

วิชาการ

- ภายนอก : การวินิจฉัยทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : ข้อไหล่
- วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ PT. ทัวไปเข้าใจการวินิจฉัย หลักฐานในการตรวจที่เกี่ยวข้องกับทุก
โครงสร้างที่ทำให้ เกิดอาการปวด ไม่เฉพาะระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเท่านั้น
: เพื่อให้เข้าใจความคิดพื้นฐานของเหตุผลของการวินิจฉัยนั้น
- วิธีการ : ทำเป็นเอกสารบรรยายเหตุการณ์จริงของผู้ป่วย
: รวบรวมแนวคิดเหตุผลขั้นพื้นฐานเพื่อให้เกิดการศึกษาต่อ

Case ที่ 1. : คนไข้จากเมืองกาญจนบุรี (คุณจินตนา ส่งเสริม) PT. กาญจนบุรีแนะนำมาในวันที่ 4 พ.ย. 2547 มา ด้วยอาการปวดหลังเจ็บก้นกบซ้ายมาร้าวลงขา ซาขา 2 ข้างตลอดเวลา เคยทำ Laminectomy and Discectomy มา 15 ปี โดยมีความเชื่อว่าอาการที่เลวลงมาจาก progressive NR adhesion ทั้งPTและ ผู้ป่วยที่เป็นอดีตพยาบาล ชำรภาพการบ้านอายุ

Hx : 15 ปีที่ผ่านมาปวดหลังมาร้าวลงขาขวา จึงไปทำการรักษาที่รพ.ราชวิถี ด้วยการฉีดยา อบ แผ่นร้อน และ traction (ที่น้ำหนักเบา) ทำติดต่อกันไม่เกิน 6 ครั้ง ปวดมาก foot drop แพทย์บอกว่า หมอนรองกระดูกสันหลังแตกออกมา จึงตัดสินใจทำ Rt. Laminectomy and Discectomy หลังผ่าตัด 1 วัน เกิดมีอาการเพิ่มขึ้นที่ปวดที่สะโพกซ้ายตลอดเวลา ร้าวลงขานับแต่นั้นเป็นต้นมา และทำ PT. มาตลอดด้วย อบแผ่นร้อน us อาการสะโพกขวาคิดขึ้น แต่ตอนนี้มีอาการสะโพกซ้ายเพิ่มขึ้น ปวดขา+เหน็บลงมาด้านข้างขาตลอดเวลา 7 ปีที่ผ่านมา คนไข้กลัวว่าอายุมากขึ้น รากประสาทบริเวณที่ผ่าตัดจะมี ฟังผิดรัดมากขึ้นเรื่อยๆ จนปวดขาและอ่อนแรงจนเดินไม่ได้ในที่สุดเป็นบุคคลทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้

Opinion : 1.พิจารณาจากประวัติและ chief complaint เป็น NS system แน่นอน แต่จะเป็น NR

lesion หรือไม่?ไม่แน่ใจเลย ถ้าเป็น NR จริงก็ไม่เหมือน NR compression เลย แต่ตอนเริ่มต้นเหมือน NR stretching มากกว่า อาการปัจจุบันเป็นตลอดเวลา จึงไม่เหมือน pathomechanic ทั้งหมด มีส่วนของ pathophysiology อยู่เป็นพื้นฐาน การทำพฤติกรรมของอาการคนไข้ให้ชัดเจนจะบอกได้ การตรวจจะบอกสาเหตุได้

:2.จัดระเบียบ behavior และทำให้กระจ่างพบว่า

Agg : ปวดที่สะโพกซ้ายลงขาตลอดเวลา ไม่มีท่าที่ทำให้อาการมากขึ้นเลย (ไม่ mechanic)

