

การศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้า และเข้าด้านหลัง โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร Comparative Study of the Results of Hip Replacement Surgery Between Direct Anterior Approach and Posterior Approach in Krathumbean Hospital, Samuth Sakhon

อศนัย ศรีสุวนันท์ พ.บ.,
ว. สาขาออร์โธปิดิกส์
กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลกระทุ่มแบน
จังหวัดสมุทรสาคร

Asanai Srisuwanant M.D.,
Dip., Thai Board of Orthopaedics
Division of Orthopaedics
Krathumbaen Hospital
Samuth Sakhon

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าและเข้าด้านหลัง
ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ case-control study ซึ่งศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยศึกษา
เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ตั้งแต่ มกราคม
2559 จนถึง กันยายน 2565 ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวนกลุ่มละ 70 ราย ใช้วิธีการสุ่ม
แบบเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
แบบเข้าด้านหน้า และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหลัง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การสูญเสียเลือดในการผ่าตัด,
การได้รับยาแก้ปวด จำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด ความสามารถในการฝึกเดินหลังผ่าตัด การเกิดรอยร้าวของกระดูก
ต้นขา และการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก โดยติดตามผลการหลุดข้อสะโพกไป 1 ปี หลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square) และสถิติ ทีอิสระ (independent t test)

ผลการศึกษา: เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า อายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด จำนวนวันนอน
หลังการผ่าตัด ความสามารถในการฝึกเดินหลังผ่าตัด การเกิดรอยร้าวของกระดูกต้นขา และการเคลื่อนหลุดของ
ข้อสะโพกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการสูญเสียเลือด ในการผ่าตัด การได้รับยา
แก้ปวดของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

สรุป: การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าถึงแม้ว่าจะใช้เวลาในการผ่าตัดที่นานกว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหลัง แต่มีจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดน้อยกว่า ความสามารถในการฝึกเดิน หลังผ่าตัดได้เร็วกว่า และไม่พบการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก การผ่าตัดแบบเข้าด้านหน้า การผ่าตัดแบบเข้าด้านหลัง
วารสารแพทย์เขต 4-5 2567 ; 43(1) : 145–156.

Abstract

Objective: The aim was to compare the results of hip replacement surgery between direct anterior approach and posterior approach in Krathumbean Hospital.

Methodology: This research was a retrospective case-control study by collecting the data from medical records. The sample group was medical records of patients who underwent hip replacement surgery from January 2016 to September 2022 at Krathumbaen Hospital, Samut Sakhon Province. Using purposive sampling; the patients were divided into 2 groups, 70 patients per group: the 1st group was patients who received direct anterior approach hip replacement and the 2nd group was patients who underwent posterior approach hip replacement. The data from medical records; including sex, age, duration of surgery, blood loss in surgery, receiving pain medication, number of days in hospital stay after surgery, ability to practice walking after surgery, femoral fractures, and hip dislocations; were analyzed by chi-square and independent t test.

Results: When comparing the data of the two groups, it was found that age, duration of surgery, number of days in hospital stay after surgery, ability to practice walking after surgery, femoral fractures, and hip dislocations were significantly different ($p < .05$). But the blood loss, receiving pain medication had no significant differences ($p > .05$).

Conclusion: Hip replacement surgery by direct anterior approach, although it takes longer to perform than posterior approach; the number of days in bed after surgery was timed shorter, the ability to practice walking was faster after surgery, and postoperative dislocation of the hip joints was not found.

Keywords: hip replacement surgery, direct anterior approach, posterior approach

Received: Dec 25, 2023; Revised: Jan 16, 2024; Accepted: Feb 10, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(1) : 145–156.

