นิพนธ์ต้นฉบับ | Original Articles

ระยะเวลารอดชีพของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกเปราะบาง ที่รักษาด้วยการผ่าตัดเปรียบเทียบกับการไม่ผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุวัยปลาย

Survival Time after Fragility Hip Fractures in Very-Old Age Patients Comparing Operative Versus Nonoperative Treatment

*นพดล เอกัคคตาจิต, พ.บ.**
*Noppadol Aegakkatajit, M.D.**
**กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000*
**Department of Orthopedic, Buri Ram Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000*
Corresponding author, E-mail address: ponrama038@gmail.com
Received: 25 Nov 2025. Revised: 10 Mar 2026. Accepted: 17 Mar 2026.

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : กระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกเปราะบางในผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตสูง การผ่าตัดเป็นวิธีรักษาที่ช่วยเพิ่มการรอดชีพได้ แต่ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) มักมีโรคร่วมหลายระบบ ทำให้การตัดสินใจผ่าตัดมีความซับซ้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุวัยปลายที่กระดูกสะโพกหัก เปรียบเทียบระยะเวลารอดชีพระหว่างการรักษาแบบผ่าตัดและไม่ผ่าตัด และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพ

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบ Retrospective cohort study ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาช่วงระยะเวลา 3 ปี โดยยกเว้นกระดูกหักจาก high energy หรือเคยกระดูกสะโพกหักมาก่อน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากการศึกษานี้ จำนวน 219 ราย รักษาด้วยการผ่าตัด 175 ราย กลุ่มผ่าตัดมี Median survival 1,722 วัน และ 1-year survival ร้อยละ 81.4 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ผ่าตัดที่ 158 วัน และร้อยละ 43.2 ตามลำดับ ($p < 0.001$) จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพ พบว่าการผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรอดชีพ โดยกลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 3.07 เท่าของกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด ($p < 0.001$)

สรุป : ผู้สูงอายุวัยปลายมักเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงจากการผ่าตัดสูง การผ่าตัดมีความสัมพันธ์ต่อการยืดระยะเวลารอดชีพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยควรประเมินสุขภาพก่อนผ่าตัดอย่างเป็นระบบ เพื่อตัดสินใจวิธีรักษาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ : กระดูกสะโพกหัก ผู้สูงอายุวัยปลาย ระยะรอดชีพ โรคร่วม การผ่าตัด

ABSTRACT

Background : Fragility hip fractures in the elderly are associated with high mortality. Although operative treatment can reduce complications and improve survival, decision-making in very-old age patients (≥ 80 years), who often present with multiple comorbidities, remains challenging.

Objective : To describe characteristics of very-old age patients with hip fractures, compare survival between operative and non-operative treatment, and identify factors associated with survival.

Methods : A retrospective cohort study was conducted among patients aged ≥ 80 years admitted with hip fractures over a 3 - year period, excluding high-energy trauma and prior hip fractures.

Results : A total of 219 patients aged 80 - 99 years were included. Of these, 175 patients (79.9%) received operative treatment. Median survival and 1-year survival rates were 1,722 days and 81.4% for the operative group, compared to 158 days and 43.2% in the non-operative group, respectively ($p < 0.001$). Survival differed significantly between groups ($p < 0.001$). Survival time for operative treatment was 3.07-fold longer than that of non-operative treatment significantly ($p < 0.001$).

Conclusion : Operative treatment substantially improves survival in very-old age patients with hip fractures. Despite the high-risk nature of this population, operative treatment should be considered when appropriate. Systematic preoperative health assessment is essential to identify suitable candidates.

Keywords : Fragility hip fracture, Very-old age patient, Operative treatment, Survival time, Survival rate.

หลักการและเหตุผล

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2553 ผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นจนเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มวัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) กลุ่มวัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) และกลุ่มวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)[1]

กระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกเปราะบางในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพมาตลอด ปีพ.ศ. 2540 อุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 1.26 ล้านคน และประมาณการ 4.5 ล้านคนในพ.ศ. 2593[2] การศึกษาในประเทศไทยพบแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน โดยอัตรากระดูกหักเพิ่มตามอายุ โดยกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปีพบจำนวนสูงสุด[3] พบอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือน ร้อยละ 13.5[4] และอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปี ร้อยละ 22[5] โดยผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 70 ปี อยู่ 2.35 เท่า ($p = 0.014$)[6] และ 2.36 เท่า ($p < 0.01$)[7]

