

การฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่ เพื่อรักษาผู้ป่วยโรค เดอ เกอร์แวง

ไพศาล อภิมนต์บุตร พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์*

บทคัดย่อ

โรค เดอ เกอร์แวง เป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ วิธีการรักษาแบบอนุรักษ์ที่ได้ผลดีคือการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่ รายงานการศึกษาส่วนใหญ่แนะนำให้ฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อ abductor pollicis longus และ extensor pollicis brevis ซึ่งเป็นวิธีที่ค่อนข้างยากและมีโอกาสสูงที่จะฉีดไม่เข้าเยื่อหุ้มเอ็น รวมทั้งมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเอ็นขาดจากการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์พลาดเข้าไปในเอ็น ความเสี่ยงนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ฉีดด้วยวิธีนี้ แพทย์จึงมักแนะนำให้ผู้ป่วยผ่าตัดรักษาเมื่อมีอาการกลับเป็นซ้ำหากได้รับการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นแล้ว 2 – 3 ครั้ง การฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่อีกวิธีหนึ่งซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายกว่าและมีผลการรักษาใกล้เคียงกับการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อ ได้แก่ การฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์ไปบนผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือข้อแรก ซึ่งข้อดีของการรักษาด้วยการฉีดวิธีนี้คือ สามารถฉีดได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งหากมีอาการกลับเป็นซ้ำ โดยไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเอ็นขาด

Abstract

Local Corticosteroid Injection for Treatment of de Quervain's Disease

Paisan Apimonbutr MD

Department of Orthopaedics, Faculty of Medicine Vajira Hospital, University of Bangkok Metropolis

de Quervain's disease is a common pathologic condition in clinical practice. Local corticosteroid injection is an effective conservative treatment. Most reports suggest intrasynovial sheath injection technique, in which the corticosteroid is injected into the synovial sheath of abductor pollicis longus and extensor pollicis brevis tendon. However, this method is difficult with risk of failure due to a mislocated injected site outside the synovial sheath as well as into the tendon leading to a tendon rupture. These risks vary directly to the number of injections. Hence, most

* ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

patients who have recurrence after 2-3 times of the intrasynovial sheath injection would be recommended to have surgical treatment. The other technique of local corticosteroid injection, which is easier and has comparable result to intrasynovial sheath injection technique, is suprafibrous injection technique in which the corticosteroid is injected on the fibrous roof of the first extensor compartment of the wrist. The advantage of this latter technique is that it can be re-treated with unlimited numbers of injection in recurrences without a risk of tendon rupture.

Keywords: de Quervain's disease, corticosteroid injection, intrasynovial sheath injection, suprafibrous injection

บทนำ

โรค เดอ เกอร์แวงเป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 6-10 เท่า^{1,2} Fritz de Quervain แพทย์ชาวสวิส รายงานผู้ป่วยโรคนี้เป็นคนแรกและได้รับเกียรติให้เป็นชื่อโรคนี้จนถึงปัจจุบัน¹⁻³ ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดบริเวณข้อมือด้านนิ้วหัวแม่มือ Finkelstein test มักให้ผลบวก² และช่วยวินิจฉัยโรคนี้