Ease : นอนแล้ว flex hip +full flex knee เต็มที่จะสบาย (mechanic เล็กน้อยจากการ

หย่อน sciatic n, stretch femoral n.) แต่อาการไม่หายไป

Resting : ปวดที่สะโพกซ้ายลงมาตลอดเวลา จาก behavior ไม่มีท่าที่ทำให้เกิดอาการมากขึ้นได้เลย แสดงว่าไม่มี pathomechanic เลย ซึ่งก็เหลือแต่ pathophysiology ซึ่งการเป็นตลอดเวลาก็เข้ากับ chronic inflammatory process เป็นอันดับหนึ่ง ส่วน pathomechanic ของ sciatic n และ femoral n มีผลเพียงน้อย ดังนั้นการรักษาไม่ต้องให้เกิดผลของ mechanical Rx แต่ต้องการผล physiological Rx ต่อขบวนการอักเสบ

:3.การตรวจที่สำคัญที่สุด คือเข้าไปดูที่สถานที่เกิดเหตุ

Sensation : impair light touch เกือบ loss ตั้งแต่สะโพกลงไปทั้ง 2 ข้าง ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง

: impair pinprick ตลอดขา 2 ข้างเช่นเดียวกัน

other : --ve (ไม่มี sign ของ motor NR , ไม่มี neurodynamic sign)

skin : หยาบ แห้ง หนา ตึง ดำคล้ำ ตลอดทั่วขา 2 ข้าง

จากการตรวจตัด NR lesion ออก ตัด sciatic neurogenic pain ออก เหลือแต่สาเหตุที่ปลายประสาทผิวหนังเอง

Impression : Nociceptive pain of cutaneous nerve of both lower extremity

Rx 1st day : BMS (vibration) , lotion บำรุงผิว คนไข้ดีขึ้นมาก เหลืออาการปวดก้นกบเป็นพัก ๆ

เวลาเดินนาน ๆ เช่น shopping ที่ห้าง โลตัส ซาตามขา 2 ข้างน้อย ๆ ไม่มาก เป็นพัก ๆ ไม่แน่นอน อีกประมาณ 3 เดือนถัดมา

Rx 2nd day : พบการหนาตึงของ Lt.femoral N or Ant. Cutaneous nerve อัดแน่นมาก จนต้อง massage ต้นขา + US + BMS

Case นี้ได้รับรายงานจาก PT ว่าดีขึ้นมากแล้ว จากการให้การรักษาเพียง 2 ครั้ง การวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวมทั้งสามารถอธิบายต้นเหตุได้ ทำให้คนไข้เข้าใจละทิ้งความเชื่อที่ได้รับมาจากบุคลากรทางการแพทย์ ไม่กลัวต่ออาการดังกล่าว มีผลให้ sympathetic activity ลดลง parasympathetic activity ทำงานได้ดีขึ้น pain ลด healing เพิ่มขึ้น การให้ lotion+ massage ทำให้ skin healthy ขึ้น nerve ending มี nutrition เพิ่มขึ้น การซ่อมแซมของระบบประสาทส่วนปลายเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

Key word : Nociceptive of cutaneous n.evidence

: sensation test.

.....

Case ที่ 2 : คนไข้ไหล่เจ็บจังหวัดพิษณุโลก สมัยทำงานที่ รพ.พุทธชินราช เมื่อประมาณ 24 ปีที่แล้ว คนไข้เป็น ชาวสวนปวดไหล่ขวามากยกแขนไม่ขึ้น ให้การรักษาแบบดั้งเดิม คือ Hot pack, SWD, US ชักรอก ทำอยู่ 3 เดือน ไม่ดีขึ้น ปรึกษากับอาสาสมัครอเมริกันหน่วยสันติภาพที่เป็น PT. ในขณะนั้น ได้แนะนำ vertebral manipulation 3rd edition G D Maitland อ่าน grade I แล้วก็ทำเลย 30 วินาทีแรก คนไข้หายปวดทันที ทำ 30 วินาทีอีก 2 ครั้ง คนไข้ full ROM ซึ่งใน ขณะนั้นเป็นเรื่องอัศจรรย์มาก มาพบภายหลังว่าเป็น nociceptive pain ที่อยู่ใน articular surface ของ joint และจะหยุด chemical damage ที่ออกจากเซลล์ของ tissue injury ได้ทันที ในขณะที่ excessive load จะทำให้เกิด inflammatory substance soup จำนวนมากมายเข้ามาทำลาย articular surface มากขึ้น

Key word : Nociceptive pain of articular cartilage

.....

