

Original Article

นิพนธ์รัตน์

แนวทางการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช : การศึกษาไปข้างหน้า

พัฒน วรรณปิยะรัตน์

โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช สุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

การศึกษาไปข้างหน้ามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแนวทางในการรักษากระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุ เก็บข้อมูลผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีกระดูกหักบริเวณ femoral neck หรือ intertrochanteric ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2550 ถึง 30 กันยายน 2550 รวม 84 ราย ทั้งหมดได้ปฏิบัติตามแนวทางในการรักษากระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุ โดยมีเกณฑ์ชี้วัดความสำเร็จ คือ 1. อัตราการเสียชีวิตขณะอยู่โรงพยาบาล 2. อัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน 3. ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน 4. เปรียบเทียบความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหักกับหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน การศึกษาพบว่า ไม่พบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน 10 คน (14.29%) ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ผู้ป่วยสามารถเดินได้เอง 7 คน (11.67%) สามารถเดินออกนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุง 24 คน (40%) สามารถเดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องช่วยพยุง 14 คน (23.33%) เดินไม่ได้ 15 คน (25%) เปรียบเทียบความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหักกับหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน เท่ากับก่อนกระดูกสะโพกหัก 12 คน (20%) ลดลงจากก่อนกระดูกสะโพกหัก 48 คน (80%) การปฏิบัติตามแนวทางนี้ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถกลับมาเดินได้ 75%

คำสำคัญ: กระดูกสะโพกหัก, ผลต่อเนื้อ, การศึกษาไปข้างหน้า

บทนำ

การที่ประชากรเพิ่มมากขึ้น และอายุยืนขึ้น ทำให้อุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักเพิ่มมากขึ้น แม้จะพบอุบัติการณ์ทางเอเชียต่ำกว่าทางยุโรป และอเมริกาเหนือ แต่คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 อุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในเอเชีย จะพบประมาณร้อยละ 50 ของทั้ง

โลก⁽¹⁾ อุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2533 เท่ากับ 7.05 ต่อประชากร แสนคน⁽²⁾ พ.ศ. 2538 ในการศึกษาที่จังหวัดอุบลราชธานี เท่ากับ 10.3 ต่อประชากรแสนคนต่อปี⁽³⁾ ในปี พ.ศ. 2540 - 2541 การศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่ ในการสำรวจในโรงพยาบาล เท่ากับ 151.2 ต่อประชากรแสนคน ในการสำรวจใน

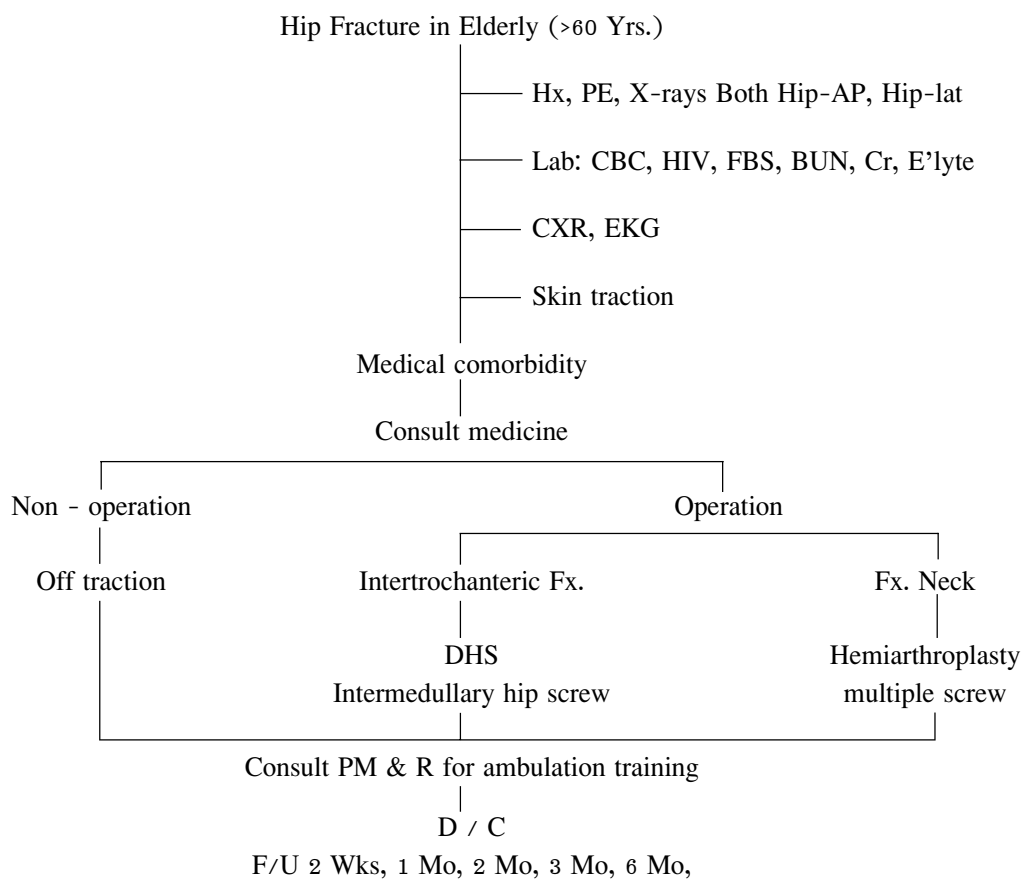
ชุมชนเท่ากับ 185.2 ต่อประชากรแสนคน คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 14,132 รายต่อปี⁽⁴⁾ กระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เพราะทำให้เกิดการป่วย และตายต่อเนื่องสูง ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง มีผู้ประเมินไว้ประมาณหนึ่งในสามของรายได้ประชาชาติต่อคน⁽²⁾ อีกรายงาน มีค้ำมัธยฐานของต้นทุนรวม 116,458.60 บาทต่อคนต่อปี⁽⁵⁾ แม้ว่าการป้องกันเป็นปัจจัยหลักในการลดอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหัก การฟื้นฟูต้องทำอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขและลดการป่วย ที่เกิดขึ้นจากกระดูกสะโพกหัก จากสถิติของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชพบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยในออร์โธปิดิกส์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการป่วย และตายมาก กลุ่มงาน