การรักษากระดูกสะโพกหักด้วยการผ่าตัดช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเตียง และลดอัตราการเสียชีวิตในระยะยาว[8-9] การรักษาด้วยการไม่ผ่าตัดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าการผ่าตัดอยู่ 1.83 เท่า (p = 0.013)[6] และ 1.33 เท่า (p = 0.06)[7] แต่ยังไม่มีการศึกษาผลการรักษาเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุวัยปลาย ซึ่งเป็นกลุ่มที่เกิดกระดูกสะโพกหักได้สูงกว่ามาก่อน ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดถือเป็นแนวทางมาตรฐาน แต่การตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุวัยปลายยังเป็นประเด็นที่ซับซ้อน เนื่องจากต้องคำนึงถึงความเสี่ยงจากโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การฟื้นตัวที่ช้าลง รวมถึงอายุขัยที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย โดยอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทย เพศชายอยู่ที่ประมาณ 73.5 ปี และเพศหญิง 80.5 ปี[10] อาจส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติได้ ผู้วิจัยในฐานะแพทย์ประจำกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงจึงมีความสนใจศึกษาระยะเวลารอดชีพในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่กระดูกสะโพกหักในกลุ่มที่รักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจทางคลินิก รวมถึงเพื่อวางแผนแนวทางการรักษาอีกทั้งเป็นข้อมูลในการดูแลส่งเสริมสุขภาพชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักวัยปลายที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคร่วม ตำแหน่งของกระดูกสะโพกที่หัก วิธีการรักษา และอัตราการเสียชีวิตหลังกระดูกสะโพกหัก 1 ปี ของผู้ป่วยสูงอายุวัยปลาย
2. เพื่อศึกษาระยะเวลารอดชีพของผู้ป่วยสูงอายุวัยปลายที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ช่วงปีงบประมาณ 2564 ถึง 2567 ด้วยกระดูกสะโพกหักเปรียบเทียบการผ่าตัดและการไม่ผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุวัยปลาย ประกอบด้วยวิธีการรักษา โรคประจำตัว ตำแหน่งของกระดูกสะโพกหัก และการผ่าตัดเร็วภายใน 72 ชั่วโมง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective cohort study ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เลขที่หนังสือรับรอง บร 0033.102.1/78 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

Inclusion criteria คือ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักอายุ 80 ปี ขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567

Exclusion criteria คือ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เกิดจาก high energy ผู้ป่วยที่เคยมีกระดูกสะโพกหักมาก่อน และผู้ป่วยข้อมูลจากเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเช่น เพศ อายุ ตำแหน่งกระดูกสะโพกที่หัก โรคที่พบร่วม การรักษาที่ได้รับ เก็บรวบรวมจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกระดูกสะโพกหัก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงที่ทำการวิจัย

ระยะเวลารอดชีพ คำนวณจากข้อมูลระยะเวลาตั้งแต่วันที่กระดูกหัก ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จนถึงวันที่เสียชีวิต ซึ่งได้ข้อมูลผ่านทางทะเบียนราษฎร์ หรือจนถึงวันสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ (วันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำเป็นในการศึกษาคำนวณโดยใช้วิธีของ Schoenfeld กำหนดค่า Hazard Ratio เท่ากับ 1.83 อ้างอิงจากการศึกษา[6] กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (Alpha 0.05) และอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80 (Power 0.8) พบว่า ต้องมีเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างน้อย 87 ราย (ในการศึกษามีผู้ป่วยเสียชีวิต 106 รายซึ่งเพียงพอ)

$$Total\ events = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{[\ln(HR)]^2 \cdot q_1 \cdot q_0}$$

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับข้อมูลทั่วไปเช่น เพศ อายุ ตำแหน่งกระดูกสะโพกที่หัก โรคร่วม และวิธีการรักษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ระยะเวลารอดชีพ (Survival time) ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วย (Hazard rates) ใช้สถิติ Kaplan-Meier โดยวิธี Log-rank test และวิเคราะห์ฟังก์ชันความเสี่ยงอันตรายตามโมเดลการถดถอยของ Cox (Cox Regression) ตัวแปรแบบพหุ (Multivariate Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลารอดชีพของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุวัยปลายโดยมีการปรับปัจจัยร่วมได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม และตำแหน่งของกระดูกสะโพกหัก วิเคราะห์ข้อมูลโปรแกรม Stata version 16 โดยกำหนดค่า p-value มีนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

