

การแก้ไขโรคนิ้วงอติดโดยการผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนัง ด้วยเครื่องมือทันตกรรมประยุกต์ในโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

จรัญ จงเจริญคุณวุฒิ*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการแก้ไขโรคนิ้วงอติดด้วยการผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนังโดยใช้เครื่องมือทันตกรรมประยุกต์. ประชากรในการศึกษานี้คือผู้ป่วยโรคนิ้วงอติดที่ได้รับการผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนัง และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสามชุก. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย.

จากการศึกษาได้ข้อมูลว่าจากการผ่าตัดนิ้วงอติดไป ๓๕ นิ้วในผู้ป่วย ๒๙ ราย, ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ ๕๒ ปี. ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย ๑๔ นาที. ผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัด ๑๒ ราย (ร้อยละ ๓๔.๖๗). การติดตามผลการรักษาหลังการผ่าตัดเฉลี่ย ๑๓ เดือน. จากการติดตามผลการรักษาพบว่าหลังผ่าตัด ๑ สัปดาห์ ผู้ป่วยทุกรายเคลื่อนไหวนิ้วได้เป็นปกติ, ผู้ป่วย ๒ ราย (ร้อยละ ๖.๖๗) มีความเจ็บปวดที่นิ้ว. เมื่อติดตามผลการรักษาที่บ้านพบว่านิ้วผู้ป่วย ๓๔ ใน ๓๕ นิ้ว (ร้อยละ ๙๗.๑๔) เคลื่อนไหวได้เป็นปกติไม่เจ็บปวดไม่มีรอยแผลเป็น. ผู้ป่วย ๔ ราย (ร้อยละ ๑๓.๔๖) สูญเสียการรับความรู้สึกที่นิ้ว. ผู้ป่วยร้อยละ ๑๔.๒๘ ใช้เวลา ๑๐ วันในการพักฟื้นนิ้วมือ. ผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย ๙.๖๙ จาก ๑๐ คะแนน และทุกรายตั้งใจที่จะแนะนำผู้ป่วยโรคนิ้วงอติดให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลนี้.

จากผลการศึกษาสรุปว่าการรักษาโรคนิ้วงอติดวิธีผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนังโดยใช้เครื่องมือทันตกรรมประยุกต์ เป็นวิธีที่ให้ผลในการปลดการยึดติดของนิ้วได้อย่างสมบูรณ์ โดยไม่ต้องมารับการรักษาเพิ่มเติม และจากการติดตามพบว่าไม่มีการกลับมาเป็นซ้ำ, มีภาวะแทรกซ้อนต่ำ, ไม่เกิดเป็นแผลเป็น, ใช้เวลาพักฟื้นไม่นานและได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยเป็นอย่างดี.

คำสำคัญ: การผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนัง, โรคนิ้วงอติด, โรงพยาบาลสามชุก, จังหวัดสุพรรณบุรี

Abstract Percutaneous Release of Trigger Finger with Applied Dental Equipment in Samchuk Hospital, Suphan Buri Province

Jarun Chongcharoenkunawut*

*Samchuk Hospital, Suphan Buri Province

This is a retrospective descriptive research study, the objective of which was to evaluate the results of trigger finger treatment by percutaneous approach using applied dental equipment. The study population included 29 patients with trigger finger (females with a mean age of 52 years) on whom 35 digits were treated by percutaneous operation at Samchuk Hospital, Suphan Buri Province. The statistical analysis gave frequency, percentage, mean, median and range.

*โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี



The results of the study revealed that the mean operation time was 14 minutes; only 12 patients (34.3%) kept their appointment for seven days of postoperative follow-up. The mean home visit period for every patient was 13 months. On the seven-day follow-ups, every patient could move her fingers normally and only two patients sensed pain. On home visits 34 of the 35 fingers (90.14%) moved normally; four patients had a sensory loss but without pain or scars. The majority of patients (74.28%) could move their fingers normally within 10 days of the operation. The mean satisfaction score was 9.69 out of 10. All patients were willing to recommend other trigger finger patients to come for treatment at Samchuk Hospital. The author concluded that the treatment by percutaneous technique with applied dental equipment is effective in releasing trigger fingers without additional medical treatment; this technique involved fewer complications, no scar formation, a short recovery period, no recurrent symptoms, and produced good patient compliance and faith.

