

อุบัติการณ์ภาวะข้อสะโพกหลุดภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกชนิดไบโพลาร์ (Bipolar Hemiarthroplasty) ผ่านทางด้านหลังในผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้หมอนรองกระดูก: การศึกษาแบบย้อนหลัง

มานะ มีแทน¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบเชิงพรรณนาอุบัติการณ์ของภาวะข้อสะโพกหลุดภายหลังการผ่าตัด BHA ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้หมอนรองกระดูกภายหลังการผ่าตัด โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วย 48 รายที่ได้รับการผ่าตัด BHA ผ่านทางด้านหลังโดยศัลยแพทย์เพียงท่านเดียว ณ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยแบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้หมอนรองกระดูก (15 ราย) และกลุ่มที่ไม่ใช้ (33 ราย) ติดตามผลทางคลินิกอย่างน้อย 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน Chi-square test หรือ Fisher's exact test และคำนวณช่วงความเชื่อมั่น 95% ด้วยหลัก Rule of Three สำหรับกรณีอุบัติการณ์เป็นศูนย์ ผลการศึกษาไม่พบภาวะข้อสะโพกหลุดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มตลอดระยะเวลาการติดตาม (0%) ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ (เฉลี่ย 71.7 ปี) เพศ โรคร่วม ข้างที่ผ่าตัด ระดับความเสี่ยงทางวิสัญญี (ASA classification) และระยะเวลาอนโรงพยาบาล ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม ค่าขอบเขตบนของช่วงความเชื่อมั่น 95% ของอุบัติการณ์ในกลุ่มที่ใช้หมอนรองกระดูกอยู่ที่ร้อยละ 20.0 ในกลุ่มที่ไม่ใช้อยู่ที่ร้อยละ 9.1 และร้อยละ 6.25 ในภาพรวมทั้งหมด แม้จะไม่พบภาวะข้อสะโพกหลุดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม เนื่องจากขนาดตัวอย่างมีจำกัดและไม่พบเหตุการณ์ การศึกษานี้ยังไม่มีอำนาจทางสถิติเพียงพอในการตรวจจับภาวะแทรกซ้อนที่หายากและไม่สามารถตัดความเสี่ยงของการหลุดออกได้อย่างเด็ดขาด จำเป็นต้องมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าที่มีขนาดตัวอย่างใหญ่กว่าเพื่อยืนยันผลลัพธ์และกำหนดแนวทางการดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: Bipolar Hemiarthroplasty (BHA), Posterior approach, หมอนรองกระดูก

¹นายแพทย์ชำนาญการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Corresponding Author; ,Mana Meetan; manameetan@hotmail.com

Received: February 18, 2026; Revised April 03, 2026; Accepted April 03, 2026.

Incidence of Hip Dislocation Following Bipolar Hemiarthroplasty via Posterior Approach in Patients With and Without Abductor Pillow Use: A Retrospective Cohort Study

Mana Meetan¹

ABSTRACT

This study aimed to descriptively compare the incidence of hip dislocation between patients managed with and without abductor pillows following BHA via a posterior approach. This retrospective cohort study included 48 patients who underwent BHA via a posterior approach, performed by a single surgeon at Sirindhorn Hospital, Khon Kaen, from January 1, 2018 to May 1, 2025. Patients were divided into two groups: those managed with abductor pillows (n=15) and those without (n=33). All patients were followed for at least 12 weeks. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics Chi-square test or Fisher's exact test, and 95% confidence intervals were estimated using the Rule of Three for zero-event outcomes. No instances of postoperative dislocation were observed in either group during the follow-up period (0%). Baseline characteristics, including age (mean 71.7 years), sex, comorbidities, surgical side, ASA classification, and length of hospital stay, showed no statistically significant differences between the two groups. The upper limits of the 95% CI (Rule of Three) were 20.0% and 9.1% for the abductor pillow and non-abductor pillow groups, respectively, and 6.25% for the entire cohort. Although no dislocations were observed in this cohort following BHA with meticulous posterior soft tissue repair, regardless of abductor pillow use, the study is underpowered to detect rare complications given the small sample size and absence of events, and a clinically meaningful risk of dislocation cannot be excluded. Larger prospective studies are required to confirm these findings and further refine postoperative care protocols.

