

นิพนธ์ต้นฉบับ

# การวิเคราะห์ผู้ป่วยกระดูกหลังระดับเอมเคลื่อนที่ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประกิต เทียนบุญ\*

ตรง พันธุมโกมล\*

พิบูลย์ อิทธิระวิวงศ์\*

Teinboon P, Pantoomkomol T, Itiravivong P. Analysis of Spondylolisthesis at Chulalongkorn Hospital. Chula Med J 1983 Jul : 27 (4) : 215-228

*A series of 83 cases of spondylolisthesis from Orthopaedics Department, Chulalongkorn University Hospital was analysed. The age incidence ranged from 22 to 75 years, most commonly at 4<sup>th</sup> decade. The ratio between male and female was 1 : 4.5. Of all the types of spondylolisthesis, 81.93% was classified as ischemic, 16.78% as degenerative and 1.2% as dysplastic. 55.42% of all olisthesis were found at L4-5 level. There were 36.15% of cases showing compression of either nerve root or cauda equina.*

\* ภาควิชาออร์โทปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กระดูกหลังเอวเคลื่อนไหวเริ่มเป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1782 โดยสตินรีแพทย์ชาวเบลเยียม ชื่อ Herbiniaux<sup>(1,2,3)</sup> ในขณะที่ทำคลอดพบว่ากระดูกหลังเอวส่วนที่ต่อกับเชิงกรานโป่งนูนออกมาทางค้ำหน้า ทำให้การคลอดยากขึ้น เขาพบว่าสาเหตุนี้มาจากกระดูกหลังส่วนเอวเคลื่อนไหวไปหน้าต่อกับกระดูกเชิงกรานต่อมาในปี ค.ศ. 1954 Killian<sup>(1,2)</sup> ได้นำคำกระดูกหลังเอวเคลื่อนไหวมาใช้ (Spondylolisthesis) ได้มีการศึกษากันต่อๆ มาอีกมากมายทั้งโดยการตรวจศพและการผ่าตัดและพยายามที่จะค้นหาสาเหตุของการเคลื่อนนี้ ทำให้เกิดความสับสนจนกระทั่ง Wiltse<sup>(3)</sup> ได้จัดกลุ่มของกระดูกหลังเคลื่อนออกเป็น 5 ชนิด ทำให้สามารถเข้าใจถึงสาเหตุพยาธิสภาพต่างๆ ได้ง่ายขึ้น โดยอาศัยอายุ ประวัติ และการตรวจภาพรังสีช่วยด้วย ดังนี้ คือ<sup>(2,3,4,5,6,7,8,9,10)</sup>

1. ชนิด Dysplastic ความผิดปกติเกิดขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็ก พบว่ามีความผิดปกติของกระดูกเชิงกรานส่วนบนและกระดูกหลังเอวอันที่ 5 ส่วนล่าง ซึ่งจากการศึกษาไม่พบความผิดปกติในขณะที่ทารกยังอยู่ในครรภ์หรือในทารกแรกคลอด<sup>1,8</sup> แต่มักจะพบเมื่อเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไป<sup>(1,7,8)</sup> แบ่งออกเป็น 2 ชนิดย่อย คือ

1.1 ความผิดปกติเกิดกับ pars interarticularis

1.2 มีความผิดปกติจากการยืดยาวออกของ pars (elongation of pars interarticularis) ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มนี้

กระดูกหลังเอวเคลื่อนไหวชนิดนี้เชื่อว่ามีความสัมพันธ์ในแง่ของกรรมพันธุ์เป็นอย่างมาก<sup>(8,11,12)</sup> เพราะพบว่ามี ความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น spina bifida เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับแรงที่กระทำต่อ pars (mechanical condition) ทำให้เกิดการแยกตัว (lysis) และการเคลื่อน (olisthesis) ซึ่ง Farfan<sup>(13)</sup> ได้พยายามอธิบายเหตุผลสรุปออกมาเป็น 3 เหตุ คือ

- ก. flexion over load
  - ข. unbalanced shear force
  - ค. force rotation or torsional force
- เป็นทิวสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการแยกตัวของ neural arch ทางด้านหลังขึ้น โดยเฉพาะที่ตำแหน่งของ pars กระดูกหลังเอวอันที่ 5 ต่อกับเชิงกราน เป็นตำแหน่งที่รับแรงมากที่สุด เพราะฉะนั้นพยาธิสภาพมักจะเกิดขึ้นที่ตำแหน่งนี้ยกเว้นถ้ามีแรงต้านต่อ torsional force เช่น การเกิด sacralization หรือการที่ transverse process ของกระดูกหลังเอวที่ 5 มีขนาดใหญ่ การแยกของ pars หรือการเคลื่อนของกระดูกหลังเอวจะเกิดในระดับสูงขึ้น ส่วนตัวกระดูกหลังเอวอันที่ 5 ได้รับแรงกระทำมากๆ จะเกิด

