

Back pain

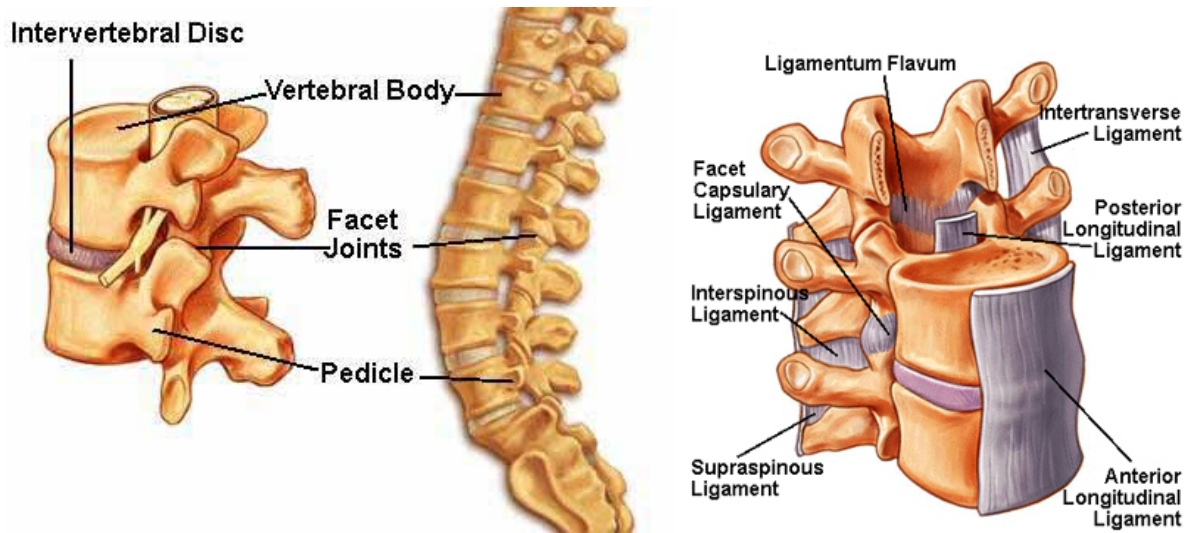
อ.นพ.เกรียงศักดิ์ แซ่เตี๋ย

หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์

อาการปวดหลังเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป โดยพบมากเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยที่มารับการตรวจใน
ห้องตรวจโรคทั่วไป เป็นรองเพียงโรคจากระบบทางเดินหายใจเท่านั้น ในประชากรผู้ใหญ่เกือบทุกคนมักเคยมีอาการปวด
หลังมาก่อน และในแต่ละปีครึ่งหนึ่งของประชากรในวัยทำงานจะมีอาการปวดหลังอย่างน้อย 1 วัน อาการปวดหลังทำให้
เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก ซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการรักษา การทำกายภาพบำบัด และการ
สูญเสียรายได้จากการหยุดงาน นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุหลักของความทุพพลภาพในประชากรที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ดังนั้น
จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบถึงสาเหตุที่พบบ่อยของอาการปวดหลัง การวินิจฉัย การวินิจฉัยแยกโรคโดยเฉพาะโรคที่ทำให้
ให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที แนวทางการสืบค้นเพิ่มเติม และแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง

Anatomy of lumbar spines

กระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbar spine) ประกอบด้วยกระดูก 5 ชิ้น คือ L1-L5 ซึ่งกระดูก L1 จะต่อกับกระดูก
T12 และกระดูก L5 จะเชื่อมต่อกับกระดูก sacrum กระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbar spine) แต่ละอันมีส่วนต่างๆ คือ
vertebral body, lamina, pedicle, spinous process, transverse process, superior articular process, inferior
articular process และ pars interarticularis ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1

1. Vertebral body เป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุด อยู่ด้านหน้า และเป็นส่วนที่รับน้ำหนักมากที่สุด
2. Lamina เป็นส่วนที่อยู่ด้านหลังต่อ thecal sac จะทำหน้าที่เป็นเหมือนหลังคาของโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal)
3. Pedicle เป็นส่วนที่อยู่ด้านข้างของโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal) ในกระดูกสันหลังแต่ละอันจะมี pedicle 2 อัน ซึ่งเป็นส่วนที่เชื่อมระหว่าง vertebral body กับ lamina
4. Spinous process เป็นส่วนที่ยื่นต่อมาจากด้านหลังของ lamina
5. Transverse process เป็นส่วนที่ยื่นต่อไปทางด้านข้างที่ตำแหน่งรอยต่อระหว่าง pedicle กับ lamina
6. Superior articular process เป็นส่วนที่ยื่นต่อไปทางด้านบนที่ตำแหน่งรอยต่อระหว่าง pedicle กับ lamina
7. Inferior articular process เป็นส่วนที่ยื่นต่อไปทางด้านล่างที่ตำแหน่งรอยต่อระหว่าง pedicle กับ lamina โดย inferior articular process ของกระดูกอันบนร่วมกับ superior articular process ของกระดูกอันล่างรวมกันเป็น facet joint
8. Pars interarticularis เป็นส่วนที่เชื่อมระหว่าง superior กับ Inferior articular process ของกระดูกอันเดียวกัน ซึ่งถ้ามีการหักของ pars interarticularis เรียกว่า spondylolysis ถ้ามีการเคลื่อนของกระดูกสันหลังร่วมด้วย เรียกว่า spondylolisthesis

