

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษากระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2549–กันยายน พ.ศ. 2551

ชัยวิเชียร กิจพ่อคำ พ.บ.*

Abstract : Hip fractures study in old aged patients of Samutsakhon Hospital since October 2006 to September 2008

Chaiwichian Kitporca M.D.*

* Department of Orthopaedic Surgery, Samutsakhon Hospital, Samutsakhon Province, Thailand.

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2011;28:174-86

This retrospective study of 95 Samutsakhon Hospital Inpatients who were admitted with low energy trauma hip fractures since October 2006 to September 2008. They were 56 patients of Femoral neck fracture and 39 patients of Intertrochanteric fracture. Their average age were 77.4 year old (60-90 year old). These patients were 22 males (23.16 percent) and 73 female (76.84 percent), were followed up 1.96 years in average time (0.02-4.89 years). The mortality rate was 30.53 percent within one year after initial low energy trauma. Sepsis was the cause of death with underlying diseases such as diabetes, heart disease, chronic obstructive pulmonary diseases and cancers.

* กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

บทนำ

ในปี พ.ศ.2553 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 63,878,267 คน โดยที่กำหนดให้ประชากรอายุมากกว่า 60 ปี เป็นผู้สูงอายุมีจำนวนถึง 7,493,227 คน (ร้อยละ 11.73) เป็นชาย 3,326,052 คน (ร้อยละ 5.21) และหญิง 4,167,175 คน (ร้อยละ 6.52) ซึ่งจำนวนประชากรผู้สูงอายุนี้อัตราส่วนเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับ 10 ปีก่อน (พ.ศ.2544) ที่มีประชากรทั้งหมด 62,308,807 คน โดยเป็นผู้มีอายุเกินกว่า 60 ปี จำนวน 5,614,392 คน (ร้อยละ 9.01) เป็นชาย 2,529,091 คน (ร้อยละ 4.06) และหญิง 3,085,301 คน (ร้อยละ 4.95)¹ ดังนั้น การบริการทางการแพทย์จะต้องตระหนักถึงประชากรสูงอายุเหล่านี้ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นไปทุกปี เมื่อประชากรไทยมีอายุยืนขึ้น แต่ด้วยเศรษฐกิจที่ไม่ดี ทำให้การดำรงชีวิตไม่มีคุณภาพมากเพียงพอ รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมไม่เพียงพอ ดื่มนมค่อนข้างน้อย อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม โรคประจำตัวที่เพิ่มมากขึ้นจากการรับประทานอาหารไม่ถูกสัดส่วน ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการออกกำลังกาย รวมทั้งภาวะกระดูกพรุนมากขึ้นตามความเสื่อมของร่างกายที่มากตามอายุ เมื่อมีการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง เช่น การตกจากเตียง แก้วน้ำ หรือหกล้มขณะที่เดิน จึงเกิดความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสะโพกหักได้ง่าย ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกสะโพกหักเริ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 65 ปี และเพิ่มขึ้นชัดเจนตั้งแต่อายุ 70 ปีขึ้นไป²

จากการศึกษาของ สัตยา โรจนเสถียร พบอุบัติการณ์เกิดกระดูกสะโพกหัก 151.2 รายต่อประชากรแสนคน จากการสำรวจในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในช่วงปี พ.ศ.2540-2541³

และ 185.2 รายต่อประชากรแสนคนจากการสำรวจในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับวิทยานิพนธ์ของ ภักทวิทย์ วรรณรัตน์⁴ ที่พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุและอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 2 ต่อ 1 โดยมีปัจจัยเสี่ยงได้แก่เชื้อชาติจีน ขาดการออกกำลังกาย มีโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะที่ทำให้เดินผิดปกติ สำหรับข้อมูลในต่างประเทศพบอัตราตายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกบริเวณสะโพกหักจากการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงค่อนข้างสูงโดยประมาณร้อยละ 15-20 และอาจจะมากถึงร้อยละ 13-37⁵⁻¹² ซึ่งแตกต่างจากอัตราการตายในผู้ป่วยคนหนุ่มสาวที่มีกระดูกบริเวณสะโพกหักจากการบาดเจ็บที่รุนแรง จึงทำให้เกิดความไม่เข้าใจของญาติของผู้ป่วยต่อผลการรักษา ดังนั้นแพทย์จึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงข้อมูลพื้นฐานรวมถึงความรุนแรงของโรค อัตราการเกิดความพิการ ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาแบบผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด ตามข้อมูลจากต่างประเทศ ผู้เขียนจึงได้ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษารักษาจากโรคกระดูกสะโพกหักจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรงในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ.2549 - เดือนกันยายน พ.ศ.2551 และติดตามไปเป็นเวลาประมาณ 5 ปี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นของโรงพยาบาลสมุทรสาคร **วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา**

