

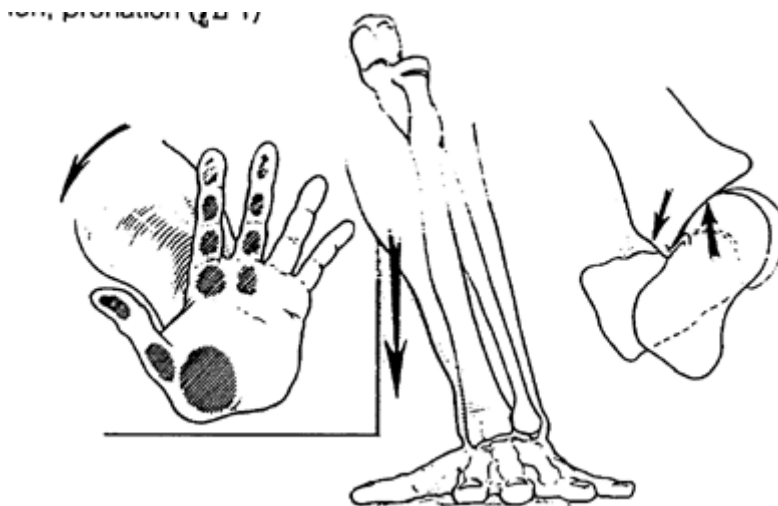
การรักษาการบาดเจ็บของแขนและข้อศอก (Injury of the wrist, forearm and elbow)

รศ.นพ.สมศักดิ์ คุปต์นิรัตติศัยกุล
ภาควิชาออร์โธปิดิกส์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กระดูกหักที่พบบริเวณแขนและข้อมือเป็นภาวะที่จะพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติประจำวัน การดูแลรักษาขึ้นกับชนิด ตำแหน่ง ความผิดปกติที่พบร่วม รวมทั้งความรุนแรงของการบาดเจ็บ การวินิจฉัยคงต้องอาศัยการถ่ายภาพรังสีร่วมด้วย สิ่งสำคัญประการหนึ่ง คือ การบาดเจ็บในบริเวณนี้ แท้จริงแล้วเป็นได้หลายภาวะ มีชื่อเรียกหลากหลาย มีธรรมชาติและการดำเนินของโรคต่างกัน ไป ได้แก่ Colles Fracture, Smith Fracture, Galeazzi Fracture และ Monteggia Fracture เป็นต้น ดังนั้นแพทย์ควรให้การวินิจฉัยอย่างถูกต้องก่อนว่าพยาธิสภาพเกิดบริเวณใด และมีความรุนแรงมากน้อยเพียงไร เพื่อนำไปสู่การให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม

I. Colles Fracture

Fracture distal end of radius หลายคนคุ้นเคยกับชื่อของ Colles fracture ในปัจจุบันนี้ fracture distal end of radius ได้มีการพัฒนาไปกว่าเดิมมากเนื่องจาก Abraham Colles ได้ให้คำนิยามไว้เมื่อประมาณ 100 ปีก่อนว่า "the fracture just an inch proximal to the radiocarpal joint" ซึ่งในขณะนั้นภาวะนี้มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุ (มักจะมีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้หญิง ซึ่งพบว่าภาวะกระดูกหักบริเวณนี้จะพบได้บ่อยที่สุดในบรรดากระดูกหักในกลุ่ม ผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มักพบความผิดปกติของกระดูกบาง (osteoporosis) อยู่ก่อนแล้ว ดังนั้นกลุ่มอายุที่พบกระดูกหักชนิดนี้จึงอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุใกล้ เคียงกับกระดูกสะโพกหัก กลไกการเกิดมักจะเป็นการลื่นแล้วล้มลงเอามือท้าวพื้นทำให้กระดูกหักในท่าที่ มืออยู่ในลักษณะของ dorsiflexion, pronation (รูป 1)

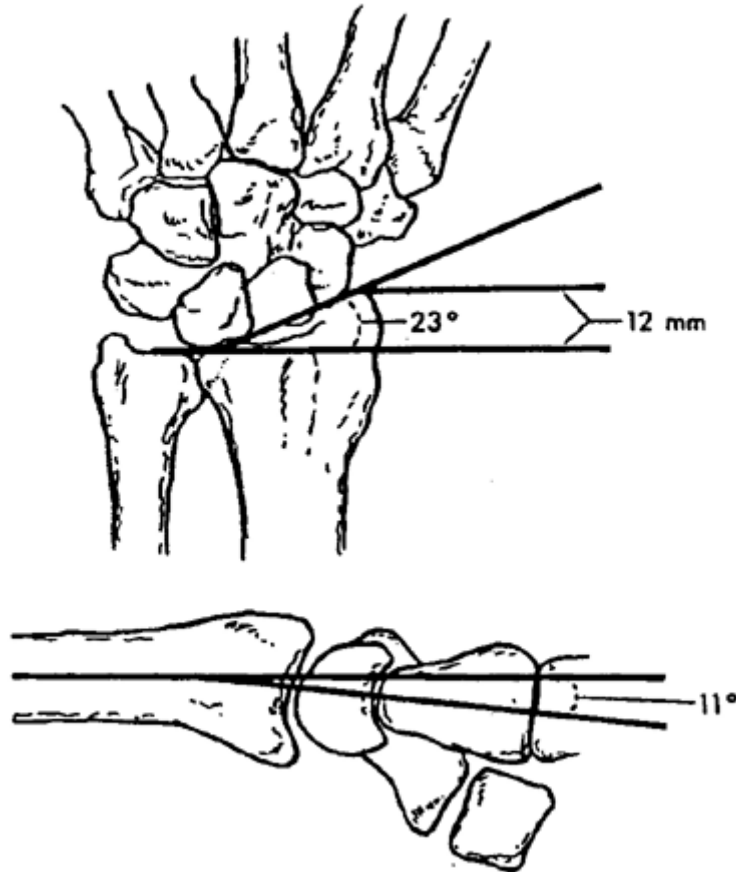


รูป 1 : แสดงกลไกการบาดเจ็บของ Colles fracture

กระดูก distal fragment ของ radius จะอยู่ในท่า dorsal displaced แต่ปัจจุบันนี้ลักษณะของ fracture distal end of radius พบมากขึ้นในกลุ่มที่เป็น high energy trauma และมีอายุต่ำลงมา ลักษณะการแตกของกระดูกจึงเปลี่ยนแปลงไปกว่าเดิมนี้เป็นอันมาก ดังนั้นการให้การรักษาในปัจจุบันนี้จึงมีการเปลี่ยนแปลงไป ควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป

Clinical feature ลักษณะอาการจะตรวจพบการผิดรูปของกระดูก ที่เป็นลักษณะจำเพาะ (dinner fork deformity) และมีการบวมอยู่รอบๆ ข้อมือ และบริเวณเหนือข้อมือเล็กน้อย

Radiographic feature ภาพรังสีของ fracture distal end of radius จะสามารถเห็นลักษณะกระดูกหักว่าเป็น stable หรือ unstable fracture ได้จากการแตกละเอียด สิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาคือ ความต่อเนื่องของแนวกระดูกผ่านข้อ distal articular surface of radius ซึ่งปกติมักจะมี radial inclination ประมาณ 11-23 องศา และมี volar inclination ประมาณ 0-11 องศา (รูป 2)



