

# การรักษากระดูกสะบ้าเคลื่อนโดยการผ่าตัด ด้วยวิธีดัดแปลงของ Hauser

ตรง พันธุมโกมล\*  
ประภิต เทียนบุญ\*

Pantoomkomol T, Tienboon P. Surgical treatment of subluxation of the patella ; A modification of Hauser's technique Chula Med J 1982 sep. 26 (5) : 361-370

*Twenty patients with twenty one knees were operated upon by modified Hauser's technique at Chulalongkorn Hospital from 1976 to 1981. There were eighteen female and three male patients. The age incidence ranged from 18 to 34. The new location of the tibial tubercle was firmly fixed with one cortical screw. There was a case of complication from breaking of the tibial tubercle. The over all results are good and satisfactory results usually obtained in obese patients, the patients over thirty years of age and the patients with the patellofemoral joint degeneration. The time for follow up ranged from 6 months to 4 years.*

\* ภาควิชาออร์โทปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กระดูกสะบ้ามักจะเคลื่อน ออกไปทาง  
ด้านนอกของเข่า ซึ่งพบได้ในทุกอายุ พบมาก  
ในเพศหญิงวัยรุ่น โดยเฉพาะนักกีฬาผู้หญิงที่  
มีเข่าโก่งเข่าใน

### การเกิดสะบ้าเคลื่อนมีสาเหตุมาจาก

1. เนื้อเยื่ออ่อนบริเวณเข่าผิดปกติ
  - 1.1 เนื้อเยื่ออ่อนเข่าด้านใน  
หย่อนยาน
  - 1.2 เนื้อเยื่ออ่อนเข่าด้านนอกตึงขึ้น
  - 1.3 เอ็นสะบ้าเกาะบนปุ่มทิเบีย  
(tibial tubercle) ออกไปทาง  
ด้านนอก (รูปที่ 1)
2. กระดูกเข่าผิดปกติ
  - 2.1 เข่าโก่งเข่า (genu valgus)  
(รูปที่ 2)
  - 2.2 ผิดกระดูกสะบ้าหรือพีเมอร์  
ผิดปกติ
3. อุบัติเหตุอาจจะทำให้กระดูกสะบ้า  
หลุดออกนอกหรือเข่าใน แล้วแต่  
แรงที่เข้ามากกระทบ

### ผู้ป่วยและวิธีการ

ผู้รายงานได้ทำการวิเคราะห์สาเหตุ การ  
แสดงทางคลินิก การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดแบบ  
ตัดแปลงวิธีของ Hauser การดูแลหลังผ่าตัด  
การติดตามผู้ป่วย และผลของการรักษา เพื่อ

นำมาใช้เป็นแนวทางรักษาผู้ป่วยโรคสะบ้า  
เคลื่อนในผู้ป่วยผู้ใหญ่

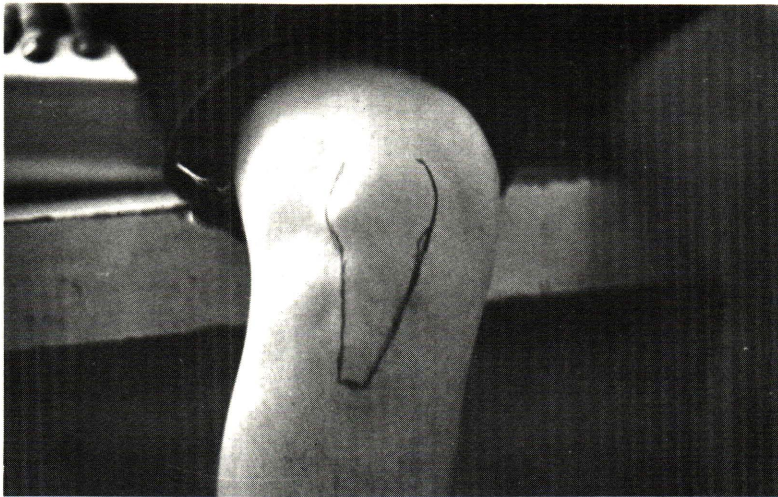
### ผู้ป่วย

ผู้ป่วยจำนวน 20 รายซึ่งมีกระดูกสะบ้า  
เคลื่อน 21 ข้อ ตั้งแต่ พ.ศ. 2519 ถึง พ.ศ.  
2524 และรับไว้ในภาควิชาออร์โทปีดิกส์ โรง-  
พยาบาลจุฬาลงกรณ์ อายุระหว่าง 18-34 ปี  
ทั้งชายและหญิง ซึ่งได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีตัด  
แปลงของ Hauser โดยมีกฎเกณฑ์ในการเลือก  
ผู้ป่วยที่จะผ่าตัดดังนี้คือ ผู้ป่วยที่มีกระดูกสะบ้า  
เคลื่อนที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของผิวข้อระหว่าง  
สะบ้ากับพีเมอร์ ได้รับการฝึกกล้ามเนื้อก่อนผ่า  
ตัดเป็นเวลา 2-3 อาทิตย์