Case ที่ 3 : (29 ม.ย. 48) คนไข้จากอยุธยา (สมจิตรี ธรรมภรณ์) คนไข้ L45 Spondylolisthesis grade I and L45, L5S1 intervertebral disc narrowing คนไข้เก่า ปี พ.ศ 2544 ที่รักษาจนหายดีแล้ว มาด้วยปวดเอวถึงเท้าซ้ายมา 5 วัน คาดว่ามาจากการทำบุญบ้าน ต้องยกของ เดินมาก มาด้วยอาการปวดตลอดเวลายกขาซ้ายไม่ได้ ลูกเข็นขึ้น เดินจะยิ่งเจ็บมาก ตอนมาที่นี้เกิดเดินสะดุด ทำให้ยกไม่ขึ้น เดินไม่ไหว ปวดขาพับมากขึ้นลูกชายต้องประคองมา

Opinion : 1.จากประวัติมี patho mechanic แต่การปวดตลอดเวลาเป็น pathophysiology มากกว่า และอาการบ่งชี้ Lt. sciatica แต่สาเหตุจะอยู่ที่ NR หรือ peripheral N.

2.จากการตรวจ ไม่มีการ weak ของ L4, L5, S1 motor NR แต่มีการ weak ของ Lt. HF Lt. KE, Rt. HF III - ซึ่งขณะ resist muscle test ปวดสะโพกและขาพับซ้ายมาก แต่ไม่มีจุดกดเจ็บของกล้ามเนื้อ SLR 0-20° tension สูงมากที่บริเวณขาพับ, Sensation : impair light touch เท้า 2 ข้างและก้นด้านซ้าย : พบ hyperesthesia or allodynia (เสียว ๆ) บริเวณ 1/2 posterior thigh of Lower part ถึง 1/2 posterior leg upper part

จากการตรวจตัด NR lesion ตัด muscle sites ออก เหลือแต่ sciatic n

Impression : peripheral neurogenic pain of Lt. sciatic

Rx 1st day : Mobilize Lt. sciatic nerve ด้วย BMS บริเวณที่ hyperesthesia ของ pin prick sensation และ head of fibular ที่เป็นทางผ่านของ common peroneal

nerve หลังจาก sensation ปกติแล้ว ต่อด้วย Mobilize Lt.SLR sideling 0-15° Result : pain ลดลงชัดเจน เดินได้ดีขึ้นแต่ยัง pain มากเวลาลงน้ำหนัก

S/E 2nd day : (4 ก.ค. 48) อาการดีขึ้น เมื่อเอวลงไปเท้า 2 ข้าง เกือบตลอดเวลา เวลาเดินจะซาซ่าๆที่เท้า 2

ข้าง เวลาชะงืดหรือหิบบของจะปวดแปล็บที่เข่า มีเสียงกร๊อบที่เข่า

O/E : -ve all neurogenic sign.

PPIVM : dysfunction mvt ของ Lt. L spine โดยเฉพาะ left rotation

PAIVM : closed lower L-spine

Impression: pathomechanic of Lt. L spine และ discogenic pain

Rx : Mobilize L-spine + Mckenzie program

S/E 3rd day : อาการดีขึ้นมาก

Rx : แก้ทั้ง mobilize L-spine neurogenic pain

Result : คนไข้เป็นปกติและใช้ร่างกายได้ดีขึ้นกว่าเดิม continous Mckenzie program

Key word : peripheral neurogenic pain

คำถาม : ทำไม? ไม่รักษาที่หลังก่อน ตอบ เพราะ evidence base อยู่ที่ขามากกว่า

.....
.....

