

## อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก โรงพยาบาลชะอำ

### Incidence and Risk factors of Failure in Conservative Treatment of Trigger Fingers in Cha-Am Hospital

ณฐนันท์ เจนสัจจวรรณ พ.บ.,  
ว. ออร์โธปิดิกส์  
กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์  
โรงพยาบาลชะอำ  
จังหวัดเพชรบุรี

Nathanan Jansatjawan M.D.,  
Dip., Thai Board of Orthopedics  
Division of Orthopedics  
Cha-am Hospital  
Phetchaburi

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกที่โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

**วิธีการศึกษา:** การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยนิ้วล็อกจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ป่วยโรงพยาบาลชะอำ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558–30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยโรคนิ้วล็อกโดยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย อายุ, เพศ, อาชีพ, ดัชนีมวลกาย, โรคประจำตัว, โรคร่วมพังผืดข้อมืออักเสบเรื้อรังเส้นประสาท (CTS), จำนวนนิ้วที่เป็นโรคนิ้วล็อก, นิ้วที่เป็นนิ้วล็อก, จำนวนครั้งในการฉีดสเตียรอยด์, และการได้รับการกายภาพบำบัด นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกด้วยการวิเคราะห์ t test independent, chi-square test เปรียบเทียบสัดส่วนความเสี่ยง (odds ratio) ระหว่างกลุ่มที่ล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดกับกลุ่มที่ไม่ล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ด้วยการวิเคราะห์ binary logistic regression และการประมาณค่าขอบเขตความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

**ผลการศึกษา:** จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 214 ราย อุบัติการณ์ของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก คือ ร้อยละ 35.5 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นนิ้วโป้ง การไม่ได้รับการฉีดสเตียรอยด์ และการไม่ได้รับการกายภาพบำบัด มีความสัมพันธ์กับการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นนิ้วล็อกที่นิ้วโป้ง มีโอกาสเกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด สูงกว่าถึง 2.30 เท่า และผู้ที่ไม่ได้รับการกายภาพบำบัดมีโอกาสเกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด สูงกว่าถึง 10.38 เท่า ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ อายุ, เพศ, อาชีพ, ดัชนีมวลกาย, โรคประจำตัว, โรคร่วม CTS, และจำนวนนิ้วที่เป็นโรคนิ้วล็อก ไม่มีความสัมพันธ์กับการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก

**สรุป:** อุบัติการณ์ของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก คือ ร้อยละ 35.5 ผู้ป่วยที่เป็นนิ้วล็อกที่นิ้วโป้ง และการไม่ได้รับการกายภาพบำบัด เป็นปัจจัยเสี่ยงของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการรักษาโดยการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยนิ้วล็อกทุกราย และผู้ที่เป็นนิ้วล็อกโดยเฉพาะที่นิ้วโป้ง ควรได้รับทราบถึงการดำเนินโรคว่ามีโอกาสที่จะล้มเหลวจากการรักษาแบบไม่ผ่าตัดมากกว่านิ้วอื่น

**คำสำคัญ:** นิ้วล็อก ล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยง

วารสารแพทย์เขต 4-5 2568 ; 44(1) : 71-80.

## Abstract

**Objective:** The aim was to evaluate the incidence and risk factors of failure of conservative treatment in patients with trigger fingers at Cha-am Hospital, Phetchaburi.

**Methods:** This was a retrospective analytical study. We collected data from electronic medical records of Cha-am Hospital from January 1, 2015 to June 30, 2024. All patients were diagnosed with trigger fingers by orthopedic surgeons. Data recorded included age, gender, occupation, body mass index, comorbidities, CTS, number of affected fingers, number of steroid injections, and physical therapy. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, t test independent, chi-square test; and odds ratio was determined between the failed conservative treatment group and successful treatment group using binary logistic regression with 95% confidence interval.

