

การรักษาทางกายภาพบำบัดในภาวะข้อศอกติดแข็ง ในเด็กหลังกระดูกต้นแขนเหนือข้อศอกหัก

ศุภรัตน์ มาสภัสร์

Abstract : Thirty nine children of supracondylar fracture, treated in Paholpolpayuhasena Hospital during June 1990 to June 1992, were reviewed for their post-treatment limitation of the elbow. There were 39 children in all, ranging in age from 1 1/2 to 14 year old. There were 28 boys and 11 girls. Physical therapy, aimed at reducing elbow deformities, was able to increase range of motion at acceptable range, about 25-120 degrees in 17 children. Seven children lost to follow up. Satisfactory improvement could not be attained in another 15 children.

Physical Therapy in Limitation of Movement of Elbow Joint in Children After Supracondylar Fracture.

Suparat Masapas.

Department of Physical Therapy and Rehabilitation, Paholpolpayuhasena, Kanchanaburi.

Region 7 Medical Journal 1992 : 3 : 231-239

บทคัดย่อ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเด็กกระดูกต้นแขนหัก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่มีนาคม 2533 ถึงมีนาคม 2535 พบว่า มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 39 ราย เป็นเพศชาย 28 ราย (71.7%) เพศหญิง 11 ราย (27.5%) ช่วงอายุ 1 1/2 - 14 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือข้อศอกติดแข็งในท่างอและเหยียด ซึ่งการรักษาทางกายภาพบำบัดสามารถเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อศอก ให้อยู่ในช่วง 25-120 องศา ในผู้ป่วย 17 คน ไม่มาติดตามการรักษา 7 คน ส่วนอีก 15 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหวข้อศอกได้เป็นที่น่าพอใจ

บทนำ

ภาวะกระดูกที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็ก คือกระดูกต้นแขนหักเหนือข้อศอก มักเกิดจากการพลัดตกจากที่สูงหรือพลัดหกล้ม หลังจากที่ได้รับบาดเจ็บโดยผ่าตัด ใส่ลวด ใส่เฝือกอย่างเดียว หรือทั้งสองอย่าง ปัญหาที่จะตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ ภาวะข้อศอกติดแข็งงอและเหยียดไม่ได้ตามปกติ หากไม่ได้รับการรักษาที่

ถูกต้องและทันการณ์ ย่อมนำมาซึ่งความพิการถาวร ซึ่งจะมีผลเสียทั้งทางด้านร่างกาย คือไม่สามารถใช้งานในกิจวัตรประจำวันได้เต็มที่ ทางด้านจิตใจและสังคมคือในแง่ความสวยงาม บุคลิกภาพและความเชื่อมั่นในตนเอง แต่เราสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาคือความพิการเหล่านี้ได้ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือทั้ง 3 ฝ่าย คือ ผู้ป่วย ผู้ปกครอง และผู้รักษา ผู้

ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อประโยชน์ในการรักษาทางกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

1. ผู้ป่วยเด็กช่วงอายุไม่เกิน 14 ปี ไม่จำกัดเพศ หลังการรักษาของแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์แล้ว ด้วยวิธี ผ่าตัด และไม่ผ่าตัด ซึ่งมีการยึดติดแข็งของข้อศอกในองศาต่าง ๆ

2. โกลิโอมิเตอร์ สำหรับวัดองศาของข้อต่อ

3. บันทึกจำนวนวันที่แพทย์รักษาจนถึงวันที่ส่งมารักษาทางกายภาพบำบัด

4. บันทึกจำนวนองศาที่ข้อศอกติดแข็ง และทำการวัดได้ในวันแรก

5. บันทึกจำนวนองศาวันสุดท้ายของการรักษา

6. บันทึกจำนวนวันที่มารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

วิธีการรักษาทางกายภาพบำบัด

1. ตรวจประเมินผู้ป่วย วัดองศา ตรวจดูกล้ามเนื้อ จุดจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งมักเกิดจากเยื่อพังผืดที่ข้อต่อ การหดรั้งของเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ biceps รวมทั้งการอ่อนกำลังของกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อต่อ² ในเด็กเล็ก ๆ อาจใช้วิธีสังเกต ลักษณะการเคลื่อนไหวผิดไปจากธรรมชาติมากหรือน้อย ต้องทำการตรวจอย่างนุ่มนวล และใช้จิตวิทยาพิเศษ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยก่อนจะได้ให้ความร่วมมือในการรักษา ดูข้อข้างเคียง ที่อยู่เหนือและล่างของข้อต่อที่มีปัญหาด้วยเพื่อวางแผนการรักษา

2. อธิบายแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง ถึงสาเหตุของข้อศอกติดแข็ง เนื่องจากการจำกัดการเคลื่อนไหว ช่วงเวลาที่ผ่านมามีการซ่อมแซมของร่างกาย เมื่อมีการหักของกระดูกเนื้อเยื่อรอบ ๆ ได้รับอันตราย เส้นเลือดและหลอดน้ำเหลืองซีกขาด ทำให้บวม ปวดตึง ขณะเดียวกันน้ำเหลือง น้ำเลือด ก็เป็นตัวนำอาหารมาซ่อมแซมกระดูกด้วย เมื่อมีการออกกำลังกายในเฝือก การดูดซึม

