

ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวลงขาด้วยวิธีการฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มไขสันหลัง

อุรวิศ ปิยะพรหมดี

กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา 49 ถนนช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

Clinical Outcome of Transforaminal Epidural Steroid Injection for Sciatica Pain

Urawit Piyapromdee

Department of Orthopedic, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

หลักการและวัตถุประสงค์: การรักษาผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทและโรคโพรงกระดูกสันหลังเอวตีบแคบที่มีอาการปวดร้าวลงขาและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีการเชิงอนุรักษ์นิยม คือการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด แต่ในปัจจุบันพบว่าวิธีการฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มไขสันหลังทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้โดยไม่ต้องผ่าตัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานผลการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวลงขาด้วยวิธีการฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มไขสันหลัง

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2557 รายงานข้อมูลพื้นฐาน ระดับความเจ็บปวดร้าวลงขาก่อนและหลังจากรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับการฉีดยาวิเคราะห์ผลการรักษาและระยะเวลาที่กลับมามีอาการซ้ำ

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 27 ราย ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มไขสันหลังบริเวณรากประสาทไขสันหลังและมาตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง พบว่าร้อยละ 55.6 ได้ผลดีและไม่กลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 22.2 อาการดีขึ้นแต่มีการกลับเป็นซ้ำอีก ที่ค่ามัธยฐาน 13 สัปดาห์

สรุป: การฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มไขสันหลังบริเวณรากประสาทไขสันหลัง ช่วยลดอาการปวดร้าวลงขาในผู้ป่วยได้ดี มีผลข้างเคียงต่ำและลดโอกาสที่นำไปสู่การผ่าตัดได้

คำสำคัญ: การฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มไขสันหลังบริเวณรากประสาทไขสันหลัง, อาการปวดร้าวลงขา, การกลับเป็นซ้ำ

Background and Objective: Nowadays, patients with sciatica pain from disc herniation or spinal stenosis, who did not respond to conservative treatment are indicated for spinal decompressive surgery. Transforaminal epidural steroid injection is one option to improve pain. This study aimed to report the outcome of patients treated with transforaminal epidural steroid injection.

Methods: Patients with sciatica pain who received transforaminal epidural steroid injections between January 1, 2013 to December 31, 2014 at Maharat Nakhon Ratchasima hospital were enrolled in this study. Demographic data, pre and post injection visual analog pain score, number of injections, symptoms free duration and treatment outcome were analyzed

Results: Twenty-seven patients were enrolled. Of these, 55.6% had good results, 22.2% had good result but recurrent of symptoms occurred with median time of 13 weeks.

Conclusions: Transforaminal epidural steroid injection reduces lumbar sciatica pain with low risk of complication and reduced opportunities for surgery.

Keywords: Sciatica pain, Lumbar disc herniation, Spinal stenosis, Epidural steroid injection

บทนำ

อาการปวดร้าวลงขา หรือ Sciatica pain มีสาเหตุส่วนใหญ่จากการอักเสบที่เส้นประสาท¹ จากหมอนรองกระดูกสันหลังที่เสื่อมหรือกระดูกสันหลังเสื่อมเคลื่อนมากกดทับเส้นประสาท² โดยธรรมชาติของการดำเนินโรคนั้น หากผู้ป่วยยังไม่มีอาการมากถึงขั้นกล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการปวดสามารถหายไปได้เองเมื่อการอักเสบลดลง แม้จะไม่มี การเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนการตีบแคบของช่องโพรงประสาทเลย³ แต่สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีการเชิงอนุรักษ์ แล้วอาการปวดไม่บรรเทาหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหมอนรองกระดูก (Discectomy) ด้วยวิธีต่างๆ ซึ่งในบางครั้ง ก็เป็นการผ่าตัดโดยไม่จำเป็นเพราะผู้ป่วยมีความเป็นไปได้ที่จะดีขึ้นด้วยการรักษาอื่น

ปัจจุบันมีการพัฒนาการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้โดยใช้การฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองจากประสาทไขสันหลัง (Transforaminal epidural steroid injection)⁴ โดยยาสเตียรอยด์ที่ฉีดเข้าไปจะไปลดการตอบสนองของเส้นประสาทต่อการสารถักเสบที่เกิดขึ้นในบริเวณนั้น³ การรักษาด้วยวิธีนี้เป็นส่วนหนึ่งในแนวทางการรักษาโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดเส้นประสาทที่ได้รับการยอมรับในต่างประเทศ⁵⁻⁸ และในโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทย โดยผู้ทำการรักษาจะใช้การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าไปเหนือเยื่อหุ้มสมองรอบเส้นประสาท ณ จุดที่หมอนรองกระดูกเคลื่อนกดเส้นประสาท โดยใช้เครื่องฉายรังสีเอกซเรย์เคลื่อนที่และสารทึบรังสีช่วยในการพิสูจน์ว่ายาได้เข้าไปอยู่รอบๆ เส้นประสาทที่มีการอักเสบ ถึงแม้ว่าจะมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นได้บ้าง จากการที่ตะกอนของยาสเตียรอยด์เข้าไปที่เส้นเลือดที่เลี้ยงไขสันหลังระดับคอ แต่ถ้าหากนำการรักษานี้มาใช้ในโรคหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอว ด้วยความระมัดระวังภายใต้แนวทางการรักษาที่ชัดเจนแล้ว จะได้ผลดีสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายปวดได้เร็ว ผลการรักษาในช่วง 3 เดือนดีกว่ากลุ่มที่ทำกายภาพเพียงอย่างเดียว และยังมีรายงานว่าสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยไม่จำเป็นลงได้⁹⁻¹³ ผู้วิจัยคิดว่าหากนำการรักษานี้มาใช้ในโรคหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวจะทำให้ผู้ป่วยหายปวด ได้เร็วและลดการผ่าตัดลงได้

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่ผลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวลงขาด้วยวิธีการฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองจากประสาทไขสันหลัง ทั้งในด้านปริมาณผู้ป่วยที่ได้ผลจากการรักษา และระยะเวลาที่อาการอาจจะกลับมาเป็นซ้ำ จนถึงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาสุดท้ายด้วยการผ่าตัด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการรวบรวมผู้ป่วยที่มารับการรักษาดังกล่าวโดยวิธีฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองจากประสาทไขสันหลังโดยผู้วิจัย ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมาในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ทำการทบทวนประวัติการตรวจวินิจฉัย ภาพรังสี MRI (Magnetic resonance imaging) และการรักษา จากเวชระเบียนและบันทึกห้องผ่าตัด

จากนั้นจำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่งานวิจัยคือ

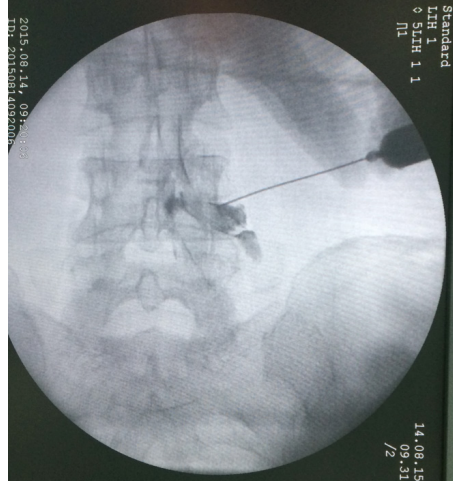
1. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวลงขาที่มารับการรักษาดังกล่าวโดยวิธีฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองจากประสาทไขสันหลัง ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมาโดยผู้วิจัย
 2. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ และทำการตรวจวินิจฉัยด้วย MRI แล้วพบว่าไม่มีพยาธิสภาพรอบเส้นประสาทตรงกับอาการที่ผู้ป่วยมี
 3. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยยา และการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 สัปดาห์
 4. อายุระหว่าง 20-80 ปี
- โดยผู้ป่วยที่มีลักษณะดังนี้จะถูกคัดออกจากการศึกษา
1. ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงกล้ามเนื้อตั้งแต่ระดับสามลงไป
 2. ผู้ป่วยที่มีอาการชารอบก้นและไม่สามารถควบคุมระบบขับถ่าย และปัสสาวะได้
 3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้