ข้อต่อที่กระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbar vertebra) ในแต่ละระดับประกอบด้วย ข้อต่อ 3 อัน คือ Intervertebral disc 1 อันอยู่ด้านหน้า และ Facet joint 2 อัน อยู่ด้านหลัง ดังรูปที่ 1

1. Intervertebral disc ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนในมีลักษณะเหมือนวุ้น มีความยืดหยุ่น เรียกว่า Nucleus pulposus ทำหน้าที่รับแรงกระแทก (shock absorber) และทำให้มีการเคลื่อนไหวที่ Intervertebral disc ได้ ส่วนนอกเป็น fibrous tissue เรียกว่า Annulus fibrosus ทำหน้าที่ให้ความแข็งแรง และป้องกันไม่ให้ Nucleus pulposus เคลื่อนออกมาข้างนอก

2. Facet joint เป็น synovial joint คือ ภายในมี joint fluid, synovial membrane และ articular cartilage บริเวณรอบ facet joint จะถูกหุ้มด้วย facet joint capsule หรือ facet capsular ligament

Ligament ที่อยู่บริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbar vertebra) ทำหน้าที่ให้ความแข็งแรงและป้องกันการเคลื่อนไหวที่มากเกินไปของกระดูกสันหลัง ดังรูปที่ 1 ประกอบด้วย

1. Ligamentum flavum เกาะอยู่ระหว่าง Lamina อันบนกับอันล่าง ทำหน้าที่เป็นหลังคาของโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal) เช่นเดียวกับ lamina ถ้ามีการหนาตัวขึ้นจะทำให้เกิดการตีบแคบของโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal stenosis)

2. Anterior longitudinal ligament เกาะอยู่ตามแนวด้านหน้าของ vertebral body

3. Posterior longitudinal ligament เกาะอยู่ตามแนวด้านหลังของ vertebral body

4. Interspinous ligament เกาะอยู่ระหว่าง spinous process อันบนกับอันล่าง

5. Supraspinous ligament เกาะอยู่ที่บริเวณยอดระหว่าง spinous process อันบนกับอันล่าง

6. Intertransverse ligament เกาะอยู่ระหว่าง transverse process อันบนกับอันล่าง

7. Facet capsular ligament หรือ facet capsule อยู่หุ้มรอบ facet joint

โพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal) คือ ช่องว่างของกระดูกสันหลังซึ่งเป็นที่อยู่ของ thecal sac และเส้นประสาทไขสันหลัง (Nerve root) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. Central spinal canal เป็นส่วนกลางของโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal) ผนังด้านหน้า คือ vertebral body และ intervertebral disc ผนังด้านหลัง คือ lamina และ ligamentum flavum ผนังด้านข้าง คือ pedicle และ lateral recess Central spinal canal เป็นที่อยู่ของ thecal sac ถ้ามีการตีบแคบจะทำให้เกิดอาการ neurogenic claudication

2. Lateral recess เป็นส่วนด้านข้างของโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal) ผนังด้านหน้าคือ intervertebral disc ผนังด้านหลังคือ facet joint ผนังด้านบนและล่าง คือ pedicle Lateral recess เป็นที่อยู่ของเส้นประสาทไขสันหลัง (Nerve root) ถ้ามีการตีบแคบจะทำให้เกิดอาการปวดร้าวลงขา (radicular pain หรือ sciatica)

Classification

อาการปวดหลังสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. อาการปวดหลังทั่วไป
2. อาการปวดหลังที่มีอาการปวดร้าวลงขาพร้อมด้วย (radicular pain หรือ sciatica)
3. อาการปวดหลังร่วมกับภาวะ neurogenic claudication ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal stenosis)