Keywords: Bipolar Hemiarthroplasty (BHA), Posterior approach, Abductor pillow

¹Orthopedist M.D., Department of Orthopedics Surgery, Sirindhorn Hospital, Khonkaen

บทนำ (Introduction)

การผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty (BHA) เป็นวิธีรักษามาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกคอสะโพกหักชนิดเคลื่อน (Displaced femoral neck fracture) เนื่องจากสามารถลดอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มการเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดหรือการผ่าตัดที่ล่าช้า ซึ่งมีรายงานว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับอัตราการเกิด Morbidity และ Mortality ที่เพิ่มสูงขึ้น¹⁻³ อย่างไรก็ตามภาวะข้อสะโพกหลุดภายหลังการผ่าตัดยังคงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย การผ่าตัดผ่านทางด้านหลัง (Posterior approach) เป็นวิธีการผ่าตัดที่ศัลยแพทย์คุ้นเคยและให้การมองเห็นสนามผ่าตัดที่ดี เหมาะสำหรับโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ส่วนใหญ่ใช้เทคนิคนี้เป็นหลัก แม้ว่าจะมีรายงานอัตราข้อสะโพกหลุดสูงกว่าวิธี Anterior approach แต่ความเสี่ยงดังกล่าวสามารถลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อมีการซ่อมแซม Posterior capsule และกล้ามเนื้อ Short external rotators อย่างประณีต การศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น รายงานของ Timperley และ Whitehouse (2003) พบ

อุบัติการณ์ของการหลุดของข้อสะโพกที่สูงขึ้นเมื่อใช้การผ่าตัดผ่านทางด้านหลัง⁴ ขณะที่ Fakler และคณะ รายงานอัตราการหลุดร้อยละ 1.9 เมื่อใช้วิธีผ่าตัดแบบ Anterior และ Anterolateral approach⁵ ในทำนองเดียวกัน Enocson และคณะ (2008) รายงานอัตราการหลุดสูงถึงร้อยละ 13 หลังการผ่าตัด BHA ด้วยการผ่าตัดผ่านทางด้านหลัง⁶ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในระยะหลังเสนอว่าการซ่อมแซมเนื้อเยื่ออ่อนด้านหลังอย่างพิถีพิถันอาจช่วยลดความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ^{7,8} หมอนรองกางขา (Abductor pillow) ทำหน้าที่รักษาแนวขาทางออก (Abduction) และป้องกันการหมุนเข้าด้านใน (Internal rotation) ซึ่งเป็นท่าทางที่เสี่ยงต่อการหลุดของข้อสะโพกภายหลังการผ่าตัดผ่านทางด้านหลัง โดยเฉพาะในช่วง 6-12 สัปดาห์แรก ที่เนื้อเยื่ออ่อนยังอยู่ในระยะสมานตัว อย่างไรก็ตาม การใช้อุปกรณ์ดังกล่าวมีข้อเสียและข้อจำกัดที่ต้องพิจารณาได้แก่ ความไม่สุขสบายของผู้ป่วย การเกิดแผลกดทับบริเวณที่สัมผัส การจำกัดความสามารถในการเคลื่อนไหว และทำกายภาพบำบัดในระยะต้น รวมถึงภาระงานทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาความเสี่ยงต่อการหลุดหลังผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดแบบเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมด (Total hip arthroplasty;

THA) กับ BHA ซึ่ง THA จำเป็นต้องใส่ acetabular component และต้องปรับแนว orientation ให้เหมาะสม หาก inclination หรือ anteversion ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงได้ง่ายกว่า ในขณะที่ BHA ไม่มีการใส่ acetabular component โดยหัวข้อสะโพกเทียมชนิด bipolar จะเคลื่อนในโพรงภายใน acetabulum เดิมของผู้ป่วย ดังนั้นหลักฐานส่วนใหญ่เกี่ยวกับการใช้หมอนรองก้นขาหลังการผ่าตัดมักพบในการศึกษาหลังผ่าตัด THA มากกว่าใน BHA

