

บทความพิเศษ

อาการปวดบริเวณกระดูกก้นกบ

Coccygodynia

สิทธิพันธ์ มั่นชูพงศ์

หน่วยรับปวด กองวิสัญญีและห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บทนำ

อาการปวดบริเวณกระดูกก้นกบ (tail bone pain) เป็นลักษณะอาการโดยผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดบริเวณกระดูกก้นกบเหนือต่อช่องทวารหนักเล็กน้อย ซึ่งอาจจะมีสาเหตุจากอุบัติเหตุหรือเป็นลักษณะอาการปวดร้าวมาจากอวัยวะภายใน เช่น จากลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย หรือระบบทางเดินปัสสาวะ มีน้อยกว่าร้อยละ 1 ที่พบว่าเกิดขึ้นได้เอง (idiopathic type, < 1%)¹ หรือบางกรณีพบในผู้ป่วยที่มีก้อนซิสต์ที่ช่องอีพิดูรัล (epidural inclusion cyst)² โดยอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย ประมาณ 5:1 และพบว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) มากกว่า 27.4 และผู้ชายที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 29.4 จะมีโอกาสในการเกิดอาการปวดกระดูกก้นกบเพิ่มมากขึ้น³

ในกรณีที่มีอาการมาไม่นานส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากหกล้ม ก้นกระแทก^{3,4} และให้ประวัติว่านั่งที่แข็งๆ ซ้ำๆ ขี่จักรยาน หรือจักรยานยนต์ จะมีอาการเป็นมากขึ้น⁽⁵⁾

การตรวจร่างกาย มักมีอาการกดเจ็บบริเวณกระดูกก้นกบ แต่บางรายไม่สามารถชี้เฉพาะเจาะจงตำแหน่งได้แน่นอน หรือผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการปวดเหมือนแบ่งถ่ายอุจจาระแต่ไม่มีอุจจาระออก (proctalgia fugax) และกดไม่เจ็บบริเวณกระดูกก้นกบ ซึ่งแสดงว่าอาจมีพยาธิสภาพมาจากอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน หรือลำไส้ใหญ่

ส่วนปลายก็ได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การเคลียร์หู คือ การเป่าหรือดันลมเบาๆ ขณะปิดปากและปิดจมูกเอาไว้ (valsalva maneuver) นั้น สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ในกรณีที่มีความผิดปกติของโครงสร้างระบบประสาท (neural structure) โดยที่ไม่พบความผิดปกติของกระดูกก้นกบ⁶

การถ่ายภาพรังสีในทางด้านข้าง (lateral radiological imaging) หรือภาพถ่ายรังสีในทำยืนและทำนั่ง (dynamic radiological imaging) สามารถช่วยวินิจฉัยได้แต่ก็พบว่ามีความไวและความจำเพาะเจาะจงน้อยมาก^{3,4,7} ส่วนภาพถ่ายคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า จะช่วยวินิจฉัยโรคในกรณีที่สงสัยว่ามีสาเหตุอื่น เช่น ภาวะติดเชื้อมาก่อนซิสต์บริเวณหน้าต่อกระดูกก้นกบ (pre coccygeal cyst) หรือก้อนเนื้องอก

การหักงอของกระดูกก้นกบสามารถแบ่งได้ 4 ระดับ (postacchini classification)⁸ ดังนี้ (Figure 1)

แบบที่ 1 มีการโค้งงอของกระดูกก้นกบส่วนปลายไปข้างหน้า โดยไม่มีการหักงอ (type I patients with forward curvature and absence of angulation)

แบบที่ 2 มีการโค้งงอของกระดูกก้นกบส่วนปลายไปข้างหน้า โดยมีการหักงอน้อยกว่า 90 องศา (type II patients with