กลับของน้ำเหลือง น้ำเลือดดี และการไหลเวียนของเลือดดี³ ขณะเดียวกันก็มีการสร้างพังผืดขึ้นจากผลการซ่อมแซมนั้น เนื่องจากไม่ได้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ฉะนั้นเราจึงจำเป็นต้องทำลายพังผืดเหล่านั้น และยืดข้อต่อออก เนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อและเอ็น เพื่อให้ข้อศอกเคลื่อนไหวได้ตามปกติ มิฉะนั้นจะเป็นผลเสียสำหรับกิจกรรมประจำวัน รวมไปถึงการเสียบุคลิกภาพด้วย และอธิบายในเรื่องลักษณะของกระดูกและข้อต่อที่เรียงตัวกันอยู่ มีภาพฟิล์มประกอบด้วยจะทำให้เข้าใจได้ดียิ่งขึ้น เพื่อความร่วมมือในการรักษา ซึ่งต้องมีบทบาทในการคัดผู้ป่วยเมื่อเวลาอยู่ที่บ้าน เป็นการช่วยคงสภาพข้อต่อที่เพิ่มองศาได้แล้ว เพราะหลังจากการตัดในช่วงแรก ๆ จะยังคงอ่อนแอ และบางครั้งยังปวดอยู่

3. ความร้อน เพื่อลดบวมและการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ โดยใช้

3.1 ความร้อนชื้น ในรูปของ แผ่นอบความร้อน ซึ่งฝังพาราฟิน ประมาณ 15-20 นาที ที่รอบข้อต่อ

3.2 ถังน้ำอุ่น ให้น้ำแช่ข้างที่ข้อศอกติดแข็ง จุ่มลงได้น้ำ ให้ออกกำลัง เคลื่อนไหวทุกทิศทาง

3.3 ความร้อนคลื่นเหนือเสียง บริเวณรอบข้อศอก ใช้เวลา 5-7 นาที

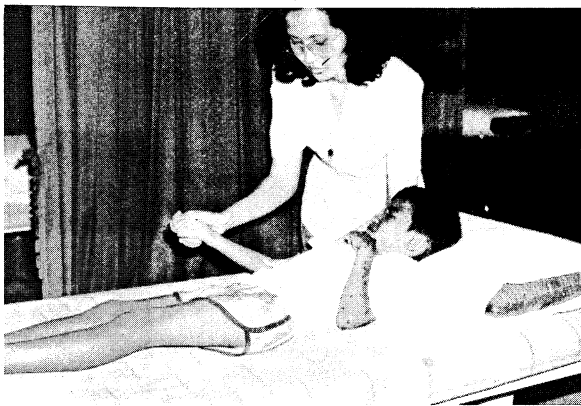
4. การนวด ใช้เทคนิค effleurage, stroking และ kneading รอบ ๆ ข้อศอก โดยเฉพาะส่วนยึดเกาะของส่วนปลายเอ็นกล้ามเนื้อข้อศอก²

5. การดัดและดึง เพื่อเพิ่มองศาข้อต่อ

5.1 การดัดดึงเพื่อการเคลื่อนไหวแยกต่าง และเพิ่มองศาการเหยียดร่วมกับการเคลื่อนไหวเข้าใน

วิธีการ ผู้ป่วยนอนหงาย กางแขนประมาณ 30 องศา ผู้รักษายืนด้านข้างบริเวณหัวไหล่ หันหน้ามาทางปลายเท้าผู้ป่วย มือหนึ่งโอบจับด้านในข้อศอกผู้ป่วย โดยนิ้วหัวแม่มือวาง

ทางด้านหน้าข้อศอกบริเวณด้านใน และปลายนิ้วทั้ง 4 วางอยู่ด้านหลังข้อศอก ส่วนท่อนแขนของปลายแขนเดียวกันของผู้รักษา วางกดที่บริเวณด้านหน้าหัวแม่มือวางอยู่ด้านหน้าข้อมือ และนิ้วทั้งสี่โอบรอบด้านหลังข้อมือผู้ป่วย แล้วค่อย ๆ กดลงอย่างนิ่มนวลในลักษณะมีการเหยียดและเคลื่อนเข้าใน ขณะเดียวกันอีกมือหนึ่งออกแรงดันในส่วนในปลายต้นแขนดัดออกนอก พร้อมกับใช้ท่อนแขนกดด้านหน้าหัวไหล่ไม่ให้ยกขึ้น⁴ ดังรูปที่ 1 เทคนิคนี้ทำอย่างค่อนข้างรวดเร็วในเด็กเล็ก แต่ช้าบ่อย ๆ อาจสลับกับการพักสักครู่



รูปที่ 1

5.2 การดัดตั้งเพื่อการเคลื่อนแยกห่าง และเพิ่มองศาการเหยียดร่วมกับการเคลื่อนออกนอก