จากการสืบค้นเวชระเบียนพบผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในช่วงที่ทำการศึกษา จำนวน 552 ราย อายุน้อยกว่า 70 ปี 111 ราย (ร้อยละ 20.1) อายุ 70 - 79 ปี 210 ราย (ร้อยละ 38) และอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 231 ราย (ร้อยละ 41.8) โดยกระดูกหักจาก high energy 3 ราย และกระดูกหักซ้ำ 9 ราย ได้ถูกคัดออกจากการศึกษา มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา 219 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 80 ปี ถึง 99 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 76.7 เป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด ตำแหน่งกระดูกสะโพกที่หักเป็นส่วน Intertrochanteric fracture (ร้อยละ 72.2) และวิธีการรักษาส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัด 175 ราย (ร้อยละ 79.9) ในช่วงที่เก็บข้อมูลพบผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดเสียชีวิต 71 ราย (ร้อยละ 40.6) และผู้ป่วยกลุ่มไม่ผ่าตัดเสียชีวิต 35 ราย (ร้อยละ 81.4) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักแยกตามวิธีการรักษา (n = 219)

ตัวแปร	ทั้งหมด (n = 219)	ผ่าตัด (n = 175)	ไม่ผ่าตัด (n =43)	p-value
อายุ (ปี), mean ± SD	85.5 ± 4.0	85.1 ± 3.9	86.8 ± 4.4	0.008
เพศหญิง, n (%)	184 (84.0%)	144 (82.3%)	40 (90.9%)	0.163
โรคร่วม, 1 โรค, n (%)	73 (33.3%)	58 (33.1%)	15 (34.1%)	0.370
2 โรคขึ้นไป, n (%)	95 (43.4%)	74 (42.3%)	21 (47.7%)	0.515
ไม่มี, n (ร้อยละ)	51 (23.3%)	43 (24.6%)	8 (18.2%)	
ชนิดของโรคร่วม n, (%)				0.786
Diabetes mellitus	66 (30.1%)	52 (29.7%)	14 (31.8%)	0.924
Essential hypertension	143 (65.3%)	114 (65.1%)	29 (65.9%)	0.151
Chronic kidney disease	53 (24.2%)	46 (26.3%)	7 (15.9%)	0.907
Cerebrovascular disease	26 (11.9%)	21 (12.0%)	5 (11.4%)	0.031
Chronic lung disease	8 (3.7%)	4 (2.3%)	4 (9.1%)	0.637
Type of fracture, n (%)				
Intertrochanteric	158 (72.2%)	125 (71.4%)	33 (75.0%)	
Neck	61 (27.8%)	50 (28.6%)	11 (25.0%)	

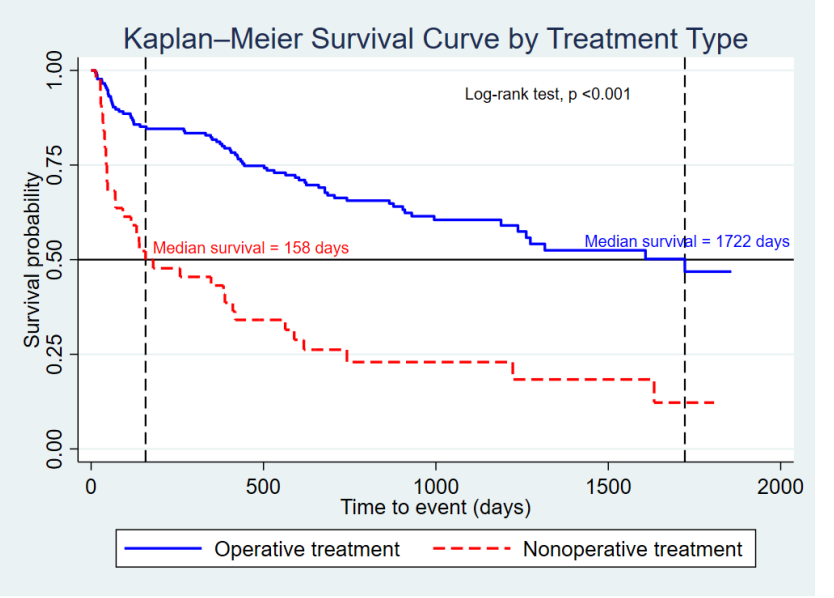
ในการศึกษาระยะเวลารอดชีพนั้น ระยะเวลาติดตามผู้ป่วยทั้งหมดเฉลี่ย 1,087 วัน (SD 420.9 วัน; 95%CI, 406-1,857) การวิเคราะห์ระยะเวลารอดชีพ (Survival analysis) ด้วยวิธี Kaplan-Meier พบว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุวัยปลายมีระยะเวลารอดชีพมัธยฐาน (Median survival time) 1,238 วัน (95%CI 865-1722) และอัตรารอดชีพที่ 1 ปี (1-year survival rate) ร้อยละ 73.5 ได้แสดงข้อมูล Median survival time และ 1-year survival rate แยกตามวิธีรักษาในตารางที่ 2