แม้ว่าจะมีข้อมูลสนับสนุนบทบาทของการซ่อมแซมเนื้อเยื่ออ่อนด้านหลัง การใช้หมอนรองก้นขาหลังการผ่าตัดยังคงเป็นแนวทางปฏิบัติที่ใช้กันอย่างต่อเนื่องในหลายสถาบัน⁹ ทั้งนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันถึงความจำเป็นของการใช้หมอนรองก้นขา ยังมีอยู่อย่างจำกัด ตัวอย่างเช่น McDonald (2020) รายงานว่าการใช้หมอนรองก้นขาภายหลังการผ่าตัด THA ไม่สามารถลดความเสี่ยงของการหลุดของข้อสะโพกได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ นอกจากนี้ Eannucci และคณะ (2019) ยังแสดงให้เห็นว่าแนวทาง "Pose avoidance" ซึ่งไม่ใช่เครื่องมือนำจำกัดการเคลื่อนไหว อาจมีความปลอดภัยและส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วยได้ดีขึ้น¹¹

จากการทบทวนข้อมูลของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด BHA ผ่านทางด้านหลังในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 10 ราย พ.ศ. 2566 จำนวน 14 ราย และ พ.ศ. 2567 จำนวน 15 ราย โดยในช่วงปี พ.ศ. 2561–2564 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการใช้หมอนรองก้นขาภายหลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 อัตราการใช้หมอนรองก้นขาลดลงเนื่องจากผู้ป่วยบางรายเกิดความไม่สุขสบายจากการใช้งาน และพัฒนาการด้านโปรโตคอลกายภาพบำบัดที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวเร็วขึ้น พบแนวโน้มที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ใช้หมอนรองก้นขาภายหลังการผ่าตัดไม่พบภาวะข้อสะโพกหลุด อย่างไรก็ตาม การสังเกตดังกล่าวยังขาดการศึกษาที่เป็นระบบเพื่อยืนยันผล ด้วยเหตุนี้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความจำเป็นของการใช้หมอนรองก้นขาหลังการผ่าตัด BHA อย่างเป็นระบบ

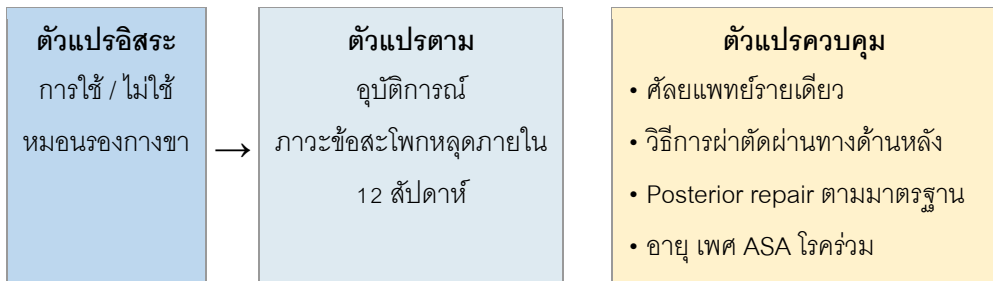
วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อเปรียบเทียบเชิงพรรณนาอุบัติการณ์ (Incidence) ของภาวะข้อสะโพกหลุด (Hip dislocation) ภายหลังการผ่าตัด BHA ด้วยวิธีการผ่าตัดผ่านทางด้านหลัง

ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ และ
ไม่ใช้หมอนรองก้างขาภายหลังการผ่าตัด

2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะ
ข้อสะโพกหลุดภายหลังจากการผ่าตัด BHA ด้วย
วิธีการผ่าตัดผ่านทางด้านหลัง

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective cohort study โดยทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty ผ่านทางด้านหลัง และติดตามผลลัพธ์การเกิดภาวะข้อสะโพกหลุดภายใน 12 สัปดาห์หลังผ่าตัด

