

Outcome after Hip Fracture in Elderly Patients

*Ruangdech Pipatyaokul, M.D.**

ABSTRACT

- Background** : Hip fracture have been considered to be major problem for public health, which affected quality of life, increase morbidity and mortality.
- Objective** : To study the prevalence of hip fracture, demographic data, types of treatment, one-year mortality rate and ability to ambulation, and followed up patients for 5 years.
- Research design** : Retrospective descriptive study.
- Patients/materials** : Elderly patients with hip fractures from low energy trauma admitted to Sisaket hospital from October 2005-September 2010.
- Methods** : Data were collected from inpatient and outpatient medical record and civil registration from Sisaket municipality. The data was analyzed by using descriptive statistics include frequency, percentage, and average.
- Results** : Seven hundred and twenty eight hip fractures admitted from October 2005 to September 2010 were 203 male and 525 female. Incidence was 10.4 per 100,000 persons. Average age was 69.8 years. Three hundred and seventy one patients were treated with surgery, and 357 patients with non-surgery. Overall one-year mortality rate was 31.3%. Higher mortality rate was found in patients treated without surgery in first year after treatment especially in patients with co-morbid disease (Chronic renal failure, Cardiovascular disease, COPD, Anemia, Dementia). Ability to walk independently or with walking aid 1 year after treatment in patients treated without surgery was 37.6% and patients treated with surgery was 72.0%.
- Conclusion** : Hip fracture in elderly patient increase morbidity and mortality, decrease functional independence and quality of life.
- Keywords** : Hip fracture, Morbidity and mortality, Sisaket

**Medical Physician, Professional Level, Department of Orthopaedics, Sisaket Hospital, Sisaket, Thailand*

ผลลัพธ์หลังจากการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา

เรืองเดช พิพัฒน์เยาว์กุล, พ.บ.*

บทคัดย่อ

- ความสำคัญ** : กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดกระดูกสะโพกหัก ลักษณะของประชากร วิธีการรักษา อัตราการเสียชีวิตและความสามารถในการเคลื่อนไหวด้วยตนเองภายใน 1 ปี หลังกระดูกสะโพกหักและติดตามไปเป็นเวลา 5 ปี
- รูปแบบการศึกษา** : การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง
- ประชากรที่ศึกษา** : ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระดูกสะโพกหัก (Femoral neck fracture, Intertrochanter fracture of femur) จากอุบัติเหตุไม่รุนแรงระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. 2548 ถึง กันยายน พ.ศ. 2553 (ปีงบประมาณ)
- วิธีการศึกษา** : เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และข้อมูลจากสำนักงานทะเบียนราษฎร์ สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย
- ผลการศึกษา** : มีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษแบบผู้ป่วยในเนื่องจากกระดูกสะโพกหักในปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2553 จำนวน 728 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 10.4 ต่อประชากร 100,000 คน เพศชาย 203 คน เพศหญิง 525 คน อายุเฉลี่ย 69.8 ปี ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจำนวน 371 คน รักษาโดยไม่ผ่าตัดจำนวน 357 คน อัตราเสียชีวิตหลังจากกระดูกสะโพกหักภายใน 1 ปี 31.3% พบอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัด โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคร่วม (ไตวายเรื้อรัง, โรคหัวใจ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ซีด, สมองเสื่อม) ความสามารถในการเคลื่อนไหวด้วยตนเองหรือต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัด 37.6% ในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาโดยการผ่าตัด 72.0%
- สรุปผลการศึกษา** : การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุทำให้มี อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง
- คำสำคัญ** : กระดูกสะโพกหัก, อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต, ศรีสะเกษ

