

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการรักษาโรคข้อศอกเทนนิสด้วยการผ่าตัด

The Results of Operative Treatment of Tennis Elbow

ธนา บำรุงชาว์เกษม พบ.

Thana Bamroongshawgasame, M.D.

กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ รพ.ราชบุรี

Orthopaedic Department, Ratchaburi Hospital

บทคัดย่อ

ได้ศึกษาแบบไปข้างหน้าถึงผลการรักษาโรคข้อศอกเทนนิสในผู้ป่วย 12 คน ที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด โดยสอบถามผู้ป่วยถึงผลที่ได้รับหลังจากผ่าตัด การตรวจอาการปวดโดยเฉพาะในขณะที่ยกมือและข้อมือต้านแรง รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัด อายุเฉลี่ยขณะเข้ารับผ่าตัด 38 ปี (ตั้งแต่ 28-46 ปี) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดโดยใช้เทคนิคการตัดปุ่มกระดูกข้อศอกด้านนอกออกบางส่วน การเลาะและตัดเพื่อลดแรงดึงของ common extensor บริเวณจุดเกาะตรงข้อศอก และการตัดเอาส่วนของเส้นเอ็นที่ฉีกขาดและเป็นพังผืดบริเวณข้อศอกด้านนอกและเย็บซ่อมกลับคืน ได้ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเฉลี่ย 30 เดือน (ตั้งแต่ 6-42 เดือน) พบว่าผู้ป่วยทุกคนได้ผลการรักษาดี อาการปวดที่เคยมีก่อนผ่าตัดได้หายทุกราย และสามารถกลับไปทำงานเดิมได้ภายใน 6 เดือนหลังจากผ่าตัด

ABSTRACT

The results of the operative treatment of tennis elbow in 12 patients (12 elbows) were assessed prospectively on the basis of the subjective outcome, pain noted during resisted extension of the hand and wrist and satisfaction of the patient. The mean age of the patients at the time of the operation was 38 years old (range, 28-46 years old). The operative procedure involved partial lateral epicondylectomy, lateral release of the common extensor origin and excision of torn and necrotic tendon fibers and then repair in all of the elbows. The patients were followed for a mean time of 30 months (range, 6-42 months) All patients had a good overall subjective outcome. The preoperative pain had resolved in 12 patients. All patients could return to work within 6 months after operation.

บทนำ

โรคข้อศอกเทนนิสเป็นโรคที่พบได้บ่อย ลักษณะคือมีอาการปวดและกดเจ็บบริเวณข้อศอกด้านนอก

(lateral epicondylar pain and tenderness)⁴ พบในชายมากกว่าหญิง ช่วงอายุ 40-50 ปี ในอดีตพบได้บ่อยในนักกีฬา ปัจจุบันพบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำงาน

เพิ่มขึ้น การตรวจร่างกายจะพบลักษณะเฉพาะ คือ เมื่อให้ผู้ป่วยเหยียดข้อศอกและกระดูกข้อมือขึ้นด้านแรงผู้ตรวจที่พยายามกดข้อมือลง จะพบอาการปวดบริเวณข้อศอกด้านนอก

โดยทั่วไปการรักษาแบบไม่ผ่าตัดมักได้ผลดี¹ โดยให้ความรู้กับผู้ป่วยถึงโรคที่เป็นอยู่ การพักการใช้งานข้อศอก การให้ตารางฝึกกล้ามเนื้อมือ แขนและข้อศอก การใช้เครื่องช่วยพยุงข้อศอก² และข้อมือ การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน และการฉีดสเตียรอยด์เฉพาะที่ ในรายที่อาการไม่มากและเป็นมาไม่นาน อาจพิจารณาใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน และใช้เครื่องพยุงข้อศอกร่วมด้วย ในผู้ป่วยที่มีอาการนานเกิน 3 เดือน โดยมีอาการปานกลางถึงมาก ให้ใช้ยาฉีดสเตียรอยด์เฉพาะที่ และกำหนดตารางฝึกกล้ามเนื้อมือ แขน และข้อศอก พร้อมทั้งใช้เครื่องช่วยพยุงข้อศอกและข้อมือร่วมด้วย ในรายที่อาการกลับเป็นซ้ำ และพิจารณาฉีดสเตียรอยด์เฉพาะที่ควรฉีดห่างจากเข็มก่อนหน้าอย่างน้อย 3 เดือน

การรักษาโดยไม่ผ่าตัดวิธีอื่น ๆ ที่มีผู้ศึกษาและรายงานผลไว้ อาทิเช่น อัลตราซาวด์, ไอออนโตโฟรีซิส, การฝังเข็ม, เลเซอร์, การใช้ dimethyl sulfoxide และการกระตุ้นไฟฟ้า ผลที่ได้ยังมีการศึกษาไม่มากและหลักการรักษายังไม่ชัดเจน⁶ หากจะพิจารณาใช้คงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมและพิจารณาถึงความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