**Results:** A total of 214 patients was included. The incidence of failure of conservative treatment was 35.5%. Patients with trigger finger thumbs, not receiving steroid injections, or physical therapy were significantly associated with failure of conservative treatment ( $p < .05$ ). Patients with trigger finger thumbs had a 2.30 time higher risk of failure of conservative treatment, and patients who did not receive physical therapy had a 10.38 time higher risk of failure of conservative treatment. The other factors (age, gender, occupation, body mass index, underlying diseases, CTS, and the number of affected fingers) were not associated with failure of conservative treatment in patients with trigger fingers.

**Conclusion:** The incidence of failure of conservative treatment in patients with trigger fingers was 35.5% Patients with trigger thumbs and patients not receiving physical therapy are risk factors for failure of conservative treatment. Therefore, physical therapy should be promoted in all patients with trigger fingers and especially in trigger thumbs who should be noted that the disease progression is more likely to fail conservative treatment than other fingers.

**Keywords:** trigger finger, failure of conservative treatment, risk factors

Received: Aug 27, 2024; Revised: Sep 10, 2024; Accepted: Sep 26, 2024

Reg 4-5 Med J 2025 ; 44(1) : 71-80.

## บทนำ

โรคนิ้วล็อก (trigger finger) เป็นภาวะที่เกิดจากความไม่สมดุลกันของขนาดเส้นเอ็นในการงอนิ้วมือกับตัวปลอกเส้นเอ็นเอง<sup>1</sup> กล่าวคือในภาวะปกติขณะที่เราทำการงอ เขยียดนิ้วมือนั้น เส้นเอ็นก็จะเคลื่อนตัวอยู่ในปลอกเส้นเอ็นซึ่งทำหน้าที่ช่วยให้เส้นเอ็นทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด แต่เมื่อใดก็ตามถ้าปลอกเส้นเอ็นมีการหนาตัวขึ้น และรัดเส้นเอ็นแน่นขึ้นกว่าปกติจนทำให้เกิดการติดขัดของเส้นเอ็นขณะงอเขยียดนิ้ว ก็จะทำให้เกิดโรคนิ้วล็อกขึ้น ซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อยในแผนกผู้ป่วยนอกของแผนกออร์โธปิดิกส์

อาการของโรคนิ้วล็อกสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ<sup>2</sup> ตามความรุนแรงของโรค คือ ปวด สะดุด ล็อก ยึด ติด

**ระยะที่ 1 :** มีอาการปวดตึง กดเจ็บบริเวณข้อโคนนิ้วทางด้านหน้ายังงอเขยียดได้เต็มที่

**ระยะที่ 2 :** มีอาการสะดุดเวลาขยับนิ้ว งอนิ้วหรือเขยียดนิ้ว

**ระยะที่ 3 :** งอนิ้วแล้วนิ้วติดเขยียดไม่ออกต้องช่วยจ้ำงอ

**ระยะที่ 4 :** นิ้วติดอยู่นาน ข้อนิ้วยึดติด

สาเหตุของการอักเสบส่วนใหญ่มักมาจากการใช้งานของมือและนิ้วมือหนัก และเป็นระยะเวลาานานทำให้เกิดการเสียดสีและเกิดการอักเสบของปลอกหุ้มเอ็น<sup>3</sup> ทั้งนี้หากปล่อยอาการนิ้วล็อกทิ้งไว้ไม่ได้เข้ารับการรักษา อาจจะทำให้เกิดเป็นแผล เกิดพังผืด และเกิดเป็นตุ่มในเอ็น ซึ่งจะส่งผลต่อการเคลื่อนไหวมากขึ้น การใช้งานมือและนิ้วมือหนักจนทำให้เกิดอาการนิ้วล็อก<sup>4</sup> เช่น พนักงานออฟฟิศที่ต้องทำงานกับคอมพิวเตอร์พิมพ์งานเป็นเวลานาน ๆ ติดต่อกันหลายชั่วโมงต่อวัน หรือแม่บ้านที่ต้องซักผ้าบิดผ้า ท้าวถูงใส่ของหนัก ๆ รวมไปถึงนักกีฬาบางประเภทที่ต้องจับอุปกรณ์กีฬาแน่น ๆ เช่น แบดมินตัน เทนนิส หรือ กอล์ฟ เป็นต้น โดยพบมากในช่วงอายุ 55-60 ปี และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศ

ชาย 6 เท่า<sup>5</sup> โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานนั้นมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2-3 เป็นร้อยละ 10<sup>6</sup> และยังพบว่าผู้ป่วยจะมีปัจจัยเสี่ยงที่จะเป็นโรคนิ้วล็อกเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็นพังผืดข้อมือ อักเสบรัดเส้นประสาท (carpal tunnel syndrome: CTS), ปลอกหุ้มเอ็นข้อมืออักเสบ (de Quervain's disease), ไทรอยด์ต่ำ (hypothyroidism), รูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis), โรคไต (renal disease), และโรคอะไมลอยด์โดสิส (amyloidosis)<sup>7</sup>

จากงานวิจัยรูปแบบ retrospective cohort ของ Kang และคณะ<sup>8</sup> ใน ค.ศ. 2021 เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ต้องผ่าตัด หลังฉีดสเตียรอยด์ พบว่า มีอุบัติการณ์ที่ต้องไปผ่าตัด ร้อยละ 10.7 และพบว่าปัจจัยเสี่ยง คือ เพศชาย, การเป็นนิ้วล็อกมากกว่า 1 นิ้ว, การฉีดสเตียรอยด์มากกว่า 1 ครั้ง ในนิ้วเดียวกัน, โรคปอดเรื้อรัง, HIV/AIDS, โรคอ้วน, การใช้ alcohol, และภาวะซึมเศร้า และยังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นนิ้วล็อกที่นิ้วก้อย มีความเสี่ยงน้อยที่จะต้องผ่าตัดตามมา

จากงานวิจัยรูปแบบ retrospective cohort ของ Lewis และคณะ<sup>9</sup> ใน ค.ศ. 2023 ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยนิ้วล็อกที่ได้รับการรักษาโดยการฉีดสเตียรอยด์ แล้วต้องได้รับการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 9.4 ต้องได้รับการผ่าตัด หลังฉีดสเตียรอยด์ครั้งแรก ร้อยละ 23.1 และร้อยละ 30.4 หลังฉีดสเตียรอยด์ครั้งที่ 2 และ 3 ตามลำดับ โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยง คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วน และมีโรคร่วมเป็นพังผืดข้อมือ อักเสบรัดเส้นประสาท (carpal tunnel syndrome)

การวินิจฉัยโรคนิ้วล็อกนั้นอาศัยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกายในการวินิจฉัย<sup>10</sup> โดยผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดบริเวณปลอกหุ้มเส้นเอ็น A1 อาการนิ้วสะดุดหรือนิ้วติด งอแล้วไม่สามารถเขยียดได้หรือหากเป็นมากขึ้น อาจเกิดข้อติดแข็งได้ ตามระยะการดำเนินโรคที่กล่าวไปข้างต้น โดยการวินิจฉัยทางภาพถ่ายรังสีนั้นยังไม่จำเป็นในโรคนี้ ทั้งนี้การวินิจฉัย

ต้องแยกโรคจากการติดเชื้ หรือการได้รับบาดเจ็บที่เส้นเอ็นโดยอาจใช้การฉีดยาเพื่อช่วยในการวินิจฉัย หากเป็นโรคนิ้วล็อก อาการปวด และอาการล็อก จะดีขึ้น<sup>10</sup>