รูป 2 : แสดง normal inclination of distal radius articular surface

การรักษากรณี non-displaced fracture distal end of radius ต้องพิจารณาถึงกระบวนการดึงกลับเข้าที่ โดย Reverse mechanism of injury แล้วรักษาต่อ โดยการใส่เฝือกไว้เป็นระยะเวลาประมาณ 6 สัปดาห์ ส่วน displaced fracture distal end of radius จะต้องพิจารณาการดึงกระดูกกลับเข้าที่ และพิจารณาถึงลักษณะของผิวข้อที่จะสามารถถูกดึงกลับเข้ามาเป็นปกติดั้งเดิมได้หรือไม่ หากผิวข้อเสีย congruity หรือการสบของผิวข้อเสียไป จะทำให้เกิดมี post traumatic arthritis ได้ในภายหลัง ดังนั้นการรักษาทั่วไปจึงมีการดึงตามแนว longitudinal axis เพื่อแยก impaction ออกจากกัน และทำการดัดไปทาง volar flexion และ ulna deviation

การดึงกระดูก fracture distal radius เข้าที่จำเป็นต้องมีวิธีระงับความเจ็บปวดที่ดีเพียงพอ ก่อน ซึ่งอาจใช้วิธีการ local block (Hematoma block) หรือ Brachial plexus block หรือใช้วิธีดมยาสลบ (General anesthesia) แล้วแต่กรณี เช่นในเด็กที่ขาดความร่วมมืออาจจำเป็นต้องใช้วิธีดมยาสลบแทนการระงับปวดเฉพาะที่ ส่วนในผู้ใหญ่อาจใช้วิธี Hematoma block อย่างก็ ตามการทำ Hematoma block นี้ต้องคำนึงผลเสียที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนจาก close fracture

กลายเป็น open fracture ได้ การทำ Hematoma block จำเป็นที่ต้องใช้วิธีสะอาด (Sterile technique)

ก่อนจะทำการดัดกระดูกเรเดียสเข้าที่ โดยพยายามดึงให้แนวแรงผ่านตามแกนแนวยาว (longitudinal axis) นั้น อาจจะใช้วิธีการดัดโดยอาศัยเครื่องช่วย เช่น เครื่องรัดนิ้ว ถ่วงน้ำหนัก และดึงในแนวตั้ง (vertical distraction force) โดยให้มือห้อยกับราวแขวนและใช้น้ำหนักถ่วงตรงบริเวณต้นแขนเพื่อให้ตำแหน่ง กระดูกหักถูกดึงแยกออก หลังจากนั้นทำการยึด (Immobilization) ด้วยการใส่เฝือกแบบสั้น (short arm cast) และจำเป็นต้องดูแลเฝือกหลังใส่แล้วเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใส่เฝือก

ในกรณีที่ตำแหน่งกระดูกหัก distal radius นั้นมีลักษณะเป็นการแตกหักของกระดูกเป็นชิ้นเล็กหลายๆ ชิ้น (comminuted fracture) หรือในกรณีที่เกิดขึ้นกับผู้ที่อายุน้อย เช่น ในคนหนุ่มสาว ความจำเป็นในการที่ต้องคงแรงดึงแนวกระดูกที่หักไว้ เนื่องจากในระยะยาวอาจเกิดการยุบตัวของตำแหน่งกระดูกหัก (collapse) และอาจจะมีผลต่อการทำงานของแขนในภายหลัง รวมทั้งกระดูกอ่อนผิวข้อ (articular surface) อาจจะไม่สามารถคืนกลับมาได้ ความจำเป็นของการผ่าตัดจึงอาจจะมีบทบาทในกลุ่มคนไข้เหล่านี้ โดยอาจจะใช้วิธีการดัดแนวกระดูกหักโดยใช้อุปกรณ์ตามกระดูกหักที่อยู่ภายนอก (External fixator) และจัดแนวกระดูกเพื่อให้กระดูกอ่อนผิวข้อเชื่อมต่อกันดี ดังนั้นใช้การยึดด้วยเหล็กภายใน (K-wire fixation) อาจช่วยรักษาแนวกระดูกอ่อนผิวข้อให้กลับคืนมา และในกรณีที่มีกระดูกหักเป็นชิ้นเล็กหลายชิ้นมาก อาจจำเป็นต้องใส่ bone graft ตรงบริเวณช่องว่างของกระดูกหักที่อาจเกิดขึ้นหลังจากดัดแนวกระดูกออกจากกันแล้ว

การดูแลหลังผ่าตัด มีความจำเป็นที่ต้องดูแลเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยจะต้องพยายามให้ผู้ป่วยมีการขยับนิ้วมือและข้อต่างๆ (Range of motion = ROM) ที่ไม่ได้ถูกรอบคลุมด้วยเฝือกหรือ external fixator นอกจากนั้นการดูแลเฝือกด้านๆ อื่น เป็นไปตามหลักปกติคือไม่ให้เฝือกถูกน้ำ ป้องกันอาการคันจากการใส่เฝือก โดยอาจแนะนำให้ผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์หยอดลงไปในเฝือกได้หากมีอาการคันเกิดขึ้น ห้ามเฝือกถูกความร้อน ห้ามเฝือกถูกทับ หรือใช้น้ำร้อนหรือน้ำเย็นประคบ เป็นต้น

ผลแทรกซ้อนของการรักษา Colles fracture ได้แก่

1. ข้อนิ้วมียึดติดจากการไม่ได้เคลื่อนไหว
2. ข้อไหล่ติด
3. กระดูกติดผิดรูป (Malunion)
4. Compartmental syndrome
5. Reflex sympathetic dystrophy

ความผิดปกติต่างๆ เหล่านี้สามารถที่จะป้องกันได้โดยใช้กายภาพบำบัดเข้ามาช่วย ได้แก่ การขยับนิ้วมือ ข้อศอกรวมทั้งข้อไหล่ (ROM exercise) ส่วน malunion สามารถที่จะแก้ไขได้โดยการดัดกระดูกให้อยู่ในตำแหน่งที่ดี อย่างไรก็ตามลักษณะของ malunion นี้สามารถที่จะยอมรับได้บ้างในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้แรงหรือข้อมือในการทำงานหนักมากนัก สิ่งที่สำคัญมากกว่า คือ การเกิดการเคลื่อนที่ของข้อมือ (subluxation of radio-ulnar joint) ซึ่งจะจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อมือหรือมีการเจ็บข้อมือเรื้อรังภายหลังได้ อีกสิ่งหนึ่งอาจพบได้จะแม้ไม่บ่อยนัก แต่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญก็คือ Reflex sympathetic dystrophy ในกรณีของ fracture distal end of radius เราอาจจะพบ Sudex reflex sympathetic dystrophy การแก้ไขก็เช่นเดียวกันคือพยายามทำกายภาพบำบัดของข้อนิ้วส่วนต่างๆ เพื่อป้องกันการบวม

