

4-1-1984

กระดูกหลังเอวเคลื่อนรักษาโรคโดยการใส่แท่ง Harrington

ประทีป เทียนบุญ

พิบูลย์ อิศริระวิวงศ์

ตรง ชันฉมภิภมล

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

เทียนบุญ, ประทีป; อิศริระวิวงศ์, พิบูลย์; and ชันฉมภิภมล, ตรง (1984) "กระดูกหลังเอวเคลื่อนรักษาโรคโดยการใส่แท่ง Harrington," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 28: Iss. 4, Article 8.
Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol28/iss4/8>

This Other is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

กระดูกหลังแอมเคื่อนรักษาโรคโดยการใส่แท่ง 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 ถ้าการเคลื่อนนั้นกดรากประสาทจะทำให้ปวดร้าวลงไปที่ขาด้วย 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)

จากประสบการณ์ของผู้รายงานซึ่งได้ทำผ่าตัดผู้ป่วยเพื่อแก้การกดของรากประสาทอย่างเดียวจำนวน 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 เพื่อดูพยาธิสภาพที่ทำให้หลังเคลื่อนและ
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 เพื่อดูพยาธิสภาพเปลี่ยนแปลงไป
ในขณะที่กระดูกหลังเปลี่ยนตำแหน่งไป เป็น
การแสดงถึงความแข็งแรงในการยึดของกระดูก
หลังบริเวณที่มีการเคลื่อนว่ามากน้อยแค่ไหน
ซึ่งทั้ง 9 ราย นี้พบว่ามี การเคลื่อนของกระดูก
หลังมากขึ้นในการถ่ายภาพรังสี 2 ท่านี

ก่อนที่จะทำผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายได้รับการ
ฉีดยาที่บวมเข้าไซสันหลัง เพื่อถ่ายภาพรังสี
ดูพยาธิสภาพการกรากประสาทพบว่า

- 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 โดยให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้เท่าที่อยาก จะเดิน

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 อาการทุเลาเมื่อได้รับยาแก้ไขข้อ อักเสบ อาการปวดจะมีเฉพาะเวลาถูกกระแทก หรือมีอะไรกดทับ เช่น นอนบนพื้นกระดาน แข็ง ๆ และอาการปวดคืนไม่เป็นอุปสรรคต่อ 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 มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นมาก รากประสาทอาจจะดึง มากจากแรงดึงของแท่ง Harrington มี bursitis เกิดขึ้นที่บริเวณปลายแท่งเหล็ก sacral มีการ ละลายของกระดูกตรงตำแหน่งตะขอบนเป็นต้น ผลสรุปที่ได้ทั้งหมดยังคงอยู่ในระหว่างการติดตาม พิจารณา ผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนที่พบใน รายงานนี้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีขนาด ของการเคลื่อนเพียงขนาด 1 และ 2 เท่านั้น และไม่พบในเด็กเลย⁽¹⁷⁾ การรักษาโดยวิธีนี้ เมื่อดูแลแต่เพียงผิวเผิน อาจทำให้หนักไปได้ว่า 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 แต่รายงานของเขาซึ่งรักษาเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุให้ผลดีเพียงแค່ร้อยละ 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 อธิธีระวิวงศ์. การวิเคราะห์ผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนที่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2526 กรกฎาคม ; 2527 (4) : 215-228
18. ประกิจ เทียนบุญ, ตรง พันธุมโกมล, พิบูลย์ อธิธีระวิวงศ์. ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก จุฬาลงกรณ์เวชสาร 26 (4) : 267-78
19. Devas M, ed, Geriatric. orthopaedic. London : Academic Press 1977.

จุฬาลงกรณ์เวชสารได้รับต้นฉบับเมื่อวันที่ 10 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2525