การรักษาโรคนิ้วล็อกเริ่มต้นจากการรักษาแบบไม่ผ่าตัดซึ่งประกอบด้วย การพักการใช้งานมือ การบริหารที่ถูกต้อง การรับประทานยาต้านอักเสบ<sup>11</sup> การใส่ที่ประคองนิ้ว การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด ความร้อน/เย็น การฝังเข็ม รวมถึงการฉีดยาสเตียรอยด์<sup>12</sup> ถ้าอาการของโรคยังคงอยู่ หรือกลับมาเป็นซ้ำอีก ก็จะพิจารณารักษาโดยวิธีผ่าตัด ซึ่งหลักการผ่าตัดคือการตัดปลอกเส้นเอ็นที่เป็นโรคให้เปิดออก ทำให้เส้นเอ็นสามารถเคลื่อนที่ได้สะดวกตามเดิม<sup>13</sup>

ในการรักษานั้น มีทั้งผู้ป่วยที่รักษาหายโดยการไม่ผ่าตัด แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่ล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ทำให้ต้องรักษาโดยการผ่าตัดขึ้น<sup>14</sup> โดยการผ่าตัดนั้นผู้ป่วยต้องเสียทั้งเลือด ทั้งเวลา หลังผ่าตัดต้องรอให้แผลติด 7-14 วัน มีความเสี่ยงเรื่องการติดเชื้อจากการผ่าตัด มีความเจ็บปวดจากการผ่าตัด และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ ร้อยละ 3<sup>15</sup>

เนื่องจากโรงพยาบาลชะอำเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์สามารถรักษาโรคนิ้วล็อกได้ตั้งแต่การรักษาโดยไม่ผ่าตัดไปจนถึงการรักษาแบบผ่าตัด ดังนั้นผู้ทำวิจัยจึงต้องการศึกษาถึงอุบัติการณ์ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการแนะนำและเฝ้าระวังผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ตัวเองมี ที่มีความเสี่ยงที่จะล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการรักษาต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก

### วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยนิ้วล็อกจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ป่วยโรงพยาบาลชะอำ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 214 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยโรคนิ้วล็อกโดยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัย และเกณฑ์การคัดเลือกออกจากงานวิจัย ดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ้วล็อก และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชะอำ
2. ผู้ป่วยที่มีอายุ  $\geq 15$  ปี

#### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่ได้มารักษาตามนัด (loss F/U)
2. ผู้ป่วยที่ข้อมือนิ้วล็อกจากสาเหตุอื่น อันได้แก่ เป็นแต่กำเนิด (congenital), อุบัติเหตุ (trauma), เนื้องอก (tumour), ติดเชื้อ (infection), การได้รับรังสี (radiation)

โดยคำว่านิยามคำว่า การล้มเหลวในการรักษาโดยไม่ผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หลังรักษานิ้วล็อกโดยการไม่ผ่าตัด แล้วไม่หาย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลอายุ, เพศ, อาชีพ, ดัชนีมวลกาย, โรคประจำตัว, โรคร่วม CTS, จำนวนนิ้วที่เป็นโรคนิ้วล็อก, นิ้วที่เป็นนิ้วล็อก, จำนวนครั้งในการฉีดยาสเตียรอยด์, และการได้รับการกายภาพบำบัด

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล

ดำเนินสะดวก วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2567 เลขที่  
DNSH-REC No. 67/05

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ข้อมูลตัวแปร นำเสนอเป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก ด้วย t test independent, chi-square test, และ เปรียบเทียบสัดส่วนความเสี่ยง (odds ratio) ระหว่างกลุ่มที่ล้มเหลวกับไม่ล้มเหลว ด้วยการวิเคราะห์ binary logistic regression และการประมาณค่าขอบเขตความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติในช่วงค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ด้วยโปรแกรม SPSS version 21 ลิขสิทธิ์ของศูนย์ฝึกอบรม และแพทยศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยนิ้วล็อกที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชะอำ ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558–30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 214 ราย มีอายุเฉลี่ย