Key words: *percutaneous technique, trigger finger, Samchuk Hospital, Suphan Buri Province*

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคนิ้วงอติด (trigger finger) เป็นความผิดปกติของมือที่พบบ่อยที่สุดในผู้ที่ใช้มือประกอบกิจกรรมซ้ำ ๆ รุนแรงในชีวิตประจำวัน. พยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้นจากการเสียดสีระหว่างส่วนของแถบรัดเส้นเอ็นหรือปลอกหุ้มเอ็นกับเส้นเอ็นที่เชิงนิ้วมือ ซึ่งปกติแถบรัดเส้นเอ็นมีหน้าที่รัดเส้นเอ็นให้แนบกับกระดูกในขณะที่กำหรือแบ่นิ้วมือไปมา ทำให้เส้นเอ็นที่นิ้วมือถูกดึงเสียดสีไปมากับปลอกเอ็นหรือแถบรัดเส้นเอ็น. การใช้มือทำงานหนัก ๆ ซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลาอันยาวนานจึงเป็นสาเหตุของการเกิดนิ้วงอติด. โรคนี้พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย อาจเนื่องจากผู้หญิงใช้งานมือในการทำงานบ้าน หัวถู ซักผ้า บิดผ้า เป็นต้น. อาการโรคที่พบได้แก่ เจ็บที่โคนนิ้ว ยึดงอนิ้วลำบาก เคลื่อนไหวนิ้วมีการสะดุด, โดยเฉพาะตอนตื่นนอนตอนเช้า นิ้วจะอยู่ในท่างอเกร็ง หรือเหยียดตรงแล้วกำไม่ลง ต้องใช้มือช่วยง้างออก พององเข้าจะเกิดเสียงคลิก, และต่อไปจะเกิดการยึดติดหรือขยับไม่ได้. นอกจากนี้อาจมีอาการนิ้วชา บวม, นิ้วโก่งงอ หรือนิ้วเกยกัน. การรักษาในระยะแรกทำได้โดยการพักหยุดพฤติกรรมการใช้งานมือที่รุนแรง, การใช้กลุ่มยาแก้ปวดแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs), การทำกายภาพบำบัด, การฉีดยาสเตียรอยด์ลดการอักเสบของปลอกหุ้มเอ็น และการผ่าตัดบริเวณโคนนิ้วเป็นแนวยาว ๑ - ๒ ซม. เพื่อตัดเซิมขัดรัดเส้นเอ็นและพังผืดที่เกาะอยู่^(๑).

ผู้วิจัยเป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และได้พบผู้ป่วยนิ้วงอติดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนโดยได้ยาไปกิน แต่ไม่สามารถแก้ไขอาการเจ็บป่วยให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องมารับยาบรรเทาอาการปวดอย่างเป็นประจำ, และต่อมามีการส่งผู้ป่วยไปผ่าตัด ๖ ราย ผู้ป่วยที่ส่งไปรับการผ่าตัดก็ยังคงกลับมารับยาจากโรงพยาบาลไม่ยอมผ่าตัด เพราะกังวลกลัวการผ่าตัด คิดว่าต้องใช้เวลารักษาที่นาน ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถทำงานเป็นปกติได้ ทำให้ไม่หายจากโรคที่เป็นอยู่. ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะให้การรักษาผู้ป่วยโรคนิ้วงอติด ช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยในพื้นที่ ได้ทำการค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับการแก้ไขโรคนี้นอกจากอินเทอร์เน็ต พบว่าในต่างประเทศมีเทคนิคการผ่าตัดในรูปแบบที่เรียกว่า “การผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนัง (percutaneous technique)” และมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดแบบเปิดกับแบบเจาะผ่านผิวหนัง พบว่าทั้ง ๒ วิธีให้ผลการรักษาในระยะยาวใกล้เคียงกัน^(๓) และมีข้อสรุปยืนยันว่าวิธีการเจาะผ่านผิวหนังเป็นวิธีการที่ปลอดภัย ทำงาน ใช้เวลาไม่นาน ให้ผลการรักษาแก้การยึดติดได้ทันที มีการยอมรับจากผู้ป่วยดีมาก และไม่พบภาวะแทรกซ้อน^(๕). นอกจากนี้ได้พบข้อมูลผลงานของ นพ.วิชัย วิจิตรพรกุล^(๑) ที่นำเครื่องมือทันตกรรมที่ไม่ใช้แล้วนำมาดัดแปลงเป็นเครื่องมือในการผ่าเจาะผ่านผิวหนัง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นวิธีที่ง่ายน่าจะใช้ได้ผล จึงได้นำมา