II. Smith Fracture

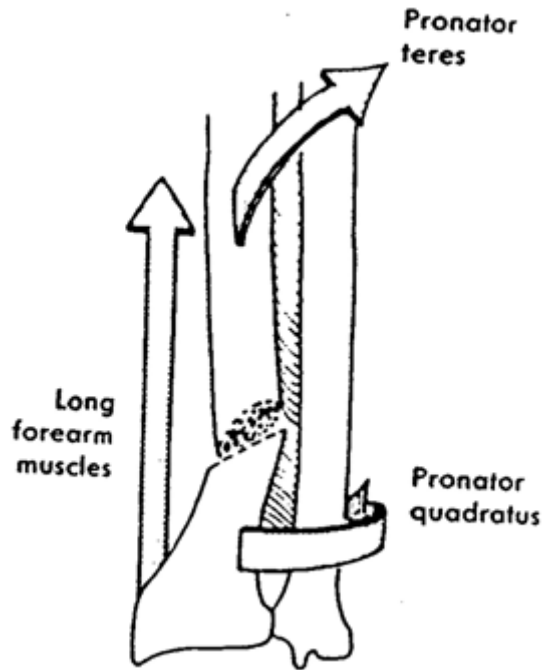
กระดูกหักที่เกิดบริเวณปลายกระดูกเรเดียสอีกชนิดหนึ่งที่มีลักษณะการผิดรูปไปในทางตรงกันข้ามกับ Colles fracture อาจเรียกว่า reverse Colles fracture เป็นกระดูกหักที่พบไม่บ่อยเท่ากับ Colles fracture เนื่องจากโดยปกติแล้วคนเราจะมักกลไกในการที่จะป้องกันการบาดเจ็บของตัวเองในขณะที่ล้มลง โดยการเอามือยันพื้น ซึ่งลักษณะของมือที่ยันพื้นมักจะอยู่ในท่ากระดูกข้อมือขึ้น (dorsiflexion) ดังนั้นแนวแรงจึงก่อให้เกิดการเคลื่อนของกระดูกแขนส่วนปลายไปทางด้าน dorsal side ร่วมกับเก้ไปทางด้านนอก (radial deviation) แต่บางกรณีขณะได้รับบาดเจ็บนั้นข้อมือจะอยู่ในลักษณะของการงอมือ (volar flexion) เช่น ขณะที่กำลังกำลังของแล้วล้มลง ดังนั้นลักษณะของกระดูกหักจึงมีการเคลื่อนไปทางด้าน volar side เราเรียกลักษณะนี้ว่า Smith fracture การดึงกระดูกเข้าที่ (reduction) จะใช้วิธีตรงข้ามกับกลไกที่ใช้สำหรับ Colles fracture กล่าวคือ ใช้แรงดึงตามแนวยาวของแขน และดัดข้อมือให้อยู่ในท่า dorsiflexion และ ulnar deviation แล้วทำการยึดกระดูกในลักษณะเดียวกัน

III. Fracture Shaft of Radius and Ulnar Bone

กระดูกหักบริเวณนี้อาจจะพบเป็นลักษณะของกระดูกแขน radius หรือ ulnar หักอันเดียวโดดๆ หรือเป็นกระดูกหักที่เกิดขึ้นกับกระดูกทั้งสองอัน คือ ทั้ง radius และ ulnar แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานของกระดูกแขนทั้งสองอันนี้เชื่อมต่อกันอย่างแข็งแรงด้วยข้อต่อ distal radio-ulnar joint, proximal radio-ulnar joint และ interosseous membrane ดังนั้นหากมีการหักของกระดูกใดกระดูกหนึ่ง มักจะมีการเสียหายที่หรือทำลายโครงสร้างที่เชื่อมต่อกันนี้ด้วย เช่น กระดูกหักที่บริเวณ distal 1/3 of radius bone มักจะพบว่ามีความผิดปกติของข้อต่อ distal radio-ulnar joint ด้วย ซึ่งเรียกว่า Galeazzi fracture ส่วนกระดูกหักบริเวณส่วนต้นของกระดูก ulna อาจจะมีการเคลื่อนของข้อต่อ proximal radio-ulnar joint ได้ ซึ่งเรียกว่า Monteggia fracture dislocation

IV. Galeazzi Fracture

Galeazzi fracture เป็นการหักของกระดูกแขนเรเดียส ร่วมกับการเคลื่อนที่ของข้อต่อ distal radio-ulnar joint ลักษณะของกระดูกหักชนิดนี้มักจะพบว่ากระดูก distal ต่อส่วนต้นจะผิดรูปอยู่ในท่าคว่ำ (pronation) เนื่องจากถูกแรงดึงของกล้ามเนื้อ Pronator quadratus กระดูกเรเดียส distal ต่อส่วนที่หักจะถูกกล้ามเนื้อ supinator ดึงกลับ ทำให้กระดูกส่วนนี้แยกออกจากกัน (รูป 3)



รูป 3 : แสดงกลไกการผิดรูปของ Galeazzi fracture

สำหรับวิธีการรักษาทำได้โดยการดึงกระดูกให้เข้าที่ (close reduction) ในกรณีไม่มีการเคลื่อนตัวของข้อมือกระดูกหักออกจากกัน (โอกาสมีน้อย) หากจะทำการรักษาโดยวิธีดึงกระดูกให้เข้าที่ หรือ immobilization แล้ว ต้องใช้วิธีดึงกระดูกหักส่วนปลายเข้ามาหาข้อมือกระดูกหักส่วนต้น ดังนั้นจึงจะต้องพยายามตามกระดูกหักส่วนปลายให้อยู่ ในท่าคว่ำ (pronate) ซึ่งในท่านี้จะทำให้ข้อต่อ distal radio-ulnar joint สูญเสียความมั่นคง ดังนั้นการบาดเจ็บทั้งสองแห่งที่ต้องการยึดตามกระดูกในตำแหน่งที่ต่างกันนี้ จึงเป็นผลสำเร็จได้ยาก และมักจะต้องเปลี่ยนมาใช้วิธีการผ่าตัด มีผู้ให้ชื่อลักษณะของกระดูกหักชนิดนี้ว่า fracture of necessity เนื่องจากความไม่สมดุลงานของแนวแรงกล้ามเนื้อที่ดึงทำให้เกิดลักษณะของ malunion หรือข้อพิการผิดรูปแบบต่างๆ หากจะต้องทำการผ่าตัด แพทย์มักจะยึดกระดูกด้วย plate และ screw และทำการตามกระดูกแขนในท่าหงายแขน (supination) เพื่อให้ข้อต่อ distal radio-ulnar joint มีการหายที่สมบูรณ์

V. Fracture Proximal 2/3 of Radius

เมื่อเกิดลักษณะการหักของกระดูกเรเดียสส่วนต้น 2 ใน 3 ก็มักจะพบการเคลื่อนที่เช่นเดียวกัน และการคงแนวกระดูกให้ถูกต้อง ภายหลังจากจัดกระดูกให้เข้าที่ มักจะกระทำได้อย่าง จึงมักจบด้วยการทำผ่าตัดและตามด้วยโลหะเสมอ

ผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษา fracture radius ได้แก่

- กระดูกติดช้า (Delay-union)
- กระดูกไม่ติด (Non-union)
- กระดูกติดผิดที่ (Mal-union)

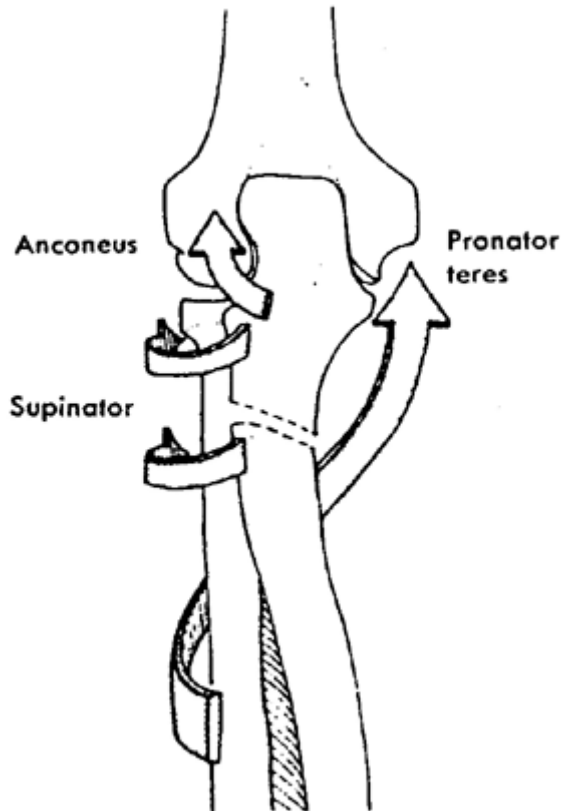
ซึ่งมักจะเป็นปัญหาในเรื่องของการขยับแขนในอนาคตต่อไป