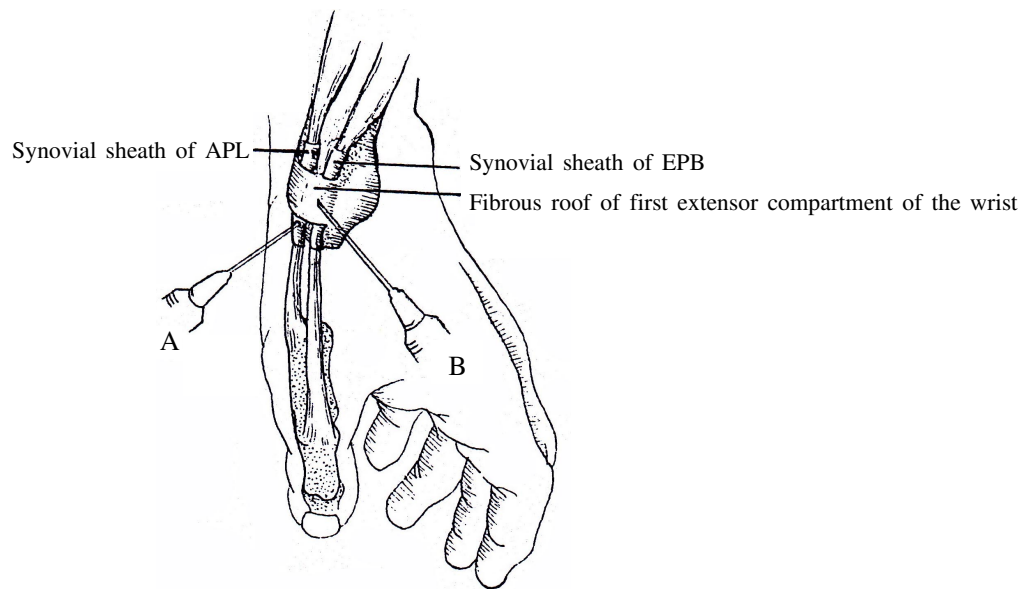
การรักษาเริ่มจากวิธีอนุรักษ์นิยมด้วยการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่¹ ในรายที่ไม่ได้ผลจึงรักษาด้วยการผ่าตัด² คำว่า¹ และรายงานการศึกษาเกือบทั้งหมดแนะนำวิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็น (synovial sheath) ของเอ็นกล้ามเนื้อที่ทอดอยู่ในช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก (first extensor compartment of the wrist) เรียกวิธีฉีดแบบนี้ว่า intrasynovial sheath injection โดยเชื่อว่าความแม่นยำในการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าเยื่อหุ้มเอ็นจะได้ผลดีกว่าการฉีดไม่เข้าเยื่อหุ้มเอ็น¹ แต่เนื่องจากมีความแปรปรวนของลักษณะทางกายวิภาคของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรกและของเอ็นกล้ามเนื้อที่ทอดอยู่ในช่องทางผ่านดังกล่าว ซึ่งได้แก่ เอ็นกล้ามเนื้อ abductor pollicis longus (APL) และ extensor pollicis brevis (EPB) ปัจจุบันจึงแนะนำให้ฉีดสองตำแหน่งเพื่อฉีดเข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อทั้งสองซึ่งเชื่อว่าจะได้ผลการรักษาที่ดีกว่าการฉีดเข้าเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อเดียว¹ อย่างไรก็ตามมีรายงานการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ด้วยวิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์ไปบนผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใย (fibrous roof or sheath) ของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก เรียกวิธีฉีดแบบนี้ว่า suprafibrous injection⁴ โดยมีผลการรักษาที่ไม่ต่างจากวิธีฉีดเข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็น ในรายงานดังกล่าวอ้างว่าเป็นวิธีที่ง่ายกว่า ไม่ต้องคำนึงถึงความแปรปรวนของลักษณะทางกายวิภาคของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก และสามารถฉีดหลายครั้งโดยไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเอ็นขาดที่อาจพบได้จากวิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นหลายครั้ง

พยาธิสภาพของโรค เดอ เกอร์แวง

รายงานการศึกษาส่วนใหญ่พบว่ามีการหนาตัวของผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก⁵⁻⁸ ทำให้เกิดภาวะตีแคบ (stenosis) ของช่องทางผ่านของเอ็นกล้ามเนื้อ APL และ EPB และมีการเพิ่มขึ้นของหลอดเลือด (increase vascularity) ของผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรกและเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อทั้งสอง⁶⁻⁸ จึงจัดโรคนี้อยู่ในกลุ่ม stenosing tenosynovitis²