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกระดูกคอสะโพกหัก (Femoral neck fracture) และได้รับการผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty ณ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 48 รายติดต่อกัน (Consecutive patients) ซึ่งผ่านเกณฑ์คัดเข้าและไม่เข้าข่ายเกณฑ์คัดออก เนื่องจาก

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง และจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์มีจำนวนจำกัดตามลักษณะของโรคและบริบทของหน่วยบริการ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการคัดเลือกแบบรวมทั้งหมด (Total population sampling) ผู้ป่วยทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและไม่เข้าข่ายเกณฑ์คัดออกในช่วงเวลาดังกล่าว โดยมีได้ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างล่วงหน้า จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ทางคลินิกในสภาพการปฏิบัติงานจริงและลดความเอนเอียงจากการคัดเลือก (Selection bias)

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัย Closed fracture neck of femur (แม้ว่าโดยทั่วไป BHA มักพิจารณาในผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี แต่ผู้ป่วยบางรายอายุ 50-60 ปี ที่มีคุณภาพกระดูกไม่เหมาะสมสำหรับ

Internal fixation เช่น กระดูกพรุนรุนแรง หรือ Comminuted fracture ที่มีความเสี่ยงสูงต่อ Nonunion หรือ Avascular necrosis หรือมีโรคร่วมซับซ้อน และ Activity level ต่ำ อาจได้รับการพิจารณาทำ BHA แทน จึงกำหนดอายุขั้นต่ำที่ 50 ปี

2. ได้รับการผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty ผ่านทางด้านหลัง โดย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพียงท่านเดียว ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

3. ได้รับการติดตามผลทางคลินิก อย่างน้อย 12 สัปดาห์หลังการผ่าตัด

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ป่วยที่ผล Preoperative film พบ Degenerative change of acetabulum

2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านระบบประสาท หรือภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถสื่อสารและให้ความร่วมมือได้

3. ผู้ป่วยที่ข้อมูลตัวแปรผลลัพธ์หลัก (ภาวะข้อสะโพกหลุด) ในระยะเวลาเป็นไม่ครบถ้วน หรือติดตามผลได้น้อยกว่า 12 สัปดาห์

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดผ่านวิธี ผ่าตัดผ่านทางด้านหลัง และมีการซ่อมแซม Short external rotators, Piriformis และ Posterior capsule อย่างพิถีพิถันทุกราย ดังภาพที่ 1 และ 2



ภาพที่ 1 แสดงตำแหน่งการจัดท่าผู้ป่วยในท่านอนตะแคงขวา (right lateral decubitus position) สำหรับการผ่าตัดข้อสะโพกเข้าด้วยวิธีผ่าตัดผ่านทางด้านหลัง



ภาพที่ 2 แสดงการซ่อมแซมเนื้อเยื่ออ่อนด้านหลังของข้อสะโพก ประกอบด้วย Posterior capsule, Short external rotators และเอ็น Piriformis การใส่ Bipolar Prosthesis

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการ ใช้ Modular bipolar prosthesis ชนิดเดียวกันทั้งหมด ด้วยเทคนิค Cementless fixation ในทุกราย ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงลักษณะและโครงสร้างของ Bipolar hemiarthroplasty prosthesis ที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามแนวทางการดูแลหลังผ่าตัด ได้แก่

- **กลุ่มไม่ใช้หมอนรองกางขา** จำนวน 15 ราย ซึ่งได้รับการใช้หมอนรองกางขาชนิดผ้าพับ (Folded Cloth Abductor pillow) ระหว่างการพักบนเตียงตลอดระยะเวลาอนโรยพยาบาลและได้รับคำแนะนำให้ใช้ต่อเนื่องจนครบ 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด โดยมีการบันทึกในเวชระเบียนเป็นหลักฐาน



ภาพที่ 4 ก

- **กลุ่มไม่ใช้หมอนรองกางขา** จำนวน 33 ราย ซึ่งไม่ได้ใช้อุปกรณ์หมอนรองกางขาจำกัดการเคลื่อนไหวของขาหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดเดียวกันทุกประการ ยกเว้นการใช้หมอนรองกางขา และได้รับการติดตามผลอย่างน้อย 12 สัปดาห์