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

จากการทำสำมะโนประชากรในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีประชากร 65.98 ล้านคน โดยที่กำหนดให้ประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี เป็นผู้สูงอายุมีจำนวนถึง 8.5 ล้านคน (ร้อยละ 12.9) เป็นชาย 3.85 ล้านคน (ร้อยละ 5.84) และหญิง 4.65 ล้านคน (ร้อยละ 7.05) ซึ่งจำนวนประชากรผู้สูงอายุนี้มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับ 10 ปีก่อน โดยสำมะโนประชากรในปี พ.ศ. 2543 ที่มีประชากร 60.92 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 5.78 ล้านคน (ร้อยละ 9.5)⁽¹⁾ จากแนวโน้มประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกสะโพกหัก เริ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 65 ปี และเพิ่มขึ้นชัดเจน ตั้งแต่อายุ 70 ปีขึ้นไป⁽²⁾ การหักของกระดูกสะโพกเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีกระดูกหักประมาณ ร้อยละ 20 เสียชีวิตภายใน 3 ถึง 6 เดือน^(3,4) หลังเกิดกระดูกหักและร้อยละ 28 เสียชีวิตภายใน 1 ปี⁽⁵⁾ ทำให้การให้บริการทางการแพทย์ต้องเริ่มตระหนักถึงภาระงานที่จะต้องเพิ่มมากขึ้นในการดูแลความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บต่างๆ ในผู้สูงอายุ

อุบัติการณ์เกิดกระดูกสะโพกหักทั่วโลกในปี พ.ศ. 2533 พบว่ามีประมาณ 1.66 ล้านคน โดยอัตราการหักแตกต่างกันไปในพื้นที่ต่างๆ ของโลก⁽⁶⁾ ประเมินการเกิดกระดูกสะโพกหักทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 1.66 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 2.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และ 4.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593⁽⁷⁾ ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาในปี พ.ศ. 2533 พบว่าอุบัติการณ์เกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็น 7.45 ต่อประชากร 100,000 คน ต่อปี โดยพบในเพศชาย 6.68 ต่อประชากร 100,000 คน ในเพศหญิง 14.93 ต่อประชากร 100,000 คน ต่อปี⁽⁸⁾ มีการศึกษาอุบัติการณ์เกิดกระดูกสะโพกหัก ในจังหวัด

อุบลราชธานีในปี พ.ศ. 2538 พบว่ามีอุบัติการณ์ 10.3 ต่อประชากร 100,000 คน ต่อปี⁽⁹⁾ รายงานอุบัติการณ์เกิดกระดูกสะโพกหัก ในจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปี พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2541 พบว่ามี 151.2 ต่อประชากร 100,000 คน จากการสำรวจข้อมูลในโรงพยาบาล และ 185.2 ต่อประชากร 100,000 คน จากการสำรวจชุมชน⁽¹⁰⁾ จากข้อมูลนี้ได้มีการประมาณการเกิดกระดูกหักทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2541 ประมาณ 10,600 คน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 14,132 คน ในปี พ.ศ. 2563 ตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น⁽¹¹⁾

อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกบริเวณสะโพกหักจากการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงค่อนข้างสูงประมาณร้อยละ 13-37 โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตคือ เพศชาย, อายุมากกว่า 80 ปี, มีโรคประจำตัวเรื้อรัง, ความสามารถในการเดินก่อนกระดูกหัก และการรักษาโดยการไม่ผ่าตัด⁽¹¹⁾ ในปี พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2540 พบว่าผู้หญิงไทยอายุมากกว่า 50 ปี ที่มีกระดูกสะโพกหักมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้หญิงวัยเดียวกันที่ไม่มีการหักอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$)⁽¹²⁾ มีการศึกษาในพื้นที่ภาคกลางของประเทศไทยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Quality of life) และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Functional independence) หลังจากกระดูกสะโพกหักเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรอายุ เพศเดียวกัน ในพื้นที่เดียวกันพบว่าในกลุ่มที่มีกระดูกสะโพกหักมีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงอย่างมาก⁽¹³⁾

เนื่องจากจังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดใหญ่ มีประชากรมากกว่า 1 ล้านคน และมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวนมาก และโรงพยาบาลศรีสะเกษเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่รับการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้วิจัยในฐานะแพทย์ประจำกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลและเป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การให้ความรู้แก่ชุมชนเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. อัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษและเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2553 และติดตามไปเป็นเวลา 5 ปี
2. ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย อายุ เพศ สาเหตุ โรคร่วม
3. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล
4. ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยภายหลังการรักษา 1 ปี