ขั้นตอนการฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองจากประสาทไขสันหลัง (Transforaminal epidural steroid injection)

ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนคว่ำบนเตียงผ่าตัดที่รังสีผ่านได้ วิสัญญีพยาบาลทำการวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย ตลอดการทำหัตถการ แพทย์ทำความสะอาดบริเวณหลังของผู้ป่วยที่จะทำการฉีดด้วย Povidone iodine ฉีดยาชาด้วย 1% Lidocaine without epinephrine ปริมาณ 5 มิลลิลิตร ที่บริเวณชั้นหนังแท้และใต้หนัง (subcutaneous) โดยแพทย์คนเดียวกันตลอดการวิจัยจุดที่แทงเข็ม spinal needle เบอร์ 22 อยู่ห่างจากแนวกลางลำตัวประมาณ 6-8 เซนติเมตร เอียงเข็มประมาณ 45 ถึง 60 องศาโดยมีจุดมุ่งหมายให้ปลายของเข็มอยู่เหนือเยื่อหุ้มสมองและรากประสาทไขสันหลัง โดยสังเกตจากภาพ fluoroscope ที่ส่วนของปลายเข็มอยู่ใต้ต่อกระดูก Pedicle ประมาณ 2 มิลลิเมตร แต่ไม่เกินจุดกึ่งกลางของ pedicle

หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการฉีดสารที่บวมขึ้นเพื่อตรวจสอบว่าปลายเข็มอยู่ที่เนื้อเยื่อประสาทบริเวณรากประสาทไขสันหลังจริง (รูปที่ 1) จากนั้นจึงฉีดยา Methylprednisolone 40 มิลลิกรัมผสมกับ 1% Lidocaine without epinephrine 1 มิลลิลิตรเข้าไปที่บริเวณพยาธิสภาพ แพทย์ทำการสอบถามอาการกับผู้ป่วยตลอดการฉีด หากมีอาการปวดไปตามเส้น

ประสาท จะทำการเปลี่ยนตำแหน่งเข็มก่อนจะฉีดยาต่อไป หลังเสร็จสิ้นการฉีดยาผู้ป่วยจะได้รับการเฝ้าสังเกตอาการต่อในห้องพักฟื้น 30 นาที ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังการรักษาจากพยาบาลก่อนกลับบ้านโดยหลังการรักษาผู้ป่วยสามารถทำกายภาพบำบัดร่วมด้วยได้ หากผู้ป่วยมีอาการเป็นซ้ำให้กลับมาพบแพทย์ได้ทันที



รูปที่ 1 การฉีดยาสเตียรอยด์เนื้อเยื่อประสาทบริเวณรากประสาทไขสันหลัง

ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจติดตามการรักษาที่ 2 สัปดาห์ 6 สัปดาห์ 3 เดือน ภายหลังจากการฉีดยา ในระหว่างการตรวจติดตาม หากผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่ระดับความเจ็บปวดร้าวลงขายังไม่ลดลงถึงร้อยละ 50 ของระดับความเจ็บปวดก่อนทำการฉีดยา ผู้วิจัยจะทำการฉีดยาสเตียรอยด์เนื้อเยื่อประสาทบริเวณรากประสาทไขสันหลังซ้ำ และทำการตรวจติดตามการรักษาต่อไปหากพบว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการฉีดยาหรือกลับมามีอาการซ้ำ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหมอนรองกระดูกด้วยวิธีมาตรฐานต่อไป โดยในกลุ่มที่มีอาการซ้ำจะนับระยะเวลากลับเป็นซ้ำจากวันที่ได้รับการฉีดยาจนถึงวันที่กลับมามีอาการอีกครั้ง

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยซึ่งได้แก่ อายุ เพศ สาเหตุของโรค ระดับความเจ็บปวดร้าวลงขา ก่อนและหลังจากการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์ และวิเคราะห์ผลการรักษาแยกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้ผลดีจากการฉีดยาสเตียรอยด์เนื้อเยื่อประสาทบริเวณรากประสาทไขสันหลังซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีระดับการปวดร้าวลงขาลดลงมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทำการฉีดยา และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิต ทำงานได้ตามปกติ

- กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้ผลดีจากการฉีดยาสเตียรอยด์เนื้อเยื่อประสาทบริเวณรากประสาทไขสันหลัง แต่กลับมามีอาการซ้ำอีกครั้ง และได้รับการรักษาสุดท้ายด้วยการผ่าตัด
- กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการฉีดยาสเตียรอยด์เนื้อเยื่อประสาทบริเวณรากประสาทไขสันหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Stata SE version 12.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการรักษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนารายงานร้อยละของผู้ป่วยที่ได้ผลดีจากการฉีดยาสเตียรอยด์เนื้อเยื่อประสาทบริเวณรากประสาทไขสันหลัง (กลุ่มที่ 1) เทียบกับผู้ที่ได้รับการฉีดยาทั้งหมด และรายงานระยะเวลาการหายจากอาการปวดในผู้ป่วยที่ได้ผลดีจากการรักษา แต่กลับมามีอาการซ้ำอีก (กลุ่มที่ 2) โดยรายงานผลเป็นระยะเวลาห่างได้รับการฉีดยาและมีอาการดีขึ้น จนถึงวันที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการซ้ำและตัดสินใจที่จะทำผ่าตัด โดยรายงานผลมีหน่วยเป็นสัปดาห์

ผลการศึกษา

จากข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยที่มารับการรักษาดังกล่าวด้วยวิธีการฉีดยาสเตรียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองบริเวณรากประสาทไขสันหลัง โดยผู้วิจัยที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2557 มีการฉีดยาสเตรียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองบริเวณรากประสาทไขสันหลังโดยผู้วิจัยทั้งหมด 94 ครั้ง ซึ่งในจำนวนนี้เป็นการฉีดยาสเตรียรอยด์บริเวณรากประสาทไขสันหลัง เพื่อรักษาอาการปวดร้าวลงขาทั้งหมด 41 ครั้ง ในคนไข้ 31 ราย โดยลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยถูกแสดงในตารางที่ 1

พบว่าผู้ป่วย 24 ราย หรือคิดเป็น ร้อยละ 77.4 ได้รับการฉีดยาสเตรียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองบริเวณรากประสาทไขสันหลัง 1 ครั้ง มีผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 22.6) ได้รับการฉีดยาซ้ำมีผู้ป่วยกลับมาตรวจติดตามภายหลังการฉีดยาทั้งหมด 27 ราย (ร้อยละ 87.1) มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการตรวจติดตามอาการเท่ากับ 18 เดือน และผู้ป่วยที่มารักษาติดตามอาการนานที่สุดคือ 32 เดือน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวลงขาด้วยวิธีการฉีดยาสเตรียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองบริเวณรากประสาทไขสันหลัง

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
หญิง	20 (74.1)
ชาย	7 (25.9)
2. อายุ (ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	41 ± 10.4
3. โรคที่เป็นสาเหตุของอาการปวดร้าวลงขา	
หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท	21 (77.8)
โพรงกระดูกสันหลังเอวตีบแคบ	6 (22.2)
4. ระดับหมอนรองกระดูกที่เป็นสาเหตุ	
L2-3	1 (3.7)
L3-4	1 (3.7)
L4-5	10 (37)
L5-S1	7 (25.9)
L3-4 และ L4-5	3 (11.1)
L4-5 และ L5-S1	5 (18.5)
5. ข้างที่มีอาการ	
ข้างซ้าย	17 (63)
ข้างขวา	9 (33.3)
ทั้งสองข้าง	1 (3.7)
6. ระดับความปวดร้าวลงขาก่อนทำการฉีดยา	
ค่ามัธยฐาน (ค่าน้อยที่สุด-ค่ามากที่สุด)	8 (6-8)

ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวลงขาด้วยวิธีการฉีดยาสเตรียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองบริเวณรากประสาทไขสันหลัง พบว่าในจำนวนผู้มาตรวจติดตามการรักษา 27 ราย มีร้อยละ 55.6 ได้ผลดี (กลุ่มที่ 1) ร้อยละ 22.2 อาการดีขึ้นแต่ในระหว่างติดตามอาการกลับมาเป็นซ้ำอีก (กลุ่มที่ 2) และร้อยละ 22.2 อาการไม่ดีขึ้น (กลุ่มที่ 3)

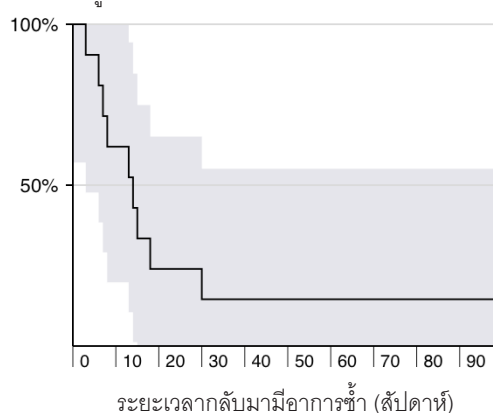
ในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลง มีค่ามัธยฐานของระดับความปวดเท่ากับ 2 ระดับความปวดสูงสุดเท่ากับ 3 ต่ำสุดเท่ากับ 1

ในผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นแต่ในระหว่างติดตามอาการกลับมาเป็นซ้ำอีกและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้น มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่มีอาการกลับเป็นซ้ำอีกเท่ากับ 13 สัปดาห์ ค่าพิสัยควอไทล์ เท่ากับ 7-18 สัปดาห์ โดยสามารถแสดงผล Kaplan-Meier survival curve (รูปที่ 2)

ในผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยยังมีระดับความปวดที่ไม่ดีขึ้นไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคอง มีค่ามัธยฐานของระดับความปวดหลังฉีดยาเท่ากับ 5 ระดับความปวดสูงสุดเท่ากับ 6 ต่ำสุดเท่ากับ 4 และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อไป

ในระหว่างการรักษาและการติดตามการรักษาไม่พบว่ามีผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงรุนแรงจากการรักษาด้วยวิธีนี้ พบผู้ป่วยเพียง 1 ราย (ร้อยละ 3.70) ที่มีอาการชาขาข้างขึ้นภายหลังทำการฉีดยา แต่อาการกลับมาเป็นปกติในระหว่างเฝ้าสังเกตอาการในห้องสังเกตอาการ

ร้อยละของผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดเป็นซ้ำ



รูปที่ 2 รูปภาพแสดงระยะเวลากลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่มีอาการกลับมาเป็นซ้ำ

วิจารณ์

จากการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวลงขาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่รักษาด้วยการฉีดยาสเตรียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองบริเวณรากประสาทไขสันหลัง พบว่า

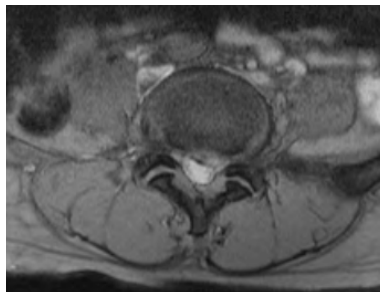
ได้ผลดี ช่วยให้ผู้ป่วยร้อยละ 78.6 มีระดับความปวดลดลง สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ (ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และ 2) แต่เมื่อติดตามการรักษาต่อไปนั้น ผู้ป่วยบางราย จะกลับมีอาการอีกครั้ง (ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2) โดยค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่กลับมามีอาการซ้ำนั้นคือ 13 สัปดาห์ ค่าพิสัยควอไทล์ เท่ากับ 7-18 สัปดาห์

ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาที่ผ่านมาก่อนหน้านี้ซึ่งจากศึกษาที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ และการวิเคราะห์แบบเมตา^{6,14-17} พบว่า การฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองไขสันหลังนั้น หากเลือกผู้ป่วยได้ดี จะช่วยลดอาการปวดร้าวลงขาของผู้ป่วยลงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม แม้ว่าการศึกษานี้ส่วนใหญ่จะติดตามอาการของผู้ป่วยไปเพียงสามเดือน