การแยกตัวของ pars ขึ้น ทำให้พบมีพยาธิสภาพ 2 ระดับ ส่วน shear force จะทำให้เกิดการแยกตัวและการเคลื่อนเพิ่มมากขึ้น โดยที่ Farfan<sup>(13)</sup> เชื่อว่าในท่าก้มตัวจะทำให้เกิดการเคลื่อนมาก ส่วน Troup<sup>14</sup> เชื่อว่าเกิดจากท่าเอ่นตัวไปข้างหลัง

2. ชนิด Ischemic ชนิดนี้พบได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ แต่มักจะไม่พบในคนอายุมากกว่า 50 ปี<sup>(6)</sup> ความผิดปกติอยู่ที่ pars inter-articularis สามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิดย่อยคือ

2.1 ชนิดแยกตัว (lytic) เกิดจากการที่มี fatigue fracture ที่ตำแหน่งของ pars ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปีลงไป<sup>(6)</sup>

2.2 ชนิด elongate ความผิดปกติเกิดจากการที่ pars มีลักษณะยาวออก ซึ่ง Wiltse ให้เหตุผลว่าการที่เป็นเช่นนี้เพราะมี microfracture ที่ตำแหน่งของ pars แต่สามารถเชื่อมต่อกันได้เอง ทำให้ pars ยึดยาวออกมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้การแยกนั้นเกิดขึ้นอย่างชัดเจน ก็จะเป็นชนิดแยกตัว ชนิด pars ยึดยาวนี้แยกยากมาจากในชนิด dysplastic เนื่องจากภาพรังสีมีลักษณะคล้ายกันมาก จำเป็นต้องใช้การผ่าตัดเพื่อดูพยาธิสภาพช่วยด้วย

2.3 ชนิดกระดูกหักเฉียบพลัน (Acute fracture) พยาธิสภาพเกิดจากมีอุบัติเหตุ

เหตุอย่างรุนแรง ทำให้เกิดการแยกตัวที่ตำแหน่ง pars ขึ้น

ในเด็กนั้นถ้ามีกระดูกหลังเอวเคลื่อนจะพบเป็นชนิด dysplastic และ ischemic

3. ชนิด Degenerative พบประมาณร้อยละ 15<sup>(15,16)</sup> เกิดความผิดปกติที่ข้อ facet เนื่องมาจากการใช้งานมานานทำให้เกิดการเสื่อมสภาพ, ข้อ facet ไม่แข็งแรง แนวของข้อซึ่งเดิมตั้งขนานกับลำตัวเปลี่ยนไปอยู่ในแนวราบตั้งฉากกับลำตัว ทำให้โอกาสของการเคลื่อนเป็นไปได้ง่ายขึ้น พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 4 เท่า และอายุที่พบมักจะมากกว่า 50 ปีขึ้นไป<sup>(15,16)</sup> ไม่พบร่วมกับ spina bifida ร้อยละ 80 พบที่ตำแหน่งกระดูกหลังเอวข้อที่ 4 ต่อ 5<sup>15</sup> โดยมีขนาดการเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 30 (ขนาด 2) และอาจจะพบมี sacralization มากกว่าปกติถึง 4 เท่า ในการวินิจฉัยนั้นนอกจากอายุแล้วยังจำเป็นต้องอาศัยภาพรังสีช่วย ซึ่งจะพบความผิดปกติดังนี้คือ<sup>(16,17)</sup>

3.1 มีความผิดปกติของข้อ facet แนวข้อ facet เปลี่ยนไปเป็นแนวนอน

3.2 ช่องหมอนรองกระดูกแคบลง

3.3 ขอบของกระดูกหลังระหว่างช่องหมอนกระดูก (end plate) มีลักษณะขาวขึ้น (sclerosis)

3.4 มีกระดูกงอกเกิดขึ้นรอบ ๆ กระดูกหลัง (vertebral body spurring) การวินิจฉัยผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนชนิดนี้มักไม่ค่อยมีปัญหา

4. ชนิดที่เกิดจากอุบัติเหตุ (Traumatic type)<sup>(5,6,7,8)</sup> อุบัติเหตุที่จะทำให้เกิดการเคลื่อนของกระดูกหลังเอวนั้นต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้มีพยาธิสภาพแตกหรือหักของ neural arch เกิดขึ้นอาจจะเกิดกับข้อ facet เอง หรือ pedicle แต่จะไม่พบเป็นกระดูกหักชนิดที่เกิดเฉพาะที่ pars เท่านั้น (isolated pars fracture)

5. ชนิดที่มีพยาธิสภาพนำมาก่อน (Pathological type) ชนิดที่เกิดขึ้นจากมีโรคดั้งเดิมอยู่ก่อนแล้ว ทำให้เกิดการเคลื่อนของกระดูกหลังเอวตามมา แบ่งเป็น 2 ชนิดย่อยคือ