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระดูกสะโพกหัก (Femoral neck fracture, Intertrochanter fracture of femur) ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2549 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 โดยการทบทวนและรวบรวมข้อมูลจากจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ศึกษาถึง อายุ เพศ สาเหตุ โรคร่วม วิธีการรักษา รวมทั้งภาพถ่ายรังสีที่เกี่ยวข้อง หาอัตราการตายของผู้ป่วยหลังจากรับการรักษา รวมถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยภายหลังการรักษาและขอข้อมูลจากสำนักงานทะเบียนราษฎร์ เทศบาลเมือง

ศรีสะเกษ เกี่ยวกับสถานภาพการเสียชีวิตและวันที่เสียชีวิต โดยติดตามผู้ป่วยแต่ละรายเป็นเวลา 5 ปี

ผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีสะเกษที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่มาด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง เช่น การหกล้มขณะเดิน หรือตกจากที่สูงไม่มาก เช่น เก้าอี้หรือเตียง และอุบัติเหตุจากการจราจรที่ไม่รุนแรงนัก เช่น รถล้ม โดยได้รับการดูแลจากแพทย์ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ รวมทั้ง มารับการรักษาได้ต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา ไม่รวมผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง มีกระดูกหักร่วมหลายที่ หรือมีสัญญาณชีพไม่คงที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วยค่าความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย

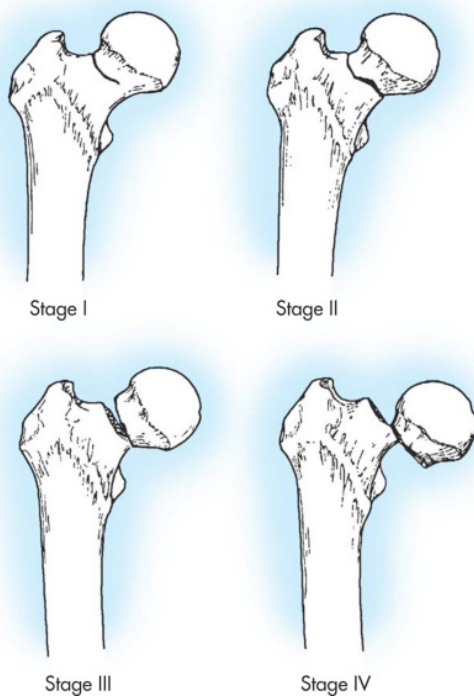
ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษแบบผู้ป่วยในเนื่องจากกระดูกสะโพกหักในปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2553 จำนวน 728 ราย พบว่าเท่ากับ 10.4 ต่อประชากร 100,000 คน อายุตั้งแต่ 60-106 ปี อายุเฉลี่ย 69.8 ปี แบ่งเป็นเพศชาย 203 ราย (ร้อยละ 28) เพศหญิง 525 ราย (ร้อยละ 72) (ตามตารางที่ 1) ได้รับการติดตามการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มที่ได้รับการบาดเจ็บและมีกระดูกสะโพกหักเป็นเวลา 5 ปี เป็นกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (femoral neck fracture) 325 ราย จำแนกตาม Garden's classification (ภาพที่ 1) และกระดูกต้นขาส่วนอินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก (Intertrochanteric fracture) จำนวน 403 ราย โดยจำแนกตาม Evan's classification (ภาพที่ 2)