วิธีการ ทำของผู้ป่วยและผู้รักษาเช่นเดียวกับ 5.1 มือผู้รักษาข้างที่จับมือผู้ป่วย โอบมาจับบริเวณด้านในข้อมือ ออกแรงกดแขนผู้ป่วยเคลื่อนในลักษณะมีการเหยียดและเคลื่อนออกนอกปลายแขนผู้ป่วย โดยใช้ปลายนิ้วมือทั้งสี่ของอีกมือหนึ่งของผู้รักษา ออกแรงดันในทิศทางตรงข้ามที่บริเวณด้านนอกของ

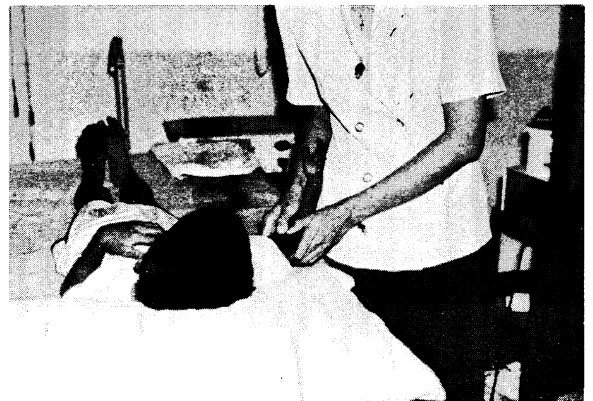
กระดูกต้นแขน⁴ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2

5.3 การดัดเพื่อเพิ่มองศาการเหยียด

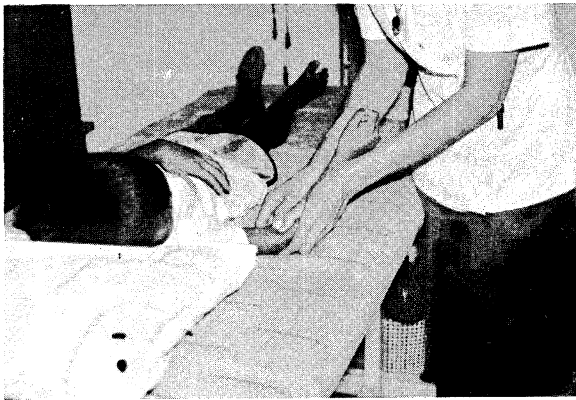
วิธีการ ผู้รักษายืนด้านข้างหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย จับแขนผู้ป่วยให้ประคองอยู่บนแขนข้างใดข้างหนึ่งของผู้รักษา พร้อมกับหนีบมือผู้ป่วยไว้ข้างลำตัว โดยสองมือของผู้รักษา โอบรอบใต้ข้อศอก ซึ่งสองนิ้วหัวแม่มือวางอยู่บริเวณด้านหน้าของต้นแขนผู้ป่วย และปลายนิ้วทั้งสี่ของสองมือโอบอยู่ด้านหลังต้นแขน (ดังรูปที่ 3) แล้วออกแรงสองมือดันข้อศอกขึ้นลงเป็นจังหวะในขณะที่หนีบข้อมือผู้ป่วยไว้กับข้างลำตัวให้อยู่นิ่ง² ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการเหยียดข้อศอก



รูปที่ 3

5.4 การเคลื่อนลงของข้อต่อเรติโออัลนาร์ ส่วนบน

วิธีการ ผู้ป่วยนอนหงาย กางแขน 30 องศา ผู้รักษายืนด้านข้างหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ปลายแขนผู้ป่วยอาจอยู่ในลักษณะหงายมือ ใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือข้างหนึ่ง หรือ 2 ข้างของผู้รักษาวางกดที่บริเวณด้านหน้าของหัวกระดูกเรเดียส ค่อย ๆ ออกแรงกดให้เคลื่อนลงไป ด้านหลังต่อกระดูกอัลนาร์ โดยกดเป็นจังหวะสม่ำเสมอ² ดังรูปที่ 4



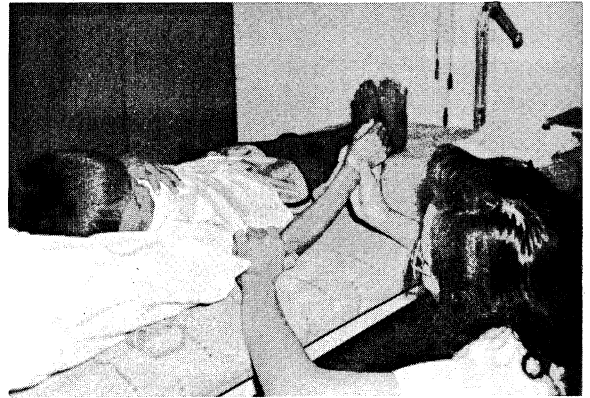
รูปที่ 4

5.5 การเคลื่อนขึ้นของข้อต่อเรติโออัลนาร์ ส่วนบน

วิธีการ ผู้ป่วยนอนหงายกางแขนประมาณ 30 องศา วางข้อศอกถึงจุดติดแข็ง ผู้รักษาวางปลายนิ้วหัวแม่มือ ที่ด้านหลังของหัวกระดูกเรเดียส ค่อย ๆ ออกแรงกดให้หัวกระดูกเรเดียสขึ้นมาทางด้านหน้าต่อกระดูกอัลนาร์² ดังรูปที่ 5

