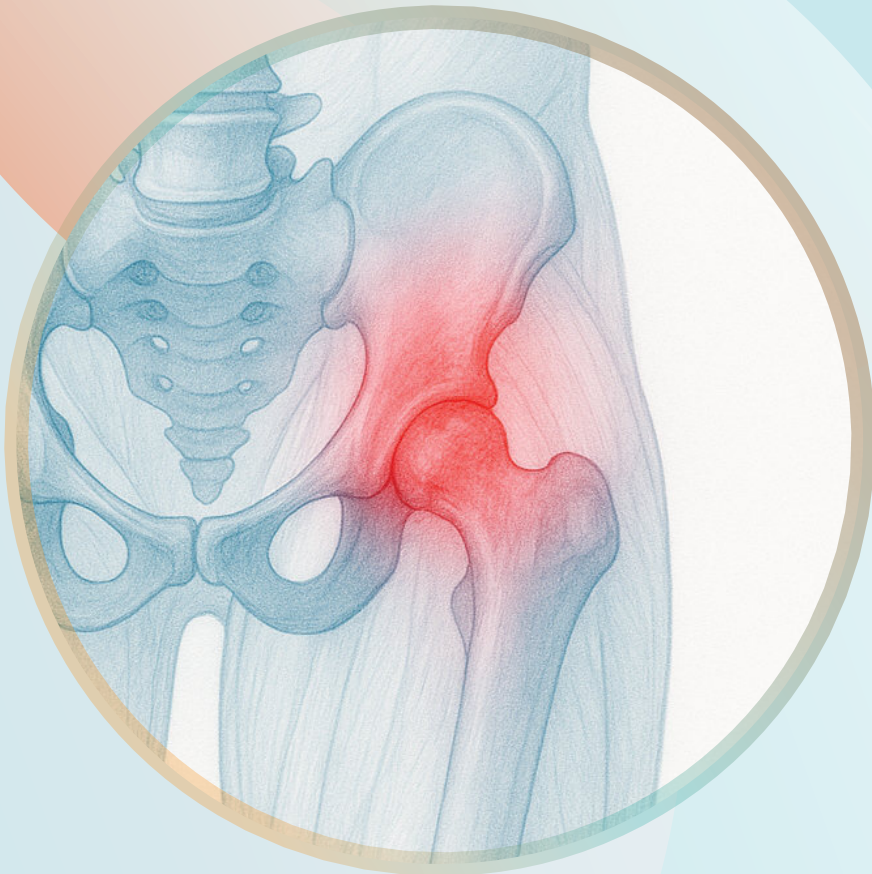




มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การประเมินอาการปวดสะโพก และการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก

HIP PAIN EVALUATION AND HIP ARTHROSCOPY



พิสิฏฐ์ เลิศวานิช



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การประเมินอาการปวดสะโพก และการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก

HIP PAIN EVALUATION AND HIP ARTHROSCOPY

พิสิฏฐ์ เลิศวานิช

การประเมินอาการปวดสะโพกและการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก

Hip Pain Evaluation and Hip Arthroscopy

ผู้ประพันธ์ พิสิษฐ์ เลิศวานิช

พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน 2569

ราคา 379 บาท

สงวนลิขสิทธิ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติการพิมพ์

ห้ามมิให้ทำซ้ำหรือลอกเลียนแบบโดยไม่ได้รับอนุญาต

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

พิสิษฐ์ เลิศวานิช.

การประเมินอาการปวดสะโพกและการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก = Hip pain evaluation and hip arthroscopy.-- กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2569. 368 หน้า.

1. ปวดสะโพก. 2. ข้อสะโพก -- โรค -- การรักษา. I. ชื่อเรื่อง.

611.713

ISBN (E-book) 978-616-8201-52-7

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย สำนักพิมพ์ศิริราช งานวิชาการ สำนักงานคนบตี

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทรศัพท์ 0 2419 2858

E-mail: sirirajbooks@gmail.com

Website: www.sirirajbooks.com

E-book application:



ออกแบบโดย

บริษัท พี.เอ. สี่ฟวิ้ง จำกัด

4 ซอยสีรินธร 7 แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700

โทรศัพท์ 0 2881 9890

สนับสนุนการตีพิมพ์โดย กองทุนโครงการตำราศิริราช ในศิริราชมูลนิธิ



อาการปวดสะโพกเกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกวัย ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพร่างกาย สภาจิตใจ และการใช้ชีวิตประจำวันเกิดปัญหา หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่แม่นยำ และได้รับการรักษาพยาบาล อย่างถูกต้องเหมาะสม จะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และกลับมาเป็นปกติ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ ในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมาก ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการปวดสะโพกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาพยาบาล ทั้งทางยา ทางกายภาพบำบัด จนถึงการทำผ่าตัดข้อสะโพก โดยการส่องกล้องและการผ่าตัดแบบเปิด

ผมขอชื่นชม อาจารย์พิสิษฐ์ เลิศวานิช ที่ได้มีความพากเพียรพยายามด้วยความวิริยะอุตสาหะ นิพนธ์หนังสือเล่มนี้จนสำเร็จ หนังสือเล่มนี้เขียนละเอียดมาก ตั้งแต่การตรวจร่างกาย การถ่ายภาพรังสี และอื่น ๆ เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง แม่นยำ พร้อมให้แนวทางการรักษา โดยเฉพาะการผ่าตัดส่องกล้อง การดูแลหลังผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ยังรวบรวมโรคที่เกี่ยวข้องกับข้อสะโพกอีกด้วย

อาจารย์พิสิษฐ์ เลิศวานิช เป็นผู้ที่ได้ร่ำเรียนฝึกฝน และดูแลผู้ป่วยด้านนี้มากมาย จึงมีประสบการณ์ และค้นคว้าทำวิจัยทางด้านนี้มาก จึงทำให้มั่นใจว่าตำราเล่มนี้จะตอบโจทย์อาการปวดสะโพกได้เป็นอย่างดี ทำให้การรักษาพยาบาลโดยผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และบุคลากรทางการแพทย์ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ผมทราบว่า การเรียบเรียงหนังสือเล่มนี้ อาจารย์พิสิษฐ์ เลิศวานิช ศิษย์รักคนหนึ่งเตรียมการมานานพอสมควร เขียนด้วยความรู้ และประสบการณ์ภาคปฏิบัติที่สะสมจากทั้งในประเทศและต่างประเทศ นับเป็นการสร้างความเป็นบุญกุศลอย่างยิ่ง ผมขออวยพรให้เจริญรุ่งเรือง ประสบความสำเร็จดังที่ตั้งใจไว้ ชื่อเสียงเกียรติยศปรากฏและมีความสุขอยู่เสมอ

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์

หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ฯ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (พ.ศ. 2544-2550)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2550-2554)

คำนำ

อาการปวดสะโพกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ ทั้งในผู้ป่วยวัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและแนวทางการรักษาที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ในทศวรรษที่ผ่านมา องค์ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของข้อสะโพกที่ไม่ใช่โรคข้อเสื่อมเพิ่มพูนขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางรังสีวิทยาและการพัฒนาเครื่องมือผ่าตัด ส่งผลให้การผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกกลายเป็นตัวเลือกสำคัญในการรักษาความผิดปกติเหล่านี้

หนังสือ “การประเมินอาการปวดสะโพกและการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก” เล่มนี้ รวบรวมองค์ความรู้ที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินทางคลินิก การแปลผลภาพถ่ายรังสี การรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยม พื้นฐานการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง และการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ยังนำเสนอข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับความผิดปกติของข้อสะโพกที่ไม่ใช่โรคข้อเสื่อมที่มีบทบาทของการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกในการรักษา ได้แก่ ความผิดปกติของเลबरัม กลุ่มอาการกระดูกต้นขา กระแทกเข้าสะโพก ความผิดปกติของเอ็นยึดหัวกระดูกต้นขา การติดเชื้อของข้อและความผิดปกติของเยื่อข้อ รวมถึงกลุ่มอาการสะโพกกลับ

เนื้อหาในหนังสือเล่มนี้ได้รับการเรียบเรียงโดยอ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการที่สำคัญ ควบคู่กับงานวิจัยและประสบการณ์ทางคลินิกของผู้นิพนธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งความรู้และแนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ นักกายภาพบำบัด และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้นิพนธ์หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์ไทย ช่วยต่อยอดความรู้และมีส่วนในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดสะโพก ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิฐ เลิศวานิช

ผู้นิพนธ์



หนังสือ “การประเมินอาการปวดสะโพกและการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก” เล่มนี้มีเนื้อหา 12 บท ซึ่งจัดลำดับการนำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การประเมินอาการปวดสะโพกและการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยม หลักการและการดูแลผู้ป่วยในการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก และความผิดปกติของข้อสะโพกที่ไม่ใช่โรคข้อเสื่อม การนำเสนอเนื้อหาในแต่ละบทจะประกอบด้วยบทนำ รายละเอียดเนื้อหา และสรุป โดยมีการเรียงลำดับหัวข้อของแต่ละบทไว้ที่หน้าแรกของบท ทั้งนี้รายละเอียดเนื้อหาในแต่ละบทอาจมีจุดเน้นและวิธีการนำเสนอที่แตกต่างกันไปบ้าง เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจเนื้อหาดีที่สุด

เนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินอาการปวดสะโพกโดยใช้การตรวจทางรังสีวิทยาในบทที่ 2 จะเน้นการประเมินภาพถ่ายรังสีข้อสะโพกซึ่งเป็นการตรวจพื้นฐานที่มีประโยชน์ในการวินิจฉัยแยกโรคและวางแผนการรักษา ส่วนการตรวจทางรังสีวิทยาขั้นสูงจะมีการกล่าวถึงบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยความผิดปกติของข้อสะโพกในส่วนที่ 3 ของหนังสือ

กลุ่มอาการสะโพกล้นด้านในและกลุ่มอาการสะโพกล้นด้านนอก แม้จะเป็นความผิดปกติที่อยู่นอกข้อสะโพก แต่ทั้งสองภาวะเป็นการวินิจฉัยแยกโรคของอาการปวดสะโพกที่สำคัญและสามารถใช้การผ่าตัดส่องกล้องในการรักษา จึงนำเสนอในบทที่ 11 และ 12 ตามลำดับ