### วิธีการ

บันทึกเพศ อายุ สาเหตุ อาการและการ  
แสดงทางคลินิก ผลการตรวจภาพรังสี วิธีทำ  
การผ่าตัด การดูแลหลังการผ่าตัด และการติดตาม  
ตามผู้ป่วย เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการรักษาโดย  
ใช้หลักเกณฑ์ในการวิเคราะห์ผลการรักษาคือ

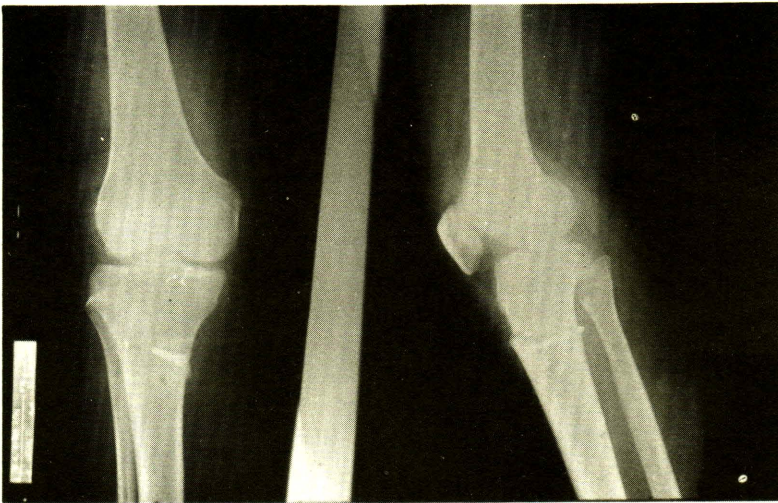
- ผลคือหมายถึง
1. ไม่มีสะบ้าเคลื่อน
  2. เข่าหายปวด
  3. เข่างอแล้วติดไม่-  
เกิน 10-15 องศา
  4. ต้นขาโตขึ้น
  5. ผู้ป่วยพอใจ



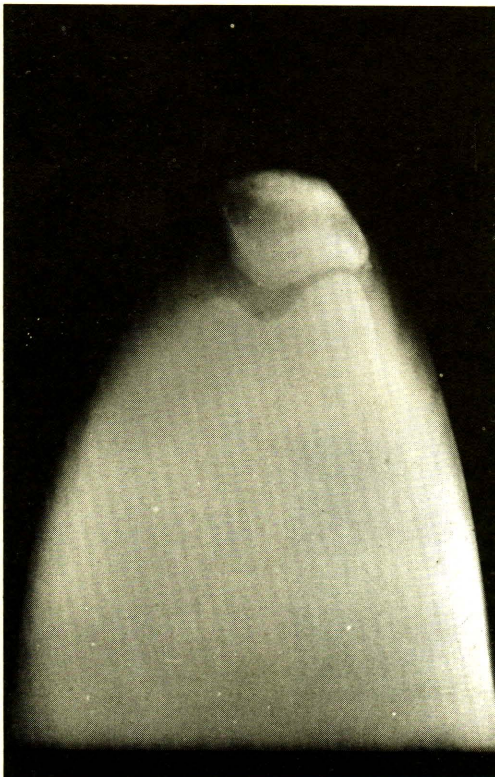
รูปที่ 1 เอ็นสะบ้าเกาะเองไปทางด้านนอกของตุ่มทิวเบย์



รูปที่ 2 เข้าโค้งเข้า ผู้ป่วยยืนตรงเข้าชิดกัน ตามุมในอยู่ห่างกัน



รูปที่ 3 ภาพรังสีต่อมทแยงซึ่งถูกย้ายที่ใหม่และยึดด้วยสกรู



รูปที่ 4 Tilted patella พบความผิดปกติดังนี้ คือ

1. increase medial joint space
2. decrease lateral joint space
3. lateral marginal osteochondral fracture of the patella