VI. Fracture of Radius and Ulnar Bone

Fracture of radius and ulnar bone มักจะพบได้ในกรณีที่ได้รับบาดเจ็บจากแรงกระทำโดยตรง (direct injury) หรือโดยอ้อม (indirect injury) ในกรณีที่เป็นแรงกระทำต่อกระดูกโดยตรงมักจะพบเห็นรอยหักเป็นแนวขวางกระดูก (transverse fracture) ที่ระดับเดียวกันของกระดูกทั้งสองชิ้น หากมีแรงบิดเข้ามาเกี่ยวข้อง อาจจะทำให้พบรอยกระดูกหักเป็นแนวเฉียง (oblique fracture) ของกระดูกแต่ละชิ้น สำหรับวิธีการรักษาอาจจะใช้วิธี close reduction ได้บ้างในบางกรณี ถ้าหากทำ close reduction แล้ว ปลายกระดูกทั้งสองเข้ามาสบกันพอดี ก็อาจจะยอมรับได้ แต่หากการบาดเจ็บที่รุนแรงเกิดขึ้น อาจจะไม่สามารถทำการดึงกระดูกเข้าหากันได้ ถ้าเป็นเช่นนั้นจะต้องทำการผ่าตัด โดยยึดด้วยโลหะต่อไป สำหรับผลแทรกซ้อนที่อาจจะตามมาได้ ในกรณีที่ทำการรักษาโดยวิธี close reduction และตามกระดูกด้วยเฟือกอย่างยาว (long arm cast) ได้แก่ การเกิด cross union หรือ malunion หรือ nonunion ผลแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดจากการทำผ่าตัด ได้แก่ การเกิดมีการติดเชื่อเกิดขึ้น ดังนั้นการเลือกวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด จึงขึ้นอยู่กับลักษณะของกระดูกหักและความพร้อมของแต่ละที่ ทั้งความพร้อมของผู้ป่วยเอง ความพร้อมของเครื่องมือและความพร้อมของแพทย์ผู้รักษา

VII. Monteggia Fracture

Monteggia fracture เป็นการหักของกระดูก ulna ร่วมกับการเคลื่อนของข้อ proximal radio-ulnar joint ดังที่ได้กล่าวมาแล้วถึงความสัมพันธ์ระหว่างกระดูก radius และ ulna ดังนั้นเมื่อกระดูก proximal ulna หัก จึงมีโอกาที่จะพบการเคลื่อนของข้อต่อ proximal radio-ulnar joint ได้บ่อย และในการผ่าตัดแก้ไข การดึงกระดูกให้เข้าที่มักจะทำได้ยาก กลไกของการบาดเจ็บชนิดนี้มักจะเป็นแรงกระทำโดยตรงต่อกระดูกแขน ท่าที่พบบ่อยได้แก่ ท่าที่ยกแขนขึ้นเพื่อป้องกันตัวขณะถูกของแข็งตี แรงกระทำจะเข้าสู่ตัวกระดูก ulna โดยตรง และถ้าแรงกระทำมากขึ้น จะทำให้กระดูก radius หลุดออกจากเบ้าของกระดูกต้นแขน humerus ได้ (รูป 4)



รูป 4 : แสดงกลไกการผิดรูปของ Monteggia fracture

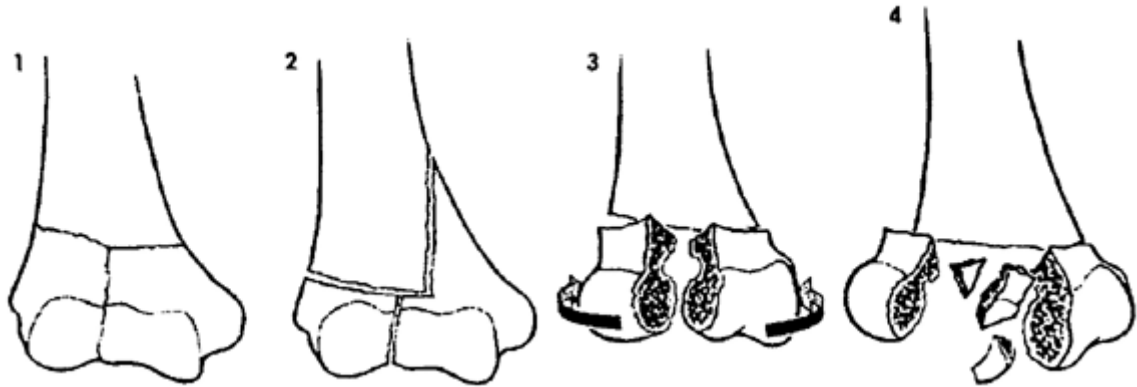
วิธีการรักษา Monteggia fracture มักจะต้องใช้การผ่าตัดแก้ไข เช่นเดียวกับ Galeazzi fracture โดยการผ่าตัดยึดด้วยโลหะบริเวณกระดูก ulna และดึงข้อต่อ proximal radio-ulnar joint เข้าที่ จากนั้นอาจจะตามกระดูกต่อด้วยเฟือกยาว (long arm cast) ในท่าหงายแขน (supination) หรือยึดกระดูกด้วยโลหะ (pin)

VIII. Fracture & Dislocation of the Elbow

จะกล่าวเฉพาะกระดูกหักและข้อเคลื่อนในตำแหน่งที่พบบ่อย 4 แห่ง ได้แก่

1. Fracture of the Humerus

อาจเกิดจากแรงที่มากกระทำโดยตรง หรือแรงบิดหมุนรอบกระดูก Humerus มักพบในผู้ที่มีปัญหากระดูก Humerus พรุนมากกว่าปกติอยู่ก่อน เช่นมีเนื้องอก หรือกล้ามเนื้อ biceps และ triceps ไม่แข็งแรงพอ จึงทนแรงบิดหมุนไม่ได้ ทำให้เกิดกระดูกหักได้ (รูป 5)

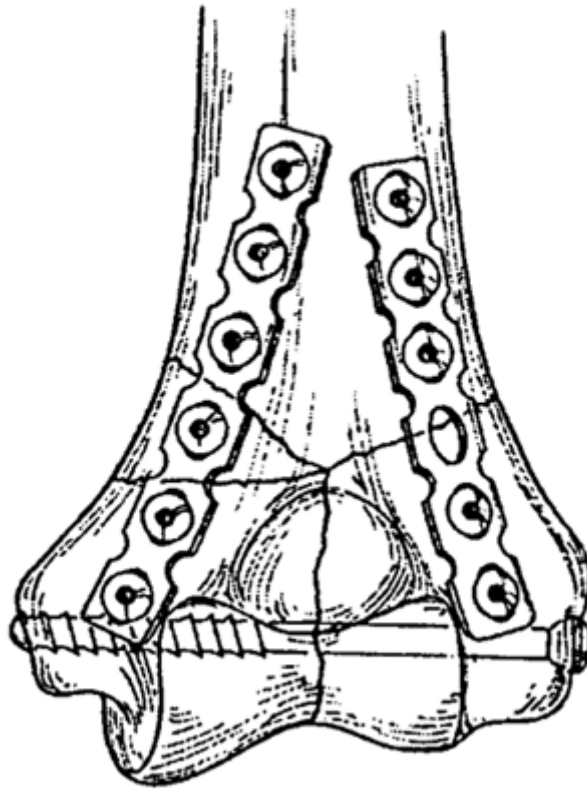


รูป 5 : แสดงลักษณะการแตกของกระดูก distal humerus ลักษณะต่างๆ

การวินิจฉัยผู้ป่วยกระดูกต้นแขนหัก ทำได้ดังนี้คือ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดขึ้นทันทีทันใด ขยับแขนและข้อศอกไม่ได้ เนื่องจากเจ็บมาก การตรวจร่างกายพบความไม่ต่อเนื่องของกระดูก Humerus และมีการผิดรูป บวม มีเสียงของปลายกระดูกหักเวลาขยับ ในกรณีที่เป็น compound fracture อาจพบปลายกระดูกที่มอดออกมาจนเห็นได้ หรือมี bone marrow ไหลออกมาจากแผล การถ่ายภาพรังสีจะช่วยยืนยันผลการวินิจฉัยได้ รวมทั้งบอกสาเหตุพื้นฐานเช่น มีเนื้ออกอยู่เดิมเป็นต้น