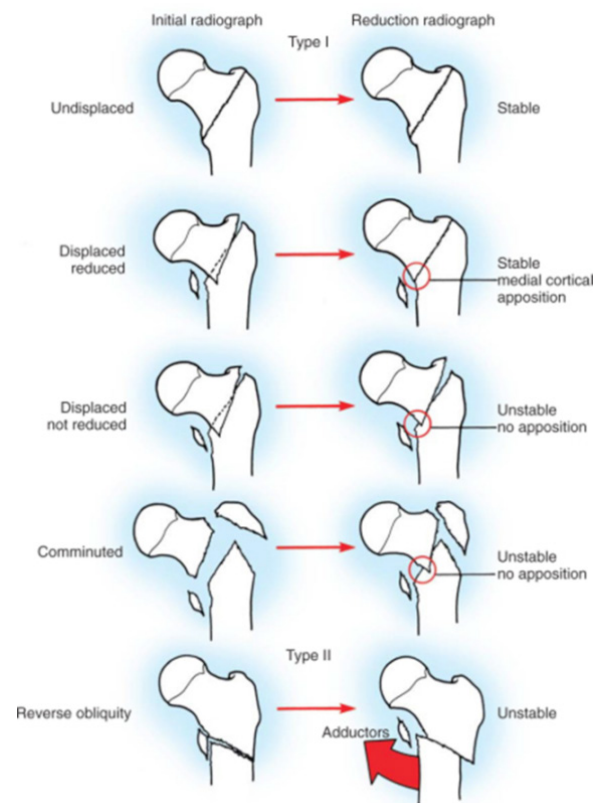
ตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนผู้ป่วย, อายุ, และเพศ ของผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักในโรงพยาบาล ศรีสะเกษ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2549 ถึง พ.ศ.2553

	พ.ศ.2549	พ.ศ.2550	พ.ศ.2551	พ.ศ.2552	พ.ศ.2553	รวม
จำนวนผู้ป่วย	143	154	132	154	145	728
เพศ (ชาย : หญิง)	35:108	54:100	41:91	31:123	42:103	203:525
อายุ (ค่าเฉลี่ย) (ปี)	68.7 (60-94)	70.3(60-90)	72.9(60-106)	69.4(60-95)	67.7(60-96)	69.8

ภาพที่ 1 Garden's classification ของกระดูก



ภาพที่ 2 Evan's classification ของกระดูกต้นขาส่วนต้นขาส่วนคอหัก อินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก



เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามวิธีการรักษาพบว่าผู้ป่วยรักษาโดยวิธีการผ่าตัด 371 ราย รักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัด 357 ราย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การจำแนกผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตามวิธีการรักษา ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2553

	รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด	รักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด	รวม
กระดูกต้นขาส่วนคอหัก	162	163	325
กระดูกต้นขาส่วนอินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก	209	194	403
รวม	371	357	728

ผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้รับการรักษาเป็น 2 กลุ่ม หลังจากให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว คือ การรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดและวิธีผ่าตัด ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด 371 ราย ไม่ผ่าตัด 357 ราย วิธีการรักษาแบบไม่ผ่าตัดจะได้รับการรักษาด้วยการดึงขาที่ผิวหนัง (skin traction) ส่วนวิธีการรักษา

แบบผ่าตัด จะรักษาโดยจัดกระดูกให้เข้าที่และยึดตามด้วยโลหะตามกระดูก ได้แก่ Angle blade plate, Screw fixation, Dynamic hip screw หรือการเปลี่ยนหัวกระดูกต้นขาเทียม (Hemiarthroplasty) (ตารางที่ 3) โดยมีสาเหตุของการเกิดกระดูกหัก (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 รายละเอียดการรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศรีสะเกษ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2553

วิธีการรักษา	จำนวน (ราย)
รักษาโดยการไม่ผ่าตัด	
Skin traction	357
รักษาโดยการผ่าตัด	
Screw fixation	10
Hemiarthroplasty	122
ORIF with Angle blade plate	7
ORIF with Dynamic hip screw	232

ตารางที่ 4 สาเหตุของการเกิดกระดูกสะโพกหัก

สาเหตุ	รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด (ร้อยละ)	รักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด (ร้อยละ)
อุบัติเหตุขณะกำลังยืนหรือเดิน	74	75
อุบัติเหตุจากการจราจร	21	15
ตกจากที่สูง	5	6

เมื่อศึกษาโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ขณะที่
กระดูกสะโพกหัก ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซีด จิตเภท สมองเลื้อม อัมพฤกษ์