Case ที่ 4 : (15 มี.ค.49) คนไข้จากบางกอกน้อย กทม. มาด้วยอาการชาปลายนิ้ว เจ็บตึงที่คอ สะบัก แขนมาก

เจ็บหลังเสียวก้นและขา มากกว่า 10 ปี ได้ผ่านการรักษามาด้วย PT. ด้วย C-Tr, ฝังเข็ม อาการไม่เปลี่ยนแปลง คนไข้มีการเคลื่อนไหวคอ แขน หลังลำบาก มีลักษณะตึงเจ็บทั้งตัว สังเกตการนอนและ

การพลิกตัวลำบากมาก

Opinion : 1.ประวัติ,อาการและท่าทางที่เห็นแสดงถึงลักษณะ Repetitive Strain Injury (RSI) จาก behavior จะเป็นมากเมื่อหัวของ, นั่งทำคอมพิวเตอร์, นั่งเขียนหนังสือ posture ของคอเอียงไปด้านขวา กะโหลกถูกดึงมาด้านซ้าย

: 2.จากการตรวจแบบ strain and Counter Strain ของ Doctor Lawrence H.

Jones พบ Tender point ของ

2.1 กะโหลกศีรษะ Lt.Inion

2.2 กระดูกคอ - Rt.AC2,3,4,6, Lt AC3,AC2

2.3 ซีโครงขวา - Rt.depressed 2nd -3rd - Rib, Rt.elevated 2nd Rib

2.4 ไหล่ขวา – Rt.Bicep tendon.

จากการตรวจพบจุดกดเจ็บอยู่ด้านขวามากกว่า คนไข้ให้ประวัติเพิ่มว่าเป็นที่คอ - ไหล่ขวาก่อน แล้วต่อมาเจ็บซี่โครงซ้าย ประเมินซ้ำใหม่และเปรียบเทียบแล้ว หากจุด Tps. ที่เด่นที่สุด

Rx : Maximum shorting position ของ โครงสร้างทั้งหมดเรียงจากจุดกดเจ็บที่เด่นสุด อาการดีขึ้นชัดเจน

S/E 2nd day : (20 มี.ค. 49) อาการยังดึงหัวไปที่คอ- สะบัก ไม่เจ็บมากแล้ว แขนซ้ายเสียวและถ้ำถ้ำของจะตึง

มาก

O/E : Rt.ULNT +ve resistance ช่วงกดไหล่ พบการยึดของซีโครงข้างขวาวบริเวณสี่ข้างยกสูง และซีโครงด้านหน้ายุบต่ำลง กระดูกคอC1 ด้านซ้ายตึงตึงตึงตึงมาก ๆ ค้นหา Tps ต่อ

1. ซีโครงด้านขวา – Rt.elevated 5th, 6th, 7th rib and Rt depressed 1st rib

2 .กระดูกคอมาที่ด้านซ้ายมากขึ้น- Rt.AC4,5,6, Lt.AC1, AC4,5,6 และLt.lat C1

3 .หัวไหล่ -Lt. supraspinatus

Rx : Doctor Jones เทคนิค ได้ผลดี

S/E 3rd day : ตึงๆบ้าง 2ข้าง เป็นๆหายๆ

O/E : ยังพบการตึงหน้าอกข้างขวาอยู่

Rt.ULNT tension ยังตึงมาก เวลา depress shoulder ยังพบ Tps ของ

1. ซีโครงข้างขวา- Rt.elevated 1st, 2nd ribs, Rt depress 1st, 2nd ribs

2. หัวไหล่ขวา – Rt lateral coracoid process

Rx : same principle

Result : เมื่อแก้ไขแล้วร่างกายผู้ป่วยผ่อนคลายมาก และRt.ULNT free

Summary : กรณีอาการของผู้ป่วย ที่มีอาการตึงเจ็บ คอ-สะบัก แขนซ้ายมากกว่า 10 ปี สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้