5.1 เป็นชนิดทั่วไป (Generalized disease) เป็นโรค systemic มีการเปราะหรืออ่อนของกระดูก เมื่อได้รับอุบัติเหตุเบา ๆ จะทำให้เกิดการเคลื่อนขึ้น หรืออาจจะเกิดขึ้นเอง เช่น โรค albers-schoenberg, Arthrogryposis, Paget's หรือซีฟิลิส เป็นต้น

5.2 ชนิดเฉพาะที่ (local disease) ได้แก่ เนื้องอกหรือมะเร็ง หรือวัณโรคกระดูกสันหลัง เป็นต้น

จากอุบัติการณ์และสาเหตุของกระดูกหลังเอวเคลื่อน ซึ่งรายงานในต่างประเทศดังกล่าว ผู้รายงานได้นำผู้ป่วยซึ่งรับไว้ที่ ภาควิชาออร์โทปีดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 100 คน ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสำหรับศึกษา 83 คน ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 ถึง พ.ศ. 2524 มาทำการศึกษาเปรียบเทียบถึงความแตกต่างของอุบัติการณ์ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยดังต่อไปนี้ คือ

#### ข้อมูลและผลการศึกษา

ผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนจำนวน 83 คน เป็นเพศหญิง 64 คน (ร้อยละ 77.11) เพศชาย 19 คน (ร้อยละ 22.89) อายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 75 ปี การกระจายของผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนตามอายุดังต่อไปนี้

#### ตารางที่ 1

อายุ	จำนวน
22-30	3
31-40	11
41-50	39
51-60	24
61-70	5
71-75	1

ชนิดของกระดูกหลังเอวเคลื่อน

ชนิด dysplastic จำนวน 1 คน

(ร้อยละ 1.20)

ชนิด ischemic จำนวน 68 คน ถึงร้อยละ 50 ของกระดูกหลัง พบจำนวน 43 คน (ร้อยละ 81.93)  
 ชนิด degenerative จำนวน 14 คน 2 ถึง 3 ใน 4 หรือร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 75 (ร้อยละ 16.87)  
 ขนาดการเคลื่อนแบ่งเป็น 4 ขนาด ดังนี้  
 คือ  
 ขนาด 1 หมายถึงมีการเคลื่อนเกิดขึ้น ไม่เกิน 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 ของกระดูก หลัง พบจำนวน 32 คน  
 ขนาด 2 การเคลื่อนเกิดขึ้นระหว่าง 1 ใน 4 ถึง 1 ใน 2 หรือระหว่างร้อยละ 25

ขนาด 3 การเคลื่อนอยู่ระหว่าง 1 ใน 2 ถึง 3 ใน 4 หรือร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 75 ของกระดูกหลังพบจำนวน 8 คน  
 ขนาด 4 การเคลื่อนมากกว่า 3 ใน 4 หรือร้อยละ 75 ขึ้นไป ไม่พบในการศึกษา

### ประวัติผู้ป่วยมาพบแพทย์

ได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรงมาก่อน 5 คน  
 ทำงานหนักมีเสียงดังเกิดขึ้นที่หลัง 5 คน  
 อาการปวดค่อยเป็นค่อยไป 73 คน

### ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์

เวลา (วัน เดือน ปี)	จำนวน
1 วัน - 1 เดือน	3
1 เดือน - 6 เดือน	9
6 เดือน - 1 ปี	24
1 ปี - 2 ปี	24
2 ปี - 5 ปี	15
5 ปี - 10 ปี	7
10 ปี - 20 ปี	1

### อาการและอาการแสดง

มาพบแพทย์เรื่องปวดหลัง	77 คน
ปวดขา	6 คน
ปวดหลังร้าวไปตะโพก	43 คน
ปวดหลังร้าวไปตะโพกและขา 1 ข้าง	24 คน

ปวดหลังร้าวไปตะโพกและขา 2 ข้าง หรือปวดขา 2 ข้าง	16 คน
เดินแล้วปวดมากขึ้น	37 คน
นั่งปวดมากขึ้น	7 คน
นอนปวดมากขึ้น	2 คน
ปวดตลอดเวลา	9 คน
เดินไม่ค่อยไหว	19 คน

### การตรวจร่างกาย

ปวดมากเมื่อมีการเคลื่อนไหวหลัง	38 คน
shifting or prominence ของ spinous process	68 คน
straight leg raising test ให้ผลบวก	30 คน
อาการชาอย่างเดียว	6 คน
กล้ามเนื้ออ่อนแรงอย่างเดียว	2 คน
กล้ามเนื้ออ่อนแรงและชา	22 คน
ankle reflex ลดลง	8 คน
สรุปแล้วมีอาการกดรากลประสาทเกิดขึ้น	30 คน