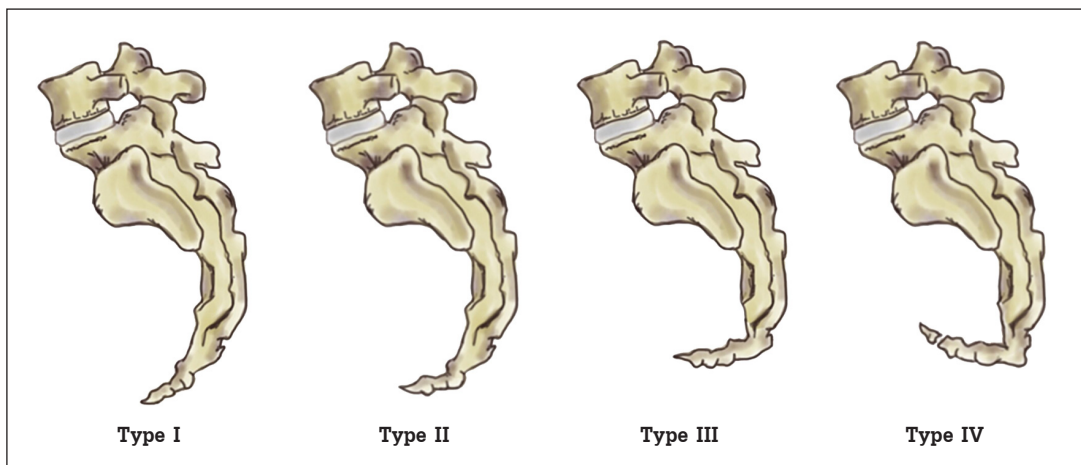


Figure 1 แสดงตัวอย่างการหักงอของกระดูกก้นกบทั้ง 4 แบบ⁸

sharper forward curvature and angulation less than 90 degrees)

แบบที่ 3 มีการโค้งงอของกระดูกก้นกบส่วนปลายไปข้างหน้า โดยมีการหักงอประมาณ 90 องศา (type III patients with angulation of 90 degrees)

แบบที่ 4 มีการเคลื่อนที่ของกระดูกก้นกบส่วนปลายหรือมีการโค้งงอไปข้างหน้าโดยมีการหักงอมากกว่า 90 องศา (type IV patients with subluxation or angulation exceeding 90 degrees)

การวินิจฉัยแยกโรคแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. สาเหตุจากอวัยวะหรือโครงสร้างบริเวณกระดูกก้นกบ (Nociceptive cause)⁹ เช่นจากกล้ามเนื้อบริเวณรอบก้นกบ (levator ani syndrome) หรือสาเหตุอื่นเช่น osteomyelitis, arthritis, intraossal lipoma, intraossal chondroma, avascular necrosis และ precoccygeal cysts เป็นต้น^{2,10}

2. สาเหตุจากระบบประสาท (Neuropathic cause)⁹ เช่นหมอนรองกระดูกยื่นกดทับเส้นประสาท (lumbar disc herniation) เนื้องอก (neural tumors) เช่น schwannomas, neuroinoma, chordoma, paragangliomas หรือ caudaequine cyst และ sacrococcygeal meningeal cysts เป็นต้น

3. สาเหตุจากอวัยวะภายใน (Visceral cause)⁶ เช่นความผิดปกติของระบบลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย หรือระบบทางเดินปัสสาวะ

การรักษา (Treatment options)

เนื่องจากยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดกระดูกก้นกบในปัจจุบันน้อยมากและการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective studies) โดยแบ่งการรักษาดังนี้

1. การรักษาโดยใช้ยาและกายภาพบำบัด

ในกรณีเริ่มมีอาการปวดก้นกบในระยะเริ่มแรกอาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่มยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการนั่งและการใช้หมอนหนุนในการรองนั่ง⁶ มีการศึกษาว่าการใช้การนวดโดยวิธีการใช้มือสอดไปนวดทางทวารหนัก (intrarectal manipulation) ได้ผลดีในระดับปานกลาง¹¹ นอกจากนี้ยังมีการใช้คลื่นอินฟราเรด (infrared thermography) ร่วมกับความร้อนพบว่าช่วยลดอาการปวดได้ผลดี¹²

2. การรักษาโดยการทำการหัตถการทางด้านระงับปวด (Pain Intervention)