ในประเทศไทยเรียกชื่อโรคนี้ว่า โรค เดอ เกอร์แวง ซึ่งเป็นการสื่อสารที่เข้าใจกันในกลุ่มแพทย์ โดยยังไม่มีการระบุชื่อโรคนี้เป็นภาษาไทยอย่างเป็นทางการ ผู้ป่วยหลายรายได้รับการบอกว่าเป็น “โรคพังผืดเอ็นที่ข้อมือ” หรือ “โรคเอ็นอักเสบที่ข้อมือ” จากศัพท์บัญญัติ อังกฤษ-ไทย/ไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน รุน ๑.๑ บัญญัติความหมายของศัพท์ที่เกี่ยวข้องดังนี้ tendon แปลว่า เอ็นกล้ามเนื้อ fibrous แปลว่า เส้นใย sheath แปลว่า ปลอก เยื่อหุ้ม และ fascia แปลว่า พังผืด แผ่นพังผืด ผู้ป่วยบางรายที่เป็นโรคหรือภาวะผิดปกติเกี่ยวกับ เอ็น กล้ามเนื้อ หรือ เนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) ได้รับการบอกว่าเป็น “โรคพังผืด” โดยที่ พังผืด หมายถึง fascia ไม่ใช่ชื่อโรค และไม่ได้หมายถึงความผิดปกติ การบอกว่าเป็น “โรคพังผืด” อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดคล้ายในอดีตรที่เรียก ยาปฏิชีวนะ (antibiotic) ว่า “ยาแก้อักเสบ”

ในทางปฏิบัติ ผู้เขียนสื่อสารกับผู้ป่วยโรคนี้ว่าเป็น “โรคปลอกหุ้มเอ็นอักเสบที่ข้อมือ” ซึ่งจะสามารถอธิบายวิธีการรักษาด้วยวิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่รวมถึงอธิบายวิธีการผ่าตัดในรายที่ต้องผ่าตัดรักษาโรคนี้ ผู้ป่วยที่เลือกวิธีการรักษาด้วยวิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่จะได้รับการอธิบายวิธีการฉีดยาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่โดยใช้ภาพประกอบดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 วิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่สำหรับรักษาผู้ป่วยโรค เดอ เกอร์แวง

A : Intrasynovial sheath injection

B : Suprafibrous injection

APL : Abductor pollicis longus

EPB : Extensor pollicis brevis

ลักษณะทางกายวิภาคและพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับการฉีดยาเฉพาะที่เพื่อรักษาโรค เดอ เกอร์แวง

ตำรากายวิภาคศาสตร์ยุคแรก ๆ แสดงลักษณะทางกายวิภาคของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรกเป็นแบบช่องเดี่ยว (single compartment) โดยมีเอ็นกล้ามเนื้อ APL และ EPB อย่างละ 1 เส้นทอดผ่าน¹ แต่จากรายงานการศึกษาทั้งในศพดองน้ำยา (cadaver) และจากการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรค เดอ เกอร์แวง พบว่ามีความแปรปรวนของลักษณะทางกายวิภาคของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก ที่สำคัญได้แก่ การมีผนังกันตามยาวแบ่งช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก ซึ่งอาจเป็นแบบมีผนังกันอย่างสมบูรณ์ (complete septum) หรือเป็นแบบมีผนังกันไม่สมบูรณ์ (incomplete septum) การมีจำนวนเอ็นกล้ามเนื้อ APL มากกว่า 1 เส้นทั้งในศพดองน้ำยา และในผู้ป่วยโรคนี้^{1,5,9-14} และการไม่มีเอ็นกล้ามเนื้อ EPB ในศพดองน้ำยา^{10,12}

รายงานส่วนใหญ่พบอุบัติการณ์ของการมีผนังกันตามยาวแบ่งช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรกในผู้ป่วยโรค เดอ เกอร์แวง มากกว่าในศพดองน้ำยา^{1,5,9-14} โดยพบเป็นแบบช่องเดียวน้อยกว่าร้อยละ 20¹ การมีผนังกันตามยาวทั้งแบบสมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ทำให้เอ็นกล้ามเนื้อ APL และ EPB ถูกกันแยกออกจากกัน ซึ่งความแปรปรวนของลักษณะทางกายวิภาคนี้มีความสำคัญมากสำหรับแพทย์ที่จะทำการรักษาด้วยการฉีดคอร์ติโค-

สเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นและสัณยแพทย์ที่จะทำการผ่าตัดรักษาผู้ป่วย

วิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่เพื่อรักษาผู้ป่วยโรค เดอ เกอร์แวง

