



การรักษาอาการปวดประสาทไซแอติก (Sciatica) ด้วยการฝังเข็ม ตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน

ธวัช บุรณการสม*

บทคัดย่อ

อาการปวดประสาทไซแอติก เป็นลักษณะของหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งย่น เป็นปัญหาอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยในกลุ่มอายุ 45-64 ปี โดยประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างทั้งหมด มีอาการปวดประสาทไซแอติก ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ อายุ ความสูง น้ำหนักตัว ภาวะเครียด การสูบบุหรี่ การทำงานหนัก โดยเฉพาะการยกของหนักในท่าก้มและการบิดตัว การตรวจและรักษาในกลุ่ม acute sciatica ได้ผลดีพอสมควร ปัจจุบันพบว่าอาการปวดประสาทไซแอติกนี้มีการนำศาสตร์การแพทย์แผนจีนมาใช้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยการฝังเข็มและได้ผลเป็นที่น่าพอใจ บทความนี้ได้นำเสนอแนวการตรวจวินิจฉัยโรคและแนวการรักษาอาการปวดประสาทไซแอติกด้วยการฝังเข็มตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนที่มีการใช้บ่อย

คำสำคัญ : ปวดประสาทไซแอติก, การฝังเข็ม, หมอนรองกระดูกสันหลังโป่งย่น

บทนำ

อาการก่อนปวดประสาทไซแอติก (sciatica) เป็นอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่างและสะโพก และปวดร้าวไปตามแนวทางเดินของเส้นประสาทไซแอติก (sciatic nerve)¹ ความชุก (prevalence) ของ sci-

atica ที่มีสาเหตุจากหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งย่นในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 2.2² ราวร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างทั้งหมดมีอาการ sciatica³ และมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสาเหตุจากหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งย่น (herniated disc) ไปกดทับโคนประสาท¹ ส่วนที่เหลืออาจเกิดจากการตีบแคบของช่องไขสันหลัง (spinal stenosis) การติดเชื้อ เนื้องอก หรือกระดูกหัก บทความนี้จะกล่าวถึง sciatica เฉพาะที่มีสาเหตุสำคัญจากหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งย่นเท่านั้น

*สถาบันการแพทย์แผนไทย - จีน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบบทความ E-mail: tawat_us@yahoo.com

Received date 17/01/14 Accepted date 22/10/14

หมอนรองกระดูกสันหลังโป่งยื่น (Intervertebral Disc Herniation)

พบมากที่สุดในผู้ป่วยช่วงอายุ 45-64 ปี ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนี้ คือ อายุ ความสูงและน้ำหนักตัว ภาวะเครียด การสูบบุหรี่ การทำงานหนัก โดยเฉพาะการยกของขณะก้มและบิดตัว การทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลที่มีการสั่น⁴

การโป่งยื่นหรือฉีกขาดของหมอนรองกระดูกสันหลังอย่างเฉียบพลัน มักจะเกิดตรงตำแหน่งถัดจากแนวกึ่งกลางด้านหลังของหมอนรองกระดูกไปทางด้านข้าง ซึ่งเป็นบริเวณที่ posterior longitudinal ligament มีความแข็งแรงน้อยที่สุด⁵ มากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่หมอนรองกระดูกสันหลังตำแหน่ง L4-L5 และ L5-S1^{6,7} ตำแหน่งที่รองลงมา คือ ระดับ L3-L4 และ L2-L3 ตามลำดับ

การวินิจฉัยอาการปวดหลังส่วนล่างว่าเกิดจากปัญหาของหมอนรองกระดูกสันหลังหรือไม่เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เพราะเป็นที่ทราบกันว่าผู้ที่ไม่มีอาการใดๆ อาจตรวจพบหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งยื่นจากการตรวจ MRI⁸⁻¹⁰