ดำเนินการตาม และทำการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือทันตกรรม ประยุกต์รักษาผู้ป่วยตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ๒๕๔๗ เป็นต้นมา. อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการทบทวนผลการรักษาหรือติดตามผลของการรักษาว่าเป็นอย่างไร จึงทำการศึกษาเรื่องการรักษาโรคนี้วงอดีตด้วยการผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนังโดยใช้เครื่องมือทันตกรรมประยุกต์ในครั้งนี้ เพื่อติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยโรคนี้วงอดีตที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีผ่าเจาะ.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูลของผู้ป่วยโรคนี้วงอดีตและข้อมูลการผ่าตัดวิธีเจาะผ่านผิวหนังโดยใช้เครื่องมือทันตกรรมประยุกต์ ร่วมกับการศึกษาติดตามผลการรักษา. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคนี้วงอดีตที่ได้รับการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลสามชุก ในช่วงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๔๗ - เดือนมิถุนายน ๒๕๕๐ จำนวน ๒๙ ราย ทุกคนมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสามชุก มีนี้วงอดีตทั้งหมด ๓๕ นี้ว. การศึกษาไม่ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง, เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๕๐ ถึงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๐. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่เวชระเบียนผู้ป่วย และทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัดของห้องผ่าตัด สำหรับเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ, ระยะเวลาในการผ่าตัด, ผลการตรวจหลังผ่าตัด และช่วงระยะเวลาการติดตาม. ส่วนแบบสอบถามเก็บข้อมูลผลการรักษาเป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการเคลื่อนไหวของนี้ว, ความเจ็บปวดที่นี้วหลังผ่าตัด, การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของนี้ว, การเกิดแผลเป็น, ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพของนี้วมือ, ความพึงพอใจในการรักษา, และการแนะนำผู้ป่วยโรคนี้วงอดีตไปรักษาที่โรงพยาบาล. การประเมินการเคลื่อนไหวของนี้วแบ่งเป็น ๔ ระดับ ได้แก่ ขยับนี้วได้ตามปกติ คือผู้ป่วยสามารถใช้นี้วได้ตามปกติโดยไม่มีความรู้สึกผิดปกติใด ๆ, มีการสะดุดของนี้ว คือผู้ป่วยสามารถใช้นี้วได้ตามปกติแต่ขณะเคลื่อนไหวมีความรู้สึกสะดุดที่นี้ว, มีการขัดของนี้ว คือผู้ป่วยยังสามารถเคลื่อนไหวนี้วได้ แต่มีการติดหรือแข็งของนี้ว, และสุดท้ายมี

การติดยึดของนี้ว คือนี้วของผู้ป่วยงอติดขยับไม่ได้หรือขยับได้ลำบาก. ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามจากการศึกษาความรู้ทางวิชาการและการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง. จากนั้นได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญโรคนี้วงอดีตทบทวนความเหมาะสมของข้อคำถาม. จากนั้นนำมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านให้ตอบแบบสอบถาม. ได้จัดเตรียมทีมเยี่ยมผู้ป่วยและดำเนินการอบรมก่อนเริ่มเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคำถามในแบบสอบถาม รวมถึงการสังเกตอาการเพิ่มเติม. สถิติที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัย.

การผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนัง ที่ให้บริการที่โรงพยาบาลสามชุก เป็นเทคนิคการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือทันตกรรม ซึ่งได้แก่ หัวชุดหินปูนไฟฟ้า (P-10) นำมาดัดแปลงกลึงปลายให้แหลมคม เหมือนใบมีดเล็ก ๆ ผ่านการทดสอบความคมโดยสามารถกรีดผ้าก๊อชให้ขาดได้. การผ่าตัดใช้เครื่องมือนี้เจาะผ่านผิวหนัง และใช้ปลายแหลมคมไปสัมผัสและกรีดตัดแถบรัดเส้นเอ็นที่ขวางการเคลื่อนที่ของเส้นเอ็น เพื่อปลดการยึดติดของนี้ว. เทคนิคการผ่าตัดแบบนี้มีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

๑. การเตรียมความพร้อม ได้แก่ การเตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการผ่าตัด, การเตรียมแนวทางการรักษา, การเตรียมทีมห้องผ่าตัดให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้วงอดีต, การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขั้นตอนต่าง ๆ ในการผ่าตัด, รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยหรือญาติหลังการผ่าตัด.