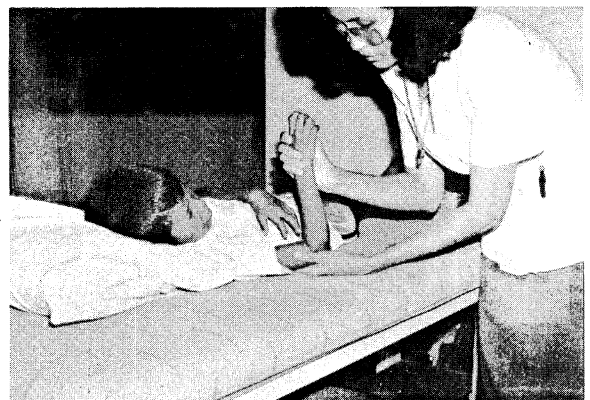
5.6 การดัดดึงให้เพิ่มองศาของการงอข้อศอกในลักษณะเฉียงเข้าใน

วิธีการ ผู้ป่วยนอนหงาย ผู้รักษายืนด้านข้างหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย แขนผู้ป่วยอยู่ในลักษณะถึงจุดติดแข็ง และคว่ำมือ มือหนึ่ง



รูปที่ 5

ของผู้รักษารองรับอยู่ด้านหลังต้นแขนผู้ป่วย ใกล้เคียงศอก ส่วนอีกมือหนึ่งจับที่ด้านหน้าของมือผู้ป่วยออกแรงกดปลายแขนผู้ป่วย ให้เคลื่อนข้อศอกในลักษณะเกิดการงอในทางเฉียงเข้าข้างในหน้าตัวผู้ป่วย² ดังรูปที่ 6

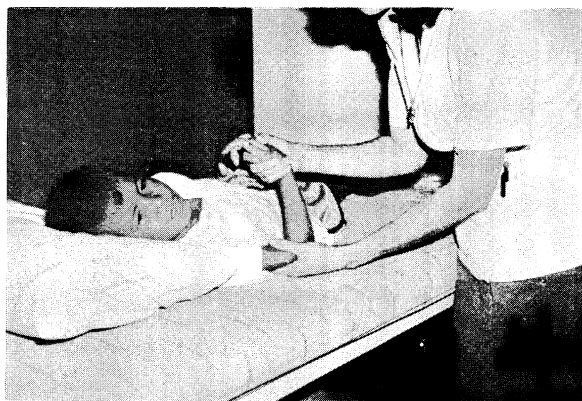


รูปที่ 6

5.7 การดัดดึงให้เพิ่มองศาการงอข้อศอกในลักษณะเฉียงออกนอก

วิธีการ ผู้ป่วยนอนหงายผู้รักษายืนด้านข้างหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ปลายแขนผู้ป่วยอยู่ในลักษณะงอศอกถึงจุดติดแข็ง และหงายมือ มือหนึ่งของผู้รักษารองรับอยู่ด้านหลังต้นแขน

ผู้ป่วยไกลข้อศอก ส่วนอีกมือหนึ่งจับที่ด้าน
หลังข้อมือผู้ป่วย ออกแรงดันปลายแขนผู้ป่วย
ให้เคลื่อนข้อศอกในลักษณะเกิดการงอ ใน
ทิศทางเฉียงออกข้างนอกห่างลำตัวผู้ป่วย²
ดังรูปที่ 7



รูปที่ 7

6. การบริหารร่างกายตนเอง²

6.1 ยืนเหยียดแขนไปข้างหน้าพร้อมกับงอ
ศอก และเหยียดแขนไปข้างหลังพร้อมกับ
เหยียดข้อศอกอย่างรวดเร็ว

6.2 ยืนหรือนั่ง งอศอกสองข้างพร้อมกัน
พยายามเอาปลายนิ้วแตะหัวไหล่ โดยไม่งอ
หัวไหล่

6.3 ยืนปลายแขนสองข้างวางบนโต๊ะ ที่มี
ความสูงพอเหมาะขนาดวางข้อศอกองได้ 90
องศา หาผ้าพันหรือเบาะรอง โน้มตัวลงเพื่อ
ให้น้ำหนักตัวกดบนปลายแขนให้เท่ากัน 2
ข้าง

6.4 ยืนโหนบาร์ผ้านึง โหนขึ้นลง เพื่อ
ให้เกิดการงอและเหยียดข้อศอก

6.5 ผู้ป่วย 2 คน ยืนจับมือกันไว้ ต่างผลัก
ซึ่งกันและกัน ด้วยแรงของกล้ามเนื้อเคลื่อนไหวข้อศอก

6.6 ยืนห่างกำแพงพอสมควร ใช้ปลายแขน
2 ข้าง วางทาบบนกำแพง แล้วค่อย ๆ เดิน
เข้าหากำแพง โดยที่ปลายแขนไม่เคลื่อนที่จะ
เกิดการงอศอก

