



การศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมุกดาหาร

A Comparative Study of Clinical Outcomes of Surgery and Non-Surgery in Hip Fracture Patients in the Orthopedic Surgical Ward of Mukdahan Hospital

Penpitchaya Winyakam, M.D.

Mukdahan Hospital

Mukdahan Province

Penpitchaya938@gmail.com

เพ็ญพิชญา วิญญาม, พ.บ.

โรงพยาบาลมุกดาหาร

จังหวัดมุกดาหาร

Received: Mar 16, 2025

Revised: Apr 9, 2025

Accepted: Aug 25, 2025

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเพศหญิง มีอุบัติการณ์สูงและอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การรักษาแบ่งเป็น 2 วิธีหลัก คือ การรักษาโดยไม่ผ่าตัดและการผ่าตัด ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยและลักษณะการหัก

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการไม่ผ่าตัด (Non-Surgical Treatment) และการรักษาโดยการผ่าตัด (Surgical Treatment) ในผู้ป่วยที่มีอาการกระดูกสะโพกหัก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมุกดาหาร

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) มีการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการไม่ผ่าตัด (Non-Surgical Treatment) และการรักษาโดยการผ่าตัด (Surgical Treatment) ในผู้ป่วยที่มีอาการกระดูกสะโพกหัก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่รับการรักษาระหว่างเดือน มกราคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มละ 50 คน จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา: ระยะเวลาอนโรพยาบาล: กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีระยะเวลาอนโรพยาบาลเฉลี่ยสั้นกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน: กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ระยะเวลาการฟื้นตัว: ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีระยะเวลาการฟื้นตัวที่เร็วกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การฟื้นฟูการเคลื่อนไหว: สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถฟื้นฟูการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคุณภาพชีวิตหลังการรักษา: คะแนนคุณภาพชีวิตหลังการรักษาของกลุ่มผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป: การผ่าตัดเป็นแนวทางหลักในการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีความพร้อมและสามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ การรักษาด้วยการผ่าตัดควรเป็นทางเลือกแรกสำหรับผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายที่พร้อมรับการผ่าตัด การผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนรักษาตัวนาน และเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมักมีคุณภาพชีวิตหลังการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งช่วยให้กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วกว่า ดังนั้น การรักษาด้วยการผ่าตัดจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพน้อย และควรเป็นแนวทางหลักในการรักษากระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: การผ่าตัด, ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก, ผลลัพธ์ทางคลินิก, คุณภาพชีวิต



ABSTRACT

Background: Hip fractures are a significant concern in elderly patients, particularly among females, due to their high incidence and the potential for severe complications. Treatment methods are primarily divided into two approaches: non-surgical treatment and surgical treatment, depending on the patient's condition and the nature of the fracture.

Objective: To compare clinical outcomes and quality of life between hip fracture patients who underwent non-surgical treatment and those who underwent surgical treatment in the orthopedic surgical ward of Mukdahan Hospital.

Methods: This study is a retrospective analysis that collected data on patients with hip fractures who received either non-surgical treatment or surgical treatment in the orthopedic surgical ward of Mukdahan Hospital between January and October 2024. Each group consisted of 50 patients, and data were retrieved from an electronic medical records database. The Independent t-test was used for statistical analysis.

Results: Length of hospital stay: Patients who underwent surgical treatment had a significantly shorter hospital stay compared to the non-surgical group ($p < 0.05$). Complication rate: The surgical group had a significantly lower complication rate compared to the non-surgical group ($p < 0.01$). Recovery time: Patients who underwent surgery recovered significantly faster than those in the non-surgical group ($p < 0.05$). Mobility recovery: A significantly higher proportion of patients in the surgical group showed improved mobility compared to the non-surgical group ($p < 0.05$). Post-treatment quality of life: Patients in the surgical group had significantly higher average quality of life scores compared to those in the non-surgical group ($p < 0.05$).

Conclusion: Surgical treatment is the primary approach for hip fracture patients who are fit for surgery. It should be the first-line treatment for eligible patients, as it facilitates faster recovery, reduces the risk of complications associated with prolonged hospitalization, and improves mobility. Patients who undergo surgery generally experience a better post-treatment quality of life, allowing them to return to daily activities more quickly. Therefore, surgical treatment is recommended as the preferred approach for hip fracture patients with minimal health limitations.

