MKHJ
วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURANAL

Journal homepage: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/index

ประสิทธิภาพของยาฉีดเฉพาะที่ Triamcinolone Acetonide ขนาด 10 มิลลิกรัม ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก Green's classification ระดับ III ของโรงพยาบาลสังขะ จ.สุรินทร์

Efficacy of 10-mg Triamcinolone Acetonide Local Injection in Patients with Green's Classification Grade III Trigger Finger at Sangkha Hospital, Surin Province

วันฉัตร ทิมาสาร
Wanchat Thimasarn

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32150
Orthopaedics Department, Sangkha Hospital, Surin Province, Thailand, 32150
Corresponding author, Email address : wanchat57612@gmail.com

Received: 23 November 2023 Revised: 28 February 2024 Accepted: 6 March 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการฉีดยา Triamcinolone acetonide ขนาด 10 มิลลิกรัมแบบเฉพาะที่ ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกความรุนแรงตาม Green's classification ระดับ III และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยกับผลสำเร็จของการรักษา

วิธีการศึกษา : การศึกษากึ่งทดลองแบบวัดก่อน-หลัง โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกระดับ III ที่ได้รับการฉีดยา Triamcinolone acetonide ขนาด 10 มิลลิกรัมแบบเฉพาะที่ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 1 เมษายน 2567 รวม 40 ราย ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษา การได้ยา NSAIDs ก่อนฉีดยา มือข้างที่ถนัด และนิ้วที่เป็นโรค ติดตามผลด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการปวด การหายจากอาการล็อกสะดุด และภาวะแทรกซ้อนในระยะเวลา 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว และการวิเคราะห์การถดถอยโลจีสติก

ผลการศึกษา : ประสิทธิภาพการลดปวดและหายจากอาการล็อกสะดุดดีสุดที่ 6 สัปดาห์หลังฉีด โดยประสิทธิภาพมีแนวโน้มลดลงเมื่อเวลาผ่านไป คิดเป็นอัตราความสำเร็จเท่ากับร้อยละ 92.5 และที่ 3 เดือนเท่ากับร้อยละ 75 โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ปัจจัยเรื่องเพศ อายุ นิ้วมือที่มีอาการ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษา มือข้างที่ถนัด และการได้ยา NSAIDs ก่อนรับการฉีดยา ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลสำเร็จของการรักษา

สรุปผลการศึกษา : การฉีดยา Triamcinolone acetonide ขนาด 10 มิลลิกรัมแบบเฉพาะที่ในผู้ป่วยนิ้วล็อกระดับ III มีความปลอดภัย และให้ผลการรักษาดีที่สุดที่เวลา 6 สัปดาห์

คำสำคัญ : โรคนิ้วล็อก, การฉีดยาสเตียรอยด์เฉพาะที่, ไตรแอมซิโนโลน อะเซโทไนด์

ABSTRACT

Objective : To study the efficacy of a 10 mg Triamcinolone acetonide local injection in patients with grade III severity according to Green's classification. Statistical analysis was conducted to determine the relationship between various patient factors and the success of the treatment.

Methods : A prospective pretest-posttest quasi-experimental study was conducted, collecting data from 40 patients with grade III trigger finger between October 1, 2023, and April 1, 2024, who were injected with 10 mg of Triamcinolone acetonide. Follow-up was performed via telephone interviews regarding relief of pain (numerical rating scale NRS), absence of triggering, and complications over a period of 3 months. Data were analyzed using mean, standard deviation, percentage, univariate analysis, and logistic regression, with p-values < 0.05 considered statistically significant.

Results : The efficacy in reducing pain and resolving triggering was highest at 6 weeks, but its effectiveness tends to decrease over time. The success rate at 6 weeks was 92.5%, and at 3 months it was 75%. There were no reports of serious complications. Factors such as gender, age, affected finger, duration of symptoms before treatment, dominant hand and prior use of NSAIDs did not show a statistically significant correlation with treatment outcomes.

Conclusion : A 10 mg Triamcinolone acetonide local injection in patients with grade III trigger finger is safe and provides the best treatment outcomes at the 6-week post-injection mark.