วิจารณ์

ตารางแสดงลักษณะที่พบต่างกันระหว่างรายงานอื่นๆ และรายงานนี้

ลักษณะต่างๆ ที่แตกต่างกัน	รายงานอื่นๆ	รายงานนี้
1. อัตราที่พบในประชากรทั่วไป	เฉลี่ยร้อยละ 5 <sup>(1,7)</sup> (พบมากที่สุดเ็นชาวเอสกีโมร้อยละ 48) <sup>(18)</sup>	ไม่มีตัวเลขแน่นอน
2. อัตราที่พบในเด็กอายุ 1-12 ปี	ร้อยละ 1.87-4.8	พบอายุน้อยที่สุด 22 ปี
3. ชนิดของการเคลื่อน		
3.1 dysplastic	ร้อยละ 33 <sup>(1,11)</sup>	ร้อยละ 1.20
3.2 ischemic	ร้อยละ 15 <sup>(1,11)</sup>	ร้อยละ 81.93
3.3 degenerative	ร้อยละ 15 <sup>(1,11)</sup>	ร้อยละ 16.87
4. ตำแหน่งการเคลื่อน		
4.1 ชนิดต่างๆ รวมกัน	พบมากที่สุดที่ระดับหลังเอวที่ 5 ต่อเชิงกรานที่ 1 <sup>(1)</sup>	พบมากที่สุดที่ระดับกระดูกหลังเอวที่ 4 ต่อ 5 ร้อยละ 55.42
4.2 degenerative	พบที่กระดูกหลังเอวที่ 4 ต่อ 5 <sup>(1)</sup>	พบมากที่สุดที่กระดูกหลังเอวที่ 5 ต่อเชิงกรานที่ 1
5. อาการรากประสาทถูกกดทับ	พบน้อย	พบมากถึงร้อยละ 36.15

อุบัติการณ์กระดูกสันหลังเอวเคลื่อนมีความแตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ เฉลี่ยประมาณร้อยละ 5<sup>1,7</sup> พบว่าในชาวเอสกีโมมีอุบัติการณ์สูงที่สุดถึงร้อยละ 45<sup>(18)</sup> ในเด็กอายุ 1-12 ปี โดยทั่วไปพบประมาณร้อยละ 1.87 ถึง 4.8<sup>(19,20)</sup> สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีตัวเลขที่แน่นอน คณะของผู้รายงานจะได้ทำการศึกษาและรายงานในอนาคตต่อไป อายุที่พบมีกระดูกหลังเอวเคลื่อนนั้นพบตั้งแต่ทารกแรกคลอดจนถึงผู้สูงอายุรายงานของ Wiltse

พบตั้งแต่อายุ 8 เดือนครึ่ง<sup>7</sup> แต่ยังไม่เคยมีรายงานที่พบอุบัติการณ์ในขณะที่ยังเป็นทารกในครรภ์<sup>(7,8)</sup> โดยปกติแล้วกระดูกหลังเอวเคลื่อนจะเริ่มพบในขณะที่เด็กเริ่มหัดเดิน เพราะเด็กจะเริ่มตั้งตัวขึ้นตรงทำให้เกิดแรงกระทำต่อกระดูกหลังเอวและเชิงกรานมากขึ้น<sup>(8,13,14)</sup> เมื่ออายุมากขึ้นอุบัติการณ์ก็จะสูงขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งเด็กอายุ 20 ปี<sup>(1)</sup> อุตการณ์จะเท่ากับในผู้ใหญ่ จากการศึกษาในสัตว์ที่เดิน 4 เท้าพบว่ากระดูกหลังเอวเคลื่อนมีอัตราน้อยมากจน

เกือบไม่มีเลย ซึ่ง Farfan<sup>(13)</sup> เชื่อว่าเป็น เพราะแนวแรงที่กระทำต่างกัน ในสัปดาห์ 4 เท่า นั้นแนวกระดูกสันหลังขนานกับพื้น แต่ในคน กระดูกหลังตั้งฉากกับพื้นดิน เมื่อมีแรงกระทำ ต่อกระดูกหลังเอวและเชิงกรานมากขึ้น ทำให้ เกิดการแยกตัวของ pars ต่อมาจึงจะเกิดการ เคลื่อนตามมา เพราะฉะนั้นในเด็กเล็กๆ อาจ จะไม่พบอาการหรืออาการแสดงอย่างไรเกิดขึ้น ต่อเมื่อเด็กโตขึ้นอาการจึงจะเริ่มปรากฏ โดยเฉพาะในเด็กอายุ 9-15 ปี เป็นช่วงที่เด็กมี ความซุกซนเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายมาก จะ พบว่าการเคลื่อนเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมากที่สุด ในรายงานของ Jackson<sup>(21)</sup> ซึ่งได้ศึกษาใน ผู้หญิงนักยิมนาสติก พบมีอุบัติการณ์มากกว่า คนธรรมดาถึง 4 เท่า และรายงานของ Wiltse<sup>(7)</sup> พบประมาณ 2.5 เท่าในนัก- ยิมนาสติกผู้หญิงนี้ ซึ่งอุบัติการณ์ในนักกีฬา ต่างๆ จะสูงกว่าคนปกติเช่นเดียวกันในรายงาน นี้ไม่พบมีการแยกตัวที่ pars หรือการเคลื่อน ของกระดูกหลังเอวเกิดขึ้น ในวัยเด็กเลยแม้แต่ คนเดียว ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด คือ 22 ปี และ เป็นผู้ป่วยที่พบอายุน้อยที่สุดเท่าที่รับตัวไว้ที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากการติดตามดูย้อน หลังลงไปถึง พ.ศ. 2515 จากเหตุนี้ทำให้พบ การเคลื่อนแบบ dysplastic ในรายงานนี้เพียง 1 รายเท่านั้น (ร้อยละ 1.20) เมื่อเทียบกับ

