหลายวิธีเช่น การใช้ยา สเตียรอยด์ และยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ การใช้ความเย็น⁽⁶⁾ การฉีดยาชาและสเตียรอยด์เฉพาะที่⁽⁷⁾ การรักษาทางกายภาพบำบัด การดัดดึง การฉีดยาชาและน้ำเกลือเข้าข้อไหล่เพื่อแยกเยื่อหุ้มข้อ⁽⁸⁾ และการผ่าตัด ทั้งนี้ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าวิธีการรักษาชนิดใดเหมาะสมและได้ผลที่สุดในภาวะนี้

ในการศึกษาคั้งนี้ได้ออกแบบการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการใช้วิธีฉีดยาชาและน้ำเกลือบริเวณงู้น้ำใต้ อะโครเมียม และวิธีทางกายภาพบำบัดในการรักษาผู้ป่วยโรคไหล่ติดในเรื่องการทุเลาปวดและการเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ทำการศึกษาในผู้ป่วยภาวะไหล่ติด 31 คน ชาย 6 คน หญิง 25 คน ช่วงอายุ 48-80 ปี (เฉลี่ย 59 ปี) ระยะเวลาปวด 1-17 สัปดาห์ (เฉลี่ย 3.8 สัปดาห์) ผู้ป่วยทุกคนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะไหล่ติดโดยไม่ทราบสาเหตุ (primary adhesive capsulitis of the shoulder) โดยใช้ข้อวินิจฉัย ตาม Lundberg⁽⁹⁾

1. พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่ากางแขนด้านข้าง (abduction) น้อยกว่า 135° ร่วมกับในท่ายกแขนด้านหน้า (flexion) น้อยกว่า 135°
2. มีอาการปวดที่ไหล่น้อย 1 เดือน และรบกวนการนอนเนื่องจากความปวดในช่วงกลางคืน
3. มีอาการปวดร่วมกับการขยับไหล่ได้น้อยลง ซึ่งมีสาเหตุจากข้อ glenohumeral โดยไม่รวมผู้ป่วยที่มีภาวะดังต่อไปนี้
 1. มีสาเหตุของข้อไหล่ติดชัดเจน
 2. มีประวัติแพ้ยาชา
 3. มีประวัติหรือสงสัยว่าจะมีอาการโรคของหมอนรองกระดูกคอ และมีการตรวจประสาท เช่น อาการชา
 4. มีโรคหัวใจ ภาวะติดเชื่อบริเวณใกล้เคียงหรือภาวะเลือดออกผิดปกติ ซึ่งเสี่ยงต่อการฉีดยาเฉพาะที่

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว ได้แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จำนวน 16 คน ได้รับการรักษาโดยใช้วิธีฉีดยาชา (1% lidocaine) 10 มิลลิลิตร และน้ำเกลือ 10 มิลลิลิตร บริเวณงู้น้ำใต้อะโครเมียม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้เข็มเบอร์ 22 ยาว 1.5 นิ้วฉีดเข้างู้น้ำใต้

อะโครเมียม ทาง postero-lateral⁽¹⁰⁾ โดยแพทย์คนเดียวกันเป็นผู้ฉีดให้ผู้ป่วยทุกราย กลุ่มที่ 2 จำนวน 15 คน ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด (short wave diathermy หรือ ultrasound ร่วมกับการดัดไหล่) 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการแนะนำโปรแกรมการบริหารข้อไหล่เองที่บ้าน (การบริหารแบบ Codman ใต้กำแพงและดึงผ้า) และหยุดยาแก้ปวดและยาต้านการอักเสบ ผู้ป่วยทุกคนได้รับการตรวจและประเมินความปวดโดย "10 centimeter visual analog scales" (10 = ปวดมาก 0 = ไม่ปวดเลย) และวัดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในระนาบยกแขนด้านหน้า (flexion) กางแขนด้านข้าง (abduction) หมุนแขนเข้าใน (internal rotation) และหมุนแขนออกนอก (external rotation) ในวันเริ่มต้นของการรักษาทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ทางสถิติทำโดยใช้โปรแกรม SPSS for window โดยใช้ Mann-Whitney test สำหรับความแตกต่างระหว่างกลุ่มในด้านอายุ ระยะเวลาปวดก่อนมารักษา พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ที่เพิ่มขึ้น และการทุเลาปวด และใช้ Fisher's Exact test สำหรับความแตกต่างระหว่างกลุ่มในด้านเพศ โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

ผลการศึกษา

ไม่พบความแตกต่างในด้านอายุ เพศ และระยะเวลาปวดก่อนมารักษาในผู้ป่วย 2 กลุ่ม (ตารางที่ 1)

