

7-1-1982

## ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกและข้อต่อโพกหัก

ประทีป เทียนบุญ

ตรง พันธุ์มโกลม

พิบูลย์ อิศริระวิวงศ์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

---

### Recommended Citation

เทียนบุญ, ประทีป; พันธุ์มโกลม, ตรง; and อิศริระวิวงศ์, พิบูลย์ (1982) "ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกและข้อต่อโพกหัก," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 26: Iss. 4, Article 6.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol26/iss4/6>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

นิพนธ์ต้นฉบับ

# ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อตะโพกหัก

ประกิต เทียนบุญ\*

ตรง พันธุมโกมล\*      พิบูลย์ อธิระวิวงศ์\*

Tienboon P, Pantoomkomol T, Itiravivong P. Mortality and morbidity after hip fractures in geriatric patients. Chula Med J. 1982 Jul; 26 (4) : 267-273

AGED

*Analysis of one hundred and sixteen patients with hip fractures was reported concerning their mortality and morbidity rates. The ratio between femoral neck fracture and trochanteric fracture was 1.64 to 1 in age group between 60 to 80 years. In older patients., aged over 80, such ratio increased up to 8.7 to 1, Most common complications were bed sores, urinary tract infection and pneumonia. Twenty nine patients (27.56 %) had these complications and of which five (4.6 %) died. The overall average hospitalized period was 25.9 days. The period was lengthened to 40.5 days in patients with complications and shortened to 18.4 days in non complicated cases.*

\* ภาควิชาออร์โทปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในปัจจุบันนี้มีปริมาณคนสูงอายุเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้บ่่วยสูงอายุกระดูกข้อตะโพกหักมากขึ้นเช่นกัน<sup>(1)</sup> อีกทั้งมีภาวะแทรกซ้อนสูง มีผู้รายงานถึงอัตราการตายของผู้บ่่วยกลุ่มนี้ตั้งแต่ร้อยละ 6.5-29<sup>(2,3)</sup> โดยที่อัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนนั้นสูงมากขึ้นตามอายุผู้บ่่วยที่เพิ่มมากขึ้น เพราะคนสูงอายุมักมีโรคประจำตัวดั้งเดิมอยู่ก่อนแล้ว เมื่อได้รับอุบัติเหตุกระดูกตะโพกหักทำให้เกิดปัญหาในการรักษา เนื่องจากผู้บ่่วยไม่สามารถเดินได้ การให้คนสูงอายุนอนอยู่กับเตียงนาน ๆ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายเช่น ปอดบวมระบบทางเดินบีสสาวะอักเสบ แผลกดทับเรื้อรัง เพราะฉะนั้นจึงจำเป็นต้องรักษาผู้บ่่วยเพื่อทำให้สามารถขยับตัวหรือเดินได้เร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้ภายใน 24-48 ชั่วโมง โดยการผ่าตัดเสริมเหล็กเชื่อมข้อตะโพกที่หักให้แข็งแรงหรือเปลี่ยนข้อตะโพกให้ใหม่โดยขึ้น

อยู่กับว่ากระดูกที่หักนั้นเป็นแบบไหน แต่ถ้าผู้บ่่วยมีโรคเดิมอยู่ก็ควรรักษาโรคเดิมให้ดีกว่าก่อนที่จะนำผู้บ่่วยไปทำการผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลของผู้บ่่วยเพื่อวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของผู้บ่่วยสูงอายุกระดูกข้อตะโพกหัก เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงทวิวิธีการรักษาที่ดีต่อไป

### ผู้บ่่วยและวิธีการ

การศึกษานี้ได้จากผู้บ่่วยสูงอายุ (60-98 ปี) จำนวน 116 คน รับไว้รักษาตัวที่ภาควิชาออร์โทปีดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2519 ถึง พ.ศ. 2523 โดยศึกษาย้อนหลังจากประวัติผู้บ่่วยที่รับไว้ในภาควิชาฯ ในแง่ของอายุที่สัมพันธ์กับการหักของกระดูกการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบต่าง ๆ และการรักษาแบบอนุรักษ์ ภาวะแทรกซ้อน อัตราตายและ