ภาพที่ 4 (ก) กลุ่มที่ไม่ใช้หมอนรองกางขา; ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวขาได้ตามปกติ ภายใต้คำแนะนำของนักกายภาพบำบัด (ข) กลุ่มที่ใช้หมอนรองกางขา; วางหมอนรองกางขาเพื่อรักษาแนว Abduction และป้องกัน Internal rotation

ภาพที่ 4 ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นสำหรับการรวบรวมข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญแล้วจำนวน 3 ท่าน โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ข้อมูลทางคลินิก และผลลัพธ์หลังการผ่าตัด

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง ซึ่งได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้แก่ อายุ เพศ ข้างที่ผ่าตัด โรคร่วม การจัดระดับความเสี่ยงทางวิสัญญี (ASA classification) ระยะเวลาอนโรงพยาบาล และภาวะข้อสะโพกหลุดหลังการผ่าตัด ติดตามผลที่ 2, 6, และ 12 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงพรรณนาแสดงในรูปของค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และความถี่ตามความเหมาะสม โดยแยกสถิติตามประเภทตัวแปร ดังนี้

1. **ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variables)** ได้แก่ อายุ และระยะเวลาอนโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วย Independent t-test รายงานเป็นค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm SD) และช่วง (Range)

2. **ตัวแปรจัดประเภท (Categorical variables)** ได้แก่ เพศ โรคร่วม ข้างที่ผ่าตัด

และ ASA classification ใช้ Chi-square test สำหรับเซลล์ที่มีค่าความถี่คาดหวัง (Expected frequency) ≥ 5 และใช้ Fisher's exact test สำหรับเซลล์ที่มีค่าความถี่คาดหวัง < 5 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

3. **อุบัติการณ์ภาวะข้อสะโพกหลุด** เนื่องจากไม่พบเหตุการณ์ข้อสะโพกหลุด (Zero events) ใช้หลัก Rule of Three ในการคำนวณค่าขอบเขตบนของช่วงความเชื่อมั่น 95% โดยค่าขอบเขตบน = $3/n$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional Review Board; IRB) ของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่หนังสือรับรองเลขที่ ECCERT68014

ผลการวิจัย

ลักษณะประชากรและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย การศึกษานี้รวบรวมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty (BHA) จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้หมอนรองก้างขา 15 ราย และกลุ่มที่ไม่ใช้หมอนรองก้างขา 33 ราย โดยมีการติดตามผลทางคลินิกอย่างน้อย 12 สัปดาห์

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรและข้อมูลทางคลินิก พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร โดยกลุ่มที่ใช้หมอนรองก้างขามีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้เล็กน้อย

(74.26±8.07 ปี และ 70.57±7.73 ปี ตามลำดับ; p=0.138) วิเคราะห์ด้วย Independent t-test ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง และมีโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค สำหรับด้านที่ได้รับการผ่าตัดและ ASA classification มีการกระจายตัวใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม

(วิเคราะห์ด้วย Chi-square test) ขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช้หมอนรองกวางขามีระยะเวลาอนโรยพยาบาลเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ใช้เพียงเล็กน้อย (10.4±3.0 วัน และ 9.8±3.4 วัน ตามลำดับ; p=0.542) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

ตัวแปร	กลุ่มใช้	กลุ่มไม่ใช้	รวม	p-value
	Abductor Pillow (n=15)	Abductor Pillow (n=33)		
อายุ (ปี) (mean ± SD) (range)	74.26 ± 8.07 (63–92)	70.57 ± 7.73 (54–85)	71.72 ± 8.02 (54–92)	0.138
เพศ				0.704
- เพศหญิง	12 (80%)	28 (84.8%)	40 (ราย)	
- เพศชาย	3 (20%)	5 (15.2%)	8 (ราย)	
โรคร่วม				1.000 (Fisher's exact test)
- ไม่มีโรคร่วม	2 (13.3%)	5 (15.2%)	7 (ราย)	
- โรคร่วม ≥ 1 โรค	13 (86.7%)	28 (84.8%)	41 (ราย)	
ข้างที่ผ่าตัด				0.758
- ข้างที่ผ่าตัด ข้างซ้าย	7 (46.7%)	17 (51.5%)	24 (ราย)	
- ข้างที่ผ่าตัด ข้างขวา	8 (53.3%)	16 (48.5%)	24 (ราย)	
ASA classification				0.463
- ASA Class II	6 (40%)	17 (51.5%)	23 (ราย)	
- ASA Class III	9 (60%)	16 (48.5%)	25 (ราย)	
ระยะเวลาอน โรยพยาบาล(วัน) (mean ± SD) (range)	9.8 ± 3.4 (6–20)	10.4 ± 3.0 (6–17)	10.2 ± 3.1 (6–20)	0.542