ลักษณะผู้ป่วย	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	p-value
จำนวน (คน)	16	15	
ชาย	5	1	
หญิง	11	14	0.17
อายุ (ปี)	58.13	60.00	0.71
ระยะเวลาปวดก่อนมารักษา (สัปดาห์)	4.13	3.40	0.71

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม ซึ่งไม่พบความแตกต่างในด้านอายุ เพศ และระยะเวลาปวดก่อนมารักษาในผู้ป่วย 2 กลุ่ม

การทุเลาปวด

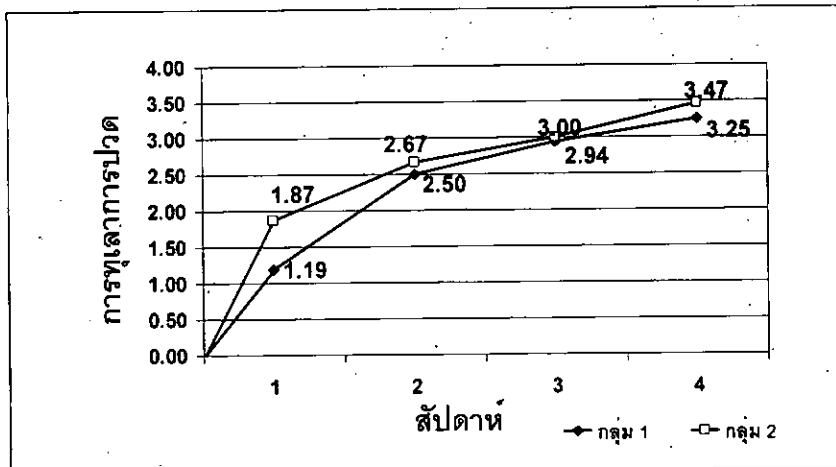
ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีอาการปวดทุเลาลงตลอดช่วงการศึกษา โดยพบอาการปวดทุเลาลงในผู้ป่วยกลุ่ม 2 มากกว่ากลุ่ม 1 ทุกสัปดาห์ จนถึงสัปดาห์ที่ 4 แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$, ตารางที่ 2 และ 3 รูปที่ 1) เป็นที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยในกลุ่ม 1 รายงาน ถึงอาการปวดที่ลดลงมาก โดยเฉพาะช่วง 2-3 วันแรกหลังฉีดยา

กลุ่ม	สัปดาห์ 0	สัปดาห์ 1	สัปดาห์ 2	สัปดาห์ 3	สัปดาห์ 4
1	6.38	5.19	3.88	3.44	3.13
2	5.47	3.60	2.80	2.47	2.00

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยของอาการปวดจาก "10 centimeter visual analog scales" ในแต่ละกลุ่ม

กลุ่ม	ความแตกต่างระหว่างสัปดาห์	
	1	2
สัปดาห์ 1 และ 0	1.19	1.87
p		.14
สัปดาห์ 2 และ 0	2.5	2.67
p		.78
สัปดาห์ 3 และ 0	2.94	3.00
p		.98
สัปดาห์ 4 และ 0	3.25	3.47
p		.76

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการทุเลาปวดในแต่ละกลุ่ม ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแง่การทุเลาปวดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม



รูปที่ 1 กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการทุเลาปวดในแต่ละกลุ่ม ซึ่งพบการทุเลาปวดในผู้ป่วยกลุ่ม 2 มากกว่ากลุ่ม 1 ทุกสัปดาห์จนถึงสัปดาห์ที่ 4 แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เพิ่มขึ้นในทุกระนาบตลอดช่วงการศึกษา พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ที่เพิ่มขึ้นในทุกระนาบที่สัปดาห์ที่ 4 ของการศึกษาระหว่าง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ยกเว้นที่สัปดาห์ที่ 1 พบว่า พิสัย

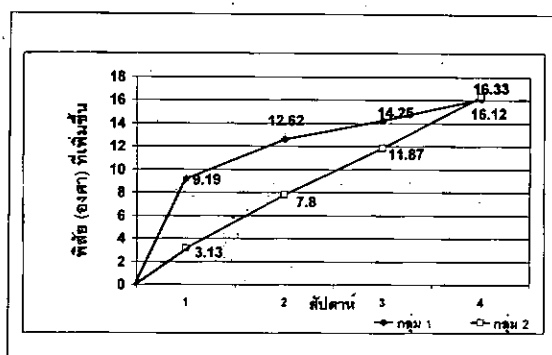
การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่ายกแขนด้านหน้า (flexion) และกางแขนด้านข้าง (abduction) ของกลุ่ม 1 เพิ่มขึ้นมากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่ม 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$, ตารางที่ 4 และ 5 รูปที่ 2-5)