อาการและอาการแสดง¹

ลักษณะเฉพาะทางคลินิกของ sciatica คือ อาการปวดของเส้นประสาทไซแอติกไปตาม dermatome ของรากประสาทที่ถูกกดทับ เป็นอาการปวดลึกๆ ที่รุนแรง เริ่มจากเอวข้างใดข้างหนึ่ง แล้วร้าวลงไปที่ก้นและขาตามทางเดินของเส้นประสาท เมื่อมีการเคลื่อนไหวบางท่า โดยมักมีอาการปวดมากขึ้นในท่านั่ง ยืนนาน และก้มหลัง ผู้ป่วยบางรายจะรู้สึกปวดแปลบๆ เหมือนถูกไฟช็อตหรือถูกมีดบาด อาการปวดจะมากขึ้นเมื่อไอ หรืออยู่ในท่าที่มีการเพิ่มความดันรอบเส้นประสาท ตรวจร่างกาย

จะพบกระดูกสันหลังมีการเปลี่ยนแปลง มีการจำกัดการเคลื่อนไหวในท่าก้มเอว กล้ามเนื้อหลังมีการหดเกร็ง ส่วนอาการปวดหลังมักจะปวดแบบตื้อๆ กรณีเป็นมากขึ้นอาจมีอาการอ่อนแรงของขาและเท้า เกิด neurogenic claudication ตามมา ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดและชารอบๆ ทวารหนัก กระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติ (bladder dysfunction) ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือมีปัสสาวะตกค้าง (urinary retention) ร่วมกับปวดขาและขาอ่อนแรงข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง แสดงว่าเกิด cauda equina syndrome

การวินิจฉัย

การซักประวัติที่เข้าได้กับโรค ร่วมกับการตรวจพบอาการแสดงทางระบบประสาท ถือว่าเพียงพอต่อการวินิจฉัยโรค³ โดยการตรวจประสาทรับความรู้สึกทดสอบด้วยการสัมผัสและกดด้าน medial, dorsal และ lateral ของเท้า เพื่อทดสอบโคนประสาท L4, L5 และ S1 ตามลำดับ¹ ในการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ให้ผู้ป่วยเดินด้วยปลายนิ้วเท้าและเดินด้วยส้นเท้า เพื่อดูหน้าที่ของโคนประสาท S1 และ L5 (รวมบางส่วนของ L4) ตามลำดับ ให้ผู้ป่วยนั่งยองแล้วลุกขึ้น เพื่อเน้นตรวจหน้าที่ของโคนประสาท L4, ตรวจ ankle jerk reflex เพื่อทดสอบโคนประสาท S1, ตรวจ knee jerk reflex เพื่อทดสอบโคนประสาท L4, straight leg raising test (SLRT) ให้ผลบวกหากผู้ป่วยเกิดอาการปวดเมื่อยขาสูงน้อยกว่า 70 องศา และปวดมากขึ้นเมื่อทำ dorsiflexion ของข้อเท้า (Laseque's sign), การทดสอบนี้มี pooled sensitivity ที่ร้อยละ 91, pooled specificity ที่ร้อยละ 26¹¹ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท ได้แก่ ท่าเดินผิดปกติ, มี severe guarding ในการเคลื่อนไหว

หลังทุกอิริยาบถ, มีจุดกดเจ็บบริเวณแนวสันหลัง หรือหน้าท้องของประสาทไขสันหลังผิดปกติ อาจต้องนึกถึงว่ามีพยาธิสภาพอย่างอื่นแฝงอยู่¹²

การตรวจทางรังสีวิทยา

ปัจจุบันสามารถถ่ายภาพให้เห็นหมอนรองกระดูกสันหลังด้วยวิธีตรวจ CT หรือ MRI, การถ่ายภาพรังสี x-ray ทั่วไปไม่สามารถเห็นหมอนรองกระดูกสันหลังได้ ความผิดปกติจากภาพถ่าย x-ray ที่แสดงถึงสภาพความเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง เช่น ความสูงของหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวลดลง, มีการเคลื่อนของกระดูกสันหลังส่วนเอวไปด้านหน้า ด้านหลัง หรือด้านข้าง, lumbar lordosis ลดลง, พบเงาของก๊าซในช่องหมอนรองกระดูกสันหลัง, พบกระดูกงอก หรือ vertebral sclerosis, facet joint โตขึ้น, ช่องระหว่าง lamina แคบลง ก็อาจพบได้ในผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการปวดเอวหรือปวดขา¹³ โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องส่งตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา นอกจากกรณีมีข้อบ่งชี้ คือ

1) ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีโรคอื่นแฝง เช่น การติดเชื้อ เนื่องอ

2) ผู้ป่วยหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งยื่นที่มีอาการรุนแรง รักษาแบบประคับประคองเป็นเวลา 6-8 สัปดาห์แล้วไม่ดีขึ้น¹ อาจจำเป็นต้องพิจารณาผ่าตัด ทั้งนี้ ต้องพิจารณาประวัติและการตรวจร่างกายประกอบกัน เนื่องจากการตรวจ CT หรือ MRI พบ ผู้ป่วยร้อยละ 20-36 ที่มีหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งยื่นโดยไม่มีอาการใดๆ และไม่ได้เป็น sciatica¹⁴ ขณะที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีอาการของ sciatica แต่ไม่พบหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งยื่นจากการตรวจ scan^{15,16}

การรักษา

การรักษาแบบประคับประคองเป็นหลักสำคัญของการรักษาโรคในระยะแรก เนื่องจากผู้ป่วยครั้งแรกส่วนใหญ่สามารถหายจากอาการได้เองภายใน 2 สัปดาห์จนถึงหลายเดือน ไม่ว่าจะมียาอาการมากหรือมีความผิดปกติของระบบประสาท (neurological deficit) ด้วยก็ตาม¹⁷ จุดประสงค์เพื่อลดอาการปวด อาจด้วยการใช้ยา หรือแนะนำให้ผู้ป่วยนอนพักเป็นระยะเวลาล้นๆ เพื่อลดแรงกดต่อรากประสาท หลังจากนั้น ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ¹⁸ มีหลายงานวิจัยพบว่า NSAIDs ใช้ได้ผล¹⁹ ยา tricyclic antidepressants, anticonvulsants โดยเฉพาะ gabapentin และ pregabalin มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยกลุ่ม neuropathic pain²⁰, morphine เป็นยาบรรเทาอาการปวดที่เลือกใช้เมื่อยาแก้ปวดกลุ่มอื่นไม่ได้ผล³ การฉีด steroid เข้า epidura พบว่าได้ผลในการลดอาการปวดใน acute sciatica, ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วและช่วยลดความจำเป็นในการผ่าตัดลง²¹⁻²³ การรักษาทางกายภาพมีหลายวิธี เช่น pelvic traction, การอบด้วยความร้อน, การใช้ lumbar corset, การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งแพทย์จะพิจารณาร่วมกับผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษา การรักษาด้วยการผ่าตัด มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่เป็น cauda equina syndrome ซึ่งเป็น absolute indication หรือในผู้ป่วยที่รักษาแบบประคับประคองเต็มที่แล้ว ยังมีอาการปวดมากจนทนไม่ไหว หรือมีอาการกดทับเส้นประสาทมากขึ้นเรื่อยๆ หลังการผ่าตัด อาการปวดจะดีขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับกลุ่มที่รักษาแบบประคับประคอง และทำให้หน้าที่การทำงานของเส้นประสาทกลับคืนดีขึ้น แต่ผลต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างไม่แน่นอน³ มีการศึกษา

แบบ observational cohort พบว่า ผู้ป่วยที่เลือกรักษาด้วยการผ่าตัดได้ผลดีกว่ากลุ่มที่รักษาแบบประคับประคองตามเกณฑ์การประเมินทุกข้อที่ระยะ 3 และ 12 เดือน²⁴ อย่างไรก็ตาม การติดตามหลังจากรักษาแล้ว 1-2 ปี ไม่พบความแตกต่างของกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง³