6.7 ยืนถือก้อนน้ำหนัก หรือถังน้ำ ที่มีน้ำ
หนักพอประมาณแล้วเหยียดแขนไปมาใน
ลักษณะเหยียดข้อศอก เติมน้ำมากขึ้นเพื่อ
เพิ่มน้ำหนัก

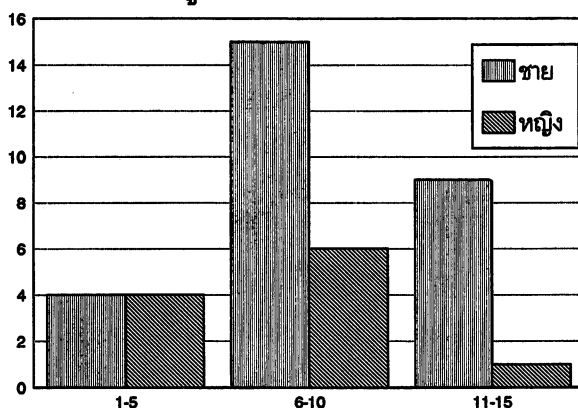
6.8 ยืนต่อยลูกบอลแขวนแรง ๆ

วิธีวัดผลการรักษา

1. ใช้โกนิโอมิเตอร์ วัดองศาการเคลื่อนไหว
ของข้อศอก โดยบันทึกช่วงองศาที่เคลื่อนที่ได้ วัดองศาที่
เคลื่อนที่ได้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษาทางกายภาพ
บำบัดทุกครั้ง จดบันทึก ในทางคลินิกการรักษาทางกาย-
ภาพบำบัด ให้ได้องศาช่วง 25° - 120° ถือเป็นช่วงที่น่า
พอใจ กล่าวคือ อีก 25° ถึงจุดการเหยียดสุด และเคลื่อน
งอไปได้ 120° (ปกติข้อศอกมีองศาการเคลื่อนที่ 0 - 145°)

1. จำนวนผู้ป่วยแยกตามอายุและเพศ

กราฟที่ 1 ผู้ป่วย จำแนกตามเพศและอายุ

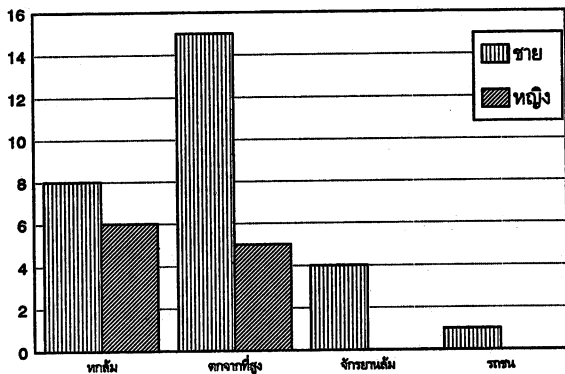


กราฟที่ 1

ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และกลุ่มอายุ
ที่พบมากที่สุดก็คือ 6-10 ปี (ร้อยละ 53.8) รองลงมาคือ
กลุ่มอายุ 11-15 ปี

2. จำนวนผู้ป่วยแยกตามแขนข้างที่หัก พบว่าแขนซ้ายหัก 27 ราย และแขนขวาหัก 12 ราย
3. จำนวนผู้ป่วยแยกตามสาเหตุ

กราฟที่ 2 แสดงสาเหตุ จำแนกตามเพศ



กราฟที่ 2

ร้อยละ 51.2 มีสาเหตุมาจากการพลัดตกจากที่สูง ในเพศชาย สาเหตุที่พบมากมาจากการตกจากที่สูง และหกล้ม นอกนั้นเป็นอุบัติเหตุ เนื่องมาจากรถ ส่วนในเพศหญิงพบเพียง 2 สาเหตุ คือหกล้มและตกจากที่สูง

4. จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามช่วงวันที่ได้รับอุบัติเหตุถึงวันที่แพทย์ให้การรักษา

ช่วงระยะเวลา (วัน)	จำนวน (ราย)
0-5	25 (64.1%)
6-10	8 (20.5%)
11-15	-
16-20	-
21-25	1 (2.5%)
26-30	2 (5.1%)
>20	2 (5.1%)

พบว่าร้อยละ 64 ของผู้ป่วยมาพบแพทย์ตั้งแต่วันแรกไม่เกิน 5 วัน หลังจากได้รับอุบัติเหตุมีเพียง 5 ราย (12.5%) ที่มาพบแพทย์หลัง 21 วัน

5. จำนวนผู้ป่วยแยกตามช่วงวันที่แพทย์ให้การรักษาจนถึงวันส่งกายภาพบำบัด

ช่วงระยะเวลา (วัน)	จำนวน (ราย)
0-5	2 (5.1%)
6-10	3 (7.6%)
11-15	6 (15.3%)
16-20	7 (17.9%)
21-25	13 (33.3%)
26-30	4 (10.2%)
>30	4 (10.2%)