Keywords : trigger finger, local steroid injection, Triamcinolone acetonide

บทนำ

โรคนิ้วล็อก (Trigger finger) เป็นความผิดปกติที่ทำให้เกิดอาการปวด สะดุด ไปจนถึงล็อกติดของข้อต่อนิ้วมือ อุบัติการณ์ต่อปีเท่ากับ 28 รายต่อแสนประชากร ความชุกในกลุ่มประชากรทั่วไปที่อายุมากกว่า 30 ปีเท่ากับร้อยละ 2.6[1] และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 10 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน[2] ผู้หญิงวัยกลางคนมีโอกาสเป็นมากกว่าเพศชาย 2 ถึง 6 เท่า[3] นิ้วโป้ง นิ้วกลาง และนิ้วนาง ในมือข้างถนัดมักพบได้บ่อยที่สุด[4,5]

การวินิจฉัยอาศัยประวัติและการตรวจร่างกายพบอาการปวด สะดุด หรือล็อกติดของนิ้วมือ แบ่งความรุนแรงตาม Green's classification ได้ 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ I มีอาการปวดและกดเจ็บบริเวณปลอกหุ้มเอ็น (A1 pulley) ระดับ II มีอาการสะดุดระหว่างเหยียดงอนิ้วแต่สามารถขยับออกได้เอง ระดับ III มีการล็อกติดมากขึ้นจนไม่สามารถเหยียดนิ้วออกเอง ต้องใช้มืออีกข้างมาช่วยขยับ และระดับ IV ข้อต่อนิ้วยึดติดในท่างอไม่สามารถเหยียดออกได้เลย (Fixed flexion contracture)[6]

โรคนิ้วล็อกที่ยังไม่มีการยึดติดของข้อต่อนิ้ว การรักษาด้วยการฉีดยาสเตียรอยด์เฉพาะที่นับว่ามีข้อดีหลายประการ เช่น ความง่ายในวิธีการบริหารยา ภาวะแทรกซ้อนน้อย ใช้พื้นที่น้อย (สามารถทำได้ในห้องตรวจโรค) และราคาย่อมเยา[7, 10] ทั้งยังมีประสิทธิภาพมากกว่าการรับประทานยาแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)[11] การกายภาพ[12] และการดามนิ้ว[13]

โรงพยาบาลสังขะ จ.สุรินทร์ มีผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกประมาณ 60 คนต่อปี โดยพบความรุนแรงระดับ III สูงถึงร้อยละ 53 ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการปวดและล็อกสะดุดของนิ้วที่มีปัญหาค่อนข้างมาก การรักษาด้วยการฉีดยาสเตียรอยด์จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ซึ่งในทางปฏิบัติ แม้แพทย์ออร์โธปิดิกส์ประจำโรงพยาบาล ใช้ยา Triamcinolone acetonide ขนาด 10 มิลลิกรัม ในการรักษาโรคนิ้วล็อกระดับ III มาเป็นระยะเวลานาน แต่ยังไม่มีการเก็บวิเคราะห์ข้อมูลผลการรักษาอย่างเป็นระบบ จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการฉีดยา Triamcinolone acetonide ขนาด 10 มิลลิกรัมแบบเฉพาะที่ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกความรุนแรงตาม Green's classification ระดับ III และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยกับผลสำเร็จของการรักษา

วิธีการศึกษา

การศึกษากึ่งทดลองแบบวัดก่อน-หลัง (Pretest-posttest quasi-experimental study) ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกระดับ III ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสังขะ จ.สุรินทร์ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 1 เมษายน 2567 และได้รับการฉีดยา Triamcinolone acetonide ขนาด 10 มิลลิกรัมแบบเฉพาะที่ โดยบันทึกข้อมูลปัจจัยของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษา การได้ยา NSAIDs ก่อนการฉีดยา มือข้างที่ถนัด และนิ้วที่เป็นโรค ติดตามผลการรักษาด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการปวด การหายจากอาการล็อกสะดุด (Triggering) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ หมายเลข 55/66 การขอข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยทุกรายผ่านการยินยอม และเป็นความลับ ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น