นอกจากนี้ จากการศึกษาในลักษณะเดียวกันของ Adam และคณะ¹⁸ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองไขสันหลังเพื่อรักษาอาการปวดร้าวลงขาได้ผลดีถึงร้อยละ 74.7 แต่เมื่อติดตามผู้ป่วยไประยะยาว มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 55.4 จะกลับมามีอาการอีกครั้ง และได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาซ้ำหรือการผ่าตัดต่อไป โดยค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่กลับมามีอาการซ้ำและได้รับการผ่าตัดคือ 6.5 เดือน

การที่ผลการรักษาของผู้ป่วยออกมาแตกต่างกันนั้น อาจมีสาเหตุจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน¹⁹ ระยะเวลาของการกดทับเส้นประสาทที่ต่างกัน¹⁷ ตำแหน่งและเทคนิคการฉีดยา¹⁶ ซึ่งจากผลการศึกษานี้ ช่วยให้ข้อมูลการตัดสินใจกับผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวลงขาจากโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทและโรคโพรงกระดูกสันหลังเวดตีบแคบ ว่าหากได้รับการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดอย่างเต็มที่แล้ว ก่อนที่จะเลือกรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดนั้น หากเลือกรักษาด้วยวิธีการฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองไขสันหลัง ผู้ป่วยบางรายจะได้ผลดี ผลข้างเคียงต่ำและลดโอกาสที่นำไปสู่การผ่าตัดได้ แต่ในระหว่างการติดตามการรักษา นั้น อาจจะมีผู้ป่วยบางรายกลับมีอาการเช่นเดิมได้ระยะที่มักกลับมามีอาการซ้ำได้อีกคือประมาณ 3 เดือน

ในผู้ป่วยที่ศึกษามี 1 รายกลับมาตรวจด้วยอาการปวดหลัง 3 ปีภายหลังจากการรักษา แต่ไม่มีอาการปวดร้าวลงขา ผู้วิจัยได้ทำการส่งตรวจ MRI ซ้ำ แล้วพบว่า หมอนรองกระดูกสันหลังที่เคยเคลื่อนออกมาทับเส้นประสาทนั้นมีขนาดเล็กลง (รูปที่ 3) ลักษณะเดียวกับที่มีรายงานก่อนหน้านี้ว่า หมอนรองกระดูกที่เคลื่อนมากดเส้นประสาทจะมีขนาดใหญ่ แต่หมอนรองกระดูกเหล่านี้ร่างกายสามารถจัดการให้มีขนาดเล็กลงได้²⁰



ก่อนรักษา



3 ปีภายหลังจากการรักษา

รูปที่ 3 รูปภาพเปรียบเทียบพยาธิสภาพของหมอนรองกระดูกสันหลังก่อนรักษาและ 3 ปีภายหลังจากการรักษา

เนื่องจากการศึกษานี้มีข้อจำกัด เป็นการศึกษาแบบพรรณนา ไม่ได้มีกลุ่มประชากรเปรียบเทียบ และพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่ได้กลับมาตรวจประเมินภายหลังทำการรักษา การศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ ที่มีระยะเวลาการตรวจติดตามที่นาน และสม่ำเสมอในอนาคต อาจช่วยให้การสรุปผลของการรักษาอาการปวดร้าวลงขา ด้วยวิธีการฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองไขสันหลังได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุป

การฉีดยาสเตียรอยด์เหนือเยื่อหุ้มสมองไขสันหลัง ช่วยลดอาการปวดร้าวลงขาในผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทและโรคโพรงกระดูกสันหลังเวดตีบแคบได้ดี มีผลข้างเคียงต่ำและลดโอกาสที่นำไปสู่การผ่าตัดได้