การพยากรณ์โรค

โดยทั่วไปการดำเนินโรคทางคลินิกใน acute sciatica ค่อนข้างดี อาการปวดและความผิดปกติที่เกิดขึ้นมักทุเลาหายไปได้ภายใน 2 สัปดาห์ จากการทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยแบบสุ่ม (randomized) ที่ศึกษาการรักษาแบบประคับประคองพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย acute sciatica รวมทั้งกลุ่มเปรียบเทียบกับ (placebo) มีอาการดีขึ้นภายใน 10 วัน และประมาณร้อยละ 75 มีอาการดีขึ้นภายใน 4 สัปดาห์²⁵ อย่างไรก็ตาม จะพบผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ซึ่งอาจมีถึงร้อยละ 30 ที่อาการปวดยังคงอยู่เป็นระยะเวลานานเกิน 1 ปีขึ้นไป³

ศาสตร์การแพทย์แผนจีนกับ sciatica

ศาสตร์การแพทย์แผนจีน กล่าวถึงกลุ่มอาการบี้เจิ้ง (痺証 Bi Zheng) ที่เรียกว่า “ยาวถู่ท่ง” ซึ่งหมายถึง ปวดเอวร้าวลงขา โดยอาจมีอาการร่วมอื่นๆ คือ ชาขา ขาอ่อนแรง หรือกล้ามเนื้อขาลีบ ลักษณะดังกล่าวนี้อาจเทียบเคียงได้กับอาการ sciatica

สาเหตุและกลไกการเกิดโรคยาวถู่ท่ง (ตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน)²⁶

1) ผู้ที่ดำเนินชีวิตอยู่ในบริเวณที่เย็นชื้นนานๆ แขน้ำ ตากฝน เหงื่อออกแล้วถูกลมพัด หรือใส่เสื้อ

ผ้าบางๆ ทำให้ลมเย็นชื้นรุกรานเข้าสู่ร่างกายอุดกั้นเส้นลมปราณบริเวณเอวและขา

2) เกิดจากการบาดเจ็บฟกช้ำหรือกล้ามเนื้อเมื่อยล้าตั้งตัวจากการทำงานหนัก ทำให้ลมปราณ-เอ็นบาดเจ็บ เกิดชี่ติดขัด เลือดคั่ง จึงเกิดอาการปวด

3) อายุมาก ร่างกายอ่อนแอ ซึ่งและจึงไตพร่องหรือร่างกายไม่แข็งแรงจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เอ็น กล้ามเนื้อและกระดูกขาดการหล่อเลี้ยง นานเข้าเกิดอาการชา กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือลีบ

การรักษายาวถู่ท่ง (อาการปวดเอวร้าวลงขา) ด้วยการฝังเข็ม

การรักษาอาการปวดเอวต่างๆ ด้วยการฝังเข็ม มีการใช้มาหลายพันปี ปัจจุบันมีงานวิจัยการฝังเข็มในการรักษาอาการ Sciatica เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ที่แสดงถึงผลการรักษาด้วยการฝังเข็ม อาทิ

Wang ZX.²⁷ ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษา radical sciatica ด้วยการฝังเข็มกระตุ้นด้วยไฟฟ้ากับ transepidermal nerve stimulation (TENS) ในผู้ป่วย 139 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เมื่อสิ้นสุดการรักษา course ที่ 2 พบว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มกระตุ้นด้วยไฟฟ้า มีอัตราที่ได้ผลดีกว่ากลุ่มที่รักษาด้วย TENS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.005$).

Chen MR. และคณะ²⁸ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง pain threshold กับผลการรักษาด้วยการฝังเข็มในผู้ป่วย sciatica โดยผู้ป่วย 90 ราย ถูกแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้การฝังเข็มจุด ShenShu (BL 23), DaChangShu (BL 25), HuanTiao (GB 30), Weizhong (BL 40), ChengShan (BL 57), KunLun (BL 60) กลุ่มที่รับประทานยา nimesulide และกลุ่มที่ฉีดยา aniso-

damine เข้าจุดฝังเข็ม โดยวัด pain threshold ก่อน และหลังการรักษาทุกรอบ รวม 3 รอบการรักษา พบว่ากลุ่มที่ใช้ฝังเข็มอ่อนมีการเปลี่ยนแปลงของ pain threshold ตลอดจนมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกดีขึ้นกว่าอีก 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.01$)