ภายใน 3 ครั้ง แสดงว่า concept of strain and counterstrain เหมาะสมกับผู้ป่วย

รายนี้ โดยมีต้นตอของปัญหามาจาก

1. กะโหลกศีรษะ 1 จุด
2. กระดูกคอด้านขวา 6 จุด ด้านซ้าย 7 จุด
3. มีกล้ามเนื้ออักเสบของไหล่ข้างขวา 2 มัด ข้างซ้ายมี 1 มัด
4. ซีโรนข้างขวา 7 จุด ข้างซ้าย 3 จุด

รวม Tps ที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว 27 จุด จะเห็นความซับซ้อนของคนไข้ที่เป็นมานาน พวกเรา PT ที่ใช้

แขนมากและมีอาการปวดเมื่อย ถ้าตรวจดูจะพบจุดกดเจ็บที่ซีโรน,คอ,ไหล่ จำนวนมากเช่นเดียวกัน

Key word : strain-counter strain

.....
.....

Case ที่ 5 : (21 ธ.ค. 48) นายตำรวจใหญ่ดูแลเรื่องการยึดทรัพย์ มาด้วยอาการตึงแขนซ้าย ชาถึงปลายนิ้ว

ประมาณ 3 เดือนมีอาการชาตลอดเวลา ให้การรักษาโดยวินิจฉัยว่าเป็น หมอนรองกระดูกคอทับ

เส้นประสาท ภายภาพบำบัด ฟังเข็ม และนวดไทย

Opinion : 1. case นี้มีความเป็นไปได้ค่อนข้างมากกว่า จะมีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว พยายามซัก

และตรวจ ได้ข้อมูลแค่ตึงต้นแขนซ้ายและชาปลายนิ้ว 5 นิ้ว ตลอดเวลา และถ้าเอามือซ้ายไปแตะไหล่

ขวาจะตึงเพิ่มขึ้น จากการตรวจ -ve : impair sensation, muscle power แข็งแรงมาก, neck-shoulder-elbow- wrist and hand free movement มีแต่ Lt.ULNT tension ตลอดทั้งแขน>Rt.ULNT

: 2. เป็นcase ที่ยากที่จะหาตำแหน่งที่แสดงอาการทั้งหมดของคนไข้ได้ ค้นหา Tps. พบ Lt.AC6 , Lt.Elevated 1st rib และพยายามค้นหาจุดที่สัมพันธ์ กับการไหลเวียนของเลือดพบจุดที่คอที่เข้ากับอาการของคนไข้ คือจุดของ soft tissue at C2 จากด้านหน้าไปถึง mid axillary line เป็นตำแหน่งของ circulatory vessels of neck Tps

Rx. : แก้ไขก่อน 3 จุด คือ Lt.AC6, Lt.Elevated 1st rib และ Lt.circulatory vessel
: ตรวจต่อพบ Lt. G/H dysfunction EADIR แก้ FABER ได้ clear มาก

Result : ULNT tension ลดลง อาการลดลง

S/E 2nd day : (28 ธ.ค.48) อาการไม่เปลี่ยนแปลง ตรวจควมิจุดเจ็บเพียง Lt.Radial Head เท่านั้น ซึ่งดู
ไม่เพียงพอที่จะเป็นตัวแทนของปัญหาได้

Rx. : ตัดสินใจแก้ เป็น kinetic chain จากข้อศอกไปถึงข้อมือ ด้วยเทคนิค Integrative
Manual Therapy (IMT) ของ Doctor Sharon (Weiselfish)
Giammatteo ที่ประกอบด้วย 3 planar movement, muscle barrier and
muscle energy เริ่มที่ข้อต่อของ R/U , R/H ,H/U wrist joint Lt.Radial
Head และ Lt.AC6 เพื่อให้เส้นประสาททั้งหมดที่แขนซ้าย ตั้งแต่กระดูกคอถึงข้อมือเป็น
อิสระ