- ผลพอใช้หมายถึง
1. ไม่มีสะบ้าเลื่อน
  2. เข่าปวดคืดน้อย
  3. เข่างอ ได้มากกว่า 90 องศา
  4. ผู้ป่วยพอใจ
- ผลเลวหมายถึง
1. สะบ้าเคลื่อน
  2. ปวดเข่าอีก
  3. เข่างอได้น้อยกว่า 90 องศา

## การรักษา

ผู้ป่วยได้รับการรักษาเริ่มต้นจากการวินิจฉัย โดยให้รับประทานยารักษาไขข้ออักเสบ และให้ฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นขาให้แข็งแรงก่อนเป็นเวลา 2 ถึง 3 อาทิตย์จึงนำมาทำผ่าตัด

## วิธีผ่าตัด<sup>(1)</sup>

ผ่าตัดผิวหนังจากจุด 1 นิ้วเหนือต่อสะบ้าลงมาทางด้านในเข้าให้ห่างจากสะบ้า 0.5 นิ้ว ไปสู่จุดที่ 1 นิ้ว ใต้ปุ่มทึบิเบีย (anteromedial approach) แล้วเลาะผิวหนังกับเยื่อใต้ผิวหนัง ตลบไปทางด้านนอกหาเอ็นสะบ้าให้ได้ตลอดทั้งอันจนถึงที่เกาะตรงปุ่มทึบิเบีย ตัดปุ่มทึบิเบีย ขนาดประมาณ 2 × 2 ซม. ตัดออกมากับเอ็นสะบ้า ลองดึงปุ่มทึบิเบียและเอ็นสะบับาลงต่ำและเข้าใน ครอบไว้ประมาณแค่ไหน ต่อไปตัด

เอ็น retinacular ด้านข้าง ขึ้น ไปจนถึงกล้ามเนื้อ vastus lateralis พยายามอย่าตัดเอ็นหุ้มข้อตอนนั้นลองดึงดูใหม่ว่าลงมาได้แค่ไหน แต่ระวังอย่าให้ส่วนบนสุดของกระดูกสะบับาลงอยู่ต่ำกว่าปุ่ม adductor ของกระดูกพีเมอร์ ซึ่งแสดงว่าตึงเกินไป เมื่อได้ตำแหน่งที่เหมาะสมแล้วทำรอยให้ขนาดเท่ากัน ตัดกระดูกที่เบียดตรงตำแหน่งนั้นออกมาแล้วสลัดกัน เอาปุ่มทึบิเบียและเอ็นสะบับามาใส่ตรงที่ใหม่ แล้วยึดด้วยสกรู 1 ตัว ดังรูปที่ 3 ข้อระวังก่อนที่จะตัดปุ่มทึบิเบีย ให้เจาะรูก่อนเพื่อความสะดวกในการใส่สกรูในตอนหลัง และป้องกันไม่ให้ปุ่มทึบิเบียแตกเอ็น retinacular ด้านในนั้นก็จัดการเย็บซ้อนกันเพื่อให้ตึงมากยิ่งขึ้น ใส่ท่อดูดสุญญากาศไว้ 1 อัน เย็บแผลปิดแล้วใส่เฝือกด้านหลังจากปลายเท้าถึงหลังต้นขา โดยให้เข่างอประมาณ 10 องศา

## การดูแลหลังผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยหายปวดแผลผ่าตัดแล้ว ให้เริ่มออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาได้ ซึ่งโดยปกติก็ประมาณวันที่ 2 หลังผ่าตัด ท่อดูดสุญญากาศดึงออกในวันที่ 1 หรือ 2 หลังผ่าตัด จากนั้นให้ผู้ป่วยเดินด้วยไม้ยันรักแร้ไม่ให้ลงน้ำหนักขาข้างผ่าตัด เมื่อครบ 2 อาทิตย์แล้ว ถอดเฝือกออกตัดใหม่หมด ในอาทิตย์ที่ 3-4 ให้เริ่มลงน้ำหนักได้บ้างบางส่วน เมื่อครบ 6 อาทิตย์

ให้เห็นลงน้ำหนักได้เต็มที่ ในระหว่างช่วง 2-6 อาทิตย์ เริ่มให้หัดงอเข่า เขยียดเข่า และฝึกกล้ามเนื้อต้นขาไปด้วย