ค่อนข้างใกล้เคียงกันในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม แต่พบว่า
ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ พบมากกว่าในกลุ่มที่รักษาด้วย
วิธีการไม่ผ่าตัด (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 โรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ขณะที่กระดูกสะโพกหัก จำแนกตามวิธีการรักษา

โรคร่วม	รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด	รักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด
เบาหวาน	18	24
ความดันโลหิตสูง	21	21
ไตวายเรื้อรัง	7	25
โรคหัวใจ	4	8
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	6	6
ซีด	83	77
สมองเลื้อม	6	4
ลมชัก		1
ไทรอยด์เป็นพิษ		1
อัมพฤกษ์	1	1

เมื่อติดตามต่อเนื่องพบว่าอัตราการเสียชีวิต
ในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักสูงมากถึงร้อยละ 31.3
ในช่วง 1 ปีแรกหลังการรักษา (ตารางที่ 6) ภายหลัง

จากระยะเวลา 1 ปี อัตราการเสียชีวิตไม่สูงเท่ากับ
ปีแรก และเมื่อดูโดยรวมตลอดการศึกษานี้จะพบว่า
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดสูงถึง ร้อยละ 59.5

ตารางที่ 6 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหัก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศรีสะเกษ
ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2553

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้เสียชีวิต (ร้อยละ)					รวม
	ภายในปีที่ 1	ภายในปีที่ 2	ภายในปีที่ 3	ภายในปีที่ 4	ภายในปีที่ 5	
2549 (143 ราย)	60(42.0)	12(8.4)	10(7.0)	11(7.7)	8(5.6)	101(70.6)
2550 (154 ราย)	48(31.2)	13(8.4)	17(11.0)	10(6.5)	11(7.1)	99(64.3)
2551 (132 ราย)	37(28.0)	10(7.6)	10(7.6)	6(4.6)	10(7.6)	73(55.3)
2552 (154 ราย)	48(31.2)	14(9.1)	12(7.8)	11(7.1)	6(3.9)	91(59.1)
2553 (145 ราย)	35(24.1)	10(6.9)	10(6.9)	8(5.5)	6(3.9)	69(47.6)
รวม (728 ราย)	228(31.3)	59(8.1)	59(8.1)	46(6.3)	41(5.6)	433(59.5)

ประเมินผลการรักษาที่ 1 ปีพบว่าในกลุ่มที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัด เสียชีวิต 159 ราย (ร้อยละ 44.5) กลุ่มที่รักษาโดยการผ่าตัดเสียชีวิต 59 ราย (ร้อยละ 15.9) เมื่อพิจารณาอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปีหลังเข้ารับการรักษาในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่าใน

กลุ่มที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัดมีอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปีหลังเข้ารับการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่รักษาโดยการผ่าตัด แตกต่างกันโดยเฉลี่ย ร้อยละ 27.8 (ตารางที่ 7) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $p < 0.01$ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 อัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปีหลังเข้ารับการรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2553

ปีงบประมาณ	รักษาโดยการไม่ผ่าตัด (ร้อยละ)	รักษาโดยการผ่าตัด (ร้อยละ)
2549	50.7	15.9
2550	45.5	13.0
2551	45.1	17.3
2552	40.0	18.8
2553	37.9	12.7

หมายเหตุ จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีจำนวนไม่เท่ากันในแต่ละปี

เมื่อศึกษาถึงโรคร่วมในผู้ป่วยที่เสียชีวิตในปีแรกพบว่ากลุ่มที่รักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดมีอัตราการเสียชีวิตในปีแรกสูงกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็น ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซีด สมอ่งเสื่อม ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม กลุ่มที่รักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดมีอัตราการเสียชีวิตในปีแรกสูงกว่า (ร้อยละ 31.2) กลุ่มที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด (ร้อยละ 10.2) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 โรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ขณะที่กระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในปีแรก จำแนกตามวิธีการรักษา