ออร์โธปิดิกส์ของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจึงได้จัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุ ในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตได้เท่า หรือใกล้เคียงกับก่อนกระดูกสะโพกหัก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) มีแพทย์ในกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชร่วมกันจัดทำแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุ⁽⁶⁻⁸⁾ (รูปที่ 1) รายละเอียดสรุปดังนี้



รูปที่ 1 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

1. การดูแลรักษาเมื่อนอนโรงพยาบาล ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การถ่ายภาพรังสี การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และดึง skin traction ขาข้างที่หัก

2. ถ้าผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น หรือมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ จะปรึกษาอายุรแพทย์ เพื่อวางแผนการรักษาาร่วมกัน และประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด

3. การตัดสินใจการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับโรคประจำตัวของผู้ป่วย ความเสี่ยงในการผ่าตัด ดุลยพินิจของแพทย์ และการยินยอมให้ผ่าตัดของผู้ป่วย และญาติ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

4. ในกรณีไม่ผ่าตัด และหลังผ่าตัดแล้ว จะปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อวางแผนในการหัดเดินให้ผู้ป่วย

5. หลังจำหน่ายผู้ป่วย นัดผู้ป่วยมาตรวจเพื่อดูการเดินของผู้ป่วย หรือโทรศัพท์ไปถามในกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด

ได้เริ่มปฏิบัติตามแนวทางนี้ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา เก็บข้อมูลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุ ที่มารักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช โดยผู้ป่วยยินยอม ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 เป็นเวลา 8 เดือน

แนวทางในการคัดเลือกผู้ป่วย มีดังนี้

1. ผู้ป่วยอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีกระดูกสะโพกหัก

2. ตำแหน่งของกระดูกหักบริเวณ femoral neck หรือ interchanteric เท่านั้น

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่มีกระดูกสะโพกหัก

2. กระดูกหักบริเวณ shaft of femur, subtrochanteric, supracondylar, acetabulum

3. ผู้ป่วยที่มีกระดูกที่อื่นหักร่วมด้วย

4. ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาตามแนวทางข้างต้น โดยมี เกณฑ์การวัดความสำเร็จ ดังนี้

1. อัตราการเสียชีวิตขณะนอนโรงพยาบาล

2. อัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน

3. ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน โดยมีเกณฑ์ความสามารถในการเดิน⁽⁹⁾ ดังนี้

A สามารถเดินได้เอง

B เดินไปนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องพยุง เช่น ไม้เท้า walker เป็นต้น

C เดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องพยุง

D ไม่สามารถเดินได้ เช่น นอน นั่งรถเข็น เป็นต้น

4. เปรียบเทียบความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหัก กับหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความแตกต่าง โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ โดยตัวแปรตามคือ ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน เทียบกับก่อนกระดูกสะโพกหัก และตัวแปรต้นคือ อายุ เพศ โรคประจำตัว ชนิดของกระดูกหัก ข้างที่กระดูกหัก ชนิดของการรักษา และความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหัก

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุ ที่มารักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช (ตารางที่ 1) ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550 จำนวน 84 คน อายุเฉลี่ย 75.52 ± 7.19 ปี (60-94 ปี) เพศหญิง 68 คน (80.95%) มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนกระดูกสะโพกหัก 56 คน (66.67%) ส่วนใหญ่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (ตารางที่ 2) ระยะเวลาการนอนใน

แนวทางการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช : การศึกษาไปข้างหน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วย จำนวน 84 คน

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	19.05
หญิง	68	80.95
โรคประจำตัว		
ชนิดของกระดูกหัก		
femoral neck	39	46.43
intertrochanteric	45	53.57
ขา		
ขวา	36	42.86
ซ้าย	48	57.14
การผ่าตัด		
ไม่	56	66.67
ผ่าตัด	28	33.33
internal fixation	13	46.43
prosthetic replacement	15	53.57
ความสามารถในการเดินก่อนหัก		
สามารถเดินได้เอง	55	65.48
เดินออกนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องพยุง	16	19.05
เดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องพยุง	12	14.28
ไม่สามารถเดินได้	1	1.19

ตารางที่ 2 โรคประจำตัวของผู้ป่วยก่อนกระดูกสะโพกหัก

ความดันโลหิตสูง	38 คน
เบาหวาน	25 คน
เส้นเลือดหัวใจตีบ	8 คน
อัมพาตครึ่งซีก	6 คน
ไตวายเรื้อรัง	5 คน
COPD	3 คน
สมองเสื่อม	3 คน
หัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ AF	2 คน
ไขมันในเลือดสูง	2 คน
ภาวะหัวใจโต, โรคเกาส์, วันโรคปอด, หัวใจวาย, โรคลมชัก, โรคจิต, ต่อมลูกหมากโต, chronic subdural hematoma อย่างละ	1 คน

โรงพยาบาลเฉลี่ย 10.59 ± 7.65 วัน (1-35 วัน) เป็น Fx neck femur 39 คน (46.43%) intertrochanteric fracture 45 คน (53.57%) ข้างขวา 36 คน (42.86%) ข้างซ้าย 48 คน (57.14%) รักษาโดยการไม่ผ่าตัด 56 คน (66.67%) โดยการผ่าตัด 28 คน (33.33%) ทำ hemiarthroplasty 11 ราย bipolar arthroplasty 4 ราย DHS 11 ราย 95° angle blade plate 1 ราย multiple hip screw 1 ราย ระยะเวลาก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 7.07 วัน (1-16 วัน) หลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดและโทรศัพท์ติดต่อไม่ได้ 14 คน เหลือผู้ป่วยในการศึกษานี้ 70 คน

ผลการประเมินผลตามรายละเอียดของเกณฑ์ชีวิต ดังนี้

1. อัตราการเสียชีวิตขณะนอนโรงพยาบาล 0 คน (0%)

2. อัตราการเสียชีวิตเมื่อหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน 10 คน (14.29%) พบในกลุ่มไม่ผ่าตัดทั้งหมด

3. ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน (ตารางที่ 3) ผู้ป่วยหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ที่มีชีวิต 60 คน

ผู้ป่วยที่สามารถเดินได้เอง 7 คน (11.67%)

ผู้ป่วยที่สามารถเดินออกนอกบ้านได้โดยใช้

เครื่องพยุง 24 คน (40%)

ผู้ป่วยที่สามารถเดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้

ตารางที่ 3 ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน

		หลังกระดูกหัก 6 เดือน				รวม
		A	B	C	D	
ก่อนกระดูกหัก	A	7	22	5	11	45
	B		2	6	4	12
	C			3	0	3
	D				0	0
รวม		7	24	14	15	60

