

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2552; 19(1): 25-29
J Thai Rehabil Med 2009; 19(1): 25-29

การศึกษาย้อนหลังผู้ป่วยบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขนที่ โรงพยาบาลศิริราช

น้ำเพ็ญ แก้วประหลาด, พ.บ., กุลภา ศรีสวัสดิ์, พ.บ., C.Ped.

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ABSTRACT

Retrospective Study of Brachial Plexus Injured Patients at Siriraj Hospital

Nampen Kaewpralad, M.D., Gulapar Srisawasdi, M.D., C.Ped.

Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Objectives: To study epidemiology, electrophysiologic results and follow up of patients with brachial plexus injury

Study design: A retrospective study
Setting: Siriraj hospital

Subjects: Brachial plexus injury (BPI) patients with no previous surgical management who had electrodiagnosis performed during 2002 to 2004

Methods: Collected demographic data, causes, level, severity of injury, results of management and follow up.

Results: There were 178 patients (male 87.6% and average age of 29.6 years old) recruited into the study. The most common cause was motorcycle accident (72.5%). The electrodiagnostic findings revealed 75.3% of the patients had BPI with total arm type and 85.4% of the lesions were root level. All of preganglionic lesions diagnosed by electrodiagnosis were confirmed with C myelogram findings.

Correspondence to: Gulapar Srisawasdi; *Current address:* Dept. of Rehabilitation Medicine, Fac. of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University;
E-mail: sigss@mahidol.ac.th

Most of the patients with severe injury underwent surgical management. The motor recovery was good (at least grade 3) in both surgical and non-surgical cases.

Conclusion: Most of the patients with brachial plexus injury were middle-aged males. The most common cause was motorcycle accident. Most of the injuries were total arm type at the root level confirmed with the C myelogram findings. The motor recovery was good in most of the cases.

Key words: brachial plexus injury, electrodiagnostic study, management

J Thai Rehabil Med 2009; 19(1): 25-29

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระบาดวิทยา ผลไฟฟ้าวินิจฉัย และติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขน

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาย้อนหลัง

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขนที่มาตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยในปี 2545-2547 โดยไม่เคยผ่าตัดมาก่อน

วิธีการศึกษา: เก็บข้อมูลพื้นฐาน สาเหตุ ระดับ ความรุนแรง วิธีการรักษา การมาตรวจติดตาม และผลการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขน 178 ราย ร้อยละ 87.6 เป็นชาย อายุเฉลี่ย 29.6 ปี สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคืออุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 72.5) ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บชนิด

ร้าวแหประสาททั้งหมด (ร้อยละ 75.3) และ ร้อยละ 85.4 เป็นการบาดเจ็บระดับรากประสาท (root) โดยทุกรายที่เป็น preganglionic lesion ผลไฟฟ้าวินิจฉัยตรงกับการตรวจด้วย C myelogram ผู้ป่วยที่บาดเจ็บรุนแรงมากส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการฟื้นตัวดีหลังการรักษา

สรุป: ผู้ป่วยบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยกลางคน สาเหตุหลักคืออุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ การบาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นชนิดร้าวแหประสาททั้งหมด ที่ระดับรากประสาท ผลไฟฟ้าวินิจฉัยตรงกับ C myelogram ส่วนใหญ่มีการฟื้นตัวดีหลังการรักษา

คำสำคัญ: บาดเจ็บร้าวแหประสาทแขน ไฟฟ้าวินิจฉัย การรักษา

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2552; 19(1): 25-29

บทนำ

การบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขนเป็นภาวะที่พบบ่อย มีสาเหตุจากอุบัติเหตุจากการคมนาคม การถูกทำร้ายร่างกาย หรือการคลอดยาก เป็นต้น การตรวจประเมินชนิด ความรุนแรง และตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บได้อย่างถูกต้องนั้นมีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษา ทั้งขั้นตอนการผ่าตัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ไฟฟ้าวินิจฉัยเป็นการตรวจวิธีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับเป็นมาตรฐานในการประเมินชนิด ความรุนแรง และตำแหน่งของการบาดเจ็บของร้าวแหประสาทแขนที่โรงพยาบาลศิริราชมีผู้ป่วยบาดเจ็บร้าวแห

ประสาทแขนมารับการรักษาเป็นจำนวนมาก เนื่องจากมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านกายภาพบำบัดรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการส่งตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย และการตรวจ cervical myelogram (C myelogram) ก่อนการผ่าตัดรักษา