ตารางที่ 1 อายุผู้บ่่วยกับชนิดของกระดูกหัก

อายุ (ปี)	Neck Fracture (จำนวน)	Trochanteric Fracture (จำนวน)
60-70	22	19
71-80	24	22
81-90	24	3
91-98	2	-

โรคอื่นที่พบในผู้ป่วยซึ่งถึงแก่กรรมอายุตั้งแต่ 60-80 ปี อัตราส่วนของกระดูกหักทั้ง 2 ชนิดใกล้เคียงกัน แต่ในอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปพบว่ากระดูกคอพีเมอร์หักสูงมากกว่ากระดูกโทรแคนเตอร์ เป็นอัตรา 8.7 : 1

### ชนิดของกระดูกหัก

กระดูกคอพีเมอร์หัก	72 ราย
กระดูกโทรแคนเตอร์หัก	44 ราย

### การรักษากระดูกหัก

ผู้ป่วย 116 ราย ไม่สามารถรับการรักษาผ่าตัด 7 ราย และ 3 ราย ไม่สามารถทำผ่าตัดให้ได้เนื่องจากต้องรักษาโรคอื่นที่เป็นมากเสียก่อน จึงต้องทำการถ่วงน้ำหนักให้อย่างเดียว การรักษามีดังนี้คือ

กระดูกคอพีเมอร์หักจำนวน	72 ราย
1. ใส่หัวข้อตะโพกเทียม	56 ราย
2. ใส่สกรู	8 ราย
3. ใส่ Steimann pin	4 ราย
4. ถ่วงน้ำหนัก	1 ราย
5. ไม่สามารถรับการรักษาต่อ	3 ราย
กระดูกโทรแคนเตอร์หัก	44 ราย
1. ใส่เหล็กชนิด Jewett	28 ราย
2. ใส่หัวข้อตะโพกเทียม	6 ราย
3. ใส่เหล็กชนิด angle blade plate	2 ราย

4. ใส่เหล็กชนิด Smith-peterson nail 2 ราย
5. ถ่วงน้ำหนัก 2 ราย
6. ไม่สามารถรับการรักษาต่อ 4 ราย

### การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั่วไปได้แก่ การให้ยาพวกวิตามิน ซีโรโมนเพื่อกระตุ้นให้เจริญอาหาร สอนให้ผู้ป่วยรู้จักหายใจเข้าออกแรง ๆ ป้องกันการแพบของปอด ทางด้านการพยาบาลให้คอยช่วยพลิกตัวผู้ป่วยบ่อย ๆ ช่วยทำความสะอาดร่างกายเวลาถ่ายอุจจาระ บัสสาวะ เนื่องจากเป็นบริเวณที่ใกล้แผล ต้องระวังไม่ให้มีน้ำซึมเข้าไปในแผล ซึ่งจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ให้ยาปฏิชีวนะคือ ampicillin 2 กรัม ต่อวันทุกราย เมื่อผู้ป่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดแผลแล้ว จึงส่งไปทำกายภาพบำบัด โดยเฉลี่ยแล้วระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจนกระทั่งเริ่มทำกายภาพบำบัด กินเวลา ดังนี้

1. กลุ่มที่ใช้ข้อตะโพกเทียมใช้เวลา 6.73 วัน
2. กลุ่มที่ใส่ Jewett ใช้เวลา 5.43 วัน
3. กลุ่มที่ใส่สกรูใช้เวลา 5.43 วัน

ในผู้ป่วยกลุ่มแรกให้เดินเป็นแบบลงน้ำหนักได้เบา ๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มน้ำหนักของขาข้างผ่าตัดมากขึ้นเรื่อย ๆ (progressive weight

bearing) สำหรับกลุ่ม 2 และกลุ่ม 3 ให้เดินโดยไม่ลงน้ำหนักของขาข้างผ่าตัดในระยะ 2-4 อาทิตย์แรก หลังจากนั้นค่อย ๆ ลงน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อผู้ป่วยสามารถเดินได้ดีแล้วจึงให้กลับบ้าน ซึ่งเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยจะอยู่โรงพยาบาลนาน 25.9 วัน

