

รายงานเบื้องต้นและบทฟื้นฟูวิชาการ

กระดูกหลังเอวเคลื่อนรักษาโรคโดยการใส่แท่ง Harrington

ประกิต เทียนบุญ*
พิบูลย์ อิทธีระวิวงศ์* ตรวง พันธุมโกมล*

Tienboon P, Itiravivong P, pantoomkomol T. Harrington instrumentation for the adult lumbar spondylolisthesis Chula Med J 1984 Apr ; 28 (4) : 425-435

The result of treatment of 9 patients with grade I-II spondulolisthesis from Orthopaedic Department, Chulalongkorn University Hospital was priliminary reported. The method of treatment included wide decompressive laminectomy (Modified watkin technique) and spinal stabilization by Harrington-A frame instrument. Follow up period ranged from 6 months to 2 years. Evaluation, both clinically and radiologically showed good results in all patients employed by this new technics.

* ภาควิชาออร์โทปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กระดูกหลังเอวเคลื่อนไปข้างหน้าได้รายงานเป็นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1854 โดย Killian⁽¹⁾ การเคลื่อนของกระดูกหลังเอวจะทำให้มีอาการปวดบริเวณหลังและร้าวไปที่ตะโพก ถ้าการเคลื่อนนั้นกดรากประสาทจะทำให้ปวดร้าวลงไปขาด้วย ซึ่งเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยในการที่จะดำเนินชีวิตในสังคม สาเหตุที่สำคัญของอาการปวดหลังเอวจากกระดูกเคลื่อนนั้นมาจาก ความไม่แข็งแรงของกระดูกหลังเอวที่มีการเคลื่อน (Instability) และรากประสาทถูกกด การรักษาโดยวิธีอื่นรักษาสามารถช่วยให้อาการเจ็บปวดดีขึ้นในผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าร้อยละ 20⁽²⁾ ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการปวดมากหรือมีอาการกดของรากประสาทร่วมด้วยจนถึงกับต้องทำผ่าตัด วิธีการผ่าตัดก็มีมากมายหลายวิธี ผู้รายงานได้สรุปเป็น 3 วิธีใหญ่ ๆ คือ

1. ผ่าตัดเพื่อแก้การกดของรากประสาท^(3,4) (decompressive laminectomy)

2. ผ่าตัดเพื่อเชื่อมกระดูกหลังเอวที่เคลื่อนให้ติดกัน (fusion)

2.1 เชื่อมทางด้านหน้า⁽⁵⁾ (anterior fusion)

2.2 เชื่อมทางด้านหลัง^(6,7) (posterior fusion)

2.3 เชื่อมทางด้านข้าง (postero-lateral fusion)

3. ผ่าตัดแก้อาการกดของรากประสาทและเชื่อมกระดูกหลังที่เคลื่อนให้ติดกัน^(8,9,10,11,12,13) (decompression and fusion)

จากประสบการณ์ของผู้รายงานซึ่งได้ทำผ่าตัดผู้ป่วยเพื่อแก้การกดของรากประสาทอย่างเดียวนับจำนวน 17 ราย พบว่าร้อยละ 23.6 มีการเคลื่อนของกระดูกหลังมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหนักได้ต้องจำกัดการทำงาน เพราะฉะนั้นวิธีนี้จึงเหมาะสมสำหรับในพวกผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ต้องทำงานหนัก เพราะสามารถแก้ไขอาการปวดหลังและปวดร้าวจากรากประสาทถูกกดทับได้ดี แต่ในผู้ป่วยอายุน้อยหรือคนที่ต้องทำงานหนัก การผ่าตัดวิธีนี้จะทำให้มีการเคลื่อนที่ของกระดูกหลังเอวตรงตำแหน่งที่ผ่าตัดมากขึ้น^(10,14)