Liu BL.²⁹ ได้ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วย sciatica จำนวน 70 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยแบบสุ่มเป็น 3 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 30 ราย รักษาด้วยการฝังเข็มจุด ShenShu (BL 23), DaChangShu (BL 25), HuanTiao (GB 30), Weizhong (BL 40), ChengShan (BL 57), KunLun (BL 60) ตามด้วยการนวด และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมที่ 1 จำนวนผู้ป่วย 20 ราย ให้รับประทานยา nimesulide 100 mg. วันละ 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมที่ 2 จำนวนผู้ป่วย 20 ราย ใช้ยาฉีดตำรับ 654-2 ฉีดเข้าจุดฝังเข็มเหมือนกลุ่มทดลอง ทั้ง 3 กลุ่ม ทำการรักษาทุกวันติดต่อกัน 10 วัน เป็น 1 รอบการรักษา หยุดพัก 3 วัน แล้วเริ่มการรักษาต่อรวม 3 รอบการรักษา พบว่ากลุ่มที่ใช้ฝังเข็มมีการเปลี่ยนแปลงของ pain threshold ดีขึ้นกว่าอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ

Zhang RZ.³⁰ ได้ศึกษาผู้ป่วย sciatica จำนวน 58 ราย แบ่งเป็นชาย 38 ราย หญิง 20 ราย อายุระหว่าง 18-72 ปี ป่วยเป็นโรคมาตั้งแต่ 2 วันถึง 5 ปี โดยใช้เข็มอ่อนที่จุดฝังเข็มหลัก คือ HuanTiao (GB 30), Yanglingquan (GB 34), Weizhong (BL 40) จุดเสริมตามตำแหน่งปวด คือ Chengshan (BL 57), Zusanli (ST 36), Xuanzhong (GB 39), Kunlun (BL 60) วันละ 1 ครั้งติดต่อกัน 7 วัน เป็น 1 รอบการรักษา ใช้เวลารักษา 2-3 รอบการรักษา ผลการรักษาหายขาด 41 ราย (70.7%) ดีขึ้น 14 ราย (24.1%) ไม่ได้ผล 3 ราย (5.2%) รวมอัตราการรักษาได้

ผลเท่ากับ 94.8%

หลักการรักษาอาการปวดเอวรัวลงขา^{26,31}

การทะลวงเส้นลมปราณ แก้อาการติดขัด ขับลมสลายความเป็น กระตุ้นการไหลเวียนชี ะวังปวดเลือกจุดบนเส้นลมปราณทำท่าหยางและท่าซำหยางเป็นหลัก โดยมีจุดปักเข็ม 2 ลักษณะ คือ

1. จุดหลัก: ประกอบด้วย จุด ShenShu (BL 23), QiHaiShu (BL 24), DaChangShu (BL 25) หรือ HuaTuoJiaJi (EX-B 2) ระดับกระดูกสันหลังเอวที่ 2-5, CiLiao (BL 32), ZhiBian (BL 54), HuanTiao (GB 30) จุด Ashi ในการปักจุด HuaTuoJiaJi (EX-B 2) ให้ปัก 3 จุด คือ ตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ ตำแหน่งเหนือและใต้ต่อพยาธิสภาพ

2. จุดเสริม: มีการใช้อยู่ 2 แบบ

2.1 ตามระบบเส้นลมปราณ

ให้ปักเข็มไปตามแนวเส้นลมปราณ ซึ่งตรงกับแนวทางเดินของเส้นประสาทตามกายวิภาคที่มีอาการปวด มีด้วยกัน 2 เส้นที่วิ่งลงไปเท้า คือ

1) เส้นลมปราณกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งตรงกับแนวทางเดินของเส้นประสาท posterior tibial: จุดที่ใช้ YinMen (BL 37), Weizhong (BL 40), ChengShan (BL 57), KunLun (BL 60)

