Original Article *นิพนธ์ต้นฉบับ*

ความร่วมมือในการดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้านของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและผลการรักษา โรงพยาบาลพิจิตร (Co-operation in Home Skin Traction of Patients with Hip Fractures and Treatment Outcomes in Phichit Hospital)

นันทสิริ แสงสว่าง พย.ม.
อารม ธรรมกวินวงศ์ พย.ม.
ศิริวรรณ บุญยืน พย.ม.
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่รักษาด้วยการไม่ผ่าตัด ต้องได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักเป็นเวลาอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ เพื่อให้ลดความเจ็บปวด และให้กระดูกติดในแนวที่แพทย์ผู้รักษายอมรับได้ ปัญหาที่พบได้บ่อยคือ ผู้ป่วยถอดอุปกรณ์ดึงถ่วงออกก่อนกำหนด ไม่มาตรวจตามแพทย์นัด ทำให้มีภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดแผลกดทับ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความร่วมมือในการดึงถ่วงน้ำหนักของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อน รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive) ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น fracture inter-trochanteric ระหว่างตุลาคม 2556 ถึงกันยายน 2557 ซึ่งแพทย์รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลพิจิตร และได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อที่บ้าน รวบรวมข้อมูลจากการสอบถามทางโทรศัพท์จากผู้ป่วยหรือญาติด้านลักษณะทั่วไป ระยะเวลาการดึงถ่วงน้ำหนัก และภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ศึกษา เป็นชายร้อยละ 28.9 อายุเฉลี่ย 73.2±14.5 ปี นอนโรงพยาบาล 7.7±7.4 วัน ดึงถ่วงน้ำหนักครบกำหนดร้อยละ 67.3 การถอดอุปกรณ์ดึงถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยถอดในวันที่ 5 หลังดึงถ่วงน้ำหนัก ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดร้อยละ 82.7 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 92.3 เกิดแผลกดทับร้อยละ 7.7 ผลการรักษาเมื่อครบกำหนดผู้ป่วยยังต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา (bed-ridden) ร้อยละ 8.7 เดินไม่ได้เลยร้อยละ 32.7 เดินได้โดยใช้เครื่องพยุงร้อยละ 41.3 และผู้ป่วยเดินได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องพยุงร้อยละ 17.3 ลักษณะที่เพิ่มความเสี่ยงของการดึงถ่วงน้ำหนักไม่ครบกำหนดได้แก่ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ผู้ป่วยที่สถานภาพสมรสหม้ายและผู้ป่วยเพศชาย ระยะเวลาดึงถ่วงน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ทำให้โอกาสเดินได้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: กระดูกสะโพกหัก, การดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง, ปัจจัยเสี่ยง, ภาวะแทรกซ้อน, การดูแลที่บ้าน

Abstract: Patients with hip fractures with conservative treatment. They were on skin traction at least 4-6 weeks for relief pain. And alignment of bone from film x-ray in the line of acceptable. The problems were patients off skin traction before treatment

planning. Not to follow up. The complications were pressure ulcers.

Objective: To evaluate the co-operation of patients with hip fractures on home skin traction after discharge, treatment outcomes and complications.

Design, setting and paticipants: Descriptive research. In orthopedict patients who had been diagnosed with fracture intertrochanteric between October 2556 to September 2557. Admitted in Phichit hospital and on home skin traction.

Main outcomes and measurements : Data were collected by telephone to patients or caregiver about information, length of home skin traction days and complication.

Results: A purposive sample; male 28.9 percent, mean age 73.2 ± 14.5 years, 7.7 ± 7.4 length of stay, on home skin traction until term 67.3 percent, off home skin traction about 3 weeks after discharge. Patients follow-up was 82.7 percent, 92.3 percent no complications, pressure ulcers 7.7 percent. At the finally of the treatment, absolute bed rest(bed-ridden) 8.7 percent, no walking 32.7 percent, walking with walker 41.3 percent and walking 17.3 percent. Information that increases the risk of off home skin traction before treatment planning include patients aged between 35-59 years and patients who are single or widowed. The length of home skin traction days increase, opportunity to walk increase.