Osterman⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการผ่าตัดวิธีนี้โดยติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 5 ปี จำนวน 75 ราย เมื่อผู้ป่วยใช้หลังทำงานมากขึ้นผลจะเลวมากขึ้นถึงร้อยละ 25 เพราะฉะนั้นในผู้ป่วยซึ่งแข็งแรงและต้องทำงานใช้กระดูกสันหลังมากจึงจำเป็นต้องเชื่อมกระดูกหลังให้แข็งแรงโดยนำกระดูกมา graft แต่วิธีการนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่กับเตียงเป็นเวลานาน เพื่อรอให้กระดูกที่นำมา graft นั้นติดเป็นชั้นเดียวกันเสียก่อน ได้มีการพยายามที่จะรักษาผู้ป่วยโดย

การใช้โลหะตามกระดูก⁽¹⁶⁾ เข้ามาเสริมความแข็งแรงในผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนของกระดูกหลังมาก ๆ ซึ่งวิธีการยุ่งยากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมาก และในปัจจุบันนี้ก็ยังไม่เป็นที่นิยมแพร่หลายนักสำหรับรายงานนี้นั้นต้องการที่จะศึกษาผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อน ในคนแข็งแรงที่ต้องทำงานหนักเป็นชีวิตประจำวันมีขนาดของการเคลื่อนของกระดูกหลังเอวน้อย ๆ แต่มีอาการปวดหลังมากรักษาโดยวิธีอนุรักษไม่ได้ผล นำมาผ่าตัดวิธีตัดแปลงของ Watkin^(8,9) และเสริมความแข็งแรงของกระดูกหลังเอวด้วยเครื่องมือ Harrington ชนิดหนึ่ง, รายงานผลการรักษาติดตามเป็นเวลา 2 ปี และเมื่อรายงานเบื้องต้นยังต้องใช้เวลาในการติดตามผู้ป่วยต่อไปอีกซึ่งจะรายงานผลการรักษาในระยะหลังต่อไป

ผู้ป่วยและวิธีการ

ผู้ป่วยซึ่งรับเข้ามาทำการรักษาจะต้องเป็นผู้ป่วยซึ่งอยู่ในกฎเกณฑ์ ดังต่อไปนี้ คือ

1. ผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนรักษาโดยวิธีอนุรักษไม่ได้ผล
2. ผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนในขนาด 1 และขนาด 2
3. ผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนซึ่งไม่จำกัดกำลังกายยังคงทำงานเป็นปกติประจำวันรวมทั้งผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

4. ผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดวิธีอื่น ๆ มาก่อนแล้วไม่ได้ผลอาการปวดหลังบริเวณเอวจึงเกิดจากความไม่แข็งแรงของกระดูกหลังเอวที่เคลื่อน สามารถพิสูจน์ได้โดยการตรวจทางคลินิคและการถ่ายภาพรังสี

ภาควิชาออร์โทปีดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้รับผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนตามกฎเกณฑ์นี้ จำนวน 9 คน เป็นชาย 4 คน หญิง 5 คน อายุตั้งแต่ 27 ปี ถึง 55 ปี เฉลี่ย 41 ปี อาการปวดหลังเป็นมานาน 1-5 ปี เฉลี่ย 2.5 ปี ได้รับการรักษาโดยวิธีอนุรักษแล้วอาการไม่ดีขึ้น 6 คน และโดยวิธีผ่าตัดมาแล้ว 3 คน

อาการแสดงและการตรวจร่างกายของผู้ป่วย 9 คน

ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ไม่สามารถเดินไปไหนได้ไกล ๆ การยืนนาน ๆ จะปวดหลังมากและร้าวไปที่ตะโพกลงไปที่ขา ต้องนั่งพักสักครู่จึงจะเดินต่อไปได้

การเคลื่อนไหวหลังในท่าก้มเงยและเอียง (back motion)

ปวดมาก	4 ราย
ปวดปานกลางพอทนได้	5 ราย
ปวดน้อย	1 ราย

กระดูก spinous process ยื่นออกมา
ด้านหลัง 6 ราย
(Slipping or Shifting of spinous
process)

การตรวจยกขาตรงขึ้นสูงในท่านอนหงาย
ปวด 8 ราย
(Straight leg raising test)