ส่วนใหญ่แพทย์ส่งมารักษาทางกายภาพบำบัดในช่วง 21-25 วัน มี 2 ราย (5.1%) ที่ส่งมาในช่วง 0-5 วัน ซึ่งเป็นรายที่แพทย์ไม่ได้ให้การรักษา เนื่องจากกระดูกเชื่อมยึดไปแล้ว มี 7 ราย (17.9%) ที่แพทย์ส่งตั้งแต่วินิจฉัยการเคลื่อนไหว

6. จำแนกผู้ป่วยในช่วงองศาการเหยียดและงอในวันแรกรับ

ช่วงองศาการเหยียด	จำนวน (ราย)	ช่วงองศาการงอ	จำนวน (ราย)
0-10	4 (10.2%)	0-20	
11-20	3 (7.6%)	21-40	1 (2.5%)
21-30	12 (30.7%)	41-60	1 (2.5%)
31-40	4 (10.2%)	61-80	6 (15.3%)
41-50	13 (33.3%)	81-100	27 (69.2%)
51-60	3 (7.6%)	101-120	3 (7.6%)
>60		>120	1 (2.5%)

ส่วนใหญ่องศาของการเหยียดอยู่ในช่วง 41-50 (33.3%) รองลงมาช่วงองศา 21-30 มี 30.7% มีเพียง 10.2% ที่อยู่ในช่วง 0-10 องศา ส่วนการงอข้อศอกแรกรับอยู่ในช่วง 81-100 มี 69.2% น้อยกว่า 80 องศา มี 20% และที่งอได้มากกว่า 120 องศา มีเพียง 2.5%

7. จำแนกผู้ป่วยในช่วงองศาการเหยียดและงอในวันสุดท้ายที่รักษา จำนวน 32 ราย

องศาการเหยียด	จำนวน (ราย)	องศาการงอ	จำนวน (ราย)
0-10	12 (37.5%)	0-20	-
11-20	12 (37.5%)	21-40	1 (3.1%)
21-30	6 (18.75%)	41-60	-
31-40	1 (3.1%)	61-80	1 (3.1%)
41-50	1 (3.1%)	81-100	13 (40.6%)
51-60	-	101-120	16 (50%)
>60	-	>120	1 (3.1%)

มีจำนวน 7 ราย (21.8%) ที่ไม่มาติดตามการรักษา มีจำนวน 75% ที่มีองศาการเหยียดได้ถึง 0-20 องศา มีเพียง 3.1% ที่องศาการเหยียดอยู่ในช่วง 40-50 และ 50%-ที่องศาการงออยู่ในช่วงที่น่าพอใจ คือ 101-120 องศา

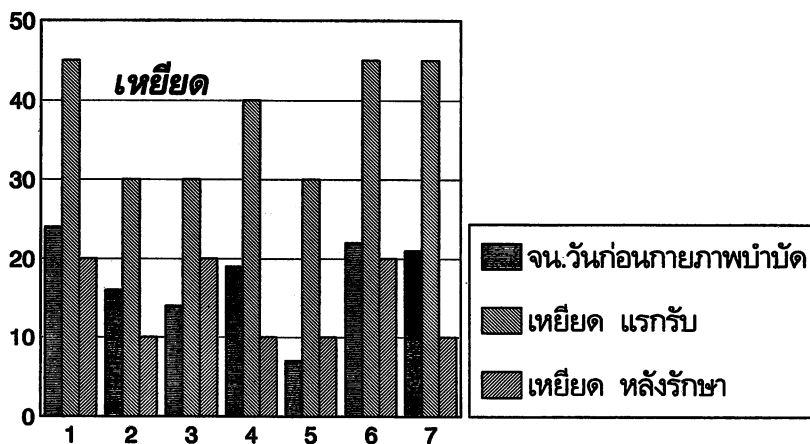
8. กราฟแสดงองศาเหยียดและงอแรกกับกับหลังการรักษาสัมพันธ์กับจำนวนวันที่แพทย์ส่งมารักษาทางกายภาพบำบัด

9. จำนวนผู้ป่วย และช่วงวันที่มารับการรักษาทางกายภาพบำบัด

จำนวนวัน	จำนวน (ราย)
1-3	15 (38.4%)
4-6	5 (12.8%)
7-9	4 (10.2%)
10-12	2 (5.1%)
13-15	-
16-18	-
19-21	6 (15.3%)
>21	7 (17.9%)

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาได้ 1-3 วัน มีมากถึง 38.4% และที่มาได้เกินกว่า 15 ครั้ง มี 33.3%