ปัจจุบันเทคนิคและเทคโนโลยีการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขนมีการพัฒนาไปมาก แต่ในช่วงสิบปีที่ผ่านมาไม่มีการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขนที่โรงพยาบาลศิริราช และไม่เคยมีการติดตามผลการรักษาโดยจำแนกตามความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ทำงานวิจัยนี้ขึ้นเพื่อศึกษาระบาดวิทยาของการบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขนในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยโดยจำแนกตามเพศ อายุ สาเหตุ ชนิด ความรุนแรง และตำแหน่งของร้าวแหประสาทแขนที่ได้รับบาดเจ็บ เปรียบเทียบตำแหน่งของการบาดเจ็บจากการตรวจด้วยไฟฟ้าวินิจฉัยกับการตรวจด้วย C myelogram และศึกษาติดตามผู้ป่วยตามความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากร

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

ผู้ป่วยบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขนที่มารับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยที่โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2545 ถึง 31 ธ.ค. 2547 รวมระยะเวลา 3 ปี

เกณฑ์การคัดออก

เคยได้รับการผ่าตัดรักษาบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขนมาก่อน

ขั้นตอนการวิจัย

รวบรวมผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นร้าวแหประสาทแขนบาดเจ็บจากฐานข้อมูลที่เก็บไว้ที่ห้องตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย และจากข้อมูลที่เป็นที่กในเวชระเบียนผู้ป่วย

ได้แก่ อายุ เพศ สาเหตุของการบาดเจ็บ ชนิดและความรุนแรงของการบาดเจ็บ จากผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย ตำแหน่งของการบาดเจ็บจากผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยและ C myelogram วิธีการรักษา และประเมินผลการรักษาโดยการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อซึ่งแบ่งเป็น 6 ระดับ (0-5) อิงระบบของ Medical Research Council หรือ Oxford scale⁽¹⁾

ผลการศึกษา

จากฐานข้อมูลที่ห้องตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย พบผู้ป่วยบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขน 339 ราย สามารถติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยนอกได้ 214 ราย เป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนทั้งสิ้น 178 ราย อายุระหว่าง 3-81 ปี อายุเฉลี่ย 29.6 ปี การจำแนกผู้ป่วยตามเพศและช่วงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

ช่วงอายุ (ปี)	เพศ		
	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ร้อยละ
0-10	2	3	2.8
11-20	45	3	26.9
21-30	59	4	35.4
31-40	21	3	13.5
41-50	20	2	12.4
51-60	4	3	3.9
> 60	6	3	5.1
รวม	156	22	100

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามเพศและช่วงอายุ

สาเหตุ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์	129	72.5
อุบัติเหตุถูกของหนักกดทับและดึงรั้ง	13	7.3
บาดแผลลึกขาด	11	6.2
อุบัติเหตุรถยนต์	9	5.1
การคลอด	4	2.2
ถูกยิง	3	1.7
มะเร็งเต้านม	2	1.1
การฉายแสง	2	1.1
ถูกรถชน	2	1.1
Neuralgic amyotrophy	2	1.1
ไม่ทราบสาเหตุ	1	0.6
รวม	178	100

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามสาเหตุ

สาเหตุของการบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขนและจำนวนผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 2

จากผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย เมื่อจำแนกตามชนิดของการบาดเจ็บร้าวแหประสาทแขนนั้น มีผู้ป่วยบาดเจ็บร้าวแหประสาททั้งหมด (total arm type) มากที่สุดจำนวน 134 ราย บาดเจ็บร้าวแหประสาทส่วนบน (upper arm type) จำนวน 34 ราย บาดเจ็บร้าวแหประสาทส่วนล่าง (lower arm type) จำนวน 5 ราย พบตำแหน่งของการบาดเจ็บที่รากประสาท (root) 152 ราย ส่วน trunk 21 ราย cord 3 ราย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น neuralgic amyotrophy 2 ราย จำนวนผู้ป่วยแยกตามชนิดและรายละเอียดของการบาดเจ็บระดับรากประสาทดังแสดงในตารางที่ 3

มีผู้ป่วยได้รับการตรวจ C myelogram 87 ราย แสดงผลชัดเจน 64 ราย ซึ่งทุกรายที่ผลไฟฟ้าวินิจฉัยเป็น preganglionic lesion นั้น C myelogram ยืนยันว่ามีความผิดปกติที่ระดับรากประสาท ตรงกันคือมี pseudomeningocele รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