53.97 ± 10.84 ปี, ดัชนีมวลกาย 25.62 ± 4.88 กิโลกรัม/ตารางเมตร, เป็นเพศหญิง 171 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.9, เป็นกลุ่มอาชีพในภาคเกษตรกรรม 140 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.4, เป็นเบาหวาน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.0, เป็นรูมาตอยด์ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.9, เป็นไทรอยด์ต่ำ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8, เป็นไตเรื้อรัง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.4, เป็นเก๊าท์ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3, เคยเป็นพังผืดข้อมืออักเสบรัดเส้นประสาท (CTS) 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.6, จำนวนนิ้วที่เป็น 1 นิ้ว 195 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.1, จำนวนนิ้วที่เป็น 2 นิ้ว 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.9, จำนวนนิ้วที่เป็น 3 นิ้ว 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9, เป็นนิ้วโป้ง 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.7, เป็นนิ้วชี้ 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.0, เป็นนิ้วกลาง 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.0, เป็นนิ้วนาง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.6, เป็นนิ้วก้อย 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.9, ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ 1 ครั้ง 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.1, ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ 2 ครั้ง 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.4, ไม่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ 153 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.5, และไม่ได้รับการกายภาพ 194 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.7 โดยอุบัติการณ์ของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก โรงพยาบาลชะอำ คือร้อยละ 35.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก โรงพยาบาลชะอำ

การล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด	จำนวน (ร้อยละ)
ล้มเหลว	76 (35.5)
ไม่ล้มเหลว	138 (64.5)

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของนิ้วล็อกในโรงพยาบาลชะอำที่เกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดเทียบกับผู้ป่วยนิ้วล็อกที่ไม่ล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่เป็นนิ้วโป้ง จะทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (ร้อยละ 53.9) สูงกว่ากลุ่มไม่ล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด

(ร้อยละ 31.9), ผู้ป่วยที่เป็นนิ้วกลาง จะทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (ร้อยละ 23.7) ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (ร้อยละ 41.3), การไม่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ จะทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (ร้อยละ 89.5) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด

(ร้อยละ 61.6), และการได้รับกายภาพบำบัด จะทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (ร้อยละ 1.3) ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (ร้อยละ 13.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ส่วนอายุ, เพศ, อาชีพ, ดัชนีมวลกาย, โรคประจำตัว, โรคร่วม CTS, จำนวนนิ้วที่เป็นโรคนิ้วล็อก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก โรงพยาบาลชะอำ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป และการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก (N = 214)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	การล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด		p-value
		ไม่ล้มเหลว (Mean ± SD)	ล้มเหลว (Mean ± SD)	
<b>อายุ (ปี)</b>				
Mean ± SD	53.97 ± 10.84	53.57 ± 11.36	54.21 ± 10.95	.688 <sup>b</sup>
Range	13.00–84.00			
<b>เพศ</b>				
หญิง	171 (79.9%)	107 (77.5%)	64 (84.2%)	.323 <sup>a</sup>
ชาย	43 (20.1%)	31 (22.5%)	12 (15.8%)	
<b>ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)</b>				
Mean ± SD	25.62 ± 4.88	25.84 ± 4.80	25.23 ± 5.02	.381 <sup>b</sup>
Range	12.90–43.34			
<b>โรคเบาหวาน</b>				
เป็น	45 (21.0%)	33 (23.9%)	12 (15.8%)	.222 <sup>a</sup>
ไม่เป็น	169 (79.0%)	105 (76.1%)	64 (84.2%)	
<b>โรครูมาตอยด์</b>				
เป็น	4 (1.9%)	3 (2.2%)	1 (1.3%)	.100 <sup>a</sup>
ไม่เป็น	210 (98.1%)	97 (97.8%)	75 (98.7%)	
<b>โรคไทรอยด์ต่ำ</b>				
เป็น	6 (2.8%)	4 (2.9%)	2 (2.6%)	.100 <sup>a</sup>
ไม่เป็น	208 (97.2%)	134 (97.1%)	74 (97.4%)	
<b>โรคไตเรื้อรัง</b>				
เป็น	18 (8.4%)	11 (8.0%)	7 (9.2%)	.956 <sup>a</sup>
ไม่เป็น	196 (91.6%)	127 (92.0%)	69 (90.8%)	
<b>โรคเก๊าท์</b>				
เป็น	5 (2.3%)	3 (2.2%)	2 (2.6%)	1.00 <sup>a</sup>
ไม่เป็น	209 (97.7%)	135 (97.8%)	74 (97.4%)	