ขาขาร่วมกับกล้ามเนื้ออ่อนแรง 7 ราย
ขาขาอย่างเดียว 3 ราย
การตรวจ reflex ที่ข้อเท้าลดลงหรือ
หายไป 2 ราย

การตรวจอื่น ๆ นอกจากนี้อยู่ในเกณฑ์
ปกติ

วิธีการ 2 การตรวจภาพรังสี

นำผู้ป่วยมาถ่ายภาพรังสีตำแหน่ง
Lumbosacrum ในท่าตรง ข้างและเอียงซ้าย
ขวา เพื่อคุณภาพชีวิตที่ทำให้หลังเคลื่อนและ
ขนาดของการเคลื่อน

ในท่าข้างจะพบขนาดของการเคลื่อนว่ามี
มีมากน้อยแค่ไหน โดยแบ่งการเคลื่อนออกเป็น
เป็น 4 ชนิดดังนี้ คือ

- ขนาด 1 เคลื่อนน้อยกว่าร้อยละ 25
- ขนาด 2 ระหว่างร้อยละ 25-50
- ขนาด 3 ระหว่างร้อยละ 50-75
- ขนาด 4 มากกว่าร้อยละ 75 ขึ้นไป

ในท่าเอียงซ้ายขวา ในท่านี้องการ
แสดงให้เห็นรอยขาดที่ตำแหน่ง pars inter-
ticularis ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนที่สุด

นอกจากการถ่ายภาพรังสีดังกล่าวแล้ว
ผู้รายงานได้ถ่ายภาพกระดูกหลังในท่าข้างเพิ่ม
อีก 2 รูป คือในท่าก้มตัวเต็มที่และในท่าเอ้น
หลังเต็มที่ เพื่อคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป
ในขณะที่กระดูกหลังเปลี่ยนตำแหน่งไป เป็น
การแสดงถึงความแข็งแรงในการยึดของกระดูก
หลังบริเวณที่มีการเคลื่อนว่ามากน้อยแค่ไหน
ซึ่งทั้ง 9 ราย นี้พบว่ามีกระดูกเคลื่อนของกระดูก
หลังมากขึ้นในการถ่ายภาพรังสี 2 ท่านี

ก่อนที่จะทำผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายได้รับการ
ฉีดยาที่บวมเข้าไขสันหลัง เพื่อถ่ายภาพรังสี
คุณภาพชีวิตการกรากประสาทพบว่า

- มีการกรากประสาทบางส่วน 6 ราย
- กรากประสาททั้งหมด 3 ราย

ผลการวินิจฉัย

จากการตรวจดังกล่าวมาแล้วทั้งหมดได้
ให้การวินิจฉัยผู้ป่วย ดังนี้ คือ

- 1. การเคลื่อนระดับเดียว 8 ราย
 - 1.1 เป็นที่ระดับ L_{4,5} 7 ราย
 - 1.2 เป็นที่ระดับ L₅S₁ 1 ราย
- ทั้ง 8 รายนี้เป็นชนิดขนาด
 - 1 จำนวน 5 ราย
 - 2 จำนวน 3 ราย

3.3 ยกกระดูกส่วนหลังออกทั้งหมด โดยแยกตรงข้อ facet ทั้ง 2 ข้าง กระดูกที่นำออกมาจะเป็นชิ้นใหญ่ชิ้นเดียว ประกอบด้วย spinous process, Lamina, superior และ inferior articular process ทั้ง 2 ข้าง กระดูกชิ้นนี้จะเก็บเอาไว้ทำเป็น graft ต่อไป จากนั้นเลาะรากประสาทที่ถูกกดหรือมีพังผืดมาเกาะให้เป็นอิสระ ในรายที่มีหมอนรองกระดูกยื่นหรือแตกออกมากก็ตาม ก็เอาหมอนรองกระดูกออกด้วย

3.4 การใส่เครื่องมือ Harrington

3.4.1 การใส่ตะขอบน ตะขอบนจะอยู่เหนือกว่าระดับกระดูกหลังเอวเคลื่อน 1 ระดับ โดยวางตะขอใต้ lamina