๒. รายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อให้เสียการติดเขื่อน้อยที่สุด. การผ่าตัดจะทำในห้องผ่าตัดเล็ก ใช้ชุดผ่าตัดเล็กและเครื่องมือทันตกรรมประยุกต์. การผ่าตัดเริ่มด้วยการทำความสะอาดผิวหนัง, ฉีดยาชาเฉพาะที่ตรงบริเวณที่จะทำการผ่าตัด. จากนั้นใช้เครื่องมือทันตกรรมประยุกต์เจาะผ่านผิวหนังตรงบริเวณที่ฉีดยาชา และค่อย ๆ กรีดตัดแถบรัดเส้นเอ็น (A1 pulley) จากส่วนต้นไปส่วนปลายให้แยกออกจากกัน. จากนั้นทดสอบผลการผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยลองกำและเหยียดนี้วมือดูพร้อมถามความรู้สึกของผู้ป่วยว่ายังมีการติด



ของนิ้วอยู่หรือไม่ ถ้ายังมีก็จะทำการผ่าตัดเพิ่มเติมจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถขยับนิ้วได้อย่างสะดวก และไม่รู้สึกร่วมกับการติดของนิ้วแล้ว จึงจะสิ้นสุดการผ่าตัด และจะนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการที่โรงพยาบาล ๑ สัปดาห์หลังการผ่าตัด.

๓. ค่าใช้จ่ายในการผ่าเจาะผ่านผิวหนังโดยใช้เครื่องมือทันตกรรมประยุกต์ จะคิดเท่ากับค่าบริการผ่าตัดเล็ก คือ

เท่ากับ ๒๐๐ บาทต่อการผ่าตัดนิ้วงอติด ๑ นิ้ว ซึ่งเป็นอัตราค่าบริการที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้นเอง เนื่องจากอัตราค่าบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดค่าบริการในส่วนนี้เท่ากับ ๒,๕๐๐ บาท^(๑) ซึ่งเป็นค่าบริการการผ่าตัดแบบเปิด แต่การให้บริการเทคนิคเจาะผ่านผิวหนังมีต้นทุนค่าใช้จ่ายน้อยมาก จึงคิดค่าบริการเท่ากับการผ่าตัดเล็กเท่านั้น.

ตารางที่ ๑ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคนิ้วงอติด

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
นิ้วมือที่ติดยึด/ ผู้ป่วย	๓๕ / ๒๕
สัดส่วนชาย : หญิง	๔ (๑๓.๘) : ๒๕ (๘๖.๒)
อายุ (ปี)	เฉลี่ย ๕๒, พิสัย ๓๑ - ๘๕
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที)	เฉลี่ย ๑๔, พิสัย ๗ - ๓๐
การกลับมาพบแพทย์หลังผ่าตัดตามนัด	๑๒ (๓๔.๓)
ระยะเวลาติดตาม (เดือน)	เฉลี่ย ๑๓, พิสัย ๑ - ๓๒, มัธยฐาน ๑๐

ตารางที่ ๒ ผลการรักษาโรคนิ้วงอติดโดยวิธีผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนัง

การติดตามหลังผ่าตัด	จำนวน (ร้อยละ)	
	๑ สัปดาห์ ๑๒	ปัจจุบัน ๒๕
ความสามารถในการเคลื่อนไหวนิ้ว		
- มีการติดยึดของนิ้ว	๐ (๐)	๐ (๐)
- มีนิ้วขัด	๐ (๐)	๑ (๒.๘๖)
- มีการสะดุดของนิ้ว	๐ (๐)	๐ (๐)
- ขยับนิ้วได้ตามปกติ	๑๒ (๑๐๐.๐๐)	๓๔ (๘๗.๑๔)
เจ็บปวดนิ้วหลังผ่าตัด	๒ (๑๖.๖๗)	๐ (๐)
สูญเสียความรู้สึกของนิ้ว	-	๔ (๑๑.๔๓)
มีแผลเป็น	-	๐ (๐)
นิ้วมือฟื้นสภาพภายใน ๑๐ วัน	-	๒๖ (๗๔.๒๘%) (มัธยฐาน, ๗)
ความพึงพอใจในการรักษาเฉลี่ย	-	๕.๖๕
จะแนะนำผู้ป่วยนิ้วงอติดมารักษา	-	๒๕ (๑๐๐)

ผลการศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคนี้ในอดีตแสดงในตารางที่ ๑.