บทนำ

ข้อสะโพกเป็นข้อต่อระหว่างกระดูกเชิงกรานและกระดูกต้นขา ทำหน้าที่รองรับน้ำหนักในเวลานั่ง เดิน ยืนหรือนอน และรับน้ำหนักในทุกอิริยาบถของร่างกาย เมื่อข้อสะโพกผ่านการใช้งานเป็นเวลานาน หรือเกิดพยาธิสภาพจากสาเหตุอื่น มักทำให้เกิดการสึกหรอของผิวข้อ หรือการหลุดตัวของหัวกระดูกต้นขาตามมา ปัญหาข้อสะโพกที่พบในคนไทยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงในส่วนกระดูกต้นขา การได้รับยาสเตียรอยด์ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมเป็นจำนวนมาก และบางรายอาจเกิดจากอุบัติเหตุ หรือข้อเสื่อมตามสภาพจากการใช้งานมาก¹

วิธีการรักษาข้อสะโพกเสื่อมหรือหักระยะสุดท้าย คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม² ปัจจุบันวิทยาการการผ่าตัดมีความก้าวหน้าไปมาก การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจึงสามารถทำได้หลายวิธี จากข้อมูลของโรงพยาบาลกระดูกงูแมว พบวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มี 2 แบบ คือ 1. Direct anterior approach เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยเปิดแผลเข้าทางด้านหน้าของข้อสะโพก โดยไม่มีการตัดกล้ามเนื้อ 2. Posterior approach คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก โดยเปิดแผลเข้าทางด้านหลังของข้อสะโพก เป็นวิธีที่ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่คุ้นเคย อย่างไรก็ตามวิธีนี้ มีการผ่าตัดผ่านกล้ามเนื้อบางส่วน หลังผ่าตัดอาจมีปัญหาข้อสะโพกเคลื่อนหลุดได้ ร้อยละ 2-4

เพื่อให้การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจการศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าและเข้าด้านหลัง โรงพยาบาลกระดูกงูแมว เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าและเข้าด้านหลัง โรงพยาบาลกระดูกงูแมว

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง retrospective study โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกในโรงพยาบาลกระดูกงูแมว เพื่อเปรียบเทียบผลการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าและเข้าด้านหลัง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกในโรงพยาบาลกระดูกงูแมว ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 จนถึง 30 กันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกในโรงพยาบาลกระดูกงูแมว จังหวัดสมุทรสาคร ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 จนถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 142 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าจำนวน 70 ราย และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหลังจำนวน 70 ราย จาก 72 ราย เนื่องจากมา F/U ไม่ครบ 1 ปี ไม่สามารถติดต่อได้ 2 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกเคสจากแพทย์ผ่าตัดทั้ง 4 ท่าน จากโรงพยาบาลกระดูกงูแมว ทำการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้า และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหลัง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ

ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว 2) ผลการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าและเข้าด้านหลัง ได้แก่ รูปแบบการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การสูญเสียเลือดในการผ่าตัด การได้รับยาแก้ปวด จำนวนวันนอน หลังการผ่าตัด ความสามารถในการ ฝึกเดินหลังผ่าตัด การเกิดรอยร้าวของกระดูกต้นขา และการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงร่างวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ตามหนังสือ รับรองเลขที่ 015/65 ลงวันที่ 20-11-2565 และ ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลจาก เวชระเบียน ผู้วิจัยทำการสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียน ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 จนถึง 30 กันยายน 2565 บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก ข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ทางสถิติ

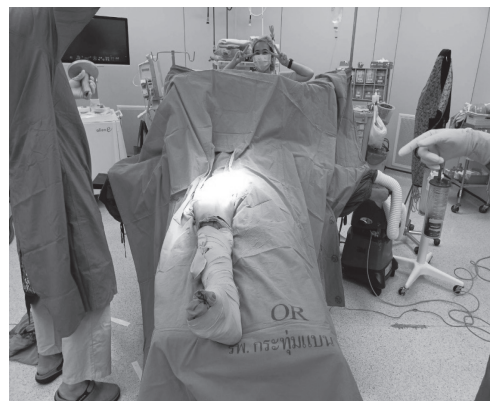
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดมาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่า ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

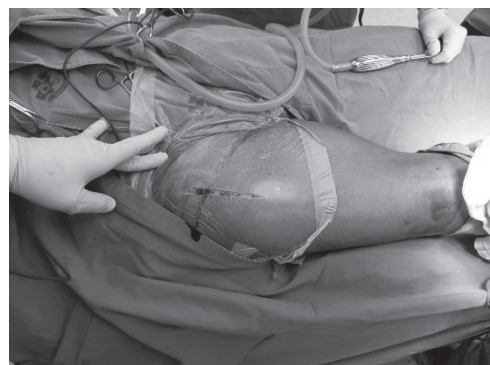
เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติทีอิสระ (independent t test) ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การสูญเสียเลือดในการผ่าตัด ความสามารถในการฝึกเดินหลังผ่าตัด จำนวนวันนอน หลังการผ่าตัด ความสามารถในการฝึกเดินหลังผ่าตัด ส่วนเพศ การได้รับยาแก้ปวด การเกิดรอยร้าวของ กระดูกต้นขา และการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