Movement	กลุ่ม	สัปดาห์ 0	สัปดาห์ 1	สัปดาห์ 2	สัปดาห์ 3	สัปดาห์ 4
Flexion	1	110.44	119.63	123.06	124.69	126.56
	2	117.80	120.93	125.60	129.67	134.13
Abduction	1	100.31	116.06	121.13	122.56	125.00
	2	108.20	114.47	121.53	126.13	131.67
Int. Rotation	1	35.00	40.75	44.81	47.50	47.81
	2	42.00	45.00	50.33	52.47	55.00
Ext. Rotation	1	41.06	46.25	48.75	49.69	52.81
	2	42.80	46.47	47.60	50.67	54.80

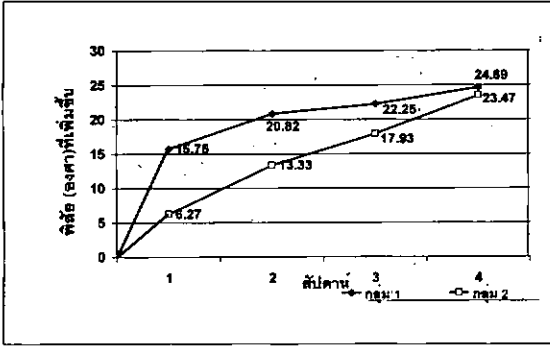
ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในแต่ละกลุ่ม ทางระนาบ flexion, abduction, internal และ external rotation

Movement	ความแตกต่างระหว่างสัปดาห์					p			
	กลุ่มสัปดาห์ 1 และ 0	p สัปดาห์ 2 และ 0	p สัปดาห์ 3 และ 0	p สัปดาห์ 4 และ 0					
Flexion	1	9.19	.02	12.62	.11	14.25	.67	16.12	.79
	2	3.13		7.80		11.87		16.33	
Abduction	1	15.75	.02	20.82	.11	22.25	.39	24.69	.94
	2	6.27		13.33		17.93		23.47	
Int. Rotation	1	5.75	.09	9.81	.35	12.50	.17	12.81	.87
	2	3.00		8.33		10.47		13.00	
Ext. Rotation	1	5.19	.57	7.69	.32	8.63	.57	11.75	.92
	2	3.67		4.80		7.87		12.00	

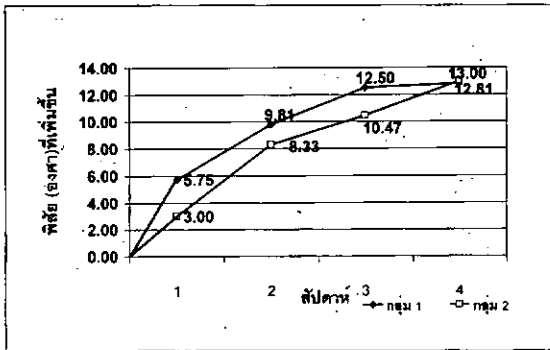
ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เพิ่มขึ้นในทุกระนาบ ตลอดช่วงการศึกษา พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ที่เพิ่มขึ้นในทุกระนาบที่ สัปดาห์ที่ 4 ของการศึกษาระหว่าง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p > 0.05$) ยกเว้นที่สัปดาห์ที่ 1 พบว่า พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ระนาบ flexion และ abduction ของกลุ่ม 1 เพิ่มขึ้นมากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่ม 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$)



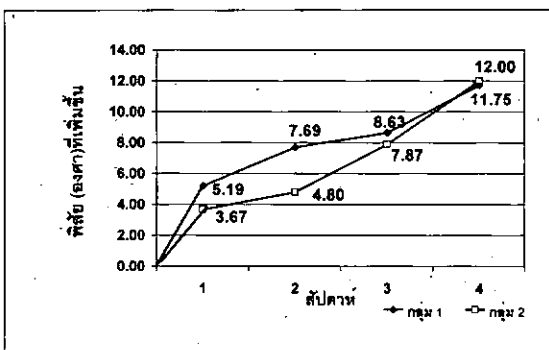
รูปที่ 2 กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ระนาบ flexion ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละกลุ่ม เฉพาะที่สัปดาห์ที่ 1 พบว่าพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ระนาบ flexion ของกลุ่ม 1 เพิ่มขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับ กลุ่ม 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$)