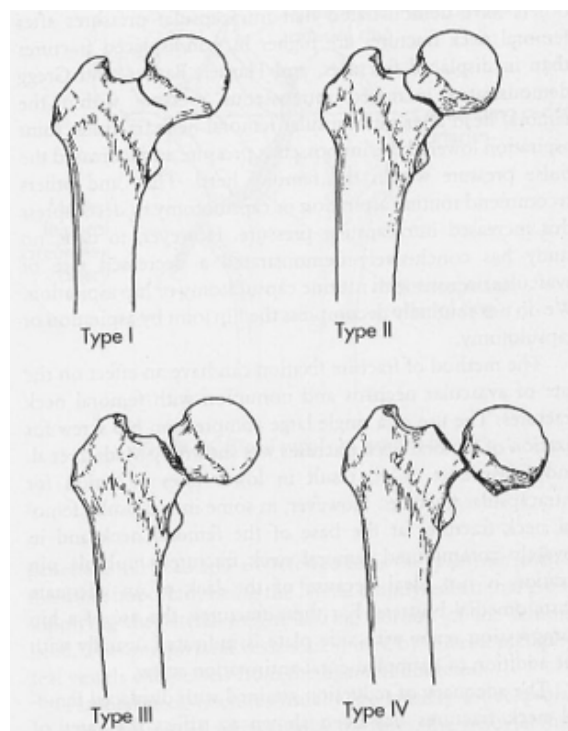
เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ.2549 - เดือนกันยายน พ.ศ.2551 โดยพิจารณาจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอย่างละเอียด รวมทั้งภาพถ่ายทางรังสีที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมุทรสาครที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่มาด้วยภาวะกระดูกบริเวณสะโพกหักจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง เช่น การหกล้มขณะเดิน หรือตกจากที่สูงไม่สูงมาก เช่น เก้าอี้ หรือเตียง เป็นต้น และได้รับการดูแลจากแพทย์ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร รวมทั้งสามารถมารับการรักษาได้ต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษาของศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมุทรสาครส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดำเนินการตามสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย จึงสามารถเข้ารับการรักษาและติดตามได้ต่อเนื่อง สามารถติดตามข้อมูลความเป็นอยู่ได้จากระบบตรวจสอบข้อมูลของโรงพยาบาลสมุทรสาคร และระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บจนมีกระดูกสะโพกหักที่ไม่มีสิทธิการรักษากับโรงพยาบาลสมุทรสาครจะถูกคัดกรองออกจากการศึกษานี้ เนื่องจากไม่สามารถติดตามต่อเนื่องได้จนสิ้นสุดการรักษา