แผนภูมิที่ 1 แสดง Kaplan-Meier survival curve เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่รักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด พบกราฟการรอดชีพของกลุ่มผ่าตัดอยู่เหนือกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดอย่างชัดเจนตลอดช่วงเวลาการติดตาม สะท้อนถึงอัตราการรอดชีพที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด เมื่อทดสอบความแตกต่างของเส้นกราฟด้วยสถิติ Log-rank test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม (χ^2 = 37.86, p < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับผลการคำนวณ Median survival

ตารางที่ 2 การรอดชีพวิเคราะห์ตามวิธีการรักษา

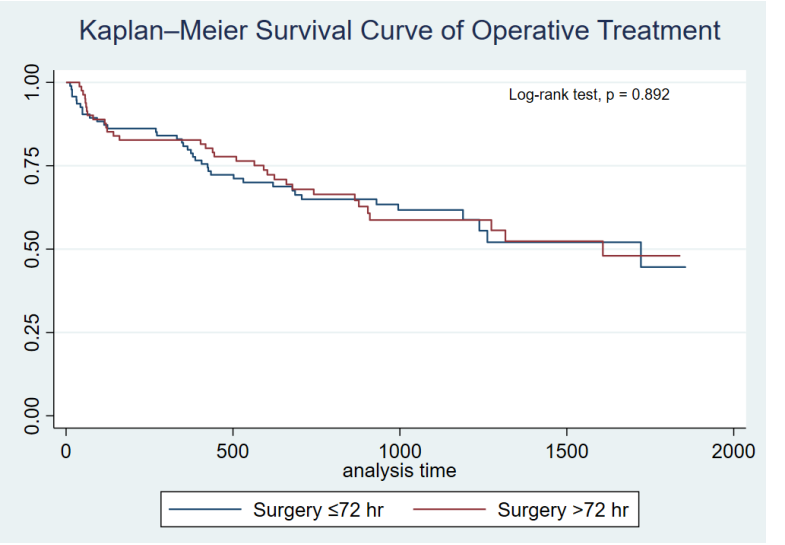
วิธีการรักษา	Median survival (วัน) [95%CI]	1-year survival rate (ร้อยละ) [95%CI]	Log-rank χ^2	p-value
Over all (219)	1,238 [865 - 1,722]	73.5 [67.1-78.9]	37.86	<0.001
Nonoperative treatment (44)	158 [70 - 418]	43.2 [28.4-57.1]		
Operative treatment (175)	1722 [1,238 - NC*]	81.4 [74.8-86.5]		
Operative subgroup analysis			0.02	0.8924
Surgery within 72 hr. (94)	1722 [1,189 - NC*]	82.7% [72.6-89.4]		
Surgery after 72 hr. (81)	1,608 [904- NC*]	79.8% [70.2-86.6]		

*NC (Not calculable) ไม่สามารถคำนวณขอบบนได้เนื่องจากจำนวนผู้ที่ไม่เกิดเหตุการณ์ในช่วงปลายการติดตามยังมีจำนวนมาก



แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิ Kaplan-Meier เปรียบเทียบระยะรอดชีพระหว่างการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด

การวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มรักษาด้วยการผ่าตัด เปรียบเทียบผ่าตัดก่อนและหลัง 72 ชั่วโมงตั้งแต่เกิดกระดูกสะโพกหักได้แสดงในตารางที่ 2 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบ Median survival และ 1-year survival ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดก่อนและหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ทำการทดสอบด้วย Log-rank test พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 0.02, p = 0.8924) แสดงในตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แผนภูมิ Kaplan–Meier เปรียบเทียบระยะรอดชีพระหว่างการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักก่อนและหลัง 72 ชั่วโมง