วิธีการรักษาในเบื้องต้นใช้ไม้หรือของแข็งตามบริเวณกระดูกหักนั้นไว้ก่อน ด้วยผ้า หากการแตกนั้นใกล้ข้อก็อาจใช้ตามด้วยเฟือก (Coaptation splint) จนกระทั่งตรวจร่างกายหรือภาพถ่ายรังสีมีหลักฐานว่ากระดูกเริ่มติดแล้ว จึงเริ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบต่อไป หากพบมีกระดูกพรุน จำเป็นต้องหาสาเหตุของกระดูกพรุนด้วย

การรักษาโดยการผ่าตัด (รูป 6) ก็เป็นทางเลือกอีกอย่างหนึ่งสำหรับในที่มีเครื่องมือพร้อม ทีมงานพร้อม และมีผู้เชี่ยวชาญเพียงพอ เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วขึ้น



รูป 6 : แสดงวิธีการผ่าตัดตามด้วยโลหะของกระดูกส่วนปลาย Humerus หัก

2. Supracondylar fracture

ในเด็กพบกระดูกหักชนิดนี้ได้บ่อย แม้เป็นอุบัติเหตุจากการวิ่งเล่นหกล้มธรรมดา พบชนิดของ extension ได้บ่อยกว่า flexion มักมีประวัติล้มลงเองและเอามือยันพื้น

การวินิจฉัยได้จากประวัติหกล้ม เอามือหรือข้อศอกลงพื้น ได้ยินเสียงกระดูกหัก ขยับข้อศอกไม่ได้ เนื่องจากปวดมาก บวมมาก ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากข้อศอกเคลื่อน โดยตรวจดู tripod หรือสามเส้าของ olecranon, lateral และ medial epicondyle ระวังปัญหาการไหลเวียนของเลือดไปที่ปลายแขน เนื่องจาก ข้อศอกบวมมาก อาจมีปัญหาลูกกลมเป็น compartment syndrome ได้ รวมทั้งเส้นประสาท อาจมีการบาดเจ็บจากปลายกระดูกหักหรือถูกกดจากแรงดันที่เพิ่มขึ้น

การรักษาในส่วนใหญ่รักษาโดย closed reduction และ Immobilization ด้วย slap มักจะ ได้ผลดี ควรระวังเรื่องผลแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทและการไหลเวียนของเลือด ในบางรายที่ไม่สามารถ immobilization ด้วย slap อย่างเดียวก็อาจจำเป็นต้องยึดด้วย K-wire

3. Dislocation of the elbow

ข้อหลุดชนิดนี้ถือว่าเป็นชนิดที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุน้อยกว่า 10 ขวบ สำหรับในผู้ใหญ่พบเป็นอันดับ 2 รองจากหัวไหล่หลุด กลไกการเกิดมักเกิดจากการหกล้ม มีมือท้าวพื้นในท่าเหยียดข้อศอก

การวินิจฉัยผู้ป่วยมักให้ประวัติหกล้มลักษณะดังกล่าว และมีการปวดบวมบริเวณนั้นมาก การตรวจร่างกายจะพบการผิดรูปของสามเส้า (tripod) บริเวณข้อศอก โดย olecranon จะเลื่อนมาอยู่

ระดับเดียวกันกับ lateral และ medial epicondyle และผู้ป่วยขยับงอข้อศอกไม่ได้ เนื่องจากข้อหลุด การตรวจร่างกายจะต้องระวังการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทและการไหลเวียนของเลือดที่แขนส่วนปลายด้วยเช่นกัน

การรักษาควรดึงเข้าที่ด้วยความระมัดระวัง และไม่ควรรอเป็นเวลานาน การรักษาที่ประสบความสำเร็จ เมื่อดึงเข้าที่แล้วอาการเจ็บปวดจะลดลงมากและผู้ป่วยสามารถขยับงอเหยียดข้อศอกได้ดีขึ้นทันที จากนั้นควร ถ่ายภาพรังสีเพื่อ ยืนยันอีกครั้งหนึ่งว่าข้อเข้าที่ดีแล้ว และ immobilization ด้วย slap ในท่าข้อศอกงอประมาณ 90 องศา ควรตรวจดูชีพจรที่ข้อมือด้วยว่าการไหลเวียนของเลือดปกติดี หากการดึงไม่เข้าที่ อาจจำเป็นต้องใช้ขบวนการทางวิสัญญีเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อโดยรอบคลายตัว และสามารถดึงเข้าสะดวกขึ้น

หลังจากใส่ slap ไว้ 1 สัปดาห์แล้ว ควรให้ผู้ป่วยเริ่มทำกายภาพบำบัด เพื่อป้องกันข้อศอกยึดติด ควรใส่เฝือกอยู่นาน 2-3 สัปดาห์แล้ว จึงพิจารณาเอาเฝือกออก

ในผู้ป่วยบางรายอาจพบว่าข้อศอกเสียความมั่นคงหลังจากการดึงเข้าที่แล้ว อันเนื่องมาจากมีเอ็นยึดข้อศอกฉีกขาด ก็อาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดสร้างเสริมเอ็นบริเวณนี้ในภายหลัง

4. Fracture of the radial head

กระดูกหักในข้อศอกที่เกิดจากการบาดเจ็บจากกีฬา ที่พบบ่อยได้แก่ Radial head fracture ซึ่งกลไกการเกิดมักเกิดจากหกล้มแขนเหยียดมือท้าวพื้น โดยอาจพบร่วมกับข้อศอกเคลื่อน และมักมีการบาดเจ็บของ distal radioulnar joint, interosseous membrane รวมทั้งเส้นประสาทด้วย

การวินิจฉัยโดยอาศัยประวัติดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมมากที่ข้อศอก ขยับข้อศอกไม่ได้ตรวจร่างกายพบข้อศอกบวมมาก อาจปวดร้าวไปถึงแขนและข้อมือ ที่สำคัญคือเห็นกระดูกหักที่บริเวณ Radial head จากภาพถ่ายรังสี

การรักษาอาจแบ่งวิธีการรักษาออกตามความรุนแรงและลักษณะของกระดูกที่หัก โดยอาจใช้การแบ่งของ Mason ได้ดังนี้

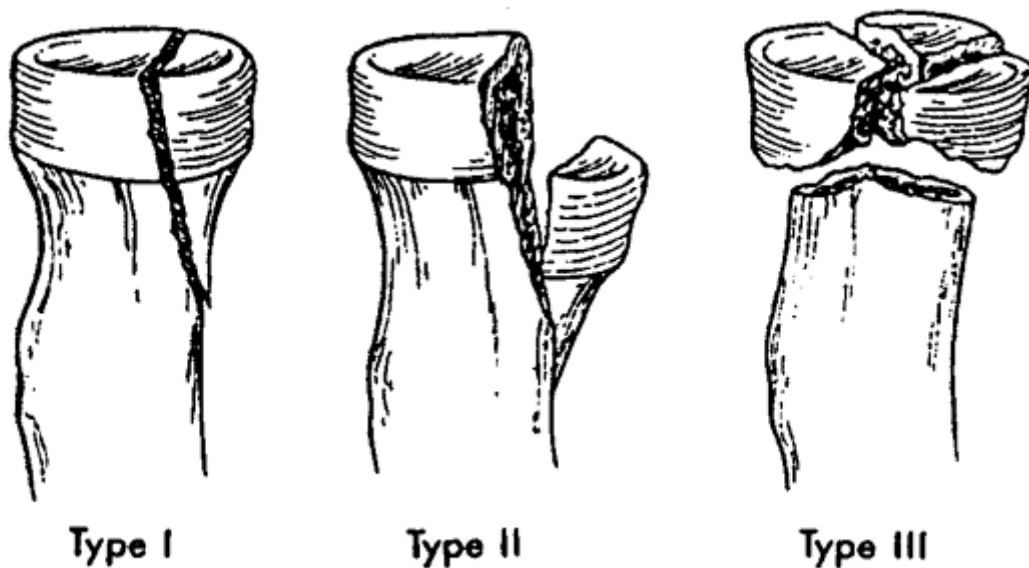
ชนิดที่ 1 กระดูก Radial head แตกไม่เคลื่อนที่และผิวข้อถูกทำลายน้อยกว่า 25% สามารถรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด ใช้การตามด้วยเฝือกอ่อนไว้ แล้วเริ่มกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันข้อศอกติด

