

ลำดับ	อายุ	เพศ	วินิจฉัยโรค	ระยะเวลา ปวดหลัง (ปี)	ระดับความปวด ก่อนผ่าตัด	ระดับความปวด หลังผ่าตัด	ติดตามผล (เดือน)	ระยะเวลาการ ติดของกระดูก (เดือน)	ปริมาณเสียเลือด จากการผ่าตัด (ลบ.ซม.)	หมายเหตุ
9	51	ช	กระดูกสันหลังส่วนเอว เคลื่อนระหว่างข้อที่ 4 และ 5 เกรด 2	3	5	2	25	5	900	
10	40	ช	กระดูกสันหลังส่วนเอว เคลื่อนระหว่างข้อที่ 4 และ 5 เกรด 2	2	4	1	16	3	700	มีอาการชาที่ต้นขาด้านนอก หลังผ่าตัด
11	35	ช	กระดูกสันหลังส่วนเอว เคลื่อนระหว่างข้อที่ 4 และ 5 เกรด 1	1	4	1	18	4	1,000	
12	60	ช	กระดูกสันหลังส่วนเอว เคลื่อนระหว่างข้อที่ 4 และ 5 เกรด 1	4	6	3	29	5	700	เคยผ่าตัดหมอนรองกระดูก 5 ปีก่อน ไม่ได้ฉีดสีเข้า โพรงน้ำไขสันหลัง
13	35	ญ	กระดูกสันหลังส่วนเอว เคลื่อนระหว่างข้อที่ 4 และ 5 เกรด 2	1	5	2	10	4	900	
14	60	ช	กระดูกสันหลังส่วนเอว เคลื่อนระหว่างข้อที่ 4 และ 5 เกรด 1	3	5	2	16	5	700	มีอาการชาที่ต้นขาด้านนอก หลังผ่าตัด
15	33	ญ	วัณโรคกระดูกสันหลัง ส่วนเอวข้อที่ 1	1/2	5	2	8	4	800	เคยผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลัง 3 ปีก่อน และกระดูกสันหลังไม่ มั่นคง ชาขาและอ่อนแรง 2 ข้าง เปิดแผลผ่าตัดใหม่อีกข้าง
16	35	ญ	กระดูกสันหลังส่วนเอว เคลื่อนที่ระหว่างข้อที่ 4 และ 5 เกรด 1	1	5	2	9	4	800	
เฉลี่ย 49.75				3.13	5	2	19.2	4.25	825	
				ยกเว้นรายที่ 15						

ผลการรักษา

ติดตามผลการรักษา 8 - 76 เดือน เฉลี่ย 19.2 เดือน จากตารางระดับความปวด ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้ Wilcoxon signed - ranks test $P \leq 0.05$

ภาพรังสี พบว่าทุกรายกระดูกติดดี เนื่องจากใช้กราฟกระดูกจากกระดูกเชิงกรานตลอด ความหนา 3 ชั้น ทำให้มีกระดูกมากพอจนทำให้กระดูกติดได้ ถึงแม้ว่ามีสกรูหัก 1 ราย

ผู้ป่วยวัยโรคกระดูกสันหลัง ได้รับการผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลังทางด้านหน้า 3 ปีก่อน ร่วมกับรับประทานยารักษาวัณโรคจนหายดีแล้ว แต่เนื่องจากกระดูกสันหลังไม่มีความมั่นคง ทำให้กระดูกสันหลังเริ่มกดทับเส้นประสาท จึงได้รับการผ่าตัดอีกครั้งแต่เปิดแผลทางด้านขวา และใส่กราฟกระดูกจากกระดูกเชิงกรานตลอดความหนา 3 ชั้น เพิ่ม และใช้แผ่นโลหะตามกระดูกชนิดแคบช่วยยึดทำให้เส้นประสาทของผู้ป่วยฟื้นกลับมาเป็นปกติใน 3 เดือน หลังผ่าตัด

ผลแทรกซ้อนหลังจากการผ่าตัด ไม่พบว่ามีภาวะฉีกขาดของหลอดเลือดดำใหญ่ (vena iliaca communis) ถึงแม้ว่าบริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอวข้อที่ 4 และ 5 อยู่ใกล้หลอดเลือดมาก และแผ่นโลหะตามกระดูกชนิดแคบขนาดใหญ่เกินไป ทำให้ใช้เนื้อที่กระดูกสันหลังไม่มาก จึงไม่เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดดำ

ไม่พบว่ามีเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อเสียการทำงาน ยกเว้นเส้นประสาทแลเทอร์ล ฟีมอรัล คิวเทเนียส (lateral femoral cutaneous nerve) ทำให้มีอาการชาที่ต้นขาทางด้านนอก 4 ราย

พบว่าสกรูยึดกระดูกหัก 1 ราย แต่ไม่พบแผ่นโลหะตามกระดูกชนิดแคบหัก หรือสกรูเลื่อนออกมา