2) เส้นลมปราณถุงน้ำดี ซึ่งตรงกับแนวทางเดินของเส้นประสาท common peroneal: ใช้จุด FengShi (GB 31), YangLingQuan (GB 34), YangJiao (GB 35), XuanZhong (GB 39)

2.2 ตามการวินิจฉัยแยกกลุ่มอาการ

1) ลมเย็นชื้นรุกราน (风寒湿痹) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการปวดเย็นๆรัวจากเอวลงไปขา เคลื่อนไหวลำบาก อาการมากขึ้นเมื่อฝน

ตกอากาศเย็น บางครั้งขาบวม ฝ่าขาบวม หรือขาเหี่ยว ชีพจร ลอย (fu) เน้น (jin) หรือ จม (chen) ให้เพิ่มจุด YangLingQuan (GB 34), MingMen (GV 4), YaoYangGuan (GV 3), GuanYuanShu (BL 26), ZuSanLi (ST 36) กระตุ้นเข็มบำรุงระบายเท่ากัน อาจร่วมกับเข็มอ่อน หรือรมยา

2) เลือดคั่ง (瘀血阻滞)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประวัติการบาดเจ็บหรือยกที่เอว อาการปวดเหมือนเข็มแทง ปวดจากเอวลงขา ปฏิเสธไม่ให้เกิด ถ้ากดจะปวดเหมือนเข็มแทงปวดกระจายออกรอบๆ ปวดมากกลางคืน ก้มเงยเอวยาก บิดตัวลำบาก ลิ้นคล้ำหรือมีจุดเลือดคั่ง ชีพจรฝืด (se) ให้เพิ่มจุด YangLingQuan (GB 34), GeShu (BL 17), XueHai (SP 10), Weizhong (BL 40) กระตุ้นเข็มแบบระบาย อาจร่วมกับรมยา หรือครอบถ้วย

3) ไตพร่อง (肾气不足)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการปวดแบบรำคาญๆ จากเอวลงขา เป็นๆ หายๆ อาการเป็นมากขึ้นเมื่อออกแรง อ่อนเพลีย ขาไม่มีแรง กลัวลมและความเย็น การกดนวดแล้วรู้สึกสบาย สิ้นน้ำไม่สดใสลิ้นซีด ฝ้าน้อย ชีพจรจม (chen) เล็ก (xi) ให้เพิ่มจุด YangLingQuan (GB 34), Weizhong (BL 40), ZuSanLi (ST 36), SanYinJiao (SP 6) กระตุ้นเข็มแบบบำรุง อาจร่วมกับเข็มอ่อน หรือรมยา กรณีหยางไตพร่อง ใช้จุด MingMen (GV 4), YaoYan (EX-B 7) กรณีอินไตพร่อง ใช้จุด ZhiShi (BL 52), TaiXi (KI 3)

ความถี่ของการปักเข็ม ช่วงปวดให้ฝังเข็มทุกวัน การกระตุ้นไฟฟ้าช่วยให้หายปวดเร็วขึ้นเมื่ออาการทุเลาแล้วให้ฝังเข็มวันเว้นวัน จนหายปวดถึงหยุดฝังเข็ม ซึ่งอาจต้องฝังเข็มนาน 1-2 เดือน³²

กรณีหมอนรองกระดูกสันหลังโป่งยื่นร่วมกับอาการปวดท้องน้อย³¹ ถ้าตรวจไม่พบก้อนเนื้อออก หรือพยาธิสภาพร้ายแรงอื่นๆ บริเวณท้องน้อย ให้ปัก จุด DaiMai (GB 26), JuLiao (GB 29), WuShu (GB 27), WeiDao (GB 28) ถ้าปวดมากจนขึ้นเตียงไม่ได้ ให้ปัก YaoTongXue (EX-UE 7) ก่อน โดยปักลึก 1.5 ซุน กระตุ้นจนคนไข้ขยับเอวได้จึงปักจุดอื่น

ผู้ป่วยที่เป็นมานาน ควรกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดลมด้วยการปักจุด ZuSanLi (ST 36), TaiChong (LR 3) และ SanYinJiao (SP 6)

