

อัตราการเสียชีวิตและความสามารถในการเดิน หลังกระดูกสะโพกหัก : เปรียบเทียบในกลุ่มผ่าตัด กับไม่ผ่าตัด

พัฒน วรรณปิยะรัตน์

โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช สุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

กระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ แม้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักแต่พบผู้ป่วยที่รักษาด้วยการไม่ผ่าตัดเป็นจำนวนมาก การศึกษาไปข้างหน้านี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิต และความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด กับไม่ได้รับการผ่าตัด เก็บข้อมูลผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีกระดูกหักบริเวณ femoral neck หรือ intertrochanteric รวม 92 ราย ได้รับการผ่าตัด 33 ราย ไม่ได้รับการผ่าตัด 59 ราย พบว่าไม่พบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม อัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ไม่พบในกลุ่มผ่าตัด กลุ่มไม่ผ่าตัดพบร้อยละ 16.9 ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ในกลุ่มผ่าตัดสามารถเดินได้แตกต่างจากกลุ่มไม่ผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ในกลุ่มที่ผ่าตัดสามารถกลับไปเท่าก่อนกระดูกสะโพกหัก ได้มากกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ อัตราการตายในกลุ่มไม่ผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มผ่าตัด และการผ่าตัดเพิ่มความสามารถในการเดินได้เองอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: กระดูกสะโพกหัก, อัตราการเสียชีวิต, ความสามารถในการเดิน, การศึกษาไปข้างหน้า

บทนำ

วิวัฒนาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าขึ้น ทำให้ประชากรมี สุขภาพดีและอายุยืนทำให้พบ อุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่ พบอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุ ในการสำรวจในโรงพยาบาลเท่ากับ 151.2 ต่อประชากรแสนคน ในการสำรวจในชุมชนเท่ากับ 185.2 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ กระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เพราะทำให้เกิด

อัตราการตาย ความพิการหลังกระดูกสะโพกหัก และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง มีผู้ประเมินค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาคนสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ประมาณร้อยละ 30 ของรายได้ประชาชาติต่อคน^(2,3) ในการรักษาผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์โดยทั่วไปมุ่งหวังเพื่อที่จะให้กระดูกที่หักติดในตำแหน่งที่ใช้งานได้ และป้องกันหัวกระดูก femur ตาย (avascular necrosis) ซึ่งทั้งสองอย่างนี้มีผลสำคัญที่ทำให้อัตราการตายลดลง และความสามารถในการเดิน

หลังกระดูกสะโพกหัก กลับมาเท่าหรือใกล้เคียงกับก่อนกระดูกสะโพกหัก แม้ว่าการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก แต่พบผู้ป่วยที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัดเป็นจำนวนมาก สาเหตุที่ทำให้แพทย์เลือกการรักษาโดยไม่ผ่าตัดได้แก่ การไม่ยินยอมให้การผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติ และโรคประจำตัวของผู้ป่วยกับความเสี่ยงในการผ่าตัดเป็นต้น

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตาย และความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก ในคนสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด กับไม่ได้รับการผ่าตัด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุ ที่มารักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยา มรราชโดยได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2550 เป็นเวลา 9 เดือน

แนวทางในการคัดเลือกผู้ป่วย มีดังนี้

1. ผู้ป่วยอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีกระดูกสะโพกหัก
2. ตำแหน่งของกระดูกหักบริเวณ femoral neck หรือ interchanteric เท่านั้น

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่มีกระดูกสะโพกหัก
2. กระดูกหักบริเวณ shaft of femur, subtrochanteric, supracondylar, acetabulum
3. ผู้ป่วยที่มีกระดูกที่อื่นหักร่วมด้วย
4. ผู้ป่วยที่ไม่รู้ลึกลับ

เก็บข้อมูล อายุ เพศ ชนิดของกระดูกข้างที่กระดูกหัก โรคประจำตัว และความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหัก ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น หรือมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ จะปรึกษาอายุรแพทย์ เพื่อวางแผนการรักษา