1. วิธีฉีดเข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็น (intrasynovial sheath injection)¹ เป็นวิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อ APL และ EPB โดยแนะนำให้ใช้สารละลายที่มีส่วนผสมของคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้มข้น 10 มก./มล. จำนวน 1 มล. กับยาชาชนิดไฮโดรโคเคนความเข้มข้นร้อยละ 1 จำนวน 0.5 มล. ใช้เข็มเบอร์ 27 แทงผ่านผิวหนังและไขมันใต้ผิวหนังไปถึงเอ็นที่ทอดผ่านในช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก (รูปที่ 1) จากนั้นให้ฉีดส่วนผสมของสารละลายดังกล่าวโดยใช้แรงดันที่ไม่มากนัก หากรู้สึกว่ามีแรงต้านแสดงว่าปลายเข็มแทงเข้าไปในเอ็นกล้ามเนื้อ ให้ถอนปลายเข็มออกช้า ๆ ขณะที่ลดแรงดันของการฉีดสารละลายดังกล่าวไว้จนรู้สึกว่างแรงต้านหายไป แสดงว่าปลายเข็มออกจากเอ็นกล้ามเนื้อ ซึ่งคาดว่าจะอยู่ในเยื่อหุ้มเอ็น จึงฉีดสารละลายดังกล่าว ถ้าฉีดเข้าเยื่อหุ้มเอ็นจะเห็นรอยบุ๋มเป็นลำของสารละลายดังกล่าวขึ้นบนและลงล่างไปตามแนวของเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อที่ทอดผ่านในช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก ซึ่งส่วนใหญ่มักเข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อ APL เนื่องจากมีขนาดใหญ่กว่าเอ็นกล้ามเนื้อ EPB หลังจากนั้นให้พยายามฉีดสารละลายที่เหลือเข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อ EPB ด้วยวิธีเดียวกัน โดยแทงเข็ม

ตำแหน่งที่สองเยื้องจากจุดที่แทงเข็มครั้งแรกไปทางหลังข้อมือด้านนิ้วก้อย (dorso-ulnar) ซึ่งเป็นตำแหน่งของเอ็นกล้ามเนื้อ EPB¹ อย่างไรก็ตามจากรายงานของ Zingas และคณะ¹⁵ แสดงให้เห็นว่าวิธีการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นก่อนข้างยากและมีโอกาสสูงที่จะฉีดไม่เข้าเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อ EPB¹ แม้จะฉีดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

วิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็น แพทย์ผู้ฉีดจะต้องแทงเข็มสูงหรือต่ำกว่าขอบบนหรือขอบล่างของผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก (รูปที่ 1) เพื่อพยายามฉีดเข้าเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อทั้งสองโดยคอร์ติโคสเตียรอยด์ที่ฉีดด้วยวิธีนี้จะไม่ไปที่ผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรกซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพด้วย ยกเว้นฉีดพลาดไม่เข้าเยื่อหุ้มเอ็นตามที่ตั้งใจ คอร์ติโคสเตียรอยด์ที่ฉีดอาจกระจายไปที่ผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรกบ้าง

2. วิธีฉีดไปบนผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก (suprafibrous injection)⁴ เป็นวิธีฉีดที่ทำให้คอร์ติโคสเตียรอยด์กระจายไปบนผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่สำคัญของโรคนี้โดยตรง⁸ รวมทั้งกระจายไปยังเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อ APL และ EPB ที่อยู่ใกล้เคียง (รูปที่ 1) ใช้สารละลายที่มีส่วนผสมของคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดความเข้มข้น 10 มก./มล. จำนวน 0.5 มล. กับยาชาชนิดไฮโดรเคน ความเข้มข้นร้อยละ 1 จำนวน 0.5 มล. ใช้เข็มเบอร์ 27 แทงผ่านผิวหนังและไขมันใต้ผิวหนังที่บริเวณสูงกว่า radial styloid ประมาณ 1 ซม. ซึ่งเป็นตำแหน่งของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก แพทย์ผู้ฉีดจะรู้สึกมีแรงต้านมากขึ้นเมื่อปลายเข็มถึงผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก ค่อย ๆ ฉีดสารละลายดังกล่าว จะเห็นบริเวณที่ฉีดดูนูนขึ้นวิธีนี้น่ากว่า และไม่ต้องคำนึงว่าจะมีความแปรปรวนของลักษณะทางกายวิภาคของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรกหรือไม่⁴