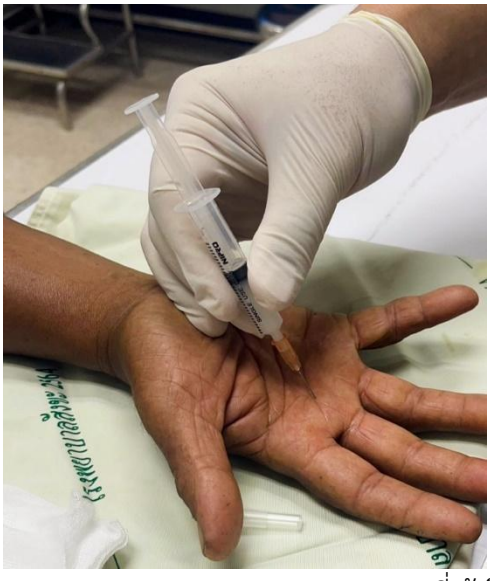
กลุ่มตัวอย่าง

สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 20 ปี เป็นโรคนิ้วล็อกความรุนแรงระดับ III ไม่เคยฉีดยา ผ่าตัด หรือได้รับการบาดเจ็บบริเวณนิ้วที่มีอาการมาก่อน

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา Triamcinolone acetonide หรือ Lidocaine ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีข้อนิ้วมือเสื่อม ผู้ป่วยที่มีนิ้วล็อกหลาย ๆ นิ้วร่วมกัน ผู้ป่วยที่มีอาการนานเกินกว่า 6 เดือน และผู้ป่วยที่ไม่ให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการและอุปกรณ์

เจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเตรียมยา Triamcinolone acetonide (Kanolone® L.B.S. Laboratory Ltd, Bangkok, Thailand) ขนาด 10 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร ปริมาณ 1 มิลลิลิตร ผสมกับ 1% Lidocaine 1 มิลลิลิตร ในกระบอกฉีดยา ขนาด 3 มิลลิลิตร และด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อทุกขั้นตอน แพทย์ทำการฉีดยาเข้าไปในปลอกหุ้มเส้นเอ็น โดยใช้เข็มฉีดยาเบอร์ 25 ความยาว 1 นิ้ว ทำมุม 45 องศากับฝ่ามือ (รูปที่ 1) เมื่อรู้สึกว่าปลายเข็มเคลื่อนผ่านปลอกหุ้มเส้นเอ็น แพทย์จะให้ผู้ป่วยขยับเหยียดงอนิ้วเบา ๆ เพื่อยืนยันว่าเข็มไม่ได้อยู่ในเส้นเอ็น ก่อนจะทำการดันตัวยาเข้าไป หากสัมผัสแรงต้าน ก็จะมีการเปลี่ยนตำแหน่งปลายเข็มทีละน้อย จนสามารถฉีดยาได้หมด หลังฉีดยาผู้ป่วยจะได้รับยา Paracetamol เพื่อรับประทาน หากมีอาการปวด



รูปที่ 1 การฉีดยา Triamcinolone acetonide เฉพาะที่เข้าในปลอกหุ้มเอ็น

ติดตามอาการหลังฉีดยาโดยทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ คำถามประกอบด้วยความรุนแรงของอาการปวด อาการล็อกสะดุด และภาวะแทรกซ้อน โดยให้ผู้ป่วยบรรยายอาการปวดด้วยการให้คะแนน (Numerical rating scale: NRS) จาก 0 ถึง 10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่มีอาการปวดเลย ส่วน 10 คะแนน หมายถึงรู้สึกปวดรุนแรงมากที่สุด ติดตามเรื่องการล็อกสะดุดของนิ้ว โดยสอบถามว่ามีการล็อกสะดุดหรือไม่ และสอบถามถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากได้ยา โดยติดตามอาการผู้ป่วยแต่ละรายเป็นระยะเวลารวม 3 เดือน ผู้ทำหน้าที่โทรศัพท์สอบถามข้อมูลคือพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่ไม่ทราบเกี่ยวกับชนิดและขนาดของยาที่ใช้

นิยามของความสำเร็จในการรักษา คือ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดหรือมีอาการปวดน้อยมากจนไม่จำเป็นต้องรับการรักษาเพิ่มเติม โดยทุกรายต้องไม่มีอาการล็อกสะดุดเหลืออยู่ ผู้ป่วยที่ยังมีนิ้วล็อกสะดุดหรือ