วิธีการผ่าตัด

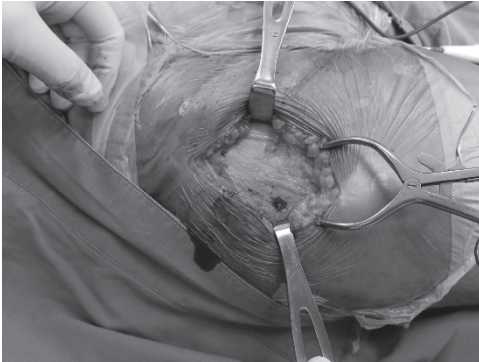
1. จัดท่านอนหงาย ใช้เตียงที่สามารถหย่อน (drop) ขาลงได้



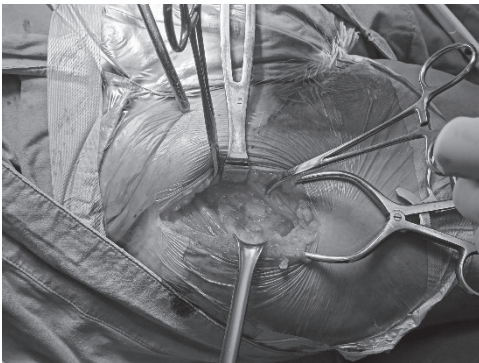
2. แนวลงแผลจากด้านข้างสันของกระดูก ปีกสะโพก (Iliac crest) 2 นิ้ว ไปตามแนวที่ลากไป ด้านข้างของกระดูกสะบ้า ความยาว 8-10 เซนติเมตร



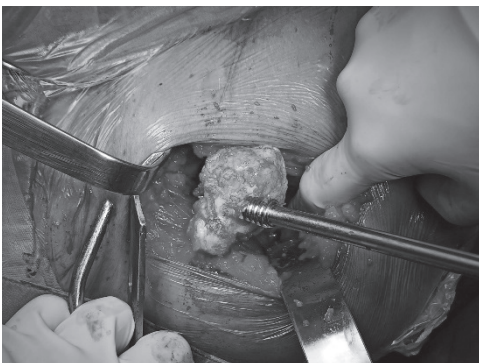
3. เข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อซาร์ทอเรียส (sartorius) กับ เทนเซอร์ฟาเซียลาตา (tensor fasciae latae)



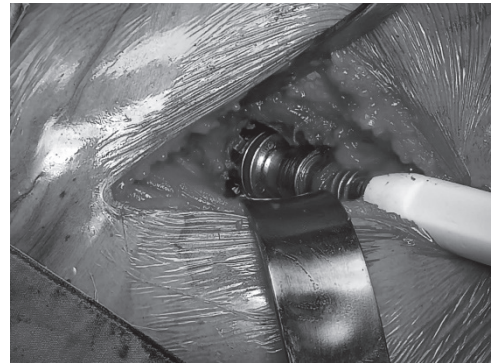
4. เข้าถึงชั้นเอ็นหุ้มข้อ (joint capsule) และเปิดเอ็นหุ้มข้อเพื่อเข้าถึงข้อ



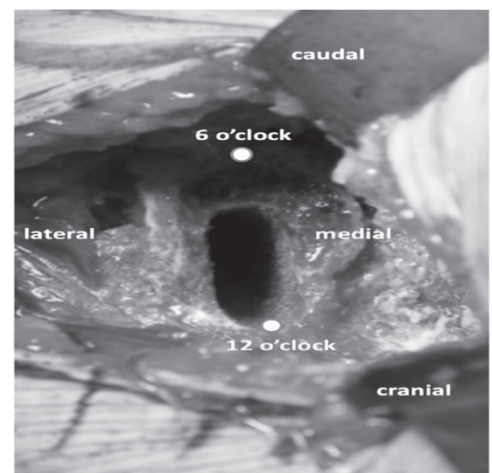
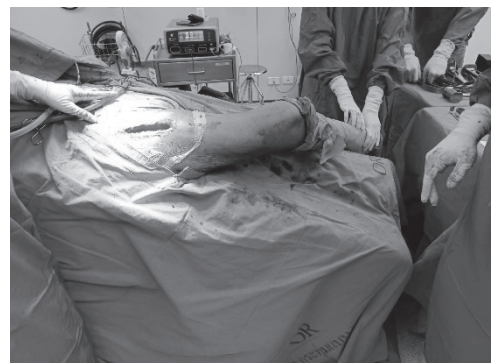
5. ตัดหัวกระดูกฟีมอร์ออก (removing head of femur)