โรคร่วม	รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด					เสียชีวิต (ร้อยละ)	รักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด					เสียชีวิต (ร้อยละ)
	2549	2550	2551	2552	2553		2549	2550	2551	2552	2553	
ไม่มีโรคร่วม	4	5	5	6	4	10.2	17	15	7	12	8	31.2
เบาหวาน	2		2	1		27.8	1	3	3	3	2	50.0
ความดันโลหิตสูง	2	1	3	1	1	38.1	1	3	2	2	2	40.0
ไตวายเรื้อรัง			1		1	28.6	5	2	3	4	3	68.0
โรคหัวใจ							1		1	2	1	62.5
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					1	16.7	1	1	1	1	1	83.3
สมองเสื่อม				1		16.7		2	1	1		100.0
ซีด	5	4	3	3	3	21.7	11	12	5	11	8	61.0
รวม	13	10	14	12	10		37	38	23	36	25	

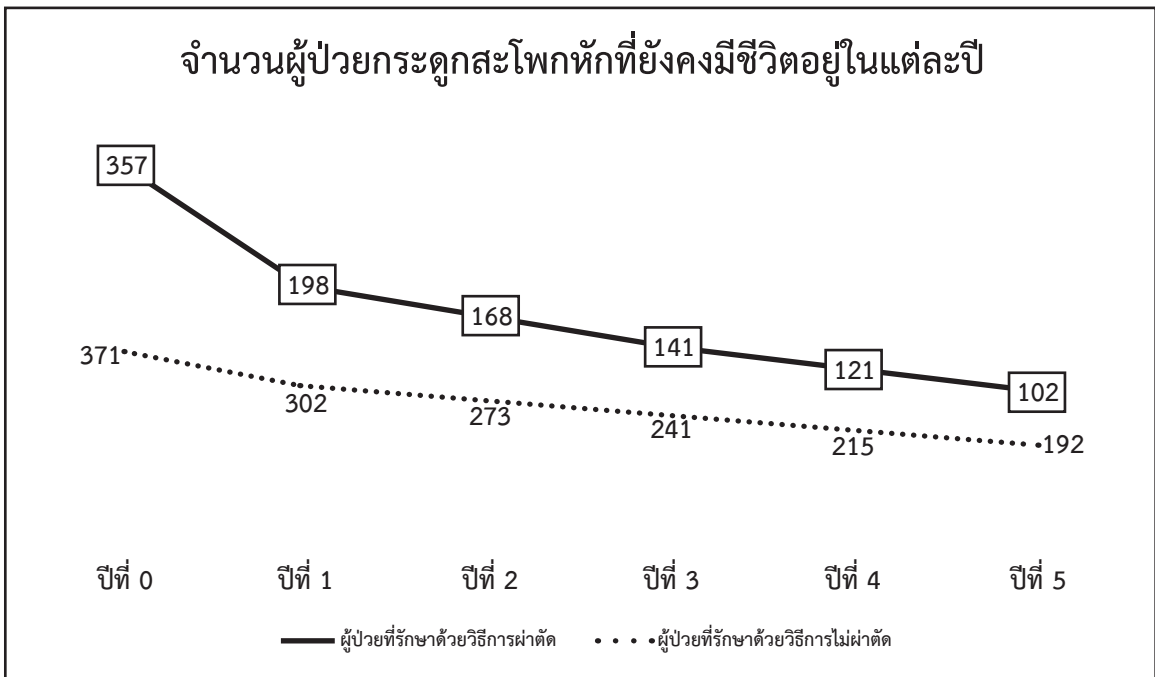
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตพบมากในปีแรก โดยพบมากกว่าในกลุ่มที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัด แต่ตั้งแต่ปีที่ 2 ถึง 5 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 9) และเมื่อติดตามจนถึง 5 ปี พบว่ามีผู้ป่วยที่รักษา

โดยวิธีการผ่าตัดยังมีชีวิตอยู่ 192 ราย ส่วนผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัดยังมีชีวิตอยู่ 102 ราย (แผนภูมิที่ 1)

ตารางที่ 9 จำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เสียชีวิตในแต่ละปี

	ภายในปีที่ 1	ภายในปีที่ 2	ภายในปีที่ 3	ภายในปีที่ 4	ภายในปีที่ 5
รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด	69	29	32	26	23
รักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด	159	30	27	20	19
p-value	< 0.01	0.06	0.19	0.33	0.18