ร่วมกัน และประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด การตัดสินใจการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับโรคประจำตัวของผู้ป่วย ความเสี่ยงในการผ่าตัด ดุลยพินิจของแพทย์ และการยินยอมให้ผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในกรณีตัดสินใจผ่าตัด จะมีวิสัญญีแพทย์และพยาบาลมาประเมินก่อนการผ่าตัด เก็บข้อมูลชนิดของการผ่าตัด กรณีตัดสินใจไม่ผ่าตัด จะเอา skin traction ออก แล้วปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อวางแผนในการหัดเดินให้ผู้ป่วย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแล้ว และคนที่ไม่ผ่าตัด เมื่อปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู จะให้ผู้ป่วยเดินลงน้ำหนักเท่าที่ผู้ป่วยทนไหว โดยใช้เครื่องช่วยพยุง walker หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลนัดผู้ป่วยมาตรวจเมื่อ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังกระดูกสะโพกหัก ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดจะใช้วิธีโทรศัพท์สอบถาม

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ผ่าตัดกับกลุ่มที่ไม่ผ่าตัดในกรณี

1. อัตราการเสียชีวิตขณะนอนโรงพยาบาล
2. อัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน
3. ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน โดยมีเกณฑ์ความสามารถในการเดิน(4) ดังนี้

โดยมีเกณฑ์ความสามารถในการเดิน(4) ดังนี้

A สามารถเดินได้เอง

B เดินไปนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องพยุง เช่น ไม้เท้า walker เป็นต้น

C เดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องพยุง

D ไม่สามารถเดินได้

4. เปรียบเทียบความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหัก กับหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การทดสอบ unpaired t-test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ($p < 0.05$)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ที่มารักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ตั้งแต่เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2550 มีจำนวน 92 ราย แบ่งเป็นกลุ่มไม่ผ่าตัด 59 ราย (64.1%) และกลุ่มผ่าตัด 33 ราย (35.9%) มีอายุเฉลี่ยเกิน 70 ปี ทั้งสองกลุ่ม และเป็นหญิงมากกว่าชาย (74/18) พบว่าเมื่อนำมาเปรียบเทียบ เพศ โรคประจำตัว ข้างของกระดูกที่หัก ชนิดของกระดูกที่หัก และความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหักของกลุ่มที่ผ่าตัด กับไม่ผ่าตัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) แต่พบว่า อายุ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยที่ผ่าตัด 33 ราย ทำ hemiarthroplasty 13 ราย bipolar arthroplasty 4 ราย DHS 13 ราย 95° angle blade plate 1 ราย multiple hip screw 1 ราย และ interlocking nail 1 ราย ระยะเวลาก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 6.58, SD 3.44 วัน (1-17 วัน) หลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาตามนัด และติดต่อไม่ได้ 16 คน พบในกลุ่มไม่ผ่าตัดทั้งหมด

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่ผ่าตัด กับกลุ่มผ่าตัด (ตารางที่ 2) พบว่า อัตราการเสียชีวิตขณะนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 0 อัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน พบในกลุ่มไม่ผ่าตัด 10 ราย (16.9 %) ไม่พบในกลุ่มผ่าตัด ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ในกลุ่มไม่ผ่าตัด พบใน

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 92 ราย

	กลุ่มไม่ผ่าตัด (%)	กลุ่มผ่าตัด (%)	P - value
จำนวนผู้ป่วย	59 (64.1)	33 (35.9)	
อายุ	77.08, 6.88	72.97, 6.53	0.006*
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	6.97, 5.74	17.12, 5.85	0.000*
เพศ			0.053
เพศหญิง	51 (86.4)	23 (69.7)	
เพศชาย	8 (13.6)	10 (30.3)	
โรคประจำตัว			0.689
มี	40 (67.8)	21 (63.6)	
ไม่มี	19 (32.2)	12 (36.4)	
ข้างซ้าย	34 (57.6)	15 (45.5)	0.267
ข้างขวา	25 (42.4)	18 (54.5)	
ชนิดของกระดูก			0.687
Femoral neck	26 (44.1)	16 (48.5)	
Intertrochanteric	33 (55.9)	17 (51.5)	
ความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหัก			0.059
สามารถเดินได้เอง	5 (59.3)	26 (78.8)	
เดินออกนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องพยุง	11 (18.6)	6 (18.2)	
เดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องพยุง	12 (20.3)	1 (3.0)	
ไม่สามารถเดินได้	1 (1.7)	0 (0)	