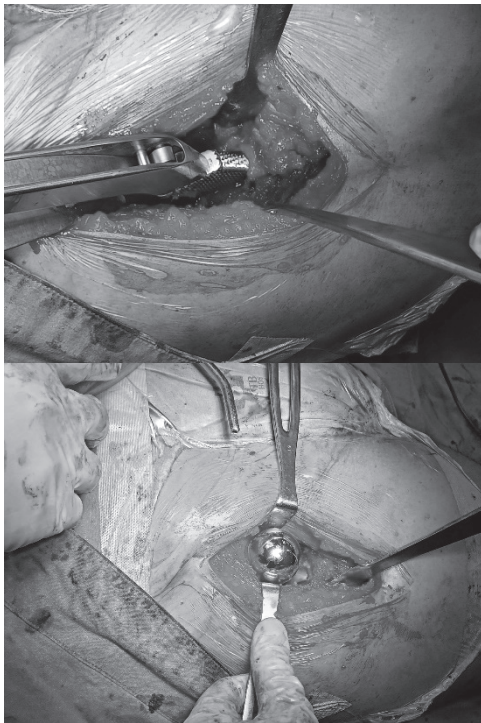


6. ทำ อะเซตาบูลัมคัพ (acetabulum cup)

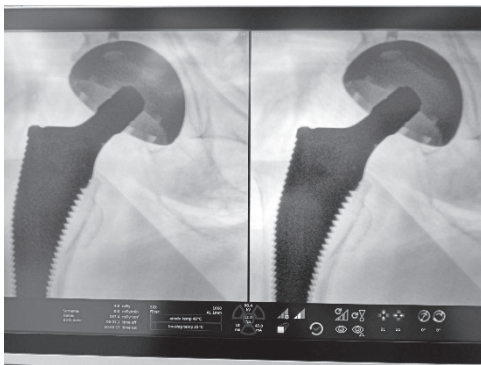


7. หย่อน (drop), จัดขาในท่าเหยียด หุบเข้า และหมุนออกนอก (extension, adduction, and external rotation) ให้สัมพันธ์กับทิศ 12 นาฬิกา ของปลายของเกรทเทอร์โทรแคนเตอร์ (femur relate 12 O' clock tip greater trochanteric) และทำก้านกระดูกฟีมอร์ (femoral stem)³





8. เอกซเรย์ (fluoroscopy) เพื่อตรวจสอบตำแหน่ง



ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้า จำนวน 70 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.9 มีอายุเฉลี่ย 55.91 ปี (SD = 16.11, range 21–87) โดยมีอายุน้อยกว่า 60 ปี และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.6 และ 41.1 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.32

(SD = 4.69, range 15.82–38.57) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.4 รองลงมา มีดัชนีมวลกายเป็นโรคอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 32.9 เป็นผู้มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.3 โดยเป็นโรคความดันโลหิตมากที่สุด ร้อยละ 22.9 เป็นกระดูกตายจากการขาดเลือด (avascular necrosis) ร้อยละ 87.1 และการหักของกระดูก ฟิเมอร์ส่วนคอ (fracture neck) ร้อยละ 12.9

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหลัง จำนวน 70 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.7 มีอายุเฉลี่ย 68.06 ปี (SD = 15.63, range 27–93) โดยมีอายุน้อยกว่า 60 ปี และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.7 และ 74.3 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.45 (SD = 4.66, Range 15.43–41.62) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.6 รองลงมา มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 18.6, เป็นผู้มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 โดยเป็นโรคความดันโลหิตมากที่สุด ร้อยละ 21.4 เป็นกระดูกตายจากการขาดเลือด (avascular necrosis) ร้อยละ 42.9 และการหักของกระดูกฟิเมอร์ส่วนคอ (fracture neck) ร้อยละ 57.1

