

แนวทางเวชปฏิบัติ
โรคปวดหลังส่วนล่าง (Low Back Pain)
โดยสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

จิรภัทร วงศ์ชินศรี¹
พุทธิรัตน์ ลีเฉลิมวงศ์²
วิรัชญา พากเพียร³
ศิรภพ สุวรรณโรจน์⁴
อานนท์ พงศ์ธรรกุลพานิช⁵

¹พ.บ. หน่วยโรคข้อและรูมาติสซั่ม งานอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

²พ.บ. หน่วยวิชาโรคข้อและรูมาติสซั่ม กองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

³พ.บ. เฟลโลว์ หน่วยวิชาภูมิแพ้ อิมมูโนวิทยา และโรคข้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามารินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴พ.บ. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยวิชาภูมิแพ้ อิมมูโนวิทยา และโรคข้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะ
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁵พ.บ. หน่วยโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลวิชัยยุทธ

คำจำกัดความ

หมายถึงอาการปวดหลังระหว่างกระดูกซี่โครงที่สุดท้ายจนถึงขอบก้นด้านล่าง โดยอาจจะมีอาการร้าวลงขาได้

สาเหตุ อาการ และอาการแสดงโดยสังเขป

1. Mechanical back pain

- a. Back sprain, strain
- b. Congenital abnormality : spina bifida, hemivertebra, spondylolysis, sacralization
- c. Degenerative process: spondylolysis, spondylolithiasis,
- d. Herniated disc disease, spinal stenosis
- e. Trauma: fracture, compression fracture
- f. Miscellaneous : scoliosis

เป็นกลุ่มโรคที่มีอาการปวดหลังโดยจะมีอาการปวดมากขึ้นเมื่อเคลื่อนไหวหรือทำงาน และจะมีอาการดีขึ้นเมื่อพัก ในบางครั้งอาจจะมีอาการปวดร้าวลงขา (referred pain) ได้

ตารางที่ 1. แสดงลักษณะของโรค mechanical back pain

Disease	Muscle strain	Spondylolithiasis	Herniated disc	Osteoarthritis	Spinal stenosis
Age (years)	20-40	20-30	30-50	>50	>60
Pain pattern	Back	Back	Back	Back	Leg
Initial location	Acute	Insidious	Acute	Incidious	Incidious
Onset	+	+	-	+	+
Standing	-	-	+	-	-
Sitting	+	-	+	-	-
Flexion	-	+	-	+	+
Extension	-	-	+	-	+(stress)
SLRT					
Plain X-ray	-	+	-	+	+

2. Inflammatory back pain ได้แก่

- a. Ankylosing spondyloarthropathy
- c. Psoriatic arthropathy
- d. Reactive/ Reiter's disease
- e. Inflammatory bowel syndrome

โรคในกลุ่มนี้จะมีอาการปวดหลังมากขึ้นเมื่อนอนพักหรือมีอาการปวดตึงหลังในตอนเช้า โดยจะมีอาการดีขึ้นเมื่อเคลื่อนไหว

การตรวจร่างกายจะพบการจำกัดของการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังทุกทิศทาง อาจพบการกดเจ็บของกระดูกข้อต่อ sacroiliac การจำกัดของการขยายตัวของทรวงอก นอกจากนี้ยังอาจพบการอักเสบของข้ออื่น ๆ เส้นเอ็น หรือ enthesitis ร่วมกับอาการและอาการแสดงทางระบบอื่น ๆ ตามโรค เช่น ผื่นหนังและเยื่อหู

3. Back pain associated with systemic diseases

- a. Neoplasm (primary and metastatic tumors)
- b. Infection : vertebral osteomyelitis, epidural abscess, intervertebral discitis

ในกลุ่มนี้จะมีอาการปวดตลอดเวลา มีอาการปวดมากขึ้นในเวลากลางคืน และมักมีจุดเจ็บเฉพาะที่ โดยอาการปวดไม่ดีขึ้นเมื่อนอนพักหรือเคลื่อนไหว อาจมีอาการผิดปกติของกระดูกสันหลังร่วมด้วย นอกจากนี้ยังจะพบอาการและอาการแสดงร่วมอื่น ๆ เช่น ไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ซีด ต่อม้ำเหลืองทับ ม้ามโต

4. Visceral pain

- a. Aortic aneurysm
- b. Renal disease
- c. GI diseases : pancreatic disease, peptic ulcer disease, colonic disease
- d. Pelvic diseases : PID, endometriosis, ovarian tumor

อาการปวดหลังของโรคในกลุ่มนี้มักไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (ยกเว้น pancreatic disease อาจจะมีอาการดีขึ้นเมื่อนั่งโน้มตัวไปข้างหน้า) อาจจะมีอาการปวดเป็นพัก ๆ การตรวจร่างกายจะพบความผิดปกติของอวัยวะภายในทางหน้าท้อง เช่น หลอดเลือดแดง ไต อวัยวะในช่องท้องและอุ้งเชิงกราน

5. Miscellaneous : fibromyalgia, psychosomatic disorder

การสืบค้น

1. CBC, ESR, UA, stool examination, stool occult blood, blood chemistry และ plain X-ray (แนะนำให้ทำ AP และ lateral view เท่านั้น ส่วน oblique view จะทำในรายที่สงสัย spondylolysis)

ไม่แนะนำให้ทำใน 4 สัปดาห์แรกของอาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน โดยจะทำในรายที่สงสัย medical back pain หรือ spinal fracture

2. Bone scan ทำเมื่อสงสัย fracture, malignancy หรือ infection โดยที่ plain X-ray ปกติ
3. MRI มีประโยชน์ในการดู soft tissue
4. CT-scan, CT-myelogram มีประโยชน์ในการดูกระดูก และ spinal canal
5. Electromyography and nerve conduction velocity (EMG/NCV) จะทำในกรณีที่สงสัย radiculopathy