**ผล**

**อายุและเพศ** อายุตั้งแต่ 18 ถึง 34 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 ถึง 30 ปี อายุเฉลี่ย 25 ปี เป็นเพศหญิง 18 คน ชาย 3 คน ข้างซ้าย 11 คน ข้างขวา 10 คน ทุกรายสะบ้าเคลื่อนออกทางด้านนอก

**สาเหตุ** ผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย 3 คน เกิดจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยหญิง 6 คน ปวดเข่าหลังจากเล่นกีฬา ส่วนที่เหลือ 12 คน ค่อยๆ ปวดเข่ามากขึ้นเรื่อย ๆ

**อาการทางคลินิก**

อาการ	จำนวนผู้ป่วย (ข้าง)
ปวดเข่า	21
เข่าบวม	6
ต้นขาลีบ	6
เสียงในเข่า	6
ขาไม่มีแรง	5
ความรู้สึกสะบ้าเคลื่อน	5
ลัมบ์บอย	4
เข่ายึดบางครั้ง	1

ผู้ป่วยทุกรายมาด้วยเรื่องของการปวดเข่าร่วมกับอาการอื่น ๆ ดังตารางที่ 1

**การตรวจร่างกาย**

สิ่งตรวจพบ	จำนวนผู้ป่วย (ข้าง)
สะบ้าเคลื่อน	21
เข่าโก่งเข่า	18
เอ็นสะบ้าเกาะต้านนอกคุ่มทิเบียม	16
กล้ามเนื้อลีบ	14
น้ำในเข่า	10
เสียงดังในเข่า	10
กดเจ็บที่เนื้อเยื่ออ่อนด้านในเข่า	9
เข่ายึด	0

การตรวจร่างกายพบมีลักษณะของสะบ้าเคลื่อนทั้งหมด 21 ข้าง นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติอื่น ๆ รวมด้วยดังตารางที่ 2

**การตรวจภาพรังสี**

- นำผู้ป่วยมาถ่ายภาพรังสี 3 ท่า คือ
1. ท่าตรงค้ำหน้า
  2. ท่าข้างงอเข่า 30 องศา
  3. ท่าพิเศษ tangential หรือ skyline

พบมี tilted patella ดังแสดงในภาพที่ 4

**ผลการรักษา**

ผู้ป่วยทั้งหมด 21 ราย ให้ผลดี 18 ราย (ร้อยละ 85.7) ให้ผลพอใช้ 3 ราย (ร้อยละ 14.29) ทุกรายไม่มีแผลติดเชื้อและสะบ้าเคลื่อนอีก ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยที่ในระยะ 2



รูปที่ 5 ผู้ป่วยหญิงงอเข้าได้ 120 องศา หลังจากผ่าตัดนาน 6 เดือน



รูปที่ 6 ผู้ป่วยหญิงทำผ่าตัดทั้ง 2 ข้าง สามารถงอเข้าได้เหมือนปกติ

อาทิตย์แรกหลังผ่าตัดเมื่อถอดฝือกออกแล้วให้เริ่มฝึกงอเข้าเหยียดเข้า จนกระทั่งครบ 6 อาทิตย์ ผู้ป่วยสามารถงอเข้าได้ประมาณ 100 องศา และเมื่อครบ 3 เดือนผู้ป่วยงอเข้าได้เพิ่มมากขึ้นเป็น 120 องศา เมื่อติดตามดูต่อไปเป็นเวลา 6 เดือน ถึง 4 ปี เฉลี่ย 2½ ปี ผู้ป่วยจะสามารถงอเข้าได้เหมือนปกติ ส่วนผู้ป่วยอีก 1 ราย เป็นผู้ชาย งอเข้าได้ 115 องศา เนื่องจากมีปัญหาในการผ่าตัด ปุ่ม ทิเบียแตก ในขณะที่ผ่าตัดทำให้การยึดด้วยสกรูไม่แน่นหนาพอ เมื่อผู้ป่วยฝึกงอเข้า เหยียดเข้า ปุ่ม ทิเบียหลุดออกมาต้องเอาไปทำผ่าตัด ยึดด้วยลวดและใส่ฝือกต่ออีก 6 อาทิตย์ ในจำนวนผู้ป่วย 18 ราย ที่ได้ผลดีนั้นพบว่าเข้ายวบวมหมด กล้ามเนื้อต้นขาโตขึ้น และไม่มีอาการปวดอีกเลย ส่วนผู้ป่วย 3 ราย ที่ได้ผลพอใช้ นั้น 1 ราย คือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการผ่าตัด ดังกล่าวผู้ป่วยมีอาการปวดเป็นบางครั้งเวลาเดิน แต่อื่น ๆ ปกติ รายที่ 2 เป็นผู้หญิงอายุ 34 ปี ผ่าตัดพบมีผิวกระดูกสะบ้ากร่อน และผิวกระดูกที่เมอร์ตรงขอบขรุขระเล็กน้อย ผู้ป่วยดีขึ้นหลังผ่าตัด แต่ยังมีเข้าบวมและปวดอยู่ รายที่ 3 อายุ 26 ปี อ้วน หลังผ่าตัดผู้ป่วยหายปวดเข้ายวบวม แต่เมื่อติดตามต่อไปเป็นเวลา 1 ปี ผู้ป่วยปวดตรงตำแหน่งสกรูที่ยึดเอ็นสะบ้าและ