แผนภูมิที่ 1 จำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ยังคงมีชีวิตอยู่ในแต่ละปี



ความสามารถในการเดินด้วยตนเองหรือใช้เครื่องช่วยพยุงในการเดิน ในกลุ่มที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัด 134 ราย (ร้อยละ 37.6) กลุ่มที่รักษาโดยการผ่าตัด 267 ราย (ร้อยละ 72.0) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2553 กลุ่มที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัดและรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดภายใน 1 ปี หลังเข้ารับการรักษา

ผลการรักษา	รักษาโดยการไม่ผ่าตัด	รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Walk without walker aid	3 (0.9)	64 (17.3)
Walk with walker aid	131 (36.7)	203 (54.7)
Wheel chair ambulation	36 (10.1)	30 (8.1)
Bed ridden	33 (9.2)	15 (4.0)

วิจารณ์

อุบัติการณ์เกิดกระดูกสะโพกหักในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2553 พบว่าเท่ากับ 10.4 ต่อประชากร 100,000 คน พบว่ามีอัตราสูงกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้^(8,9) ซึ่งอุบัติการณ์เกิดกระดูกสะโพกหักนี้น่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ร่วมกับอุบัติการณ์เกิดโรคกระดูกพรุนที่เพิ่มมากขึ้นในคนอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนสาเหตุของการเกิดกระดูกหักมักเกิดจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง เช่น จากการหกล้มขณะยืนหรือเดิน ตกจากที่สูงไม่มากนัก อุบัติเหตุจากการจากรถ เช่น รถล้ม นอกจากนี้พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีโรคร่วมทาง อายุรกรรม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อัมพาต ซึ่งน่าจะมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

จากการศึกษานี้พบว่าอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปีแรกพบว่ามีถึงร้อยละ 31.3 และหลังจากกระดูกสะโพกหัก 5 ปี ร้อยละ 59.5 ซึ่งค่อนข้างใกล้เคียงกับผลการศึกษาก่อนหน้า^(10,14,15,16,17) เมื่อพิจารณาอัตราการเสียชีวิตแยกตามการรักษา พบว่า ในกลุ่มที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัด เสียชีวิต 159 ราย (ร้อยละ 44.5) กลุ่มที่รักษาโดยการผ่าตัดเสียชีวิต 69 ราย (ร้อยละ 18.6) และเมื่อพิจารณาถึง ความสามารถในการเดินด้วยตนเองหรือใช้เครื่องช่วยพยุงในการเดิน พบว่าในกลุ่มที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัดมี 134 ราย (ร้อยละ 37.6) กลุ่มที่รักษาโดยการผ่าตัดมี 267 ราย (ร้อยละ 72.0) ซึ่งน่าจะช่วยอธิบายถึงอัตราการตายที่สูงในกลุ่มที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัด โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักมีโรคร่วมทางอายุรกรรม เมื่อไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้

สะดวก ต้องนอนติดเตียง ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ภาวะทอพอพโภชนาการปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับติดเชื้อในกระแสโลหิต แต่เมื่อศึกษาถึงโรคร่วมในผู้ป่วยที่เสียชีวิตในปีแรกพบว่ากลุ่มที่รักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัดมีอัตราการเสียชีวิตในปีแรกสูงกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็น ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซีด สมอแสงเสื่อม ซึ่งน่าจะมีการศึกษาแบบก้าวหน้าเพิ่มเติมในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วมเหล่านี้เพื่อหาปัจจัยที่ทำให้เสียชีวิต รวมถึงกลุ่มที่เสียชีวิตโดยไม่มีโรคร่วมด้วย