วิจารณ์

ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดในรายงานนี้ คือ ความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง ทำให้กระดูกสันหลังเคลื่อน และมีอาการปวด บางรายเกิดจากกระดูกสันหลังเสื่อม หรือความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด หรือเกิดจากการผ่าตัด ดังนั้น การเชื่อมกระดูกสันหลังด้วยกราฟกระดูกจากกระดูกเชิงกรานตลอดความหนา 3 ชั้น ร่วมกับการใส่แผ่นโลหะตามกระดูกชนิดแคบยึดไว้ ทำให้เกิดความมั่นคงมากขึ้น ถึงแม้ว่าหัวสกรูกับแผ่นโลหะตามกระดูกชนิดแคบ ไม่สามารถยึดติดกันแน่น แต่ผู้รายงานให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงนาน ประมาณ 3 สัปดาห์ ร่วมกับการใช้เครื่องพยุงเอวต่ออีกจนครบ 6 เดือน ทำให้อาการปวดของผู้ป่วยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกระดูกสันหลังเชื่อมติดและมั่นคงดีขึ้น

ผู้ป่วยที่อายุน้อย อาการปวดจะลดลงได้มากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า เนื่องจากอายุ

มากมีพยาธิสภาพของข้อกระดูกสันหลังเสื่อมหลายข้อมากกว่า และจากการติดตามผลการรักษา ไม่พบว่าข้อระดับที่ติดกันมีการเคลื่อนเพิ่มขึ้น หรือสกรูเลื่อนออกมา

การใช้แผ่นโลหะตามกระดูกชนิดแคบ 3 รู ยึดกระดูกสันหลังร่วมกับการใช้กราฟกระดูกจากกระดูกเชิงกรานตลอดความหนา 3 ชั้น และทำร่องตามความยาวของกระดูกสันหลัง เพื่อวางแผ่นโลหะตามกระดูกชนิดแคบ ทำให้การยึดระหว่างแผ่นโลหะตามกระดูกกับกระดูกสันหลังแน่นขึ้น ถึงแม้ว่าการยึดระหว่างหัวสกรูกับแผ่นโลหะตามกระดูกชนิดแคบทำไม่ได้ดี แต่สามารถลดค่าใช้จ่ายในเรื่องโลหะตามกระดูกสันหลังชนิดอื่นที่มีราคาแพงกว่ามาก และวิธีการรักษาชนิดนี้สามารถรักษาให้ผู้ป่วยหายปวดได้เช่นเดียวกัน

สรุป

การใช้แผ่นโลหะตามกระดูกชนิดแคบ 3 รู ร่วมกับการใช้กราฟกระดูกของกระดูกเชิงกรานตลอดความหนา 3 ชั้น เชื่อมกระดูกสันหลังทางด้านหน้า เป็นวิธีการรักษาโรคปวดหลังเนื่องจากกระดูกสันหลังไม่มั่นคงได้ และฉีดสีไม่พบการกดทับของเส้นประสาท ถึงแม้ว่าหัวสกรูและแผ่นโลหะตามกระดูกชนิดแคบ ไม่ได้ยึดติดกันแน่น แต่สามารถรับมาใช้ได้ โดยให้ผู้ป่วยนอนนานขึ้นประมาณ 3 สัปดาห์ และใช้เครื่องพยุงเอวต่ออีกจนครบ 6 เดือน ข้อดีคือ ราคาของโลหะตามกระดูกชนิดแคบ ถูกกว่าชนิดอื่น ๆ มาก ทำผ่าตัดง่าย ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Gjessing MH. Osteoblastic anterior fusion of the lower lumbar spine. Acta Orthop Scand 20 : 200 - 213, 1951.
2. Lane JD, Moore ES. Transperitoneal approach to the intervertebral disc in the lumbar area. Ann Surg 127 : 537 - 551, 1948.
3. Calandruccio RA, Benton BF : Anterior lumbar fusion. Clin Orthop 35 : 63 - 68, 1964.
4. Harman PH. Anterior extraperitoneal lumbar disk excision and vertebral body fusion. Clin Orthop 18 : 169 - 184, 1960.
5. Dunn HK. Anterior stabilization of thoracolumbar injuries. Clin Orthop 1984 ; 189 : 116 - 124.
6. Kaneda K, Abumi K, Fujiya M. Burst fractures with neurologic deficits of the thoracolumbar lumbar spine. Results of anterior decompression and stabilization with anterior instrumentation. Spine 1984 ; 9 : 788 - 795.

7. Black RC. et al. A contoured anterior spinal fixation plate. Clin Orthop 1988 ; 227 : 35 - 142.
8. Tiusanen H, Seitsalo S, Österman K, Soini J. Anterior interbody lumbar fusion in severe low back pain. Clin Orthop 324 : 153 - 163, 1996.
9. Thalgott JS, Kabins MB, Timlin M, Fritts K. and Giuffre JM. Four year experience with the AO Anterior Thoracolumbar Locking Plate. Spinal Cord 1997 ; 35 : 286 - 291.
10. รายงานการผ่าตัดประจำปี พ.ศ. 2537 - 2543 ของโรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร.
11. Fairbank JCT, Davies JB, Mbaot JC, et al. The Oswestry low - back pain disability questionnaire Physiotherapy, 1980 ; 66 : 271 - 274.



ทน
๑

มูลนิธิโรงพยาบาลกลาง