ด้านอุบัติการณ์ ผลการศึกษาไม่พบภาวะข้อสะโพกหลุด (0%) ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มตลอดระยะเวลาการติดตามผล เมื่อวิเคราะห์ด้วยหลัก Rule of Three พบว่าช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของอุบัติการณ์ในกลุ่มที่ใช้หมอนรองกวางขามีค่าขอบเขตบน

ร้อยละ 20.0 ในกลุ่มที่ไม่ใช้หมอนรองกวางขามีค่าขอบเขตบนเพียงร้อยละ 9.1 และเมื่อพิจารณาภาพรวมทั้งหมด 48 ราย มีค่าขอบเขตบนเพียงร้อยละ 6.25 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อุบัติการณ์ภาวะข้อสะโพกหลุดหลังผ่าตัด BHA

กลุ่มการดูแล	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	ข้อสะโพกหลุด (ราย)	อุบัติการณ์ (%)	95% CI ของอุบัติการณ์
กลุ่มใช้ Abductor Pillow	15	0	0	0% – 20.0%
กลุ่มไม่ใช้ Abductor pillow	33	0	0	0% – 9.1%
รวม	48	0	0	0% – 6.25%

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากการศึกษาลักษณะทางประชากรและข้อมูลทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้หมอนรองกวางขาไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ซึ่งช่วยลดอิทธิพลของปัจจัยกวนและยืนยันว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความสามารถในการเปรียบเทียบกันได้ (Comparability) การศึกษานี้ไม่พบภาวะข้อสะโพกหลุด (0%) ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ในทุกช่วงเวลาติดตาม ตลอดจนการติดตามผลอย่างน้อย 12 สัปดาห์ ซึ่งผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าภายใต้มาตรฐานการดูแลรักษาที่เหมาะสม อุบัติการณ์ของภาวะดังกล่าวอาจพบได้น้อยมากหรือเป็นศูนย์^{4,7,8,12} แม้จะใช้การผ่าตัด

ผ่านทางด้านหลัง ซึ่งในงานวิจัยของ Timperley และ Whitehouse (2003)⁴ และ Enocson และคณะ (2008)⁶ เคยรายงานอัตราการหลุดสูงถึงร้อยละ 13 โดยเฉพาะในรายที่มีการซ่อมแซมเนื้อเยื่ออ่อนไม่สมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่อุบัติการณ์เป็นศูนย์สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการในระยะหลังที่เสนอว่าความเสี่ยงลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อมีการซ่อมแซม Posterior capsule และกลุ่มกล้ามเนื้อ Short external rotators อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ Kim และคณะ (2016)^{7,8} ที่ระบุว่าความสมบูรณ์ของการซ่อมแซมเนื้อเยื่ออ่อนด้านหลังเป็นปัจจัยชี้ขาดต่อความมั่นคงของข้อสะโพกมากกว่าอุปกรณ์ประคองท่าทาง ผลลัพธ์นี้จึงสนับสนุนแนวคิดว่าคุณภาพของเทคนิคการผ่าตัดมี