เมื่อวิเคราะห์โดยปรับปัจจัยร่วมแล้ว พบว่าการผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรอดชีพ โดยกลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 3.07 เท่าของกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด ($p < 0.001$) ขณะที่อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (Adjusted HR = 1.06 ต่อปี, 95% CI 1.01-1.11, $p = 0.017$) ส่วนการศึกษาปัจจัยอื่นหลังควบคุมปัจจัยร่วม พบว่า โรคร่วมและตำแหน่งกระดูกสะโพกหัก ไม่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดอาจเป็นปัจจัยที่สามารถยืดระยะเวลารอดชีพให้ยาวนานกว่าการรักษาโดยการไม่ผ่าตัดได้ (ตารางที่ 3) และเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่ผ่าตัด ปัจจัยการผ่าตัดก่อนและหลัง 72 ชั่วโมงไม่พบความสัมพันธ์กับการรอดชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพ

ปัจจัย	Crude HR [95%CI]	Adjusted HR [95%CI]	p-value
Male (vs. female as reference)	1.23 [0.75-2.01]	1.48 [0.89-2.46]	0.135
Age (per year increase)	1.05 [1.00-1.10]	1.06 [1.01-1.11]	0.031
Comorbid disease			
Only one disease	1.37 [0.79-2.38]	1.32 [0.76-2.29]	0.321
Two or more diseases	1.55 [0.92-2.60]	1.65 [0.97-2.81]	0.064
None	1.00	1.00	
Type of hip fracture			
Neck (vs. intertrochanteric as reference)	0.81 [0.52-1.26]	0.99 [0.63-1.56]	0.959
Treatment of hip fracture			
Nonoperative (vs. operative as reference)	3.36 [2.33-5.07]	3.07 [2.01-4.67]	< 0.001
Operative subgroup analysis			
after 72 hr (vs. within 72 hr as reference)	0.96 [0.61-1.54]	1.06 [0.65-1.72]	0.136

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์เฉลี่ยปีละ 137.8 ราย โดยกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบมากที่สุด (ร้อยละ 41.8) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในประเทศไทย[3] ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งมีความเสี่ยงกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกเปราะบางมากกว่า[6-7] ร้อยละ 79.9 ได้รับการผ่าตัด ซึ่งมากกว่าการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่[6] อาจจากอายุผู้ป่วยในงานวิจัยต่างกัน หรืองานวิจัยนี้เก็บข้อมูลเฉพาะในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจังหวัด ผู้ป่วยที่ตัดสินใจไม่ผ่าตัดจะไม่ได้มีการส่งตัวมารักษาต่อ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐาน พบว่า กลุ่มที่ไม่ผ่าตัดมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ (86.8±4.4 ปี เทียบกับ 85.1±3.9 ปี; p = 0.008) แต่ไม่พบความแตกต่างในตัวแปรอื่น เช่น เพศ โรคร่วม และตำแหน่งกระดูกหัก

การศึกษาของ Bernstein และคณะ[11] พบว่าระยะเวลารอดชีพมัธยฐานในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักทั้งหมด ช่วงอายุ 80 - 85 อยู่ที่ 3.33 ปี (1,215 วัน) เมื่อเปรียบเทียบจากการศึกษาระยะเวลารอดชีพในการศึกษานี้พบว่า ระยะเวลารอดชีพมัธยฐานในผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมดอยู่ที่ 1,238 วัน โดยในกลุ่มที่ผ่าตัดพบอยู่ที่ 1,722 วัน โดยสูงกว่าผู้ป่วยไม่ผ่าตัด (158 วัน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด

ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพหลังปรับปัจจัยร่วม พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา การมีโรคร่วมหลายโรคมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่า[6] ในการศึกษานี้พบแนวโน้มว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมแม้ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ อาจเกิดจากความแปรปรวนของโรคร่วมในกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด งานวิจัยก่อนหน้าพบว่า ผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหักแบบ intertrochanteric มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าแบบ femoral neck fracture โดยเฉพาะช่วง 30 - 90 วันหลังเกิดกระดูกหัก[12] อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของตำแหน่งกระดูกสะโพกที่หักต่อการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นจากทีมดูแลใช้แนวทางการรักษามาตรฐานเดียวกันในทั้งสองลักษณะกระดูกที่หัก ซึ่งมีการศึกษาในไทยที่ได้ผลลัพธ์แบบเดียวกัน[8]

ภาวะกระดูกสะโพกหักในประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง โดยหลายการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีความเสี่ยงเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่พบผลสอดคล้องกัน โดยรายงานว่า การไม่ผ่าตัดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 1.83 เท่า[6] และ 1.33 เท่า[7] ที่การศึกษาจังหวัดน่าน แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษานี้ พบกว่ากลุ่มผ่าตัดมี Median survival ที่สูงกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการผ่าตัดมีระยะรอดชีพที่ยาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัด 3.07 เท่า สอดคล้องกับหลักฐานจากทั้งในและต่างประเทศว่าการผ่าตัดเป็นการรักษามาตรฐานที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามค่า Hazard ratio ของการศึกษานี้และการศึกษาก่อนหน้าในไทย[6-7] แตกต่างกันค่อนข้างมากแม้ปรับปัจจัยร่วมแล้ว อาจอธิบายได้จากระดับอัตราเสี่ยงพื้นฐาน (Baseline hazard) ที่สูงขึ้นของประชากรผู้ป่วยสูงอายุเกิน 80 ปี หรือโรคร่วมหลายระบบ ทำให้ผลกระทบจากการไม่ผ่าตัดรุนแรงมากขึ้น อีกทั้งอาจเกิด selection bias จากการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์เพียงแห่งเดียว ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัดอาจไม่ได้ถูกส่งต่อมา หรือแพทย์พิจารณาผ่าตัดเฉพาะผู้ที่มีความแข็งแรงเพียงพอ ส่งผลให้กลุ่มที่ไม่ได้ผ่าตัดมีความเสี่ยงพื้นฐานที่สูงกว่า การศึกษาที่เก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะความแข็งแรงก่อนการเกิดกระดูกหัก (frailty) เช่น ความสามารถของผู้ป่วยในการเดินหรือเคลื่อนที่ด้วยตนเอง (Ambulation status) และ ASA physical status classification system จะช่วยให้เข้าใจปัจจัยเหล่านี้ได้ชัดเจนมากขึ้นในอนาคต

การศึกษาเรื่องระยะเวลาที่เหมาะสมของการผ่าตัดยังไม่มีข้อสรุปชัดเจน งานวิจัยก่อนหน้าบางฉบับพบการผ่าตัดเร็ว (ภายใน 24 - 72 ชั่วโมง) ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้[8-9] จากงานวิจัยของ Suttaphakti และคณะ[13] รายงานว่า การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ไม่พบความแตกต่างของระยะรอดชีพ 1 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้

ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายแม้อายุจะมากกว่า 80 ปี ซึ่งมักถูกพิจารณาว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน[14] การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการผ่าตัดยังเป็นวิธีการรักษาที่อาจช่วยยืดระยะเวลารอดชีพในผู้ป่วยได้ จึงควรพิจารณารักษาด้วยการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ อย่างไรก็ตาม การเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมยังคงมีความสำคัญ โดยควรมีการประเมินสภาวะสุขภาพโดยรวม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและโรคร่วมต่าง ๆ อย่างครอบคลุมเพื่อตัดสินใจวิธีการรักษาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยต่อไป

สรุป

วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยสูงอายุวัยปลาย แม้อายุและโรคร่วมจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต แต่การผ่าตัดยังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการยืดระยะเวลารอดชีพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การประเมินผู้ป่วยรายบุคคลอย่างเป็นระบบ รวมถึงภาวะสุขภาพพื้นฐานก่อนการผ่าตัดมีความสำคัญต่อการตัดสินใจวางแผนรักษาและลดอัตราการเสียชีวิตในประชากรกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้

1. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุวัยปลายที่กระดูกสะโพกหักได้รับการผ่าตัดอย่างเหมาะสม เนื่องจากข้อมูลจากการศึกษาพบว่า การรักษาด้วยการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการยืดระยะเวลารอดชีพในผู้ป่วยได้

2. ควรประเมินสุขภาพพื้นฐานและโรคร่วมอย่างเป็นระบบ รวมถึงภาวะเสี่ยงก่อนผ่าตัด เช่น frailty และโภชนาการ เพื่อช่วยคัดเลือกแนวทางรักษาที่เหมาะสม

3. ควรพัฒนาระบบดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มผลลัพธ์การรักษา

4. ควรให้ความสำคัญกับการป้องกันกระดูกสะโพกหักในระดับชุมชน เนื่องจากพบสัดส่วนผู้สูงอายุวัยปลายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการให้ความรู้จะช่วยลดภาระโรคได้ในระยะยาว

5. ควรพิจารณาทำการศึกษาเพิ่มเติม โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่นๆ ในจังหวัดบุรีรัมย์ เก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความแข็งแรงก่อนการเกิดกระดูกหัก และเพิ่มระยะเวลาติดตามผู้ป่วยในการศึกษาจะช่วยให้เข้าใจภาวะกระดูกสะโพกหักวัยปลายในจังหวัดบุรีรัมย์ได้ชัดเจนมากขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติสังคม กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในมิติความต่างเชิงพื้นที่ พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ : กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ; 2564.
2. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. Osteoporos Int 1997;7(5):407-13. doi: 10.1007/pl00004148.
3. Charatcharoenwitthaya N, Nimitphong H, Wattanachanya L, Songpatanasilp T, Ongphiphadhanakul B, Deerochanawong C, et al. Epidemiology of hip fractures in Thailand. Osteoporos Int 2024;35(9):1661-8. doi: 10.1007/s00198-024-07140-2.
4. Hannan EL, Magaziner J, Wang JJ, Eastwood EA, Silberzweig SB, Gilbert M, et al. Mortality and locomotion 6 months after hospitalization for hip fracture: risk factors and risk-adjusted hospital outcomes. JAMA 2001;285(21):2736-42. doi: 10.1001/jama.285.21.2736.

5. Downey C, Kelly M, Quinlan JF. Changing trends in the mortality rate at 1-year post hip fracture - a systematic review. World J Orthop 2019;10(3):166-75. doi: 10.5312/wjo.v10.i3.166.
6. Chariyalertsak S, Suriyawongpisal P, Thakkinstain A. Mortality after hip fractures in Thailand. Int Orthop 2001;25(5):294-7. doi: 10.1007/s002640100270.
7. Daraphongsataporn N, Saloa S, Sriruanthong K, Philawuth N, Waiwattana K, Chonyuen P, et al. One-year mortality rate after fragility hip fractures and associated risk in Nan, Thailand. Osteoporos Sarcopenia 2020; 6(2):65-70. doi: 10.1016/j.afos.2020.05.005.
8. Elliott J, Beringer T, Kee F, Marsh D, Willis C, Stevenson M. Predicting survival after treatment for fracture of the proximal femur and the effect of delays to surgery. J Clin Epidemiol 2003;56(8):788-95. doi: 10.1016/s0895-4356(03)00129-x.
9. Simunovic N, Devereaux PJ, Sprague S, Guyatt GH, Schemitsch E, Debeer J, et al. Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis. CMAJ 2010;182(15): 1609-16. doi: 10.1503/cmaj.092220.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. อายุคาดเฉลี่ยของประชากรจากการสำรวจ พ.ศ. 2566. [อินเทอร์เน็ท]. [สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2568]. ค้นได้จาก:URL:https://catalog.nso.go.th/dataset/os_01_00011
11. Bernstein J, Lee A, Xi IL, Ahn J. Estimating Median Survival Following Hip Fracture Among Geriatric Females: (100 - Patient Age) ÷ 4. Cureus 2022;14(6):e26299. doi: 10.7759/cureus.26299.
12. Frisch NB, Wessell N, Charters M, Greenstein A, Shaw J, Peterson E, et al. Hip Fracture Mortality: Differences Between Intertrochanteric and Femoral Neck Fractures. J Surg Orthop Adv 2018;27(1):64-71. PMID: 29762119
13. Suttaphakti B, Tananoo S, Thremthakanpon W, Wanitcharoenporn W. Comparison of One-year Survival Rate of Hip Arthroplasty Performed Within and After 72 Hours in Elderly Femoral Neck Fracture. J sea Ortho 2023;47(2):3-10. DOI: https://doi.org/10.56929/jseaortho-023-0173
14. Turrentine FE, Wang H, Simpson VB, Jones RS. Surgical risk factors, morbidity, and mortality in elderly patients. J Am Coll Surg 2006;203(6):865-77. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.08.026.