ชนิดที่ 2 กระดูก Radial head แตกและเคลื่อนที่บ้าง มีการหักงอหรือหลุดตัวของ Radial head บ้าง การรักษากลุ่มนี้ มีทางเลือกหลายวิธี เช่น

- ใส่เฝือกไว้และทำกายภาพบำบัดต่อเพื่อป้องกันข้อศอกติด แล้วติดตามดูอาการต่อไป
- ผ่าตัดตามโลหะยึด Radial head ให้เข้าที่
- ผ่าตัดเอา Radial head ออก

ชนิดที่ 3 Radial head แตกละเอียด ไม่สามารถเก็บ Radial head ไว้ได้ จำเป็นต้องตัด Radial head ออก

ชนิดที่ 4 มีข้อศอกข้างเดียวกันเคลื่อนร่วมด้วย ให้รักษาข้อศอกเคลื่อนเป็นหลักก่อน และหากกระดูก Radial head แตกไม่สามารถเก็บไว้ได้ ก็จำเป็นต้องตัดออก แต่ถ้าสามารถยึด Radial head ไว้ได้ ก็จะเป็นการดี อย่างไรก็ตามก็ตามความสำคัญของการทำกายภาพ จะมีบทบาทต่อการทำงานของข้อศอกอย่างมาก (รูป 7)



รูป 7 : แสดงลักษณะต่างๆ ของ fracture radius head

IX. Throwing Injuries of the Elbow

เป็นการบาดเจ็บของข้อศอกที่มักเกิดในนักกีฬาที่ต้องใช้แขนขว้างวัตถุอย่างรวดเร็วและรุนแรง กลไกการเกิดการบาดเจ็บมีลักษณะดังนี้ คือ

1. มีการเหยียดข้อศอกออกอย่างรวดเร็ว (forceful extension)
2. มีการแอ่นข้อศอกเข้าด้านใน (valgus stress)
3. ปลายแขนบิดหมุนลงเพื่อคว้าฝ่ามือ (pronation)

ซึ่งกลไกดังกล่าวทำให้เกิดแรงดึงต่อเอ็นข้อศอกด้านใน มีแรงกดต่อผิวข้อ ด้านนอก และมีแรงเฉือนไปทางด้านหลังของข้อศอก

การบาดเจ็บซ้ำ ๆ ดังกล่าวทำให้เกิดกลุ่มอาการต่าง ๆ สามารถแยกเป็นกลุ่มโรคได้ตามอายุ กล่าวคือในคนอายุน้อยหรือในผู้ใหญ่

A. กลุ่มโรคที่เกิดในคนอายุน้อย แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ

- A.1. Little league elbow
- A.2. Panner's disease
- A.3. Posterior extension and shear injuries syndrome

A.1. Little League elbow

เป็นพยาธิสภาพที่เกิดบริเวณข้อศอกซึ่งมีกลไกจากแรงกระทำซ้ำๆ (repetitive load) บริเวณข้อศอกที่กระดุกอ่อนยังไม่เจริญเป็นกระดูกแข็งทั้งหมด ซึ่งมีพยาธิสภาพได้หลายอย่างเช่น

1. ที่ยึดเกาะเอ็นข้อศอกด้านในขาด (Medial epicondylar avulsion)
2. การเจริญเติบโตของข้อศอกด้านในมากหรือน้อยกว่าปกติ (delayed or acceleration apophyseal growth of the medial epicondyle)
3. การปิดของจุดเจริญเติบโตของข้อศอกด้านในช้ากว่าปกติ (closure of epicondylar physis)
4. ผิวสัมผัส ข้อด้านนอกอักเสบหรือแตกหลุดออก (osteochondrosis and osteochondritis)
5. การเจริญเติบโตผิดปกติของจุดเจริญเติบโตทางด้านหลังของข้อศอก

การวินิจฉัย

ผู้ป่วยมีอาการปวดขณะต้องยกแขนสูงเหนือศีรษะในท่าขว้างของออกจากมือ มีประวัติการใช้แขนที่มีกลไกที่ทำให้มีการบาดเจ็บดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำ ๆ กัน การตรวจร่างกายพบว่า จะมีการขยับข้อศอกได้จำกัดลง กล้ามเนื้อแขนลีบหรือโตมากกว่าปกติ กระดูกผิดปกติ คลำบริเวณปุ่มกระดูกเหนือข้อศอกด้านใน ด้านนอก ด้านหลังหรือข้อกระดูก radial head ได้โตผิดปกติหรือเจ็บ บางรายอาจมีการเคลื่อนที่ของเส้นประสาท ulna nerve ออกมาจากร่องได้ ข้อศอกอาจหลวมผิดปกติ ภาพถ่ายรังสี จะช่วยการวินิจฉัย โดยพบว่ามี fragmentation, physal widening หรือบางครั้งพบปลายที่เกาะของเอ็นข้อศอกซึ่งหลุดออกมา มีแคลเซียมเกาะติดอยู่ นอกจากนี้ ภาพถ่ายรังสีในท่าดัดข้อศอก ยังอาจพบลักษณะของการสูญเสียความมั่นคงของข้อ (Instability) ในบางครั้ง อาจพบเศษกระดูกในข้อจากภาพถ่ายรังสีหรือพบลักษณะของกระดูกแตกร้าว (Stress fracture)

การรักษา

วิธีการรักษาผู้ที่มีอาการจาก medial epicondylar avulsion ควรให้หยุดพักการเล่นหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการขว้างไกลประมาณ 4-6 สัปดาห์ ใช้น้ำแข็งประคบและเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ หลังจากนั้นเมื่ออาการดีขึ้น จึงสามารถกลับไปเล่นกีฬาได้ หรือค่อยๆ เพิ่มระดับความรุนแรงของการเล่นได้ตามความสามารถ

ส่วนการรักษาในกลุ่มอาการกระดูกเหนือข้อศอกแตกหักในคนหนุ่ม พบว่ามีอาการปวด บวม บริเวณข้อศอก การถ่ายภาพรังสีช่วยยืนยันการวินิจฉัย กรณีที่ขึ้นกระดูกแตกแยกจากกัน แนวทางการรักษาคือการผ่าตัด โดยความมุ่งหวังเพื่อจะจัดให้ผิวข้อเรียบมากที่สุด เพื่อให้การเคลื่อนไหวของข้อสมบูรณ์ ส่วนกลุ่มที่รักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดจะจำกัดเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีการแยก ของกระดูกในข้อที่แตกออกจากกัน หรือการมีรอยแยกเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ในการรักษากลุ่มอาการเอ็นยึดข้อศอกด้านในขาด (Medial ligament ruptures) ส่วนใหญ่รักษาแบบไม่ต้องผ่าตัด โดยให้พักการใช้งาน ใช้เครื่องพยุงข้อชนิดอหิเยดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของข้อ และใช้น้ำแข็งประคบของข้อ ส่วนการผ่าตัดเสริมความแข็งแรงของข้อ เลือกใช้เฉพาะในรายที่จำเป็นต้องกลับไปใช้งานข้อศอกอย่างหนัก เช่น ในคนหนุ่มที่ชอบเล่นกีฬาประเภท over head sports