รูปที่ 3 กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ระนาบ abduction ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละกลุ่ม เฉพาะที่สัปดาห์ที่ 1 พบว่าพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ระนาบ abduction ของกลุ่ม 1 เพิ่มขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่ม 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$)



รูปที่ 4 กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ระนาบ internal rotation ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละกลุ่มซึ่งไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)



รูปที่ 5 กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ระนาบ external rotation ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละกลุ่มซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

บทวิจารณ์

ในปี 1934 Codman กล่าวว่า "แม้ว่าในผู้ป่วยภาวะไหล่ติดที่เป็นมากก็จะหายได้ ใน 2 ปี โดยไม่ต้องมีการรักษา" ผู้แต่งท่านอื่นๆ ก็ยืนยันว่า ภาวะโรคนี้ไม่รุนแรงและหายเองได้^(11,12) อย่างไรก็ตาม การให้การรักษาคือช่วยลดอาการปวดและการสูญเสียความสามารถในการทำงาน รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีหนึ่งของการรักษาที่ใช้กันแพร่หลาย การฉีดยาชาหรือยาชาและสเตียรอยด์ บริเวณเนื้อเยื่อรอบข้อไหล่ก็เป็นวิธีการรักษาอีกวิธีหนึ่งของภาวะไหล่ติด

Dacre และคณะ⁽¹³⁾ ได้ทำการศึกษาดังวิธีการรักษาผู้ป่วยภาวะไหล่ติด 62 คน โดยวิธีฉีดยาชาสเตียรอยด์รอบข้อไหล่ กายภาพบำบัด หรือ 2 วิธีร่วมกัน และสรุปได้ว่า การฉีดยาชาสเตียรอยด์เฉพาะที่ ให้ผลการรักษาเหมือนกับการรักษาทางกายภาพบำบัด หรือใช้ 2 วิธีร่วมกันทั้งยังประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่า Kieras และ Matsen⁽¹⁴⁾ พบมีพังผืดติดแน่นใต้อะโครเมียม ขณะทำการรักษาภาวะไหล่ติดโดยวิธีผ่าตัด จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้ยาชาและน้ำเกลือในปริมาณที่มากพอควร (1% lidocaine 10 มิลลิลิตร และ น้ำเกลือ 10 มิลลิลิตร) ฉีดบริเวณถุงน้ำใต้อะโครเมียม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อหวังผลในการบรรเทาปวดและเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอได้ ข้อดีของวิธีนี้คือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากผลข้างเคียงของสเตียรอยด์ที่พบบ่อยคือการติดเชื้อรอบข้อไหล่และมีการหายของเนื้อเยื่อช้ากว่าปกติ⁽¹⁵⁾ ทั้งยังประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย จากการศึกษาพบว่า การใช้วิธีฉีดยาชาและน้ำเกลือบริเวณถุงน้ำใต้อะโครเมียม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้ผลเหมือนกับการทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าอาการปวดในผู้ป่วยที่ทำการกายภาพบำบัดจะมากกว่ากลุ่มที่ฉีดยาก็ตาม แต่ค่าดังกล่าวไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ส่วนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ที่เพิ่มขึ้นที่สัปดาห์สุดท้ายของการศึกษาของ 2 กลุ่ม ไม่มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) สิ่งที่น่าสนใจจุดหนึ่งของการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ฉีดยาบอกถึงอาการปวดไหล่ที่ลดลงมากใน 2-3 วันแรกหลังการรักษา ดังนั้น ถ้าใช้การฉีดยาชาและน้ำเกลือบริเวณถุงน้ำใต้อะโครเมียมร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัด อาจมีประโยชน์ในผู้ป่วยภาวะไหล่ติดที่มีอาการปวดไหล่

มากโดยเฉพาะ 2-3 วันแรกหลังฉีดยา สมมุติฐานดังกล่าว จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

ในการศึกษารั้งนี้ เนื่องจากจำกัดด้วยเวลา ผลสรุปอาจไม่ถูกต้องนักเนื่องจาก

1. ไม่มีกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษา ซึ่งทำให้ไม่สามารถกล่าวได้อย่างแน่ชัดว่าการฉีดยา หรือ การทำกายภาพบำบัดทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น หรือเป็นเพราะผู้ป่วยอาการดีขึ้นเอง

2. กลุ่มประชากรที่ศึกษาน้อยเกินไป

3. ไม่ทราบถึงผลระยะยาวระหว่าง 2 กลุ่มที่ทำการรักษา

4. การศึกษารั้งนี้อาศัยข้อวินิจฉัยทางคลินิก (clinical criteria) ไม่ได้ทำ arthrography ซึ่งอาจมีความผิดพลาดในการวินิจฉัยได้