### ผลการรักษา

พบว่าภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจำนวน 29 ราย จาก 116 ราย (ร้อยละ 27.56 %) ในผู้ป่วย 1 คน อาจมีปัญหามากกว่า 1 อย่าง เสียชีวิต 5 ราย จาก 116 ราย (4.6 %) ผู้ป่วย 3 ราย เสียชีวิตก่อนทำผ่าตัด เนื่องจากอาการทั่ว ๆ ไป ของผู้ป่วยไม่เหมาะกับการทำผ่าตัด จึงใช้การดึงถ่วงน้ำหนักให้ส่วนอีก 2 รายเสียชีวิตหลังผ่าตัด เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษา

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน
แผลกดทับ	16
แผลตื้น 10	
แผลลึก 6	
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	6
ถึงแก่กรรม	5
การติดเชื้อแผลผ่าตัด	5
แผลตื้น 3	
แผลลึก 2	
ปวดบวม	5
Peroneal nerve palsy	2
Dislocation	2
Cardio vascular accident (CVA)	1
เลือดออกทางลำไส้	1

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยที่เสียชีวิต 5 ราย

ภาวะแทรกซ้อน	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3	รายที่ 4	รายที่ 5
แผลกดทับ	-	+	+	+	+
ปอดบวม	+	-	+	+	-
ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	-	-	-	+	-
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	-	-	+	-	-
Sepsis	-	+	-	-	+
CVA	-	-	-	+	-

+ = มี - = ไม่มี

CVA = Cardio vascular accident

ผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 25.9 วัน สำหรับกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 40.04 วัน กลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 15.41 วัน การรื้อทำผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละรายใช้เวลาเฉลี่ย 8.08 วัน หลังจากผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล

### วิจารณ์

หลักในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อตะโพกหักนั้นควรจะทำให้ผู้ป่วยสามารถขยับเคลื่อนไหวได้ตามปกติโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้ แต่ในผู้ป่วยพวกนี้ไม่สามารถจะเดินได้เนื่องจากความเจ็บปวดจากกระดูกหักเพราะฉะนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขยับและเคลื่อนไหวโดยเร็ว โดยการ

ผ่าตัดใส่เหล็กยึดให้แข็งแรง หรือเปลี่ยนหัวข้อตะโพกใหม่ ผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ<sup>(4,5)</sup>

1. กลุ่มที่สามารถไปไหนมาไหนได้ตามปกติ
2. กลุ่มที่จำกัดความเคลื่อนไหว
3. กลุ่มที่ต้องนอนอยู่กับเตียงหรือนั่งรถเข็น

การผ่าตัดจะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม โดยปกติแล้วคนสูงอายุสามารถทนต่อการดมยาสลบและการผ่าตัดใหญ่ได้<sup>(5)</sup> ยกเว้นแต่ถ้าผู้ป่วยมีโรคเดิมอยู่ก่อนแล้วเท่านั้น ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโรคเหล่านั้นให้เสียก่อน การผ่าตัดในผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้อง