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของทั้งสองกลุ่ม พบว่าอายุและดัชนีมวลกายของทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนเพศ และการมีโรคประจำตัวไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	DAA (n = 70) n (ร้อยละ)	PA (n = 70) n (ร้อยละ)	p-value
เพศ			.122
ชาย	37 (52.9)	41 (58.57)	
หญิง	33 (47.1)	29 (41.43)	
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 55.91, SD = 16.11, Range 21–87) ($\bar{X}$ = 68.06, SD = 15.63 Range 27–93)			.001*
<60	41 (58.6)	18 (25.7)	
≥60	29 (41.1)	52 (74.3)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²) ($\bar{X}$ = 24.32, SD = 4.69, Range 15.82–38.57) ($\bar{X}$ = 22.45, SD = 4.66 Range 15.43–41.62)			.020*
≤18.4	5 (7.1)	13 (18.6)	
18.5–22.90	24 (34.3)	34 (48.6)	
23–24.90	10 (14.3)	10 (14.3)	
25–29.90	23 (32.9)	9 (12.9)	
≥30	8 (11.4)	4 (5.7)	
โรคประจำตัว			.055
ไม่มีโรคประจำตัว	32 (45.7)	21 (30.0)	
มีโรคประจำตัว	38 (54.3)	49 (70.0)	
HT	16 (22.9)	15 (21.4)	
DM	1 (1.4)	6 (8.6)	
DLP	2 (2.9)	2 (2.9)	
HT, DM	9 (12.9)	14 (20.0)	
HT, DLP	5 (7.1)	6 (8.6)	
HT, DM, DLP	1 (1.4)	3 (4.3)	
อื่นๆ	4 (5.7)	3 (4.3)	
Avascular necrosis	61 (87.1)	30 (42.9)	
Fracture neck	9 (12.9)	40 (57.1)	

Sig * p < .05

DAA = direct anterior approach

PA = posterior approach

2. ผลการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบ เข้าด้านหน้าและเข้าด้านหลัง

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
แบบเข้าด้านหน้า แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ
total hip replacement และ bipolar hemiarthro-

plasty คิดเป็นร้อยละ 87.1 และ 12.9 ตามลำดับ;
มีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 98.63 นาที
(SD = 36.77); สูญเสียเลือดในการผ่าตัดเฉลี่ย 375.71
มิลลิลิตร (SD = 199.95); หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่ขอรับยา
แก้ปวดแบบฉีด คิดเป็นร้อยละ 31.4 และขอรับยา

แก้ปวดแบบฉีดยา คิดเป็นร้อยละ 68.6 โดยได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดแค่ 1 วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.7 ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน มีร้อยละ 10; ผู้ป่วยสามารถฝึกเดินหลังผ่าตัดได้เฉลี่ย 2.04 วัน (SD = 0.77) ส่วนใหญ่สามารถฝึกเดินได้ภายใน 2 วันหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 65.7; มีจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 5.34 วัน (SD = 3.43); พบการเกิดรอยร้าวของกระดูกต้นขาหลังการผ่าตัด ร้อยละ 9.72 แต่ไม่พบการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกหลังการผ่าตัด

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหลังแบ่งเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ total hip replacement และ bipolar hemiarthroplasty คิดเป็นร้อยละ 42.9 และ 57.1 ตามลำดับ; มีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 73.26 นาที (SD = 31.81); สูญเสียเลือดในการผ่าตัดเฉลี่ย 314.71 มิลลิลิตร (SD = 308.74); หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่ขอรับยาแก้ปวดแบบฉีด คิดเป็นร้อยละ 24.3 และขอรับยาแก้

ปวดแบบฉีดคิดเป็นร้อยละ 75.7 โดยได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดแค่ 1 วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน มีร้อยละ 12.8; ผู้ป่วยสามารถฝึกเดินหลังผ่าตัดได้เฉลี่ย 3.29 วัน (SD = 3.41) ส่วนใหญ่สามารถฝึกเดินได้ภายใน 2 วันหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 40 มีจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 7.55 วัน (SD = 5.45); พบการเกิดข้อสะโพกหลุดหลังการผ่าตัด ร้อยละ 9.72 แต่ไม่พบการเกิดรอยร้าวของกระดูกต้นขาหลังการผ่าตัด