Keyword: Fracture inter-trochanteric, Skin traction, Risk factors, Complications, Ambulation, Home care

บทนำ

กระดูกสะโพกหักพบได้บ่อยในสตรีผู้สูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุแม้เพียงเล็กน้อย เช่นลื่นล้มโดยมักพบในผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุนร่วมด้วย ภายหลังกระดูกสะโพกหักทำให้ปวดมากและไม่สามรถลุกเดินได้ มีโอกาสทุพลภาพหรือเสียชีวิตได้สูงจากภาวะแทรกซ้อน[1] อุบัติการณ์ของการเกิดสะโพกหักเริ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 65 ปี และเพิ่มขึ้นชัดเจนตั้งแต่อายุ 70 ปีขึ้นไป[2] ภาวะกระดูกสะโพกหักส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายด้านไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินอาหารจะทำให้ไม่อยากรับประทานอาหาร ด้านจิตใจและอารมณ์ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว เกิดความท้อแท้ อาการของโรคจะรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามอายุเนื่องจากมีความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ[3] กระดูกหักในปีแรกอัตราตายร้อยละ 4-15 และจะเพิ่มขึ้นตามอายุโดยอัตราตายจะสูงสุดในช่วงแรกของการหักแล้วจึงค่อยๆลดลงแต่ยังสูงในช่วง 6 เดือนแรก[4] วิธีการรักษากระดูกสะโพกหักในปัจจุบันที่ดีคือการรักษาด้วยการผ่าตัด[5] หรือวิธีการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (skin traction) เพื่อตรึงกระดูกที่หักให้อยู่นิ่ง ลดความเจ็บปวดจากการเคลื่อนที่ของกระดูกที่หัก เป็นเวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นผู้สูงอายุจึงมีปัญหาทางโรคทางอายุกรรมและการใช้ยาระงับความรู้สึกร่วมด้วยเสมอ ทำให้การตัดสินใจผ่าตัดรักษาลำบากมากยิ่งขึ้น[6] ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่พร้อมเข้ารับการผ่าตัด เป็นผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการผ่าตัด มีโรคประจำตัว หรือผู้ป่วยและ

ญาติปฏิเสธการผ่าตัด จึงใช้วิธีการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น ญาติต้องเสียเวลามาดูแล ทำให้เสียเวลาเพิ่มค่าใช้จ่ายและขาดรายได้ หน่วยงานจึงได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยกลับไปดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้านเพื่อลดค่าใช้จ่ายของญาติและผู้ป่วยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะดึงถ่วงน้ำหนัก สถิติผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหัก 3 ปี ของโรงพยาบาลพิจิตร ในปี 2554 ถึง 2556 มีจำนวน 170, 189 และ 177 ราย มีผู้ป่วยที่ดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้าน ในปี 2554 ถึง 2556 มีจำนวน 55, 57 และ 60 ราย[7] ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการวางแผนและเตรียมความพร้อม โดยพยาบาลจะสอนญาติเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมที่บ้าน อุปกรณ์ที่ใช้ดึงถ่วง การสังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการปฏิบัติตัวขณะดึงถ่วงน้ำหนัก การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยทุกรายจะมีการประสานเวชกรรมในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่าย

จากการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์ถามผู้ป่วยและญาติ ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยถอดอุปกรณ์ดึงถ่วงน้ำหนักออกเองก่อนครบกำหนด ไม่มาตรวจตามแพทย์นัด และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เกิดแผลกดทับ ระบบทางเดินปัสสาวะและผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคประจำตัว ทำไมไม่มีวัตถุประสงค์

วิธีการศึกษา

รูปแบบ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น fracture inter-trochanteric ระหว่าง 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2557 ซึ่งแพทย์รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลพิจิตร และได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อที่บ้าน จำนวน 52 ราย โดยได้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่องอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการดึงถ่วงน้ำหนักครบตามกำหนด การมีผู้ดูแลขณะดึงถ่วงน้ำหนัก การติดตามการรักษาโดยมาตรวจตามแพทย์นัด ภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Kaplan-Meier estimate และ Logistic regression