เอกสารอ้างอิง

1. Lindahl O, Rexed B. Histologic changes in spinal nerve roots of operated cases of sciatica. *Acta Orthop Scand* 1951; 20: 215-25.
2. Wheeler AH, Murrey DB. Chronic lumbar spine and radicular pain: pathophysiology and treatment. *Curr Pain Headache Rep* 2002; 6: 97-105.
3. Cannon DT, Aprill CN. Lumbosacral epidural steroid injections. *Arch Phys Med Rehabil* 2000 ; 81(3 Suppl 1): S87-98; quiz S99-100.
4. Young IA, Hyman GS, Packia-Raj LN, Cole AJ. The use of lumbar epidural/transforaminal steroids for managing spinal disease. *J Am Acad Orthop Surg* 2007; 15: 228-38.
5. Abdi S, Datta S, Lucas LF. Role of epidural steroids in the management of chronic spinal pain: a systematic review of effectiveness and complications. *Pain Physician* 2005; 8: 127-43.
6. Buenaventura RM, Datta S, Abdi S, Smith HS. Systematic review of therapeutic lumbar transforaminal epidural steroid injections. *Pain Physician* 2009; 12: 233-51.
7. Benny B, Azari P. The efficacy of lumbosacral transforaminal epidural steroid injections: a comprehensive literature review. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2011; 24: 67-76.
8. Karnezis IA. Minimally invasive therapeutic interventional procedures in the spine: an evidence-based review. *SurgTechnol Int* 2008;17: 259-68.
9. Karppinen J, Ohinmaa A, Malmivaara A, Kurunlahti M, Kyllönen E, Pienimäki T, et al. Cost effectiveness of periradicular infiltration for sciatica: subgroup analysis of a randomized controlled trial. *Spine* 2001; 26: 2587-95.
10. Manchikanti L, Cash KA, McManus CD, Pampati V, Smith HS. One-year results of a randomized, double-blind, active controlled trial of fluoroscopic caudal epidural injections with or without steroids in managing chronic discogenic low back pain without disc herniation or radiculitis. *Pain Physician* 2011; 14: 25-36.
11. Riew KD, Park J-B, Cho Y-S, Gilula L, Patel A, Lenke LG, et al. Nerve root blocks in the treatment of lumbar radicular pain. A minimum five-year follow-up. *J Bone Joint Surg Am* 2006 ; 88: 1722-5.
12. Kovacs FM, Urrútia G, Alarcón JD. Surgery Versus Conservative Treatment For Symptomatic Lumbar Spinal Stenosis.: A systematic review of randomized controlled trials. *Spine* [Internet]. 2011 Feb 9 [cited Aug 4, 2011]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21311394>
13. Karaman H, Kavak GO, Tüfek A, Yldrm ZB. The complications of transforaminal lumbar epidural steroid injections. *Spine* 2011; 36: E819-24.
14. Quraishi NA. Transforaminal injection of corticosteroids for lumbar radiculopathy: systematic review and meta-analysis. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine SocEur Spinal Deform SocEur Sect Cerv Spine Res Soc* [Internet]. 2011 Sep 4 [cited 2011 Sep 19]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21892774>
15. Benny B, Azari P. The efficacy of lumbosacral transforaminal epidural steroid injections: a comprehensive literature review. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2011; 24: 67-76.
16. Rho ME, Tang CT. The efficacy of lumbar epidural steroid injections: transforaminal, interlaminar, and caudal approaches. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2011; 22: 139-48.
17. Staal JB, de Bie RA, de Vet HCW, Hildebrandt J, Nelemans P. Injection therapy for subacute and chronic low back pain: an updated Cochrane review. *Spine* 2009; 34: 49-59.
18. Adams CI, Freeman BJC, Clark AJ, Pickering S. Targeted Foraminal Epidural Steroid Injection for Radicular Pain: A Kaplan-Meier Survival Analysis. *Orthop Proc* 2005; 87-B(Supp III): 243.
19. Steffens D, Hancock MJ, Pereira LSM, Kent PM, Latimer J, Maher CG. Do MRI findings identify patients with low back pain or sciatica who respond better to particular interventions? A systematic review. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine SocEur Spinal Deform SocEur Sect Cerv Spine Res Soc* 2016; 25: 1170-87.
20. Benson R, Tavares S, Robertson S, Sharp R, Marshall R. Conservatively treated massive prolapsed discs: a 7-year follow-up. *Ann R Coll Surg Engl* 2010; 92: 147-53.