วิเคราะห์ด้วย unpaired t - test

* significant

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มผ่าตัดกับไม่ผ่าตัด

ผลการรักษา	กลุ่มไม่ผ่าตัด	กลุ่มผ่าตัด	P - value
	(n = 59) (%)	(n = 33) (%)	
การเสียชีวิตขณะนอนโรงพยาบาล	0	0	
การเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน	10 (16.9)	0	
ไม่มาตามนัด และติดต่อไม่ได้	16	0	
ผู้ป่วยรอดชีวิต และมาตามนัด	33	33	
ความสามารถในการเดินหลังกระดูกหัก 6 เดือน			0.004
เดินได้เอง	1 (3.0)	7(21.2)	
เดินนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องพยุง	9(27.3)	18(54.5)	
เดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องพยุง	10(30.3)	5(15.2)	
เดินไม่ได้	13(39.4)	3 (9.1)	
เปรียบเทียบความสามารถในการเดินก่อน			
กระดูกสะโพกหัก กับหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน			0.000
เท่าเดิม	4(12.1)	11(33.3)	
ลดลง	29(87.9)	22(66.7)	
ลดลงจากเดิม 1 ระดับ	14(42.4)	16(48.5)	
ลดลงจากเดิม 2 ระดับ	4(12.1)	5(15.2)	
ลดลงจากเดิม 3 ระดับ	11(33.4)	1 (3.0)	
ผู้ป่วยที่สามารถเดินได้เองก่อนกระดูกสะโพกหัก	23	26	
หลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน สามารถเดินได้เอง	1 (4.4)	7(26.9)	
เดินนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องพยุง	9(39.1)	15(57.7)	
เดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องพยุง	2 (8.7)	3(11.5)	
เดินไม่ได้	11(47.8)	1 (3.9)	

ตารางที่ 3 ความสามารถการเดินก่อนสะโพกหัก กับหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน

		หลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน				รวม	
		A	B	C	D		
กลุ่มไม่ผ่าตัด	ก่อนกระดูกสะโพกหัก	A	1	9	2	11	23
		B		0	5	2	7
		C			3	0	3
		D				0	0
		รวม	1	9	10	13	33
กลุ่มผ่าตัด	ก่อนกระดูกสะโพกหัก	A	7	15	3	1	26
		B		3	1	2	6
		C			1	0	1
		D				0	0
		รวม	7	18	5	3	33

พวกเดินไม่ได้ และเดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องพยุงเป็นส่วนใหญ่ ส่วนในกลุ่มผ่าตัด พบในพวกเดินออกนอกบ้านโดยใช้เครื่องพยุง และเดินได้เองเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มไม่ผ่าตัด กับกลุ่มผ่าตัดในพวกเดินได้กับเดินไม่ได้ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) เปรียบเทียบความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหักกับหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน พบว่าทั้งกลุ่มไม่ผ่าตัดและกลุ่มผ่าตัดส่วนใหญ่ลดลงแต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ ลดลงจากเดิม 1 ระดับ ในกลุ่มไม่ผ่าตัดพบลดลง 3 ระดับ 11 ราย (33.4%) เมื่อเทียบกับกลุ่มผ่าตัดที่ลดลง 3 ระดับ 1 ราย (3.0%) ในผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ก่อนกระดูกสะโพกหักหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ในกลุ่มไม่ผ่าตัด พบว่าเดินไม่ได้ และเดินออกนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องพยุงเป็นส่วนใหญ่ ในกลุ่มผ่าตัดพบว่าเดินออกนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องพยุง และเดินได้เองเป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

แม้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก แต่พบผู้ป่วยที่รักษาด้วยการไม่ผ่าตัดเป็นจำนวนมาก สาเหตุที่ทำให้แพทย์เลือกการรักษาด้วยการไม่ผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอม และโรคประจำตัวของผู้ป่วยกับความเสี่ยงในการผ่าตัดเป็นต้น ในการศึกษาที่พบผู้ป่วยไม่ผ่าตัด 59 ราย (64.1%) ผู้ป่วยที่ผ่าตัด 33 ราย (35.9%) เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มไม่ผ่าตัด ค่าเฉลี่ย 6.97, SD 5.74 วัน กลุ่มผ่าตัด ค่าเฉลี่ย 17.12, SD 5.85 วัน เป็นผลจากการที่กลุ่มตัดสินใจไม่ผ่าตัด แล้วเอา skin traction ออก แล้วให้ผู้ป่วยหัดเดินทันที ทำให้ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลง เมื่อเทียบกับการศึกษาที่สิงคโปร์ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจไม่ผ่าตัด จะดึง Hamilton Russell's traction จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มไม่ผ่าตัดเฉลี่ย 32 วัน และกลุ่มที่ผ่าตัดค่าเฉลี่ย