ผลการรักษา ๑ สัปดาห์หลังผ่าตัด และจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านแสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ ๒. ผู้ป่วย ๑๒ รายที่กลับมาตรวจ ๑ สัปดาห์หลังผ่าตัด ยังคงเคลื่อนไหวนี้ได้ตามปกติ มี ๒ ราย (ร้อยละ ๑๖.๖) มีอาการปวดตรงบริเวณรอยผ่าตัด ซึ่งได้ให้ยาไปกิน. ส่วนผลการติดตามเยี่ยมที่บ้าน นี้ ๓๔ ใน ๓๕ นี้ (ร้อยละ ๙๗.๑๔) สามารถขยับได้ตามปกติ, มี ๑ ราย (ร้อยละ ๒.๘๖) ที่มีนิ้วขัด, ไม่พบผู้ป่วยรายใดที่มีอาการเจ็บปวดตรงนิ้วที่ทำการผ่าตัด, มี ๔ ราย (ร้อยละ ๑๑.๔๓) ที่สูญเสียความรู้สึกของนิ้ว ที่นิ้วกลาง ๓ นิ้ว และนิ้วนาง ๑ นิ้ว, ไม่พบแผลเป็นที่เกิดจากการผ่าตัด. หลังผ่าตัดผู้ป่วยร้อยละ ๗๔.๒๘ สามารถใช้นิ้วมือได้ตามปกติเฉลี่ยภายใน ๑๐ วันหลังผ่าตัด (พิสัย ๑ - ๙๐, มัชยฐาน ๗). ผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจต่อการรักษา ๙.๖๙ คะแนนจากคะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน. ผู้ป่วยทุกรายจะแนะนำผู้ป่วยโรคนี้ในอดีตให้มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบนี้ที่โรงพยาบาลสามชุก.

วิจารณ์

การผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังโดยใช้เครื่องมือทันตกรรมประยุกต์ในรายงานนี้สามารถรักษานิ้วอดีตทั้ง ๓ นิ้วได้โดยไม่ต้องรักษาหรือผ่าตัดเพิ่มเติม สอดคล้องกับผลงานของ Stothard และคณะ^(๕), Pope และคณะ^(๖), และ Gilbert และคณะ^(๗). อย่างไรก็ตามยังแตกต่างจากผลงานของ Park และคณะ^(๑๑) ที่มีผลการผ่าตัดสำเร็จร้อยละ ๙๑ (๑๐๗ นิ้วจาก ๑๑๘ นิ้ว) ๑๑ นิ้วที่เหลือต้องไปรับการผ่าตัดเปิด. การที่ผลการศึกษานี้เป็นเช่นนี้อาจมีสาเหตุจากความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด เพราะ Stothard, Pope และ Gilbert ใช้ Gauze needle ตามแบบ Eastwood และคณะ^(๔) ขณะที่ Park ใช้มีดที่ออกแบบพิเศษในการผ่าตัด แต่ผู้วิจัยใช้เครื่องมือทันตกรรมประยุกต์ตามแนวทางของ วิชัย^(๑) ที่มีด้ามจับที่ถนัดมือ เป็นหลักกล้าไม่เกิดสนิมสามารถหนึ่งฆ่าเชื้อและนำกลับมา

ใช้ใหม่ได้ และสามารถดัดแปลงส่วนปลายได้ง่าย ทั้งในเรื่องความคมและตำแหน่งของใบมีด. นอกจากนั้นส่วนปลายมีดยังมีความโค้งที่ทำให้สามารถผ่าตัดในลักษณะของการเจาะแล้วเกี่ยวตัดได้ ซึ่งง่ายกว่าการเขี่ยโดยใช้เข็ม จึงสามารถทำได้ในกรณีที่ผ่าตัดผู้ป่วยที่นิ้วอดีตไม่นาน พังผืดยังไม่หนามาก และการใช้เข็มผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นเอ็นได้ ดังเช่น Pope และคณะ^(๖) พบว่าเกิดรอยถลอกที่ผิวเอ็น ๔ นิ้วจากการผ่าตัด ๓๘ นิ้ว (ร้อยละ ๑๐.๕๓). นอกจากนี้มีปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือทักษะในการผ่าตัดของแพทย์ซึ่งแตกต่างกัน.

ผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเฉลี่ย ๑๓ เดือนหลังการผ่าตัดพบผู้ป่วย ๓๔ ใน ๓๕ นี้ (ร้อยละ ๙๗.๑๔) สามารถใช้นิ้วได้ตามปกติ มี ๑ นิ้วที่มีอาการขัด, ไม่พบกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานของ Eastwood และคณะ^(๔) ที่ติดตามผู้ป่วย ๑๓ เดือนหลังการผ่าตัด, และงานวิจัยของ Kilic และคณะ^(๑๐) ที่ติดตามผู้ป่วย ๑๘ - ๓๕ เดือนหลังการผ่าตัด (เฉลี่ย ๒๔ เดือน). อย่างไรก็ตามผลการศึกษาแตกต่างกับงานวิจัยของ Gilbert และคณะ^(๙) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังร้อยละ ๑ กลับเป็นซ้ำหลังจากติดตามผู้ป่วยเฉลี่ย ๒ ปีครึ่งหลังการผ่าตัด และผลการศึกษาของ Ragoowansi และคณะ^(๑๒) ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๔ มีการกลับเป็นซ้ำหลังจากได้รับการประเมินซ้ำ ๓ เดือนหลังผ่าตัด. การที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าการติดตามผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นแบบตัดขวางคือไม่ได้กำหนดระยะเวลาติดตามผลการรักษาเท่ากันในผู้ป่วยแต่ละรายจึงมีผู้ป่วยบางรายที่มีการติดตามในระยะเวลาที่สั้น บางรายมีระยะเวลาที่นาน (๑ - ๓๒ เดือน) ซึ่งรูปแบบการติดตามนี้แตกต่างจากของ Eastwood^(๔) และ Ragoowansi^(๑๒) ที่มีการกำหนดระยะเวลาติดตามในผู้ป่วยแต่ละรายไว้อย่างชัดเจน, แต่ระยะเวลาจะใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Kilic^(๑๐) และ Gilbert^(๙). อีกประเด็นหนึ่งก็คือระยะเวลาในการติดตามนี้ค่อนข้างสั้นเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Gilbert^(๙) จึงอาจทำให้ได้ผลการรักษาที่แตกต่างกัน. ส่วนกรณีของ Ragoowansi^(๑๒) ที่มีระยะเวลาในการติดตามที่สั้นกว่าแต่กลับพบการกลับมา



เป็นช้ำน่าจะมีสาเหตุจากปัจจัยเกี่ยวกับเทคนิคการผ่าตัด. นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาเป็นช้ำของผู้ป่วยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือพฤติกรรมในการใช้มือหรือนิ้วของผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัด หากยังมีพฤติกรรมการใช้มือหรือนิ้วที่ไม่เหมาะสมอยู่ก็อาจทำให้เกิดการกลับมาเป็นช้ำได้.

ในส่วนของภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพบว่า มี ๔ นิ้ว (ร้อยละ ๑๑.๔๓) ที่สูญเสียการรับความรู้สึก ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่จะไม่พบอาการดังกล่าว แต่จะสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gilbert และคณะ^(๙) ที่พบว่ามีการสูญเสียการรับความรู้สึกของนิ้ว ๓ นิ้ว (ร้อยละ ๑) แต่อัตราการเกิดต่ำกว่า อาจเป็นเพราะจำนวนครั้งของการผ่าตัดแตกต่างกันค่อนข้างมาก (๓๕ กับ ๒๖๖ นิ้ว) หรืออาจมีข้อผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในส่วนของข้อคำถามในแบบสอบถามและความรู้ความเข้าใจของทีมที่ไปเยี่ยมผู้ป่วย; ไม่พบแผลเป็นจากการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ Gilbert และคณะ^(๙) ที่พบแผลเป็นในนิ้ว ๓๔ นิ้ว (ร้อยละ ๑๕) อาจเป็นเพราะความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ทำให้แผลผ่าตัดมีความแตกต่างกัน; และผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๗๔.๒๘) ใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นไม่เกิน ๑๐ วัน (มัธยฐาน, ๗ วัน) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษานี้ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้ มีเพียง Fu และคณะ^(๑๐) ที่ศึกษาเรื่องนี้ซึ่งพบว่าได้ผลการรักษาที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ของเขาใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นเพียง ๓ วัน อาจเป็นเพราะความไม่มั่นใจของผู้ป่วย ซึ่งจากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยหลายรายยังไม่กล้าใช้นิ้วทำงานเนื่องจากกลัวว่าจะไม่หายขาด.