ปวดจนต้องรักษาเพิ่มเติม ถือว่าล้มเหลวในการรักษา แพทย์ผู้วิจัยจะแนะนำเรื่องการฉีดยาซ้ำหรือผ่าตัดตามความเหมาะสมต่อไป วัดอัตราความสำเร็จที่ 6 สัปดาห์ และ 3 เดือนหลังได้รับการฉีดยา

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปทางด้านสถิติ แสดงผลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียว และการวิเคราะห์การถดถอยโลจีสติก โดย p-value<0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมด 40 ราย เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.5) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 7.5) อายุเฉลี่ย 55.4±2.7 ปี นิ้วที่เกิดอาการมากที่สุดคือนิ้วโป้ง (ร้อยละ 47.5) รองลงมาเป็นนิ้วนาง (ร้อยละ 27.5) นิ้วกลาง (ร้อยละ 20) และนิ้วชี้ (ร้อยละ 5) ตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการในนิ้วก้อย มือข้างที่เป็นนิ้วล็อกมากที่สุดคือข้างขวา (ร้อยละ 75) รองลงมาคือข้างซ้าย (ร้อยละ 25) และผู้ป่วยใช้เวลาโดยเฉลี่ย 5±0.9 สัปดาห์หลังเกิดอาการก่อนมาพบแพทย์ โดยค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดแรกรับ เท่ากับ 8.2±0.5 คะแนน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยนิ้วล็อก (N=40)	**จำนวน (ร้อยละ)**	**ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน**
เพศ		
- ชาย	3 (7.5)	
- หญิง	37 (92.5)	
อายุ (ปี)		55.4±2.7
นิ้วที่เกิดอาการ		
- นิ้วหัวแม่มือ	19 (47.5)	
- นิ้วชี้	2 (5)	
- นิ้วกลาง	8 (20)	
- นิ้วนาง	11 (27.5)	
- นิ้วก้อย	0	
ข้างที่เป็น		
- ซ้าย	10 (25)	
- ขวา	30 (75)	
มือข้างที่มีนิ้วล็อก		
- ถนัด	32 (80)	
- ไม่ถนัด	8 (20)	
ระยะเวลาที่เป็น (สัปดาห์)		5±0.9
ความปวดแรกรับ (0-10)		8.2±0.5
การใช้ NSAIDs ก่อนฉีดยา		
- ไม่ใช้	26 (65)	
- ใช้	14 (35)	

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยต่อผลสำเร็จของการรักษา (ตารางที่ 2) พบปัจจัยเรื่องเพศ อายุ นิ้วมือที่มีอาการ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษา มือข้างที่ถนัด และการได้ยา NSAIDs ก่อนรับการฉีดยา ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลสำเร็จของการรักษา (p-value>0.05)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ป่วยและผลสำเร็จของการรักษา

ปัจจัยการศึกษา	กลุ่มสำเร็จ		กลุ่มไม่สำเร็จ		รวม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							
- ชาย	3	10	0	0	3	7.5	0.411
- หญิง	27	90	10	100	37	92.5	
อายุ (ปี)							
- 20-40	1	3.3	1	10	2	5	
- 40-60	22	73.3	6	60	28	70	0.542
- >60	7	23.3	3	30	10	25	
นิ้วที่มีอาการ							
- นิ้วหัวแม่มือ	18	60	3	30	21	52.5	0.100
- นิ้วอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หัวแม่มือ	12	40	7	70	19	47.5	
ระยะเวลามีอาการ (สัปดาห์)							
- <4	11	36.7	0	0	11	27.5	
- 4-8	16	53.3	8	80	24	60	0.057
- >8	3	10	2	20	5	12.5	
มือข้างที่ถนัดมีอาการ							
- ไม่ใช่	7	23.3	2	20	9	22.5	0.601
- ใช่	23	76.7	8	80	31	77.5	
การใช้ NSAIDs ก่อนฉีด							
- ไม่ใช่	21	70	5	50	26	65	0.278
- ใช่	9	30	5	50	14	35	