30 วัน⁽⁵⁾

ไม่มีการเสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม อัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ในกลุ่มไม่ผ่าตัด 10 ราย (16.9%) ไม่พบในกลุ่มผ่าตัด จะเห็นอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มไม่ผ่าตัดมากกว่ากลุ่มผ่าตัด อาจเป็นเพราะโรคประจำตัวของผู้ป่วยเอง อายุของกลุ่มไม่ผ่าตัดมากกว่ากลุ่มผ่าตัด และหลังจากกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ ในกลุ่มไม่ผ่าตัดพบ 13 ราย (39.4%) ขณะที่กลุ่มผ่าตัดพบ 3 ราย (9.1%) (ตารางที่ 3) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ ทำให้เกิดผลแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ ได้มากขึ้น จากการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อัตราการเสียชีวิตขณะนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 2.1 อัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 3, 6 และ 12 เดือน เท่ากับ ร้อยละ 9, 12 และ 17 ตามลำดับ และพบว่าเพศชาย อายุมากกว่า 80 ปี มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหักต่ำ และการไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁶⁾ จากการศึกษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าหญิงไทยอายุ 50 ปีขึ้นไปที่มีกระดูกสะโพกหัก มีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าหญิงไทยที่ไม่มีกระดูกสะโพกหักในอายุเดียวกัน โดยเฉพาะหลังกระดูกสะโพกหักมากกว่า 1 ปี⁽⁷⁾ ซึ่งต่างจากรายงานของต่างประเทศ พบว่า อัตราการเสียชีวิต จะพบมากหลังกระดูกสะโพกหัก 6-12 เดือนแรก หลังจากนั้นพบเท่ากับประชากรทั่วไป^(8,9)

ในการศึกษาคั้งนี้ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือนในกลุ่มไม่ผ่าตัดสามารถพบเดินได้ 20 ราย (60.6%) ไม่สามารถเดินได้ 13 ราย (39.4%) ในกลุ่มผ่าตัดพบสามารถเดินได้ 30 ราย (90.9%) ไม่สามารถเดินได้ 3 ราย (9.1%) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) เปรียบเทียบความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหัก กับหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ในกลุ่มไม่ผ่าตัดพบเท่ากับก่อนกระดูกสะโพกหัก 4 ราย (12.1%) ลดลง

จากก่อนกระดูกสะโพกหัก 29 ราย (87.9%) ในกลุ่มผ่าตัดพบเท่ากับก่อนกระดูกสะโพกหัก 11 ราย (33.3%) ลดลงจากก่อนกระดูกสะโพกหัก 22 ราย (66.7%) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหักในกลุ่มผ่าตัดดีกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัด จากการศึกษาของ Koval ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่ผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ ร้อยละ 92 ไม่สามารถเดินได้ ร้อยละ 8 ความสามารถในการเดินเท่ากับก่อนกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 41 ลดลงจากก่อนกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 59⁽⁴⁾ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ผ่าตัดในการศึกษานี้ได้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาของ Koval ในผู้ป่วยที่สามารถเดินได้เองก่อนกระดูกสะโพกหัก หลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน (ตารางที่ 2) ในกลุ่มไม่ผ่าตัดพบไม่สามารถเดินได้ ร้อยละ 47.8 กลุ่มผ่าตัดไม่สามารถเดินได้ ร้อยละ 3.9 แต่ทั้งสองกลุ่มต้องไปใช้เครื่องพยุงในการเดินประมาณ ร้อยละ 50 เหมือนการศึกษาของ Miller⁽⁹⁾ ปัจจุบันที่มีผลต่อความสามารถในการเดินที่กลับไปเทียบเท่ากับก่อนกระดูกสะโพกหักได้แก่ อายุ ความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหัก ชนิดของกระดูกหัก และระดับความเสี่ยงจากการผ่าตัดที่สมาคมวิสัญญีของสหรัฐอเมริกา กำหนดชั้น 3 หรือ 4⁽⁴⁾