ตารางที่ 1 ความแตกต่างระหว่าง Neurogenic claudication และ Vascular claudication

ลักษณะอาการ	Neurogenic claudication	Vascular claudication
ตำแหน่งที่ปวด	ตาม dermatome	ตาม sclerotome
ตำแหน่งที่ชา	ตาม dermatome	ตาม Stocking pattern
ปัจจัยที่กระตุ้นให้มีอาการปวด	1. การเดิน โดยระยะทางที่เดินแล้วเริ่มมีอาการปวดไม่คงที่ (variable distance) 2. การอยู่ในบางท่านานๆ เช่น ยืนนานๆ ยกของหรือก้มตัวนานๆ	1. การเดิน โดยระยะทางที่เดินแล้วเริ่มมีอาการปวดค่อนข้างคงที่ในแต่ละวัน (relatively constant distance) แต่ระยะทางที่เดินแล้วเริ่มมีอาการปวดจะสั้นลงเรื่อยๆ เมื่อโรคเป็นมากขึ้น 2. มักไม่มีอาการเมื่อไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อ
ปัจจัยที่ทำให้มีอาการปวดลดลง	อาการปวดจะดีขึ้นเมื่ออยู่ในบางท่า โดยเฉพาะท่านั่ง และอาการปวดจะค่อยๆ ดีขึ้นช้าๆ หลังจากนั่งพัก	อาการปวดจะดีขึ้นเมื่อหยุดใช้กล้ามเนื้อ ไม่จำเป็นต้องอยู่ในท่านั่ง และอาการปวดมักหายทันทีเมื่อหยุดพัก
อาการและอาการแสดงของเส้นเลือดแดงอุดตัน เช่น - เท้าซีดเมื่อยกขาสูง - คลำชีพจรปลายเท้าไม่ได้ - ปลายเท้าเย็น - ขนที่ขาและเท้าร่วง	ไม่มี	มี

สาเหตุของอาการปวดหลัง

1. หมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated nucleus pulposus : HNP)
2. กระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกเสื่อม (Degenerative changes)
 - a. Lumbar spondylosis
 - b. Lumbar spondylolisthesis
3. Myofascial pain syndrome
4. การบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง
5. เนื้องอก (Tumor)
 - a. Primary tumor : Benign tumor และ Malignant tumor
 - b. Metastasis
6. การติดเชื้อของกระดูกสันหลังและ/หรือหมอนรองกระดูก
7. ความผิดปกติแต่กำเนิด

หมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated nucleus pulposus : HNP)

เกิดจากมีการฉีกขาดของ Annulus fibrosus ทำให้ Nucleus pulposus ที่อยู่ตรงกลางเคลื่อนออกมากดเบียดเส้นประสาท (Nerve root) โดยตำแหน่งที่มีการฉีกขาดมากที่สุด คือ บริเวณด้านข้างของหมอนรองกระดูก (Posterolateral disc herniation) เนื่องจาก Posterior longitudinal ligament (PLL) จะหนาที่สุดตรงกลางและค่อยๆ บางลงเรื่อยๆ จนหายไปบริเวณด้านข้างของหมอนรองกระดูก ดังรูปที่ 1

ผู้ป่วยที่มีหมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated nucleus pulposus : HNP) มักมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดหลัง ร้าวลงขา (Sciatica) ข้างใดข้างหนึ่ง ถ้าเป็นมากขึ้นอาจมีอาการชาตาม dermatome ของเส้นประสาท (Nerve root) ที่ถูกกด หรือมีอาการอ่อนแรงของขาและ/หรือเท้า แต่ในบางรายที่หมอนรองกระดูกที่เคลื่อนมีขนาดใหญ่อาจทำให้มีการกดเบียด Cauda equina ทำให้เกิด Cauda equina syndrome คือ มีอาการปวดหลังร้าวลงขาทั้งสองข้าง ชาขาและอ่อนแรงทั้งสองข้าง ปัสสาวะไม่ออกและท้องผูก จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษาอย่างทันที่เพื่อป้องกันความพิการที่จะเกิดอย่างถาวร

หมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated nucleus pulposus : HNP) มักพบในผู้ป่วยอายุระหว่าง 21-50 ปี เนื่องจากในผู้ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี Annulus fibrosus ยังมีความแข็งแรงและยืดหยุ่นมากสามารถป้องกันไม่ให้ Nucleus pulposus เคลื่อนออกมาได้ ส่วนในผู้ที่อายุมากกว่า 50 ปี Nucleus pulposus จะมีน้ำน้อยลงทำให้เคลื่อนมากดเส้นประสาทได้น้อยลง โดย 90% ของผู้ป่วยจะพบมีการเคลื่อนของหมอนรองกระดูกที่ระดับ L4-5 และ L5-S1

การตรวจร่างกายจะพบว่า Straight leg raising test ให้ผลบวก วิธีตรวจโดยให้ผู้ป่วยนอนหงาย ผู้ตรวจยกขาผู้ป่วยขึ้น (Hip flexion) ในขณะที่เหยียดเข่าไว้ตลอด (Knee extension) โดยในคนปกติจะสามารถยกขาได้ 90 องศาโดยไม่มีอาการปวดแปล็บร้าวลงขา แต่อาจมีอาการตึงบริเวณกล้ามเนื้อได้ ถ้ามีการกดเบียดเส้นประสาท (Nerve root) จากหมอนรองกระดูกจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแปล็บร้าวลงขาซึ่งเรียกว่า Straight leg raising test ให้ผลบวก และในการบันทึกต้องบันทึกว่าให้ผลบวกเมื่อยกขาได้ถึงองศาด้วย