รายงานอื่นๆ ที่พบในอัตราประมาณร้อยละ 33<sup>(1,11)</sup> ส่วนชนิด ischemic นั้นรายงานนี้ พบอัตราสูงมากถึง ร้อยละ 81.93 ซึ่งรายงาน ในต่างประเทศพบประมาณร้อยละ 15<sup>(1,11)</sup> นอกจากนี้ผู้ป่วยชนิด ischemic จำนวน 68 คนนี้พบอายุสูงกว่า 50<sup>(7,16)</sup> ปีขึ้นไป ถึง 16 คน (ร้อยละ 23.53) โดยพบอายุสูงสุด 65 ปี ซึ่งในรายงานทุกๆ ไปกล่าวว่า พบน้อยมากถ้า อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปผู้ป่วยทั้ง 83 คนมี ประวัติของการเล่นกีฬาฟุตบอลเพียง 1 คน เท่านั้น เป็นชายอายุ 26 ปี และผู้ป่วยรายนี้ พบมี spina bifida และถุงน้ำของรากประสาท เอวคู่ที่ 5 ทั้ง 2 ข้างร่วมด้วย ชนิดของพยาธิ- สภาพเป็นแบบ ischemic แสดงให้เห็นถึง อุบัติการณ์ของพวกนักกีฬาในคนไทยค่อนข้าง น้อย การเคลื่อนในผู้ป่วยคนไทยพบขนาด 1 และขนาด 2 เป็นส่วนใหญ่ พบขนาด 3 เพียง 8 ราย และไม่พบขนาด 4 และขนาด 5 ใน รายงานนี้เลย สาเหตุอาจเป็นเพราะการเคลื่อน ในวัยเด็กของคนไทยไม่ค่อยจะมี ผู้ป่วย 3 ราย ในรายงานนี้มีการเคลื่อนเกิดขึ้น 2 ระดับ โดยการเคลื่อนที่กระดูกหลังเอวที่ 4 ต่อที่ 5 เป็น ขนาด 2 จำนวน 2 ราย และขนาด 1 จำนวน 1 ราย ส่วนการเคลื่อนที่กระดูกหลังเอวที่ 5 ต่อกระดูกเชิงกรานเป็นขนาด 1 จำนวน 2 ราย และเป็นชนิด pars แยกตัว 1 ราย ผู้ป่วยทั้ง



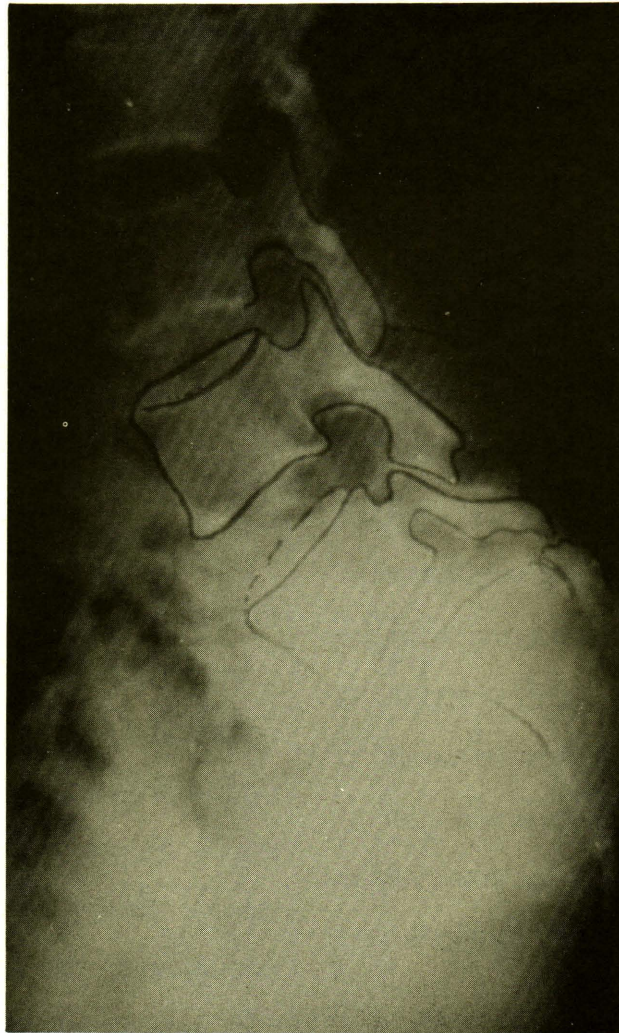
3 รายพบมี sacralization เกิดขึ้น 2 ราย และมี transverse process ขนาดใหญ่ที่ตำแหน่งกระดูกหลังเอวอันที่ 5 อีก 1 ราย ซึ่งการเคลื่อน 2 ระดับนี้ Wiltse เชื่อว่าเพราะมีแรง antitorsioal<sup>(13,14)</sup> ตำแหน่งการเคลื่อนในรายงานทั่วๆ ไปพบเป็นที่กระดูกหลังเอวอันที่ 5 ต่อกับเชิงกรานมากที่สุด<sup>(22,23,24)</sup> แต่รายงานนี้พบเป็นที่กระดูกหลังเอวระดับ 4 ต่อ 5 มากที่สุด ถึงร้อยละ 55.42 ซึ่งสาเหตุก็ตรงกับที่พบการเคลื่อนชนิด ischemic ในรายงานนี้มากที่สุด ส่วนชนิด degenerative กลับไปพบที่ระดับกระดูกหลังเอวข้อที่ 5 ต่อเชิงกรานมากกว่าอายุที่พบในกลุ่มนี้สูงมากตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปจนกระทั่งถึงสูงสุด 75 ปีเฉลี่ย 60.87 ปี แต่ในรายงานของ Rosenberg พบว่าการเคลื่อนชนิด degenerative นั้น เกิดที่กระดูกหลังเอวที่ 4 ต่อ 5 มากที่สุด