แม้ว่าความสามารถในการเดินในกลุ่มที่ผ่าตัด จะดีกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดก็ตามพบว่าผู้ป่วย 1 รายในการศึกษานี้ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกข้างหนึ่งหลังจากนั้น ล้มซ้ำกระดูกสะโพกอีกข้างหนึ่งหัก ดังนั้น การป้องกันเป็นสิ่งสำคัญในการลดอุบัติเหตุของกระดูกสะโพกหัก การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติในเรื่องการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น ทางเดินต้องเรียบ ไม่มีสิ่งกีดขวาง ต้องมีแสงสว่างเพียงพอ เป็นต้น และแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเอง เช่น ตาที่มองไม่ชัด การเดินที่ไม่ดีจากข้อเสื่อม หรือกระดูกสันหลัง การลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อกระดูกโปร่งบาง เป็นต้น แนะนำการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันการล้มซ้ำ เป็นนโยบายเชิงรุก ในการลด

อุบัติเหตุการล้มซ้ำของกระดูกสะโพกหัก

สรุป

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตาย และความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด กับไม่ได้รับการผ่าตัด พบว่าอัตราการตายในกลุ่มไม่ผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มผ่าตัด และการผ่าตัดเพิ่มความสามารถในการเดินได้เองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการวางแผนรักษาผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชัชวรินทร์ ปิ่นสุวรรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ที่อนุญาตให้เสนอรายงานนี้ ขอขอบคุณ แพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และเจ้าหน้าที่แผนกรังสีวิทยา ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษา และขอขอบคุณผู้ป่วย และญาติทุกท่านที่ให้ข้อมูลเพื่อการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Phadungkiat S, Chariyalertsak S, Rajatavin R, Chiengthong K, Suriyawongpaisal P, Woratanarat P. Incidence of hip fracture in Chiang Mai. J Med Assoc Thai 2002; 85:565-71.
2. Suriyawongpaisal P, Pimjai S, Wichien L. A multicenter study on hip fractures in Thailand. J Med Assoc Thai 1994; 77:488-95.
3. Woratanarat P, Wajanavisit W, Lertbusayanukul C, Loahacharoensombat W, Ongphiphatanakul B. Cost analysis of osteoporotic hip fractures. J Med Assoc Thai 2005; 88 (Suppl 5):S96-104.
4. Koval KJ, Skovron ML, Aharonoff GB, Meadows SE, Zuckerman JD. Ambulatory ability after hip fracture :

- a prospective study in geriatric patients. Clin Orthop 1995; 310:150-9.
5. Ooi LH, Wong TH, Toh CL, Wong HP. Hip fractures in nonagenarians - a study on operative and non-operative management. Injury 2005; 36 (1):142-7.
 6. Chariyalertsak S, Suriyawongpisal P, Thakkinstain A. Mortality after hip fractures in Thailand. International Orthopaedics 2001; 25:294-7.
 7. Jipunkul S, Yuktanandana P. Consequences of hip fracture among Thai women aged 50 years and over: a prospective study. J Med Assoc Thai 2000; 83:1447-51.
 8. Wolinsky FD, Fitzgerald JF, Stump TE. The effect of hip fracture on mortality, hospitalization and functional status: a prospective study. Am J Public Health 1997; 87:398-403.
 9. Miller CW. Survival and ambulation following hip fracture. J Bone Joint Surg (Am) 1978; 60a:930-4.

Abstract Mortality and Ambulation Following Hip Fracture : Operative versus Non - operative Management

Pat Wanpiyarat

Department of Orthopaedic Surgery, Choaprayayomraj Hospital, Suphan Buri

Journal of Health Science 2008; 17:SII411-7.

Hip fracture in elderly is a major problem for public health. Surgery is a standard treatment of hip fractures, even though many hip fracture patients were treated conservatively. The purpose of this study was to prospectively compare operative group with non - operative group on mortality and ambulation after hip fracture. Ninety - two patients, aged 60 years and over, were recruited into the study. Thirty - three patients were managed surgically and 59 non - surgically. In this study, no mortality in both groups during hospitalization was found. The 6 month mortality rate after hip fracture was 0 vs 16.9 percent (operative vs non - operative). There was statistical difference between operative and non - operative management with the ambulatory at a follow-up of 6 months. The operative group significantly regained their prefracture ambulatory ability more than the non - operative group. The mortality rate is higher in non - operative group than operative group and surgery significantly increases the ability for independent ambulation.

Key words: hip fracture, mortality, ambulation, prospective study