การใช้ภาษาไทยในการเรียบเรียงหนังสือเล่มนี้ ผู้นิพนธ์พยายามใช้คำศัพท์ภาษาไทยแทนคำศัพท์ภาษาอังกฤษให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ โดยอ้างอิงศัพท์บัญญัติของสำนักงานราชบัณฑิตยสภาและคลังศัพท์ไทยของสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ผู้นิพนธ์ขอใช้ภาษาอังกฤษในศัพท์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์บางคำที่ยังไม่มีศัพท์บัญญัติไว้หรือเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจง่าย เช่น ชื่อหลอดเลือด ชื่อเส้นประสาท ชื่อปุ่มกระดูก ชื่อกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น รวมทั้งชื่อการตรวจพิเศษ ทั้งนี้หลายคำมีศัพท์ภาษาไทยที่ใช้กันอย่างแพร่หลายแล้วจะใช้ภาษาไทย และวงเล็บศัพท์ภาษาอังกฤษกำกับเมื่อกล่าวถึงครั้งแรก เช่น เยื่อข้อ (synovium) จากนั้นจึงใช้ภาษาไทยเพียงอย่างเดียวในการกล่าวอ้างอิงต่อไป อีกทั้งมีการใช้เครื่องหมายจุลภาคแบ่งคั่นลำดับรายการในบางตำแหน่งเพื่อป้องกันความสับสนและอ่านเข้าใจง่ายขึ้น

คำว่า ข้อสะโพก หมายถึงข้อต่อระหว่างส่วนหัวของกระดูกต้นขากับกระดูกเชิงกรานส่วนเบ้าสะโพก รวมถึงโครงสร้างภายในข้อ ส่วนคำว่า สะโพก หมายถึงบริเวณโดยรอบข้อสะโพกซึ่งครอบคลุมทั้งโครงสร้างภายในข้อสะโพกและโครงสร้างโดยรอบ เช่น กล้ามเนื้อ เส้นประสาท หลอดเลือด และเนื้อเยื่ออื่น ๆ

การบรรยายทิศทางการเคลื่อนไหวของข้อส่วนใหญ่จะใช้ภาษาไทย แต่จะมีบางส่วนที่ใช้ภาษาอังกฤษเพื่อให้เข้าใจง่าย โดยเฉพาะการบรรยายท่าทางหรือการเคลื่อนไหวของข้อที่มีหลายทิศทางร่วมกัน เช่น การเคลื่อนไหวของข้อสะโพกในท่า flexion, adduction และ internal rotation

ในหลายบทจะมีการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษและอักษรย่อเพื่อความเข้าใจและใช้แทนคำศัพท์ที่ยาว โดยจะใช้อักษรย่อที่นิยมใช้สื่อสารในเวชปฏิบัติ และใช้วงเล็บเมื่อกล่าวถึงครั้งแรก เช่น anterior superior iliac spine (ASIS) หรือใช้เครื่องหมายอัฒภาคค้นหาคำศัพท์ภาษาอังกฤษอยู่ในวงเล็บ เช่น ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs; NSAIDs) จากนั้นจึงใช้เพียงตัวย่อในการกล่าวซ้ำในบทเดียวกัน สำหรับอักษรย่อของกลุ่มอาการกระดูกต้นขากระแทกเข้าสะโพก (femoroacetabular impingement syndrome) จะใช้เป็น FAI syndrome มิใช่ FAIS เนื่องจากอักษรย่อ FAI มีการใช้มายาวนานตั้งแต่เดิมที่เรียกว่า femoroacetabular impingement ก่อนที่จะมีการเพิ่มคำว่า syndrome เข้ามาในคำศัพท์นี้ในภายหลัง ในหนังสือเล่มนี้จึงใช้ FAI syndrome เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจง่าย

การระบุปีในเนื้อหาจะใช้ปีคริสต์ศักราช (ค.ศ.) เพื่อความเข้าใจในการอ้างอิงผลการศึกษาจากต่างประเทศ

รูปในหนังสือเล่มนี้ประกอบด้วย รูปผู้แสดงสาธิต รูปแสดงการทำหัตถการและการผ่าตัด รูปเครื่องมือต่าง ๆ และรูปการตรวจทางรังสีวิทยา ได้รับความยินยอมจากผู้แสดงสาธิต และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชให้ใช้ประกอบในหนังสือเล่มนี้แล้ว โดยส่วนใหญ่เป็นภาพแสดงข้อสะโพกข้างขวาเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจง่าย ยกเว้นในบางกรณีที่เป็นรูปข้อสะโพกข้างซ้าย จะมีการระบุข้างในคำบรรยายรูป สำหรับแผนภูมิที่ปรากฏเป็นการสร้างใหม่โดยผู้พิมพ์ ส่วนตารางที่ปรากฏสร้างขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลของผู้พิมพ์ และมีการอ้างอิงที่มาของข้อมูลไว้ท้ายคำบรรยายตาราง

การเขียนเอกสารอ้างอิงในทุกบทจะใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยเรียงหมายเลขเอกสารอ้างอิงตามลำดับที่มีการอ้างถึงในเนื้อหา

ภาคผนวกของหนังสือเล่มนี้มีการรวบรวมอักษรย่อภาษาอังกฤษ อภิธานคำศัพท์ ดัชนีภาษาไทย และดัชนีภาษาอังกฤษ โดยเรียงคำตามลำดับอักษร



ผู้นิพนธ์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการจัดทำหนังสือเล่มนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการตอบแทนทางวิชาการต่อคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันที่ได้ให้โอกาสผู้นิพนธ์ในการศึกษาวิชาชีพแพทย์มาโดยตลอด ตั้งแต่ระดับแพทยศาสตรบัณฑิต แพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ อีกทั้งให้การสนับสนุนทุนฝึกอบรมในต่างประเทศ เพื่อนำความรู้และทักษะทางการแพทย์ไปช่วยดูแลรักษาผู้ป่วย และถ่ายทอดองค์ความรู้ต่อไปยังแพทย์รุ่นหลัง อันเป็นความสำเร็จที่แท้จริงตามคำสอนของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้แก่ผู้นิพนธ์จนเกิดความชำนาญและเรียบเรียงหนังสือเล่มนี้ได้สำเร็จ

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์ อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ครูที่เคารพยิ่ง ผู้ให้โอกาสและคำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์มาโดยตลอด อีกทั้งกรุณาเขียนคำนิยมให้

ขอขอบคุณ อาจารย์นายแพทย์สุนิคม ศุภอักษร ผู้วาดภาพประกอบ คุณวรารักษ์ เฉลิสมสุข ผู้ถ่ายภาพประกอบ คุณพิชิตพล เกิดสมนึก ผู้แสดงสถิติในภาพประกอบ และคุณแพนน้อย สุวรรณศรีสาคร ผู้ติดต่อประสานงานและจัดเตรียมต้นฉบับ

ขอขอบคุณ คุณวรรณกานต์ บุญแก้ว และทีมงานสำนักพิมพ์ศิริราช ที่ติดต่อประสานงานและตรวจทานต้นฉบับ

ขอขอบคุณ ครอบครัวอันเป็นที่รัก สำหรับกำลังใจและการสนับสนุนในทุกด้านมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ผู้นิพนธ์ขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักพิมพ์ศิริราช (กองทุนโครงการตำรา-ศิริราช ในศิริราชมูลนิธิ) ที่ให้การสนับสนุน ให้โอกาสและอนุญาตให้ตีพิมพ์เผยแพร่หนังสือเล่มนี้



คณะกรรมการดำเนินงานสำนักพิมพ์ศิริราช

รองคณบดี คนที่ 1 และผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ศิริราช (ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชชชัย อัศววิพุธ)	ที่ปรึกษา
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ (ศาสตราจารย์ นายแพทย์อาคิส อุณณะนันท์)	ประธานกรรมการ
หัวหน้าสถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ (อาจารย์ ดร.โสภิตา สุวฒโท)	รองประธานกรรมการ
ผู้แทนบรรณาธิการ Siriraj Medical Journal (ศาสตราจารย์ นายแพทย์พูลชัย จรัสเจริญวิทยา)	กรรมการ
ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ทงชัย สิริอภิสิทธิ์	กรรมการ
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมานี รักษาเกียรติศักดิ์	กรรมการ
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสงค์ ตันมหาสมุทร	กรรมการ
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกุลภา ศรีสวัสดิ์	กรรมการ
หัวหน้าฝ่ายการคลัง (คุณเพ็ญพิศ บุญนง)	กรรมการ
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ (รองศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงอรุณทัย ศิริอัสกุล)	กรรมการและเลขานุการ
คุณวรรณกานต์ บุญเกื้อ	ผู้ช่วยเลขานุการ



รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิฐ เลิศวานิช

หน่วยงานต้นสังกัด

- สาขาเวชศาสตร์การกีฬา ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การศึกษาและการฝึกอบรม

- แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1 รางวัลเหรียญเงิน) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
- Certificate of research fellowship in sports medicine, Department of Orthopaedic Surgery, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania, USA.
- Certificate of research fellowship in hip arthroscopy and orthopaedic biomechanics, Steadman Philippon Research Institute, Vail, Colorado, USA.