จำนวนผู้ป่วยแยกตามความรุนแรงของการบาดเจ็บจากผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย และการรักษาที่ได้รับดังแสดงในตารางที่ 5

ชนิด	ตำแหน่ง		
	Root		ไม่ระบุ ราย (ร้อยละ)
	Preganglionic ราย (ร้อยละ)	Postganglionic ราย (ร้อยละ)	
Total arm	64 (42.2)	25 (16.4)	37 (24.3)
Upper arm	6 (3.9)	1 (0.7)	16 (10.6)
Lower arm	2 (1.3)	1 (0.7)	0
รวม	72 (47.4)	27 (17.8)	53 (34.9)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกตามชนิดและการบาดเจ็บที่ระดับรากประสาท

ไฟฟ้าวินิจฉัย	C-myelogram	
	Root avulsion หรือ pseudomeningocele ราย (ร้อยละ)	No root avulsion ราย (ร้อยละ)
	preganglionic	43 (67.2)
at least postganglionic	20 (31.3)	1 (1.5)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามการตรวจด้วย C myelogram และไฟฟ้าวินิจฉัย

ความรุนแรง	การรักษา			
	ผ่าตัด ราย (ร้อยละ)	ไม่ผ่าตัด ราย (ร้อยละ)	ไม่มาติดตามหลังการ ตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย ราย (ร้อยละ)	รวม ราย (ร้อยละ)
	รุนแรงมาก	106 (59.5)	29 (16.3)	15 (8.4)
รุนแรงปานกลาง	1 (0.6)	17 (9.6)	0	18 (10.1)
รุนแรงน้อย	0	4 (2.2)	0	4 (2.2)
ไม่ระบุความรุนแรง	0	4 (2.2)	2 (1.1)	6 (3.3)
รวม	107 (60.1)	54 (30.3)	17 (9.6)	178 (100)

ตารางที่ 5 แสดงความรุนแรงของการบาดเจ็บและการรักษา (การผ่าตัดหมายถึงการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของร่างแหประสาท เช่น ผ่าตัดต่อเส้นประสาท ไม่นับรวมการผ่าตัดอื่น ๆ เช่น ผ่าตัดตามกระดูก)

การรักษา	ความรุนแรง (ราย)	ผลการรักษา		ฟื้นตัวที่		
		ไม่มาตรวจ ติดตาม	0-6 เดือน	7-12 เดือน	>12 เดือน	ไม่ฟื้นตัวที่ >12 เดือน
ผ่าตัด	รุนแรงมาก (ราย)	37	8	26	27	8
	รุนแรงปานกลาง(ราย)	0	1	0	0	0
ไม่ผ่าตัด	รุนแรงมาก (ราย)	14	4	4	4	3
	รุนแรงปานกลาง (ราย)	5	4	4	4	0
	รุนแรงน้อย (ราย)	1	1	2	0	0
	ไม่ระบุผล(ราย)	0	4	0	0	0
รวม		57	22	36	35	11

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามการรักษาและผลการรักษา

ผู้ป่วยบาดเจ็บร่างแหประสาทแขนแบบรุนแรงมากที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 106 ราย ไม่มาตรวจติดตามหลังการผ่าตัดจำนวน 37 ราย ส่วนผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามหลังการผ่าตัด 69 รายนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีการฟื้นคืนของเส้นประสาทจนมีกำลังของกล้ามเนื้ออย่างน้อยระดับ 3 ภายใน 1 ปีหลังการผ่าตัดจำนวน 34 ราย (ร้อยละ 49.3) มากกว่า 1 ปีหลังการผ่าตัดจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 39.1) และมากกว่า 1 ปีหลังการผ่าตัดแล้วยังไม่มีการฟื้นคืนของเส้นประสาทจนมีกำลังของกล้ามเนื้ออย่างน้อยระดับ 3 จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 11.6)

ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บร่างแหประสาทแขนแบบรุนแรงมากที่ไม่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 29 รายนั้น มี 15 รายที่มาตรวจติดตามการรักษา ในจำนวนนี้มี 8 ราย (ร้อยละ 53.3) ที่เส้นประสาทฟื้นจนกล้ามเนื้อมีกำลังมากพอและใช้งานได้ภายใน 1 ปีหลังการรักษา มี 3 ราย (ร้อยละ 20) ที่ติดตามมากกว่า 1 ปีหลังการรักษาแล้วไม่มีการฟื้นคืนของเส้นประสาท ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บร่างแหประสาทแขนแบบรุนแรงปานกลางและรุนแรงน้อยทุกรายมีการฟื้นคืนของเส้นประสาทจนมีกำลังของกล้ามเนื้อมากพอที่จะสามารถใช้งานได้ (อย่างน้อยระดับ 3) ดังแสดงในตารางที่ 6

บทวิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มผู้บาดเจ็บร่างกายประสาทแขนส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 87.6 อายุเฉลี่ย 29.6 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่รายงานก่อนหน้านี้ในประเทศไทยของ สุทธิ ศิริเวชฎารักษ์⁽²⁾ (เพศชายร้อยละ 89.5 อายุเฉลี่ย 26.4 ปี) และของ ภาณุพันธ์ ทรงเจริญ⁽³⁾ (เพศชายร้อยละ 93.5) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ โดย Choang และคณะ⁽⁴⁾ พบเป็นเพศชายร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 35.4 ปี การศึกษาของ Bowles และคณะ⁽⁵⁾ พบเป็นเพศชายร้อยละ 83 อายุเฉลี่ย 35.9 ปี จะเห็นได้ว่าผู้บาดเจ็บร่างกายประสาทแขนส่วนมากเป็นเพศชายซึ่งอยู่ในวัยทำงานทั้งสิ้น

การศึกษาในประเทศไทยพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ โดยในการศึกษาครั้งนี้พบสาเหตุจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ร้อยละ 72.5 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ สุทธิ ศิริเวชฎารักษ์⁽²⁾ (ร้อยละ 82.9) และของ ภาณุพันธ์ ทรงเจริญ⁽³⁾ (ร้อยละ 82) แต่แตกต่างกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาโดย Bowles⁽⁵⁾ และคณะพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการถูกยิง คิดเป็นร้อยละ 32 สาเหตุที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องมาจากความนิยมใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีน้อยกว่าในประเทศไทย

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเพื่อแยกว่าเป็น preganglionic หรือ postganglionic lesion เนื่องจากผู้ป่วยเป็น incomplete injury ของแต่ละ root ซึ่งการตรวจการนำกระแสประสาทรับความรู้สึก (sensory nerve conduction study, sensory NCS) เพื่อแยกตำแหน่งของการบาดเจ็บในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะไม่วางพอ⁽⁶⁾

การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยเพื่อแยกว่าตำแหน่งพยาธิสภาพเป็น preganglionic หรือ postganglionic ทำได้โดย

การตรวจ sensory NCS แต่การตรวจนี้มีข้อจำกัดคือ การกระจายของเส้นประสาทไขสันหลัง (spinal nerves) ในแต่ละบุคคลมีความหลากหลาย การตรวจก่อนเกิด Wallerian degeneration จะสมบูรณ์ และมีการบาดเจ็บร่วมกันทั้งแบบ preganglionic และ postganglionic^{(7),(8)} ซึ่งอาจทำให้ระบุตำแหน่งผิดพลาดได้ จึงนิยมการตรวจทางรังสีในการยืนยันการวินิจฉัย เพื่อดูลักษณะของ intradural nerve roots ร่วมด้วย ที่โรงพยาบาลศิริราชนิยมส่งตรวจ C myelogram ซึ่งการศึกษานี้พบว่าผลการตรวจ C myelogram ตรงกับผลการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพชนิด preganglionic มีจำนวนน้อยที่วินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพชนิด postganglionic แต่ C myelogram มี root avulsion ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพทั้งชนิด preganglionic และ postganglionic ร่วมกัน^{(7),(9)} ซึ่งการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยมักบอกได้เพียง at least postganglionic เท่านั้น ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ควรพิจารณาส่งตรวจ C myelogram ร่วมด้วย

ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บร่างกายประสาทแขนนั้นมีการรักษาแบบไม่ผ่าตัดและแบบผ่าตัด ซึ่งขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อใด การบาดเจ็บรุนแรงมากน้อยเพียงใด มีการฟื้นตัวของเส้นประสาทจนกล้ามเนื้อสามารถใช้งานได้หรือไม่^{(10),(11)} จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยที่ผลไฟฟ้าวินิจฉัยพบว่าการบาดเจ็บรุนแรงมากส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ผลไฟฟ้าวินิจฉัยพบว่าการบาดเจ็บรุนแรงปานกลางและรุนแรงน้อยเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บร่างกายประสาทแขนรุนแรงมาก และมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษา พบว่าทั้งกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับ

การผ่าตัดส่วนใหญ่มีการฟื้นคืนของเส้นประสาทจนมีกำลังของกล้ามเนื้ออย่างน้อยระดับ 3 โดยการฟื้นตัวส่วนมากเกิดในช่วง 7 เดือนถึงมากกว่า 1 ปีหลังการรักษา มีเพียงส่วนน้อยที่พบว่าไม่มีการฟื้นตัว เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่มาติดตามผลการรักษา อาจเป็นไปได้ว่าไม่มีการฟื้นตัว ผู้ป่วยจึงไม่เห็นประโยชน์ที่จะกลับมาพบแพทย์ ส่วนผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บร่างกายประสาทแขนแบบรุนแรงปานกลางและรุนแรงน้อยทุกรายมีการฟื้นคืนของเส้นประสาทจนมีกำลังของกล้ามเนื้ออย่างน้อยระดับ 3 โดยการฟื้นตัวส่วนมากเกิดภายใน 1 ปีหลังการรักษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดคือ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจากรายงานการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย และเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ข้อมูลที่บันทึกไว้มักไม่สมบูรณ์ถ้ามีการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในเวชระเบียนได้ละเอียดครบถ้วนและเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบแล้วจะสามารถศึกษาได้ในทุกแง่มุมอย่างสะดวกและครบถ้วน มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บที่แพทย์ควรบันทึก ได้แก่ สาเหตุระยะเวลาตั้งแต่บาดเจ็บจนถึงวันที่มาตรวจ รายละเอียดการตรวจร่างกาย ผลการตรวจต่าง ๆ การรักษา และผลการรักษา เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการวินิจฉัยและรักษาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

กล่าวโดยสรุป ผู้บาดเจ็บร่างกายประสาทแขนที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชระหว่างปีพ.ศ.2545-2547 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงานอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เป็นสาเหตุ หลักส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บชนิดร่างกายประสาททั้งหมดที่ระดับรากประสาท ทั้งนี้ผลไฟฟ้าวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพชนิด preganglionic ยืนยันตรงกับการตรวจ C myelogram ไม่ว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บจะมากหรือน้อยเพียงใด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาดูตามการรักษาที่มีการฟื้นตัวโดยกล้ามเนื้อมีกำลังอย่างน้อยระดับปานกลาง

เอกสารอ้างอิง

1. Fuller G. Neurological examination made easy, 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.
2. สุธี ศิริเวชฎารักษ์. การบาดเจ็บของร่างแหประสาทแขนที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 2545; 13(1): 9-22.
3. Songcharoen P. Brachial plexus injury in Thailand: a report of 520 cases. Microsurgery 1995; 16(1): 35-9.
4. Choang TY. The comparison of electrophysiologic findings of traumatic brachial plexopathies in a tertiary care center. Injury 2002; 33(7): 591-5.
5. Bowles AO. Distribution and extent of involvement in brachial plexopathies caused by gunshot wounds, motor vehicle crashes, and other etiologies: a 10-years electromyography study. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85: 1708-10.
6. Dumitru D. Brachial plexopathies and proximal mononeuropathies. In: Dumitru D, editor. Electrodiagnostic medicine. Philadelphia: Hanley & belfus, Inc.; 1995. p. 599-600.
7. Tavakkolizadeh A. Imaging of adult brachial plexus traction injuries. J Hand Surg Br 2001; 26B(3):183-91.
8. Birch R. Brachial plexus injury. J Bone Joint Surg Br 1996; 78B(6) :986-92.
9. Rankine JJ. Adult traumatic brachial plexus injury. Clin Radiol 2004; 59: 767-74.
10. Berger A. Brachial plexus injuries: an integrated treatment concept. Ann Plast Surg 1991; 26:70-6.
11. Choid PD, Novak CB, Mackinnon SE, Kline DG. Quality of life and functional outcome following brachial plexus injury. J Hand Surg Am 1997; 22A(4): 605-12.

ขอเชิญชวนแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและ ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูทุกท่าน

เข้าร่วมประชุมวิชาการ

The 5th ASEAN Rehabilitation Medicine Association Congress
Bangkok, THAILAND

ระหว่างวันที่ 10 - 12 ธันวาคม 2552

ณ โรงแรมอิมพีเรียลควีนสปาร์ค

ถนนสุขุมวิท กรุงเทพฯ

ดูรายละเอียดและลงทะเบียนได้ที่ www.arma2009.org