ผลการรักษาในแง่ของการลดปวดและการหายจากอาการล็อกสะดุดดีที่สุดที่ 6 สัปดาห์หลังได้รับยา ซึ่งดีกว่าช่วง 2 สัปดาห์ และ 3 เดือน โดยมีรายงานเรื่องผลงานข้างเคียงเกี่ยวกับอาการปวดระบบหลังฉีดยาช่วงวันแรก ในผู้ป่วย 2 ราย (รายงานที่สัปดาห์ที่ 2) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นับเป็นอัตราความสำเร็จของการรักษาเมื่อประเมินที่ 6 สัปดาห์เท่ากับร้อยละ 92.5 และที่ 3 เดือนเท่ากับร้อยละ 75 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความเปลี่ยนแปลงของอาการปวด อาการล็อกสะดุด และอัตราความสำเร็จของผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกหลังได้รับการฉีดยา Triamcinolone acetonide แบบเฉพาะที่

สัปดาห์	การลดลงของอาการปวด (ร้อยละ)	การหายจากการล็อกสะดุด (ร้อยละ)	อัตราความสำเร็จ (ร้อยละ)
2	87.5	72.5	-
6	90	92.5	92.5
12	70	75	75

อภิปรายผลการศึกษา

ในพื้นที่ชนบท โรคนิ้วล็อกเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคของมืออื่น ๆ โดยมีอุบัติการณ์เท่ากับ 89.4 คนต่อแสนประชากร[14] ซึ่งการผ่าตัดแม้จะมีประสิทธิภาพดี แต่เมื่อเทียบกับการฉีดยาสเตียรอยด์เฉพาะที่พบว่าต้องใช้เวลาพักฟื้นที่ยาวนานและมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า[7, 15-16] โดยข้อมูลจากโรงพยาบาลสังขะพบว่า การผ่าตัดโรคนิ้วล็อกแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายประมาณ 3,600 บาท ในขณะที่การฉีดยามีค่าใช้จ่ายไม่เกิน 300 บาทต่อราย นอกจากนี้ ยังมีรายงานภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ตั้งแต่ร้อยละ 11 ถึง 43 เช่น เส้นประสาทหรือเส้นเอ็นบาดเจ็บ ภาวะเอ็นนิ้วงอได้ไม่สุด (Bowstring) และการติดเชื้อ เป็นต้น[15, 17]

ผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกความรุนแรงต่ำ เช่น ระดับ I หรือ II สามารถรักษาด้วยการให้ยา NSAIDs การกายภาพ และการดามนิ้ว แต่ในรายที่อาการไม่ทุเลาหรือมีความรุนแรงของโรคถึงระดับ III การฉีดยาสเตียรอยด์เฉพาะที่นับว่าเป็นวิธีรักษาที่มีประสิทธิภาพดี ซึ่งชนิดของยาที่สามารถนำมาฉีด ได้แก่ Dexamethasone Methylprednisolone Triamcinolone และ Betamethasone[18-19] ในประเทศไทย Triamcinolone acetonide ถือเป็นยาหลักที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเรื่องขนาดยาที่เหมาะสม โดยมีรายงานการใช้ขนาดยาตั้งแต่ 2.5 มิลลิกรัม ไปจนถึง 40 มิลลิกรัม[11, 20, 23]

เนื่องจากมีการศึกษาระดับห้องทดลองพบว่า Triamcinolone acetonide สามารถยับยั้งกิจกรรมระดับเซลล์ของเส้นเอ็นและลดการสังเคราะห์คอลลาเจน ซึ่งผลดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับขนาดของยา ขนาดยาที่สูงจึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดของเส้นเอ็น[24] นอกจากนี้มีรายงานพบการขาดของเส้นเอ็นนิ้วมือหลังการฉีดยา Triamcinolone ขนาด 20 มิลลิกรัม[25-26] ดังนั้นการเลือกใช้ยาในขนาดสูงจึงควรพิจารณาอย่างรอบคอบ