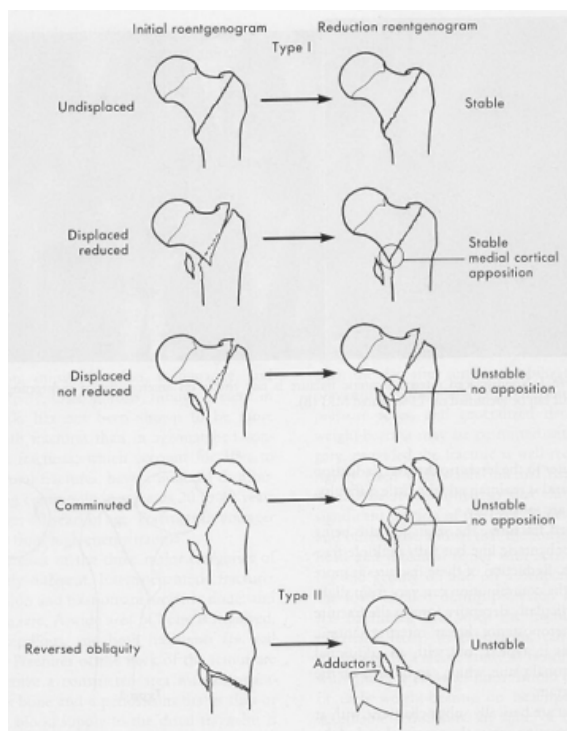
ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรสาครแบบผู้ป่วยในเนื่องจากกระดูกสะโพกหักจำนวน 95 ราย อายุตั้งแต่ 60-90 ปี อายุเฉลี่ย 77.4 ปี แบ่งเป็นเพศชาย 22 ราย (ร้อยละ 23.16) เพศหญิง 73 ราย (ร้อยละ 76.84) ได้รับการติดตามการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มที่ได้รับการบาดเจ็บและมีกระดูกบริเวณสะโพกหักเป็นเวลาเฉลี่ย 1.96 ปี (0.02 - 4.89 ปี) เป็นกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (femoral neck fracture) 56 ราย เป็นเพศชาย 8 ราย เพศหญิง 48 ราย จำแนกตาม Garden's classification (ภาพที่ 1) เป็นแบบที่ 1 จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 25.00) เป็นแบบที่ 2 จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 12.50) เป็นแบบที่ 3 จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 62.50) และกระดูกต้นขาส่วนอินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก (Intertrochanteric Fracture) จำนวน 39 ราย โดยจำแนกตาม Evan's classification (ภาพที่ 2) เป็นแบบที่ 1 กระดูกไม่เคลื่อน 15 ราย (ร้อยละ 38.46) กระดูกเคลื่อนที่สามารถดึงกระดูกให้เข้าที่ 7 ราย (ร้อยละ 17.95) และแบบแตกหลายชิ้น จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 43.59) (ตามตารางที่ 1)

ภาพที่ 1 Garden's classification ของกระดูกต้นขาส่วนคอหัก



ภาพที่ 2 Evan's classification ของกระดูกต้นขาส่วนอินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก



ตารางที่ 1 การจำแนกผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2549 - เดือนกันยายน พ.ศ.2551

การจำแนกชนิด	ชนิด	จำนวน	ร้อยละ	เพศชาย	เพศหญิง
กระดูกต้นขาส่วนคอหัก					
Garden I		14	25.00	4	10
Garden II		7	12.50	0	7
Garden III		35	62.50	4	31
รวม		56		8	48
กระดูกต้นขาส่วนอินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก					
Evans I	Nondisplaced	15	38.46	8	7
Evans I	displaced reducible	7	17.95	1	6
Evans I	comminuted	17	43.59	5	12
รวม		39		14	25

เมื่อติดตามต่อเนื่องพบว่าอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักสูงมากถึงร้อยละ 30.53 ในช่วง 1 ปีแรกหลังการรักษา (ตามตารางที่ 2) ซึ่งสูงกว่าช่วงระยะเวลาติดตามที่นานกว่าหนึ่งปี โดยสาเหตุการตายมักมาจากโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) โดยมีโรคเดิมเป็นพื้นฐาน ได้แก่ เบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง อัมพาต รวมทั้งมะเร็งต่างๆ นอกจากนี้การต้องนอนพักรักษาตัวเป็นเวลานานบนเตียง หรือมีการเคลื่อนไหวได้ลำบากและน้อยทำให้เกิดมีปอดอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ การติดเชื้อรุนแรงขึ้นจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงประกอบกับความชรา ทำให้มีการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด

ประกอบกับเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลซึ่งมีการติดเชื้อโรคที่รุนแรงและดื้อยาทำให้เสียชีวิตในที่สุด หลังจากระยะเวลา 1 ปีแล้วการตายของผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีอัตราการตายที่สูงเท่ากับปีแรก ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดตามมาจากการอักเสบติดเชื้อของแผลกดทับ การติดเชื้อในปอด และทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งโรคมะเร็ง เช่นมะเร็งปอด เป็นต้น และเมื่อดูโดยรวมตลอดระยะเวลาที่ติดตามผู้ป่วยทั้งหมดตามการศึกษานี้จะพบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดสูงถึงร้อยละ 43.16

ตารางที่ 2 อัตราผู้ป่วยตายในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2549 - เดือนกันยายน พ.ศ.2551

	จำนวนผู้ป่วยหลังการเกิดกระดูกสะโพกหัก					รวม
	ในเวลา 1 ปี	ในปีที่ 2	ในปีที่ 3	ในปีที่ 4	มากกว่า 4 ปี	
จำนวนผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่						
ในการติดตามการรักษา	95	66	63	58	55	
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต	29	3	5	3	1	41
อัตราการตาย	30.53	3.16	5.26	3.16	1.05	43.16

ผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรสาครเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 24.66 วัน (7-150 วัน) โดยเป็นการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดและวิธีผ่าตัด วิธีการรักษาแบบไม่ผ่าตัดจะได้รับการรักษาด้วยการดึงขาที่ผิวหนัง (skin traction) ส่วนวิธีการ

รักษาแบบผ่าตัด จะรักษาโดยจัดกระดูกให้เข้าที่และยึดตามด้วยโลหะตามกระดูก ได้แก่ Angle blade plate, 3-screw fixation, Dynamic hip screw หรือการเปลี่ยนหัวกระดูกต้นขาเทียม (Hemiarthroplasty) ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 รายละเอียดการรักษาและผลการรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (femoral neck fracture) ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2549 - เดือนกันยายน พ.ศ.2551

การจำแนก ชนิด	วิธีการรักษา	จำนวน (ราย)	ผลการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน ภายในระยะเวลา 1 ปี จากวันที่เกิดภาวะกระดูกหัก	จำนวน (ราย)	ผลการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาเกินกว่า 1 ปี จากวันที่ เกิดภาวะกระดูกหัก	จำนวน (ราย)
Garden I	skin traction	8	union	4	walk with walker	1
					wheel chair ambulation	3
			nonunion	2	dead	2
			nonunion-->hemi-arthroplasty	2	walk without walk aid	1
					wheel chair ambulation	1
	3 screw fixation	1	union	1	wheel chair ambulation	1
	hemiarthroplasty	4	stable	3	walk without walk aid	2
					wheel chair ambulation	1
			dead	1		
	ORIF with dynamic					
hip screw	1	union	1	wheel chair ambulation	1	
Garden II	skin traction	5	nonunion	3	bed ridden	2
			dead	2	dead	1
	hemiarthroplasty	2	stable	1	walk without walk aid	1
			stable+pressure sore	1	bed ridden	1
Garden III	skin traction	14	nonunion	2	bed ridden	1
					wheel chair ambulation	1
			union	2	walk with walker	2
			dead	10		
	hemiarthroplasty	21	stable	16	walk without walk aid	8
					walk with walker	2
					wheel chair ambulation	3
					bed ridden	2
dead			5	dead	1	

ตารางที่ 4 รายละเอียดการรักษาและผลการรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาส่วนอินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก (Intertrochanteric fracture) ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ปีงบประมาณ พ.ศ.2550-2551

การจำแนกชนิด	ชนิด	วิธีการรักษา	จำนวน (ราย)	ผลการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน ภายในระยะเวลา 1 ปี จากวันที่เกิดภาวะกระดูกหัก	จำนวน (ราย)	ผลการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาเกินกว่า 1 ปี จากวันที่ เกิดภาวะกระดูกหัก	จำนวน (ราย)
Evans I	nondisplaced	skin traction	13	union	11	walk with walker	3
						wheel chair ambulation	2
						bed ridden	2
						dead	4
				dead	2		
		ORIF with dynamic hip screw	1	union	1	walk without walk aid	1
Evans I	displaced, reducible	ORIC with angle blade plate	1	union	1	walk without walk aid	1
		skin traction	2	dead	2		
		ORIF with dynamic hip screw	3	union	3	dead	2
						walk without walk aid	1
		hemiarthroplasty	2	stable	2	walk without walk aid	1
						dead	1
Evans I	comminuted	skin traction	3	dead	3		
		ORIF with dynamic hip screw	11	union	6	walk without walk aid	1
						walk with walker	3
						wheel chair ambulation	1
						dead	1
				failed DHS	2	walk with walker	1
						wheel chair ambulation	1
				dead	3		
		hemiarthroplasty	3	stable	2	walk without walk aid	1
						wheel chair ambulation	1
				dead	1		

จากตารางที่ 5 และ 6 พบว่าผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาบริเวณคอหัก มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 32.14 การตายนี้เกิดกับผู้ป่วยในกลุ่มการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ร้อยละ 44.44 แบบผ่าตัด ร้อยละ 20.69 ผู้ป่วยที่มีกระดูกอินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก มีอัตราการตายร้อยละ 28.20 เกิดกับผู้ป่วยในกลุ่มการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ร้อยละ 38.89 แบบผ่าตัดร้อยละ 19.05