อาการและอาการแสดงที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในรายงานนี้นั้น เนื่องจากส่วนใหญ่อายุมากจึงพบการกดของรากประสาทในอัตรา ร้อยละ 36.15 ซึ่งนับว่าสูงพอควร สาเหตุคงเป็นเพราะผู้ป่วยคนไทยนิยมที่จะซื้อยากินเองหรือไปรักษากับหมอกกลางบ้านหรือหมอนวดก่อน ต่อเมื่ออาการไม่ดีขึ้นหรือเลวลงหรือทนต่อความเจ็บปวดไม่ได้แล้วจึงมาพบแพทย์ ใน

การซักประวัติจะพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ไกลๆ หรือถ้าจะเดินไปไกลๆ ก็จำเป็นต้องหยุดพักเป็นช่วงๆ ในการตรวจร่างกายก็จะพบมีอาการของรากประสาทถูกกดทับด้วยดังกล่าว ซึ่งในรายงานทั่วๆ ไป<sup>(1,2,7,10,15,16) 17,19,22,23)</sup> มักจะไม่ค่อยพบมีอาการของรากประสาทถูกกดทับโดยเฉพาะในเด็ก

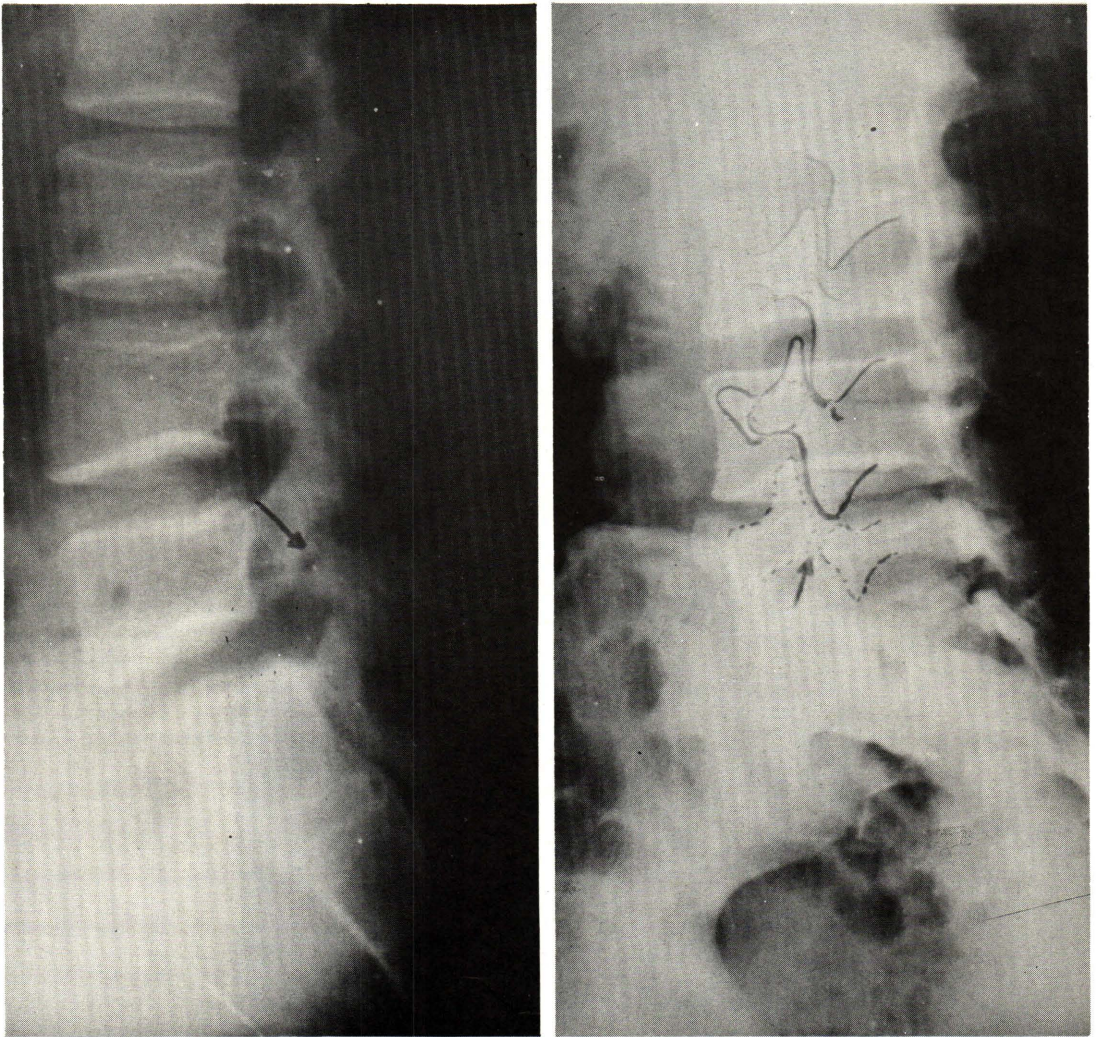