จาก entrapment ที่บริเวณข้อต่อทั้งหมดที่เส้นประสาทผ่าน

Result : Lt. ULNT tension ลดลงอีก คนไข้รู้สึกดีขึ้นมาก

S/E 3rd day : (4 ม.ค. 49) ความตึงที่แขนลดลง ใช้น้อยลง แต่ที่ปลายนิ้วยังชาอยู่ กดเจ็บที่ต้นแขน

O/E : จากการแก้ไขครั้งที่แล้ว ได้ผลชัดเจนจาก kinetic chain จากคอมาถึงข้อมือ

Hypothesis : ยอมรับสมมติฐานว่า : Peripheral nerve of Lt.U.E. ถูก entrapment จากคอ
ลงมาถึงมือแน่นอน แต่ไม่จำเป็นต้องเกิดเฉพาะที่ข้อต่อเท่านั้น สามารถเกิดกับทุกโครงสร้าง
ที่

เส้นประสาทผ่าน

Rx : แก้ไขต่อที่กระดูกข้อต่อของคอ – ข้อไหล่ – ข้อศอก ด้วยเทคนิค IMT ของ Doctor Sharon
และที่ฝ่ามือมีการหนาตัวโดยข้างซ้ายหนามากกว่าข้างขวา ใช้ Myofacial Release (MFR)
3 Planar movement approach แก้ไข

S/E 4th day : อาการดีขึ้นแล้ว เหลือชาปลายนิ้วนิคหน้อย รู้สึกเวลาเอามือลูบกัน

Rx : แก้ไขแบบเดิม แต่ครั้งนี้ใช้เทคนิค Articular Facial Release และ Myofacial
Release ของหัวไหล่และข้อศอก

Result : Lt.ULNT-free

S/E 5th day : เอียงแขนได้หมด ไขว้หลังไม่ปวดแล้ว ปลายนิ้วชาดีขึ้น ไม่มีอะไร นอกจากชาข้อที่นิ้ว
จะรู้สึกชา

นิคหน้อย เทียบแขน 2 ข้าง ขวาดีกว่า เล็กน้อยแต่ก็ไม่มีอาการอะไร

Rx : แก่ทุกจุดของคอที่มี Tps และใช้ MFR ที่นิ้วที่จับแล้วรู้สึกหนา ๆ

Result : very good

Summary : เป็น peripheral nerve entrapment of Lt.UE จาก dysfunction of C-spine shoulder.-elbow, wrist ร่วมกับ MFP บริเวณไหล่, ข้อศอก, ฝ่ามือ, นิ้วมือ

Key word : kinetic chain of joints

: Myofascial pain

จากการยกตัวอย่างขึ้นมา 5 case นี้ เพื่อแสดงให้เห็น PT. เข้าใจเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังการตรวจวินิจฉัย และรักษา เช่น

กรณี case ที่ 1 พุดถึง nociceptive pain of cutaneous nerve ที่อยู่ในตัวผิวหนังเอง โดยมีข้อบ่งชี้จากพฤติกรรมของอาการคือเป็นตลอดเวลา มากกว่า 10 ปีแต่อาการทรุดลงเข้ามา แต่ถ้าเป็น nerve root lesion อาการจะรุนแรงมากและจะแย่ลงอย่างรวดเร็ว การตรวจ neurodynamic and muscle test ก็ปกติ และการตรวจความรู้สึกที่พบว่าผิดปกติไม่เป็น dermatome การคลำผิวหนังที่แสดงถึงสัญญาณอาหารเป็นเวลานานของผิวหนังเอง ทั้งหลักฐานและคำบอกเล่าที่ชี้มาที่การชำรุดปลายประสาทของผิวหนัง