a chi-square test, b t test independent

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป และการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก (N = 214) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	การล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด		p-value
		ไม่ล้มเหลว (Mean ± SD)	ล้มเหลว (Mean ± SD)	
<b>เคยเป็น CTS</b>				
เป็น	72 (33.6%)	42 (30.4%)	30 (39.5%)	.235 <sup>a</sup>
ไม่เป็น	142 (66.4%)	96(69.6%)	46 (60.5%)	
<b>จำนวนนิ้วที่เป็น</b>				
1 นิ้ว	195 (91.1%)	122 (88.4%)	73 (96.1%)	.151 <sup>a</sup>
2 นิ้ว	17 (7.9%)	14 (10.1%)	3 (3.9%)	
3 นิ้ว	2 (0.9%)	2 (1.4%)	0 (0.0%)	
<b>จำนวนนิ้วที่เป็น</b>				
นิ้วโป้ง	85 (39.7%)	44 (31.9%)	41 (53.9%)	.003 <sup>a</sup>
นิ้วชี้	30 (14.0%)	22 (15.9%)	8 (10.5%)	.375 <sup>a</sup>
นิ้วกลาง	75 (35.0%)	57 (41.3%)	18 (23.7%)	.015 <sup>a</sup>
นิ้วนาง	29 (13.6%)	20 (14.5%)	9 (11.8%)	.739 <sup>a</sup>
นิ้วก้อย	17(7.9%)	14 (14.1%)	3 (3.9%)	.180 <sup>a</sup>
<b>จำนวนครั้งในการฉีดสเตียรอยด์</b>				
ไม่ได้รับการฉีด	153 (71.5%)	85 (61.6%)	68 (89.5%)	.00 <sup>a</sup>
1 ครั้ง	58 (27.1%)	51 (37.0%)	7 (9.2%)	
2 ครั้ง	3 (1.4%)	2 (1.4%)	1 (1.3%)	
<b>การได้รับกายภาพบำบัด</b>				
ได้รับ	20 (9.3%)	19 (13.8%)	1 (1.3%)	.006 <sup>a</sup>
ไม่ได้รับ	194 (90.7%)	119 (86.2%)	75 (98.7%)	

a chi-square test, b t test independent

เมื่อนำตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกโรงพยาบาลชะอำ มาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก (ตารางที่ 3) พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างการเกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด กับผู้ป่วยที่เป็นนิ้วล็อกนิ้วโป้ง และการไม่ได้รับการกายภาพบำบัด

โดยพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นนิ้วล็อกนิ้วโป้ง มีโอกาสเกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดสูงกว่าถ้าผู้ไม่ได้เป็นนิ้วล็อกที่นิ้วโป้งถึง 2.30 เท่า และผู้ที่ไม่ได้รับการกายภาพบำบัด มีโอกาสเกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดสูงกว่าผู้ที่ได้รับ ถึง 10.38 เท่า โดยปัจจัยอื่นได้แก่ การเป็นที่นิ้วกลางและการไม่ได้รับการฉีด สเตียรอยด์ เป็นตัวแปรที่มีได้ถูกคัดเข้าในสมการขั้นสุดท้าย

**ตารางที่ 3** การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยนิ้วล็อกด้วยการวิเคราะห์ binary logistic regression