เมื่อติดตามผู้ป่วยที่เหลือจนครบ 5 ปี พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงจากปีแรกและค่อนข้างเท่าๆ กันในแต่ละปี ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่หลังจาก 5 ปีเหลือเพียงร้อยละ 42.18 ส่วนมากต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น walker และรถเข็น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องทุกขุทรมานจากความเจ็บปวด รวมถึงอาจเสียชีวิต เกิดผลกระทบต่อกิจกรรมของผู้ป่วย และหน่วยงานที่ให้การรักษา ในแง่งบประมาณ และการดูแลรักษาฟื้นฟูหลังการบาดเจ็บ ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักในประชากรก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลสุขภาพ ป้องกันภาวะโรคกระดูกพรุน ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างที่เพียงพอ ไม่มีของวางเกะกะ หลีกเลี้ยงพื้นที่ลื่น เพื่อป้องกันการล้ม

สรุป

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการเคลื่อนไหวลดลง อัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปีแรก พบมากกว่าในกลุ่มที่รักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะที่มีโรคร่วมเป็นไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซีด สมอเสื่อม ส่วนจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากปีแรกใกล้เคียงกันในทั้งสองกลุ่ม ข้อมูลของการศึกษานี้ สามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เสียชีวิตทั้งในกลุ่มที่รักษาโดยการไม่ผ่าตัดและรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อุดม เพชรภูวดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีโชค วิษณุโยธิน ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เจ้าหน้าที่เวชสถิติ โรงพยาบาลศรีสะเกษ คุณวิไลวรรณ เสาร์ทอง และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สำมะโนประชากรและเคหะ ปี 2543. สำมะโน 2543 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2559]. เข้าถึงได้จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/census/cen_poph43.html
2. สุชีลา จันทร์วิทยานูชิต. The Challenging treatment in Osteoporosis Patient. การประชุมวิชาการ สมาคมรูมาตัสแห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2554. 19-21 มีนาคม พ.ศ. 2554. ณ โรงแรมแกรนด์ไฮแอทรีเจนท์ หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. กรุงเทพฯ: สมาคมรูมาตัสแห่งประเทศไทย; 2554.
3. Davidson CW, Merrilees MJ, Wilkinson TJ. Hip fracture mortality and morbidity-can we do better? NZ Med J 2001; 114: 329-32.
4. Myers AH, Robinson EG, Van Natta ML. Hip fracture among the elderly/; factors associated with in-hospital mortality. Am J Epidemiol 1991; 134: 1128-37.
5. Lyritis GP. Epidemiology of hip fracture: the MEDOS study. Mediterranean osteoporosis study. Osteoporos Int 1995; 6 (suppl 3): 11-5.
6. Cooper C, Campion G, Melton LJ III. Hip fractures in the elderly: a world-wide projection. Osteoporos Int 1992; 2: 285-9.
7. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. Osteoporos Int 1997;7: 407-13.
8. Suriyawongpaisal P, Pimjai S, Wichien L. A multicenter study on hip fractures in Thailand. J Med Assoc Thai 1994; 77: 488-95.
9. Khunkitti N, Aswaboonyalert N, Songparanasilp T, Pipithkul S. Fracture threshold in the Thai elderly and bone mineral density evaluation. J Bone Miner Metab 2000; 18: 96-100.
10. Rojanasthien S, Luevitonvechkij S. Epidemiology of hip fracture in Chiang Mai. J Med Assoc Thai 2005;88(Suppl5): S105-9.

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.
13. Jongjit J, Komsopapong L, Songjakkaew P, Kongsakon R. Health-related quality of life after hip fracture in the elderly community-dwelling. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2003; 34: 670-4.
14. Keene GS, Parker MJ, Pryor GA. Mortality and morbidity after hip fractures. *BMJ* 1993;307:1248-50.
15. Raaymaker EL. The Non-operative Treatment of impacted femoral neck fractures. *Injury* 2002;33:C8-14.
16. Center JR, Nguyen TV, Schneider D, Sambrook PN, Eisman JA. Mortality after all major types of osteoporotic fracture in men and women: an observational study. *Lancet* 1999 Mar;353:878-82.
17. Holmberg S, Conradi P, Kalén R, Thorngren KG. Mortality after cervical hip fracture: 3002 patients followed for 6 years. *Acta Orthopaedica* 1986;57:8-11.