การฝังเข็มยังใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดแล้วบริเวณหลังหายปวด แต่ยังขาหรือปวดเมื่อยอยู่ เชื่อว่าการฝังเข็มช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดที่ติดขัดจากพังผืด

การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์จีนวิธีอื่น²⁶

1. เข็มหู เลือกจุด เส้นประสาทไซแอติก, ก้น, lumbosacral, ไต, ต่อมหมวกไต

วิธีการ เลือกครั้งละ 2-3 จุด ฝังเข็มวันละ 1 ครั้ง อาจใช้วิธีติดเมดแมเหล็กหรือเมดผักกาด

2. การครอบถ้วย ระดับเอวและกระเบนเหน็บบริเวณที่ปวด หรือตามแนวเส้นประสาท

วิธีการ ใช้เข็มผิวหนังเคาะความแรงปานกลางตามตำแหน่งจนมีเลือดออก แล้วครอบถ้วย

3. การกระตุ้นไฟฟ้า เลือกจุด HuaTuoJiaJi (EX-B 2), ZhiBian (BL 54), HuanTiao (GB 30), YangLingQuan (GB 34), Weizhong (BL 40) ใช้ continuous wave หรือ D-D wave ความแรงขนาดผู้ป่วยทนได้ นาน 10-15 นาที ทุกวัน หรือวันเว้นวัน 10 ครั้งเป็น 1 รอบการรักษา

การเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ผู้ป่วย sciatica มักมีประวัติการปวดเอวอย่าง กระทั่งหันจากการยกของหนัก การออกกำลังกาย ผิดท่า หรือเกิดอุบัติเหตุ จึงต้องพยายามหลีกเลี่ยง การยกของหนัก การเคลื่อนไหวที่รุนแรงและ ระมัดระวังอุบัติเหตุจากการหกล้ม ขณะเดียวกัน ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อสร้างความแข็งแรง ให้กับกล้ามเนื้อบริเวณหลัง หลีกเลี่ยงอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความชื้นสูง รับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ และมีการพักผ่อนที่เพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. Frontera WR, editor. Delisa's physical medicine & rehabilitation: principles and practice. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 859-63.
2. Younes M, Bejjia I, Aguir Z, Letaief M, Hassen-Zrour S, Touzi M, et al. Prevalence and risk factors of disk-related sciatica in an urban population in Tunisia. *Joint Bone Spine*. 2006;73(5):538-42.
3. Koes BW, van Tulder MW, Peul WC. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ*. 2007;334(7607):1313-7.
4. Miranda H, Viikari-Juntura E, Martikainen R, Takala E, Riihimäki H. Individual factors, occupational loading, and physical exercises as predictors of sciatic pain. *Spine*. 2002;27:1102-9.
5. อำนวย อุณนันทน์. เรื่องของโรคกระดูกสันหลังที่ควรรู้. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2542. หน้า 129-74.
6. Deyo RA, Loeser JD, Bigos SJ. Herniated lumbar intervertebral disk. *Ann Intern Med*. 1990;112(8):598-603.
7. Spangfort EV. The lumbar disc herniation: a computer-aided analysis of 2,504 operations. *Acta Orthop Scand Suppl*. 1972;142:1-95.
8. Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subject: a prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am*. 1990;72(3):403-8.
9. Jarvik JJ, Hollingworth W, Heagerty P, Haynor DR, Deyo RA. The longitudinal assessment of imaging and disability of the back (LAID Back) study: baseline data. *Spine*. 2001;26(10):1158-66.
10. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994;331(2):69-73.
11. Deville WLJM, Windt DAWM, van der Dzaferagic A, Bezemer PD, Bouter LM. The test of Lasegue: systemic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. *Spine*. 2000;25:1140-7.
12. Bogduk N, McGuirk B. Medical management of acute and chronic low back pain: an evidence based approach. Amsterdam: Elsevier; 2002.
13. ก่อภู เชียงทอง, ตอพงษ์ บุญมาประเสริฐ. โรคกระดูกสันหลังเสื่อม Degenerative diseases of the spine. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์; 2550. หน้า 219-32.
14. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski NA, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994;331:69-73.
15. Modic MT, Ross JS, Obuchowski NA, Browning KH, Cianflocco AI, Mazanec DJ. Contrast-enhanced MR imaging in acute lumbar radiculopathy: a pilot study of the natural history. *Radiology*. 1995;195:429-35.
16. Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Grooff PN, Mazanec DJ, et al. Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology*. 2005;237:597-604.
17. Braddom RL, editor. Physical medicine & rehabilitation. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p. 901-2.
18. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(4):CD001254.
19. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD000396.
20. Chiodo A, Haig AJ. Lumbosacral radiculopathies: conservative approaches to management. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2002;13(3):609-21, vii.
21. Lutz GE, Vad VB, Wisneski RJ. Fluoroscopic transforaminal lumbar epidural steroids: an outcome study. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998;79(11):1362-6.
22. Riew KD, Yin Y, Gilula L, Bridwell KH, Lenke LG, Lauryssen C, Goette K. The effect of nerve-root injections on the need for operative treatment of lumbar radicular pain: a prospective, randomized, controlled, double-blind study. *J Bone Joint Surg Am*. 2000;82(11):1589-93.
23. Vad VB, Bhat AL, Lutz GE, Cammisia F. Transforaminal