ผลการศึกษานี้พบว่าการรักษากระดูกต้นขาส่วนคอหัก มีภาวะกระดูกติด (union) หรือ

มีความมั่นคง (stability) ของหัวกระดูกเทียมร้อยละ 51.79 โดยเป็นกลุ่มที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด ร้อยละ 22.22 (6 ใน 27 ราย) และกลุ่มที่รักษาแบบผ่าตัดร้อยละ 79.31 (23 ใน 29 ราย) ซึ่งในการรักษาแบบผ่าตัดนี้ไม่พบภาวะกระดูกไม่ติด (nonunion) หรือไม่มีความมั่นคง (insatibility) ของอุปกรณ์ตามโลหะต่างกับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดซึ่งพบภาวะกระดูกไม่ติดร้อยละ 33.33 ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลสรุปการรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาส่วนคอหัก ในโรงพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2549 - เดือนกันยายน พ.ศ.2551 ในระยะเวลา 1 ปีแรกของการรักษา

ผลการรักษา	ผู้ป่วยทั้งหมด 56 ราย		การรักษาแบบไม่ผ่าตัด 27 ราย		การรักษาแบบผ่าตัด 29 ราย	
	จำนวน(ราย)	ร้อยละ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
union/stable	29	51.79	6	22.22	23	79.31
nonunion/unstable	9	16.07	9	33.33	0	0.00
dead	18	32.14	12	44.44	6	20.69

การรักษากระดูกต้นขาส่วนอินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก มีภาวะกระดูกติด (union) หรือมีความมั่นคง (stability) ของหัวกระดูกเทียมร้อยละ 66.67 โดยเป็นกลุ่มที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด ร้อยละ 61.11 (11 ใน 18 ราย) และกลุ่มที่รักษาแบบผ่าตัดร้อยละ 71.43 (15 ใน 21 ราย) พบ

ภาวะกระดูกไม่ติดหรือมีความไม่มั่นคงของหัวกระดูกเทียมในการรักษาแบบผ่าตัดร้อยละ 9.52 แต่ไม่พบภาวะดังกล่าวในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยในการรักษาแบบไม่ผ่าตัดส่วนใหญ่จะเสียชีวิต ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลสรุปการรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาส่วนอินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2549 - เดือนกันยายน พ.ศ.2551 ในระยะเวลา 1 ปีแรกของการรักษา

ผลการรักษา	ผู้ป่วยทั้งหมด 39 ราย		การรักษาแบบไม่ผ่าตัด 18 ราย		การรักษาแบบผ่าตัด 21 ราย	
	จำนวน(ราย)	ร้อยละ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
union/stable	26	66.67	11	61.11	15	71.43
nonunion/unstable	2	5.13	0	0.00	2	9.52
dead	11	28.20	7	38.89	4	19.05

เมื่อติดตามการรักษานานกว่า 1 ปีพบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตอีก 12 รายคิดเป็นร้อยละ 12.63 (ตารางที่ 2) และมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่สามารถเดินได้ด้วยตนเองหรืออาจใช้เครื่องช่วยพยุงขณะเดิน (ambulation with walk aids) บางส่วนสามารถเคลื่อนย้ายได้ด้วยการใช้รถเข็น (wheel chair ambulation) และมีอีกจำนวนไม่มากนักนอนติดเตียง (bed ridden) ดังตารางที่ 3 และ 4

วิจารณ์

จากการรวบรวมนิพนธ์ต้นฉบับตามตารางที่ 7 จะเห็นว่ามีอัตราการตายที่สูงในช่วง 1 ปีแรกภายหลังการเกิดกระดูกบริเวณสะโพกหักเช่นเดียวกับที่พบจากการศึกษานี้ อัตราการตายของผู้ป่วยที่มีกระดูกบริเวณสะโพกหัก (รวมทั้งกระดูกต้นขาส่วนคอหักและส่วนอินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก) ที่ค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 30.53 โดยที่เป็นอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาส่วนคอหัก ร้อยละ 32.14 และส่วนอินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก ร้อยละ 28.20 เนื่องมาจากประชากรไทยส่วนใหญ่ที่อยู่ในวัยสูงอายุยังคงกล่าวถึงเป็นรุ่นที่บุกเบิกต้องทำงานอย่างหนักเพื่อการเลี้ยงชีพในสมัยที่ยังเป็นวัยทำงาน รับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วน มีการรับประทานอาหารแคลเซียมค่อนข้างน้อย เนื่องจาก