### สรุป

รายงานผู้ป่วยกระดูกหลังเอวเคลื่อนที่จากที่ภาควิชาออร์โทปีดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนผู้ป่วย 83 คน รับไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2518-2524 ไม่พบมีอุบัติเหตุในคนอายุต่ำกว่า 22 ปี เพศหญิงต่อเพศชาย 64 ต่อ 19 ร้อยละ 81.93 เป็นชนิด ischemic ร้อยละ 16.87 เป็นชนิด degenerative และร้อยละ 1.20 เป็นชนิด dysplastic ชนิด ischemic พบในคนอายุสูงกว่า 50 ปี ร้อยละ 23.53 พบขนาดของการเคลื่อนอยู่ในขนาด 1 และ 2 เป็นส่วนใหญ่ ไม่มีขนาด 4 หรือ 5 เลย ตำแหน่งของการเคลื่อนส่วนใหญ่เป็นที่ระดับกระดูกหลังเอวที่ 4 ต่อกับที่ 5 (ร้อยละ 55.42) และพบในอายุเฉลี่ย 60.87 ปีขึ้นไป อาการของรากประสาทกดทับจากกระดูกหลังเอวเคลื่อนที่พบในอัตรา ร้อยละ 36.15



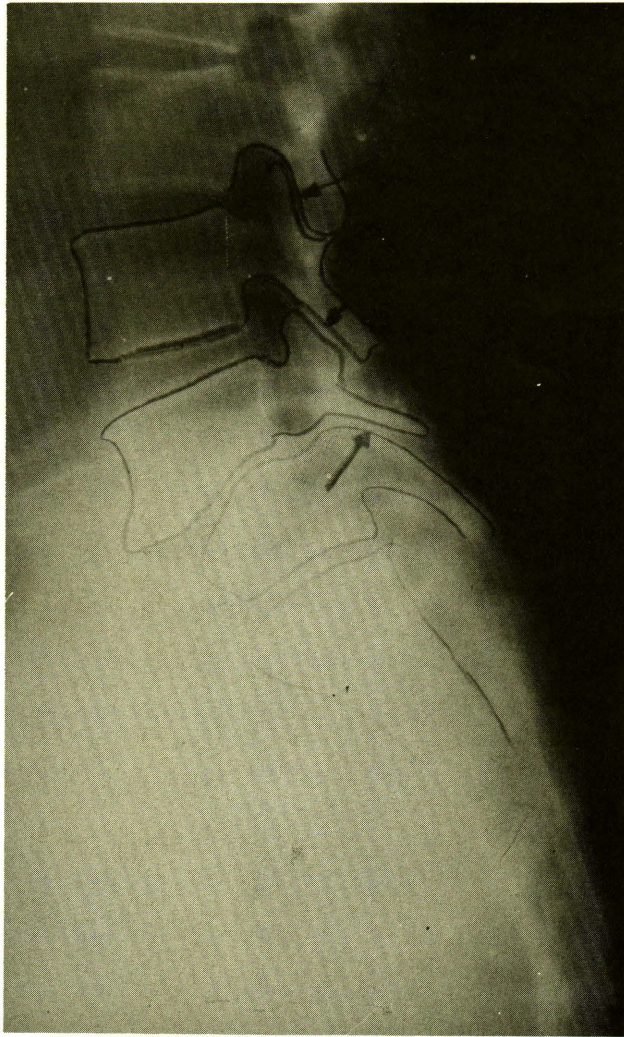
ภาพที่ 1 ภาพรังสีบริเวณกระดูกหลังส่วนเอวทำข้าง แสดงการเคลื่อนของกระดูกหลังเป็นแบบ pars ชีดยาวตรง ตำแหน่งศรชี้