- epidural steroid injections in lumbosacral radiculopathy: a prospective randomized study. *Spine*. 2002;27(1):11-6.
24. Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD, Skinner JS, Hanscom B, Tosteson AN, et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation: the spine patient outcomes research trial (SPORT) observational cohort. *JAMA*. 2006;296(20):2451-9.
25. Vroomen PCAL, Krom MCTFM, de Slofstra PD, Knottnerus JA. Conservative treatment of sciatica: a systemic review. *J Spinal Dis*. 2000;13:463-9.
26. Xu HZ. editor. *Acupuncture & moxibustion*. Beijing: Ren Min Wei Sheng; 2002. Chapter 7, Diseases treated by acupuncture; p. 310-7.
27. Wang ZX. Clinical observation on electroacupuncture at acupoints for treatment of senile radical sciatica. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2009;29(2):126-8.
28. Chen MR, Wang P, Cheng G, Guo X, Wei GW, Cheng XH. The warming acupuncture for treatment of sciatica in 30 cases. *J Tradit Chin Med*. 2009;29(1):50-3.
29. Liu BL. Evaluation of clinical outcome of acupuncture treatment of sciatica. *Guide of China Medicine*. 2012; 24(10):590-1.
30. Qiu ML, Zhang SZ. editors. *Acupuncture & moxibustion*. Shanghai: Shanghai Ke Xue Ji Shu; 1984. Chapter 2, Diseases treated by acupuncture; p. 218-21.
31. Zhang RZ. Clinical experience in treating sciatica with warm needle in 58 cases. *J Clin & Experi Med*. 2006;5(11):1821.
32. ธวัช บุรณถาวรสม, สมคิด ปิยะมาน. การฝังเข็มในเวชปฏิบัติ: ประสบการณ์ 40 ปี ศาสตราจารย์เหียน ลี. กรุงเทพฯ: ร้านพิมพ์ทอง; 2552. หน้า 27-30.

Abstract

Treatment of Sciatica with Acupuncture

Tawach Buranathawornsom*

**Institute of Thai-Chinese Medicine, Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000*

Corresponding author: tawat_us@yahoo.com

Sciatica, mostly caused by intervertebral disc herniation, is one of the common problems among adults aged 45–64 years, accounting for 5–10% of patients suffering from low back pain. Its risk factors are age, height, body weight, stress, smoking, and overwork, especially when lifting a heavy object in the position of bending forward and twisting of the trunk. The result of treatment for acute sciatica is favorable. At present, there are many reports of using traditional Chinese medicine diagnosis and treatment principles including acupuncture for sciatica with satisfactory results. This article has reviewed the commonly used diagnostic and treatment methods for sciatica in the practice of modern and traditional Chinese medicine.

Keywords: sciatica, acupuncture, herniated intervertebral discs