ข้อมูลทั่วไป	Coefficient (β)	SE Coefficient	p-value	Odds Ratio	95% CI
<b>นิ้วโป้ง</b>					
ไม่เป็น	1				
เป็น	0.835	0.299	.005	2.306	1.283–4.144
<b>การกายภาพ</b>					
ได้รับ	1				
ไม่ได้รับ	2.340	1.042	.025	10.379	1.348–79.930

### วิจารณ์

อุบัติการณ์ของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก โรงพยาบาลชะอำ คือ ร้อยละ 35.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Patel และคณะ<sup>16</sup> ที่ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังการรักษาแบบไม่ผ่าตัดโรคนิ้วล็อก ร้อยละ 65 (ล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ร้อยละ 35)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก โรงพยาบาลชะอำ ได้แก่

ผู้ป่วยที่เป็นนิ้วโป้ง จะทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (ร้อยละ 53.9) สูงกว่ากลุ่มไม่ล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (ร้อยละ 31.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และผู้ป่วยที่เป็นนิ้วล็อกนิ้วโป้ง มีโอกาสเกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นนิ้วล็อกที่นิ้วโป้งถึง 2.30 เท่า ทั้งนี้ เนื่องจากนิ้วโป้งนั้นเป็นนิ้วที่ใช้งานค่อนข้างมากในชีวิตประจำวัน เพราะเป็นนิ้วที่ใหญ่และแข็งแรงที่สุดและยังเป็นนิ้วหลักในการใช้หยิบจับสิ่งของ<sup>17</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gorsche และคณะ<sup>3</sup> ที่พบว่าปัจจัยของการเกิดนิ้วล็อกนั้นสัมพันธ์กับการเสียดสีและการใช้งานหนักของนิ้วมือ

ผู้ป่วยที่ได้รับการกายภาพบำบัดจะทำให้เกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (ร้อยละ 1.3) ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (ร้อยละ 13.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยพบว่าผู้ที่ไม่ได้รับการกายภาพบำบัด มีโอกาสเกิดการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดสูงกว่าผู้ที่ได้รับการกายภาพบำบัด ถึง 10.38 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากการกายภาพบำบัด ได้แก่ การบริหารนิ้วมือ การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด การฝังเข็ม การแช่น้ำอุ่น และการตามนิ้ว (splinting) นั้นช่วยลดการอักเสบของพังผืดปลอกหุ้มเอ็นในโรคนิ้วล็อก<sup>18</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Patel และคณะ<sup>17</sup> ที่ได้ศึกษาพบว่าการกายภาพบำบัดนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้ถึง ร้อยละ 65

ส่วนปัจจัยด้าน อายุ ดัชนีมวลกาย เพศ โรคประจำตัว การมีโรคร่วม CTS จำนวนนิ้วที่เป็น ไม่มีความสัมพันธ์กับการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่า เพศชาย และการเป็นนิ้วล็อกมากกว่า 1 นิ้ว นั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lewis และคณะ<sup>9</sup> ที่พบว่าปัจจัยเสี่ยง คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วน และมีโรคร่วมเป็นพังผืดข้อมืออีกเสบรัดเส้นประสาท (carpal tunnel syndrome)

## สรุป

อุบัติการณ์ของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อกคือ ร้อยละ 35.5 ผู้ป่วยที่เป็นนิ้วล็อกนิ้วโป้ง และการไม่ได้รับการกายภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงของการล้มเหลวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคนิ้วล็อก ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการรักษาโดยการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยนิ้วล็อกทุกราย และผู้ที่เป็มนิ้วล็อกโดยเฉพาะที่นิ้วโป้ง ควรได้รับทราบถึงการดำเนินโรคว่ามีโอกาที่จะล้มเหลวจากการรักษาแบบไม่ผ่าตัดมากกว่านิ้วอื่น