Keywords: Surgery, Hip Fracture Patients, Clinical Outcomes, Quality of Life

บทนำ

กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) เป็นภาวะกระดูกหักที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพศหญิงเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของมวลกระดูกในร่างกายของเนื้อเยื่อกระดูกทำให้มวลกระดูกลดลงร่วมกับมีการเสื่อมทำให้กระดูกบางลง ส่งผลให้เกิดโรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักได้ง่าย สาเหตุหลักมาจากการพลัดตกหกล้ม โดยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุอย่างน้อย 150 - 250 คนต่อแสนประชากร ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือ¹ และทั่วโลก คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั่วโลกมากกว่า 2.6 ล้านราย และจะเพิ่มเป็นกว่า 6.26 ล้านรายภายในปี พ.ศ. 2593²⁻³ ส่วนในประเทศไทยข้อมูลจากการศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีอุบัติการณ์กระดูก สะโพกหักในผู้สูงอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็น 181 คนต่อแสนประชากร โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 76.7 ปี และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2.4:1 โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 และ พ.ศ. 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ⁴

ภาวะกระดูกสะโพกหักก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยมักไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ มีความเจ็บปวด เคลื่อนไหวไม่ได้ และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ การติดเชื้อ กล้ามเนื้อลีบ และข้อยึดติด ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง การหักของกระดูกสะโพกสามารถแบ่งตามตำแหน่งทางกายวิภาคได้เป็น 3 ชนิด ได้แก่ (1) การหักของคอกระดูกต้นขา (Femoral Neck Fracture) ซึ่งอยู่ภายในข้อ (Intracapsular Fracture) และอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวกระดูกขาดได้ (2) การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอริก (Intertrochanteric Fracture) ซึ่งเกิดระหว่างคอของกระดูกต้นขากับส่วนล่าง และ (3) การหักของกระดูกบริวณใต้โทรแคนเทอริก (Subtrochanteric Fracture) ซึ่งอยู่ระหว่างปุ่มเล็ก (Lesser Trochanter) กับส่วนล่างของกระดูกต้นขา⁵

การวินิจฉัยกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย การซักประวัติเกี่ยวกับการบาดเจ็บและโรคร่วม การตรวจร่างกาย การตรวจทางรังสี เช่น เอกซเรย์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินความเหมาะสมของแนวทางการรักษา มาตรฐานแนวทางการรักษากระดูกสะโพกหักแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การรักษาแบบไม่ผ่าตัด (Non-Surgical Treatment) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางการแพทย์ เช่น โรคหัวใจ หรือไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ โดยใช้วิธีดึงถ่วงกระดูก (Skin Traction) เพื่อลดการเคลื่อนไหวของกระดูกที่หักและบรรเทาอาการเจ็บปวด การรักษาแบบผ่าตัด (Surgical Treatment) เช่น การเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Total Hip Replacement) หรือการยึดตรึงกระดูก (Internal Fixation) ซึ่งมีข้อดีคือช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อน และสามารถกลับมาเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้น การผ่าตัดควรดำเนินการภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังการหัก เพื่อให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีที่สุด¹ ทั้งนี้ งานวิจัยในต่างประเทศระบุว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนน ASA (American Society of Anesthesiologists) ระดับ 3 หรือสูงกว่า ซึ่งหมายถึงมีโรคประจำตัวรุนแรง มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมถึง 2.3 เท่า และหากมีการรอผ่าตัดเกิน 48 ชั่วโมง จะยังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นถึง 1.8 เท่า⁶

อย่างไรก็ตาม แม้การรักษาด้วยการผ่าตัดจะให้ผลลัพธ์ที่ดี แต่ในประเทศไทยยังคงมีอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ชายแดน ที่อาจเผชิญกับปัญหาเรื่องบุคลากรเครื่องมือและความพร้อมของโรงพยาบาล รายงานของสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ ระบุว่า ประชากรในพื้นที่ชนบทและระดับจังหวัดมีอัตราการเข้าถึงการผ่าตัดสะโพกต่ำกว่าพื้นที่เมืองถึง 2 เท่า โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่าผู้ป่วยต้องรอผ่าตัดนานกว่าภาคกลางเฉลี่ยมากกว่า 48 ชั่วโมง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตแม้ว่าจะมีงานวิจัยในระดับชาติเกี่ยวกับกระดูกสะโพกหักบ้างแล้ว แต่ยังขาดการศึกษาเชิงลึกในระดับภูมิภาค โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดน เช่น จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูง และมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโครงสร้างบริการสาธารณสุข⁷



ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ผลลัพธ์ทางคลินิกเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผ่าตัดและไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจทางคลินิก และสนับสนุนการพัฒนาแนวทางการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมประชากรกลุ่มเปราะบางในบริบทของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาโดยการไม่ผ่าตัด (Non-Surgical Treatment) และการผ่าตัด (Surgical Treatment) ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมุกดาหาร
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังการรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการไม่ผ่าตัด และการผ่าตัด

ระเบียบการศึกษาขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective study) เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักหรือมีข้อจำกัดและไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมุกดาหาร ดำเนินการศึกษาในระหว่างเดือน มกราคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้ข้อมูลของผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปข้อมูล อย่างไรก็ตาม การศึกษาอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของการวิจัยแบบย้อนหลัง ซึ่งอาจมีผลต่อความถูกต้องของข้อมูล และไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ความรุนแรงของโรคร่วม หรือสมรรถภาพร่างกายก่อนเข้ารับการรักษา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวและโรคร่วมวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วย

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลาการฟื้นตัว ความสามารถในการเคลื่อนไหวภายหลังการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลานอนโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด ใช้สถิติ Independent t-test

2.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ อัตราการเสียชีวิต ณ เวลา 1 ปี แสดงโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

กลุ่มประชากรและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมุกดาหาร



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือนมกราคม – ตุลาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งผ่านเกณฑ์คัดเลือกและมีข้อมูลครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์ จำนวน 100 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่:

1. กลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด (Surgical Treatment) จำนวน 50 คน
2. กลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด (Non-Surgical Treatment) จำนวน 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกระดูกสะโพกหักจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
3. ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือไม่ผ่าตัดอย่างใดอย่างหนึ่ง
4. มีข้อมูลในเวชระเบียนที่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่

1. แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ใช้เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการรักษา โดยข้อมูลได้จากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลมุกดาหาร ผ่านการตรวจสอบโดยแพทย์และเจ้าหน้าที่สถิติทางการแพทย์เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วนและถูกต้อง

2. แบบฟอร์มบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการรักษา แบบฟอร์มนี้ใช้เพื่อเก็บข้อมูลทางคลินิกหลังการรักษา มีเนื้อหาประกอบด้วย ระยะเวลาอนโรพยาบาล ระยะเวลาการฟื้นตัว ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา การกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ภายใน 30 วัน ข้อมูลเหล่านี้จัดเก็บโดยอิงจากบันทึกทางการแพทย์ในระบบเวชระเบียน และมีการประเมินโดยทีมแพทย์ผู้ดูแล

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตหลังการรักษา (Quality of Life Assessment) ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐานระดับนานาชาติที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในการวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้านกายภาพและจิตใจ แบ่งออกเป็น 8 มิติหลัก ประกอบด้วย การทำงานของร่างกาย (Physical Functioning) ข้อจำกัดจากปัญหาทางกาย (Role Physical) ความเจ็บปวด (Bodily Pain) สุขภาพทั่วไป (General Health) พลังชีวิต (Vitality) สภาพทางสังคม (Social Functioning) ข้อจำกัดจากปัญหาทางจิตใจ (Role Emotional) และสุขภาพจิต (Mental Health) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม SF-36 มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89

นิยามศัพท์

กระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) หมายถึง การหักของกระดูกต้นขาบริเวณสะโพก ทำให้ส่วนหัว และก้านของกระดูกต้นขา แยกจากกันแบ่งตามตำแหน่งที่หักได้ 3 บริเวณ คือ การหักของกระดูกต้นขาส่วนคอ(Femoral-Neck Fracture) การหักของกระดูก อินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก (Intertrochanteric Fracture) และการหักของกระดูกใต้อินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก (Subtrochanteric Fracture)

การรักษาแบบไม่ผ่าตัด หมายถึง การรักษาแบบประคับประคอง โดยการใช้เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก (Skintraction) เป็นเวลา อย่างน้อยนานประมาณ 6 สัปดาห์ มักทำในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ยินยอมผ่าตัด หรือผู้สูงอายุที่มีสภาวะร่างกายที่ไม่พร้อมสำหรับการ ผ่าตัด เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมด้วย

การรักษาโดยการผ่าตัด หมายถึง การผ่าตัดควรทำให้เร็วที่สุดภายใน 24 - 48 ชั่วโมงภายหลังการเกิดกระดูกสะโพกหัก เพื่อลดอาการปวด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพื่อให้ผู้สูงอายุฟื้นคืนสู่สภาพปกติให้เร็วที่สุด



การผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม หมายถึง การผ่าตัดในกรณีที่มีการหักของคอกระดูกต้นขาที่มีภาวะกระดูกพรุนมากจนไม่สามารถใช้เครื่องยึดตรึงกระดูกได้อย่างมั่นคง แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดที่ใช้แทนเฉพาะหัวกระดูกต้นขา (Hemiarthroplasty) และชนิดที่ใช้แทนทั้งหัวกระดูกต้นขาและเบ้าของกระดูกสะโพก (Total Hip Arthroplasty)