ผลการรักษาโรค เดอ เกอร์แวง ด้วยวิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่

ตำรา¹ ซึ่งรวบรวมจากรายงานการศึกษาที่แนะนำให้ฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อ APL และ EPB ซึ่งทอดอยู่ในช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรกสรุปว่ามีผลสำเร็จร้อยละ 50 - 80 ในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่ 1-2 ครั้ง¹ และเชื่อว่าความแม่นยำในการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าเยื่อหุ้มเอ็นจะได้ผลดีกว่าการฉีดไม่เข้าเยื่อหุ้มเอ็น

ผลสรุปดังกล่าวได้จากการรวบรวมรายงานที่เชื่อว่าเป็นผลจากการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าเยื่อหุ้มเอ็น¹ โดยไม่มีการพิสูจน์ว่าเป็นการฉีดเข้าเยื่อหุ้มเอ็นอย่างชัดเจน ยกเว้นรายงานเดียวของ Zingas และคณะ¹⁵ ที่พิสูจน์อย่างชัดเจนว่าฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าเยื่อหุ้มเอ็นทั้งสองหรือไม่ ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วย 19 รายที่ได้รับการฉีดสารละลายคอร์ติโคสเตียรอยด์ผสมสารทึบแสงโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และฉายภาพรังสีเพื่อดูว่าสารละลายดังกล่าวเข้าเยื่อหุ้มเอ็นหรือไม่ พบว่าฉีดเข้าเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อทั้งสองเพียง 5 ราย ในจำนวนนี้หายปวด 4 ราย อีก 1 รายไม่หายปวด ฉีดเข้าเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อ APL เท่านั้น 10 ราย ในจำนวนนี้หายปวด 6 ราย ที่เหลือ 4 รายไม่หายปวด ฉีดเข้าเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อ EPB เท่านั้น 1 ราย และผู้ป่วยหายปวดผู้ป่วย 3 ราย สารละลายที่ฉีดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อทั้งสองเลย และผู้ป่วยทั้ง 3 รายไม่หายปวด

อย่างไรก็ตามมีรายงานผลการรักษาผู้ป่วยโรค เดอ เกอร์แวง โดยใช้วิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์ไปบนผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก (suprafibrous injection)⁴ ซึ่งเป็นการศึกษาใน 115 ข้อมือ ผู้ป่วยหายปวดหลังฉีดด้วยวิธีดังกล่าว 105 ข้อมือ (ร้อยละ 91.3) ติดตามการรักษาเฉลี่ย 34 เดือน พบว่า 71 ข้อมือ (ร้อยละ 61.7) ไม่มีอาการปวดกลับเป็นซ้ำ รายที่มีอาการปวดกลับเป็นซ้ำได้รับการฉีดด้วยวิธีนี้ 1-3 ครั้ง มีผลสำเร็จร้อยละ 77.4 ซึ่งใกล้เคียงกับผลสำเร็จจากการรักษาที่ได้จากการรวบรวมจากรายงานที่เชื่อว่าเป็นผลจากการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็น (ร้อยละ 50-80)¹ และคล้ายกับรายงานการศึกษาของ Taras และคณะ¹⁶ ที่พบว่า การฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นในผู้ป่วย trigger digits มีผลการรักษาไม่ดีกว่าการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในชั้นไขมันใต้ผิวหนัง (subcutaneous injection) ทั้งนี้โรค เดอ เกอร์แวง และ trigger digits เป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่ม stenosing tenosynovitis² ซึ่งมีพยาธิสภาพและแนวทางการรักษาลักษณะคล้ายกัน แต่โรค เดอ เกอร์แวงมีลักษณะทางกายวิภาคของช่องทางผ่านของเอ็นที่ซับซ้อนกว่าโรค trigger digits ทั้งนี้วิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในชั้นไขมันใต้ผิวหนัง (subcutaneous injection) เพื่อรักษาผู้ป่วย trigger digits ของ Taras และคณะ¹⁶ น่าจะต่างจากการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์ไปบนผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก (suprafibrous injection) เพื่อรักษาผู้ป่วยโรค เดอ เกอร์แวง ไม่น่าแปลก เนื่องจากวิธีการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในชั้นไขมันใต้ผิวหนัง คอร์ติโคสเตียรอยด์ส่วนหนึ่งน่าจะกระจายไปบนผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทาง

ผ่านของเอ็นนิ้วมือ โดยทั้งสองรายงานแสดงให้เห็นว่าผลการรักษาไม่ต่างจากการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็น

ข้อสังเกตเกี่ยวกับการศึกษาต่าง ๆ ที่สรุปว่าผลสำเร็จในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็น 1-2 ครั้ง ในการรักษาผู้ป่วยโรค เดอ เกอร์แวง เท่ากับร้อยละ 50-80¹ เป็นการรวบรวมข้อมูลจากรายงานต่าง ๆ ที่อ้างว่าเป็นผลจากการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าเยื่อหุ้มเอ็นโดยไม่มีการพิสูจน์อย่างชัดเจนว่าเป็นผลจากการฉีดเข้าเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อทั้งสองอย่างแท้จริงหรือไม่ ยกเว้นรายงานเดียวของ Zingas และคณะ¹⁵ นอกจากนั้น การสรุปว่าความแม่นยำในการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าเยื่อหุ้มเอ็นได้ผลดีกว่าการฉีดไม่เข้าเยื่อหุ้มเอ็นเป็นความจริงหรือไม่ เนื่องจากรายงานของ Zingas และคณะ⁵ พบว่าผู้ป่วย 1 ใน 5 ราย ที่ได้รับการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อ APL และ EPB ไม่หายปวด ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยได้รับการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นทั้งสองแล้วไม่หายปวดนั้น เกิดจากพยาธิสภาพที่ผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรกไม่ได้รับการรักษาไปด้วย

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่เพื่อรักษาโรค เดอ เกอร์แวง

1. เอ็นขาด (tendon rupture)^{17,18} เป็นผลข้างเคียงที่สำคัญและร้ายแรงที่ทั้งผู้ป่วยและแพทย์ต้องการหลีกเลี่ยง ความพยายามฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็น มีโอกาสเสี่ยงที่จะพลาดฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเอ็นซึ่งอาจทำให้เกิด collagen necrosis และเอ็นขาดได้¹⁸ ความเสี่ยงต่อการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์พลาดเข้าไปในเอ็นจะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่พยายามฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็น จึงมีคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงการฉีดหลายครั้งเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคนี้¹⁷ แพทย์ที่ใช้วิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นมักแนะนำวิธีผ่าตัดรักษาหากผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำหลังจากได้รับการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นแล้ว 2-3 ครั้ง³ เพื่อหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเอ็นขาด จนเกิดความเข้าใจว่าหากผู้ป่วยโรคนี้เคยได้รับการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่ 2-3 ครั้งแล้ว เป็นข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด

สำหรับวิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์ไปบนผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรก ไม่น่าจะมีโอกาสฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าเอ็นกล้ามเนื้อทั้งสอง เนื่องจากผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือ

ช่องแรกมีลักษณะหนา ซึ่งเมื่อแพทย์แทงเข็มถึงผนังดังกล่าวจะรู้สึกว่ามีแรงต้านมากกว่าชั้นไขมันใต้ผิวหนังอย่างชัดเจน การศึกษาที่รักษาโดยฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์ด้วยวิธีนี้ ใน 115 ข้อมือก็ไม่มีรายใดที่เกิดภาวะเอ็นขาด⁴ จึงสามารถให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าไม่น่าจะเกิดภาวะเอ็นขาด แม้ในรายที่มีอาการเกิดเป็นซ้ำหลายครั้ง ผู้ป่วยยังคงสามารถเลือกรักษาโดยการฉีดด้วยวิธีนี้ได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง จึงไม่มีข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนี้โดยการกำหนดจำนวนครั้งของการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์ด้วยวิธีนี้ ทำให้ไม่ต้องผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้โดยไม่จำเป็น