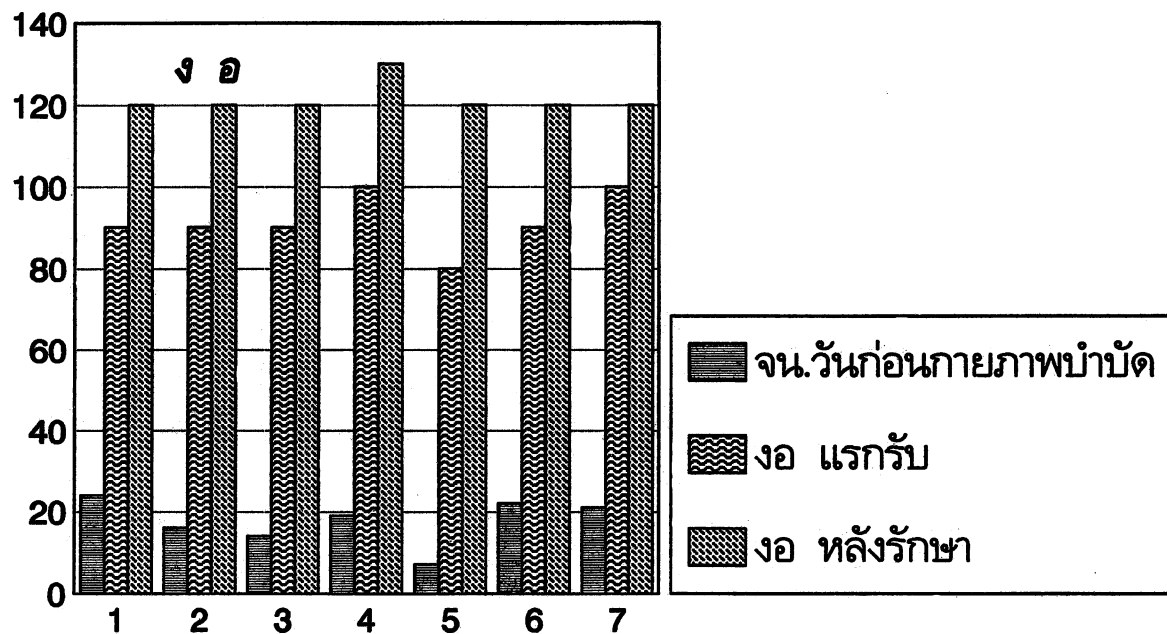
กราฟที่ 3 แสดงการเหยียด-งอ ก่อน-หลังการรักษา



กราฟที่ 8

จำนวนวันที่แพทย์ส่งมารักษาทางกายภาพบำบัดน้อย คือช่วง 7-21 วัน องศาการเหยียด-งอ เพิ่มขึ้นได้จนถึงช่วง 25°-120°

10. กราฟแสดงจำนวนองศาการเหี่ยยงที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วย ที่มาได้รับการรักษาได้ติดต่อกัน และจำนวนครั้งที่รักษา จนได้ องศาที่ 20° - 120°



11. จำนวนผู้ป่วยแยกตามที่อยู่

ที่อยู่	จำนวน (ราย)
เมือง	12 (30.7%)
ชนบท	27 (69.2%)

ผู้ป่วยร้อยละ 69.2% มาจากชนบทนอกเขตเมือง มีเพียง ร้อยละ 30.7 ที่อยู่ในเขตเมือง

สรุปและวิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กข้อศอกติดแข็ง หลังกระดูกต้นแขนเหนือข้อศอกหักที่รวบรวมได้ใน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตั้งแต่มิถุนายน 2533 - มิถุนายน 2535 จำนวนทั้งหมด 39 ราย เป็นเพศชาย มากกว่า เพศหญิง ทั้งนี้เพราะเด็กผู้ชายมีกิจกรรมโหด

โหดและซุกซนมากกว่า กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 6-10 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 11-15 ปี ด้วยเหตุที่เด็กวัยนี้เป็น วัยอยากทดลอง ชอบเลียนแบบ โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ สาเหตุส่วนใหญ่ของการหักของกระดูก มักมาจากการ พลัดตกจากที่สูง รองลงมาคือ หกล้ม นอกจากนี้ยังพบว่าเปอร์เซ็นต์ของการหักข้างซ้ายมากกว่าข้างขวาทั้ง เพศชายและหญิง

ร้อยละ 64 ของผู้ป่วยมาพบแพทย์ตั้งแต่วันแรก ที่ได้อุบัติเหตุ จึงทำให้โอกาสที่ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวข้อ ก็ จะเร็วขึ้นไปด้วย กล้ามเนื้อและเอ็นไม่ถูกยึดไว้นาน ข้อติด ขัดน้อย องศาการเคลื่อนไหวก็จะกลับสู่สภาพปกติเร็ว ด้วย⁵ ระยะเวลาที่แพทย์ให้การรักษาจนถึงวันส่งกายภาพบำบัด พบว่ามีผลต่อการเพิ่มองศาของข้อด้วย ตามกราฟที่ 3 ทั้งนี้จากผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ที่แพทย์ ส่งมารักษาทางกายภาพบำบัด ตั้งแต่ระยะจำกัดการ เคลื่อนไหวนั้น องศาแรกรับดี และสามารถเพิ่มองศา