3.4.2 การใส่แท่งเหล็ก sacral และ eyelet แท่งเหล็ก sacral จะอยู่ตรงตำแหน่ง 1½ ซม. ต่ำกว่าและหน้ากว่า posterior superior iliac spine โดยที่เมื่อแท่งแท่งเหล็ก sacral ผ่าน posterior superior iliac spine ข้างหนึ่งแล้วให้ใส่ eyelet และน็อคแล้วตามด้วย eyelet ดังในภาพ

3.5 ต่อแท่ง Harrington เข้ากับตะขอบนและ eyelet ทั้ง 2 ข้าง แล้วยึดให้ตั้งด้วยเครื่องมือ distractor

3.6 กระดูกชิ้นที่เตรียมเอาไว้ทำ graft ตัดให้ได้ชิ้นขนาดพอเหมาะ กว้างประมาณ 1½ ซม. เอามาวางระหว่าง transverse process

ของกระดูกหลังเอวที่เคลื่อน ส่วนชิ้นกระดูกเล็ก ๆ ให้วางข้างชิ้น graft ใหญ่

3.7 จัดการล้างและห้ามเลือดให้สนิท เย็บแผลปิดตามชั้น

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

หลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยนอนราบกับเตียงเมื่อหายปวดแผลที่หลังแล้ว ให้ลุกขึ้นเดินได้ทันที โดยใช้ lumbosacral support ช่วยพยุงหลัง ตัดไหมผู้ป่วย 2 อาทิตย์ หลังผ่าตัดแล้วให้กลับบ้านได้ โดยให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้เท่าที่อยากจะเดิน

การประเมินผลการรักษา แบ่งเป็น 2 อย่าง คือ

1. การประเมินโดยดูจากอาการผู้ป่วย
2. การประเมินโดยดูจากภาพรังสีในท่าตรง

การประเมินโดยอาศัยอาการผู้ป่วยนั้น ใช้วิธีของ Gill⁽⁹⁾ et al ดังนี้ คือ

1. ดีมาก ผู้ป่วยสามารถทำงานหนักได้ทุกอย่างโดยไม่มีอาการปวด หรือถ้ามีอาการปวดก็เป็นนิคหน้อย เป็นครั้งคราว โดยไม่มีอุปสรรคต่อการทำงาน
2. ดี ผู้ป่วยสามารถทำงานปกติธรรมดาที่ไม่หนักได้โดยไม่มีปวดหลังยกเว้นถ้าทำงานหนัก
3. พอใช้ ยังคงมีอาการปวดหลัง

บ้างถ้าต้องใช้หลังในการทำงาน แต่ในยามปกติจะไม่ปวดและอาการดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด

4. เลว อาการไม่ดีขึ้นหรือเลวกว่าก่อนผ่าตัดหรือต้องผ่าตัดอีก

ผล จากผลการรักษาซึ่งคณะผู้รายงานได้ติดตามผู้ป่วยจำนวน 9 รายเป็นเวลา 2 ปี สรุปออกมาดังตารางที่ 1 ซึ่งพบว่าในระยะ 2-4 อาทิตย์แรก ผู้ป่วยยังมีอาการปวดอยู่ในขณะที่ถูกขยับ แต่อยู่เฉยๆ จะไม่ปวด จึงจัดอยู่ในกลุ่มพอใช้ เมื่อระยะเวลาผ่านไปจนถึง 6 อาทิตย์ ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นกว่าเดิมอย่างมาก

สามารถเดินไปไหนมาไหนได้ หลังจาก 3 เดือนไปแล้ว ผู้ป่วยสามารถเริ่มทำงานหนักได้ และเมื่อระยะเวลาผ่านไปนานมากขึ้น อาการผู้ป่วยจะดีขึ้นตามลำดับ จากการติดตามผลอันนี้พบว่าอาการจะดีมากในช่วง 3-6 เดือน ผู้ป่วยสามารถทำอะไรได้เกือบเหมือนปกติ ผู้ป่วยหญิงอายุ 27 ปี ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเพียงคนเดียว ในรายงานนี้สามารถกลับไปทำงานหนักเหมือนเดิมได้ภายใน 6 อาทิตย์หลังผ่าตัด จากการติดตามดูผลการรักษาผู้ป่วยต่อมาเป็นเวลา 1 ปีในผู้ป่วยจำนวน 8 ราย พบว่าอาการไม่แตกต่าง