สำหรับผู้ป่วยที่ล้มเหลวหลังจากรักษาโดยไม่ผ่าตัดซึ่งพบได้ 5-10% ที่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด โดยเทคนิคที่ใช้ผ่าตัดมีหลายวิธี ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคที่ดัดแปลงมาจากเทคนิคของ Froimson³ ซึ่งได้ผลดีเช่นเดียวกับการผ่าตัดเทคนิคอื่น ๆ เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับใช้ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคข้อศอกเทนนิสที่รักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดแล้วไม่ได้ผล

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า โดยศึกษาผู้ป่วยโรคข้อศอกเทนนิสที่เข้ารับการรักษารักษาด้วยการ

ผ่าตัดตั้งแต่ มกราคม 2541 ถึง มิถุนายน 2545 โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาผ่าตัดคือ

1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
2. ผู้ป่วยมีอาการปวดมากจนไม่สามารถปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ
3. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการแยกโรคที่อาจทำให้มีอาการคล้ายคลึงกันได้ เช่น radial tunnel syndorme, cervical radicular compression, myofascial pain syndrome เป็นต้น

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์พิจารณาผ่าตัด ได้ถูกรวบรวมข้อมูล เพศ อายุ อาชีพ ภาพถ่ายรังสีของข้อศอกก่อนผ่าตัด ภาพแทรกซันหลังผ่าตัด และติดตามผลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ระยะ 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน และทุกปี ปีละครั้ง โดยจะประเมินจาก

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยการถามและให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบ คือ ไม่พอใจ, พอใจน้อย, พอใจปานกลาง, พอใจมาก
2. ชักถามและทดสอบอาการปวดหลังผ่าตัด
3. ระยะเวลาที่สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ตามปกติ

เทคนิคการผ่าตัด

ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้เครื่องช่วยห้ามเลือด และใช้วิธีระับความรู้สึกโดย Brachial block

กรีดผิวหนังสูงกว่าปุ่มกระดูกข้อศอกด้านนอกประมาณ 1 ซม. ยาวลงไป 4 ซม. จากนั้นเปิดให้เห็นจุดเกาะ common extensor ตัด deep antebrachial fascia ตามยาว แล้วแหวกจนพบ common extensor tendon ให้กรีดออกตามยาว และเลาะจุดเกาะออกจากปุ่มกระดูกด้านนอกประมาณ 1 ซม. ทั้งด้านหน้าและหลังจะพบพังผืดและเส้นเอ็นที่ฉีกขาดให้ตัดออก จากนั้นใช้เครื่องตัดกระดูกตัวเล็กเลื่อยตัดปุ่มกระดูกด้านนอกออกประมาณ 1 ซม. และแต่งขอบให้เรียบ โดยระมัดระวังไม่

ควรเปิดแผลผ่าตัดเข้าข้อศอก และระวังอันตรายต่อ radial collateral ligament จากนั้นทดสอบโดยกระดกข้อมือขึ้น เพื่อประเมินว่าความตึงของ common extensor tendon ที่ปุ่มกระดูกด้านนอกหลังจากที่ตัดปุ่มกระดูกบางส่วนออก แล้ว ถ้ายังตึงอยู่อาจพิจารณาตัด common extensor tendon ตามขวางใกล้กับจุดเกาะบริเวณปุ่มกระดูกด้านนอกจนไม่มีความตึง จากนั้นเย็บซ่อม common extensor ตามยาว ใส่ radivac drain แล้วเย็บปิด

หลังผ่าตัดให้ sling แขนไว้ โดยเอา radivac drain ออกหลังผ่าตัด 2 วัน ให้ sling แขนไว้ 2 สัปดาห์ ระหว่างนี้ให้บริหารมือและข้อมือ รวมทั้งให้เหยียดข้อศอก บริหารได้ในระหว่างวัน แต่ห้ามทำงาน 2 สัปดาห์หลัง ผ่าตัดให้ตัดไหม จากนั้นให้เอา sling ออก และเริ่มให้

ทำงานเบา ๆ ได้หลังผ่าตัด 1 เดือน

ผลการศึกษา

ผู้ป่วย 12 คน เพศชาย 2 คน เพศหญิง 10 คน อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 46 ปี อายุเฉลี่ย 38 ปี ข้อศอก ขว 8 คน ข้อศอกซ้าย 4 คน อาชีพ ครู 2 คน รับจ้างทั่วไป 10 คน ภาพถ่ายรังสีของข้อศอกก่อนผ่าตัดไม่พบ ความผิดปกติทุกคน ระยะเวลาติดตามผลต่ำสุด 6 เดือน ระยะเวลาติดตามผลสูงสุด 42 เดือน ระยะเวลาติดตามผลเฉลี่ย 30 เดือน

จำนวนผู้ป่วยที่แสดงความพึงพอใจหลังการผ่าตัด แสดงในตารางที่ 1

จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวดก่อนและหลังการผ่าตัด

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่แสดงความพึงพอใจหลังผ่าตัด

ระยะเวลาติดตามผลหลังผ่าตัด	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	1 ปี
ความพึงพอใจ				6 เดือน
ไม่พอใจ	-	-	-	-
น้อย	1	1	-	-
ปานกลาง	11	6	1	-
มาก	-	5	11	11

หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 ราย พอใจมากหลังผ่าตัดที่ระยะ 6 เดือน และไม่ได้มารับการตรวจซ้ำ

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวดก่อนและหลังผ่าตัด

ระยะเวลาติดตามผล	ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด			
		1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	1 ปี
อาการปวด					6 เดือน
มาก	11	-	-	-	-
ปานกลาง	1	1	1	-	-
น้อย	-	11	6	1	-
ไม่ปวด	-	-	5	11	11

แสดงในตารางที่ 2

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานเดิมได้ตามปกติ ต่ำสุด 3 เดือน สูงสุด 7 เดือน เฉลี่ย 5.4 เดือน หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

โรคข้อศอกเทนนิสเป็นโรคที่พบได้บ่อย การรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดได้ผลดี มีเพียง 5-10% ที่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด Verhear ได้แนะนำให้ทำการรักษาโดยการผ่าตัดในรายที่ล้มเหลวจากการรักษาแบบไม่ผ่าตัดมาแล้วอย่างน้อย 6-9 เดือน และผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวันได้

การผ่าตัดรักษาโรคข้อศอกเทนนิสมีหลายเทคนิค ส่วนใหญ่ได้ผลดีมากกว่า 80% มีเพียงส่วนน้อย 1-2% ที่ได้ผลไม่ดี ซึ่งอาจเกิดจากการวินิจฉัยไม่ถูกต้อง หรือมีโรคอื่นร่วมด้วย หรือการให้ตารางฝึกหลังผ่าตัดไม่เหมาะสมหรือผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ ปัจจุบันสามารถแบ่งกลุ่มการผ่าตัดได้เป็น 2 แบบใหญ่ คือ 1. การทำ ECRB repair หลังจากที่ได้ตัดปุ่มกระดูกข้อศอกด้านนอกบางส่วนและตัดพังผืดและเส้นเอ็นที่ฉีกขาดออกแล้ว มีรายงานได้ผลดี 85-90% 2. การทำ ECRB release หรือ lengthening ผลการรักษาได้ผลดี 50% แต่มีบางรายงานอ้างว่าได้ผลดีใกล้เคียงกับวิธีแรก^{5,8,9}

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเทคนิคการผ่าตัดของ Froimson คือ การตัดปุ่มกระดูกข้อศอกด้านนอกออกบางส่วน การตัดเอาส่วนของเส้นเอ็นที่ฉีกขาดและเป็นพังผืดออกและเย็บซ่อม รวมทั้งการตัดและเลาะ เพื่อลดแรงดึงของ common extensor โดยพบว่าเป็นเทคนิคที่ได้ผลดีทุกราย การผ่าตัดไม่ยุ่งยาก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยที่รายงานยังไม่มาก และระยะเวลาดูตามผลเฉลี่ย 30 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ไม่นานมาก ควรต้องมีการติดตามผลในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.วิศิวิณ โกวาที หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ ที่ให้คำแนะนำ และขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรีที่อนุญาตให้นางงานวิจัยครั้งนี้ออกเผยแพร่

เอกสารอ้างอิง

1. Coonrad RW, Hooper WR. Tennis elbow : its course, natural history, conservative and surgical management. J Bone and Joint Surg 1973 ; 55A : 1177-82.
2. Froimson AI. Treatment of tennis elbow with forearm support band. J Bone and Joint surg 1971 ; 53A : 183-4.
3. Froimson AI. Tenosynovitis and tennis elbow. In : Green DP, Hotchkiss RN, editors. Operative Hand Surgery. Vol. 3. 3rd ed. New York : Churchill Livingstone Inc. ; 1993 : 1989-2004.
4. Nirschl RP. Tennis elbow. Orthop Clin North Am 1973 ; 3 : 787-800.
5. Verhaar J, Walenkamp G, Kester A, et al. Lateral extensor release for tennis elbow : A prospective long-term follow-up study. J Bone and Joint Surg 1993 ; 75A : 1034-43.
6. Gabel GT, Morrey BF. Tennis elbow. In : Cannon WD, editor. Instructional Course Lecture. Vol. 47 ; 1998 : 165-72.
7. Gellman H. Tennis elbow (lateral epicondylitis). Orthop Clin North Am 1992 ; 23 : 75-84.
8. Baumgard SH, Schwartz DR. Percutaneous release of the epicondylar muscles for humeral epicondylitis. Am J Sports Med 1982 ; 10 : 233-6.
9. Friden J, Lieber RI. Physiologic consequences of surgical lengthening of extensor carpi radialis brevis

- muscle tendon junction for tennis elbow. J Hand Surg 1994 ; 19A : 269-74.
10. Moss SH, Switzer HE. Radial tunnel syndrome : A spectrum of clinical presentation. J Hand Surg 1983 ; 8 : 414-20.
11. Rotes NC, Mandsley RH. Radial tunnel syndrome : Resistant tennis elbow as a nerve entrapment. J Bone and Joint Surg 1972 ; 54B : 499-508.