A.2. Panner's Disease

กลุ่มอาการ Panner's Disease หมายถึงภาวะที่มีการอักเสบของกระดูกใกล้ผิวข้อ (subchondral bone) บริเวณ capitulum ในเด็กอายุ 7-12 ปี ต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก osteochondritis dissecans ซึ่งพบในเด็กอายุ 13-16ปี อาจพบเศษกระดูก (loose body) อยู่ด้วยและมีอาการของข้อยึดในท่างอศอก (flexion contracture)

วิธีการรักษา Panner's disease คือ พักการใช้ข้อ ใส่เฝือกลดการใช้งาน รับประทานยาต้านการอักเสบ และคอยเฝ้าติดตามดู ภาพถ่ายรังสีจนกว่ากระดูกจะเชื่อมปิดเรียบร้อยดี ส่วนการรักษา Osteochondritis Dissecans นั้นขึ้นอยู่กับระยะโรค

แบบที่ 1 ยังไม่มีการเลื่อนออกของผิวข้อ Capitellum ใช้วิธีไม่ผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยพักการใช้งานเป็นเวลา 3-4 สัปดาห์ รับประทานยาต้านการอักเสบของข้อ แล้วเริ่มฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใส่เครื่องช่วยพยุงข้อ จนกว่าพบว่ากระดูกติดดีเป็นปกติ

แบบที่ 2 เริ่มพบร่องรอยการหมุนออกหรือเคลื่อนของ Capitellum การรักษาจะพิจารณายึดชิ้นกระดูกกลับเข้าที่ หากเป็นชิ้นใหญ่และยึดได้ แต่ถ้าเป็นชิ้นเล็ก อาจกรอผิวกระดูกและฟั่งฝืดที่คลุมอยู่ออกไป

แบบที่ 3 พบเศษ loose body ลอยอยู่ในข้อศอก มักมีขนาดใหญ่กว่ารอยโรคที่ผิวข้อ การรักษาคือการส่องกล้องเพื่อนำเอาเศษกระดูกออกมาไม่ให้ขวางการเคลื่อนที่ของข้อศอก และกรอ ฟั่งฝืดออกจากผิวกระดูกด้วย

A.3. Posterior External and Shear Injuries Syndrome

กลุ่มอาการ posterior extension and shear injuries มักเกิดเนื่องจากการบาดเจ็บต่อ secondary ossification center of olecranon ในเด็ก การรักษาโดยพักการใช้งาน ใช้เครื่องช่วยพยุงข้อศอกช่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพในเวลาต่อมา ในรายที่เป็นมากและพบเศษกระดูก loose body ในข้อ ซึ่งขัดขวางต่อการเหยียดข้อศอกการรักษาคือการผ่าตัดเพื่อนำเศษกระดูกออกจากข้อ

B. กลุ่มโรคที่เกิดในผู้ใหญ่ Adult athletes พบปัญหาได้ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. Tension overload of medial elbow
2. Hyperextension over load
3. Lateral epicondylitis

B.1. Tension Overload of Medial Elbow

โรคที่พบว่าจะมีแรงดึงบริเวณด้านในของข้อศอก (tension over load of medial elbow) ทำให้มี instability ของข้อศอก พบได้บ่อยที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอาการ hyperextension overload และกลุ่มอาการ lateral compression

พยาธิสภาพของกลุ่มโรคนี้เกิดจากแรงกระทำต่อเอ็นยึดข้อ (Medial epicondylar attachment) ซึ่งประกอบด้วยจุดเกาะของกล้ามเนื้อ flexor group และ medial collateral ligament บริเวณดังกล่าว อาจมีการอักเสบหรือบวมหรือมีพยาธิสภาพมากกว่านั้นจะพบกระดูกงอกออกมา

การรักษาประกอบด้วย พักการใช้ข้อ ให้ยาลดการอักเสบและเริ่มฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อที่ยึดเกาะข้อศอกต่อไป ถ้าพบว่าอาการเป็นมากจนเรื้อรังแล้ว อาจพบมีหินปูนเกาะ ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ในรายที่รับประทานยาและกายภาพบำบัดไม่ได้ผลยังคงมีอาการปวดมาก อาจจำเป็นต้องรับการผ่าตัด เพื่อเอาหินปูนออก และกรอกระดูกบริเวณที่ยึด

เอ็นข้อศอก นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องประเมินความมั่นคงของข้อด้วย ถ้าความมั่นคงของข้อศอก เสียไป เนื่องจากการผ่าตัดเอาหินปูนออก หรือเนื่องจากความเรื้อรังของโรคแล้ว จะตรวจพบ valgus stress ให้ผลบวกในท่าศอกงอประมาณ 15-250 จึงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด เพื่อเสริม ความแข็งแรงของ medial collateral ligament โดยใช้เอ็นอื่นๆ มาซ่อมเสริม เช่น เอ็น palmaris longus เป็นต้น ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเสริมสร้าง medial collateral ligament ได้แก่

1. พวกที่ได้รับการบาดเจ็บอย่างเฉียบพลัน
2. หลังผ่าตัดแก้ไขหินปูนเกาะที่ข้อศอกและเสียเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวมาก จนไม่สามารถยึดให้ ข้อศอกแข็งแรงดังเดิมได้
3. ผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรังที่ตรวจพบว่าเสียความมั่นคงของข้อศอกไป

ในพวกที่มี tension overload of medial elbow ยังอาจก่อให้เกิดอาการของ medial epicondylitis ซึ่งเกิดจาก repetitive microtrauma ต่อที่เกาะของกล้ามเนื้อกลุ่มงอข้อศอก บริเวณ medial epicondyle ของข้อศอก ซึ่งพบได้ในนักกีฬาอล์ฟ เทนนิส เบสบอล รวมถึงผู้ที่ จำเป็นต้องใช้การเกร็ง กำมือ จับ ยกสิ่งของหนัก ๆ นาน ๆ เช่น การหิ้วกระเป๋าานาน ๆ ยกถึง น้ำหนักมาก ๆ เหล่านี้จะทำให้ มีการอักเสบของกล้ามเนื้อกลุ่มงอข้อศอกนี้ ทำให้ผู้ป่วยมี อาการเจ็บเวลากำมือด้านการงอข้อมือหรือคว่ำมือ (Provocative test) หรือกดเจ็บบริเวณ ดังกล่าว

การรักษาประกอบด้วยพัก ใช้น้ำลดการอักเสบหรือกายภาพบำบัด แต่ในรายที่ตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี อาจจำเป็นต้องใช้ยาฉีดกลุ่ม steroid เพื่อช่วยลดการอักเสบ และทำ กายภาพบำบัดร่วมด้วย หากทำการรักษาดังกล่าวข้างต้นไม่ได้ผล อาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการ ผ่าตัดต่อไป

โรคนี้นอกจากทำให้เสียความมั่นคงของข้อศอกและ medial epicondylitis แล้ว ยังอาจทำให้ เกิดการบาดเจ็บต่อ ulnar nerve ทำให้มีการอักเสบ ของเส้นประสาท ulnar บริเวณ cubital tunnel โดยผู้ป่วยมีอาการปวดหรือชาร้าวไปตามเส้นประสาท ulnar และฝ่ามือบริเวณที่เลี้ยง ด้วยเส้นประสาท ulnar หรือการอ่อนแรง รู้สึกหนัก ๆ เวลากำมือ การตรวจร่างกายพบอาการ tinel's sign ให้ผลบวก ฝ่ามือบริเวณที่เลี้ยงด้วยเส้นประสาท ulnar แห่ง ไม่มีความขึ้นของเหงื่อ กล้ามเนื้อที่เลี้ยงโดยเส้นประสาท ulna ลิบเล็กลง และความรับรู้ในการสัมผัสลดลง

