



ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำ ในผู้ป่วยที่เคยกระดูกบริเวณสะโพกหัก โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

ธานินทร์ จินตามาศย์ พ.ม. (ออร์โธปิดิกส์)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหักและผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยที่เคยกระดูกบริเวณสะโพกหัก ประชากรในการศึกษาคือผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหัก ที่เข้าการรักษาที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2558-2560 ศึกษาจากเวชระเบียนและภาพถ่ายรังสี จำนวน 75 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยที่เคยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหัก และกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก การเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล ตามรหัส ICD10 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกระดูกสะโพกหัก แล้วจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและภาพถ่ายรังสีวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 75 คน เพศหญิง ร้อยละ 62.67 อายุเฉลี่ย 73 ปี (S.D.=11.97) ค่าดัชนีมวลกาย ≤ 23 ร้อยละ 74.67 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 สาเหตุที่กระดูกสะโพกหักล้มจากการลื่นล้มในห้องน้ำ/ลื่นล้มอื่น ๆ ร้อยละ 41.34 การรักษาด้วยการไม่ผ่าตัด ร้อยละ 65.33 โดยการทำกายภาพบำบัดและใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การรักษาผ่าตัดด้วยวิธี PFN ร้อยละ 42.32 ตำแหน่งกระดูกสะโพกหักที่ Intertrochanter of femur ร้อยละ 92.00 การสมานของกระดูกผู้ป่วยผ่าตัดแบบติดไม้นิโตรเจน ร้อยละ 50.00 การสมานของกระดูกผู้ป่วยไม่ผ่าตัดแบบติดนิโตรเจน ร้อยละ 63.27 และมุมมองคาของกระดูกผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมุม 116-119 องศา ร้อยละ 42.67

ผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยที่เคยกระดูกบริเวณสะโพกหัก จำนวน 12 คน เพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 75 ปี (S.D.=10.38) ค่าดัชนีมวลกาย < 23 ร้อยละ 91.67 โรคทางสุขภาพจิต ร้อยละ 41.67 สาเหตุที่กระดูกสะโพกหักล้มเองจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง/ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 58.33 รักษาด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 75.00 ด้วยวิธี Bipolar ร้อยละ 55.57 ตำแหน่งกระดูกสะโพกหักที่ Intertrochanter of femur ร้อยละ 66.67 การสมานของกระดูกในผู้ป่วยผ่าตัดแบบติดไม้นิโตรเจนและแบบติดนิโตรเจน ร้อยละ 44.45 เท่ากัน และมุมมองคาของกระดูกในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมุม < 115 องศา ร้อยละ 41.67

สรุป การรักษาผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหักซ้ำพบมากในผู้ป่วยกระดูกหักบริเวณ Intertrochanter ทั้งที่ได้รับการรักษาโดยผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวรับยาที่มีผลต่อกลไกการทรงตัว เช่น ยานอนหลับ ทำให้ง่วงซึมและล้มได้ง่าย และพบมุมมองคาของกระดูกสะโพกหักนิโตรเจน ≤ 115 องศา

คำสำคัญ : กระดูกหักซ้ำ, กระดูกสะโพกหัก



Treatment results of bone fracture in patients with hip fracture in Phukhieochalermprakiat Hospital, Chaiyaphum Province

Tanin Jindamart, M.D. (Orthopedic Surgery)

Abstract

Introduction : This study was a retrospective study to examine the effects of recurrent bone fractures in patients had been hip fractures.

Method : Data and radiographs of patients who had been hip bone fractures and received the treatment in Phukhieochalermprakiat hospital, Chaiyaphum during 1 October 2015 - 30 September 2017 were retrospectively collected by ICD10 of patients diagnosed with hip fractures from medical records and radiographs. This study used General records and clinical records of recurrent bone fractures in patients had been hip fractures. Statistical analysis of frequency, minimum value, maximum value, mean and standard deviation.

