แนวโน้มในการรักษาวัณโรคกระดูกหลัง

สุรพจน์ แสงโชติ*
สุเทพ จิระสุทัศน์*
สุรชัย อมรานันทกิจ*
มานิตย์ ลิมปพยอม**

วัณโรคกระดูกหลังยังเป็นปัญหาพบได้บ่อย ๆ ในคนไทย ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเหล่านี้ ที่มาขอรับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มาจากต่างจังหวัดและร้อยละ 48 ของผู้ป่วยวัณโรคกระดูกและข้อทั้งหมดเป็นที่กระดูกหลัง (พบบ่อยมากระดับ thoracolumbar) 1 ใน 6 ของผู้ป่วยวัณโรคกระดูกหลังเหล่านี้มีปัญหาอัมพาต (paralysis หรือ paraparesis) ร่วมด้วย เป็นที่น่าสนใจสมควรบันทึกไว้ด้วยว่าผู้ป่วยวัณโรคกระดูกหลังเหล่านี้มากกว่าครึ่งยังมีอายุอยู่ในวัยเด็ก[1,2,3]

อาการปวดหลังมักเป็นอาการนำที่สำคัญของวัณโรคกระดูกหลัง ผู้ป่วยอาจมีหนองไหลจากบั้นเอวมานาน หรือหลังโก่ง (kyphosis) และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งตรวจพบในห้องปฏิบัติการมากน้อยขึ้นกับระยะความรุนแรงของโรคและความต้านทานของร่างกายผู้ป่วย วัณโรคกระดูกหลังอาจพบพยาธิสภาพที่หลาย ๆ ระดับของสันหลัง และเป็นที่กระดูกและข้อหลายๆแห่งในร่างกายก็ได้ วัณโรคกระดูกและข้อควรได้รับการคำนึงถึงไว้อยู่เสมอในการพิเคราะห์แยกโรคกระดูกและข้อที่มีการทำลายของกระดูกหลาย ๆ ส่วนของร่างกายในผู้ป่วยคนไทยทั้ง ๆ ที่การตรวจเอกซเรย์ปอดได้ผลลบและตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะก็ตาม พบเสมอ ๆ ว่าการตรวจทูเบอร์คูลินที่ผิวหนังได้ผลบวกไม่ได้ช่วยในการพิเคราะห์แยกโรคเลย

* นิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์
** ภาควิชาศัลยศาสตรออร์โธปิดิคส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพเอกซเรย์ของกระดูกหลังในรายวัณโรคกระดูกหลัง จะช่วยในการวินิจฉัยได้มาก ช่องหมอนรองกระดูกหลัง (intervertebral disc space) จะแคบลงอย่างรวดเร็ว แล้วตามด้วยลักษณะบาง (rarefraction) ของกระดูกหลัง (vertebral body) ส่วนที่อยู่ติดกันในระยะหลัง ๆ หนองอาจสอดแทรกเข้าไปใต้เอ็นด้านหน้าของกระดูกหลัง (anterior longitudinal ligament) กดด้านหน้าของกระดูกและกระดูกหลังก็จะฟุบแฟบ (collapse) เข้าหากัน เป็นระดับเดียวหรือหลายระดับก็ได้

กระดูกหลังที่เป็นวัณโรคโดยทั่วไปมักเสียมากทางด้านหน้า (anterior disease) แต่มีเหมือนกันที่เริ่มเสียมากตรงส่วนหลังของกระดูก (posterior disease)[2,12]

การรักษาทางยาใช้ isoniazid (INH) ร่วมกับ rifampicin ทุกวันเป็นเวลาหกเดือนถึงหนึ่งปี (ถ้าไม่มีการดื้อยา) บางคนแนะนำให้เพิ่ม ethambutol ด้วย ในระยะสามเดือนแรกของโครงการรักษา ส่วนการรักษาเฉพาะที่สำหรับสันหลังเอง ในบรรดาแพทย์เองยังมีความเห็นแตกต่างกันอยู่มาก มีตั้งแต่ใช้เผือกลำตัว (body jacket), นอนพัก, ไปจนถึงผ่าตัดสันหลัง ขูดเอาหนองและเนื้อตายออกจากตำแหน่งพยาธิสภาพและเชื่อมกระดูกหลังในระยะแรก ๆ[2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12]