เครื่องพยุง 14 คน (23.33%)	ลดลงจากเดิม 2 ระดับ 9 คน (15%)
ผู้ป่วยที่เดินไม่ได้ 15 คน (25%)	ลดลงจากเดิม 3 ระดับ 11 คน (18.33%)
4. เปรียบเทียบความสามารถในการเดินก่อน กระดูกสะโพกหัก กับหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน (ตารางที่ 3)	ในผู้ป่วยที่สามารถเดินได้เองก่อนกระดูก สะโพกหัก 45 คน หลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน สามารถเดินได้ เอง 7 คน (15.56%) สามารถเดินออกนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องพยุง 22 คน (48.89%) สามารถเดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องพยุง 5 คน (11.11%)
ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเดินเท่ากับก่อน กระดูกสะโพกหัก 12 คน (20%)	
ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเดินลดลงจาก ก่อนกระดูกสะโพกหัก 48 คน (80%)	
ลดลงจากเดิม 1 ระดับ 28 คน (46.67%)	

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน เทียบ
กับก่อนกระดูกสะโพกหัก

	ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน		p-value
	เท่าเดิม (%) (n=12)	ลดลง (%) (n=48)	
อายุ			
≥ 80 ปี	9 (75.0)	37 (77.1)	0.879
< 80 ปี	3 (25.0)	11 (22.9)	
โรคประจำตัว			
มี	9 (75.0)	33 (68.8)	0.673
ไม่มี	3 (25.0)	15 (31.3)	
ชนิดของกระดูกหัก			
femoral neck	8 (66.7)	19 (39.6)	0.092
intertrochanteric	4 (33.3)	29 (60.4)	
ชนิดของการรักษา			
ไม่ผ่าตัด	4 (33.3)	28 (58.3)	0.121
ผ่าตัด	8 (66.7)	20 (41.7)	
เพศ			
หญิง	7 (58.3)	42 (87.5)	0.020
ชาย	5 (41.7)	6 (12.5)	
ข้างที่ผ่าตัด			
ซ้าย	6 (50.0)	26 (54.2)	0.796
ขวา	6 (50.0)	22 (45.8)	
ความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหัก			
เดินได้เอง	7 (58.3)	38 (79.2)	0.136
ใช้เครื่องพยุง	5 (41.7)	10 (20.8)	

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบในการเดิน ของผลการศึกษา กับ การศึกษาของ Koval⁽⁹⁾

	จำนวน (ร้อยละ)	
	ผลการศึกษา	Koval
จำนวนผู้ป่วย (คน)	60	336
ระยะเวลาในการรักษา (เดือน)	6	12
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	28 (46.67)	336 (100)
ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน		
เดินได้เอง	7 (11.67)	78 (23.21)
เดินออกนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องพยุง	24 (40)	167 (49.70)
เดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องพยุง	14 (23.33)	65 (19.35)
ไม่สามารถเดิน	15 (25)	26 (7.74)
เท่ากับกระดูกหัก	12 (20)	137 (40.77)
ลดลงจากก่อนกระดูกหัก	48 (80)	199 (59.23)
ความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหัก		
เดินได้เองก่อนกระดูกหัก	45 (75)	222 (66.07)
เดินได้เอง	7 (15.56)	78 (35.14)
เดินออกนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องพยุง	22 (48.89)	115 (51.80)
เดินเฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องพยุง	5 (11.11)	23 (10.36)
เดินไม่ได้	11 (24.44)	6 (2.70)

ไม่สามารถเดินได้ต้องนอนอยู่กับเตียง หรือนั่งรถเข็น 11 คน (24.44%)

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ กับความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ลดลงจากก่อนกระดูกสะโพกหักพบว่า เพศ ($p = 0.02$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p \leq 0.05$) (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

จากการปฏิบัติตามแนวทางการรักษานี้มาเป็นเวลา 8 เดือน จากผู้ป่วยทั้งหมด 84 คน ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด 56 คน (66.67%) รักษาโดยการผ่าตัด 28 คน (33.33%) จากการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2546 ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 250 คน รักษาโดยการผ่าตัด 145 คน (58%)⁽¹⁰⁾ แม้ว่า การรักษาโดยการผ่าตัด เป็น

มาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก แต่พบผู้ป่วยที่รักษาโดยไม่ผ่าตัดเป็นจำนวนมาก สาเหตุที่ทำให้แพทย์เลือกการรักษาโดยไม่ผ่าตัดได้แก่ การไม่ยินยอมให้ผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติ และโรคประจำตัวของผู้ป่วยกับความเสี่ยงในการผ่าตัดเป็นต้น ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ไม่ผ่าตัดเป็นจำนวนมากกว่าที่ผ่าตัด ทำให้ผลการศึกษานี้ไม่ดีเท่าการศึกษาที่ผ่าตัดอย่างเดียว