Results : There were 75 of hip bone fractures. Most of them were female (62.67%), aged 73 ± 11.97 years, BMI ≤ 23 74.67%, non underlying disease 80%. The most common cause of hip bone fracture was slipping in the bathroom and other that 41.34%. Treatment for hip bone fracture with physical therapy and walking aid (not surgery) and PFN surgery that 65.33% and 42.32%, respectively. Position of hip bone fracture in Intertrochanter that 92.00%. Bone healing in surgical patients that normal 50.00% and non surgical patients that deformity 63.27%. Angular of hip fracture was 116-119 degrees 42.67%

There were 12 patients who recurrent bone fractures had been hip fractures. Most of them were female (66.67%), aged 75 ± 10.38 years, BMI ≤ 23 91.67%, had depression disease 41.67%. The cause of hip fracture was self-falling from muscle weakness / muscle pain 58.33%. Treatment of hip fracture with surgical 75% (Bipolar surgical 55.57%). Position of hip bone fracture in Intertrochanter that 66.67%. Bone healing in surgical patients that normal and non surgical patients that deformity was equal 44.45%. Angular of hip fracture less than 115 degrees 41.67%

Treatment of recurrent hip bone fractures common in patient had been hip fractures in Intertrochanter both treated surgical and non-surgical. Patients with concomitant medications that affect the balance mechanisms, such as hypnotic drugs made falling easily. The angular of hip fracture was less than or equal to 115 degrees.

Keywords : Bone fracture, Fracture, around hip joint



บทนำ

กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาหนึ่งที่มีอุบัติการณ์การเกิดสูงขึ้นตามอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้นโดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม การเกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ตำแหน่งของกระดูกหักที่พบบ่อย คือ กระดูกสะโพก ร้อยละ 40 เมื่อกระดูกสะโพกหักจะมีผลกระทบตามมาหลายอย่างโดยเฉพาะอัตราการตายภายหลังกระดูกสะโพกหักภายใน 1-4 เดือน และ 1 ปี ร้อยละ 10, 20 และ 30 ตามลำดับ⁽¹⁾ คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2025 จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.66 ล้านคน เป็น 2.6 ล้านคน และเพิ่มเป็น 4.5 ล้านคนในปี 2050 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรและเศรษฐกิจมาก⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2556 พบว่า มีกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นอุบัติการณ์ 181 ต่อ 100,000 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 และ 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน⁽³⁾ อัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 30⁽⁴⁾ ความเสี่ยงของกระดูกหักซ้ำในส่วนของกระดูกสะโพก กระดูกสันหลังและกระดูกข้อมือ เท่ากับ 2.3, 4.4 และ 3.3 เท่า⁽⁵⁾ การล้มจนกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญส่งผลให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นภาวะต่อครอบครัวและสังคม⁽⁶⁾ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้มจนกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ อายุ 70 ปีขึ้นไป ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และความสามารถทางกายภาพ⁽⁷⁾ กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ทำให้มีผลกระทบต่อแผนการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก พึงพาผู้อื่น คุณภาพชีวิตลดลง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและเกิดภาวะสับสน⁽⁸⁾

กระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นการหักซ้ำของกระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า การเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย การรักษาภาวะกระดูกพรุน การป้องกันการหกล้มซ้ำ โดยการดูแลเยี่ยมบ้าน จัดที่พักอาศัยให้เหมาะต่อผู้สูงอายุ การได้รับแคลเซียมและวิตามินดี เพื่อรักษากระดูกพรุน เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก⁽⁴⁾ จากข้อมูลการล้มแล้วกระดูกสะโพกหัก ของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่ปี 2558-2560 พบผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักสะสม จำนวน 75 คน กระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ซึ่งการหกล้มในผู้ป่วยบางคนสามารถป้องกันได้หากมีกระบวนการป้องกันอย่างเป็นระบบ ในปัจจัยสภาพร่างกายของผู้ป่วย และจากปัจจัยการดูแลรักษาจากบุคลากรของโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้สนใจศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยที่เคยกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนในการป้องกันและรักษาพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหัก
2. เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำ ในผู้ป่วยที่เคยกระดูกบริเวณสะโพกหัก

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหักและผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยที่เคยกระดูกบริเวณสะโพกหัก