ในส่วนของความพึงพอใจในการรักษาพบว่าผู้ป่วยพึงพอใจกับการรักษาโดยให้คะแนน ๙.๖๙ จาก ๑๐ คะแนน (ร้อยละ ๙๖.๙๐) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gilbert และคณะ^(๙) ที่ผู้ป่วยร้อยละ ๙๖ มีความพอใจมากและพอใจมากกับการรักษาด้วยวิธีเจาะผ่านผิวหนัง อาจเป็นเพราะใช้เทคนิคที่เหมือนกัน โดยการผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนังเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ผลของการปลดการติดยึดได้ในทันทีที่ผ่าตัด ไม่มีการเปิดแผล และใช้เวลาไม่นาน จึงไม่น่ากลัวในมุมมองของผู้

ป่วย. นอกจากนี้หลังผ่าตัดสามารถกลับมาใช้งานนิ้วได้เร็ว ไม่ต้องกังวลมากเกี่ยวกับการดูแลแผลไม่ให้เกิดการติดเชื้อ ซึ่งแตกต่างกับการผ่าตัดเปิดที่ต้องมีการเย็บแผล ต้องพักฟื้น ๒ สัปดาห์จึงตัดไหม. หลังตัดไหมยังคงต้องดูแลแผลอีกหลายสัปดาห์ เนื่องจากบริเวณที่ผ่าตัดมีหนังหนาและมีเส้นประสาทมาเลี้ยง ทำให้แผลติดยาก และหากผู้ป่วยดูแลแผลไม่ดีแผลอาจเกิดติดเชื้อ หรือเกิดปัญหาแผลแยก ทำให้ต้องทำแผลต่อเนื่องนานเป็นเดือน^(๑).

จากผลการศึกษารูปว่าการรักษาโรคนี้รอดชีวิตด้วยวิธีการผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนังโดยใช้เครื่องมือทันตกรรมประยุกต์ เป็นวิธีให้ผลอย่างสมบูรณ์ ไม่ต้องมารับการรักษาเพิ่มเติม และจากการติดตามผลการรักษาพบว่าไม่มีการกลับมาเป็นช้ำ มีภาวะแทรกซ้อนต่ำ ไม่เกิดเป็นแผลเป็น ใช้ระยะเวลาพักฟื้นไม่นาน และได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยเป็นอย่างดี. ผู้วิจัยจึงอยากเสนอแนะไปยังกระทรวงสาธารณสุขให้มีการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการรักษาโรคนี้รอดชีวิตด้วยวิธีการดังกล่าว ในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำเพียง ๒๐๐ บาทต่อนิ้ว เมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิด ๒,๕๐๐ บาทต่อนิ้ว^(๒) ใช้เวลาน้อย และการดูแลหลังผ่าตัดไม่ยุ่งยาก เหมาะกับบริบทของการเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้ง่ายยิ่งขึ้น และลดปัญหาของการเกิดความพิการของนิ้วที่เป็นผลมาจากการเป็นโรคนี้. นอกจากนี้ยังอยากเสนอแนะไปยังสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ ให้ทำการศึกษาประสิทธิผลในการรักษาและความปลอดภัยของเทคนิคการผ่าตัดเจาะผ่านผิวหนัง เพื่อให้วิธีนี้เป็นที่ยอมรับและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ซึ่งสุดท้ายประโยชน์ที่ได้จะตกแก่ผู้ป่วยเป็นโรคนี้ลงทุกราย.

โดยที่โรคนี้รอดชีวิตมีสาเหตุหลักมาจากปัจจัยด้านพฤติกรรมในการใช้มือหรือนิ้วในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงควรมีการศึกษาในเชิงที่มุ่งเน้นการป้องกันการเกิดโรค โดยอาจศึกษาปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมในชุมชน เพื่อที่จะสามารถวางแผนในการป้องกันได้ต่อไป จะทำให้อุบัติการโรคนี้ลดลงได้.