ภาพที่ 2,3 ภาพรังสีกระดูกหลังเอวทำข้างและเฉียง แสดงรอยแยกตรงตำแหน่งของ pars interarticularis ซึ่ง  
การแยกชนิดนี้จะเป็นแบบ ischemic type เป็นส่วนใหญ่





ภาพที่ 4 ภาพรังสีกระดูกหลังเอวท่าข้าง แสดงการเคลื่อนชนิด degenerative ตำแหน่งสรขอนล่างสุดจะเห็นข้อ facet อยู่ในแนวราบต่างกับข้อบนที่แนวของข้ออยู่ในแนวตั้ง

## อ้างอิง

1. The spine, Rothman and Simeone Second edition Vol.I spondylolisthesis in children P. 263-283, Vol.II spondylolisthesis in adult P. 642-645 1982
2. Magora A. Conservative treatment in spondylolisthesis. Clin Orthop 1976 Jun ; 117 : 74-79
3. Wiltse LL. Etiology of spondylolisthesis. Clin Orthop 1957 ; 10 : 48-60
4. Wiltse LL. Etiology of spondylolisthesis J Bone Joint Surg (Am) 1957 Apr ; 39-A(2) : 447
5. Wiltse LL. Spondylolisthesis : classification and etiology symposium on the spine America Academy of Orthopaedic Surgeons, St. Louis : C. V Mosby 1969. 143-168
6. Wiltse LL, Newman PH, MacNab I. Classification of spondylolysis and spondylolisthesis. Clin Orthop 1976 Jun ; 117 : 23-29
7. Wiltse LL, Jackson DW. Treatment of spondylolisthesis and spondylolysis in Children. Clin Orthop 1976 Jun : 117 92-100
8. Tillard WF. Etiology of spondylolisthesis. Clin Orthop 1976 Jun ; 117 : 30-39
9. Newman PH. The etiology of spondylolisthesis. J Bone Joint Surg (Br) 1963 ; 45-B(1) : 39-59
10. Newman PH. Surgical treatment for spondylolisthesis in adult. Clin Orthop 1976 Jun ; 117 : 106-111
11. Wynne-Davies R, Scott JHS. Inheritance and Spondylolisthesis : a radiographic family survey. J Bone Joint Surg (Br) 1979 Aug ; 61-B(3) : 301-305
12. Friberg S. Studies on spondylolisthesis. Chir Orthop 1939 ; Suppl. 60 : 1
13. Farfan HF, Osteria V, Lany C. The mechanical etiology of spondylolysis and spondylolisthesis. Clin Ortho p. 1976 Jun ; 117-55
14. Troup JDG. Mechanical factors in spondylolisthesis and spondylolysis. Clin Orthop 1979 Jun ; 117 : 59-67
15. Newman PH. Surgical treatment for spondylolisthesis in adult. Clin Orthop 1976 Jun ; 117 : 106-111
16. Rosenberg NJ. Degenerative spondylolisthesis Surgical treatment. Clin Orthop 1976 Jun ; 117 : 112-120
17. Cauchoix J, Benoist M, Chassaing V. Degenerative spondylolisthesis Clin Orthop 1976 Mar ; 115 : 122-129
18. Kettlekamp DB, Wright GD. Spondylolysis in the Alaskan Eskimo. J. Bone Joint Surg (Am) 1971 Apr ; 53-A(3) : 563-556
19. Laurent LE, Osterman K. Operative treatment of spondylolisthesis in young patients. Clin Orthop 1976 Jun ; 117 : 85-91

20. Baker DM, Mc. Hollick W. Spondyloschisis and spondylolisthesis in children. J Bone Joint Surg(Am) 1956 Aug ; 38-A(6) : 933
21. Jackson DW. Spondylolisthesis in the female gymnast. Clin Orthop 1976 Jun ; 117 : 68-73
22. Magora A. Conservative treatment in spondylolisthesis. Clin Orthop 1976 Jun ; 117 : 68-73
23. Colonna P.C. Spondylolisthesis : analysis of two hundred one cases. JAMA Jan 30 ; 154 : 398
24. Harrington PR, Dickson TH. Spinal instrumentation in the treatment of severe progressive spondylolisthesis. Clin Orthop 1976 Jun ; 117 : 157-163

จุฬาลงกรณ์เวชสารได้รับต้นฉบับนี้เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2525