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของทั้งสองกลุ่ม พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ความสามารถในการฝึกเดินหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด การเกิดรอยร้าวของกระดูกต้นขา การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกของทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีเพียงการสูญเสียเลือดในการผ่าตัดและการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดที่ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าและเข้าด้านหลัง

ตัวแปร	DAA (n = 70) n (ร้อยละ)	PA (n = 70) n (ร้อยละ)	p-value
รูปแบบการผ่าตัด			
Total hip replacement	61 (87.1)	30 (42.9)	.001*
Bipolar hemiarthroplasty	9 (12.9)	40 (57.1)	
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที)	($\bar{X}$ = 98.63, SD = 36.77)	($\bar{X}$ = 73.26, SD = 31.81)	
<60 นาที	3 (4.3)	24 (34.3)	.167
≥60 นาที	67 (95.7)	46 (65.5)	
การสูญเสียเลือดในการผ่าตัด (มิลลิลิตร)	($\bar{X}$ = 375.71, SD = 199.95)	($\bar{X}$ = 314.71, SD = 308.74)	
รูปแบบการผ่าตัด			
Total hip replacement	61 (87.1)	30 (42.9)	
Bipolar hemiarthroplasty	9 (12.9)	40 (57.1)	

Sig * $p < .05$

DAA = direct anterior approach

PA = posterior approach

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าและเข้าด้านหลัง (ต่อ)

ตัวแปร	DAA (n = 70) n (ร้อยละ)	PA (n = 70) n (ร้อยละ)	p-value
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที)	($\bar{X}$ = 98.63, SD = 36.77)	($\bar{X}$ = 73.26, SD = 31.81)	.001*
<60 นาที	3 (4.3)	24 (34.3)	
≥60 นาที	67 (95.7)	46 (65.5)	
การสูญเสียเลือดในการผ่าตัด (มิลลิลิตร)	($\bar{X}$ = 375.71, SD = 199.95)	($\bar{X}$ = 314.71, SD = 308.74)	.167
การได้รับยาแก้ปวดแบบฉีด			.755
ไม่ได้รับยาแก้ปวด	22 (31.4)	17 (24.3)	
ได้รับยาแก้ปวด	48 (68.6)	53 (75.7)	
1 วัน	25 (35.7)	28 (40)	
2 วัน	16 (22.9)	16 (22.9)	
≥3 วัน	7 (10)	9 (12.8)	
ความสามารถในการฝึกเดินหลังผ่าตัด (วัน)	($\bar{X}$ = 2.04, SD = .77)	($\bar{X}$ = 3.29, SD = 3.41)	.008*
ภายใน 2 วัน หลังผ่าตัด	46 (65.7)	28 (40)	
ภายใน 3 วัน หลังผ่าตัด	9 (12.9)	20 (28.6)	
มากกว่า 3 วัน หลังผ่าตัด	15 (21.4)	22 (31.4)	
จำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด (วัน)	($\bar{X}$ = 5.34, SD = 3.34)	($\bar{X}$ = 7.55, SD = 5.45)	.008*
การเกิดรอยร้าวของข้อสะโพก	7 (9.72)	0	.029*
การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก	0	7 (9.72)	.029*

Sig * p < .05

DAA = direct anterior approach

PA = posterior approach

วิจารณ์

จากการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าทั้งสองกลุ่มมีอายุและดัชนีมวลกายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p < .05) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้า มีอายุเฉลี่ย 55.91 ปี (SD = 16.11, range 21–87) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหลัง มีอายุเฉลี่ย 68.06 ปี (SD = 15.63, range 27–93)

เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหลังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 74.3 แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้า ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 41.1 เนื่องจากชุดข้อมูลผ่าตัดแบบเข้าด้านหน้าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยข้อสะโพกเสื่อมและการผ่าตัดแบบเข้าด้านหลังส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก จึงทำให้อธิบายได้ถึงสาเหตุของการผ่าตัด