2.1 ในการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) พบว่าการฉีดยาชาร่วมกับสเตียรอยด์บริเวณกระดูกก้นกบ ร่วมกับการนวดได้ผลดีร้อยละ 85 ขณะที่การให้ยาและสเตียรอยด์เพียงอย่างเดียวได้ผลดีร้อยละ 60¹ และได้ผลดีในการรักษาการหักงอของกระดูกก้นกบแบบที่ 1

ส่วนการฉีดยาชาร่วมกับสเตียรอยด์ (0.25-0.5% bupivacaine plus 40-80 mg methylprednisolone) บริเวณเส้นประสาทออตโนมัติส่วนหน้าต่อกระดูกก้นกบ (ganglion impar block) โดยการใช้เข็มแทงทะลุผ่าน sacrococcygeal ligament ดัง Figure 2 นั้นมีรายงานพบที่สามารถลดปวดได้มากกว่าร้อยละ 75 แต่ต้องระวัง เพราะวิธีนี้เข็มอาจจะลุดำใส่ตรงส่วนปลายได้ในกรณีแทงลึกเกินไป ซึ่งสามารถตรวจสอบความลึกของเข็มได้จากภาพถ่ายรังสี นอกจากนี้พบว่าวิธีการฉีดยาชาร่วมกับสเตียรอยด์บริเวณเส้นประสาทออตโนมัติส่วนหน้าต่อกระดูกก้นกบนั้นได้ผลดีมากขึ้นเมื่อมีการทำซ้ำ¹³ มีรายงานว่าสามารถลดปวดได้ร้อยละ 100 นานมากกว่า 1 ปี¹⁴

2.2 มีรายงานการใช้คลื่นวิทยุจี้เส้นประสาทออตโนมัติส่วนหน้าต่อกระดูกก้นกบ (radiofrequency ablation of ganglion impar) พบว่าสามารถลดปวดได้มากกว่าร้อยละ 50 โดยสามารถลดปวดได้เฉลี่ยที่ 2.2 เดือน¹⁵ ส่วนการฉีดยาทำลายเส้นประสาทออตโนมัติบริเวณหน้าต่อกระดูกก้นกบ (ganglion impar neurolysis) โดยใช้แอลกอฮอล์เข้มข้นร้อยละ 100 (100% ethyl

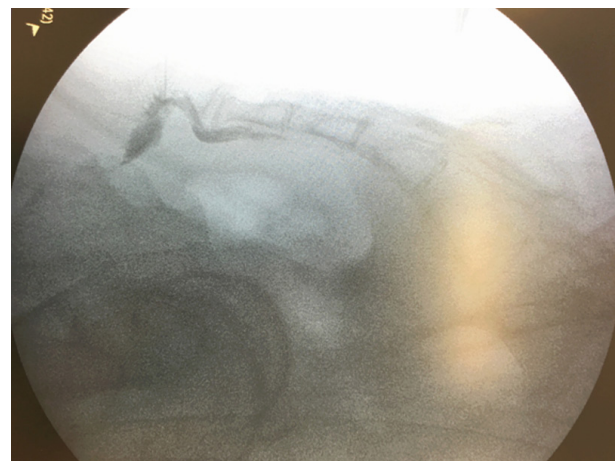


Figure 2 ภาพถ่ายรังสีแสดงตำแหน่งเข็มแทงทะลุผ่าน sacrococcygeal ligament จะเห็นได้ว่าสารทึบแสงนั้นฉีกไป ตามหน้าต่อ sacrococcygeal junction

alcohol) หรือฟีนอลเข้มข้นร้อยละ 6 ถึง 10 (6-10% phenol) นั้นจากประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่า สามารถลดปวดได้ร้อยละ 100 โดยเฉลี่ยมากกว่า 1 ปี

3. การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgical treatment)

มีรายงานว่า การผ่าตัดโดยตัดกระดูกก้นกบออก (coccygectomy) เป็นข้อห้ามในการรักษาอาการปวดก้นกบ เนื่องจากผลการรักษาไม่ดีมาก และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก^{6,16} แต่ก็มีรายงานว่า การผ่าตัดได้ผลดีในการรักษาอาการปวดก้นกบที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ (traumatic coccygodynia) หรือผู้ป่วยที่มีลักษณะกระดูกก้นกบผิดปกติแบบที่ 2, 3 และ 4¹⁷