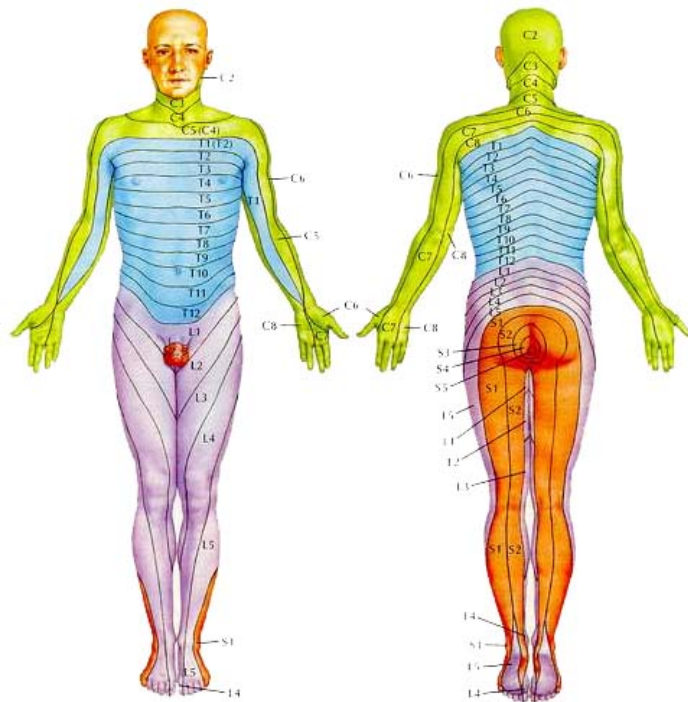
นอกจากนี้ จำเป็นต้องตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power) และ ความรู้สึก (Sensation) ในแต่ละ Dermatome ด้วย ดังตารางที่ 2 และรูปที่ 2

ตารางที่ 2 การตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power) และ ความรู้สึก (Sensation) ตาม Dermatome

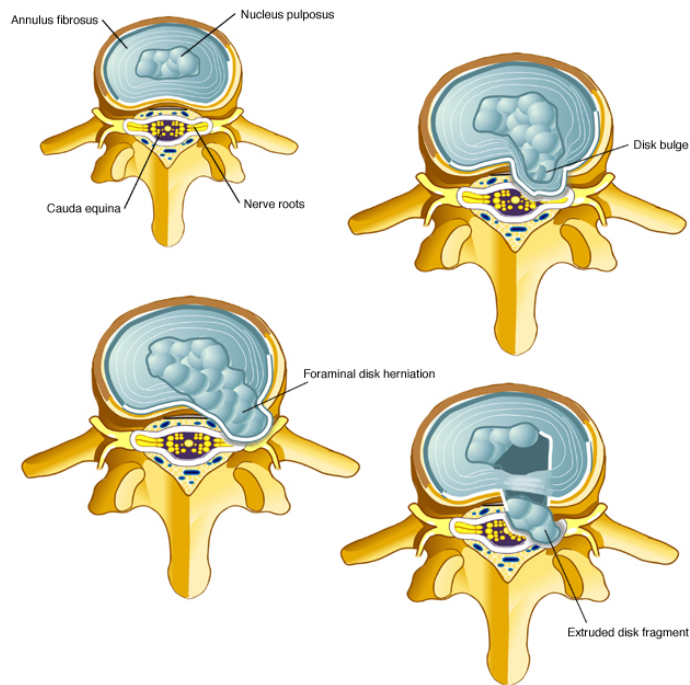
เส้นประสาท (Nerve root)	กำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power)	ความรู้สึก (Sensation)
L3	Quadriceps femoris : Hip flexion	เข่าด้านใน
L4	Tibialis anterior : Ankle dorsiflexion	ตาตุ่มด้านใน (Medial malleolus)
L5	Extensor hallucis longus : Big toe extension	First web space
S1	Gastrocnemius : Ankle plantarflexion	ตาตุ่มด้านนอก (Lateral malleolus)

หมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated nucleus pulposus : HNP) แบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามตำแหน่งที่มีการเคลื่อน คือ

1. Posterolateral disc herniation จะกดเบียด Traversing root เช่น ในระดับ L4-5 จะกดเบียดเส้นประสาท L5 ดังรูปที่ 3
2. Far lateral หรือ Foraminal หรือ Extreme lateral disc herniation จะกดเบียด Exiting root เช่น ในระดับ L4-5 จะกดเบียดเส้นประสาท L4 ดังรูปที่ 3



รูปที่ 2



รูปที่ 3

การสืบค้นเพื่อวินิจฉัยหมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated nucleus pulposus : HNP) ได้แก่