ตารางแสดงผลการรักษา

Result of Treatment Postop Duration	Excellent	Good	Fair	Unsatisfied	Total
2-4 weeks	1	1	7	-	9
6 weeks	2	6	1	-	9
3 months	5	3	1	-	9
6 months	7	2	-	-	9
12 months	6	2	-	-	8
18 months	4	-	-	-	4
24 months	2	-	-	-	2

ไปจากเมื่อ 6 เดือนหลังผ่าตัด เช่นเดียวกับ ผู้ป่วยที่ได้ติดตามผลการรักษาต่อเป็นเวลา 18 เดือน 4 ราย และ 24 เดือน 2 ราย ผู้ป่วย 2 รายในจำนวน 9 รายมี bursitis เกิดขึ้นที่ ตรงตำแหน่งปลายของแท่ง sacral ในเดือนที่ 4 และ 6 อาการทุเลาเมื่อได้รับยาแก้อักเสบ อาการปวดจะมีเฉพาะเวลาถูกกระแทก หรือมีอะไรกดทับ เช่น นอนบนพื้นกระดาน แข็ง ๆ และอาการปวดก็ไม่ใช่เป็นอุปสรรคต่อ การทำงานของผู้ป่วย

การประเมินผลจากภาพรังสีได้ทำเป็น ระยะดังนี้ คือ หลังผ่าตัด 4 อาทิตย์ 6 อาทิตย์ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี 1 ปี 6 เดือน และ 2 ปีตามลำดับ โดยจะดูการเปลี่ยนแปลงของ กระดูกที่นำมา graft ที่ transverse process ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทั้ง 9 ราย ภาพรังสีในทำตรง เห็นการเพิ่มของกระดูกอย่างชัดเจน (callus) เมื่อระยะ 6 เดือน แต่อย่างไรก็ตามจากภาพ รังสีก็ไม่สามารถจะบ่งแน่ชัดว่ากระดูกที่เชื่อม ติดกันดีแค่ไหน เพราะยังคงมี Harrington rod เกาะอยู่ทำให้ไม่สามารถดูการเคลื่อนไหว ของกระดูกสันหลังส่วนที่เชื่อมได้

วิจารณ์

การรักษาผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อน จำเป็นต้องเลือกผู้ป่วยและวิธีการรักษาให้

เหมาะสมในแต่ละราย รายงานนี้เป็นรายงาน เบื้องต้นถึงผลการรักษาผู้ป่วยที่มีการเคลื่อน ของกระดูกหลังเอวขนาดน้อยโดยการผ่าตัดใส่ เครื่องมือ Harrington เพื่อเสริมให้เกิดความ แข็งแรง และเป็นรายงานแรกที่ยังไม่เคยมีการ ทำแบบนี้มาก่อน ในรายอื่น^(15,16) นั้นมักจะ ทำในผู้ป่วยซึ่งมีขนาดของการเคลื่อนมากตั้งแต่ ร้อยละ 50 ขึ้นไป จนถึงร้อยละ 100 บางราย งานพยายามที่จะดึงกระดูกหลังเอวที่เคลื่อนให้ กลับเข้าที่ทำให้การผ่าตัดยุ่งยากมากขึ้น มีภาวะ แทรกซ้อนเกิดขึ้นมาก รากประสาทอาจจะดึง มากจากแรงดึงของแท่ง Harrington มี bursitis เกิดขึ้นที่บริเวณปลายแท่งเหล็ก sacral มีการ ละลายของกระดูกตรงตำแหน่งตะขอบนเป็นต้น ผลสรุปที่ได้ทั้งหมดก็ยังอยู่ในระหว่างการติดตาม พิจารณา ผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนที่พบใน รายงานนี้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีขนาด ของการเคลื่อนเพียงขนาด 1 และ 2 เท่านั้น และไม่พบในเด็กเลย⁽¹⁷⁾ การรักษาโดยวิธีนี้ เมื่อดูแลแต่เพียงผิวเผิน อาจจะทำให้หนักไปได้ว่า ก้าวร้าวมากเกินไป แต่ผลที่ได้จากการรักษา ผู้ป่วย 9 รายดังกล่าว และติดตามเป็นเวลา 6 เดือนถึง 2 ปี พบมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เพียงอย่างเดียวในผู้ป่วย 2 ราย คือ bursitis ซึ่งเกิดขึ้นที่ตรงตำแหน่งของแท่งเหล็ก sacral และถ้าดูจากตารางจะเห็นว่าระยะเวลานานขึ้น