ไม่นิยมบริโภคผลิตภัณฑ์นม แต่รับประทานอาหารที่มีแป้งน้ำตาลและไขมันมาก ทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคทางอายุรกรรมได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต กระดูกพรุน โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งอัมพาต ซึ่งเป็นโรคร่วมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดและการดมยาสลบ เมื่อประสบอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง เช่นการหกล้ม ตกจากที่สูงไม่มากนัก ทำให้เกิดการหักของกระดูกบริเวณสะโพก จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลอย่างดี และมีการตรวจหาโรคร่วมทางอายุรกรรม ที่พบบ่อยและอาจเป็นปัญหาต่อการดมยาสลบ การดูแลขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ประกอบกับการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลโดยละเอียดในวิธีการรักษา ผลดี ผลเสีย และผลข้างเคียงของการรักษา ผู้ป่วยและญาติเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาเองซึ่งส่วนใหญ่เลือกการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ในการศึกษาพบว่าสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในช่วง 1 ปีแรกมาจากโรคร่วมทางอายุรกรรม ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตที่เกินกว่า 1 ปี มักเกิดจากโรคเดิมที่เป็นต่อเนื่องมาโดยเฉพาะโรคปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary diseases) รวมทั้งโรคที่วินิจฉัยใหม่เช่น มะเร็ง เป็นต้น

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบอัตราการตายของการศึกษาต่างๆ กับการศึกษาในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ผู้พิมพ์	จำนวนผู้ป่วย	ปี พ.ศ.	การรักษา	อัตราการตาย
รศ.นพ.สัตยา โรจนเสถียร ³	330	2540-2541	หลังกระดูกสะโพกหัก 1 ปี	37%
GS Keene ¹⁰	972	2536	หลังกระดูกสะโพกหัก 1 ปี	33%
E.L.F.B.Raaymaker ¹³	319	2523	แบบไม่ผ่าตัด	19%
Christopher G. Morgan et.al. ¹⁴	2660	2542-2546	หลังผ่าตัด 30 วัน	9%
Javad Parvizi et.al. ¹⁵	7774	2547	ผ่าตัดในทันที	10 เท่า
			ผ่าตัดแบบคัดเลือกผู้ป่วย	2.4%
Jacqueline R Center et.al. ¹⁶	493	2542	หลังกระดูกสะโพกหัก 1 ปี	เพิ่มขึ้น
Stephen E Roberts et.al. ¹⁷	32590	2511-2541	หลังกระดูกสะโพกหัก 1 ปี	12-16 เท่า
Sven Holmber ¹⁸	3002	2529	หลังกระดูกสะโพกหัก 6 ปี	46%
โรงพยาบาลสมุทรสาคร	95	2549-2551	หลังกระดูกสะโพกหัก 1 ปี	30.53%
			ติดตามผู้ป่วย 5 ปี	43.16%

การเลือกวิธีการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญ แพทย์พยายามเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุดและมีโอกาสผ่าตัดแก้ไขน้อยที่สุด จากการศึกษา meta-analysis ของ Mohit Bhandari และคณะ¹⁹ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2512-2545 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบการผ่าตัดยึดตามกระดูกด้วยโลหะตามกระดูกภายใน (internal fixation) กับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม (arthroplasty) พบว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมช่วยลดการผ่าตัดแก้ไข (risk of revision surgery) ลดการติดเชื้อ ลดจำนวนเลือดที่ต้องสูญเสียขณะผ่าตัด และลดระยะเวลาการผ่าตัด แต่อาจจะเพิ่มอัตราการตายในระยะแรก

จากการศึกษาของ Estrada LS และคณะ²⁰ พบว่าการผ่าตัดยึดตามกระดูกต้นขาส่วนคอหัก มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าการผ่าตัดใส่ข้อเทียม (arthroplasty) โดยพบว่ามีอัตราไม่ติดของกระดูก (nonunion) และอัตราการเกิดหัวกระดูกต้นขาตาย (Avascular necrosis of the femoral head) สูงจึงแนะนำให้ใช้การผ่าตัดใส่ข้อเทียมเป็นหลัก