การผ่าตัดเพื่อการยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน หมายถึง การผ่าตัดที่มีอยู่ 2 ตำแหน่ง คือ การยึดตรึงการหักของปุ่มกระดูกโคนขา และการหักบริเวณใต้ปุ่มกระดูกโคนขา

ผลการศึกษา

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่าการผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีผลดีต่อการฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ การผ่าตัดเป็นแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาแบบไม่ผ่าตัด สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มผ่าตัด จำนวน 50 คน มีอายุเฉลี่ย 70.5 ± 8.2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 70.5 ± 8.2 มีภาวะโรคร่วมร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เป็นมีกระดูกหักประเภทคอกระดูกสะโพกหัก กลุ่มไม่ผ่าตัด จำนวน 50 คน มีอายุเฉลี่ย 72.3 ± 7.9 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.8 ± 3.3 มีภาวะโรคร่วมร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เป็นมีกระดูกหักประเภทคอกระดูกสะโพกหัก แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	กลุ่มผ่าตัด	กลุ่มไม่ผ่าตัด
จำนวนผู้ป่วย (คน)	50	50
อายุเฉลี่ย (ปี)	70.5 ± 8.2	72.3 ± 7.9
เพศ		
- ชาย (ร้อยละ)	40	38
- หญิง (ร้อยละ)	60	62
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI)	23.4 ± 3.1	22.8 ± 3.3
ภาวะโรคร่วม (ร้อยละ)	70	75
ประเภทการหักของกระดูก		
- คอกระดูกสะโพกหัก (ร้อยละ)	55	60
- กระดูกต้นขาหัก (ร้อยละ)	45	40



2. ผลลัพธ์ทางคลินิก

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ได้แก่

2.1 ระยะเวลาอนโรงพยาบาล: ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ผ่าตัด โดยกลุ่มผ่าตัดใช้เวลาเฉลี่ย 10.5 วัน เทียบกับกลุ่มไม่ผ่าตัดที่ใช้เวลาเฉลี่ย 14.7 วัน ซึ่งแสดงถึงการฟื้นตัวที่รวดเร็วและลดความเสี่ยงจากการนอนโรงพยาบาลนาน

2.2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน: กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ที่ร้อยละ 15 เทียบกับกลุ่มไม่ผ่าตัดที่มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงถึง ร้อยละ 35 โดยเฉพาะการติดเชื้อและข้อติดแข็ง ซึ่งพบมากกว่าในกลุ่มไม่ผ่าตัด

2.3 ระยะเวลาการฟื้นตัว: ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีระยะเวลาการฟื้นตัวเฉลี่ยที่เร็วกว่า 30.2 วัน เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ผ่าตัดเฉลี่ย 45.3 วัน ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดสามารถกลับมาทำกิจกรรมและเคลื่อนไหวได้เร็วกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัด

2.4 การฟื้นฟูการเคลื่อนไหว: สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถฟื้นฟูการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ที่ 85% ซึ่งสูงกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดที่ 60% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีความสามารถในการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา ระหว่างกลุ่มผ่าตัดและกลุ่มไม่ผ่าตัด ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมุกดาหาร

ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย	กลุ่มผ่าตัด	กลุ่มไม่ผ่าตัด	p-value
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (วัน)	10.5 ± 2.3	14.7 ± 3.1	$p < 0.05^*$
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ)	15	35	$p < 0.01^*$
ระยะเวลาการฟื้นตัว (วัน)	30.2 ± 4.5	45.3 ± 5.0	$p < 0.05^*$
การเคลื่อนไหวร่างกาย (ระดับ)	85%	60%	$p < 0.05^*$

3. คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการไม่ผ่าตัด (Non-Surgical Treatment) และการรักษาโดยการผ่าตัด (Surgical Treatment) ในผู้ป่วยที่มีอาการกระดูกสะโพกหัก พบว่า หลังการรักษาคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการรักษาของกลุ่มผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มไม่ผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ย 75.4 ขณะที่กลุ่มไม่ผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ย 60.7 สะท้อนให้เห็นว่าการผ่าตัดส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการรักษา แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา ระหว่างกลุ่มผ่าตัดและกลุ่มไม่ผ่าตัด ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมุกดาหาร

ดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	กลุ่มผ่าตัด	กลุ่มไม่ผ่าตัด	ค่า p (p-value)
คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย	75.4 ± 8.3	60.7 ± 9.1	$p < 0.05^*$
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (%)	ทำได้ปกติ 80%	ทำได้ปกติ 50%	
ระดับความเจ็บปวด (คะแนนเฉลี่ย)	3.1 ± 1.2 (น้อยกว่า)	5.4 ± 1.5 (มากกว่า)	

วิจารณ์

จากผลการศึกษาการรักษากระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผ่าตัดและไม่ผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มผ่าตัดมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าในหลายด้าน ได้แก่ ระยะเวลาอนโรงพยาบาลที่สั้นกว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต่ำกว่า ระยะเวลาการฟื้นตัวที่รวดเร็วขึ้น ความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ฟื้นฟูได้ดีกว่า และคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นหลังการรักษา โดยสามารถอภิปรายผลได้ในเชิงลึกดังนี้

ระยะเวลาอนโรงพยาบาล การผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักช่วยให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลที่สั้นลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (10.5 วัน เทียบกับ 14.7 วัน) สาเหตุหลักที่เป็นไปได้ คือ การผ่าตัดสามารถช่วยลดอาการปวดและฟื้นฟูการเคลื่อนไหวได้รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ผ่าตัด ซึ่งยังคงต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อรอให้กระดูกฟื้นตัวและหายดีจากการบาดเจ็บ การลดระยะเวลาอนโรงพยาบาลนี้ยังเป็นประโยชน์ในการลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนจากการพักรักษาตัวนานเกินไป จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลสั้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ชี้ว่าการผ่าตัดช่วยลดระยะเวลาอนโรงพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟู สอดคล้องกับการศึกษาของ จินพิชญชา มะมม⁸ พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลสั้นลงเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่สามารถฟื้นตัวและเคลื่อนไหวได้ดีขึ้นหลังการผ่าตัด ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานเกินไป นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ KC. Walley และคณะ⁹ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด พบว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยสรุปว่าการผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วและสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ผ่าตัด ซึ่งสนับสนุนให้การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลักในกรณีผู้ป่วยที่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ และงานวิจัยของ EC. Folbert และคณะ¹⁰ จากเนเธอร์แลนด์ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหลังจากกระดูกสะโพกหัก พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง หลังเกิดเหตุมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัดหรือต้องรอการผ่าตัดนานกว่า ซึ่งงานวิจัยนี้เน้นว่าการผ่าตัดที่เร็วขึ้น ไม่เพียงลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล แต่ยังช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการนอนโรงพยาบาลนาน

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 15 สำหรับกลุ่มผ่าตัด เทียบกับ ร้อยละ 35 สำหรับกลุ่มไม่ผ่าตัด) ภาวะแทรกซ้อนที่พบในกลุ่มไม่ผ่าตัดมีทั้งการติดเชื้อและข้อติดแข็ง ซึ่งเป็นผลจากการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และการที่ผู้ป่วยไม่สามารถขยับหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก ความเสี่ยงจากการนอนนานและข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวอาจทำให้เกิดภาวะข้อติดแข็งและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ได้ง่ายขึ้น การผ่าตัดช่วยลดปัญหาเหล่านี้โดยการฟื้นฟูให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้น ลดการจำกัดการเคลื่อนไหว และลดโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 15 สำหรับกลุ่มผ่าตัด เทียบกับ ร้อยละ 35 สำหรับกลุ่มไม่ผ่าตัด) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในกลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อและข้อติดแข็ง ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นและขยับร่างกายได้จำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของ มลฤดี เพ็ชรลมูล และคณะ¹¹ พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สูงกว่า ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการเคลื่อนไหวที่จำกัดและการติดเชื้อ เช่น ภาวะข้อติดแข็งและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมักเกิดจากการนอนนานและขยับร่างกายไม่ได้สะดวก ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีการฟื้นฟูที่รวดเร็ว ลดการจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ KS. Poh และคณะ¹² ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก โดยเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการ

ผ่าตัด พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัดมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า ซึ่งรวมถึงภาวะข้อติดแข็งและการติดเชื้อ การศึกษานี้ชี้ว่าการผ่าตัดช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูการเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้น และงานวิจัยของ N. Simunovic และคณะ¹³ ศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก โดยเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด พบว่าอัตราการติดเชื้อและภาวะข้อติดแข็งในกลุ่มไม่ผ่าตัดสูงขึ้นถึง ร้อยละ 30 – 40 ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาที่แนะนำให้ผู้ป่วยรับการผ่าตัดหากสามารถทำได้ เพื่อเพิ่มโอกาสฟื้นฟูและลดภาวะแทรกซ้อน