แบบเข้าด้านหน้ามีอายุน้อยกว่าและมี BMI มากกว่า ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าและแบบเข้าด้านหลังมี BMI เฉลี่ย 24.32, SD = 4.69 และ 22.45, SD = 4.66 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kevin และคณะ⁴ พบว่า กลุ่มที่ผ่าตัดแบบเข้าด้านหน้า มี BMI เฉลี่ย 27.6 สูงกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดแบบเข้าด้านหลังที่มี BMI เฉลี่ย 26.5 เมื่อวิเคราะห์รายละเอียด พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้ามีผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนระดับที่ 1 และ 2 ร้อยละ 32.9 และ 11.4 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหลังที่มีผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนระดับที่ 1 และ 2 เพียงร้อยละ 12.9 และ 5.7

สำหรับผลการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าและเข้าด้านหลัง พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ความสามารถในการฝึกเดินหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด การเกิดรอยร้าวของกระดูกต้นขา การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก ของทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่าระยะเวลาในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่าแบบเข้าด้านหลัง สอดคล้องกับการศึกษา ที่ผ่านมาพบว่า การผ่าตัดแบบเข้าด้านหน้าใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 83.3 นาที ซึ่งมากกว่าการผ่าตัดแบบเข้าด้านหลังที่ใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 65.5 นาที⁵ ทั้งนี้ อาจเกิดจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าเป็นการผ่าตัดแนวใหม่ แพทย์อาจยังไม่ค่อยคุ้นชินกับวิธีนี้จึงทำให้มีระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดแบบเดิมที่คุ้นเคยกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าสามารถฝึกเดินหลังผ่าตัดได้เร็วกว่า และมีจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหลัง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การผ่าตัดแบบเข้าด้านหน้ามีจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 1.8 วัน ซึ่งน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเข้าด้านหลังที่

มีจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดเฉลี่ย 2.3 วัน⁶ ทั้งนี้ อาจเกิดจากกลุ่มที่ผ่าตัดแบบเข้าด้านหน้ามีอายุน้อยกว่า ซึ่งอาจมีส่วนในการฟื้นตัวได้ดีกว่าและการผ่าตัดแบบเข้าด้านหน้าเป็นเทคนิคที่ไม่ตัดกล้ามเนื้อ ส่งผลให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บน้อย ขณะผ่าตัดเสียเลือดน้อย จึงทำให้เกิดการฟื้นตัวที่เร็วขึ้นได้ แต่พบการเกิดรอยร้าวของกระดูกต้นขาหลังการผ่าตัดในการผ่าตัดแบบเข้าด้านหน้ามากกว่าการผ่าตัดแบบเข้าด้านหลัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fleischman และคณะ⁷ พบการเกิดรอยร้าวของข้อสะโพกหลังการผ่าตัดในการผ่าตัดแบบเข้าด้านหน้า ร้อยละ 1.2 มากกว่าการผ่าตัดแบบเข้าด้านหลังที่พบเพียง ร้อยละ 0.47 ทั้งนี้ อาจเกิดจากการผ่าตัดแบบเข้าด้านหน้าต้องจัดกระดูกต้นขาขึ้น ซึ่งต้องใช้ learning curve ในการผ่าตัดและจากการศึกษาวิจัยข้อมูลย้อนหลัง พบมีกระดูกหักหลังผ่าตัดในช่วงแรกแต่หลังจากผ่าตัดผ่านไปประมาณ 10–20 ราย พบกระดูกหักขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดจำนวนลดลง ซึ่งในผู้ป่วยที่เกิดการหักร้าวของกระดูก ต้นขาครั้งหนึ่งเป็นการนำผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมาผ่าตัด กระดูกจึงมีลักษณะบาง ง่ายต่อการหัก และอาจเกิดร้าวในกระบวนการจัดกระดูกต้นขา ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงแรกของการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักที่มาผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้า แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดแบบเข้าด้านหน้าไม่พบอุบัติการณ์การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก ซึ่งแตกต่างจากการผ่าตัดแบบเข้าด้านหลัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yuasa และคณะ⁸ ที่พบการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกหลังการผ่าตัดในการผ่าตัดแบบเข้าด้านหลังจำนวน 4 ราย แต่ไม่พบการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกในการผ่าตัดแบบเข้าด้านหน้า ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากการผ่าตัดแบบเข้าด้านหลังมีการผ่าตัดกล้ามเนื้อบางส่วน ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อสะโพกเคลื่อนหลุดได้