การศึกษาในประเทศไทยแบบ Randomized controlled trial โดยอรรคพัฐ โกสิยตระกูลและคณะ[27] เปรียบเทียบการฉีดยา Triamcinolone acetonide ในขนาดที่ต่างกัน 3 ขนาด คือ 5 10 และ 20 มิลลิกรัม พบว่าที่เวลา 3 เดือน ยาขนาด 10 มิลลิกรัม มีอัตราความสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ 90 ซึ่งมากกว่ายาขนาด 5 มิลลิกรัมอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่ยาขนาด 20 มิลลิกรัม มีอัตราความสำเร็จมากกว่ายาทั้ง 2 ขนาดในระยะเวลา 6 เดือนแรกแต่ให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระยะเวลา 9 เดือนขึ้นไป สำหรับการศึกษาของกวี ภัทราดูลย์ และคณะ[28] ที่เปรียบเทียบเทคนิคการฉีดยา Triamcinolone acetonide ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก 40 ราย ด้วยยาขนาด 10 มิลลิกรัม พบว่าที่เวลา 3 เดือน มีอัตราความสำเร็จโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 80

ในส่วนการศึกษาที่โรงพยาบาลสังขะ การฉีดยา Triamcinolone acetonide ขนาด 10 มิลลิกรัมในผู้ป่วยนิ้วล็อกระดับ III ให้ผลในแง่ของการลดปวดและหายจากการล็อกสะดุดมากที่สุดที่เวลา 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 90 และ 92.5) โดยแนวโน้มเป็นไปในทางเดียวกันกับที่อรรคพัฐ โกสิยตระกูลและคณะได้รายงานไว้ (ร้อยละ 100 และ 100) และเมื่อติดตามไปถึงเดือนที่ 3 พบว่าอัตราความสำเร็จลดลงเหลือร้อยละ 75

เป็นที่น่าสังเกตว่าการศึกษานี้ แม้ผู้วิจัยจะคัดผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ที่มีอาการหลายนิ้ว ผู้ที่มีข้อนิ้วเสื่อม และผู้ป่วยที่มีอาการนานเกิน 6 เดือนออก เนื่องจากมีรายงานว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาที่ไม่ดี[23, 29-30] แต่อัตราความสำเร็จที่ 3 เดือนยังคงต่ำกว่าอีกสองการศึกษาที่กล่าวข้างต้น ข้อสันนิษฐานประการแรก เนื่องจากความแตกต่างกันของระดับความรุนแรง โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยทำการศึกษาเฉพาะความรุนแรงระดับ III แต่ในอีกสองการศึกษาได้ศึกษาความรุนแรงระดับต่ำกว่าด้วย ข้อสันนิษฐานประการต่อมา จากความแตกต่างกันของอาชีพผู้ป่วย แม้ว่าอีกสองการศึกษาจะไม่ได้รายงานข้อมูลเกี่ยวกับการประกอบอาชีพของผู้ป่วย แต่มีแนวโน้มที่กลุ่มตัวอย่างจะเป็นคนทำงานในเมืองเป็นหลัก เพราะความง่ายต่อการเข้าถึงสถานที่ทำการวิจัยทั้ง 2 แห่ง (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) ในขณะที่ผู้ป่วยนิ้วล็อกโรงพยาบาลสังขะส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ซึ่งความสัมพันธ์ที่แน่ชัดของอาชีพกับผลการรักษาจำเป็นต้องได้รับการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สำหรับข้อมูลทางด้านประชากรจากการศึกษาของโรงพยาบาลสังขะพบว่า โรคนิ้วล็อกพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยกลางคน ตรงกับการศึกษาของ Langer และคณะ[3] จากประเทศฟินแลนด์ และพบมากที่สุดที่นิ้วหัวแม่มือ นิ้วนาง นิ้วกลาง และนิ้วชี้ตามลำดับ ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Schubert และคณะ[4] กับการสำรวจของ Bonnici และคณะ[5] จากประเทศอังกฤษ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยเรื่องเพศ อายุ นิ้วมือที่มีอาการ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษา มือข้างที่ถนัด และการได้ยา NSAIDs ก่อนรับการฉีดยา ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลสำเร็จของการรักษา

รายงานผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการฉีดยา ได้แก่ อาการปวด เลือดออก ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ผิวหนังซีดจางและบางลง ส่วนที่พบได้น้อยคือการติดเชื้อในเนื้อเยื่อชั้นลึก และการขาดของเส้นเอ็นโดยอรรคพัฐ โกสิยตระกูลและคณะ รายงานผลข้างเคียงเพียง 2 รายจากผู้ป่วยทั้งหมด 120 ราย ที่มีอาการแห้งและซีดจางของผิวหนัง สำหรับการศึกษานี้ พบว่ามีรายงานอาการปวดระบมในช่วงวันแรกหลังฉีดยา ในผู้ป่วย 2 ราย แต่ไม่มีรายงานถึงภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่นเดียวกับการศึกษาของกวี ภัทราดูลย์และคณะ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ประการแรก ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้มาตรวจติดตามอาการกับแพทย์โดยตรง ซึ่งแม้มีการศึกษาระบุถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เมื่อเทียบกับข้อมูลในเวชระเบียนเมื่อผู้ป่วยมาติดตามอาการกับแพทย์ในภายหลัง[23] แต่รายละเอียดของผลการรักษาบางส่วนมีโอกาสไม่ครบถ้วนจากการสอบถามทางโทรศัพท์ได้ ประการที่สอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างและความหลากหลายของอาชีพกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย อีกทั้งความรุนแรงของโรคมีเพียงระดับเดียว ส่งผลให้ผลการศึกษาที่ได้นี้อาจไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือนำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรทั่วไปได้ทั้งหมด และประการสุดท้ายคือเรื่องระยะเวลาติดตามอาการค่อนข้างสั้น ทำให้ไม่ทราบถึงผลลัพธ์ในระยะยาวของการรักษาที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้อีก การศึกษาต่อยอดเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว ย่อมสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่งขึ้น

สรุปผลการศึกษา

การรักษาโรคนิ้วล็อกระดับ III ด้วยยาฉีดเฉพาะที่ชนิด Triamcinolone acetonide ขนาด 10 มิลลิกรัมมีความปลอดภัย พบภาวะแทรกซ้อนน้อย และมีประสิทธิภาพในแง่การลดปวดและรักษาอาการล็อกสะดุดดีสุดที่เวลา 6 สัปดาห์หลังฉีด ซึ่งประสิทธิภาพดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ส่วนปัจจัยเรื่องเพศ อายุ นิ้วมือที่มีอาการ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนเข้ารับการรักษา มือข้างที่ถนัด และการได้ยา NSAIDs ก่อนรับการฉีดยา ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลสำเร็จของการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Saldana MJ. Trigger digits: diagnosis and treatment. J Am AcadOrthop Surg. 2001 Jul-Aug;9(4):246-52. doi: 10.5435/00124635-200107000-00004. PMID: 11476534.
2. Marcus A, Culver J, Hunt T. Treating trigger finger in diabetics using excision of the ulnar slip of the flexor digitorum superficialis with or without A1 pulley release. Hand.2007; 2(4): 227-31.
3. Langer D, Maeir A, Michailevich M, Luria S. Evaluating Hand Function in Clients with Trigger Finger. Occup Ther Int. 2017 Jan 10;2017:9539206. doi: 10.1155/2017/9539206. PMID: 29097982; PMCID: PMC5612741.
4. Schubert C, Hui-Chou HG, See AP, Deune EG. Corticosteroid injection therapy for trigger finger or thumb: a retrospective review of 577 digits. Hand (N Y). 2013;8:439-444.
5. Bonnici AV, Spencer JD (1988) A survey of ‘trigger finger’ in adults. J Hand Surg (Br) 13(2):202–203
6. Wolfe SW. Tendinopathy. In:Wolfe, Hotchkiss RN, Pederson W, Kozin SH, Cohen MS, eds. Green’s Operative Hand Surgery. 7th ed. Elsevier; 2017:1903-1925.
7. Benson LS, Ptaszek AJ.Injection versus surgery in the treatment of trigger finger. J Hand Surg Am. 1997;22:138–44.
8. Marks MR, Gunther SF. Efficacy of cortisone injection in treatment of trigger fingers and thumbs. J Hand Surg Am. 1989;14:722–7.
9. Nimigan AS, Ross DC, Gan BS. Steroid injections in the management of trigger fingers. Am J Phys Med Rehabil. 2006;85:36–43.
10. Peters-Veluthamaningal C, van der Windt DA, Winters JC, etal.Corticosteroid injection for trigger finger in adults. Cochrane DatabaseSyst Rev 2009;CD005617.
11. Shakeel H, Ahmad TS. Steroid injection versus NSAID injection for trigger finger: a comparative study of early outcomes. J Hand Surg Am. 2012;37(7):1319-23.
12. Salim N, Abdullah S, Sapuan J, Haflah NH. Outcome of corticosteroid injection versus physiotherapy in the treatment of mild trigger fingers. J Hand SurgEur Vol. 2012;37(1):27-34.
13. Patel MR, Bassini L. Trigger fingers and thumb: when to splint, inject, or operate. J Hand Surg Am. 1992;17(1):110-3.