การรักษา

1. การรักษาแบบอนุรักษ์

1.1 การพัก ถ้าอาการปวดไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องนอนพัก หลาย randomized trials สรุปว่ามีความแตกต่างกันน้อยระหว่างการนอนพักบนเตียงกับการไม่นอนพักในการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างที่มีและไม่มี sciatica แต่ถ้ามีอาการปวดรุนแรงให้นอนพักแต่ไม่ควรเกิน 2 วัน และค่อย ๆ เพิ่มการเคลื่อนไหวสู่ระดับปกติ หลีกเลี่ยงท่าทางที่ทำให้ปวดมากขึ้น

1.2 การรักษาโดยยา

1.2.1 Non narcotic analgesic drugs

1.2.2 ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) มีหลาย randomized trials และ double-blinded controlled trials เสนอแนะว่าใช้ได้ผลในรายปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลันช่วงระยะสั้น ๆ แต่ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอสำหรับรายเรื้อรัง

1.2.3 ยาคลายกล้ามเนื้อ

1.2.4 Narcotic drugs

1.2.5 ยาต้านซึมเศร้า (antidepressants)

1.2.6 ยาแก้ปวด

1.2.7 ยารักษาโรคกระดูกพรุน

1.2.8 การฉีดยาเฉพาะที่ เช่น epidural, selective nerve root block, facet joint และ SI joint block จากการทบทวน 21 การศึกษาแบบ randomized ไม่สามารถสรุปได้ว่าได้ผลในการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างแบบกึ่งเฉียบพลันและเรื้อรัง

1.3 การทำกายภาพบำบัด (physical therapy)

1.3.1 การดึงหลัง (traction) ยังไม่มีหลักฐานว่าได้ประโยชน์ชัดเจน

1.3.2 การใช้ความร้อน (heat modality)

1.3.3 การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (TENS) จากการทบทวน 5 การศึกษาแบบ randomized controlled พบว่าไม่มีหลักฐานสนับสนุนประโยชน์ในการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างแบบเรื้อรัง

1.3.4 การนวด (massage) จากการทบทวน 4 การศึกษาแบบ randomized controlled พบว่ายังไม่มีหลักฐานพอที่จะแนะนำให้ใช้เป็นวิธีการรักษาเดี่ยวสำหรับอาการปวดหลัง

ส่วนล่าง

1.3.5 การตัด (chiropractic manipulation) มีหลายการศึกษาพบว่า การตัดช่วงสั้น ๆ (น้อยกว่า 2 สัปดาห์) อาจลดปวดได้ชั่วคราว แต่ไม่สามารถแสดงให้เห็นว่า การตัดระยะยาวจะได้ประโยชน์ทั้งลดปวดและแก้ไข malalignment

1.3.6 การฝังเข็ม (acupuncture) จากการทบทวน 11 การศึกษาแบบ randomized ไม่พบว่าได้ผลในการรักษาอาการปวดหลัง

1.3.7 Biofeedback ยังไม่มีหลักฐานจากการวิจัยชัดเจน

1.4 การออกกำลังกาย จากการทบทวน 39 การศึกษาแบบ randomized controlled พบหลักฐานแน่ชัดว่าไม่ได้ผลดีเหนือกว่าการรักษาแบบอื่นในกรณีปวดหลังส่วนล่างแบบเฉียบพลัน แต่ได้ผลดีกว่าการดูแลรักษาทั่วไปในรายเรื้อรังเพื่อให้กลับสู่กิจวัตรประจำวันปกติเร็วขึ้น

1.4.1 Stretching exercise

1.4.2 Strengthening exercise : isometric, extension, flexion

1.4.3 Aerobic exercise

1.5 เฝือกลำตัว (braces) จากการทบทวน 5 การศึกษาแบบ randomized และ 2 การศึกษาแบบ non-randomized controlled ไม่พบหลักฐานว่าได้ผลรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง ต้องการการศึกษาที่ดีเพิ่มเติม

1.6 การฝึกการใช้ท่าทางที่ถูกต้อง (postural training)

1.7 การให้ความรู้ ความเข้าใจ ความมั่นใจต่อโรคและการรักษา (education and reassurance)

2. การรักษาโดยการผ่าตัด

ข้อบ่งชี้ในการส่งปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาทหรือกระดูก

2.1 มีอาการแสดงของกลุ่มอาการ cauda equina ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องปรึกษาศัลยแพทย์โดยเร่งด่วน

2.2 อาการผิดปกติทางระบบประสาทที่รุนแรงและเป็นมากขึ้น

2.3 อาการปวดร้าวลงขา (sciatica) หรืออาการผิดปกติทางระบบประสาทที่ไม่ดีขึ้นหลังจากให้การรักษาโดยวิธีอนุรักษ์แล้ว 4-6 สัปดาห์

เอกสารอ้างอิง

1. Frymoyer JW. Back pain and sciatica. The New England Journal of Medicine 1988;318:291-9.
2. Joyce EW. Richard A. Deyo. Low Back Pain : Common Medical Problems in Ambulatory Care in The Medical Clinics of North America, Vol.79, No.2, Mar.1995: 231-246.
3. Rosemont and LaGrange. Clinical guideline on low back pain. American Academy of Orthopaedic Surgeons, North American Spine Society;1996, 21 p.[128 references].
4. John W.Engstrom. Back and Neck Pain, Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition, 2001: 79-88.
5. Patrick J.Casey, James N.Weinstein. Low Back Pain, Kelly's Textbook of Rheumatology, 6th Ed.,Vol.1, 2001: 509-523.
6. The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford : Update Software.