การรักษาเริ่มด้วยหยุดกิจกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น กีฬาที่ต้องขว้างเหนือศีรษะ การยกของ หนักหรือกำด้าม racquet แน่น ใช้น้ำลดการอักเสบ ไม่แนะนำการฉีดยา steroid หากอาการไม่ ดีขึ้นหรือพบกว่ากล้ามเนื้อลีบลงแล้ว จำเป็นต้องผ่าตัดเพื่อย้ายเส้นประสาทเพื่อไม่ให้ เส้นประสาท ulnar ถูกเบียด

B.2. Hyperextension Overload

พยาธิสภาพของกลุ่มอาการของ hyperextension loadover ประกอบด้วย

1. การอักเสบของเอ็นกล้ามเนื้อ Biceps เกิดเนื่องจากการเหยียดข้อศอกซ้ำๆ กัน (repetitive trauma) เช่นในช่วงสุดท้ายของการขว้างในกีฬาที่ใช้การขว้างเหนือ ศีรษะ การตรวจร่างกายจะพบการกดเจ็บบริเวณปุ่มกระดูก radius (radial tuberosity) หรือเจ็บบริเวณดังกล่าวเมื่อพยายามหงายฝ่ามือขึ้นด้านแรงบิดลง และกำลังกล้ามเนื้อในการบิดเพื่อหงายฝ่ามือขึ้นอ่อนลงไป การรักษาโดยพัก ข้อศอก รับประทานยาลดการอักเสบ และทำกายภาพบำบัดต่อไป
2. การอักเสบของเอ็นกล้ามเนื้อ triceps บริเวณที่เกาะ olecranon จะพบอาการกด เจ็บ โดยเฉพาะเวลาเหยียดศอกออกด้านกับแรงกดปลายแขน การรักษา

ประกอบด้วยพักการใช้ข้อศอก รับประทานยาลดการอักเสบ และกายภาพบำบัด ไม่แนะนำให้ฉีดยา steroid เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดของเอ็น triceps การผ่าตัดนิยมนำกันน้อยโดยการตัดส่วนของเอ็นที่เสียรูปทิ้งไป

3. กลุ่มอาการ Olecranon bursitis จะเกิดอาการได้ภายหลังอายุ 7-10 ขวบแล้ว เนื่องจากก่อนอายุดังกล่าวจะยังไม่มีการสร้าง bursa ขึ้น ตรวจร่างกายจะพบการอักเสบ บวม มีน้ำคั่งอยู่ใน bursa ภาพถ่ายรังสี อาจพบการสะสมของ calcium เป็นกลุ่มบริเวณที่เกาะของเอ็น triceps การรักษาประกอบด้วย การพัก ใช้น้ำยาลดการอักเสบ หากสงสัยมีการติดเชื้อ ควรดูดเอาน้ำ เพื่อส่งเพาะเชื้อ และให้ยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสม ในรายที่ไม่มีการติดเชื้อ แต่มีอาการปวดเนื่องจากมีเลือดคั่ง อาจต้องดูดเอาเลือดออก และฉีด steroid เข้าไป ส่วนในรายที่มีอาการเรื้อรัง อาจจำเป็นต้องผ่าตัดเพื่อเลาะ bursa ออก
4. กลุ่มอาการปลายกระดูก olecranon กอด olecranon fossa ทำให้มีการอักเสบ บริเวณรอยต่อ ดังกล่าว และมีเศษกระดูกงอกออกมาจากปลาย olecranon หรือมีเศษกระดูกหลุดลอยอยู่ในข้อศอก จนบางครั้งมีการขวางการงอเหยียดข้อศอก ผู้ป่วยมีอาการเจ็บบริเวณศอกหรือมีเสียงดังในข้อศอกจากการเสียดสี การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสีพบเศษกระดูกภายในข้อ การใช้ CT scan จะช่วยยืนยันการวินิจฉัยได้ดียิ่งขึ้น การรักษาขึ้นอยู่กับว่า การอักเสบนั้นพบเศษกระดูกอยู่ภายในข้อด้วยหรือไม่ หากไม่มีเศษกระดูกอยู่รักษาโดยการให้พักการใช้มือ รับประทานยาลดการอักเสบ และกายภาพบำบัด แต่หากพบมีเศษกระดูกอยู่ภายในข้อ ร่วมกับมีอาการปวด ก็แก้ไขโดยการผ่าตัดเอาเศษกระดูกออกไป ซึ่งในปัจจุบัน การผ่าตัดผ่านกล้อง โดยผู้เชี่ยวชาญให้ผลดี

B.3. Lateral Epicondylitis

เป็นการอักเสบของบริเวณที่เกาะของกล้ามเนื้อกลุ่ม extensor พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ต้องใช้กำลังกล้ามเนื้อแขนท่อนล่างมาก ๆ และบ่อย ๆ เช่น นักกีฬาเทนนิส หรือกีฬาที่ต้องจับบีบตามอุปกรณ์ให้แน่น รวมทั้งผู้ที่ต้องหิ้วของหนักเป็นประจำ จะตรวจพบมีการกดเจ็บบริเวณ lateral epicondyle โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาที่กระดกข้อมือ เหยียดนิ้วออก และหงายฝ่ามือขึ้นด้านกับแรงของผู้ตรวจ ภาพถ่ายทางรังสีมักไม่พบสิ่งผิดปกติใด ๆ ยกเว้นในรายที่เป็นมานานอาจพบการสะสมของหินปูนได้ การรักษาเช่นเดียวกับการรักษาการอักเสบของเอ็นที่ยึดกระดูก

สรุป

ภาวะบาดเจ็บของแขนและข้อศอกเป็นปัญหาที่พบได้ และจำต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง เพื่อการกลับมาใช้งานของแขนและข้อศอกผู้ป่วยได้อย่างใกล้เคียงเดิม ซึ่งการรักษามีแนวทางที่แตกต่างกันออกไป อาจใช้กายภาพบำบัด การใช้ยาหรือใช้การผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ลักษณะพยาธิสภาพตำแหน่งของโรค ความรุนแรง อายุผู้ป่วย รวมทั้งความผิดปกติที่พบร่วมด้วย อย่างไรก็ตามการเข้าใจลักษณะพื้นฐานทางกายวิภาค การทำงานของข้อ และกลไกการเกิดพยาธิสภาพมีส่วนช่วยในการทำนายลักษณะพยาธิสภาพได้มาก ซึ่งนำไปสู่วิธีบำบัดดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bradley JP. Elbow injuries. In : Fu FH Stone DA, eds. Sports injuries. Baltimore : Williams & Wilkins, 1994:924-36.
2. An KN, Morrey BF. Biomechanics of the elbow. In : Morrey BF, ed. The elbow and its disorders. Philadelphia: WB Saunders, 1985:43-61.
3. Brown R, Blazina ME, Kerlan RK. Osteochondritis of the capitellum. Am J Sports Med 1974; 2:27-46.
4. Biance AJ. Osteochondritis dissecans. In : Morrey DF, ed. The elbow and its disorders. Philadelphia : WB Saunders,1985: 254-259.
5. DeLee JC, Green DP, Wikens KE. Fractures and dislocation of the elbow. In : Rockwood CA, Green DP, eds. Fractures in adults. 2nd ed. Philadelphia : JP Lippincott, 1984:559-652.
6. Salter RB. Specific Fracture and Dislocation, the Wrist and Forearm. In Salter RB, Ed. Textbook of Disorders and Injuries of the musculoskeletal System. Baltimore : Williams & Wilkins, 1999: 570-578.