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ เภชระเบียนและภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยที่เคยกระดูกสะโพกหักและผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหักที่เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ในปีงบประมาณ 2558-2560 จำนวน 75 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยที่เคยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 12 คน ผู้ศึกษาจึงเลือกกลุ่มประชากรในการศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือเป็นผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุและเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และเข้ารับการรักษากระดูกบริเวณสะโพกหักที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลแห่งอื่น หรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา หรือผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยที่เสียชีวิต เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหักและกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยที่เคยกระดูกสะโพกหักแบ่งเป็น 2 ส่วนคือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกข้อมูลกระดูกหักซ้ำได้จากการวินิจฉัยของแพทย์ที่ลงบันทึกในเวชระเบียนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Item of Concurrent: IOC) ค่า IOC เท่ากับ 0.90⁽⁹⁾ การศึกษาครั้งนี้ยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ถือเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล ตามรหัส ICD10 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกระดูกสะโพกหัก หลังจากได้รายชื่อแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนตามแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นเก็บรวบรวม

ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2560-วันที่ 31 มกราคม 2561 ตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล โดยใช้สถิติค่าความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษานจำนวน 75 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.67 อายุเฉลี่ย 73 ปี (S.D.=11.97) ค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./ตร.ม. ร้อยละ 74.67 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 โรคประจำตัวที่พบคือ โรคทางสุขภาพจิต ร้อยละ 13.33 สาเหตุที่กระดูกสะโพกหักล้มจากการลื่นล้มในห้องน้ำ/ ลื่นล้มอื่น ๆ ร้อยละ 41.34 การรักษาผู้ป่วยกระดูกบริเวณข้อสะโพกหักด้วยการไม่ผ่าตัดร้อยละ 65.33 โดยการถ่ายภาพนำบัตและใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ผ่าตัด ด้วยวิธี PFN ร้อยละ 42.32 ตำแหน่งกระดูกสะโพกหักที่ Intertrochanter of femur ร้อยละ 92.00 การสมานของกระดูกผู้ป่วยผ่าตัดแบบติดไม่ผิดรูป ร้อยละ 50.00 การสมานของกระดูกผู้ป่วยไม่ผ่าตัดแบบติดผิดรูปร้อยละ 63.27 และมุมมองศอกของกระดูกผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมุม 116-119 องศา ร้อยละ 42.67 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหัก (N=75)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	37.33
หญิง	47	62.67
อายุ		
<65 ปี	15	20.00
66 ปีขึ้นไป	60	80.00
Mean = 73 ปี, S.D.=11.97, Min = 27 ปี, Max = 93 ปี		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูล ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหัก (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)		
<23 กก./ตร.ม.	56	74.67
23 กก./ตร.ม. ขึ้นไป	19	25.33
โรคประจำตัว		
ไม่มี	60	80.00
โรคทางสุขภาพจิต	10	13.33
โรคเบาหวาน	2	2.67
โรคพาร์กินสัน	2	2.67
โรคลมชัก	1	1.33
สาเหตุที่กระดูกสะโพกหัก		
ล้ม จากการลื่นล้ม	31	41.34
ในห้องน้ำ/ลื่นล้มอื่น ๆ		
ล้มเอง จากกล้ามเนื้อ	28	37.33
อ่อนแรง/ปวดกล้ามเนื้อ		
ตกเตียง-เตียงนา-บันได	7	9.33
และตกต้นไม้		
อุบัติเหตุจากรถทางบก	7	9.33
ล้ม จากการประกอบอาชีพ/	2	2.67
ยกของแล้วล้ม		
การรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก		
ไม่ผ่าตัด	49	65.33
ผ่าตัด	26	34.67
การรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ไม่ผ่าตัด		
Bed rest และ	49	100
Skin traction 2 สัปดาห์,		
home bed rest 3 เดือน		
ร่วมกับกายภาพบำบัดและ		
ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน		
การรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ผ่าตัด		
PFN	11	42.32
Bipolar	7	26.92
locking Plate	4	15.38
Dynamic hip Scaw	4	15.38

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูล ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหัก (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งที่กระดูกสะโพกหัก		
Neck of Femus	6	8.00
Intertrochanter of femur	69	92.00
การสมานของกระดูก ในผู้ป่วย ผ่าตัด		
ติดไม่ผิดปกติ	13	50.00
ติดผิดปกติ	11	42.31
ไม่ติด	2	7.69
การสมานของกระดูก ในผู้ป่วย ไม่ผ่าตัด		
ติดผิดปกติ	31	63.27
ไม่ติด	15	30.61
ติดไม่ผิดปกติ	3	6.12
มุมมองขาของกระดูกในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก		
มุม 120-125 (มุมปกติ)	18	24
มุม 116-119 องศา	32	42.67
(ผิดปกติแบบ Varus น้อย)		
มุม \leq 115 องศา	25	33.33
(ผิดปกติแบบ Varus มาก)		

กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำ ในผู้ป่วยที่เคยกระดูกบริเวณสะโพกหักที่เข้ารับการรักษานาน 12 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.67 อายุเฉลี่ย 75 ปี (S.D.=10.38) ค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./ตร.ม. ร้อยละ 91.67 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคทางสุขภาพจิต ร้อยละ 41.67 สาเหตุที่กระดูกสะโพกหัก คือ ล้มเองจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง/ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 58.33 การรักษาผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหัก ด้วยการผ่าตัดร้อยละ 34.67 และผ่าตัดด้วยวิธี Bipolar ร้อยละ 55.57 การรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ไม่ผ่าตัด โดยการทำการกายภาพบำบัดและใช้อุปกรณ์ช่วยเดินตำแหน่งกระดูกสะโพกหักที่ Intertrochanter of femur ร้อยละ 66.67 การสมานของกระดูก



ในผู้ป่วยผ่าตัดแบบติดไม้มิตรรูปและแบบติดมิตรรูป ร้อยละ 44.45 และ ร้อยละ 44.45 การสมานของกระดูก ในผู้ป่วยไม้มัดติดมิตรรูปร้อยละ 100 และมุมมองศา ของกระดูกในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมุม <115 องศา ร้อยละ 41.67 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูล ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยที่เคยกระดูก บริเวณสะโพก (N=12)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	33.33
หญิง	8	66.67
อายุ		
<65 ปี	2	16.67
66 ปีขึ้นไป	10	83.33
Mean=75 ปี, S.D.=10.38, Min=57 ปี, Max=90 ปี		
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)		
<23 กก./ตร.ม.	11	91.67
23 กก./ตร.ม. ขึ้นไป	1	8.33
โรคประจำตัว		
ไม่มี	4	33.33
โรคทางสุขภาพจิต	5	41.67
โรคน้ำในหู	2	16.67
โรคลมชัก	1	8.33
สาเหตุที่กระดูกสะโพกหัก		
ล้มเอง จากกลิ้งล้มเนื้อ	7	58.33
อ่อนแรง/ปวดกล้ามเนื้อ		
ล้ม จากการลื่นล้ม	3	25.00
ในห้องน้ำ/ลื่นล้มอื่น ๆ		
อุบัติเหตุจากรถจักรยาน	2	16.67
ตำแหน่งที่กระดูกสะโพกหัก		
Neck of Femus	4	33.33
Intertrochanter of femur	8	66.67

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูล ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยที่เคยกระดูก บริเวณสะโพก (N=12) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
มุมมองของกระดูกในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก		
มุม 120-125 (มุมปกติ)	4	33.33
มุม 116-119 องศา (มิตรูปแบบ Varus น้อย)	3	25
มุม <115 องศา (มิตรูปแบบ Varus มาก)	5	41.67
การรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำ		
ไม้มัด	3	25.00
ผ่าตัด	9	75.00
การรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ไม้มัด		
กายภาพบำบัด และ Walker	3	100
การรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ผ่าตัด		
Bipolar	5	55.57
PFN	3	33.33
locking Plate	1	11.10
การสมานของกระดูก ในผู้ป่วย ผ่าตัด		
ติดไม้มิตรรูป	4	44.45
ติดมิตรรูป	4	44.45
ไม่ติด	1	11.10
การสมานของกระดูก ในผู้ป่วย ไม้มัด		
ติดมิตรรูป	3	100

วิจารณ์

ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วย ที่เคยกระดูกบริเวณสะโพกเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกระดูกบริเวณ สะโพกหักครั้งเดียว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเนื่องจาก เพศหญิงเข้าสู่ภาวะกระดูกพรุนหลังหมดประจำเดือน ร่างกายขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งมีหน้าที่ดูดซึม