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

- การรักษาการบาดเจ็บจากการกีฬา
- การผ่าตัดส่องกล้องข้อเข่า
- การผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก

สารบัญ

ส่วนที่ 1

การประเมินอาการปวดสะโพกและ การรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยม

Hip pain evaluation and conservative treatment

1	การประเมินทางคลินิกสำหรับอาการปวดสะโพก Clinical evaluation for hip pain	3
2	การประเมินภาพถ่ายรังสีข้อสะโพก Plain radiographic evaluation of the hip	29
3	การรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยมสำหรับความผิดปกติของข้อสะโพก ที่ไม่ใช่โรคข้อเสื่อม Conservative treatment for non-arthritic hip disorders	67

ส่วนที่ 2

หลักการและการดูแลผู้ป่วยในการผ่าตัด ส่องกล้องข้อสะโพก

Principles and patient care in hip arthroscopy

4	พื้นฐานการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก Fundamentals of hip arthroscopy	91
5	ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก Complications in hip arthroscopy	127
6	การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก Rehabilitation after hip arthroscopy	147

ส่วนที่ 3

ความผิดปกติของข้อสะโพกที่ไม่ใช่โรคข้อเสื่อม

Non-arthritic hip disorders

7	ความผิดปกติของเลबरัม Labral disorders	173
8	กลุ่มอาการกระดูกต้นขากระแทกเข้าสะโพก Femoroacetabular impingement syndrome	213
9	ความผิดปกติของเอ็นยึดหัวกระดูกต้นขา Ligamentum teres disorders	257
10	การติดเชื้อของข้อและความผิดปกติของเยื่อข้อ Septic arthritis and synovial disorders	277
11	กลุ่มอาการสะโพกลั่นด้านใน Internal snapping hip syndrome	293
12	กลุ่มอาการสะโพกลั่นด้านนอก External snapping hip syndrome	311
	ภาคผนวก	
	อักษรย่อภาษาอังกฤษ	330
	อภิธานคำศัพท์	332
	ดัชนีภาษาไทย	336
	ดัชนีภาษาอังกฤษ	342

สารบัญรูป

รูปที่ 1.1	แสดง C sign ที่ผู้ป่วยแสดงตำแหน่งที่มีอาการปวด	8
รูปที่ 1.2	แสดงท่าตรวจ Trendelenburg test เพื่อประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อเนื้ออกสะโพกของขาข้างขวาที่ยืนทรงตัวคนเดียว	9
รูปที่ 1.3	แสดงท่าตรวจพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกในท่านั่ง	10
รูปที่ 1.4	แสดงท่านอนของผู้ป่วยที่มีภาวะข้อสะโพกติดเชื้อมันในทางข้อสะโพกและแบะขาออก	11
รูปที่ 1.5	แสดงท่าตรวจประเมินอาการปวดที่เกี่ยวข้องกับหัวหน้า	12
รูปที่ 1.6	แสดงท่าตรวจประเมินอาการปวดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มกล้ามเนื้อหุบสะโพก	13
รูปที่ 1.7	แสดงท่าตรวจประเมินอาการปวดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มกล้ามเนื้อ iliopsoas	14
รูปที่ 1.8	แสดงท่าตรวจ rolling test	15
รูปที่ 1.9	แสดงการตรวจพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกในท่านอนหงาย	16
รูปที่ 1.10	แสดงท่าตรวจ flexion, abduction, external rotation (FABER test)	17
รูปที่ 1.11	แสดงท่าตรวจ Stinchfield test	18
รูปที่ 1.12	แสดงท่าตรวจ Anvil test	19
รูปที่ 1.13	แสดงท่าตรวจ flexion, adduction, internal rotation (FADIR test) หรือ anterior impingement test	19
รูปที่ 1.14	แสดงท่าตรวจ dynamic internal rotatory impingement (DIRI test)	20
รูปที่ 1.15	แสดงท่าตรวจ dynamic external rotatory impingement (DEXTRIT test)	21
รูปที่ 1.16	แสดงท่าตรวจ posterior rim impingement test	22
รูปที่ 1.17	แสดงท่าตรวจ Ober test เพื่อประเมินการหดรัดตัวของ tensor fascia lata	23
รูปที่ 1.18	แสดงท่าตรวจ active piriformis test	25
รูปที่ 1.19	แสดงท่าตรวจ Craig test เพื่อประเมิน femoral anteversion	25
รูปที่ 2.1	แสดงการจัดท่าสำหรับถ่ายภาพรังสี AP pelvic view	31
รูปที่ 2.2	แสดงภาพถ่ายรังสี AP pelvic view ที่มีลักษณะ neutral tilt	31
รูปที่ 2.3	แสดงการจัดท่าสำหรับถ่ายภาพรังสี frog-leg lateral view	32
รูปที่ 2.4	แสดงภาพถ่ายรังสี frog-leg lateral view	33
รูปที่ 2.5	แสดงการถ่ายภาพรังสี cross-table lateral view	33

รูปที่ 2.6	แสดงการจัดท่าสำหรับถ่ายภาพรังสี 45° Dunn view	34
รูปที่ 2.7	แสดงภาพถ่ายรังสี 45° Dunn view	34
รูปที่ 2.8	แสดงการจัดท่าสำหรับถ่ายภาพรังสี 90° Dunn view	35
รูปที่ 2.9	แสดงภาพถ่ายรังสี 90° Dunn view	35
รูปที่ 2.10	แสดงการถ่ายภาพรังสี false profile view	36
รูปที่ 2.11	แสดงตำแหน่งทางกายวิภาคศาสตร์ของกระดูกเชิงกรานและเข้าสะโพกที่สำคัญในภาพถ่ายรังสี AP pelvic view	38
รูปที่ 2.12	แสดงการประเมินลักษณะความลึกของเข้าสะโพกในภาพถ่ายรังสี AP pelvic view โดยใช้เส้น ilioischial เป็นเส้นอ้างอิง	39
รูปที่ 2.13	แสดงวิธีวัดมุมทอนนิสในภาพถ่ายรังสี AP pelvic view	40
รูปที่ 2.14	แสดงการวัดมุมทอนนิสในภาพถ่ายรังสี	41
รูปที่ 2.15	แสดงวิธีวัดมุมเซนเตอร์เอจของไวเบอร์กในภาพถ่ายรังสี AP pelvic view	42
รูปที่ 2.16	แสดงการวัดมุมเซนเตอร์เอจของไวเบอร์ก	42
รูปที่ 2.17	แสดงการวัดมุม anterior center-edge ในภาพถ่ายรังสี false profile view	43
รูปที่ 2.18	แสดงวิธีประเมินทิศทางของเข้าสะโพกจากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	44
รูปที่ 2.19	แสดงการประเมิน cross-over sign ในภาพถ่ายรังสี AP pelvic view	45
รูปที่ 2.20	แสดงการประเมิน acetabular retroversion index	45
รูปที่ 2.21	แสดงภาพถ่ายรังสี AP pelvic view ที่พบ ischial spine sign	46
รูปที่ 2.22	แสดงการประเมิน posterior wall sign ในภาพถ่ายรังสี AP pelvic view	47
รูปที่ 2.23	แสดงลักษณะการผิดรูปร่างแบบด้ามปืนพกบริเวณด้านบนของรอยต่อส่วนหัวและคอของกระดูกต้นขา	49
รูปที่ 2.24	แสดงการประเมินลักษณะรอยต่อของส่วนหัวและคอของกระดูกต้นขาด้วยการวัดมุมอัลฟาในภาพถ่ายรังสี 45° Dunn view	49
รูปที่ 2.25	แสดงการประเมินลักษณะรอยต่อของส่วนหัวและคอของกระดูกต้นขาด้วยการวัด head-neck offset ในภาพถ่ายรังสี 45° Dunn view	50
รูปที่ 2.26	แสดงการวัด femoral neck-shaft angle ในภาพถ่ายรังสี AP pelvic view	51
รูปที่ 2.27	แสดงปุ่มกระดูกงอกที่พบในภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วยโรคข้อสะโพกเสื่อม	52

รูปที่ 2.28	แสดงการประเมินภาวะข้อสะโพกเสื่อมในภาพถ่ายรังสีด้วยการจำแนกประเภทของทอนนิส	53
รูปที่ 2.29	แสดงการประเมินการเสื่อมของข้อสะโพกในภาพถ่ายรังสี โดยวัดความกว้างช่องข้อที่ 3 ตำแหน่ง	54
รูปที่ 2.30	แสดงการประเมินภาวะหัวกระดูกต้นขาขาดเลือดในภาพถ่ายรังสี และแบ่งระดับความรุนแรงตามการจำแนกประเภทของฟีแคท	56
รูปที่ 2.31	แสดงภาพถ่ายรังสีที่พบลักษณะปุ่มกระดูก anterior inferior iliac spine ที่นูนและยื่นลงมาด้านล่างมากกว่าปกติ	57
รูปที่ 2.32	แสดงภาพถ่ายรังสี AP pelvic view ที่พบความผิดปกติของข้อ sacroiliac ทั้งสองข้าง	58
รูปที่ 2.33	แสดงภาพถ่ายรังสีที่พบเงากระดูกที่ผิดปกติ	59
รูปที่ 2.34	แสดงภาพถ่ายรังสีที่พบเงาแคลเซียมจากภาวะเอ็นอักเสบชนิดมีแคลเซียมเกาะของกลุ่มกล้ามเนื้ออกสะโพก	60
รูปที่ 2.35	แสดงภาพถ่ายรังสีที่พบแคลเซียมเกาะเล็บ	60
รูปที่ 2.36	แสดงภาพถ่ายรังสีที่พบเศษชิ้นลอยหลายชิ้นในข้อสะโพกซึ่งเป็นลักษณะที่พบในโรค synovial chondromatosis	61
รูปที่ 2.37	แสดงภาพถ่ายรังสีที่พบถุงน้ำจากการกระแทกบริเวณด้านหน้าของส่วนคอของกระดูกต้นขาที่มีลักษณะของ cam morphology	62
รูปที่ 3.1	แสดงแผนภูมิแนวคิดกรอบการใช้งานกับกระบวนการรักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยม	68
รูปที่ 3.2	แสดงการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก	70
รูปที่ 3.3	แสดงการทดสอบการทรงตัวขณะก้าวเท้ารูปดาวแบบประยุกต์	71
รูปที่ 3.4	แสดงการฉีดยาเข้าข้อสะโพกโดยใช้ fluoroscope นำทาง	76
รูปที่ 3.5	แสดงท่าบริหารเพื่อคลายข้อติดและเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวในท่า flexion, abduction, external rotation	78
รูปที่ 3.6	แสดงการบริหารท่าแมวและอุฐเพื่อฝึกการเคลื่อนไหวลำตัวและเชิงกราน	79
รูปที่ 3.7	แสดงการบริหารท่า plank	80
รูปที่ 3.8	แสดงการบริหารท่า glute bridge	80
รูปที่ 3.9	แสดงการบริหารท่า side plank	80
รูปที่ 3.10	แสดงการบริหารท่า clamshell	81