เข้าบวม หลังจากทำผ่าตัดเอาสกรูออกแล้ว ผู้ป่วยยังปวดอยู่จึงฉีดยา corticosteroid เข้าไปที่ตำแหน่งปุ่มทิเบียและในเข้า อาการปวดหายไป ผู้ป่วยรายนี้ได้ติดตามดูเป็นเวลา 3 ปี ยังมีเข้าบวม น้ำในเข้า และเจ็บเวลาเดินเป็นบางครั้ง ในรูปที่ 5 แสดงผลการรักษาผู้ป่วยนาน 6 เดือนหลังจากผ่าตัด และในรูปที่ 6 แสดงผลการรักษานาน 4 ปี

## วิจารณ์

สะบ้าเคลื่อนเป็นโรคที่พบบ่อยอันหนึ่งในจำนวนโรคเข่าทั้งหลาย พบมากในผู้หญิง โดยเฉพาะผู้หญิงที่ชอบเล่นกีฬา และแพทย์ผู้ตรวจมักจะมีมองข้ามไปเป็นโรคอื่น การตรวจสำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคสะบ้าเคลื่อน คือการทำให้เกิดสะบ้าเคลื่อน (passive subluxation) ให้ผู้ป่วยนอนหงาย งอเข้า 30-40 องศา หย่อนกล้ามเนื้อต้นขา ใช้หัวแม่มือดันสะบ้าไปทางด้านข้าง ทำให้เกิดสะบ้าเคลื่อน ผู้ป่วยจะเจ็บ นอกจากนี้การถ่ายภาพรังสีในท่า tangential หรือท่า infrapatella จะช่วยให้การวินิจฉัยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเห็นสะบ้าเอียงออกทางด้านข้าง<sup>2,3</sup> (ดังแสดงในรูปที่ 4)

การรักษาผู้ป่วยจะได้ผลดีหรือเลวขึ้นอยู่กับ การเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมกับวิธีการรักษา โดยปกติถ้าผู้ป่วยเป็นเด็ก ตุ่มทิเบียยังไม่เจริญ



เต็มที่ การรักษาคควรจะทำก่อน จนกระทั่ง  
เด็กโต อาการสะบ้าหลุดอาจหายไปเองได้  
หรือถ้าหากว่ามีการหลุดเกิดขึ้นบ่อย ๆ วิธีผ่าตัด  
ควรทำกับเนื้อเยื่ออ่อน การตัดปุ่มทิเบียมใน  
ขณะที่เด็กยังเล็กอยู่จะทำให้เกิดความพิการ  
เข้าโค้งไปข้างหลัง (genu recurvatum) เมื่อ  
เด็กโตขึ้น<sup>2,4,5,6</sup> ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือมีกระดูก  
เข่าออก การตัดสะบ้าออกก็ให้ผลดีเช่นกัน<sup>4,6,7</sup>

สำหรับผู้ป่วยที่อายุในช่วง 18 ถึง 30 ปี  
เป็นช่วงอายุที่เหมาะสมที่จะนำมาทำผ่าตัดวิธีนี้  
การเกิดสะบ้าเคลื่อนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง  
ของผิวของข้อระหว่างสะบ้ากับพีเมอร์ (Patello  
femoral joint) ได้แก่<sup>6</sup>