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการรักษา เนื่องจากการใช้วิธีการศึกษาแบบตัดขวางทำให้ระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย. นอกจากนี้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลยังเป็นข้อจำกัดอีกอย่างหนึ่ง ถึงแม้จะมีการอบรมให้ความรู้แก่ทีมเยี่ยมผู้ป่วย แต่ทีมเยี่ยมผู้ป่วยก็อาจมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการประเมินและซักถามอาการของผู้ป่วย จึงอาจเป็นตัวแปรที่ทำให้ผลการศึกษาคคลาดเคลื่อนได้. ในการศึกษาครั้งต่อไปผู้วิจัยจะปรับปรุงรูปแบบวิธีการศึกษาให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้นโดยอาจใช้วิธีติดตามให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือการติดตามทางโทรศัพท์โดยแพทย์ผู้รักษา. นอกจากนี้ผู้วิจัยอาจพิจารณาใช้การศึกษาแบบโคฮอร์ต ซึ่งทำให้สามารถควบคุมปัจจัยเกี่ยวกับระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายได้ และทำให้ได้ผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น.

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์วิชัย วิจิตรพรกุล ผู้แนะนำวิธีการรักษาโรคนิ้วงอติด และได้เขียนหนังสือที่มีรายละเอียดต่าง ๆ ครบถ้วน ทำให้ผู้วิจัยสามารถเรียนรู้และนำมาประยุกต์ใช้รักษาผู้ป่วยโรคนิ้วงอติดได้เป็นอย่างดี. ทีมงานบุคลากรโรงพยาบาลสามชุก ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้. ดร.ปริยาภรณ์ ชาน ได้ให้คำแนะนำการจัดทำรายงานผลการศึกษาคครั้งนี้ จนเป็นผลงานทางวิชาการที่สามารถเผยแพร่ให้ประโยชน์แก่ผู้อื่นได้.

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย วิจิตรพรกุล. ฤทธิ์มีดสั้น ปลด 'นิ้วล็อก'. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ดอกหญ้ากฐิป์; ๒๕๔๖.

2. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; ธันวาคม ๒๕๔๕.
3. โรงพยาบาลสามชุก. สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๔๕. งานแผนงานโรงพยาบาลสามชุก; ๒๕๔๕. หน้า ๑๖, ๑๗.
4. Eastwood DM, Gupta KJ, Johnson DP. Percutaneous release of the trigger finger: an office procedure. J Hand Surg [Am] 1992; 17:114-7.
5. Stothard J, Kumar A. A safe percutaneous procedure for trigger finger release. J R Coll Surg Edinb 1994; 39:116-7.
6. Pope DF, Wolfe SW. Safety and efficacy of percutaneous trigger finger release. J Hand Surg [Am] 1995; 20:280-3.
7. Ha K.I., Park M.J., Ha C.W. Percutaneous release of trigger digits: a technique and results using a specially designed knife. J Bone Joint Surg [Br] 2001; 83-B:75-7.
8. Gilbert EC, Beekman WH, Stevens HJ, Wereldsma JC. Prospective randomized trial of open versus percutaneous surgery for trigger digits. J Hand Surg [Am] 2001; 26:497-500.
9. Gilbert EC, Wereldsma JC. Long-term results of percutaneous and open surgery for trigger fingers and thumbs. Int Surg 2002; 87:48-52.
10. Kilic BA, Kiter AE, Selcuk Y. The effect of percutaneous trigger finger release on normal anatomic structures and long-term results of the procedure. Acta Orthop Traumatol Turc 2002; 36:256-8.
11. Park MJ, Oh I, Ha KI. A1 pulley release of locked trigger digit by percutaneous technique. J Hand Surg [Br] 2004; 29:502-5.
12. Ragoowansi R, Acornley A, Khoo CT. Percutaneous trigger finger release: the 'lift-cut' technique. Br J Plast Surg 2005; 58:817-21.
13. Fu YC, Huang PJ, Tien YC, Lu YM, Fu HH, Lin GT. Revision of incompletely released trigger fingers by percutaneous release: results and complications. J Hand Surg [Am] 2006; 31:1288-91.
14. Cebesoy O, Karakurum G, Kose KC, Baitaci ET, Isik M. Percutaneous release of the trigger thumb: is it safe, cheap and effective?. Int Orthop 2007; 31:345-9.

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

วัฒนชัย โรจนวิชช์. โรคทางออร์โธปิดิกส์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน. ใน: สนธยา พริงลำภู, สมชัย บวรกิตติ (บรรณาธิการ). ความสมบูรณ์พร้อมสำหรับการทำงาน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; ๒๕๕๐. หน้า ๕๘ - ๑๒๘.