1. เอ็กซเรย์กระดูกสันหลัง (Plain film L-S spine) อาจพบว่าหมอนรองกระดูกในระดับที่มีการเคลื่อนจะแคบกว่าปกติ หรืออาจพบ Vacuum disc sign คือ มี Air density อยู่ในหมอนรองกระดูก
2. MRI เป็น gold standard ในการวินิจฉัยหมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated nucleus pulposus : HNP) เนื่องจากสามารถมองเห็นหมอนรองกระดูกที่เคลื่อนซึ่งเป็น soft tissue ได้โดยตรง
3. CT scan สามารถมองเห็นกระดูกสันหลังได้ แต่ไม่สามารถมองเห็นหมอนรองกระดูก
4. Myelography เป็นการถ่ายภาพรังสีหลังจากที่ฉีดสารทึบรังสี (Contrast media) เข้าไปใน subarachnoid space ถ้ามีหมอนรองกระดูกเคลื่อนจะเห็น Filling defect
5. CT myelography อาศัยข้อดีของ CT scan และ Myelography มาประกอบกัน คือ สามารถเห็นรายละเอียด Filling defect หลังฉีดสารทึบรังสีได้ชัดเจนขึ้นในภาพตัดขวางที่ได้จาก CT scan
6. Electromyography (EMG) และ Nerve conduction study (NCS) เป็นการวัดคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อและเส้นประสาท ตามลำดับ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยว่ามีอาการกดเบียดเส้นประสาท (Nerve root)

การรักษาหมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated nucleus pulposus : HNP) ผู้ป่วยส่วนมาก คือ ประมาณ 90% จะดีขึ้นได้โดยไม่ต้องผ่าตัด วิธีการรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด ได้แก่

1. ให้ผู้ป่วยนอนพักในช่วงที่มีอาการปวดรุนแรง ซึ่งมักจะเป็นในช่วง 2-5 วันแรก เมื่ออาการปวดดีขึ้นควรให้เริ่มออกกำลังกายได้บ้าง เพื่อป้องกันการฝ่อของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหลังที่ทำหน้าที่ช่วยพยุงกระดูกสันหลัง แต่ยังไม่ให้ผู้ป่วยยกของหนักหรือออกกำลังกายหักโหม โดยเฉพาะท่าก้มซึ่งจะทำให้หมอนรองกระดูกมีการเคลื่อนมากขึ้นได้
2. ให้ยาแก้ปวด โดยขึ้นอยู่กับระดับความปวดของผู้ป่วย อาจเริ่มจาก paracetamol, NSAIDs, weak opioid จนถึง strong opioid
3. ให้ยาคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxant)
4. ฉีดยาสเตียรอยด์เข้าในโพรงกระดูกสันหลัง (Epidural steroid injection) เพื่อลดการอักเสบของเส้นประสาท
5. การทำกายภาพบำบัด (Physical therapy)

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ได้แก่

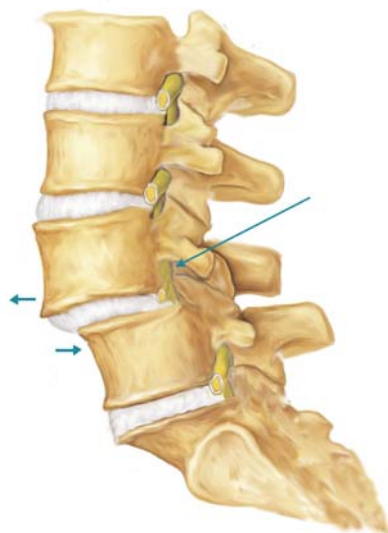
1. ผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรงมาก รักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดแล้วไม่ดีขึ้น
2. มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ
3. มีอาการ Cauda equina syndrome ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดค่อนข้างเร่งด่วน (Urgency) ภายใน 24 ชั่วโมง
4. รักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดแล้วอย่างน้อย 4 สัปดาห์ แต่ยังมีอาการปวดซึ่งรบกวนชีวิตประจำวันมาก

เทคนิคการผ่าตัดในปัจจุบันมีตั้งแต่ การผ่าตัดโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ microscope จนถึงการใช้วิธีสอดกล้องเข้าไปในตำแหน่งที่มีหมอนรองกระดูกเคลื่อน (Endoscope) ซึ่งแผลมีขนาดเล็กเพียง 8 มิลลิเมตร

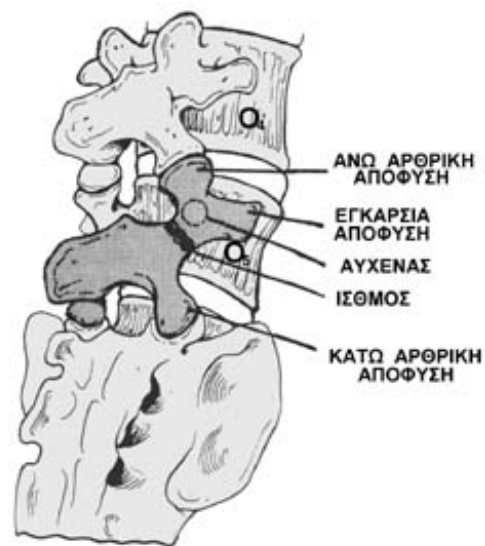
กระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกเสื่อม (Degenerative changes)