รูปที่ 3.11	แสดงการบริหารท่ายืนขาเดียวและยกขาด้านตรงข้ามต้นผนัง	81
รูปที่ 3.12	แสดงการบริหารท่าย่อเข่า	82
รูปที่ 3.13	แสดงการบริหารท่าเครื่องบินขณะยืนขาเดียว	83
รูปที่ 3.14	แสดงการบริหารก้าวขึ้นลงพื้นต่างระดับด้านข้าง	83
รูปที่ 4.1	แสดงการจัดเตรียมส่วนเท้าและข้อเท้าสำหรับการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก	98
รูปที่ 4.2	แสดงการจัดแขนที่อยู่ข้างเดียวกับข้อสะโพกที่จะทำการผ่าตัดส่องกล้อง	98
รูปที่ 4.3	แสดงเสาค้ำฝ้ายแบบกว้างพิเศษที่ใช้ในการจัดทำผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก ในท่านอนหงาย	99
รูปที่ 4.4	แสดงการประกอบเสาค้ำฝ้ายแบบนุ่มเข้ากับเตียงผ่าตัดในตำแหน่งที่เบี่ยง ออกข้าง เพื่อให้เกิดแรงดันกระดูกต้นขาส่วนต้นออกไปทางด้านนอก ร่วมกับการดึงขาตามแนวยาว	100
รูปที่ 4.5	แสดงการจัดขาของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก	101
รูปที่ 4.6	แสดงภาพจาก fluoroscope ภายหลังการดึงถ่างข้อสะโพกพบ vacuum crescent sign	101
รูปที่ 4.7	แสดงการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกข้างขวาในท่านอนหงาย	102
รูปที่ 4.8	แสดงท่อกลวงขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดต่าง ๆ ที่ใช้ในการผ่าตัดส่องกล้อง ข้อสะโพก	106
รูปที่ 4.9	แสดงท่อกลวงและเหล็กนำชนิดมีรูสอดแกนนำทาง	106
รูปที่ 4.10	แสดงเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก	107
รูปที่ 4.11	แสดงมอเตอร์ตัดเนื้อเยื่อและมอเตอร์กระดูกแบบต่าง ๆ ที่ใช้ในการ ผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก	108
รูปที่ 4.12	แสดงหัวจี้คลื่นความถี่วิทยุชนิดปลายอ ใช้สำหรับการตัดแต่งเนื้อเยื่อและ จี้ห้ามเลือด	108
รูปที่ 4.13	แสดงเครื่องมือเล็งตำแหน่งสำหรับการทำ portal ที่ 2	109
รูปที่ 4.14	แสดงตำแหน่งทางเข้า anterolateral portal และ mid-anterior portal สำหรับการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก	111
รูปที่ 4.15	แสดงตำแหน่งทางเข้าสำหรับการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก แผลทางเข้า ควรอยู่ในพื้นที่ปลอดภัย โดยอยู่ด้านนอกต่อแนวเส้นสมมติที่ลากจาก ปุ่มกระดูก anterior superior iliac spine ไปยังกึ่งกลางกระดูกสะบ้า	111

รูปที่ 4.16	แสดงตำแหน่ง proximal mid-anterior portal หรือ Dienst's portal	112
รูปที่ 4.17	แสดงการใช้ spinal needle ทางผ่าน anterolateral portal เข้าสู่ central compartment ของข้อสะโพก	114
รูปที่ 4.18	แสดงภาพขณะทำ anterolateral portal และภาพจาก fluoroscope	115
รูปที่ 4.19	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกในการทำ mid-anterior portal ภายหลังจากที่ได้ทำ anterolateral portal แล้ว	117
รูปที่ 4.20	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก โดยมองผ่าน mid-anterior portal	118
รูปที่ 4.21	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกส่วน central compartment	119
รูปที่ 4.22	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก ขณะสลับเปลี่ยนเครื่องมือจาก cannula มาเป็นหัวจี้ความถี่คลื่นวิทยุ	120
รูปที่ 4.23	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกส่วน peripheral compartment พบรอยต่อส่วนหัวและคอของกระดูกต้นขาที่มีลักษณะนูนกว่าปกติ	121
รูปที่ 5.1	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกที่พบการบาดเจ็บของกระดูกอ่อนผิวข้อที่ส่วนหัวของกระดูกต้นขา	132
รูปที่ 6.1	แสดงปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการปรับรูปแบบโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก	148
รูปที่ 6.2	แสดงการบริหารพิสัยการเคลื่อนไหวข้อสะโพกแบบทำให้และการช่วยคลายข้อติดในช่วงแรกหลังการผ่าตัด	152
รูปที่ 6.3	แสดงการฝึกเคลื่อนไหวขาด้วยตนเองในท่านอนหงายและเท้าอยู่บนพื้น	154
รูปที่ 6.4	แสดงการบริหารท่าสะพาน	154
รูปที่ 6.5	แสดงการบริหารในท่านอนคว่ำ	155
รูปที่ 6.6	แสดงการบริหารท่าแมวและอุฐู	155
รูปที่ 6.7	แสดงการบริหารท่าโยกตัวไปมาในท่าสัตว์สี่เท้า	156
รูปที่ 6.8	แสดงการบริหารท่าสุนัขล่าเหยื่อ	156
รูปที่ 6.9	แสดงการบริหารท่าแพลงค์	157
รูปที่ 6.10	แสดงการบริหารท่าแพลงค์ข้าง	157
รูปที่ 6.11	แสดงการบริหารเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวข้อสะโพกด้วยตนเองโดยการบิดหมุนข้อสะโพกไปมาบนเก้าอี้สตูล	158
รูปที่ 6.12	แสดงการบริหารท่าหอยกาบ	158

รูปที่ 6.13	แสดงการบริหารท่าย่อเข่า	159
รูปที่ 6.14	แสดงการบริหารในท่ายืนดึงสายยางด้วยขาข้างเดียวเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกลุ่มกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก	160
รูปที่ 6.15	แสดงการบริหารด้วยท่าก้าวย่อ	161
รูปที่ 6.16	แสดงการบริหารก้าวขึ้นลงพื้นต่างระดับทางด้านข้าง	162
รูปที่ 6.17	แสดงการฝึกการทรงตัวและการรับรู้อากัปกิริยา	163
รูปที่ 6.18	แสดงการฝึกการทรงตัวและการรับรู้อากัปกิริยาในท่ายืนทรงตัวขาเดียว	163
รูปที่ 6.19	แสดงการฝึกแบบพลัยโอเมตริก	165
รูปที่ 7.1	แสดงลักษณะทางจุลกายวิภาคศาสตร์ของเลबरัม	174
รูปที่ 7.2	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกในช่องรอบนอก พบเลबरัมสัมผัสกับส่วนหัวของกระดูกต้นขาทำให้เกิดการปิดผนึกสารน้ำ	175
รูปที่ 7.3	แสดงการบอกตำแหน่งทางกายวิภาคศาสตร์ของเลबरัมที่ขอบเข้าสะโพกด้วยวิธีหน้าปัดนาฬิกา	178
รูปที่ 7.4	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บข้อสะโพกข้างซ้ายเคลื่อนหลุดร่วมกับกระดูกหักที่ขอบด้านหลังของกระดูกเข้าสะโพก รวมทั้งพบการฉีกขาดบริเวณส่วนฐานของเลबरัม	180
รูปที่ 7.5	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกในผู้ป่วยโรคข้อสะโพกเสื่อม	181
รูปที่ 7.6	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกในผู้ป่วยที่มีภาวะ hip dysplasia พบการฉีกขาดของเลबरัมที่มีลักษณะเป็น inverted labrum	181
รูปที่ 7.7	แสดงภาพจากการตรวจ MRI และ MRA ของข้อสะโพกข้างขวาเพื่อประเมินเลबरัมในระนาบ coronal	186
รูปที่ 7.8	แสดงภาพจากการตรวจ MRI และ MRA ของข้อสะโพกข้างซ้ายที่พบรอยฉีกขาดที่ส่วนฐานของเลबरัมบริเวณ anterosuperior quadrant	187
รูปที่ 7.9	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกเพื่อตัดแต่งเลबरัมเฉพาะส่วน	191
รูปที่ 7.10	แสดงการซ่อมแซมเลबरัมด้วย suture anchor โดยใช้วิธีเย็บผ่านเนื้อเลबरัมส่วนฐาน	196
รูปที่ 7.11	แสดงการซ่อมแซมเลबरัมด้วย suture anchor โดยใช้วิธีนำไหมเอบรรอบเลबरัม	196
รูปที่ 7.12	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกเพื่อซ่อมแซมเลबरัมด้วย suture anchor	197

รูปที่ 7.13	แสดงการผ่าตัดสร้างเลบริมเฉพาะส่วนที่ใช้เนื้อเยื่อทดแทนมายึดตรึงกับขอบเข้าสะโพกในตำแหน่งที่เป็นช่องโหว่ของเลบริม	200
รูปที่ 7.14	แสดงการผ่าตัดสร้างเลบริมแบบรอบวงซึ่งเป็นการนำเนื้อเยื่อมาสสร้างเลบริมใหม่ทั้งหมด	201
รูปที่ 7.15	แสดงการผ่าตัดเสริมเลบริม โดยใช้เนื้อเยื่อทดแทนมายึดตรึงในตำแหน่งที่เลบริมมีพยาธิสภาพ และเย็บเสริมกับเนื้อเยื่อส่วน chondrolabral junction	203
รูปที่ 8.1	แสดงลักษณะ cam morphology ซึ่งรอยต่อส่วนหัวและคอของกระดูกต้นขามีลักษณะนูนขึ้นกว่าปกติ	215
รูปที่ 8.2	แสดงลักษณะ pincer morphology ซึ่งกระดูกส่วนเข้าสะโพกมีการครอบคลุมส่วนหัวของกระดูกต้นขามากกว่าปกติ	216
รูปที่ 8.3	แสดงลักษณะ cam morphology ที่วินิจฉัยได้จากการพบลักษณะผิดปกติบริเวณรอยต่อส่วนหัวและคอของกระดูกต้นขา	225
รูปที่ 8.4	แสดงลักษณะ pincer morphology ที่เข้าสะโพกมีลักษณะ global overcoverage ในภาพถ่ายรังสี AP pelvic view	226
รูปที่ 8.5	แสดงลักษณะ pincer morphology ที่เข้าสะโพกมีลักษณะ global retroversion ในภาพถ่ายรังสี AP pelvic view	226
รูปที่ 8.6	แสดงภาพเอ็มอาร์ไอข้อสะโพกข้างขวา ในลักษณะภาพแนวรัศมีรอบแกนกลางของส่วนคอของกระดูกต้นขา ซึ่งใช้เพื่อการประเมินรูปร่างของกระดูกบริเวณรอยต่อส่วนหัวและคอของกระดูกต้นขาในตำแหน่งต่าง ๆ โดยรอบ	228
รูปที่ 8.7	แสดงภาพถ่ายรังสีข้อสะโพกที่พบภาวะข้อสะโพกเสื่อมชนิดทุติยภูมิจาก FAI syndrome	230
รูปที่ 8.8	แสดงแนวตัดกระดูกแบบเป็นขั้นสำหรับการทำ trochanteric flip osteotomy ในการผ่าตัดเปิดทำข้อสะโพกเคลื่อน	236
รูปที่ 8.9	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกในผู้ป่วย FAI syndrome ที่พบการลอกตัวของกระดูกอ่อน (chondral delamination) ออกจากกระดูกใต้กระดูกอ่อน	241
รูปที่ 8.10	แสดงการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกเพื่อตัดแต่งขอบเข้าสะโพกข้างซ้าย	242
รูปที่ 8.11	แสดงการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกเพื่อตัดแต่งรอยต่อส่วนหัวและคอของกระดูกต้นขาข้างซ้าย	243