1. chondromalacia of the patella
2. osteochondritis dissecans
3. marginal osteochondral fracture
4. patello femoral arthritis

ในการเลือกผู้ป่วยมาทำผ่าตัด ควร  
พิจารณาให้ถี่เสียก่อน ผู้รายงานพบว่าการเลือก  
ผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ต่อไปนี้จะให้ผลดีมากที่สุด คือ

1. อายุตั้งแต่ปุ่มทิเบียมโตเต็มที่แล้ว  
(ประมาณ 17 ถึง 30 ปี)

2. ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของผิวข้อ  
ระหว่างสะบ้ากับพีเมอร์

3. ผี๊กกล้ามเนื้อต้นขาจากข้อผ่าตัดเป็น  
เวลา 2 ถึง 3 อาทิตย์ และหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วย  
หายจากปวดแผลแล้ว

4. ยึดปุ่มทิเบียมที่ย้ายไปยังที่ใหม่ให้แน่น

5. ให้ผี๊กข้อเข้าและเหยียดข้อ 2 อาทิตย์  
หลังจากผ่าตัด

ผลการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในข้อบ่งชี้  
ดังกล่าวนี้ดีมาก ยกเว้นในผู้ป่วยซึ่งอ้วน 1 ราย  
ให้ผลไม่ดีเท่าที่ควร<sup>8</sup> จากการติดตามผู้ป่วย  
เป็นเวลานาน 6 เดือน ถึง 4 ปี ไม่พบมีอาการ  
เสื่อมของข้อเข้าเกิดขึ้น ดังที่มีผู้รายงานว่าพบ  
ข้อเสื่อมก่อนข้างมากในการผ่าตัดตามวิธีนี้<sup>9,10</sup>

## สรุป

รายงานผลการรักษาผู้ป่วยสะบ้าเคลื่อน  
โดยการผ่าตัด การตัดแปลงวิธีของ Hauser'  
20 ราย 21 ข้อ พบว่าสะบ้าเคลื่อนพบมากใน  
ผู้หญิง อายุที่เหมาะสมในการผ่าตัดวิธีตัดแปลง  
Hauser' คือ เมื่อปุ่มทิเบียมโตเต็มที่ประมาณ  
17 ถึง 30 ปี ผลที่ได้รับร้อยละ 85.71 ให้ผลดี  
ร้อยละ 14.29 ให้ผลเป็นที่น่าพอใจ มีภาวะ  
แทรกซ้อนเกิดขึ้นจากการผ่าตัด 1 ราย คือปุ่ม  
ทิเบียมแตกในระหว่างใส่สกรู

## อ้างอิง

1. Hauser EDW. Total tendon transplant for slipping patella : new operation for recurrent dislocation of the patella. *Surg Gynecol Obstet* 1938 Feb; 66 (2): 199-214
2. Hughston JC. Subluxation of the patella. *J Bone Joint Surg (A)* 1968 Jul; 50 (5): 1003-1026
3. Cross MJ, Waldrop J. The patella index as a guide to the understanding and diagnosis of patellofemoral instability. *Clin Orthop* 1975 Jul-Aug; 110 : 174-176
4. Bowker JH, Thompson EB. Surgical treatment of recurrent dislocation of the patella, a study of fourty-eight cases. *J. Bone Joint Surg (A)* 1964 Oct; 46 (5) : 1451-1461
5. Campbell WC. *Campbell's Operative Orthopedics*. 6 ed. Vol. I St. Louis : C.V Mosty, 1980. 421-422, 461-470.
6. Heywood AW. Recurrent dislocation of the patella : a study of its pathology and treatment in 106 knees. *J Bone Joint Surg (Br)* 1961 Aug; 43 (3) : 508-517
7. West FE. End results of patellectomy. *J Bone Joint Surg (A)* 1962 Sep ; 44 (6): 1089-1108
8. Dougherty J Wirth CR, Akbarnia BA. Management of patella subluxation : a modification of Hauser's technigue. *Clin Orthop*. 1976 Mar-Apr; 115 : 204-208
9. Crosby EB, Insall J. Recurrent dislocation of the patella : relation of treatment to osteoarthritis. *J Bone Joint Surg (A)* 1976 Jan; 58 (1) : 9-13
10. Hampson WGJ, Hill P. Late results of transfer of the tibial tubercle for recurrent dislocation of the patella. *J Bone Joint Surg. (Br)* 1975 May; 57 (2) : 209-213