ส่วน case ที่ 2 พุดถึง nociceptive pain of articular surface of shoulder ที่อยู่ในผิวของข้อต่อเอง ข้อบ่งชี้คือ มีอาการปวดตลอดเวลา ไม่ตอบสนองต่อ passive treatment ที่รุนแรง และยังทำให้ pain and spasm มีมากขึ้น ตอบสนองต่อการให้ยา NASID ช่วงที่มีการอักเสบทำให้ระดับความรุนแรงลดลง แต่ไม่หายขาด ตอบสนองต่อ very gentle grade I สูงสุด

case ที่ 3 neurogenic pain of sciatic nerve คือพยาธิสภาพที่ตัวเส้นประสาทเอง มีข้อบ่งชี้จากบริเวณที่ไวต่อการสัมผัสที่บริเวณเส้นประสาทด้านหลังต้นขาถึงน่องที่เป็นที่อยู่ของ sciatic nerve , SLR +ve 20° , ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง และถ้าตรวจ SLR โดย sensitise knee extension จะพบแรงดึงสูงสุดที่ขาพับ การรักษาที่ได้ผลอย่างรวดเร็ว ก็แสดงถึงการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ส่วนวันที่สองเป็นปัญหาของกระดูกสันหลังเองและมีส่วนต่อการเกิดอาการของ peripheral neurogenic pain of sciatic nerve โดยคาดว่ามีการรบกวน “สมอง” ของเส้นประสาท (dorsal root ganglion)

case ที่ 4 แสดงแนวคิดในการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีจุดกดเจ็บตามร่างกาย ซึ่งไม่เข้ากับระบบประสาทโดยตรง (แต่เป็นโดยอ้อม) โดยมีจุดบริเวณเอ็นกล้ามเนื้อเมื่อถูกกดจะเจ็บมาก เกิดในกรณีที่มี exciting muscle spindle ของกล้ามเนื้อมัดนั้นๆ ทำให้เกิด muscle pain and spasm การพยายามที่จะ stretching , exercise, traction จะไม่ตอบสนองต่อปัญหานี้และรังแต่จะทำให้อาการต่างๆเลวลง การรู้

ตำแหน่งของกล้ามเนื้อทำให้รู้ origin-insertion การทำให้ origin-insertion ใกล้กันมากที่สุดทำให้ misinformation of muscle spindle apparatus หยุดหรือลดลง

case ที่ 5 แสดงถึงวิถีคิดและค้นหาปัญหาจากคนไข้ที่มีอาการ แต่มี +ve sign เพียงตัวเดียวที่บอกว่ามีเส้นประสาทที่แขนตึง การตั้งสมมุติฐานที่ใกล้เคียงที่สุด การพิสูจน์ การวินิจฉัย การขยายขอบเขตการรักษา และการประสพผลสำเร็จของการรักษา เป็นขบวนการที่จำเป็นขั้นพื้นฐานสำหรับในวิชาชีพกายภาพบำบัด ที่จะต้องมีการเรียนและฝึกฝนด้วย นอกจากนี้ยังมีการสอดแทรกความคิดปกติของหลอดเลือดที่คอ ของ connective tissue ด้วย ซึ่งพวกเราต้องศึกษาต่อไป