รูปที่ 8.12	แสดงการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกข้างซ้ายที่พบ herniation pit ในตำแหน่งที่เป็น cam morphology	244
รูปที่ 9.1	แสดงท่าตรวจ ligamentum teres test โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายบนเตียงตรวจ จากนั้นผู้ตรวจจับขาข้างที่ต้องการตรวจโดยงอข้อเข่า 90 องศา ข้อสะโพก 70 องศา และกางข้อสะโพก 30 องศา	262
รูปที่ 9.2	แสดงท่าตรวจ abduction-hyperextension-external rotation (AB-HEER) test	263
รูปที่ 9.3	แสดงภาพเอ็มอาร์ไอของข้อสะโพกในระนาบ coronal	264
รูปที่ 9.4	แสดงภาพเอ็นยึดหัวกระดูกต้นขาจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพก	268
รูปที่ 9.5	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกในขณะตัดแต่งเนื้อเยื่อของเอ็นยึดหัวกระดูกต้นขา	269
รูปที่ 10.1	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกข้างซ้ายเพื่อรักษาข้อสะโพกติดข้อแบบเฉียบพลัน	279
รูปที่ 10.2	แสดงภาพถ่ายรังสีและภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกของผู้ป่วยที่มีการติดข้อของข้อสะโพกขาแบบเรื้อรังจากเชื้อวัณโรค	280
รูปที่ 10.3	แสดงภาพถ่ายรังสีและภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกของผู้ป่วยโรค synovial chondromatosis	282
รูปที่ 10.4	แสดงภาพการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกของผู้ป่วยโรค synovial chondromatosis ของข้อสะโพกข้างขวาที่มีอาการปวดเรื้อรัง	283
รูปที่ 10.5	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกเพื่อรักษาโรค PVNS แบบเฉพาะที่	286
รูปที่ 10.6	แสดงภาพถ่ายรังสีและภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกของผู้ป่วยโรค PVNS แบบกระจายที่ข้อสะโพกข้างซ้าย	287
รูปที่ 11.1	แสดงลักษณะทางกายวิภาคศาสตร์ของกล้ามเนื้อ iliopsoas โดยกลุ่มอาการสะโพกลิ้นด้านในเกิดจากการเคลื่อนที่ไปมาของเอ็นกล้ามเนื้อ iliopsoas บนกระดูกเชิงกรานส่วน iliopectineal eminence หรือด้านหน้าของหัวกระดูกต้นขา	295
รูปที่ 11.2	แสดงการตรวจการลื่นด้านในของข้อสะโพก	297
รูปที่ 11.3	แสดงท่าตรวจ Stinchfield test	297

รูปที่ 11.4	แสดงท่าตรวจ modified Thomas test	298
รูปที่ 11.5	แสดงท่าบริหารเพื่อการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ iliopsoas	299
รูปที่ 11.6	แสดงตำแหน่งของการเข้าถึงเอ็นกล้ามเนื้อ iliopsoas ในการผ่าตัด iliopsoas tendon release ด้วยวิธีส่องกล้องข้อสะโพก	301
รูปที่ 11.7	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกเพื่อตัดเอ็นกล้ามเนื้อ iliopsoas ผ่าน central compartment	302
รูปที่ 12.1	แสดงลักษณะทางกายวิภาคศาสตร์ของ iliotibial band	312
รูปที่ 12.2	แสดงตำแหน่งของจุดเสียดสีโทรแคนเทอร์ริก	313
รูปที่ 12.3	แสดงกลไกการเกิดอาการสะโพกล้นด้านนอกซึ่งเกิดจากการเคลื่อนไหวยของ IT band ที่เสียดสีกับปุ่มกระดูก greater trochanter ในขณะที่งอเหยียดข้อสะโพก	313
รูปที่ 12.4	แสดงท่าตรวจ hip lag sign	315
รูปที่ 12.5	แสดงท่าบริหารเพื่อยืดเหยียด IT band	317
รูปที่ 12.6	แสดงการใช้อุปกรณ์ลูกกลิ้งโฟมในการบริหารเพื่อคลายความตึงของ IT band	318
รูปที่ 12.7	แสดงการจัดท่าผู้ป่วย ตำแหน่งการจัดวางอุปกรณ์ผ่าตัด และการปูผ้าสำหรับการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อคลายความตึงของ IT band	322
รูปที่ 12.8	แสดงตำแหน่งแผลทางเข้าที่ใช้ในการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อคลายความตึงของ IT band	322
รูปที่ 12.9	แสดงวิธีการสร้างช่องว่างระหว่างผิวหนังด้านนอกของ IT band กับเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ในช่วงต้นของการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อคลายความตึงของ IT band	323
รูปที่ 12.10	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อคลายความตึงของ IT band	325
รูปที่ 12.11	แสดงภาพจากการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อคลายความตึงของเอ็นกล้ามเนื้อ gluteus maximus	326

สารบัญตาราง

ตารางที่ 9.1	แนวทางการรักษาความผิดปกติของเอ็นยึดหัวกระดูกต้นขาด้วยการ ผ่าตัดส่องกล้องข้อสะโพกตามการจำแนกประเภทของ O'Donnell และ Arora	266
--------------	--	-----

ส่วนที่ 1

**การประเมินอาการปวดสะโพก
และการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยม**

Hip pain evaluation
and conservative treatment



การประเมินทางคลินิกสำหรับ อาการปวดสะโพก

พิสิฐฐ์ เลิศวานิช



- บทนำ
- หลักการวินิจฉัยแยกโรค
- การซักประวัติ
- การตรวจร่างกาย
- สรุป

การประเมินทางคลินิกสำหรับ อาการปวดสะโพก

Clinical evaluation for hip pain

บทนำ

ข้อสะโพกเป็นโครงสร้างที่มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมต่อจากลำตัวไปยังส่วนขา ทำหน้าที่รับน้ำหนักตัวส่วนบนกระจายไปยังขาทั้งสองข้างและเป็นข้อที่มีพิสัยการเคลื่อนไหวหลายทิศทาง ซึ่งจำเป็นต้องใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ และการเล่นกีฬาหลายประเภท อาการปวดเป็นอาการนำที่สำคัญของพยาธิสภาพบริเวณสะโพก ทั้งพยาธิสภาพในข้อ (intra-articular pathology) และพยาธิสภาพนอกข้อ (extra-articular pathology) การวินิจฉัยสาเหตุของอาการปวดจำเป็นต้องใช้ทักษะการประเมินทางคลินิก ทั้งการซักประวัติและการตรวจร่างกายอย่างเป็นระบบ โดยมีพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะทางกายวิภาคศาสตร์และชีวกลศาสตร์ของโครงสร้างบริเวณสะโพกซึ่งทำหน้าที่ประสานงานกัน การรวบรวมข้อมูลทางคลินิกอย่างครบถ้วนนับเป็นการเริ่มต้นที่สำคัญ ซึ่งทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยสาเหตุของอาการปวดได้อย่างถูกต้องและกำหนดแนวทางการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

หลักการวินิจฉัยแยกโรค

การประเมินทางคลินิกมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุตำแหน่งของโครงสร้างที่มีพยาธิสภาพและลักษณะของพยาธิสภาพ โดยสามารถแบ่งสาเหตุของอาการปวดเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ อาการปวดจากพยาธิสภาพในข้อ อาการปวดจากพยาธิสภาพนอกข้อ และอาการปวดต่างที่ (referred pain) ซึ่งมีต้นเหตุอยู่ส่วนอื่นแต่ทำให้เกิดอาการปวดบริเวณสะโพก เช่น กระดูกสันหลัง ระบบทางเดินอาหาร และระบบสืบพันธุ์ เนื่องจากข้อสะโพกเป็นข้อที่อยู่ลึก การประเมินทางคลินิกส่วนใหญ่ยังไม่สามารถระบุการวินิจฉัยได้แน่ชัด จึงจำเป็นต้องใช้การตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยโรค การแยกแยะกลุ่มของพยาธิสภาพเบื้องต้นจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้แพทย์สามารถเลือกวิธีการตรวจเพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

อาการปวดสะโพกที่เกิดขึ้นอาจมีสาเหตุมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง โดยมีตำแหน่งพยาธิสภาพปฐมภูมิเป็นสาเหตุตั้งต้น และอาจมีอาการปวดจากพยาธิสภาพทุติยภูมิในตำแหน่งอื่นที่ได้รับผลกระทบจากการเคลื่อนไหวของข้อและการทำงานของโครงสร้างต่าง ๆ ที่ติดปกติไปของพยาธิสภาพปฐมภูมิ⁽¹⁾ ดังตัวอย่าง