อัตราการเสียชีวิตขณะนอนโรงพยาบาลร้อยละ 0 ในเวลา 8 เดือน และอัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน ร้อยละ 14.29 จากการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่ พบ อัตราการตายขณะนอนโรงพยาบาลร้อยละ 2.1 อัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 3,6 และ 12 เดือน เท่ากับ 9,12 และร้อยละ 17 ตามลำดับ⁽¹¹⁾ เทียบผลการศึกษาแล้วแสดงว่า แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุน่าจะทำให้ผู้ป่วย

ปลอดภัย ในผู้ป่วยที่เสียชีวิต พบในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาโดยผ่าตัดทั้งหมดอาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (66.67%) มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนสะโพกหัก และในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดและมีชีวิต 32 คน ไม่สามารถเดินได้ 12 คน (37.5%) ทำให้เกิดผลแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ เป็นต้น ได้มากขึ้น ในการศึกษาที่เชียงใหม่ พบว่า เพศชาย อายุมากกว่า 80 ปี มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหักต่ำ และการไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด มีผลต่ออัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹¹⁾ จากการศึกษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า หญิงไทยอายุ 50 ปีขึ้นไปที่มีกระดูกสะโพกหัก มีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าหญิงไทยที่ไม่มีกระดูกสะโพกหักในอายุเดียวกัน โดยเฉพาะหลังจากกระดูกสะโพกหักมากกว่า 1 ปี และชี้ว่ากระดูกสะโพกหัก อาจเป็นอาการแสดงของภาวะสุขภาพที่ไม่ดีของผู้สูงอายุหญิง⁽¹²⁾

ในการศึกษานี้พยายามให้ผู้ป่วยลุกขึ้นเดินเร็วที่สุด เช่น เมื่อตัดลึงใจไม่ผ่าตัด จะเอา skin traction ออกส่งปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือในกรณีผ่าตัด หลังผ่าตัดไม่เกิน 72 ชั่วโมงส่งปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในการเดินให้ผู้ป่วยลงน้ำหนักเท่าที่ผู้ป่วยทนไหวโดยการใช้เครื่องช่วยพยุง (walker) เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ที่บ้าน หลังกระดูกสะโพกหัก 6 เดือน พบ ผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ร้อยละ 75 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ร้อยละ 25 ความสามารถในการเดินเท่ากับก่อนกระดูกสะโพกหักร้อยละ 20 ลดลงจากก่อนกระดูกสะโพกหักร้อยละ 80 เทียบการศึกษาของ Koval (ตารางที่ 5) พบว่าผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ร้อยละ 92 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ร้อยละ 8 ความสามารถเท่ากับก่อนกระดูกสะโพกหักร้อยละ 41 ลดลงจากก่อนกระดูกสะโพกหักร้อยละ 59⁽⁹⁾ การเดินได้เฉพาะในบ้านกับการเดินออกไปนอกร้านมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย เพราะบอกถึงความสามารถในการใช้ชีวิตประจำของผู้ป่วย โดยไม่ต้องพึ่งพาใคร และการไปสังคมภายนอก จากการศึกษาผู้ป่วยที่สามารถเดินได้เองก่อนกระดูกสะโพกหัก

หลังกระดูกสะโพกหักสามารถเดินได้เองร้อยละ 15.56 สามารถเดินออกนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุงร้อยละ 48.89 สามารถเดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องพยุงร้อยละ 11.11 ไม่สามารถเดินได้ร้อยละ 24.44 จะเห็นว่าผู้ป่วยที่สามารถเดินได้เองก่อนกระดูกหัก หลังกระดูกหักแล้วต้องไปใช้เครื่องพยุงในการเดิน มากกว่าร้อยละ 50 เปรียบเทียบกับรายงานของ Koval (ตารางที่ 5) สามารถเดินได้เองร้อยละ 35.14 เดินออกนอกบ้านได้โดยใช้เครื่องพยุงร้อยละ 51.80 เดินได้เฉพาะในบ้านโดยใช้เครื่องพยุงร้อยละ 10.36 ไม่สามารถเดินได้ร้อยละ 2.70 อายุ ความสามารถในการเดินก่อนกระดูกสะโพกหัก ชนิดของกระดูกหัก และระดับความเสี่ยงจากการผ่าตัดที่สมาคมวิสัญญีของสหรัฐอเมริกา กำหนดชั้น 3 หรือ 4 มีผลต่อความสามารถที่คืนกลับไปเทียบเท่าการเดินก่อนกระดูกสะโพกหัก⁽⁹⁾