2. สีผิวหนังบริเวณที่ฉีดเป็นด่างขาว (hypopigmentation) และไขมันใต้ผิวหนังบริเวณที่ฉีดบางลง (subcutaneous atrophy) ตำราและรายงานการศึกษาเกือบทั้งหมดที่แนะนำให้ฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็น จะกล่าวถึงการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์พลาดออกมาที่ชั้นไขมันใต้ผิวหนังว่าเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะไขมันใต้ผิวหนังบริเวณที่ฉีดบางลง (subcutaneous atrophy) fat necrosis และ สีของผิวหนังบริเวณที่ฉีดเปลี่ยนเป็นด่างขาว (hypopigmentation)¹ โดยผู้ป่วยผิวสี (darker skin) มีโอกาสเกิดสีของผิวหนังบริเวณที่ฉีดเปลี่ยนเป็นด่างขาวมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปซึ่งพบได้ร้อยละ 5-10¹

ส่วนการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์ไปอยู่ระหว่างด้านบนผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือช่องแรกกับชั้นไขมันใต้ผิวหนัง พบสีผิวหนังบริเวณที่ฉีดเปลี่ยนเป็นด่างขาวร้อยละ 4.3 ซึ่งสีผิวหนังที่เป็นด่างขาวจะค่อย ๆ เปลี่ยนกลับเป็นปกติใน 1-2 เดือนโดยไม่ต้องรักษา⁴ ทั้งนี้อุบัติการณ์ของการเกิดสีผิวหนังเป็นด่างขาวตรงบริเวณที่ฉีดไม่สูงกว่ารายงานอื่น ๆ ที่ใช้วิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็น¹ และจากการติดตามการรักษาเฉลี่ย 34 เดือนไม่พบไขมันใต้ผิวหนังบริเวณที่ฉีดบางลง⁴ อย่างไรก็ตาม ควรหลีกเลี่ยงการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในชั้นไขมันใต้ผิวหนัง (subcutaneous injection) โดยตรงเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะไขมันใต้ผิวหนังบริเวณที่ฉีดบางลงและสีของผิวหนังบริเวณที่ฉีดเปลี่ยนเป็นด่างขาว

3. ผลข้างเคียงอื่น ๆ ที่อาจพบได้จากการฉีดยา เป็นผลข้างเคียงที่อาจพบได้ไม่ต่างจากการฉีดยาทั่วไป เช่น บริเวณที่ฉีดยามีจ้ำเลือดใต้ผิวหนัง (ecchymosis) ความรู้สึกมากเกิน (hyperesthesia) เนื่องจากปลายเข็มฉีดยาทำให้เกิดการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาทรับความรู้สึกที่อยู่ในชั้นไขมันใต้ผิวหนัง ส่วนการติดเชื้อไม่เคยมีการรายงานในการรักษาผู้ป่วยโรค เดอ เกอร์แวงโดยใช้วิธีการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่^{1,3,4,15}