แคลเซียมเข้าสู่ร่างกายและชะลอการสลายแคลเซียม
 ในเนื้อกระดูก นำมาซึ่งภาวะกระดูกพรุนและกระดูก
 หักซ้ำได้ง่าย⁽⁹⁾ และเพศหญิงมีอุบัติการณ์กระดูก
 สะโพกหักมากกว่าเพศชาย 2.4 เท่า⁽³⁾ อายุเฉลี่ย 75 ปี
 สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกระดูกบริเวณ
 สะโพกหักครั้งเดียวซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุน
 กล้ามเนื้อของผู้สูงอายุลีบเล็กลงเดินลำบาก เสียสมดุล
 การทรงตัว พลัดตกหกล้มได้ง่าย⁽¹⁰⁾ ซึ่งประชากรของไทย
 จะประสบปัญหาโรคกระดูกพรุนซึ่งพบในสตรีไทย
 ที่มีอายุ 40-80 ปี ร้อยละ 20⁽¹¹⁾ ปัจจัยที่มีความเสี่ยง
 ต่อการล้มจนกระดูกสะโพกหัก คือ ผู้ที่อายุมากกว่า
 70 ปี⁽⁷⁾ ค่าดัชนีมวลกาย <23 กก./ตร.ม. ร้อยละ
 91.67 ซึ่งปัจจัยที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน
 และกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ น้ำหนักตัวน้อย
 ดัชนีมวลกายน้อย⁽¹²⁾ เป็นโรคทางสุขภาพจิต ร้อยละ
 41.67 เนื่องจากการมีโรคประจำตัว ทำให้มีการใช้ยา
 เป็นประจำทำให้เกิดผลข้างเคียงหรือพิษของยา
 ได้ง่าย⁽¹³⁾ ยาบางชนิดมีผลต่อกลไกการทรงตัว เช่น
 ยานอนหลับทำให้ง่วงซึมและล้มได้ง่าย⁽¹⁴⁾ แตกต่างจาก
 การศึกษาในผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหักครั้งเดียว
 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ตารางที่ 1) สาเหตุที่
 กระดูกสะโพกหักเกิดจากล้มเอง เนื่องจากกล้ามเนื้อ
 อ่อนแรง/ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 58.33 เนื่องจาก
 กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงลดลง ไม่มีแรง ส่งผลให้
 การทรงตัวไม่มั่นคง และมีทำการเดินผิดปกติจาก
 โครงสร้างของร่างกาย ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย⁽¹⁵⁾
 เมื่ออายุมากขึ้น ข้อต่อต่าง ๆ มีการสึกหรอ เช่น
 การเสื่อมกล้ามเนื้อเข่าและข้อสะโพกทำให้มีอาการเดิน
 ผิดปกติ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้⁽¹⁶⁾ แตกต่างจากการศึกษา
 ในผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหักครั้งเดียว ส่วนใหญ่
 เกิดจากการลื่นล้มในห้องน้ำ/ลื่นล้มอื่น ๆ

การรักษาผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำที่เคยข้อสะโพกหัก
 โดยการผ่าตัดร้อยละ 75.00 พิจารณารักษาโดยการ
 ผ่าตัดจากสภาพผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงพอรับการรักษา
 โดยผ่าตัดและดมยาสลบได้ และสามารถเดินได้เอง

ก่อนทำการรักษาภาวะกระดูกหัก และตำแหน่ง
 กระดูกที่หัก บริเวณที่หักแบบ neck of femer ควรได้
 รับการผ่าตัดทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม (ปัจจัยจากสุขภาพ
 ของผู้ป่วย) โดยวิธี Bipolar hemiarthroplasty
 เนื่องจากโอกาสกระดูกไม่ติดหรือมีภาวะกระดูกสะโพก
 ขาดเลือดตาย (Avascular necrosis) ภายหลังสูง
 กระดูกหักบริเวณ Intertrochanter of femur พิจารณา
 ผ่าตัดทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม (ปัจจัยจากสุขภาพของผู้ป่วย)
 เพื่อให้กระดูกติดใกล้เคียงกับรูปร่างเดิมมากที่สุด
 สามารถกายภาพบำบัดได้เร็ว ลงน้ำหนักขาข้างที่หัก
 และฟื้นฟูสภาพปกติได้เร็วที่สุดลดภาวะแทรกซ้อนจาก
 ผู้ป่วยติดเตียง⁽¹⁷⁾ แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วย
 กระดูกบริเวณสะโพกหัก ครั้งเดียว ผู้ป่วยส่วนใหญ่
 รับการรักษาโดยการไม่ผ่าตัดโดย Bed rest และ Skin
 traction 2 สัปดาห์, home bed rest 3 เดือน
 ร่วมกับกายภาพบำบัดและใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน⁽¹⁸⁾
 ที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเนื่องจาก
 ปัจจัยจากผู้ป่วย มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถรับการ
 ผ่าตัดได้ หรือมีภาวะก่อนล้มผู้ป่วยเดินเองไม่ได้ ญาติ
 และตัวผู้ป่วยเองปฏิเสธการรักษาโดยการผ่าตัด