ระยะเวลาการฟื้นตัว กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดมีระยะเวลาการฟื้นตัวที่รวดเร็วกว่า (30.2 วัน เทียบกับ 45.3 วัน) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมประจำวันได้เร็วกว่า โดยการฟื้นตัวที่เร็วขึ้นนี้อาจเป็นผลจากการที่กระดูกสะโพกได้รับการตรึงให้เข้าที่อย่างมั่นคง ลดอาการปวด และช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวได้ตามปกติอย่างรวดเร็ว ในขณะที่กลุ่มไม่ผ่าตัดจะต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูนานกว่าเพราะต้องรอให้กระดูกฟื้นตัวเอง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น จากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมีระยะเวลาการฟื้นตัวที่รวดเร็วกว่าอย่างชัดเจน (30.2 วัน เทียบกับ 45.3 วันในกลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัด) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ชี้ว่าการผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมประจำวันได้เร็วกว่าการรักษาแบบไม่ผ่าตัด การศึกษาโดยจินพิชญชา มะมม⁸ พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีระยะเวลาการฟื้นตัวที่สั้นกว่า เนื่องจากกระดูกได้รับการตรึงเข้าที่ที่ช่วยลดความเจ็บปวดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูการเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้น งานวิจัยนี้สรุปว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดมีผลดีต่อการฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเคลื่อนไหวจำกัด นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ N. Simunovic และคณะ¹³ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โดยเปรียบเทียบระยะเวลาการฟื้นตัวระหว่างการผ่าตัดและการรักษาแบบไม่ผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฟื้นตัวได้เร็วกว่าและสามารถกลับมาทำกิจกรรมประจำวันได้เร็วขึ้น เนื่องจากกระดูกที่ตรึงแน่นหนาช่วยลดระยะเวลาในการรอให้กระดูกฟื้นตัวเอง การศึกษาชี้ว่าการผ่าตัดช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวที่จำกัด และงานวิจัยของ AJ. Vochteloo และคณะ¹⁴ พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดการบาดเจ็บมีการฟื้นตัวเร็วกว่าและมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น งานวิจัยนี้ระบุว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดเร็วมีระยะเวลาการฟื้นตัวที่สั้นลงและลดความเสี่ยงของ ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับข้อยึดติดและกล้ามเนื้อฝ่อลีบจากการเคลื่อนไหวที่จำกัด

การฟื้นฟูการเคลื่อนไหว ความสามารถในการเคลื่อนไหวหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดสูงกว่าอย่างชัดเจน โดยกลุ่มผ่าตัดมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ฟื้นฟูการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้นถึง 85% เทียบกับ 60% ในกลุ่มไม่ผ่าตัด การผ่าตัดช่วยลดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเนื่องจากสามารถแก้ไขปัญหากระดูกสะโพกหักได้ตรงจุดและลดอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น และมีความมั่นคงมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม กลุ่มที่รักษาแบบไม่ผ่าตัดจะต้องพักฟื้นระยะยาว และมักเกิดการยึดติดของข้อต่อหรือการยึดหย่อนที่ลดลง ซึ่งเป็นผลให้การเคลื่อนไหวกลับมาได้ช้ากว่า จากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมีความสามารถในการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (85% สำหรับกลุ่มผ่าตัด เทียบกับ 60% สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้ผ่าตัด) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย มลฤดี เพ็ชรลมูล และคณะ¹¹ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดมีความสามารถในการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้นหลังการรักษา เนื่องจากการผ่าตัดช่วยตรึงกระดูกให้เข้าที่ ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูการเคลื่อนไหวได้ เร็วกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งต้องพักฟื้นระยะยาวและมักมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเกิดขึ้น เช่น ข้อติดแข็ง หรือกล้ามเนื้อฝ่อลีบจากการเคลื่อนไหวที่จำกัด และ JL. Givens และคณะ¹⁵ ศึกษาความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีอัตราการฟื้นฟูที่สูงกว่า เนื่องจากการผ่าตัดช่วยให้ข้อต่อมีความยึดหยุ่นมากขึ้น ลดปัญหาข้อติดแข็งและข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัดต้องใช้เวลาฟื้นฟูที่นานกว่าและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวมากกว่า



คุณภาพชีวิตหลังการรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (75.4 เทียบกับ 60.7) สาเหตุที่กลุ่มผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า อาจมาจากการที่การผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น พื้นตัวได้เร็ว และลดภาวะแทรกซ้อน การลดความเจ็บปวดและการฟื้นตัวเร็ว ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขและสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ใกล้เคียงกับช่วงก่อนเกิดอุบัติเหตุ ขณะที่กลุ่มไม่ผ่าตัดอาจยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและประสบกับปัญหาสุขภาพที่ต่อเนื่อง จากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ (75.4 เทียบกับ 60.7) สาเหตุที่กลุ่มผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอาจมาจากการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและการฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและความเจ็บปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถ กลับไปทำกิจกรรมประจำวันได้ใกล้เคียงกับช่วงก่อนเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มลฤดี เพ็ชรสมุล และคณะ¹¹ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดช่วยลดความเจ็บปวดและเร่งกระบวนการฟื้นฟูให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น งานวิจัยนี้ยังชี้ว่า การผ่าตัดมีส่วนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนพักฟื้นนาน เช่น ภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวและการศึกษาของ J. Tidemark และคณะ¹⁶ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าเนื่องจากสามารถกลับไปทำกิจกรรมและใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระมากขึ้น งานวิจัยนี้ระบุว่าการผ่าตัดช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหว ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนรักษาตัวนาน และทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจ และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกมีคะแนนคุณภาพชีวิตและการฟื้นฟูสภาพจิตใจที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด การผ่าตัดไม่เพียงช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหว แต่ยังมีผลเชิงบวกต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ทำให้พวกเขารู้สึกมีความสามารถและมั่นใจในการทำกิจกรรมประจำวันได้มากขึ้น ซึ่งมีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต

ข้อจำกัดของการศึกษา

ผลการศึกษาจะชี้ให้เห็นถึงความได้เปรียบของการรักษากระดูกสะโพกหักด้วยการผ่าตัดในหลายด้าน แต่การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ดังนี้

1. การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) ซึ่งอาจมีความลำเอียงในการเลือกข้อมูล (Selection Bias) เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ได้อย่างสมบูรณ์ และอาจมีข้อมูลที่สูญหายหรือบันทึกไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ที่ได้
2. ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์มาจากรายการแพทย์เพียงอย่างเดียว ทำให้ขาดความหลากหลายของบริบทและลักษณะประชากรผู้ป่วย ส่งผลให้ผลการศึกษายังไม่สามารถสรุปและนำไปใช้ในวงกว้างได้อย่างเต็มที่
3. การศึกษานี้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรสำคัญบางประการ เช่น โรคร่วมของผู้ป่วย ความรุนแรงของการบาดเจ็บกระดูกสะโพก หรือความแตกต่างในการดูแลหลังการรักษา ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ทั้งในเรื่องการฟื้นตัวและภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาดังกล่าว มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก โดยมุ่งเน้นการปรับใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟู ดังนี้

1. ใช้การผ่าตัดเป็นแนวทางหลักในการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีความพร้อมและสามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ การรักษาด้วยการผ่าตัดควรเป็นทางเลือกแรกสำหรับผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายที่พร้อมรับการผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะโรคร่วมที่เสี่ยงสูงหรือมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนรักษาตัวนาน และเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมักมีคุณภาพชีวิตหลังการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งช่วยให้กลับไปใช้



ชีวิตประจำวันได้เร็วกว่า ดังนั้น การรักษาด้วยการผ่าตัดจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพน้อย และควรเป็นแนวทางหลักในการรักษากระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. พัฒนาแนวทางการรักษาที่เน้นการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอุบัติเหตุ เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ งานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดที่ทำภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากการบาดเจ็บช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวที่จำกัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับหรือปอดอักเสบ การผ่าตัดอย่างรวดเร็วช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาเคลื่อนไหวได้เร็ว ซึ่งเป็นการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนพักนาน ทั้งนี้ ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เน้นการจัดการและประสานงานในทีมรักษาให้พร้อมเพื่อการผ่าตัดได้เร็วที่สุดหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ เช่น การเตรียมทีมศัลยแพทย์ อุปกรณ์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในลักษณะการดูแลเชิงบูรณาการที่พร้อมตลอดเวลา

3. พิจารณาการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางสุขภาพที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมที่อาจทำให้การผ่าตัดมีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจ โรคปอด หรือผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตไม่คงที่ อาจพิจารณาการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ซึ่งเป็นการรักษาประคับประคองด้วยการดามกระดูก การจำกัดการเคลื่อนไหว และการดูแลอาการปวด อย่างไรก็ตาม การรักษาแบบไม่ผ่าตัดควรมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะในระยะยาว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติดแข็งหรือการฝ่อลีบของกล้ามเนื้อ และควรมีการกายภาพบำบัดเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการพักพิ้นนานเกินไป