การศึกษานี้ ศึกษาแต่ผลระยะระยะสั้น แต่ไม่ได้ศึกษาผลแทรกซ้อนระยะยาว เช่น กระดูกไม่ติด หัวกระดูกต้นขาตาย (avascular necrosis) เป็นต้น และการเดินเป็นส่วนหนึ่งในการใช้ชีวิตประจำวัน ยังมีประเด็นอื่นควร เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การแต่งตัว การกินอาหาร การถ่ายอุจจาระปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งจะได้ศึกษาต่อไป

สรุป

การปฏิบัติตามแนวทางในการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในคนสูงอายุในโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน การประสานงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นให้ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหักลดลงเมื่อเทียบกับก่อนกระดูกสะโพกหัก แต่ผู้ป่วยกลับมาเดินได้ร้อยละ 75 ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชัชวรินทร์ ปิ่นสุวรรณ ผู้อำนวยการ

การโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ที่อนุญาตให้เสนอ
รายงานนี้ ขอขอบคุณแพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์โรง-
พยาบาลเจ้าพระยาฯ เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยศัลย-
กรรมออร์โธปิดิกส์ เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม
ออร์โธปิดิกส์ และเจ้าหน้าที่แผนกรังสีวิทยา ที่ให้ความร่วม
มือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษา และขอ
ขอบคุณผู้ป่วย และญาติทุกท่านที่ให้ข้อมูลเพื่อการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Cooper C, Campion G, Melton LJ III. Hip fractures in the elderly : a world - wide projection. Osteoporos Int 1992; 2:285-9.
2. Suriyawongpaisal P, Pimjai S, Wichien L. A multicenter study on hip fractures in Thailand. J Med Assoc Thai 1994; 77:488-95.
3. Khunkitti N, Aswaboonyalert N, Songpatanasilp T, Pipithkul S. Fracture threshold in the Thai elderly and bone mineral density evaluation. J Bone Miner Metab 2000; 18:96-100.
4. 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.
5. Woratanarat P, Wajanavisit W, Lertbusayanukul C, Loahacharoensombat W, Ongphiphatanakul B. Cost analysis of osteoporotic hip fractures. J Med Assoc Thai 2005; 88 (Suppl 5) : S 96-104.
6. Baumgaertner MR, Higgins TF. Femoral neck fractures. In : Bucholz RW, Heckman JD, editors. Rockwood and Green's fractures in adults. 5th ed. Philadelphia: Lippincott WW; 2001. p. 1579-634.
7. Koval KJ, Zuckerman JD. Intertrochanteric fractures. In : Bucholz RW, Heckman JD, editors. Rockwood and Green's fractures in adults. 5th ed. Philadelphia : Lippincott WW; 2001. p. 1635-63.
8. LaVell DG. Fractures of hip. In : Canale ST, editor. Campbell's operative orthopaedics. 10 th ed. Philadelphia : Mosby; 2003. p. 2873-938.
9. 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.
10. Suriyawongpaisal P, Chariyalertsak S, Wanvarie S. Quality of life and functional status of patients with hip fractures in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2003; 34(2):427-32.
11. Chariyalertsak S, Suriyawongpaisal P, Thakkinstain A. Mortality after hip fractures in Thailand. International Orthopaedics 2001; 25:294-7.
12. 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.

Abstract **Guideline on Hip Fracture Treatment in Elderly in Choaprayayomraj Hospital : A Prospective Study**

Pat Wanpiyarat

Department of Orthopaedic Surgery, Choaprayayomraj Hospital

Journal of Health Science **2008; 17:SIII658-66.**

A prospective study was carried out to assess a clinical practice guideline on the treatment of a fracture of the femoral neck or intertrochanteric fracture in elderly. Eighty four patients, aged 60 years and over, were included in this study during 1 February 30 September 2007. The outcomes to be measured were 1) the mortality rate during hospitalization, 2) the 6 month mortality rate after hip fracture, 3) the ambulatory ability at a followup of 6 months, 4) ambulation at 6 months compare with prefracture ambulatory ability. In this study, the mortality rate during hospitalization was nil. The 6 month mortality rate after hip fracture was 14.29 percent. At a followup of 6 months there were 7 (11.67%) independent community ambulators, 24 (40%) community ambulators with walking aids, 14 (23.33%) household ambulators with walking aids and 15 (25%) nonfunctional ambulators. Twelve (20%) patients regained their prefracture ambulatory ability and 48 (80%) lost some degree of ambulatory ability. This guideline is safe and 75 percent patients can resume walking.

Key words: **hip fracture, outcome, prospective study**