การสมานของกระดูก ในผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำ
 ที่ผ่าตัด แบบติดไมติตรูปและแบบติดผิดรูป ร้อยละ
 44.45 และร้อยละ 44.45 เนื่องจากตำแหน่งการหักที่
 Intertrochanter of femur เป็นบริเวณที่มีเส้นเลือด
 มาเลี้ยงจำนวนมากส่งเสริมให้กระดูกติดสมาน ได้ดี
 สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกระดูกบริเวณ
 สะโพกหักครั้งเดียว ส่วนใหญ่การสมานของกระดูก
 ในผู้ป่วยผ่าตัด แบบติดไมติตรูป ร้อยละ 50.00 และ
 การสมานของกระดูกในผู้ป่วยหักซ้ำที่ผ่าตัดไม่ติด
 1 คน เนื่องจากผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ตำแหน่ง
 Intertrochanter of femur เพราะมีกระดูกหักแตก
 ละเอียดหลายชิ้น (severe comminuted fracture)
 ทำให้กระดูกไม่ติด การสมานของกระดูกในผู้ป่วยหักซ้ำ
 ที่ไม่ผ่าตัดติดผิดรูป ร้อยละ 100 เนื่องจากกระดูก
 ผู้สูงอายุเปราะบางเมื่อเกิดการแตกหักของกระดูก



เกิดความผิดปกติสูง การรักษาโดยการไม่ผ่าตัด ไม่สามารถจัดเรียงกระดูกให้เข้าที่ได้ ตามรูปร่างเดิม เมื่อกระดูกติดสนิทจึงทำให้กระดูกผิดรูป มุมองศาของกระดูกในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักชำส่วนใหญ่ มุมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 115 องศา เนื่องจาก Varus Deformity ทำให้ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน (Limb length discrepancy) และกระดูกต้นขาอยู่ในท่าหุบเข้าใน (Adduction Deformity) ระดับองศากระดูกระดับความผิดรูป Varus deformity ในผู้ป่วยกระดูกหักชำที่องศา ≤ 115 องศา ร้อยละ 41.67 พบมากกว่า 116-120 องศา ร้อยละ 25 ส่งผลให้การเดินลำบาก ง่ายต่อการเสียสมดุลการทรงตัว นำไปสู่การล้มและกระดูกหัก²⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกระดูกบริเวณสะโพกหักครั้งเดียว ส่วนใหญ่การสมานของกระดูก ในผู้ป่วยไม่ผ่าตัด แบบติดผิดรูป ร้อยละ 63.27 และมุมองศาของกระดูกในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมุม 116-119 องศา ร้อยละ 42.67 (ผิดรูปแบบ Varus น้อย) เนื่องจากเกิดจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง กระดูกสะโพกหักผิดรูปไม่มาก ผู้ป่วยได้รับการดึงกระดูกผ่านผิวหนัง (Skin traction) นอนพักบนเตียงที่โรงพยาบาลในช่วง 2 สัปดาห์แรก เกิดการเชื่อมต่อระหว่างชั้นกระดูกโดยหินปูนชั่วคราว (Soft callous) ช่วยลดโอกาสกระดูกเคลื่อนที่และผิดรูป

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยการหักชำกระดูกผู้ป่วยที่เคยกระดูกบริเวณสะโพกหักจะเห็นได้ว่า มีปัจจัยที่จะก่อให้เกิดภาวะหักชำกระดูก ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./ตร.ม. โรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคทางสุขภาพจิต โรคประจำตัวที่มีผลต่อการเดิน การทรงตัว เช่น โรคลมชัก โรคพาร์กินสัน และระดับความผิดรูปของมุมองศาของกระดูกบริเวณข้อสะโพก ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปีแรก การขาดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและ

การสมดุลการทรงตัว เมื่อผู้ป่วยเริ่มทำกิจวัตรประจำวัน ง่ายต่อการหกล้ม นำมาซึ่งกระดูกหักชำ จึงให้ความสำคัญกับการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อ และการทรงตัว รวมถึงปัจจัยทางกายภาพ ครอบครัว และสังคม จึงควรมีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกบริเวณสะโพกหักมาก่อนแบบสหวิชาชีพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการป้องกันการหักชำโดยผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. Parker M, Johansen A. (2006). Hip fracture. British Medical Journal, 333(755):27-30.
2. Harty JA, McKenna P, Moloney D, D'Souza L, Masterson E. (2007). Anti-platelet agents and surgical delay in elderly patients with hip fractures. J Orthop Surg (Hong Kong), 15(3):270-2.
3. Wongtriratanachai P, Luevitonvechki S, Songpatanasilp T, Sribunditkul S, Leerapun T, Phadungkiat S, et al. (2013). Increasing incidence of hip fracture in Chiang Mai, Thailand. J Clin Densitom, 16:347-52.
4. ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2560). โครงการรณรงค์ลดการหักชำของกระดูกสะโพกในผู้สูงอายุ เนื่องในวันโรคกระดูกพรุนโลก. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
5. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, Abbott TA 3rd, Berger M. (2000). Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures : a summary of the literature and statistical synthesis. J Bone Miner Res, 15(4):721-39.
6. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. (1997). Worldwide projections for hip fractures. Osteoporosis International, 7(5):407-13.



7. อนุชา เศรษฐเสถียร, ดาวเรือง ช่มเมืองปักษ์. (2552). **ปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มแล้วกระดูกสะโพกหักของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี.** สัปดาห์เวชสาร, 30(3):154-62.
8. มณฑา ลิ่มทองกุล. (2539). **กระดูกหักในผู้สูงอายุ.** รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2(3):96-111.
9. ศิริชัย กาญจนวาสิ. (2554). **ทฤษฎีการประเมิน.** พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. S. Manuele, L. Sorbello, N. Puglisi, S. Grasso, L. La Malfa, G. D'Urbino, et al. (2007). **The teriparatide in the treatment of severe senile osteoporosis.** Archives of Gerontology and Geriatrics, 44 (Supplement): 249-58.
11. Kingkaew P, Maleewong U, Ngarmukos C, Teerawattananon Y. (2012). **Evidence to Inform decision makers in Thailand : a cost-effectiveness analysis of screening and treatment strategies for postmenopausal osteoporosis.** Value Health, 15:S20-8.
12. กระทรวงสาธารณสุข.(2548). **แนวทางเวชปฏิบัติเรื่องโรคกระดูกพรุน.** นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
13. ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). **ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกัน.** กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
14. ลัดดา เกียมวงศ์, วันทนามณี ศรีวงศ์กุล, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน.** วารสารพญาภิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2(2):46-52.
15. DargentMP, Br?art G. (1995). **Epidemiology of falls and fall-related injuries in the aged.** RevEpidemiol Sante Publique, 43(1):72-83.
16. CannardG. (1996). **Falling trend.** Nurs Times, 92(2):36-7.
17. Singh S, Charles L, Maceachern CF, Changulani M. (2016). **Complications of the surgical management of hip fractures.** Orthopaedics and Trauma, 30(2):137-144.
18. SC Goel, A Gupta. (2017). **Non Union of Fracture of the Neck of Femur in Young Adult.** Journal of Orthopedics & Bone Disorders, 1(3):000114.
19. Jareau C, Sawyer G. (2010). **Hip fracture Surgical treatment and Rehabilitation.** Medicine & Health/RHODE ISLAND, 93(4):108-11.
20. Gurney B, Mermier C, Robergs R, Gibson A, Rivero D. (2001). **Effects of Limb-length Discrepancy On Gait Economy And Lower-extremity Muscle Activity In Older Adults.** J Bone Joint Surg Am. 83-A(6):907-15.