กรณีผู้ป่วยกลุ่มอาการกระดูกต้นขากระดูกเข้าสะโพก (femoroacetabular impingement syndrome; FAI syndrome) ซึ่งมีพยาธิสภาพปฐมภูมิคือ กระดูกต้นขามีรูปร่างชนิดแคม (cam morphology) หรือกระดูกส่วนเข้าสะโพกมีรูปร่างชนิดพินเซอร์ (pincer morphology) เมื่อข้อสะโพกเคลื่อนไหวจะทำให้เกิดการกระดูกกันของกระดูก ส่งผลให้เลबरัม (labrum) และกระดูกอ่อนผิวข้อบาดเจ็บ พยาธิสภาพในข้อสะโพกทำให้พิสัยการเคลื่อนไหวลดลงและทำให้เกิดอาการปวดขาหนีบในช่วงท้ายของการเคลื่อนไหวข้อสะโพก โดยเฉพาะในท่า flexion, adduction และ internal rotation ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของโครงสร้างนอกข้อสะโพกที่จัดเป็นพยาธิสภาพทุติยภูมิ โดยเกิดการยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณสะโพกหลายกลุ่ม และทำให้เกิดรูปแบบการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ผิดปกติ เช่น การอ่อนแรงของกลุ่มกล้ามเนื้อกางสะโพก (hip abductor muscles) ทำให้ผู้ป่วยมีท่าเดินที่ผิดปกติแบบ Trendelenburg ซึ่งจะเอนลำตัวมาทางด้านที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เพื่อรักษาสสมดุลของร่างกายในขณะเดิน ดังนั้นในกระบวนการซักประวัติและตรวจร่างกายจึงมีเป้าหมายเพื่อค้นหาทั้งพยาธิสภาพปฐมภูมิและพยาธิสภาพทุติยภูมิที่มีความสัมพันธ์กัน และควรได้รับการรักษาไปพร้อมกัน

ข้อมูลที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัยแยกโรคสำหรับอาการปวดบริเวณสะโพกคือ ตำแหน่งที่มีอาการปวดซึ่งแบ่งเป็น 3 บริเวณ ได้แก่ อาการปวดทางด้านหน้าบริเวณขาหนีบ (groin pain) อาการปวดทางด้านข้างบริเวณปุ่มกระดูก greater trochanter (greater trochanteric pain) และอาการปวดทางด้านหลังบริเวณก้น (gluteal pain) ในอดีตอาจมีความสับสนในแนวทางการวินิจฉัยและชื่อโรคที่ใช้วินิจฉัยอาการปวดบริเวณขาหนีบ ในปี ค.ศ. 2014 มีการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดคำนิยามของการวินิจฉัยอาการปวดขาหนีบในนักกีฬาที่กรุงโดฮา ประเทศกาตาร์ และสรุปเป็นข้อตกลงโดฮา (Doha agreement)⁽²⁾ ส่วนสำคัญที่ข้อตกลงนี้สร้างความชัดเจนคือ การวินิจฉัยแยกโรคของพยาธิสภาพนอกข้อที่ทำให้เกิดอาการปวดขาหนีบ ซึ่งในข้อตกลงโดฮาจัดโรคกลุ่มนี้เป็นลักษณะทางคลินิกจำเพาะของอาการปวดขาหนีบ (defined clinical entities for groin pain) โดยมีพยาธิสภาพนอกข้อสะโพกที่สำคัญ 4 กลุ่ม ได้แก่ อาการปวดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มกล้ามเนื้อหุบสะโพก (adductor-related pain), อาการปวดที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อ iliopsoas (iliopsoas-related pain), อาการปวดที่เกี่ยวข้องกับขาหนีบ (inguinal-related pain) และอาการปวดที่เกี่ยวข้องกับหัวหน่าว (pubic-related pain)

การซักประวัติ

การซักประวัติเพื่อวินิจฉัยแยกโรคสำหรับอาการปวดบริเวณสะโพกควรเริ่มต้นจากการให้ผู้ป่วยบอกตำแหน่งที่มีอาการปวดว่า อยู่ทางด้านหน้า ด้านข้าง หรือด้านหลังของสะโพก ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในข้อสะโพกส่วนมากจะมีอาการปวดด้านหน้าบริเวณขาหนีบ ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดต่างที่ตามแนว

การเลี้ยวของเส้นประสาท obturator ร้าวไปทางด้าน anteromedial ของต้นขาลงไปถึงบริเวณเข่า⁽³⁾ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดทางด้านข้างมักมีสาเหตุจากพยาธิสภาพของโครงสร้างบริเวณปุ่มกระดูก greater trochanter โดยการวินิจฉัยแยกโรคที่สำคัญ ได้แก่ การอักเสบของถุงลดเสียดสีโทรแคนเตอร์ (trochanteric bursitis), กลุ่มอาการสะโพกลั่นทางด้านนอก (external snapping hip syndrome) และการฉีกขาดของกลุ่มกล้ามเนื้ออกสะโพกที่มีจุดเกาะบริเวณปุ่มกระดูกนี้^(4,5) ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการปวดทางด้านหลังบริเวณก้น จำเป็นต้องแยกแยะพยาธิสภาพบริเวณสะโพกกับอาการปวดต่างที่จากพยาธิสภาพของกระดูกสันหลัง ซึ่งอาจมีอาการปวดร้าวไปทางด้านหลังของส่วนต้นขาลงไปถึงน่อง

อายุของผู้ป่วยเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวินิจฉัยแยกโรค เนื่องจากอุบัติการณ์ของพยาธิสภาพต่าง ๆ มีความแตกต่างกันตามช่วงอายุ กลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นมักมีปัญหาเกี่ยวกับการบาดเจ็บหรือโรคเกี่ยวกับพัฒนาการที่ผิดปกติของข้อสะโพก ในขณะที่ผู้ป่วยวัยกลางคนและผู้สูงอายุจะมีอุบัติการณ์ของโรคข้อสะโพกเสื่อมที่สูงขึ้นตามวัย

แพทย์ควรถามผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะอาการปวด โดยควรใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยอธิบายลักษณะอาการปวดของตนเอง แล้วจึงสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเริ่มต้นของอาการปวดว่า เป็นแบบเฉียบพลันหรือแบบค่อยเป็นค่อยไป มีอาการปวดมานานเท่าไร เมื่อสอบถามถึงความรุนแรงของอาการปวด แพทย์อาจให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงโดยการให้คะแนนจาก 0 ถึง 10 นอกจากนี้ควรสอบถามถึงประวัติการเกิดอุบัติเหตุซึ่งอาจเป็นสาเหตุหรือมีความสัมพันธ์กับอาการปวดสะโพก กลไกของการบาดเจ็บมีทั้งการบาดเจ็บมีการปะทะ (contact injury) และการบาดเจ็บที่ไม่มีการปะทะ (non-contact injury) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการบาดเจ็บของโครงสร้างบริเวณสะโพกได้โดยตรงหรืออาจเป็นสาเหตุกระตุ้นทำให้เกิดอาการปวดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณสะโพกอยู่เดิมแต่ยังไม่แสดงอาการ

แพทย์ควรสอบถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอาการปวดในช่วงเวลาที่ผ่านมาว่า มีรูปแบบและความรุนแรงที่เปลี่ยนไปอย่างไร เมื่อมีอาการปวดแล้วทำอย่างไรจึงจะทุเลาลง กิจกรรมใดที่ทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้นบ้าง รวมถึงผลกระทบจากอาการปวดนั้นทำให้ทำกิจกรรมน้อยลงเพียงใด ทั้งกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การทำงาน และการออกกำลังกาย โดยควรสอบถามถึงปริมาณของกิจกรรมแต่ละอย่างที่ทำได้ ทั้งในรูปแบบของระยะเวลาที่ทำกิจกรรมนั้นได้ หรือความหนักเบาของกิจกรรม เช่น ผู้ป่วยสามารถเดินต่อเนื่องได้ไกลเป็นระยะทางเท่าใด หรือนานเพียงใด เนื่องจากปริมาณของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำได้อาจเป็นอีกประเด็นที่แพทย์สามารถใช้ในการตรวจติดตามอาการและประเมินผลการรักษา ผู้ป่วยอาจทำกิจกรรมบางอย่างน้อยลงเพราะอาการปวดหรือพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกที่ลดลง⁽⁶⁾ เช่น ในผู้ป่วยบางรายสามารถเดินได้นาน แต่ไม่สามารถวิ่งหรือกระโดดซึ่งมีแรงกระทำที่ข้อสะโพกมากกว่าการเดิน ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถนั่งขัดสมาธิหรือนั่งพับเพียบเพราะเป็นท่าทางที่ต้องใช้การบิดหมุนข้อสะโพกมาก⁽⁷⁾

เมื่อนั่งขัดสมาธิขาข้างที่มีพิสัยการเคลื่อนไหวน้อยจะไม่สามารถกดเข่าลงได้เท่ากับด้านตรงข้าม หรือเมื่อนั่งพับเพียบแล้วผู้ป่วยอาจปวดเท้าได้เพียงทิศทางเดียวที่รู้สึกตึงน้อยกว่าหรือชดเชยด้วยการเอียงตัวไปด้านตรงข้ามเพื่อลดความรู้สึกตึงของข้อสะโพกข้างที่มีพยาธิสภาพ

อาการลั่น (snapping) บริเวณสะโพกหากพบร่วมกับอาการปวด แพทย์ควรซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อหาตำแหน่งที่มีอาการ หากเป็นอาการลั่นทางด้านหน้าบริเวณขาหนีบมักเกิดจากกลุ่มอาการสะโพกลั่นด้านใน (internal snapping hip syndrome) ต่างจากอาการลั่นทางด้านข้างของสะโพกที่เกิดจากกลุ่มอาการสะโพกลั่นด้านนอก โดยอาการลั่นอาจเป็นการที่ผู้ป่วยรู้สึกขัดในบริเวณดังกล่าวขณะเคลื่อนไหวข้อสะโพก หรือได้ยินเสียงลั่นร่วมด้วย แพทย์ควรสอบถามถึงท่าทางการเคลื่อนไหวที่ทำให้เกิดอาการลั่น และขอให้ผู้ป่วยแสดงการเคลื่อนไหวนั้นให้ดูในขั้นตอนการตรวจร่างกาย นอกจากนี้ควรสอบถามถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการลั่นกับอาการปวดสะโพก เพราะหากอาการลั่นและอาการปวดเกิดขึ้นพร้อมกันย่อมแสดงว่า ภาวะนี้เป็นสาเหตุของอาการปวด หากผู้ป่วยมีอาการลั่นบริเวณสะโพกโดยที่ไม่มีอาการปวดในบริเวณดังกล่าว อาจเป็นเพียงอาการเกิดร่วม (concomitant symptom) หรือเป็นสิ่งที่พบโดยบังเอิญ (incidental finding) ที่อาจให้การดูแลไปพร้อมกันด้วยวิธีอนุรักษ์นิยม นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการขัดภายในข้อสะโพกซึ่งบอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน เช่น การมีเศษชิ้นลอย (loose bodies) อยู่ภายในข้อ