สรุป

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้าถึงแม้ว่าจะใช้เวลาในการผ่าตัดที่นานกว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหลัง แต่มีจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดน้อยกว่า ความสามารถในการฝึกเดิน หลังผ่าตัดได้เร็วกว่า และไม่พบการเกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกหลังผ่าตัด แต่ด้วยความจำกัดของจำนวนผู้ป่วยในการผ่าตัดข้อสะโพกทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นจากสาเหตุข้อสะโพกเสื่อมหรือข้อสะโพกหัก ข้อมูลผ่าตัดอาจจะมี ความคลาดเคลื่อนได้บ้างแต่ก็ยังเป็นไปตามข้อมูลวิจัยของต่างประเทศ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลของการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำมาใช้ในการพิจารณาวางแผนผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยและการผ่าตัดมีคุณภาพมากขึ้นซึ่งช่วยลดจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดได้
2. ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์และเป็นข้อมูลอ้างอิงประกอบการศึกษาการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกในผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับผู้จะทำการวิจัยต่ออาจจะนำข้อมูลผ่าตัดข้อสะโพกแบบเข้าหน้าและหลังเปรียบเทียบกันโดยตรง ในกลุ่มกระดูกหักหรือข้อสะโพกเสื่อม ถ้าจำนวนผู้ป่วยมากพอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ธรรมวิทย์ เกื้อกุลเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระดูกงูแบน ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเผยแพร่ ขอขอบคุณนายแพทย์ ธิญญลักษณ์ เชาวน์นิธิ ผู้นำเทคนิคการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแบบเข้าด้านหน้ามาใช้ในโรงพยาบาลกระดูกงูแบน นายแพทย์นายศรีณย์ วัชรอำไพวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มงาน

ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ คุณต้องจิตร เอี่ยมสมบูรณ์ ในการสนับสนุน ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล จนการวิจัยในครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Wongtriratanachai P, Luevitonvechki S, Songpatanasilp T, et al. Increasing incidence of hip fracture in Chiang Mai, Thailand. J Clin Densitom 2013;16(3):347–52. doi: 10.1016/j.jocd.2012.07.002.
2. Lewis SR, Macey R, Stokes J, et al. Surgical interventions for treating intracapsular hip fractures in older adults: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2022;2(2):CD013404. doi: 10.1002/14651858.CD013404.pub2.
3. Chughtai M, Samuel LT, Acuña AJ, et al. Algorithmic soft tissue femoral release in anterior approach total hip arthroplasty. Arthroplast Today 2019;5(4):471–6. doi: 10.1016/j.artd.2019.10.004.
4. Moerenhout K, Derome P, Laflamme GY, et al. Direct anterior versus posterior approach for total hip arthroplasty: a multicentre, prospective, randomized clinical trial. Can J Surg 2020;63(5):E412–7. doi: 10.1503/cjs.012019.
4. Zhao HY, Kang PD, Xia YY, et al. Comparison of early functional recovery after total hip arthroplasty using a direct anterior or posterolateral approach: a randomized controlled trial. J Arthroplasty 2017;32(11):3421–8. doi: 10.1016/j.arth.2017.05.056.

6. Siljander MP, Whaley JD, Koueiter DM, et al. Length of stay, discharge disposition, and 90-day complications and revisions following primary total hip arthroplasty: a comparison of the direct anterior, posterolateral, and direct superior approaches. *J Arthroplasty* 2020;35(6): 1658–61. doi: 10.1016/j.arth.2020.01.082.
7. Fleischman AN, Tarabichi M, Magner Z, et al. Mechanical Complications Following Total Hip Arthroplasty Based on Surgical Approach: A Large, Single-Institution Cohort Study. *J Arthroplasty* 2019;34(6):1255–60. doi: 10.1016/j.arth.2019.02.029.
8. Yuasa T, Aoki K, Gomi M, et al. Comparison of direct anterior approach and posterior approach total hip arthroplasty: More than 5-year follow-up. *J Orthop* 2021;24: 271–3. doi: 10.1016/j.jor.2021.03.013.