ในผู้ป่วยสูงอายุ ยังมีการศึกษา meta-analysis ของ Lu-Yoa GL และคณะ²¹ เกี่ยวกับการรักษากระดูกต้นขาส่วนคอหัก ที่รักษาด้วยการตามกระดูกภายใน (Internal fixation) และติดตามการรักษาไป 2 ปี พบว่ามีกระดูกไม่ติดร้อยละ 33 และเกิดการตายของหัวกระดูกสะโพกอีกร้อยละ 16 ทำให้ต้องมีการผ่าตัดซ้ำในรายที่มีการผ่าตัดยึดตามกระดูกด้วยโลหะตามกระดูก (Internal fixation) ร้อยละ 20-36 และร้อยละ 6-18 ในรายที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนหัวกระดูกเทียม (Hemiarthroplasty) ส่วนการศึกษาของ Parker MJ และ Rajan D.²² ใน Cochrane Database Systemic Review 2001 พบว่าการผ่าตัดที่ใส่ซีเมนต์กระดูก (bone cement) จะช่วยลดความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดและทำให้การเคลื่อนไหวของข้อสะโพกได้ดีขึ้น

จากการศึกษานี้ในช่วงปีแรกกลุ่มผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่รักษาแบบไม่ผ่าตัดเสียชีวิตค่อนข้างมากจำนวน 12 รายจาก 27 ราย

(ร้อยละ 44.44) ตามตารางที่ 3, 5 และเสียชีวิตเพิ่มหลังระยะเวลา 1 ปี อีก 3 ราย จาก 15 ราย ที่รอดชีวิตในระยะ 1 ปีแรก (ร้อยละ 20.00) ส่วนการรักษาในผู้ป่วยกระดูกต้นขาอินเตอร์โทรแคนเตอร์หักที่รักษาแบบไม่ผ่าตัด มีผู้ป่วยเสียชีวิตค่อนข้างมากเช่นกันร้อยละ 38.89 (7 รายใน 18 ราย) ตามตารางที่ 4, 6 และเสียชีวิตเพิ่มหลังระยะเวลา 1 ปี อีก 4 รายจาก 11 ราย ที่รอดชีวิตในระยะ 1 ปีแรก (ร้อยละ 36.36)

มีผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่รักษาแบบไม่ผ่าตัดด้วยการใช้อุปกรณ์ดัดขาที่ผิวหนังและกระดูกไม่ติด 2 ราย จาก 9 รายที่ยินยอมรับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวกระดูกเทียมแบบใส่ซีเมนต์หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถได้รับการทำกายภาพบำบัดที่ดี รวดเร็ว ลดโอกาสการอักเสบติดเชื้อที่ปอดหรือทางเดินปัสสาวะ ทำให้ลดการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่วน 7 รายที่ไม่ได้รับการแก้ไขภาวะกระดูกไม่ติด เสียชีวิต 3 ราย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (bed ridden) 3 ราย และใช้รถนั่ง 1 ราย (ตามตารางที่ 3) เพราะว่าผู้ป่วยและญาติยินดียอมรับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดเนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัดและการดมยาสลบด้วยโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม

เมื่อติดตามการรักษาไปมากกว่า 1 ปี มีผู้ป่วยที่ยังคงมีชีวิตอยู่เพียงร้อยละ 69.47 ส่วนมากต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น walker และรถเข็น ต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดรวมถึงอาจเสียชีวิต เกิดผลกระทบต่อการครอบครัวของผู้ป่วย และหน่วยงานที่ให้การรักษาในแง่งบประมาณและการดูแลรักษาฟื้นฟูหลังการบาดเจ็บ ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักในประชากรก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยให้ความรู้

ปรับสภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย แก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อกระดูกโปร่งบาง แนะนำการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการล้ม

บรรณานุกรม

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2544-2553.
2. สุชีลา จันทร์วิทย์ยานุชิต. 21 มีนาคม พ.ศ.2554 the Challenging treatment in Osteoporosis Patient การประชุมวิชาการสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.2554 โรงแรมแกรนด์ไฮแอทรีเจนท์ หัวหิน.
3. Rojanasthien S, Luevitonvechkij S. Epidemiology of hip fracture in Chiang Mai. J Med Assoc Thai 2005;88(Suppl5): S105-9.
4. ภัทรวัดณ์ วรรณรัตน์ วิทยานิพนธ์ ระบาดวิทยากระดูกสะโพกหักในคนไทย มหาวิทยาลัยมหิดล. บัณฑิตวิทยาลัย 2545.
5. LaVell DG. Fracture of Hip. In:Canale, editor. Campbell's Operative orthopaedics. 10th ed. Pennsylvania: Mosby, 2003, p.2873-921.
6. Baumgaertner MR, Higgins TF. Femoral neck fracture. In: Bucholz RW, Heckman JD, editors. Rockwood and Green's fracture in Adults. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001, p.1579-627.
7. Koval KJ, Zuckerman JD. Intertrochanteric fracture. In: Bucholz RW, Heckman JD,