บทบาทสำคัญกว่าการเพิ่มข้อจำกัดในการดูแลหลังผ่าตัด นอกจากนี้ ผลการศึกษา ยังสอดคล้องกับ McDonald (2020)¹⁰ ที่ไม่พบว่าการใช้หมอนรองขาช่วยลดอัตราการหลุดในผู้ป่วย THA และแนวทาง "Pose avoidance" ของ Eannucci และคณะ (2019)^{11,13,14} ที่เน้นการให้ความรู้ผู้ป่วยทดแทนการใช้อุปกรณ์จำกัดการเคลื่อนไหวแบบตายตัว เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แม้การวิเคราะห์ด้วยหลัก Rule of Three จะระบุค่าขอบเขตบนของช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 6.25 ซึ่งหมายความว่ายังไม่สามารถตัดความเป็นไปได้ของอุบัติการณ์การหลุดได้อย่างเด็ดขาดเนื่องจากขนาดตัวอย่างที่จำกัด แต่เมื่อพิจารณาในมุมมองเชิงสาธารณสุข การลดการใช้หมอนรองขาช่วยลดความไม่สบายของผู้ป่วย เพิ่มโอกาสในการเคลื่อนไหวเร็ว และน่าจะลดภาระงานทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าอุบัติการณ์ที่เท่ากับร้อยละ 0 ในการศึกษานี้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยสนับสนุนหลายประการ ประการแรกคือแนวโน้มการพัฒนาด้านการออกแบบข้อสะโพกเทียมในปัจจุบัน (Modern prosthesis design)¹⁵ ที่ช่วยลดโอกาสการขัด (Impingement) และเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวที่มั่นคงขึ้น ประการต่อมาคือ มาตรฐานของเทคนิคการผ่าตัดที่ให้ความสำคัญกับการซ่อมแซมเนื้อเยื่ออ่อนด้านหลังอย่างประณีต

ยังไม่พบภาวะข้อสะโพกหลุดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มตลอดระยะเวลาติดตาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของงานวิจัยในปัจจุบันที่แสดงให้เห็นว่าการซ่อมแซม Posterior capsule อย่างเหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะข้อสะโพกหลุดได้อย่างไรก็ตาม เนื่องจากจำนวนตัวอย่างมีจำกัด การศึกษานี้ยังไม่สามารถสรุปความปลอดภัยหรือยืนยันความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มได้อย่างชัดเจน จำเป็นต้องมีการศึกษาขนาดใหญ่เพื่อยืนยันผลลัพธ์ดังกล่าว

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญหลายประการ

1. **ขนาดตัวอย่างจำกัด** (n=48) อำนาจทางสถิติไม่เพียงพอในการตรวจจับภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อย ยังไม่สามารถตัดความเสี่ยงของการเกิดภาวะข้อสะโพกหลุดออกได้อย่างสิ้นเชิง

2. **รูปแบบการศึกษาย้อนหลัง** (Retrospective cohort study) — ไม่สามารถควบคุม Confounding factors ได้ทั้งหมด เช่น คุณภาพกระดูก ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับกิจกรรมของผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้เก็บไว้ในเวชระเบียน

3. **การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติตามช่วงเวลา** มิใช่การสุ่ม จึงอาจมี Selection bias แฝงอยู่

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าในบริบทของการผ่าตัด BHA ผ่านทางด้านหลังที่มีการซ่อมแซมเนื้อเยื่ออ่อนอย่างประณีต ร่วมกับแนวโน้มการพัฒนาคุณลักษณะของข้อสะโพกเทียมในปัจจุบัน การใช้หมอนรองกวางขาอาจไม่จำเป็นต้องใช้เป็นกิจวัตรในผู้ป่วยทุกราย สถานพยาบาลอาจพิจารณาปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) โดยให้ความสำคัญกับการประเมินรายบุคคล หากศัลยแพทย์ประเมินว่ามีความมั่นคงของข้อสะโพกดีและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ การไม่ใช้อุปกรณ์ดังกล่าวจะช่วยลดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและเพิ่มความสะดวกแก่ผู้ป่วย