สรุป

อาการปวดกระดูกก้นกบนั้นมักพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก เคยมีประวัติหกล้มกันกระแทกมาก่อน หรือมีก้อนเนื้อบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ซึ่งผู้ป่วยมักถูกละเลยจากอาการปวดดังกล่าว ส่งผลกระทบมากมายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยการรักษาอาการปวดดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพคือการฉีดยาระงับความรู้สึกร่วมกับสเตียรอยด์และการการฉีดยาทำลายเส้นประสาทอัตโนมัติหน้าต่อกระดูกก้นกบ (ganglion impar block or neurolysis) ในกรณีที่มีการรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการนั่งและกายภาพบำบัดไม่ได้ผล

เอกสารอ้างอิง

1. Wray CC, Easom S, Hoskinson J. Coccydynia. Aetiology and treatment. *J Bone Joint Surg Br* 1991;73:335-8.
2. Jaiswal A, Shetty AP, Rajasekaran S. Precoccygeal epidermal inclusion cyst presenting as coccygodynia. *Singapore Med J* 2008;49:e212-4.
3. Peyton FW. Coccygodynia in women. *Indiana Med* 1988;81:697-8.
4. Maigne JY, Doursounian L, Chatellier G. Causes and mechanisms of common coccydynia: role of body mass index and coccygeal trauma. *Spine* 2000;25:3072-9.
5. Lourie J, Young S. Avascular necrosis of the coccyx: a cause of coccydynia? Case report and histological findings in 16 patients. *Br J Clin Pract* 1985;39:247-8.
6. De Andres J, Chaves S. Coccygodynia: a proposal for an algorithm for treatment. *J Pain* 2003;4:257-66.
7. Maigne JY, Guedj S, Straus C. Idiopathic coccygodynia. Lateral roentgenograms in the sitting position and coccygeal discography. *Spine* 1994;19:930-4.
8. Postacchini F, Massobrio M. Idiopathic coccygodynia. Analysis of forty-one operative cases and a radiographic study of the normal coccyx. *J Bone Joint Surg (Am)* 1983;65:1116-24.
9. Ng CL. Levatorani syndrome—a case study and literature review. *Aust Fam Physician* 2007;36:449-52.
10. Maigne JY, Chatellier G. Comparison of three manual coccydynia treatments: a pilot study. *Spine* 2001;26:E479-83; discussion E84.
11. Maigne JY, Chatellier G, Faou ML, Archambeau M. The treatment of chronic coccydynia with intrarectal manipulation: a randomized controlled study. *Spine* 2006;31:E621-7.
12. Wu CL, Yu KL, Chuang HY, Huang MH, Chen TW, Chen CH. The application of infrared thermography in the assessment of patients with coccygodynia before and after manual therapy combined with diathermy. *J Manipulative Physiol Ther* 2009;32:287-93.
13. Buttaci C, Foye PM, Stitik TP. Coccygodyniasuccessfully treated with ganglion Impar blocks: a case series. *Am J Phys Med Rehabil* 2005;84:218.
14. Foye PM, Buttaci CJ, Stitik TP, Yonclas PP. Successful injection for coccyx pain. *Am J Phys Med Rehabil* 2006;85:783-4.
15. Reig E, Abejon D, del Pozo C, Insausti J, Contreras R. Thermo-coagulation of the ganglion impar or ganglion of Walther: description of a modified approach. Preliminary results in chronic, nononcological pain. *Pain Pract* 2005;5:103-10.
16. Khan SA, Kumar A, Varshney MK, Trikha V, Yadav CS. Dextrose prolotherapy for recalcitrant coccygodynia. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2008;16:27-9.
17. Dalbayrak S, Yaman O, Yilmaz T, Yilmaz M. Treatment Principles for Coccygodynia. *Turk Neurosurg* 2014;24:532-7.