Lumbar spondylosis คือ การเสื่อมของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกตามอายุที่มากขึ้นและตามการใช้งานของกระดูกสันหลัง

Lumbar spondylolisthesis หมายถึง การเคลื่อนของกระดูกสันหลังในแนวหน้า-หลังมากผิดปกติ โดยกระดูกสันหลังอันบนเคลื่อนไปหน้าต่อกระดูกสันหลังอันล่าง ดังรูปที่ 4 ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติแต่กำเนิด อุบัติเหตุ เป็นต้น แต่สาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด คือ เกิดจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูก



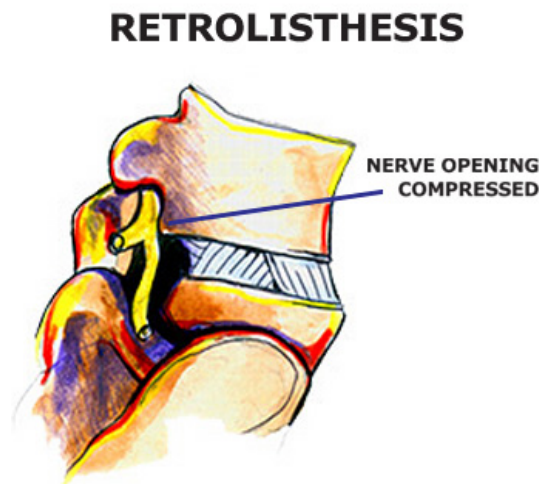
รูปที่ 4



รูปที่ 5

Lumbar spondylolysis หมายถึง การหักของกระดูกส่วน Pars interarticularis ดังรูปที่ 5 แต่ยังไม่มีการเคลื่อน
ของกระดูกเหมือนใน Lumbar spondylolisthesis

Lumbar retrolisthesis ลักษณะคล้ายกับ Lumbar spondylolisthesis แต่กระดูกสันหลังอันบนเคลื่อนไปหลังต่อ
กระดูกสันหลังอันล่าง ดังรูปที่ 6



รูปที่ 6

ในคนที่อายุน้อย หมอนรองกระดูกสันหลังส่วน Nucleus pulposus จะมีน้ำเป็นส่วนประกอบค่อนข้างมาก แต่
เมื่ออายุมากขึ้นน้ำที่เป็นส่วนประกอบจะมีสัดส่วนที่น้อยลง ทำให้ความยืดหยุ่นและความสูงของหมอนรองกระดูกลดลง
ทำให้ข้อต่อ Facet joint ด้านหลังต้องรับน้ำหนักมากขึ้นและมีการเคลื่อนที่มากขึ้น ร่างกายมีการปรับตัวเพื่อช่วยในการ
พยุงรับน้ำหนักโดยมีการหนาตัวของเอ็น (ligament) รอบข้าง คือ Ligamentum flavum, Facet joint capsule นอกจากนี้
ยังมีการสร้างกระดูก (Bone spur) บริเวณ end plate และ มีการหนาตัวของตัว Facet joint เอง ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาถ้า
เป็นมากเกินไปจะทำให้มีการกดเบียดถุง dura (Thecal sac) และ/หรือเส้นประสาท (Nerve root) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการได้ ถ้ามี
การกดเบียดถุง dura (Thecal sac) ที่บริเวณส่วนกลาง (Central spinal canal) ผู้ป่วยจะมีอาการ Neurogenic
claudication ถ้ามีการกดเบียดเส้นประสาท (Nerve root) ที่บริเวณส่วนด้านข้าง (Neural foramen) ผู้ป่วยจะมีอาการ
radiculopathy หรือ sciatica

การสืบค้นเพื่อวินิจฉัยกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกเสื่อม (Degenerative changes) ได้แก่

1. เอ็กซเรย์กระดูกสันหลัง (Plain film L-S spine) จะพบว่าความสูงของหมอนรองกระดูกลดลง มี bone spur formation ถ้าเป็น spondylolisthesis หรือ retrolisthesis จะพบการเคลื่อนของกระดูกสันหลัง ถ้าเป็น spondylolysis จะพบมีการหักของ pars interarticularis ในท่า oblique ซึ่งมีชื่อเรียกเฉพาะ คือ Scotty dog ดังรูปที่ 5

2. MRI เป็น gold standard ในการวินิจฉัยกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกเสื่อม (Degenerative changes) จะสามารถเห็นการหนาตัวของเอ็นต่างๆ (Ligament) เช่น Ligamentum flavum, Facet joint capsule และสามารถเห็นการกดเบียดถุง dura (Thecal sac) และเส้นประสาท (Nerve root) ได้