อาการของผู้ป่วยก็จะดีขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นเดินได้เร็วหลังผ่าตัดเมื่อหายปวดแผลแล้ว เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการที่ผู้ป่วยต้องนอนกับเตียงนาน ๆ (18,19) การยึดกระดูกหลังเอวด้วยแท่งเหล็ก นอกจากทำให้เกิดความแข็งแรงของหลังเพิ่มมากขึ้นยังทำให้กระดูกบริเวณที่เคลื่อนมีการขยับน้อยลง ซึ่งน่าจะทำให้กระดูก graft ที่นำมาใส่ติดเร็วขึ้น ผู้รายงานหวังที่จะใช้เครื่องมือ Harrington ช่วยเสริมความแข็งแรงของกระดูกหลังในระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจะลุกขึ้นเดินได้เร็ว เมื่อกระดูกที่นำมา graft ติดก็เรียบร้อยแล้วจะทำให้ความแข็งแรงของกระดูกหลังเอวเพิ่มมากขึ้นจะเป็นการแก้ความไม่แข็งแรงของกระดูกหลังอย่างถาวร การตัดกระดูก lamina ด้านหลังออกทั้งหมด โดยวิธีนี้สามารถทำให้รากประสาทและ cauda equina เป็นอิสระจากการกดได้ดีมาก แต่ข้อเสียคือเป็นการเพิ่มความไม่แข็งแรงของกระดูกหลังเอวยิ่งขึ้น ซึ่งได้แก้ไขโดยการใส่เครื่องมือ Harrington มาเสริมดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตามการใส่ Harrington rod ในกระดูกสันหลังหลายข้อ ก็มีข้อเสียคือทำให้การเคลื่อนไหวของส่วนเอวน้อยลง

สำหรับการรักษาวิธีคล้าย ๆ กันนี้แต่ไม่ได้ใส่แท่งเหล็กเสริมความแข็งแรง เช่น ของ

Adkins⁽¹²⁾ หรือ Wiltse⁽¹³⁾ นั้นให้ผลดีในการรักษาประมาณร้อยละ 80 ถึง 90 ส่วนของ Rombold⁽¹¹⁾ ให้ผลดีร้อยละ 96 แต่รายงานของเขาซึ่งรักษาเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุให้ผลดีเพียงแค่อ้อยละ 68.4 ผลพอใช้ร้อยละ 18.4 และผลเลวร้อยละ 13.2 ซึ่งถ้าหากว่านำวิธีการเสริมความแข็งแรงของกระดูกหลังเอวด้วยแท่งเหล็กมาใช้จะทำให้ได้ผลดียิ่งขึ้นกว่านี้

สรุป

รายงานเบื้องต้นในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนจำนวน 9 ราย โดยการผ่าตัดวิธีดัดแปลงของ Watkin แล้ว เสริมความแข็งแรงของกระดูกหลังเอวด้วยเครื่องมือ Harrington และให้ผู้ป่วยลุกขึ้นเดินได้เมื่อหายปวดแผลผ่าตัด พบว่าอาการผู้ป่วยจะดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยสามารถเดินได้ไกลมากขึ้นเรื่อยๆ อาการผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นในระยะ 6 อาทิตย์ ภาพรังสีของกระดูกที่นำมา graft มีกระดูกมาพอกชัดเจน เมื่อระยะ 6 เดือนมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น 2 ราย คือ เกิด bursitis ที่บริเวณปลายแท่งเหล็ก sacral จากการติดตามผู้ป่วย 9 รายเป็นเวลา 6 เดือนถึง 2 ปี พบว่าผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดีทั้งหมด