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัย และให้คำแนะนำการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล พญ.ปฐพร ประชาภิญโญ แพทย์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลชะอำ และ นพ.ประกาศิต ชมชื่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอำ ที่มีส่วนช่วยให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- Carlson CS Jr, Curtis RM. Steroid injection for flexor tenosynovitis. *J Hand Surg Am* 1984;9(2):286–7. doi: 10.1016/s0363-5023(84)80165-3.
- Wolf SW. Tendinopathy. In: Wolfe SW, Hotchkiss RN, Pederson W, et al., editors. *Green's operative hand surgery*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. 1903–25.
- Gorsche R, Wiley JP, Renger R, et al. Prevalence and incidence of stenosing flexor tenosynovitis (trigger finger) in a meat-packing plant. *J Occup Environ Med* 1998;40(6):556–60. doi: 10.1097/00043764-199806000-00008.
- Verdon ME. Overuse syndromes of the hand and wrist. *Prim Care* 1996;23(2):305–19. doi: 10.1016/s0095-4543(05)70278-5.
- Fahey JJ, Bollinger JA. Trigger-finger in adults and children. *J Bone Joint Surg Am* 1954; 36-A(6):1200–18.
- Stahl S, Kanter Y, Karnielli E. Outcome of trigger finger treatment in diabetes. *J Diabetes Complications* 1997;11(5):287–90. doi: 10.1016/s1056-8727(96)00076-1.
- Chammas M, Bousquet P, Renard E, et al. Dupuytren's disease, carpal tunnel syndrome, trigger finger, and diabetes mellitus. *J Hand Surg Am* 1995;20:109–14. doi: 10.1016/S0363-5023(05)80068-1.
- Kang HP, Vakhshori V, Mohty K, et al. Risk factors associated with progression to surgical release after injection of trigger digits. *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev* 2021;5(7):e20.00159. doi: 10.5435/JAOSGlobal-D-20-00159.
- Lewis J, Seidel H, Shi L, et al. National benchmarks for the efficacy of trigger finger and the risk factors associated with failure. *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev* 2023;7(2):e22.00198. doi: 10.5435/JAOSGlobal-D-22-00198.
- Katzman BM, Steinberg DR, Bozentka DJ, et al. Utility of obtaining radiographs in patients with trigger finger. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)* 1999;28(12):703–5.
- Ryzewicz M, Wolf JM. Trigger digits: principles, management, and complications. *J Hand Surg Am* 2006;31(1):135–46. doi: 10.1016/j.jhsa.2005.10.013.

12. Gil JA, Hresko AM, Weiss APC. Current concepts in the management of trigger finger in adults. *J Am Acad Orthop Surg* 2020;28(15):e642–50. doi: 10.5435/JAAOS-D-19-00614.
13. Panghate A, Panchal S, Prabhakar A, et al. Outcome of percutaneous trigger finger release technique using a 20-gauge hypodermic needle. *J Clin Orthop Trauma* 2020;15:55–59. doi: 10.1016/j.jcot.2020.10.043
14. Anderson BC. Office orthopedics for primary care: diagnosis and treatment. Philadelphia: WB Saunders Company; 1999.
15. Lapidus PW, Guidotti FP. Stenosing tenovaginitis of the wrist and fingers. *Clin Orthop Relat Res* 1972;83:87–90. doi: 10.1097/00003086-197203000-00015.
16. Patel MR, Bassini L. Trigger fingers and thumb: when to splint, inject, or operate. *J Hand Surg Am* 1992;17(1):110–13. doi: 10.1016/0363-5023(92)90124-8.
17. Wiznia D. What is the role of the thumb in hand anatomy? *Medical news today* [internet]. 2023 [cited 2024 Oct 25]; Available from: URL: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/is-a-thumb-a-finger#:~:text=Thumb%20function%20and%20purpose,movements%20for%20precise%20tool%20use>.
18. Watanabe H, Hamada Y, Toshima T, et al. Conservative treatment for trigger thumb in children. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001;121(7):388–90. doi: 10.1007/s004020000249.