ทั้งการงอและเหยียดได้เร็วเป็นที่น่าพอใจคือ ช่วง 10-130 องศา ดังแสดงในกราฟที่ 3

ในส่วนของ การติดตามการรักษาร้อยละ 38 มา รับการรักษาน้อยกว่า 3 ครั้ง มีเพียง 33% ที่มารับการ รักษาตั้งแต่ 20 ครั้งขึ้นไป ซึ่งก็มีทั้งที่มาอย่างต่อเนื่องทุกวัน (เว้น วันหยุด) และไม่ต่อเนื่อง พบว่าใน 10 ราย ที่มารับการ รักษาอย่างต่อเนื่องนั้น มีการเพิ่มขององศาได้จนถึงช่วง 20-120 แต่มีจำนวน 3 ราย ที่ไม่สามารถเพิ่มองศาได้เป็น ที่น่าพอใจ การเพิ่มองศาที่ช้ามาก ทั้งนี้เนื่องจาก

1. การได้รับบาดเจ็บนั้นรุนแรงมาก เนื้อเยื่อได้ รับอันตรายมาก และบวมมาก
2. ความเจ็บปวด เพราะเด็กไม่สามารถทนต่อ ความเจ็บปวด
3. ความเจ็บปวด ที่ปลายลวดที่บริเวณผิวหนัง ในรายที่แพทย์ใส่ลวดตาม
4. การบริหารข้อต่อด้วยตนเองที่บ้าน ผู้ปกครอง ไม่ได้ให้ความเอาใจใส่เท่าที่ควร เด็กมักไม่ทำ เองถ้าไม่มีใครควบคุม หรืออาจเนื่องมาจาก ความเชื่อถือในด้านการรักษา ด้วยเครื่องมีอ ไฟฟ้า มากกว่าการรักษาด้วยการบริหาร

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้อย่าง ต่อเนื่อง ผู้ศึกษาได้พยายามอธิบายสาเหตุการติดแข็ง ของข้อศอก และสอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ให้ตัดข้อศอกเองโดยมี การปฏิบัติจริง ๆ จนแน่ใจว่าสามารถทำได้ และติดตาม ผลเป็นระยะ ก็พบว่าได้องศาจนถึงช่วง 20-120 องศา มี จำนวน 7 ราย จะเห็นว่าความร่วมมือของผู้ปกครอง หรือ ผู้ดูแลเด็ก มีส่วนสำคัญมากในการแก้ไขความพิการ โดย เฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กที่ไม่คุ้นเคยกับผู้รักษาด้วยแล้ว มักปฏิเสธการรักษา และเกร็งตัว

การศึกษาคครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง ดังนั้น วันสุดท้ายของการรักษา จึงอาจไม่ใช่วันที่ผู้ศึกษาต้อง

การจำหน่ายผู้ป่วย ทำให้องศาสุดท้ายของการรักษาอยู่ใน ช่วง 81-100 องศา มากถึงร้อยละ 40.6 องศาแรกรับในผู้ ป่วยที่ผ่าตัดใส่ลวดตามแล้วใส่เฝือกหรือใส่เฝือกอย่างเดียว นั้น ไม่แตกต่าง จึงไม่นำมาแยกศึกษา ซึ่งก็คงอยู่ใน ระหว่าง 30-50 องศา ของการเหยียด มีถึง 29 คน (74.9%) และองศาการงออยู่ในช่วง 60-100 องศา จำนวน 33 คน (84.6%)

ผู้ศึกษาได้เลือกผู้ป่วย กลุ่มที่ได้ผลการรักษาถึง องศาช่วง 25-120 องศา มาแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้งที่รักษาอย่างต่อเนื่องกับการเพิ่มจำนวน องศาทั้งการเหยียดและการงอ ดังแสดงในรูปกราฟที่ 4 จำนวนครั้งที่สามารถเพิ่มองศาได้ จนถึงช่วง 25°- 120° นั้น เฉลี่ย 13 วัน ทั้งนี้มีจำนวน 4 ราย ที่สามารถเคลื่อนไปได้ถึง 10°-120° การรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อตั้งเป็นข้อสังเกต และนำปัญหาอุปสรรค ผลดี ผลเสีย ที่ได้พบ มาเพื่อเป็น แนวทางในการปรับปรุงการรักษาให้ได้มีประสิทธิภาพ และเพื่อให้ผู้ปกครองของผู้ป่วย ได้ตระหนักถึงความร่วม มือด้วยกัน ซึ่งเขาเองก็มีความกังวลไม่น้อยอยู่แล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Mc. Rae R. Practical fracture treatment. Hong Kong: Shek Wah Tog Printing Press Ltd, 1984.
2. สุรศักดิ์ ศรีสุข. กายภาพบำบัดในภาวะกระดูกหัก พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ไทยมิตรการพิมพ์, 2529.
3. Calliet MD. Soft tissue pain and disability. Philadelphia: Davis Company, 1981.
4. สุรศักดิ์ ศรีสุข. การดัดตั้งข้อต่อกระดูกแขนขา กรุงเทพฯ : ไทย มิตรการพิมพ์, 2528.
5. ลาวัลย์ พานิชเจริญ. รายงานระยะเวลาในการรักษาและองศา ของข้อเข่า หลังกระดูกตรงส่วนกลางของกระดูกขา. กรุงเทพฯ : ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลประสาท, 2531