สรุป

วิธีรักษาโรค เดอ เกอร์แวง แบบอนุรักษ์นิยมที่ได้ผลดีคือการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่ ตำราและรายงานการศึกษาเกือบทั้งหมดแนะนำให้ฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็น ซึ่งปัจจุบันแนะนำให้ฉีดสองตำแหน่งโดยหวังว่าจะฉีดเข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นของเอ็นกล้ามเนื้อ APL และ EPB และเชื่อว่าความแม่นยำในการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เข้าเยื่อหุ้มเอ็นทั้งสองจะได้ผลดีกว่าการฉีดไม่เข้าเยื่อหุ้มเอ็น การฉีดวิธีนี้ค่อนข้างยากและมีโอกาสสูงที่จะฉีดไม่เข้าเยื่อหุ้มเอ็นแม้ฉีดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเอ็นขาดจากการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์พลาดเข้าไปในเอ็นซึ่งความเสี่ยงจะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่พยายามฉีดด้วยวิธีนี้ แพทย์จึงมักแนะนำให้ผู้ป่วยผ่าตัดรักษาเมื่อมีอาการกลับเป็นซ้ำหากได้รับการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่เข้าไปในเยื่อหุ้มเอ็นแล้ว 2 - 3 ครั้ง ในขณะที่วิธีฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์ไปบนผนังส่วนที่ประกอบด้วยเส้นใยของช่องทางผ่านของเอ็นหลังข้อมือข้อแรก เป็นวิธีที่ง่ายกว่าหากมีอาการกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยยังคงสามารถเลือกการรักษาด้วยการฉีดวิธีนี้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง โดยไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเอ็นขาดข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดโรคนี้อยู่ที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกที่จะรับการรักษาโดยการผ่าตัดหลังจากได้ทราบรายละเอียดต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์เฉพาะที่ทั้งสองวิธี เพื่อให้ทราบอย่างชัดเจนว่าวิธีฉีดแบบใดเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wolfe SW. Tenosynovitis. In : Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, editors. Green's operative hand surgery. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005. p.2137-58.
2. Wright II PE. Carpal tunnel, ulnar tunnel, and stenosing tenosynovitis. In: Canale ST, Beaty JH, editors. Campbell's operative orthopaedics. 11th ed. Philadelphia: Mosby; 2008. p.4285-309.
3. Peters-Veluthamaningal C, Winters JC, Groenier KH, Meyboom-DeJong B. Randomised controlled trial of local corticosteroid injections for de Quervain's tenosynovitis in general practice. BMC Musculoskelet Disord 2009; 10: 131-8.
4. Apimonbutr P, Budhraj N. Suprafibrous injection with corticosteroid in de Quervain's disease. J Med Assoc Thai 2003; 86: 232-7.
5. Apimonbutr P, Chaikak P, Tunyasuwanakul R, Sriworakun C. Gross pathology of de Quervain's disease. Vajira Med J 2003; 47: 167-75.
6. Clarke MT, Lyall HA, Grant JW, Matthewson MH. The histopathology of de Quervain's disease. J Hand Surg Br 1998; 23: 732-4.
7. Read HS, Hooper G, Davie R. Histological appearances in post-partum de Quervain's disease. J Hand Surg Br 2000; 25: 70-2.
8. Takahashi Y, Hashizume H, Inoue H, Ogura T. Clinicopathological analysis of de Quervain's disease. Acta Med Okayama 1994; 48: 7-15.
9. Giles KW. Anatomical variations affecting the surgery of de Quervain's disease. J Bone Joint Surg Br 1960; 42-B: 352-5.
10. Jackson WT, Viegas SF, Coon TM, Stimpson KD, Frogameni AD, Simpson JM. Anatomical variations in the first extensor compartment of the wrist: a clinical and anatomical study. J Bone Joint Surg Am 1986; 68: 923-6.
11. Gonzalez MH, Sohlberg R, Brown A, Weinzeig N. The first dorsal extensor compartment: an anatomic study. J Hand Surg Am 1995; 20: 657-60.
12. Apimonbutr P, Maneerit J, Chotiwanadilok W, Meknavin S, Budhraj N. First extensor compartment of the wrist: anatomical study in Thai cadavers. J Thai Ortho Assoc 1997; 22: 10-7.
13. Ta KT, Eidelman D, Thomson JG. Patient satisfaction and outcomes of surgery for de Quervain's tenosynovitis. J Hand Surg Am 1999; 24: 1071-7.

-
14. Apimonbutr P, Budhraj N. Intra-operative “passive gliding” technique for de Quervain’s disease: a prospective study. *J Med Assoc Thai* 2001; 84: 1455-9.
 15. Zingas C, Failla JM, van Holsbeeck M. Injection accuracy and clinical relief of de Quervain’s tendinitis. *J Hand Surg Am* 1998; 23: 89-96.
 16. Taras JS, Raphael JS, Pan WT, Movagharnia F, Sotereanos DG. Corticosteroid injections for trigger digits: is intrasheath injection necessary? *J Hand Surg Am* 1998; 23: 717-22.
 17. Sampson SP, Wisch D, Badalamente MA. Complications of conservative and surgical treatment of de Quervain’s disease and trigger fingers. *Hand Clin* 1994; 10: 73-82.
 18. Taras JS, Iiams GJ, Gibbons M, Culp RW. Flexor pollicis longus rupture in a trigger thumb: a case report. *J Hand Surg Am* 1995; 20: 276-7.