3. CT scan

4. Myelography

5. CT Myelography

6. Electromyography (EMG) และ Nerve conduction study (NCS)

การรักษากระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกเสื่อม (Degenerative changes) ผู้ป่วยส่วนมาก คือ ประมาณ 90% จะดีขึ้นได้โดยไม่ต้องผ่าตัด วิธีการรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัดใช้วิธีเหมือนในการรักษาหมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated nucleus pulposus : HNP)

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ได้แก่

1. ผู้ป่วยมี claudication ซึ่งรบกวนชีวิตประจำวันมาก
2. มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ
3. มีอาการ Cauda equina syndrome ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดค่อนข้างเร่งด่วน (Urgency) ภายใน 24 ชั่วโมง
4. รักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดแล้วอย่างน้อย 4 สัปดาห์ แต่ยังมีอาการปวดซึ่งรบกวนชีวิตประจำวันมาก

เทคนิคในการผ่าตัดมีตั้งแต่

1. Laminotomy คือ ผ่าตัดเอาส่วนของ Ligamentum flavum และบางส่วนของ lamina ที่กดเบียดถุง dura (Thecal sac) และเส้นประสาท (Nerve root) ออก

2. Laminectomy คือ ผ่าตัดเอา lamina ออกทั้งหมดในระดับที่ผ่าตัดและเอาส่วนของ Ligamentum flavum ออกด้วย

3. Laminectomy with fusion คือ ผ่าตัด laminectomy ร่วมกับใส่กระดูก (Bone graft) เพื่อให้เกิดการเชื่อมของกระดูกบริเวณข้อต่อระดับนั้นๆ (Bone fusion)

4. Laminectomy with fusion and instrumentation คือ ผ่าตัด laminectomy ร่วมกับใส่กระดูก (Bone graft) เพื่อให้เกิดการเชื่อมของข้อต่อระดับนั้นๆ (Bone fusion) และใส่เหล็กยึดไว้เพื่อให้มีการเชื่อมของกระดูก (Bone fusion) ขึ้น

Myofascial pain syndrome

เป็นภาวะที่มีการปวดกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน (Regional muscle pain) ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดหลังที่พบได้บ่อย พยาธิสภาพเกิดจากการหดตัวของใยกล้ามเนื้อเป็น Contraction knot ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของอาการปวด เรียกจุดนี้ว่า Trigger point ซึ่งถ้าตรวจร่างกายโดยการกดจุด Trigger point แล้วผู้ป่วยมีอาการปวดหลังลักษณะเหมือนที่มีอาการปวดเป็นประจำ ก็สามารถใช้ในการวินิจฉัยว่าเป็น Myofascial pain syndrome ได้

Myofascial pain syndrome สามารถเกิดขึ้นเองหรือมีสาเหตุได้แก่ การอยู่ในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง เช่น นั่งหลังงอ การขาดการออกกำลังกาย หรือ ความผิดปกติทางกายภาพ เช่น คนที่มีขา 2 ข้างยาวไม่เท่ากันจะทำให้มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อมากผิดปกติได้ กลไกการเกิดในปัจจุบันเชื่อว่าไม่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ (Inflammation) ดังนั้นการให้ยาลดการอักเสบ เช่น ยากลุ่ม NSAIDs มักจะไม่ได้ผล

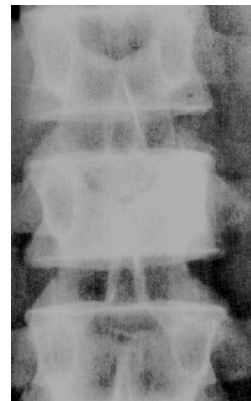
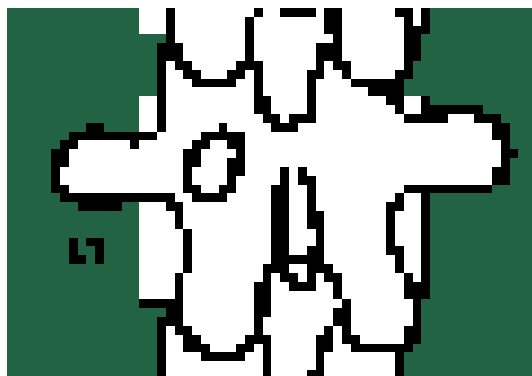
การรักษา Myofascial pain syndrome ได้แก่

1. รักษาสาเหตุที่ทำให้เกิด Myofascial pain syndrome ถ้าสามารถหาได้
2. การให้ยาแก้ปวด
3. การออกกำลังกาย
4. การทำกายภาพบำบัด (Physical therapy)
5. การประคบร้อนหรือ ประคบเย็น
6. การนวดหรือการฉีดยาชาเข้าในตำแหน่ง Trigger point
7. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) เป็นการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าซึ่งสามารถช่วยลดอาการปวดลงได้