อ้างอิง

1. Kilian HF. De Spondylolisthesi gravissimae Pelvangustiae caussa nuper detecta. Commentatio anatomico-obstetrica. Bonnae, Lit: c Georgii, 1854.
2. Vanden Brink KD, Edmonsan AS. Treatment of spondylolisthesis. In : Edmonsan AS, Crenshaus AH, eds. Campbell's operative orthopaedics. 6 ed. st Louis Mosby, 1980. 2081-5
3. Gill GG, Manning JG, White HL. Surgical treatment of spondylolisthesis without spinal fusion. J Bone Joint Surg [A] 1955 Jun; 37 A : 493-520
4. Davis IS, Bailey RW. Spondylolisthesis : Indication for lumbar nerve root decompression and operative technique; Clin Orthop 1976 Jun; 117: 129-34
5. Speed K. Spondylolisthesis : treatment by anterior bone graft. Arch Surg 1938; 37 : 175
6. Bosworth DM. Technique of spinal fusion in the lumbosacral region by double clothe-pin graft (distraction graft: H graft) and results. In : American Academy of Orthopaedic Surgeons. Instructional course lectures. Vol 9, Ann Arbor : JW. Edwards, 1952
7. Bosworth DM, Frelding JW, Demanest L, Bonagnost M. Spondylolisthesis : a critical review of a consecutive series of cases treated by arthrodesis. J Bone Joint Surg 1955 Jul; 37A : 767-86
8. Watkins MB. Posterolateral fusion in the pseudarthrosis and posterior element defects of the Lumbosacral spine. Clin Orthop 1964; 35 : 80-5
9. Watkins MB. Posterolateral fusion of the lumbar spine. J Bone Joint Surg (A) 1953 Oct; 35 A : 1014-8
10. Osterman K, Lindholm TS, Lanrent LE. Late results of the loose posterior element (Gill's operation) in the treatment of lytic lumbar spondylolisthesis. Clin Orthop 1976 Jun; 117 : 121-8
11. Rombold C. Treatment of spondylolisthesis by posterolateral fusion resection of pars interarticular : and prompt mobilization of the patient : an end-result study of Seventy-three patients. J Bone Joint Surg [A] Oct 1969 ; 48 A : 1282-300
12. Adkins EWO. Spondylolisthesis. J Bone Joint Surg [B] 1955 Feb : 37B : 48-62
13. Wiltse LL, Hutchinson RH. Surgical treatment of spondylolisthesis. Clin Orthop 1964 ; 35 : 116-34
14. Marmor L, Bechtol Co. Spondylolisthesis : complete slip following the Gill procedure : a case report J Bone Joint Surg [A] 1961 ; 43A : 1068-9
15. Harrington PR, Dickson JH. Spinal instrumentation in the treatment of severe progressive spondylolisthesis. Clin Orthop 1976 Jun; 117 : 157-63

16. Scaglietti O, Frontino G, Bartolozzi P. Technique of anatomical reduction of lumbar spondylolisthesis and the surgical stabilization. Clin Orthop 1976 Jun; 117 : 164-75
17. ประกิจ เทียนบุญ, ตรง พันธุมโกมล, พิบูลย์ อธิธิระวิวงศ์. การวิเคราะห์ผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนที่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2526 กรกฎาคม ; 2527 (4) : 215-228
18. ประกิจ เทียนบุญ, ตรง พันธุมโกมล, พิบูลย์ อธิธิระวิวงศ์. ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก จุฬาลงกรณ์เวชสาร 26 (4) : 267-78
19. Devas M, ed, Geriatric. orthopaedic. London : Academic Press 1977.

จุฬาลงกรณ์เวชสารได้รับต้นฉบับเมื่อวันที่ 10 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2525