การที่เราไม่มีองค์ความรู้ที่เป็น pathology ทั้งทาง physiology และ mechanic ที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่พิสูจน์ได้เป็นพื้นฐานอยู่ ไม่มีขบวนการสืบสวนสอบสวนที่ได้ผล ไม่มีการจัดขบวนการตรวจ ไม่มีวิธีการตรวจที่เป็นมาตรฐาน ไม่มีการกำหนดข้อบ่งชี้ของการวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด การตรวจและวินิจฉัยก็จะขึ้นอยู่กับความเชื่อของตนเองเท่านั้น การรักษาก็จะเป็นลักษณะแบบเดิม ๆ ซ้ำๆ ซากๆ ไม่มีประสิทธิผล เป็นเวลาหลายสิบปีแล้ว ที่คนไข้เกือบทั้งหมดที่ผ่านการรักษาทางกายภาพบำบัด ได้ผลไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ คนไข้เหล่านั้นส่วนใหญ่ได้หมดศรัทธาต่อการรักษาทางกายภาพบำบัด ในความเข้าใจของคนไข้คำว่ากายภาพบำบัดคือ การไปทำอัลตราซาวด์ อบผ้าร้อน ดึงหลัง ทุกวันแล้วก็กลับบ้าน เมื่อผมเปิดคลินิกกายภาพบำบัดเฉพาะทางด้านจัดข้อและระบบประสาท คนไข้จะโทรมาถามว่าเป็น chiropractic ไข้ไหม? ทางเจ้าหน้าที่บอกว่าไม่ใช่จะเป็นกายภาพบำบัดละ คนไข้ก็จะบอกว่า รักษากายภาพบำบัดมานานแล้ว ไม่เห็นหายเลย อยากหา chiropractic มากกว่า เป็นอย่างนี้อยู่หลายปีทีเดียว ทำให้เจ้าหน้าที่และ PT. ในคลินิกรู้สึกคำว่า “กายภาพบำบัด” เป็นชื่อเสียมากกว่าชื่อเสียง พยายามแก้เป็นกายภาพบำบัดเฉพาะทางนะครับ มาลองตรวจดูก่อนก็ได้ครับ จนกระทั่งฝ่ายประชาสัมพันธ์ของเราของผู้ป่วยให้โอกาสเราสักครั้งในการรักษา นี่แสดงถึงความตกต่ำของสถานภาพของวิชาชีพนี้ ก็คงจะต้องถึงเวลาหลายครั้งแล้วที่วิชาชีพกายภาพบำบัดจะต้องปฏิวัติตัวเอง เรียนรู้ pathobiological mechanism of Nervous system ที่สัมพันธ์กับ pain, pathomechanical mechanism ของ nerve, joint, muscle visceral , vessels ฯลฯ ทำความเข้าใจกับ Bio-psycho-Social Approach ศึกษาขบวนการสืบสวนสอบสวน ของ Maitland Concept และ Clinician decision ของ Butler, ฝึกฝน Test การตรวจร่างกายที่ถูกต้องเป็นมาตรฐาน เช่น Neurodynamic test sensation test, reflex test, muscle test, posture evaluation, joints examination, Tender points assessment, ฯลฯ ลงไป ถึง Cranial rhythm Impulse เทคนิคในการรักษาต่าง ๆ ที่ครอบคลุม sensitive tissue ที่มี nerve ending ได้แก่ muscle, joint, soft tissue, visceral organ, artery, vein, lymphatic รวมทั้งเทคนิคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบ biomechanic ของ nervous system, spine, pelvic joint, peripheral joint ระบบนำเหลือง

ระบบไหลเวียน ระบบกะบังลม ฯลฯ การสร้างและรวบรวม Protocol ในการรักษาความผิดปกติต่าง ๆ เช่น spinal syndrome, Migraine Headache, Brain lesion , vertebral Artery, Cardiac vascular ฯลฯ

แต่นำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาคนไข้ จะได้ผลดียิ่งขึ้นกว่าที่ผ่านมา เมื่อพวกเราเปิดใจให้กว้าง ยอมรับความรู้ใหม่ๆที่เกิดขึ้นในโลกนี้ พยายามศึกษาค้นคว้าและตั้งกลุ่มศึกษาร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ความสามารถซึ่งกันและกัน ประสิทธิภาพของพวกเราจะสูงยิ่งขึ้น ผลคนไข้ของพวกเราก็จะดีขึ้นชัดเจน คุณค่าของวิชาชีพก็จะเกิดขึ้น การยอมรับก็เกิดขึ้น การอำนวยความสะดวกก็ตามมา ปัญหาต่างๆ ก็จะถูกแก้ไข การทำงานของวิชาชีพ ก็จะเป็นระบบขึ้น ดังนั้นพวกเราเริ่มกันได้แล้ว

-----สวัสดิ์-----