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น fracture inter-trochanteric ซึ่งแพทย์รับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลพิจิตร และได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อที่บ้าน จำนวน 52 รายจำนวน เป็นหญิง : ชาย ประมาณ 2 .5: 1 ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยที่สุด 34 ปี สูงที่สุด 93 ปี อายุเฉลี่ย 73.2 ปี (SD±14.5) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่าร้อยละ 94.2 ไม่ประกอบอาชีพร้อยละ 57.7 (ดังแสดงในตาราง 1)

ลักษณะทางคลินิก

พบว่าผู้ป่วยดึงถ่วงน้ำหนักครบตามกำหนดร้อยละ 63.7 ทุกคนมีผู้ดูแลขณะดึงถ่วงน้ำหนัก การติดตามการรักษาโดยมาตรวจตามแพทย์นัดร้อยละ 82.7 (ดังแสดงในตาราง 2) ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับร้อยละ 7.7 นอนบนเตียงตลอดเวลาและเดินไม่ได้ร้อยละ 41.4 เดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุงและไม่ใช้เครื่องพยุงร้อยละ 58.6 (ดังแสดงในตาราง 3) ลักษณะที่เพิ่มโอกาสดึงถ่วงน้ำหนักไม่ครบกำหนดได้แก่ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสเสี่ยง 3.88 เท่า (95%CI 0.48, 31.45) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุระหว่าง 60 - 75 ปีและสถานภาพสมรสหม้ายมีโอกาสเสี่ยงดึงถ่วงน้ำหนักไม่ครบ 4.16 เท่า (95%CI 0.43, 39.83) เมื่อเปรียบเทียบกับสถานภาพสมรสโสด

และเพศชายมีโอกาสเสี่ยง 2.33 เท่า (95%CI 0.55, 9.85) เมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง (ดังแสดงในตาราง 4) ผู้ป่วยเริ่มถอดอุปกรณ์ดึงถ่วงน้ำหนักในวันที่ 5 ของการดึงถ่วงน้ำหนัก (ภาพที่ 1) ระยะเวลาการดึงถ่วงน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นเพิ่มโอกาสการเดินได้ และผู้ป่วยที่ดึงถ่วงน้ำหนักเป็นเวลา 25 วันมีโอกาสเดินได้โดยใช้เครื่องพยุงและไม่ต้องใช้เครื่องพยุง ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด (ภาพที่ 2)

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	28.9
หญิง	37	71.1
อายุ (ปี)		
< 60	8	15.4
60- 75	15	28.8
> 75	29	55.8
เฉลี่ย (±SD)	73.2	(±14.5)
สถานภาพสมรส		
โสด	8	15.4
คู่	26	50.0
หม้าย	18	34.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	10	19.2
ประถมศึกษา	39	75.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	3.8
ปริญญาตรี	1	2.0
อาชีพ		
รับจ้าง	9	17.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	2.0
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	12	23.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	30	57.7

ผู้ป่วยที่นำมาศึกษา 52 ราย เป็นหญิงต่อชายในอัตราส่วน 2.5 เท่า อายุเฉลี่ย 73.2 ปี (SD 14.5)

ตาราง 2 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

	จำนวน	ร้อยละ
การดึงถ่วงน้ำหนักตามกำหนด		
ครบกำหนด	35	67.3
ไม่ครบกำหนด	17	32.7
การมีผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	52	100.0
ไม่มีผู้ดูแล	0	0
การติดตามการรักษาโดยการมาตรวจตามแพทย์นัด		
มาตรวจ	43	82.7
ไม่มาตรวจ	9	17.3

ผู้ป่วยดึงถ่วงน้ำหนักจนครบกำหนดร้อยละ 67.3 ระหว่างดึงถ่วงน้ำหนักมีผู้ดูแลทุกรายและมาตรวจตามนัดร้อยละ 82.7