- editors. Rockwood and Green's fracture in Adults. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2001,p.1635-61.
8. Goldacre MJ. Mortality after admission to hospital with fractured neck of femur: database study. *BMJ* 2002;19;325:868-9.
 9. Todd CJ, Freeman CJ, Camilleri-Ferrante C, Palmer CR, Hyder A, Laxton CE, et al. Differences in mortality after fracture of hip: the East Anglian audit. *BMJ* 1995;310:904-8.
 10. Keene GS, Parker MJ, Pryor GA. Mortality and morbidity after hip fractures. *BMJ* 1993;307:1248-50.
 11. Boereboom FT, Raymakers JA, Duursma SA. Mortality and causes of death after hip fractures in the Netherlands. *Neth J Med* 1992;41:4-10.
 12. Foss NB, Kehlet H. Mortality analysis in hip fracture patients: implications for design of future outcome trials. *Br J Anaesth* 2005;94:24-9.
 13. Raaymaker EL. The Non-operative Treatment of impacted femoral neck fractures. *Injury* 2002;33:C8-14.
 14. Morgan CG, Wenn RT, Sikand M, Taylor AM. Early mortality after hip fracture: is delay before surgery important? *The Journal of Bone and Joint Surgery Am* 2005;87:483-9.
 15. Parvizi J, Ereth MH, Lewallen DG. Thirty-day mortality following hip arthroplasty for acute fracture. *The Journal of Bone and Joint Surgery Am* 2004;56: 1983-8.
 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. Roberts SE, Goldacre MJ. Time trends in mortality after fractured neck of femur in an English population, 1968-98: database study. *BMJ* 2003; 327:771-5.
 18. 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.
 19. Bhandari M, Devereaux PJ, Swiontkowski MF, Tornetta P, et al. International fixation compared with arthroplasty for displaced fracture of the femoral neck: a meat-analysis. *The Journal of Bone and Joint Surgery Am* 2003;85:1673-81.
 20. Estrada LS, Volgas DA, Stannard JP, Alonson JE. Fixation failure in femoral neck fracture. *Clin Orthop Res* 2002;(399): 110-8.
 21. Lu-Yoa GL, Keller RB, Littenberg B, Wennberg JE. Outcomes after displaced fracture of the femoral neck. A meat-analysis of the one hundred and six published reports. *The Journal of Bone and Joint Surgery Am* 1994; 76:15-25.
 22. Parker MJ, Rajan D. Arthroplasties (with or without bone cement) for proximal femoral neck fracture in adults. *Cochrane Database Sys Rev* 2001;3:CD00176.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษากระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2549–กันยายน พ.ศ. 2551

ชัยวิเชียร กิจพ่อคำ พ.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุ 95 ราย ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกระดูกสะโพกหักจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรงในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้แก่กระดูกต้นขาส่วนคอหัก (Femoral neck fracture) 56 ราย และกระดูกต้นขาส่วนอินเตอร์โทรแคนเตอร์หัก (Intertrochanteric fracture) 39 ราย ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2549 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2551 อายุตั้งแต่ 60 – 90 ปี อายุเฉลี่ย 77.4 ปี แบ่งเป็นเพศชาย 22 ราย (ร้อยละ 23.16) เพศหญิง 73 ราย (ร้อยละ 76.84) ติดตามการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มที่ได้รับการบาดเจ็บและมีกระดูกบริเวณสะโพกหักเป็นเวลาเฉลี่ย 1.96 ปี (0.02-4.89 ปี) พบว่าอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหัก สูงถึงร้อยละ 30.53 ในช่วงระยะเวลาการรักษา 1 ปีนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งสูงกว่าช่วงระยะเวลาการรักษาที่นานกว่า 1 ปี โดยสาเหตุการตายมักมาจากโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) โดยมีโรคเดิมเป็นพื้นฐานได้แก่ เบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง เป็นต้น