4. การให้ความรู้และการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษา ควรให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการฟื้นฟูหลังการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว เช่น การฝึกกายภาพบำบัดที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บซ้ำ การดูแลโภชนาการที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการฟื้นฟู และการปฏิบัติตามแนวทางของแพทย์อย่างเคร่งครัด การดูแลต่อเนื่องนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรออกแบบการศึกษาในรูปแบบ Prospective Cohort Study หรือการทดลองทางคลินิกแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trial) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและลดความลำเอียงในการเลือกข้อมูล
2. ควรเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายโรงพยาบาลหรือหลายภูมิภาค เพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มความทั่วไปของผลการศึกษา
3. ควรควบคุมและวิเคราะห์ผลของตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ เช่น โรคร่วม ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และรูปแบบการดูแลหลังการรักษา เพื่อให้ผลการศึกษามีความแม่นยำและเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยมากขึ้น



เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Hip Fractures in the Elderly. Rosemont (IL): AAOS [Internet]. 2023 [Cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/hip-fractures-in-the-elderly/>
2. Cooper C, Campion G, Melton LJ 3rd. Hip fractures in the elderly: a world-wide projection. Osteoporos Int 1992; 2(6): 285–9. doi: 10.1007/BF01623184. PubMed PMID: 1421796.
3. World Health Organization. WHO Scientific Group on Assessment of Osteoporosis at the Primary Health Care Level [Internet]. 2007 [Cited 2025 Aug 7]. Available from: https://www.fraxplus.org/sites/frax/files/pdf/WHO_Technical_Report.pdf
4. Wongtriratanachai P, Luevitonvechkij S, Songpatanasilp T, Sribunditkul S, Leerapun T, Phadungkiat S, 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. PubMed PMID: 22906626.
5. ชาญยุทธ ศุภชาติวงศ์. กระดูกหักและข้อเคลื่อนที่สะโพกและต้นขา. ใน: วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์ และคณะ, บรรณาธิการ. ออร์โธปิดิกส์ ฉบับเรียบเรียงใหม่ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง; 2550.
6. Moran CG, Wenn RT, Sikand M, Taylor AM. Early mortality after hip fracture: is delay before surgery important? J Bone Joint Surg Am 2005; 87(3): 483–9. doi: 10.2106/JBJS.D.01796. PubMed PMID: 15741611.
7. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). รายงานสถานการณ์ระบบบริการศัลยกรรมประเทศไทย ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 7 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ihppthaigov.net/publication/surgical-care-2021/>
8. จินพิชญชา มะมม. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
9. Walley KC, Appleton PT, Rodriguez EK. Comparison of outcomes of operative versus non-operative treatment of acetabular fractures in the elderly and severely comorbid patient. Eur J Orthop Surg Traumatol 2017; 27(5): 689-94. doi: 10.1007/s00590-017-1949-1. PubMed PMID: 28389758.
10. Folbert EC, Hegeman JH, Gierveld R, van Netten JJ, Velde DV, Ten Duis HJ, et al. Complications during hospitalization and risk factors in elderly patients with hip fracture following integrated orthogeriatric treatment. Arch Orthop Trauma Surg 2017; 137(4): 507-15. doi: 10.1007/s00402-017-2646-6. PubMed PMID: 28233062.
11. มลฤดี เพ็ชรลมูล, สุภาพ อารีเอื้อ. การชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก: ปรากฏการณ์ทางคลินิกที่ท้าทายการจัดการ. รามาธิบดีพยาบาลสาร พฤษภาคม-สิงหาคม 2552; 15(2): 233-48.
12. Poh KS, Lingaraj K. Complications and their risk factors following hip fracture surgery. J Orthop Surg (Hong Kong) 2013; 21(2): 154-7. doi: 10.1177/230949901302100207. PubMed PMID: 24014774.
13. 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. PubMed PMID: 20837683.



14. Vochteloo AJ, Moerman S, Tuinebreijer WE, Maier AB, de Vries MR, Bloem RM, et al. More than half of hip fracture patients do not regain mobility in the first postoperative year. *Geriatr Gerontol Int* 2013; 13(2): 334-41. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00904.x. PubMed PMID: 22726959.
15. Givens JL, Sanft TB, Marcantonio ER. Functional recovery after hip fracture: the combined effects of depressive symptoms, cognitive impairment, and delirium. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(6): 1075-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01711.x. PubMed PMID: 18422945.
16. Tidermark J, Zethraeus N, Svensson O, Törnkvist H, Ponzer S. Quality of life related to fracture displacement among elderly patients with femoral neck fractures treated with internal fixation. *J Orthop Trauma* 2002; 16(1): 34-8. doi: 10.1097/00005131-200201000-00008. PubMed PMID: 11782631.