ตาราง 3 ผลลัพธ์ในการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา

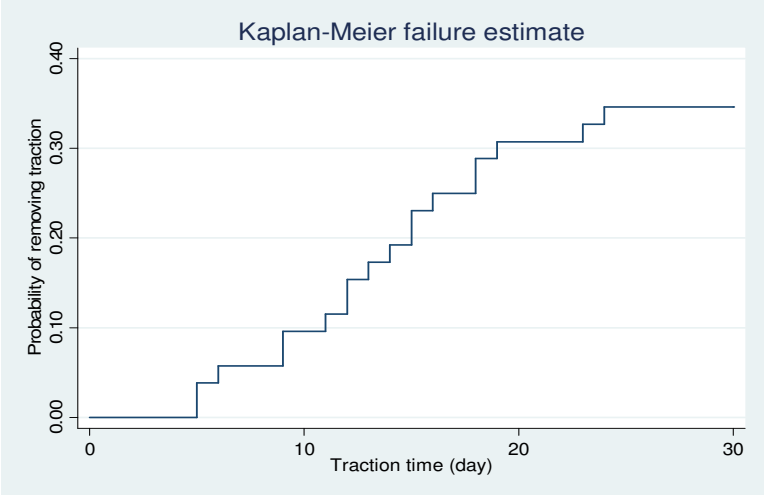
	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	48	92.3
เกิดแผลกดทับ	4	7.7
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
นอนบนเตียงตลอดเวลา	4	8.7
เดินไม่ได้	15	32.7
เดินใช้เครื่องช่วยพยุง	19	41.3
เดินได้โดยไม่ใช้เครื่องช่วยพยุง	8	17.3

หลังการรักษาไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 92.3 เกิดแผลกดทับขณะดึงถ่วง น้ำหนักร้อยละ 7.7 ผู้ป่วยนอนบนเตียงตลอดเวลาร้อยละ 8.7 เดินไม่ได้ร้อยละ 32.7 เดินได้โดยใช้เครื่องพยุงร้อยละ 41.3 และผู้ป่วยเดินได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องพยุงร้อยละ 17.3

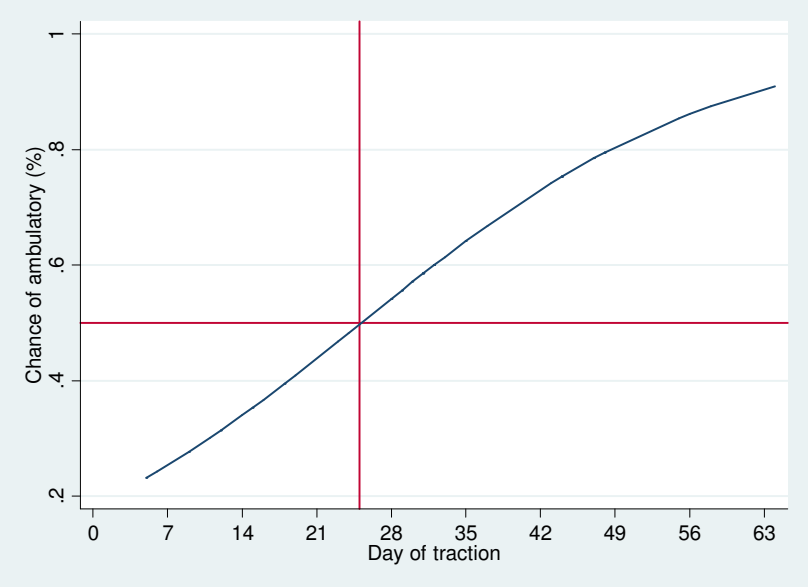
ตาราง 4 ลักษณะที่เพิ่มโอกาสการดึงถ่วงน้ำหนักไม่ครบตามกำหนด

ลักษณะ	Odds Ratio	95% Confidence Interval	P-value
เพศชาย	2.33	0.55-9.85	0.250
อายุ (ปี)			
< 60	3.88	0.48-31.45	0.204
60-75	1.00	กลุ่มอ้างอิง	-
> 75	1.91	0.40-9.08	0.414
สถานภาพสมรส			
โสด	1.00	กลุ่มอ้างอิง	
คู่	1.12	0.13-9.37	0.912
หม้าย	4.16	0.43-39.83	0.214

ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะดึงถ่วงน้ำหนักไม่ครบกำหนด 3.88 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 60 - 75 ปี ผู้ป่วยสถานภาพสมรสหม้ายมีโอกาสเสี่ยงที่จะดึงถ่วงน้ำหนักไม่ครบตามกำหนด 4.16 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับสถานภาพสมรสโสด เพศชายมีโอกาสเสี่ยงที่จะดึงถ่วงน้ำหนักไม่ครบกำหนด 2.33 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง



ภาพที่ 1 ผู้ป่วยเริ่มถอดอุปกรณ์ดึงถ่วงน้ำหนักในวันที่ 5 ของการดึงถ่วงน้ำหนัก



ภาพที่ 2 ระยะเวลาการดึงที่เพิ่มขึ้นเพิ่มโอกาสการเดินได้และผู้ป่วยที่ดึงถ่วงน้ำหนักเป็นเวลา 25 วัน มีโอกาสเดินได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุงและไม่ใช้เครื่องช่วยพยุงร้อยละ 50.00 ของผู้ป่วยทั้งหมด

วิจารณ์

ในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยดึงถ่วงน้ำหนักที่ต้องไปดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้านโดยมีการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติถึงวิธีการใช้อุปกรณ์ดึงถ่วงน้ำหนัก รวมทั้งการดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและประสานทีมเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่อง มีข้อสังเกตที่นำมาซึ่งคำถามทางการวิจัยในรายงานฉบับนี้ว่าผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือเพียงใดและผลลัพธ์การรักษาเป็นอย่างไรเพื่อจะได้นำผลการศึกษามาใช้ปรับปรุงการให้การพยาบาล เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักต่อไป ในกรณีผู้สูงอายุและมีโรคร่วมทางอายุรกรรมที่มีความเสี่ยงสูงในการผ่าตัดหรือผู้ป่วย/ยาติไม่ยินยอมผ่าตัด การรักษาโดยวิธีดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้านก็เป็นทางเลือกอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด การเกิดความพิการหรือการเสียชีวิตจากการไดรับการรักษาที่ไม่เหมาะสม

ผลการศึกษาของรายงานฉบับนี้ยืนยันความร่วมมือในการดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้านของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยดึงถ่วงน้ำหนักครบกำหนดร้อยละ 67.3 ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ดึงไม่ครบได้แก่เพศชายมีโอกาสเสี่ยงที่จะดึงถ่วงน้ำหนักไม่ครบกำหนด 2.33 เท่า (95%CI 0.55, 9.85)เมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง ผู้ป่วยสถานภาพสมรสหม้ายมีโอกาสเสี่ยงที่จะดึงถ่วงน้ำหนักไม่ครบกำหนด 4.16 เท่า (95%CI 0.43, 39.83) เมื่อเปรียบเทียบกับสถานภาพสมรสโสดและผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปีมีโอกาสเสี่ยงที่จะดึงถ่วงน้ำหนักไม่ครบกำหนด 3.38 เท่า (95%CI 0.48, 31.45) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุระหว่าง 60 - 75 ปี ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญกับการติดตามการรักษาโดยมาตรวจตามแพทย์นัดจากการศึกษาพบร้อยละ 82.7 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาการดูแล

ผู้ป่วยต้นขาส่วนบนหักด้วยวิธีดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้านที่แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่าผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดร้อยละ 63.6[8]

จากผลการศึกษานี้พบว่าในส่วนของของมูลทั่วไปผู้ป่วยเป็นวัยสูงอายุซึ่งอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 84.6 (อายุเฉลี่ย 73.2 ปี) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีอุบัติการณ์การเกิดสูงขึ้นตามอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้นโดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้มตำแหน่งที่พบบ่อยได้แก่กระดูกสะโพกซึ่งพบร้อยละ 40[9] และพบว่าอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 2.5:1 เท่า ซึ่งผลการศึกษาเหมือนกับการศึกษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรีศึกษาพบว่าอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในหญิงมากกว่าชายประมาณ 2-3 เท่า[10]