ร่อต่อไป การร่อโดยปล่อยให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่กับเตียงนาน ๆ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาดังได้กล่าวแล้ว เพราะฉะนั้นในระหว่างร่อนจึงต้องระวังคอยดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี Dr. Robert Weeden<sup>(6)</sup> ได้ศึกษาการรักษาผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อตะโพกหัก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่รักษาโดยการผ่าตัดมีอัตราตายเกิดขึ้นร้อยละ 9 จากผู้ป่วยทั้งหมด 601 ราย และกลุ่มที่ไม่ทำผ่าตัดมีอัตราตายร้อยละ 20 จากผู้ป่วย 164 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้เร็ว สามารถลดอัตราตายในผู้ป่วยสูงอายุได้ Michael Devas<sup>(4,5)</sup> ได้แนะนำว่าควรจะต้องเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการยึดข้อตะโพกให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยขยับได้เร็ว โดยแนะนำให้ใส่หัวข้อตะโพกเทียมในผู้ป่วยกระดูกส่วนคอของพีเมอร์หักทุกราย Mikkelsen<sup>(7)</sup> และ Langholm<sup>(8)</sup> แนะนำว่าควรใส่หัวข้อตะโพกเทียมในผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไปทุกรายที่มีกระดูกคอของพีเมอร์หัก เพื่อป้องกันปัญหากระดูกไม่ติด แล้วต้องเอามาทำผ่าตัดให้อีกเป็นครั้งที่ 2 ในปัจจุบันนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อตะโพกหักควรรักษาโดยการผ่าตัด เพราะสามารถลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนลงได้ แต่การผ่าตัดวิธีใดนั้นก็ให้ดูตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มแต่ละรายไป ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยกระดูกข้อตะโพกหักส่วนคอ ซึ่งเดิมต้อง

นอนอยู่กับเตียงนั่งรถเข็นแม้จะอายุน้อย การผ่าตัดควรจะต้องเลือกชนิดที่ทำน้อยที่สุด เช่น ใส่สกรูหรือแท่งเหล็ก เพื่อจะสามารถขยับหรือพลิกตัวผู้ป่วยได้ ไม่ได้มีจุดประสงค์จะให้ผู้ป่วยรีบเดิน เป็นต้น

โดยอาศัยหลักเหล่านี้ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีทั้งระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดจะทำให้อัตราตายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลดลงได้

## สรุป

ได้ทำการศึกษาประวัติผู้ป่วยในที่รับไว้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แผนกออร์โทปีดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519-2523 จำนวน 116 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุระหว่าง 60-98 ปี พบว่าในผู้ป่วยอายุ 60-80 ปี มีอัตราการหักของคอกระดูกพีเมอร์ : โทรแคนเตอร์ 1.64 : 1 แต่ในผู้ป่วยอายุเกิน 80 ปี มีอัตราเป็น 8.7 : 1 ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยคือ แผลกดทับ การติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะ และปอดบวม พบจำนวน 27.56 % ผู้ป่วย 5 ราย เสียชีวิตโดย 3 ราย เสียชีวิตก่อนผ่าตัดและ 2 ราย ภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องใช้เวลาเฉลี่ยที่อยู่ในโรงพยาบาล 25.9 วัน การรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกหักเหล่านี้ควรเลือกวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราตาย

## อ้างอิง

1. Thomas TG, Stevens RS. Social effects of fractures of the neck of femur. Br Med J 1974 Aug 17 ; 3 (5928) : 459-458
2. Fitts WT Jr, Lehr HB, Schor S, Roberts B. Life expectancy after fracture of the hip, Surg gynecol Obstet 1959 Jan ; 108 (1) : 7-12
3. Reno JH, Burlington LT. Fractures of the hip, mortality survey. Am J Surg 1958 Apr ; 95 (4) : 581-592
4. Attenborough CG. Fractures near the hip. In : Devas M, ed. Geriatric Orthopedic. London : Academic Press, 1977
5. Devas MB. Geriatric Orthopedics. Br Med J 1974 Feb 24 ; 1 : 190
6. Weeden R, Rosenthal H, Miller P. Mortality statistics on fractured hips (1935-1955). J. Bone Joint Surg (Amer) 1957 Oct ; 39 (5) : 1218
7. Mikkelsen OA, Langholm O. Life expectancy after hip fracture in aged Acta Chir Scand 1964 ; 127 : 46-56
8. Lindholm TS, Purovarsi U, Lindolm RV. Fractures of the proximal and of the femur with fatal outcome in geriatric patients. Acta Chir Scand 1971 ; 137 : 778-781