แพทย์ควรประเมินผลกระทบจากอาการปวดสะโพก โดยสอบถามผู้ป่วยถึงอาชีพ กีฬาและการออกกำลังกายที่ทำเป็นประจำ อาจใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการประเมินผลกระทบของอาการปวดสะโพกต่อผู้ป่วย โดยแบบสอบถามประเมินอาการปวดสะโพกที่มีการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว ได้แก่ แบบสอบถาม Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS)⁽⁸⁾ และแบบสอบถาม International Hip Outcome Tool ฉบับภาษาไทย (TH-iHOT-33)⁽⁹⁾

เนื่องจากภาวะหัวกระดูกต้นขาขาดเลือดเป็นพยาธิสภาพของข้อสะโพกที่พบได้บ่อยในคนไทย⁽¹⁰⁾ แพทย์จึงควรสอบถามถึงประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของภาวะนี้ เช่น การรับประทานยาสเตียรอยด์ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร การดื่มสุรา ประวัติการบาดเจ็บบริเวณข้อสะโพกที่มีกระดูกหักหรือข้อเคลื่อนหลุด นอกจากนี้แพทย์ควรสอบถามถึงประวัติโรคของข้อสะโพกในวัยเด็ก เช่น ภาวะข้อสะโพกเจริญผิดปกติ (hip dysplasia)⁽¹¹⁾ โรคเพอร์ธีส์ (Perthes disease) โรคเอพิไฟซิสของหัวกระดูกต้นขาเลื่อน (slipped capital femoral epiphysis)

แพทย์ควรซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการส่ออันตราย (red flag symptom) ที่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพที่รุนแรง หรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาโดยเร็ว เช่น การติดเชื้อของกระดูกและข้อ โรคกระดูกพรุน กระดูกหัก โดยควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรง มีอาการปวดในช่วงกลางคืน หรือมีอาการปวดขณะพัก มีอาการปวดจนกระทั่งไม่สามารถเดินลงน้ำหนักได้ มีไข้ เบื่ออาหาร หรือ

น้ำหนักตัวลดลง สำหรับการเกิดกระดูกหักบริเวณสะโพกส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุที่มีแรงกระทำมาก แต่ในบางกรณีอาจเกิดกระดูกหักเค้น (stress fracture) จากแรงกระทำที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ เช่น การเกิดกระดูกหักเค้นที่ส่วนคอของกระดูกต้นขาในนักวิ่งมาราธอน

การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายมีวัตถุประสงค์ในการหาตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุของอาการปวดสะโพก และแยกแยะว่าเป็นกลุ่มของพยาธิสภาพในข้อ พยาธิสภาพนอกข้อ หรือเป็นอาการปวดต่างที่จากพยาธิสภาพบริเวณอื่น การตรวจร่างกายควรทำอย่างเป็นระบบ โดยสามารถจัดกลุ่มการตรวจตามท่าทางที่ใช้ตรวจซึ่งมีทั้งทำยืน เดิน นั่ง นอนหงาย นอนตะแคง และนอนคว่ำ ในแต่ละท่าจะมีการตรวจหลายแบบ⁽¹²⁾ โดยควรเรียงลำดับท่าตรวจจากการดู การคลำ การขยับเคลื่อนไหวข้อสะโพก การวัดท่าตรวจพิเศษ และการประเมินหลอดเลือดและเส้นประสาทส่วนปลาย ส่วนใหญ่การตรวจข้อสะโพกจะใช้ท่านอนหงายมากกว่าท่าทางอื่น ผู้ตรวจสามารถพิจารณาเลือกวิธีการตรวจให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจากสมมติฐานเบื้องต้นที่ได้จากการซักประวัติ

การตรวจร่างกายในท่ายืนและเดิน

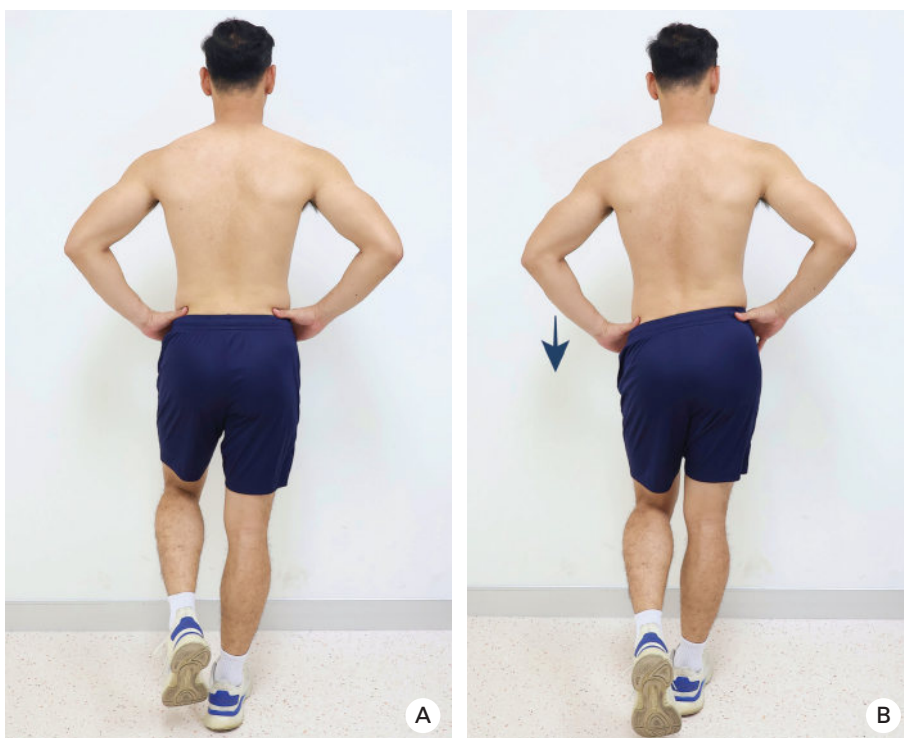
การสังเกตอาการปฏิกิริยาของผู้ป่วย ควรเริ่มสังเกตตั้งแต่ผู้ป่วยลุกจากเก้าอี้นั่งรอตรวจแล้วเดินเข้ามานั่งในห้องตรวจ ผู้ตรวจควรดูว่า ผู้ป่วยมีอาการปฏิกิริยาขณะเปลี่ยนท่าทางเป็นอย่างไร สามารถเปลี่ยนท่าทางลุกนั่งได้เร็วหรือไม่ ขณะผู้ป่วยเดินเข้าห้องตรวจเดินกะเผลกหรือต้องเกาะสิ่งของเพื่อการทรงตัวหรือไม่ หลังจากนั่งซักประวัติเสร็จแล้วควรบอกให้ผู้ป่วยยืนขึ้นและชี้ตำแหน่งที่มีอาการปวดมากที่สุด เพื่อดูว่า ตำแหน่งนั้นอยู่ด้านหน้า ด้านข้างหรือด้านหลัง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพนอกข้อสะโพกมักบอกตำแหน่งที่มีอาการปวดได้ชัดเจนซึ่งสามารถยืนยันได้ด้วยการคลำจุดกดเจ็บต่อไป ส่วนผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในข้อสะโพก บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจะใช้ขำมนิ้วระหว่างนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้วางบริเวณขาหนีบและสะโพกเหนือปุ่มกระดูก greater trochanter เรียกทำนี้ว่า C sign⁽¹³⁾ (รูปที่ 1.1) การสังเกตผู้ป่วยในท่ายืนควรประเมินจากทั้งด้านหน้า ด้านข้าง และด้านหลัง ดูระดับไหล่ทั้งสองข้าง ระดับขอบกระดูกเชิงกรานส่วน iliac crest ทั้งสองข้างว่าสมมาตรกันดีหรือไม่ ดูเนื้อเยื่อบริเวณก้นทั้งสองข้างว่ามีการฝ่อลีบหรือไม่ ผิวหนังบริเวณสะโพกมีลักษณะบวมแดงร้อนซึ่งแสดงถึงการอักเสบของเนื้อเยื่อหรือไม่ พบรอยแผลจากอุบัติเหตุหรือการผ่าตัดในอดีตหรือไม่ ในผู้ป่วยที่มีประวัติการกระทบกระแทกที่บริเวณสะโพก อาจพบรอยเลือดออกใต้ผิว (ecchymosis) บริเวณขอบกระดูกเชิงกรานส่วน iliac crest เรียกภาวะนี้ว่า hip pointer⁽¹⁴⁾



รูปที่ 1.1 แสดง C sign ที่ผู้ป่วยแสดงตำแหน่งที่มีอาการปวด A. ผู้ป่วยใช้นิ้วระหว่างนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้วางบริเวณขาหนีบและสะโพกเหนือปุ่มกระดูก greater trochanter B. ลักษณะของมือที่คล้ายตัวอักษร C มักมีความสัมพันธ์กับอาการปวดจากพยาธิสภาพในข้อสะโพก (ภาพผู้แสดงสาธิตได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช)

การสังเกตท่าเดิน ผู้ตรวจควรบอกให้ผู้ป่วยเดิน 6 ถึง 8 ก้าว⁽¹⁵⁾ เพื่อสังเกตความผิดปกติของท่าเดิน ซึ่งพยาธิสภาพในข้อสะโพกอาจส่งผลต่อกล้ามเนื้อบริเวณสะโพกและการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยท่าเดินที่ผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่ การเดินกะเผลก (antalgic gait) ซึ่งขาข้างที่มีพยาธิสภาพจะมี stance phase สั้นลง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของข้อสะโพกอาจส่งผลให้เกิดการยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อของขาข้างนั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาสถิตของแนวกระดูกเชิงกรานขณะเดินได้ ร่างกายจึงชดเชยโดยการเอนลำตัวมาด้านที่มีพยาธิสภาพขณะเดิน เรียกความผิดปกติของท่าเดินนี้ว่า abductor deficient gait หรือ Trendelenburg gait⁽¹⁵⁾

การตรวจในท่ายืนทรงตัวขาเดียว (single-leg stance phase test หรือ Trendelenburg test)⁽¹⁵⁾ เริ่มจากการบอกให้ผู้ป่วยยืนทรงตัวขาเดียวด้วยขาข้างที่ปกติก่อน เพื่อสังเกตท่าทางที่ปกติไว้เปรียบเทียบ