จำนวนเชื้อโรคในแหล่งพยาธิสภาพของวัณโรคกระดูกหลังมีน้อย มีผู้พยายามศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาวัณโรคกระดูกหลัง พบว่าการให้นอนพักผ่อน 6 เดือน, หรือให้ยารักษาแต่อย่างเดียวผลก็คล้ายคลึงกันและพบด้วยว่าวิธีเดิมที่ใช้ INH+PAS (paraaminosalicylic acid) ร่วมกับ streptomycin ก็ไม่แตกต่างจากการให้ INH+PAS เท่านั้นแต่อย่างใด และยิ่งกว่านั้นยังพบว่าไม่ว่ารักษาด้วยผ่าตัดร่วมกับกินยาหรือกินยาอย่างเดียวผลก็ใกล้เคียงกัน และเมื่อเปรียบเทียบวิธีผ่าตัดระหว่าง debridement เท่านั้นเทียบกับ debridement ร่วมกับ spinal fusion ด้วย ผลก็ไม่แตกต่างกันนักถ้าติดตามผลไปนาน ๆ[10] แต่โดยทั่วไปยังมีความเห็นว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการ paraparesis เริ่มขึ้นควรทำ surgical decompression ให้เสมอ ส่วนการทำ debridement ควรผ่าตัดเข้าตรงตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพมาก (จะเป็น anterior หรือ posterior approaches ก่อนก็ตาม) ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับความมั่นคงของหลัง (spinal stability) อยู่ และหวังผลสมบูรณ์ก็ต้องทำการเชื่อมสันหลังให้ทั้งด้านหน้าและด้านหลังเสมอ[10,12]

การผ่าตัดรักษาวัณโรคกระดูกหลังในระยะแรก มีประโยชน์เพื่อให้ได้เนื้อเยื่อเพื่อให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอน อาจมีประโยชน์ในการช่วย drain หนองมาก ๆ ได้รวดเร็ว

ถ้าทำ fusion เลยอาจช่วยป้องกัน deformity ระยะแรกและช่วย decompress ระบบประสาทให้ได้ด้วย การผ่าตัดอาจต้องให้ dexamethasone ร่วมด้วยเพื่อลดอาการบวมของไขสันหลัง ต้องอาศัยแพทย์ที่มีความชำนาญและ facilities ดีพอควร[8,10,12] สำหรับประเทศไทยซึ่งยังมีวัณโรคกระดูกหลังเป็นปัญหาสำคัญในสังคมชนบทอยู่ บุคลากรและอุปกรณ์สำหรับการรักษาพยาบาลยังค่อนข้างขาดแคลน แนวการรักษาวัณโรคกระดูกหลังเบื้องต้นในรายที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน จึงน่าพิจารณาใช้การรักษาทางยาร่วมกับวิธีนอนพักหรือใส่เผือกลำตัวให้ถ้าหากไม่ได้ผลหลังจากรักษา 1–2 ปี ไปแล้ว หรือมีอาการแทรกซ้อนเป็นข้อชี้บ่ง สำหรับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดที่ชัดเจนแล้ว จึงอาจพิจารณาแนะนำการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด อาจแนะนำให้ไปรับการผ่าตัดในสถาบันที่มีแพทย์, บุคลากร และเครื่องมือพอเพียง ส่วนผลของอาการแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น chronic sinus abscess และ kyphosis จะพึงมีต่อการดำเนินโรควัณโรคกระดูกหลังมากน้อยแค่ไหนและอย่างไร คงจะต้องอาศัยการติดตามผลของการรักษาต่อไปอีกนาน ๆ กว่าเท่าที่ได้กระทำมาจนถึงปัจจุบันนี้

อ้างอิง

1. มานิตย์ ลิมปพยอมและคณะ กระดูกและข้อ จัดพิมพ์โดยฝ่ายวิชาการสโมสรนิสิตแพทย์จุฬาฯ กทม. ที่โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ 2518
2. มานิตย์ ลิมปพยอม และคณะ ข้อมูลยังมิได้ตีพิมพ์
3. สมบัติ สรรพกิจ : Tuberculosis of bone and joint. เวชสารกรมการแพทย์ 20 : 584-600, 2514
4. Editorial : Tuberculosis of Spine. Lancet 2 : 137-138, 1974.
5. Editorial ; Tuberculosis of Spine. Br J. Med 4 : 613-614, 1974.
6. Fox, W : The modern management and therapy of pulmonary tuberculosis. Proc R Soc Med 70 : 4-15, 1977.
7. Griffiths, DL : The treatment of tuberculosis of bone and joint. Trans R Soc Trop Med Hyg, 72 : 559-563, 1978.
8. Hodgson, AR, Stock. F.E. : Anterior spinal fusion. Br J Surg, 44 : 266-275, 1956.
9. Konstam : Tuberculosis of spine. Br Med J 1 : 267-268, 1975.
10. Medical Research Council Working Party on Tuberculosis of the Spine, Five-year assessments of controlled trials of ambulatory treatment, dedridement and anterior spinal fusion in the management of tuberculosis of the spine. Studies in Bulaway (Rhodesia) and in Hong Kong. J. Bone Joint Surg (Br.) 60 : 163-177, May, 1978.
11. Pandit Management of bone and joint tuberculosis. J Indian Med Assoc 61 : 433-435, 1973.
12. Taor, W.S. : Bone and joint tuberculosis in Brent. A symposium on extrapulmonary tuberculosis. London, Royal Society of Medicine. CIBA Publication. 1977. pp 1-3.