สาเหตุอื่นๆ ของอาการปวดหลัง

สาเหตุของอาการปวดหลังที่พบได้บ่อยมักเกิดจากสาเหตุที่กล่าวไปแล้ว คือ หมอนรองกระดูกเคลื่อน (Herniated nucleus pulposus : HNP) ภาวะกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกเสื่อม (Degenerative changes) และ Myofascial pain syndrome ส่วนสาเหตุอื่นๆ ที่พบได้น้อยกว่าก็มีความสำคัญที่จะต้องคิดถึงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง ถึงแม้สาเหตุบางอย่างจะพบได้น้อยมาก แต่ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ทัน่วงทีก็สามารถทำให้เกิดความพิการต่อผู้ป่วยในระยะยาวได้ โดยมีลักษณะอาการและอาการแสดงบางอย่างที่ช่วยบ่งชี้ว่าจะเกิดจากสาเหตุดังกล่าว (Red flags) ได้แก่

- อาการปวดหลังตอนกลางคืน ทำให้นึกถึง เนื้องอกของกระดูกสันหลัง (Primary spinal tumor) หรือเนื้องอกที่กระจายมาที่กระดูกสันหลัง (Spinal metastasis)
- ประวัติเป็นมะเร็ง ทำให้นึกถึงว่าสาเหตุอาจเกิดจากเนื้องอกที่กระจายมาที่กระดูกสันหลัง (Spinal metastasis) ซึ่งมักจะกระจายมาที่ pedicle ก่อน การตรวจเอ็กซเรย์กระดูกสันหลัง (Plain film L-S spine) จะพบความผิดปกติที่ค่อนข้างจำเพาะ คือ มีการหายไปของ pedicle ในท่า A-P เรียกว่า Winking owl sign คือมีลักษณะเหมือนนกฮูกที่หลับตา ดังรูปที่ 7



รูปที่ 7

- ประวัติมีไข้ มีการติดเชื้อในร่างกาย ประวัติการเข้ายาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด (Intravenous drug user) หรือตรวจพบมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลังอย่างมาก (Severe back muscle spasm) ทำให้นึกถึงการติดเชื้อ ได้แก่ การติดเชื้อของหมอนรองกระดูก (Discitis) การติดเชื้อของกระดูกสันหลัง (Vertebral osteomyelitis) หรือมีฝีในโพรงกระดูกสันหลัง (Epidural abscess)
- ประวัติการได้รับอุบัติเหตุที่รุนแรง ทำให้นึกถึง การบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง (Fracture หรือ Dislocation)
- ประวัติการได้รับอุบัติเหตุในผู้ที่มีกระดูกพรุน (Osteoporosis) อยู่แล้ว ถึงแม้อุบัติเหตุจะไม่รุนแรงมากแต่ก็อาจเกิดกระดูกสันหลังยุบตัวได้ (Vertebral compression fracture)

- ในผู้ป่วยที่มีอาการ Systemic symptoms เช่น มีไข้ น้ำหนักลด มีเหงื่อออกกลางคืน ทำให้นึกถึง Multiple myeloma
- อาการปวดหลังในเด็กซึ่งพบได้น้อยมาก ทำให้นึกถึงสาเหตุอื่นๆ เช่น เนื้องอก (Tumor) หรือ ภาวะที่มีการดึงรั้งไขสันหลัง (Tethered cord) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักจะมี ความผิดปกติให้สามารถตรวจพบจากการตรวจดู และคลำที่บริเวณหลังได้ เช่น มีรอยบุ๋มที่หลัง (Dimple) มีกลุ่มขนที่มากผิดปกติที่หลัง (Hypertrichosis) มีเส้นเลือดฝอยขยายตัวผิดปกติที่หลัง (Telangiectasia) หรือ มีก้อนไขมันใต้ผิวหนังที่หลัง (Lipoma) ในผู้ป่วยที่มีการดึงรั้งไขสันหลัง (Tethered cord) ถ้าหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและผ่าตัดรักษา ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของระบบประสาทที่รุนแรง ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความพิการที่ถาวรได้
- Cauda equina syndrome ดังที่ได้กล่าวแล้วในตอนต้นว่าผู้ป่วยที่มี Cauda equina syndrome จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษาภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันความพิการของระบบประสาทที่ถาวร
- Worker's compensation หรือ การได้รับเงินทดแทนจากความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตร่วมด้วย มีโอกาสที่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดหลังบ่อยๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายอาจไม่มีพยาธิสภาพใดๆ แต่ผู้ป่วยได้หยุดงานมาพบแพทย์ และได้รับเงินทดแทนจากการหยุดงาน ทำให้มีแนวโน้มที่อยากจะมาพบแพทย์เรื่อยๆ

หนังสือแนะนำอ่านเพิ่มเติม

1. Neurology and Neurosurgery illustrated 3rd edition Edinburgh London : Churchill Livingstone ; 1997 : 375-412.