เนื่องจากงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านรูปแบบการศึกษาและขนาดกลุ่มตัวอย่าง จึงควรมีการศึกษาต่อยอดในรูปแบบการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective study) หรือการศึกษาแบบหลายศูนย์ (Multicenter study) เพื่อเพิ่มอำนาจทางสถิติและยืนยันความปลอดภัยในวงกว้าง นอกจากนี้ควรเพิ่มการประเมินมิติด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่หนักแน่นในการพัฒนาโยบายการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุนทร ธีรพัฒน์พงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นอย่างสูง สำหรับการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการ

ดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ รวมถึงขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kenzora JE, McCarthy RE, Lowell JD, Sledge JB. Hip fracture mortality: relation to age, treatment, preoperative illness, time of surgery, and complications. Clin Orthop Relat Res. 1984;(186):45–56.
2. Shin ED, Sandhu KP, Wiseley BR, et al. Mortality rates after nonoperative geriatric hip fracture treatment: a matched cohort analysis. J Orthop Trauma. 2023;37(2):e45–e52.
3. Al-Mohrej OA, Alshaalan FN, Aldakhil SS, Rahman WA. One-year mortality rates following fracture of the femoral neck treated with hip arthroplasty in an aging Saudi population: a trauma center experience. Geriatr Orthop Surg Rehabil. 2020;11:1–6.
4. Timperley RJ, Whitehouse IM. Dislocation of bipolar hip hemiarthroplasty through a posterolateral approach. Injury. 2003;34(7):535–537.
5. Fakler JKM, Rositzka M, Schopow N, Roth A, Zajonz D, Ghanem M, et al. Factors associated with dislocation after bipolar hemiarthroplasty through

- an (antero-)lateral approach in elderly patients with a femoral neck fracture: a retrospective cohort study with a nested case-control subanalysis of radiographic parameters. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2022;48(6):4749–4757.
6. Enocson A, Tidermark J, Törnkvist H, Lapidus LJ. Dislocation of hemiarthroplasty after femoral neck fracture: better outcome after the anterolateral approach. *Acta Orthop.* 2008;79(2):211–217.
 7. Kim Y, Kim JK, Joo IH, Hwang KT, Kim YH. Risk factors associated with dislocation after bipolar hemiarthroplasty in elderly patients with femoral neck fracture. *Hip Pelvis.* 2016;28(2):104–111.
 8. Jones C, Briffa N, Jacob J, Hargrove R. The dislocated hip hemiarthroplasty: current concepts of etiological factors and management. *Open Orthop J.* 2017;11:1341–1349.
 9. Ferrel JR. **Hip Hemiarthroplasty Protocol [Internet].** Columbus (OH): Orthopedic ONE; 2024 Jul 10 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.orthopedicone.com/wp-content/uploads/2024/10/Rehab-protocol-Hip-Hemiarthroplasty.pdf>
 10. McDonald CK. **Hip abductor pillow use following total hip arthroplasty does not decrease acute dislocation rates.** *Acta Orthop Belg.* 2020;86(Suppl 2):26–30.
 11. Eannucci EF, Barlow BT, Carroll KM, et al. A protocol of pose avoidance in place of hip precautions after posterior-approach total hip arthroplasty may not increase risk of postoperative dislocation. *HSS J.* 2019;15(3):250–257.
 12. Barnes CL, Berry DJ, Sledge CB. Dislocation after bipolar hemiarthroplasty of the hip. *J Arthroplasty.* 1995;10(5):667–669.
 13. Lightfoot CJ, Sehat KR, Drury G, Brewin C, Coole C, Drummond A. Hip precautions after hip operation (HippityHop): protocol for a before and after study evaluating hip precautions following total hip replacement. *Br J Occup Ther.* 2018;81(8):440–446. doi:10.1177/0308022618757183
 14. Brigham and Women's Hospital Department of Rehabilitation Services. **Total Hip Arthroplasty/Hemiarthroplasty Protocol [Internet].** Boston: Brigham and Women's Hospital, Inc.; 2022 [cited 2025 Jan 29]. Available from: <https://www.brighamandwomens.org/assets/BWH/patients-and-families/rehabilitation-services/pdfs/tha-protocol.pdf>
 15. Varley J, Parker MJ. **Stability of hip hemiarthroplasties.** *Int Orthop.* 2004;28(4):274–277.