14. Vasiliadis AV, Charitoudis G, Giotis D, Paschos NK, Malahias MA, Drosos G. Hand disorders demographics in rural areas: A 15-year analysis of demographic characteristics overtime in a stable population. ActaOrthopTraumatolTurc. 2020 Nov;54(6):604-608. doi: 10.5152/j.aott.2020.19184. PMID: 33423992; PMCID: PMC7815228.
15. Turowski GA, Zdankiewicz PD, Thomson JG. The results of surgical treatment of trigger finger. J Hand Surg Am. 1997;22:145–9.
16. Will R, Lubahn J. Complications of open trigger finger release. JHandSurg Am. 2010;35:594–6.
17. Thorpe AP. Results of surgery for trigger finger. J Hand Surg Br.1988;13:199–201.
18. Roberts JM, Behar BJ, Siddique LM, Brgoch MS, Taylor KF. Choice of Corticosteroid Solution and Outcome After Injection for Trigger Finger. Hand (N Y). 2021 May;16(3):321-325. doi: 10.1177/1558944719855686. Epub 2019 Jun 18. PMID: 31208209; PMCID: PMC8120592.
19. Kazuki K, Egi T, Okada M, Takaoka K. Clinical outcome of extrasynovial steroid injection for trigger finger. Hand Surg. 2006;11(1-2):1-4. doi: 10.1142/S0218810406003115. PMID: 17080520.
20. Bodor M, Flossman T. Ultrasound-guided first annular pulley injection for trigger finger. J Ultrasound Med. 2009;28(6):737-43.
21. Ring D, Santiago L, Robert S, Peter B, Chaitanya M, Jesse J. A prospective randomized controlled trial of injection of dexamethasone versus Triamcinolone for idiopathic trigger finger. J Hand Surg Am. 2008;33A:516-22.
22. Chao M, Wu S, Yan T. The effect of miniscalpel-needle versus steroid injection for trigger thumb release. J Hand SurgEur Vol. 2009;34(4):522-5.
23. Rozental TD, Zurakowski D, Blazar PE. Trigger finger: prognostic indicators of recurrence following corticosteroid injection. J Bone Joint Surg Am. 2008;90(8):1665-72.
24. Wong MWN, Tang YN, Fu SC, Lee KM, Chan KM. Triamcinolone suppresses human tenocyte cellular activity and collagen synthesis. ClinOrthopRelat Res 2004 Apr;421:277–81.
25. Fitzgerald BT, Hofmeister EP, Fan RA, Thompson MA. Delayed flexor digitorum superficialis and profundus ruptures in a trigger finger after a steroid injection: a case report. J Hand Surg Am. 2005;30(3):479-82.
26. Yamada K, Masuko T, Iwasaki N. Rupture of the flexor digitorum profundus tendon after injections of insoluble steroid for a trigger finger. J Hand SurgEur Vol. 2011;36(1):77.

27. Kosiyatrakul A, Loketkrawee W, Luenam S. Different Dosages of Triamcinolone Acetonide Injection for the Treatment of Trigger Finger and Thumb: A Randomized Controlled Trial. J Hand Surg Asian Pac Vol. 2018 Jun;23(2):163-169. doi: 10.1142/S2424835518500157. PMID: 29734896.
28. Pataradool K, Buranapuntaruk T. Proximal phalanx injection for trigger finger: randomized controlled trial. Hand Surg. 2011;16(3):313-7. doi: 10.1142/S0218810411005606. PMID: 22072466.
29. Newport ML, Lane LB, Stuchin SA. Treatment of trigger finger by steroid injection. J Hand Surg Am. 1990;15(5):748-50.
30. Griggs SM, Weiss AP, Lane LB, Schwenker C, Akelman E, Sachar K. Treatment of trigger finger in patients with diabetes mellitus. J Hand Surg Am. 1995;20(5):787-9.