ด้านผลลัพธ์การรักษาพบว่าผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุงและเดินได้โดยไม่ใช้เครื่องช่วยพยุงร้อยละ 57.7 ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักร้อยละ 40 ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง ส่วนร้อยละ 60 ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน[11] มีผลกระทบต่อแผนการดำเนินชีวิตอย่างมากกลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือมีความสามารถดูแลตนเองลดลงจาก่อนที่จะมีสะโพกหัก

แต่ระยะเวลาในการดึงถ่วงน้ำหนักมีผลต่อการเดินได้ระยะเวลาการดึงที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเดินได้มากขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ดึงถ่วงน้ำหนักควรเฝ้าระวังและให้การดูแลให้ผู้ป่วยดึงถ่วงน้ำหนักอย่างเข้มข้นภายใน 5 วันแรกและผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี เพศชาย สถานภาพหม้าย มีโอกาสเสี่ยงที่จะดึงถ่วงน้ำหนักไม่ครบกำหนดจึงควรเพิ่มการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจและคำแนะนำ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ประจวบ มงคลศิริ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลพิจิตร ศ.ดร.นพ ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ รศ.ชไมพร ทวิชศรี และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและจัดทำรายงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชาญยุทธ สุภชาติวงศ์. กระดูกหักและข้อเคลื่อนที่สะโพกและต้นขา. ออร์โธปิดิกส์. ภาควิชาออร์ปิดิกส์คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ. 2550. 165-78.

2. สุชีลา จันทร์วิทยานุชิต. The challenging treatment in osteoporosis patient. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ประจำปี 2554 วันที่ 21 มีนาคม 2554 โรงแรมแกรนด์ไฮแอทรีเจนซี่หัวหิน. ซิตี้พริ้นท์. 2554.

3. สาธิต เที่ยงวิทยาพร. สาระความรู้ด้านข้อเสื่อมและข้อเทียมสำหรับคนไทย. 2552. [สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน2558]; แหล่งข้อมูล: http://thijionts.com

4. วุฒิพงษ์ ชั้นประดับ. Complication of hip fractures in the eldery. The yearbook of orthopaedic review 2010. ใน: สมภพ ภู่พิทยา, ธรรมนูญ สรีสะอ้าน, ปัญญา สุรีย์จามร, สุริยา ลือนาม, อรรคพัฐ โกสิยะตระกูล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์;2553.

5. ธนินนิตย์ ลีรพันธ์. กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน. 2558. [สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2558];แหล่งข้อมูล:http://www.taninit.com/general-knowledge-menu/osteoporosis-km/161-hip-br

6. ไพรัช ประสงค์จีน. กระดูกหักและข้อเคลื่อน. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552. 117-174.

7. โรงพยาบาลพิจิตร. บันทึกการดึงถ่วงน้ำหนักข้อสะโพกหัก หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 1-2 โรงพยาบาลพิจิตร. พิจิตร: โรงพยาบาลพิจิตร; 2556.

8. เพ็ญจันทร์ สุขนิตร์. การดูแลผู้ป่วยต้นขาส่วนบนหักด้วยวิธีดึงถ่วงน้ำหนักที่บ้าน. ผลงานวิชาการนำเสนอในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 4-6 กันยายน 2549 โรงแรมพริ้นพาเลซ กรุงเทพมหานคร. [สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2558]; แหล่งข้อมูล: http://www.Gotoknow.org/posts/78431.

9. Parker. M. Johansen. Hip Fracture. B M J. 2006; 333:755; 27-30.

10. พัฒน์วรรณ ปิยรัตน์. แนวทางการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช: การศึกษาไปข้างหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551. ปีที่ 17(3) 658-65.

11. ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักอาจอันตรายถึงชีวิตต้องรีบรักษา. 2015 [สืบค้นเมื่อ 27 พฤษภาคม 2558];แหล่งข้อมูล:http//www.bangkokhospital.com/th/centers-and-clinics/geriatric-hip-fracture.