5. ควรมีการเปรียบเทียบค่ารักษาของทั้งสองกลุ่ม

สรุป

การฉีดยาชา (1% lidocaine) 10 มิลลิลิตร และ น้ำเกลือ 10 มิลลิลิตรบริเวณงู้น้ำใต้อะโครเมียน สัปดาห์ละ 1 ครั้งร่วมกับโปรแกรมการบริหารข้อไหล่เอง ให้ผลการรักษาผู้ป่วยภาวะไหล่ติดใกล้เคียงกับการทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอในช่วง 1 เดือนแรกของการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณสมพร กระแสทรัพย์ หน่วยสถิติ และข้อมูล สำนักงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่แนะนำและช่วยเหลือ การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Lundberg BJ. The frozen shoulder. Acta Orthop Scand Suppl 1968; 119:5-59.
2. Helbig B; Wagner P. Dobler R. Mobilization of frozen shoulder under general anesthesia. Acta Orthop Belg 1983;49:267-74.
3. Murfnaghan JP. Primary adhesive capsulitis of the shoulder. Orthop Trans 1983;7:137.

4. Simmonds FA. Shoulder pain with particular reference to the frozen shoulder. J Bone Joint Surg. 1949;31:834-8.
5. Reeves B. The natural history of the frozen shoulder syndrome. Scand J Rheumatol 1975;4:193-6.
6. Bulgen DY. Frozen shoulder: prospective clinical study with an evaluation of three treatment regimens. Ann Rheum Dis 1984;43:353-60.
7. Rizk TE, Pinals RS, Talaiver SA. Corticosteroid injections in adhesive capsulitis: investigation of their value and site. Arch Phys Med Rehabil 1991;72:20-2.
8. Simon W. Soft tissue disorders of the shoulder. Frozen shoulder, calcific tendinitis and bicipital tendinitis. Orthop Clin North Am. 1975;6:521-40.
9. Lundberg BJ. The frozen shoulder. Acta Orthop Scand Suppl 1969;119:1-59.
10. Nicholas KO, Joel MP, Jeffrey LY. Bursa injection. In: Ted A. Lennard, eds. Physiatric Procedures in Clinical Practice. Philadelphia: Hanley & Belfus, 1995:36-43.
11. Grey RG. Brief note. The natural history of "idiopathic" frozen shoulder. J Bone Joint Surg June 1978; 60-A: 564.
12. Kay NRM. The clinical diagnosis and management of frozen shoulders. Practitioner. 1981; 225:164-72.
13. Dacre JE, Beeney N, Scott DL. Injections and physiotherapy for the painful stiff shoulder, Ann Rheum Dis. 1989;48:322-5.
14. Kieras DM, Matsen FA. Open release in the management of refractory frozen shoulder, Orthop Trans. 1991;15:801-2.
15. Watson M. Major ruptures of the rotator cuff: the results of surgical repair in 89 patients. J Bone Joint Surg 1985;67B:618-24.

Adhesive Capsulitis :Prospective Clinical Study Two Treatment Regimens

Pramook Songjakkaew, M.D.

Chattaya Jitpraphai, M.D.

Visal Kantaratanakul, M.D.

Veerapong Poovongsaroj, B.Sc. (Physical Therapy)

Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Songjakkaew P., Jitpraphai C., Kantaratanakul V., Poonvongsaroj V. Adhesive Capsulitis : Prospective Clinical Study Two Treatment Regimens. at Ramathibodi Hospital. J Thai Rehabil 1999;9(1): 26-32.

Abstract

This study was done in case of adhesive capsulitis of the shoulder to compare the treatment between subacromial bursa injection with 1% lidocaine 10 milliliters with normal saline 10 milliliters and conventional physical therapy treatment. Thirty-one patients with primary adhesive capsulitis of the shoulder were assigned at random into two groups. The patient (n=16) which labeled as group 1 were received subacromial bursa injection with 1%-lidocaine 10 milliliters with normal saline 10 milliliters at weekly interval for four weeks. The others (n=15) which labeled as group 2 were received regularly conventional physical therapy treatment for four weeks. All patients performed the same home exercise program. Pain and range of motion were evaluated at the first day of treatment and weekly for four weeks. There were no significant differences between two groups after four weeks of treatment in term of pain relieve measurement ($p>0.05$) and range of motion improvement ($p>0.05$). Subacromial bursa injection with 1% lidocaine 10 milliliters with normal saline 10 milliliters weekly combined with home exercise program can be used as effective as regularly conventional physical therapy treatment during the first month in treating adhesive capsulitis of the shoulder.