รูปที่ 1.2 แสดงท่าตรวจ Trendelenburg test เพื่อประเมินการทำงานของกล้ามเนื้ออกางสะโพกของขาข้างขวาที่ยืนทรงตัวขาเดียว A. หากกล้ามเนื้ออกางสะโพกมีความแข็งแรงปกติ ระดับขอบกระดูกเชิงกรานส่วน iliac crest ของด้านตรงข้ามจะอยู่ในระดับเดียวกัน ถือเป็นผลบของการตรวจ B. หากกล้ามเนื้ออกางสะโพกของขาข้างที่ยืนอ่อนแรงจะพบว่า ระดับขอบกระดูกเชิงกรานด้านตรงข้ามอยู่ต่ำกว่าขาข้างที่ยืน ถือเป็นผลบวกของการตรวจ (ภาพผู้แสดงสาธิตได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช)

ในท่านี้หากกล้ามเนื้ออกางสะโพกทำงานเป็นปกติ ระดับขอบกระดูกเชิงกรานส่วน iliac crest ของด้านตรงข้ามจะอยู่ในระดับเดียวกันหรือยกขึ้นสูงกว่าขอบกระดูกเชิงกรานของขาข้างที่ยืน การประเมินระดับขอบกระดูกเชิงกรานในท่านี้จะทำได้ดีเมื่อผู้ตรวจสังเกตจากทางด้านหลังของผู้ป่วย หรืออาจลำขอบกระดูกเชิงกรานส่วน iliac crest ทั้งสองข้างเปรียบเทียบกันด้วย จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยยืนทรงตัวขาเดียวด้วยขาข้างที่มีพยาธิสภาพ หากกล้ามเนื้ออกางสะโพกของขาข้างที่ยืนนั้นอ่อนแรงจะไม่สามารถรักษาสถิตของระดับกระดูกเชิงกราน ทำให้ระดับขอบกระดูกเชิงกรานด้านตรงข้ามอยู่ต่ำกว่าขาข้างที่ยืน ถือเป็นผลบวกของ Trendelenburg test (**รูปที่ 1.2**)

■ การตรวจร่างกายในท่านั่ง

การตรวจในท่านั่งทำได้โดยให้ผู้ป่วยห้อยขาที่ขอบเตียงตรวจ ระหว่างที่ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางผู้ตรวจควรสังเกตการเคลื่อนไหวว่า ผู้ป่วยสามารถทำได้สะดวกดีหรือไม่ และแสดงอาการปวดในระหว่างการเคลื่อนไหวหรือไม่ ในท่านั่งผู้ตรวจสามารถประเมินพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกในทิศทาง internal rotation และ external rotation (รูปที่ 1.3) อีกทั้งเป็นท่าที่สามารถคลำชีพจรส่วนปลายและตรวจรีเฟล็กซ์ (reflex) ของข้อเข่าและข้อเท้าได้

ผู้ป่วยที่ให้ประวัติว่ามีอาการปวดเมื่อนั่งกับพื้น แพทย์อาจบอกให้ผู้ปวยนั่งขัดสมาธิหรือนั่งพับเพียบบนเตียงตรวจเพื่อสังเกตความผิดปกติของท่านี้ เช่น ในท่านั่งขัดสมาธิ ระดับเข่าทั้งสองข้างสูงจากพื้นใกล้เคียงกันหรือไม่ ขณะนั่งผู้ป่วยต้องเอนตัวไปด้านหลังเพื่อลดการงอข้อสะโพกหรือไม่ ในท่านั่งพับเพียบสามารถนั่งปัดปลายเท้าไปได้ทั้งสองทิศทางหรือไม่ ขณะนั่งมีการเอนลำตัวไปด้านข้างหรือด้านหลังหรือไม่



รูปที่ 1.3 แสดงท่าตรวจพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกในท่านั่ง A. internal rotation B. external rotation (ภาพผู้แสดงสาธิตได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช)

■ การตรวจในท่านอนหงาย

การตรวจในท่านอนหงายเริ่มจากการสังเกตท่านอนของผู้ป่วยว่า มีท่าทางเป็นอย่างไรขณะที่นอนหงายบนเตียงตรวจ โดยสังเกตจากปลายเท้าขึ้นไปยังส่วนต้นของร่างกาย สังเกตท่าของเท้าทั้งสองข้างเปรียบเทียบกับกัน โดยควรดูจากปลายเตียงและสังเกตแนวฝ่าเท้าว่า เท้ามีการบิดหมุนเข้าในหรือบิดหมุนออกนอกมากกว่าอีกด้านหรือไม่ สังเกตท่าทางของขาทั้งสองข้างเปรียบเทียบกับกัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อสะโพกติดเชื้อมากขึ้นในท่านอนหงายเหยียดขาตรงแต่จะปวดลดลงหากนอนงอสะโพก โดยผู้ป่วยมักนำหมอนหรือผ้าห่มมารองใต้ข้อพับเข่า หรือนอนในท่าแบะเข่าออก บิดหมุนขาออกด้านนอกคล้ายขาโกบ เพราะในท่านี้อาจช่วยหย่อนเอ็นหุ้มข้อสะโพกทางด้านหน้า เพิ่มปริมาตรของช่องข้อ และลดแรงดันภายในข้ออันเนื่องมาจากปริมาณน้ำไขข้อที่มีมากขึ้นจากการอักเสบติดเชื้อ⁽³⁾ (รูปที่ 1.4) จากนั้นให้สังเกตขึ้นไปถึงส่วนหลังเพื่อประเมินว่า ผู้ป่วยสามารถนอนหงายโดยที่หลังแนบพื้นเตียงตรวจหรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อสะโพกหดรั้งในท่างอ (flexion contracture) จะเกิดการเคลื่อนไหวขดเขยโดยการแอ่นหลัง นอกจากการสังเกตท่าทางแล้วควรดูผิวหนังบริเวณสะโพกว่ามีลักษณะบวม แดง ร้อนหรือไม่ มีแผลผ่าตัดหรือไม่ มีกล้ามเนื้อต้นขาลีบลงหรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับขาตรงข้าม



รูปที่ 1.4 แสดงท่านอนของผู้ป่วยที่มีภาวะข้อสะโพกติดเชื้อมากขึ้นในท่างอข้อสะโพกและแบะขาออก เพื่อเพิ่มปริมาตรของช่องข้อสะโพก ช่วยบรรเทาอาการปวดจากแรงดันในช่องข้อที่เป็นผลจากปริมาณน้ำไขข้อที่เพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อ (ภาพผู้แสดงสาธิตได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช)

การคลำจุดกดเจ็บในท่อนอนหงาย ส่วนใหญ่จะเน้นการตรวจหาพยาธิสภาพนอกข้อ ซึ่งมักเป็นพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อและเอ็น โดยจะตรวจพบจุดกดเจ็บในตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ และเมื่อให้ผู้ป่วยออกแรงเกร็งกล้ามเนื้อที่ด้านนั้นต้านกับแรงของผู้ตรวจจะกระตุ้นให้เกิดอาการปวดได้^(2,16) ผู้ตรวจควรคลำตำแหน่งทางกายวิภาคศาสตร์จากบริเวณต้นขาด้านหน้า ด้านใน คลำปุ่มกระดูก anterior inferior iliac spine ปุ่มกระดูก anterior superior iliac spine และคลำไล่ขึ้นไปตามขอบกระดูกส่วน iliac crest จากนั้นคลำบริเวณขาหนีบ จุดเกาะของกลุ่มกล้ามเนื้อหุบสะโพก (hip adductor muscles) และกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ขอบกระดูกหัวหน่าว แล้วจึงคลำแนวประสานกระดูกหัวหน่าว (pubic symphysis) ซึ่งผู้ป่วยที่มี pubic-related pain จะพบจุดกดเจ็บในตำแหน่งนี้ได้ อาจให้ผู้ป่วยออกแรงงอลำตัว ยกศีรษะและไหล่ขึ้นจากเตียงต้านแรงกดของผู้ตรวจ (รูปที่ 1.5) ส่วนผู้ป่วยที่มี inguinal-related pain อาจคลำได้จุดกดเจ็บบริเวณ inguinal canal โดยที่คลำไม่พบก้อนของไส้เลื่อน และกระตุ้นให้เกิดอาการปวดได้โดยให้ผู้ป่วยไอ จาม หรือเบ่งแบบ Valsava ในขณะที่ผู้ตรวจคลำบริเวณดังกล่าว ผู้ป่วยที่มี adductor-related pain จะคลำพบจุดกดเจ็บบริเวณกลุ่มกล้ามเนื้อหุบสะโพกที่ด้านในของต้นขา โดยเฉพาะในตำแหน่งเอ็นของกล้ามเนื้อ adductor longus ซึ่งจะคลำได้ง่ายขึ้นหากให้ผู้ป่วยแบะขาออก และจะมีอาการปวดมากขึ้นเมื่อออกแรงหุบสะโพกต้านแรงของผู้ตรวจ (รูปที่ 1.6) สำหรับภาวะ iliopsoas-related pain อาจคลำกล้ามเนื้อและเอ็นได้ยาก สามารถตรวจโดยให้ผู้ป่วยออกแรงงอสะโพกต้านกับแรงของผู้ตรวจ (รูปที่ 1.7)



รูปที่ 1.5 แสดงท่าตรวจประเมินอาการปวดที่เกี่ยวข้องกับหัวหน่าว โดยให้ผู้ป่วยยกศีรษะและไหล่ขึ้น พร้อมทั้งงอลำตัวเพื่อต้านกับแรงกดของผู้ตรวจ (ภาพผู้แสดงสาธิตได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช)



รูปที่ 1.6 แสดงท่าตรวจประเมินอาการปวดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มกล้ามเนื้อหุบสะโพก A. การคลำจุดกดเจ็บ บริเวณกล้ามเนื้อ adductor longus ขณะที่ผู้ป่วยออกแรงหุบสะโพกต้านแรงของผู้ตรวจ B. squeeze test ทำโดยให้ผู้ป่วยนอนหงายและชันเข่าขึ้น แล้วออกแรงหุบสะโพกหนีกับันของผู้ตรวจ C. การตรวจในท่าขาเหยียดตรง โดยให้ผู้ป่วยออกแรงหุบสะโพก ขณะที่ผู้ตรวจออกแรงต้านที่ด้านในของข้อเท้าทั้งสองข้าง (ภาพผู้แสดงสาธิตได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช)