

ภาวะข้อตะโพกหลุด (Dislocation of the Hip)

นายแพทย์วัชร วัลรัตน์
ภาควิชาออร์โธปิดิกส์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาวะข้อตะโพกหลุด เกิดจากการบาดเจ็บที่รุนแรง ปัจจุบันพบได้มากในการขับซึ่รถยนต์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะส่วนอื่นร่วมด้วย พบว่า 50% ของผู้ป่วยข้อตะโพกหลุดจะมีกระดูกหักในส่วนอื่นของร่างกาย ผู้ป่วย multiple injury ควรได้รับการถ่ายภาพรังสีของกระดูก pelvis ร่วมด้วยเสมอ เนื่องจากผู้ที่มีกระดูก femur หัก มีลักษณะขาผิดรูปทำให้ไม่นึกถึงข้อตะโพกหลุด ภาวะข้อตะโพกหลุดถือได้ว่าเป็นภาวะฉุกเฉินในทางออร์โธปิดิกส์ที่จำเป็นต้องรีบแก้ไขอย่างรวดเร็วเพื่อที่จะไม่ให้เกิดผลเสียตามมา

ข้อตะโพกหลุดแบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ Anterior dislocation และ Posterior dislocation

Anterior dislocation

เกิดการที่ femoral head หลุดจาก acetabulum มาด้านหน้า แบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ

Type I : Superior dislocations รวมถึง pubic และ supraspinous dislocation

Type II : Inferior dislocation รวมถึง obturator และ perineal dislocation

Posterior dislocation

ข้อตะโพกหลุดโดยมีส่วนของ femoral head เคลื่อนที่ไปทาง posterior แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ กลุ่มที่ไม่มีกระดูกหัก และกลุ่มที่มีกระดูก femoral head หรือ acetabulum หักร่วมด้วย

Anterior dislocation

พบได้ 10% - 15% ของข้อตะโพกที่หลุด ในกรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุรถยนต์เกิดจากเข้าของผู้ป่วยกระแทกกับแผงหน้าปัด ในขณะที่ต้นขาอยู่ในท่า Abduction ผู้ป่วยที่เกิดจากการตกจากที่สูง ส่วนใหญ่จะตกลงในท่านั่งชันเข่า และมีแรงมากกระทำด้านหลัง ทำให้ neck หรือ Greater trochanter ของกระดูก femur งดกับขอบของ acetabulum ทำให้หัวตะโพกหลุดไปด้านหน้า พร้อมกับมีการฉีกขาดของ anterior capsule การเกิด superior หรือ inferior dislocation ขึ้นกับ ลักษณะของขาในขณะที่มีแรงมากกระทำ ขาอยู่ในท่า hip abduction , external rotation และ flexion จะทำให้เกิด Inferior หรือ Obturator dislocation ตรงข้ามกันคือ ถ้าขาอยู่ในท่าที่สะโพกมี abduction , external rotation, และ hip extension จะทำให้เกิด pubic หรือ iliac (superior) dislocation ได้

อาการและอาการแสดง

การตรวจร่างกายผู้ป่วยอาจพบมีการบาดเจ็บในส่วนอื่นร่วมด้วย ดังนั้น จำเป็นต้องให้การรักษาตามความสำคัญ เช่น การ Resuscitate ควรทำเป็นอันดับแรก

การตรวจร่างกายผู้ป่วยที่มีข้อตะโพกหลุดชนิด anterior dislocation พบว่าขาสั้นกว่าข้างปกติ ลักษณะของขาจะสามารถบอกถึงความผิดปกติได้ ผู้ป่วยที่เป็น superior dislocation (iliac หรือ pubic type) ข้อตะโพกอยู่ในท่า abduct, exten และ extenally rotated, ในกลุ่ม inferior-type dislocation ข้อตะโพกจะมีลักษณะ abduct, externally rotated ในขณะที่มี hip flexion นอกจากนี้ superior type ยังอาจคลำหัวกระดูก femur ได้บริเวณ anterior superior iliac spine ถ้าคลำได้ บริเวณขาหนีบ ก็อาจเป็นชนิด pulic type ในกลุ่ม inferior dislocation จะคลำหัวกระดูกได้บริเวณ obturator foramen

ผู้ป่วยที่มี anterior hip dislocation ทุกรายควรได้รับการตรวจทางระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาทของขาอย่างละเอียด พบว่ามีการบาดเจ็บของ Femoral artery, vein และ nerve ใน superior type dislocation และ open anterior dislocation

ภาพถ่ายทางรังสีวินิจฉัย ภาพถ่าย antero-posterior ของข้อตะโพกจะเห็นหัวกระดูก femur หลุดออกมาด้าน superior หรือ Inferior ของ acetabulum อาจพบมีการแตกหักของกระดูกร่วมด้วย ในกรณีที่สงสัยว่ามีกระดูกหักอยู่ในข้อ การทำ CT scan ช่วยได้มาก โดยเฉพาะชิ้นของกระดูกที่มีขนาดเล็กมากกว่า 2 mm.

การรักษา

ประกอบด้วย 1). การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว 2). ทำ closed reduction under anesthesia เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เจ็บและไม่เกร็งกล้ามเนื้อ เพราะอาจเกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อ และผิวของข้อตะโพกได้ ในกรณีที่ไม่สามารถทำ closed reduction ควรพิจารณาทำ open reduction ทันที การทำ closed reduction มีด้วยกัน 3 วิธี คือ

1. Gravity Method of Stimson โดยการให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ ข้อตะโพกข้างที่หลุดยื่นออกนอกขอบเตียง ให้ผู้ช่วยกดกระดูกเชิงกรานโดยกดบริเวณ sacrum ในขณะเดียวกัน งอเข่าและข้อเท้าข้างที่หลุด 90 องศา ออกแรงกดลงบริเวณใต้ข้อเข่า แล้วจึงหมุนให้หัวกระดูกเข้าที่การ reduce วิธีนี้ไม่สามารถใช้กับ superior dislocation ได้
2. Allis Maneuver จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหงาย ผู้ทำงอเข่าเพื่อเป็นการหย่อนกล้ามเนื้อ Hamstring ให้ผู้ช่วยจับสะโพกและออกแรงดึงต้นขาออกด้านนอก ผู้ทำดึงขาไปตามยาว โดยให้สะโพก flex เล็กน้อย หลังจากนั้น จึง adduct และ internal rotate femur จนกระดูกเข้าที่
3. The Reverse Bigelow Maneuver เป็นการดึงกระดูกให้เข้าที่ขณะผู้ป่วยนอนหงาย ทำได้ 2 วิธีคือ lifting method ประกอบด้วย การดึง ในท่า flex hip สามารถทำให้กระดูกเข้าที่ได้ ยกเว้น กรณี pubic dislocation

วิธีแรกถ้าไม่ได้ผลให้ทำการดึงขาไปตามแนวของกระดูกที่เห็น แล้วเริ่ม adduct จากนั้นให้ internal rotate และ exten hip การทำ closed reduction ต้องใช้ความระมัดระวังเพราะอาจทำให้เกิด fracture neck ของ femur ตามมา โดยเฉพาะขณะที่ทำ Internal rotation

หลังจากทำ closed reduction ทุกครั้งจำเป็นที่จะต้องถ่ายภาพรังสีของข้อตะโพก ทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบว่ามีความผิดปกติอื่นร่วมด้วย หรือไม่ เช่น กระดูกหัก หรือมีเศษกระดูกเข้าไปในข้อ ทำให้เกิด secondary osteoarthritis

การดูแลผู้ป่วยหลังการทำ closed reduction เมื่อทำ closed reduction ได้สำเร็จ และภาพถ่ายทางรังสีไม่มีความผิดปกติ ผู้ป่วยควรที่จะต้องทำ traction ของขาข้างที่หลุด เป็นระยะเวลา 1-6 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระหว่างที่ traction ควรมีการเคลื่อนไหวของข้อตะโพกเพื่อที่จะทำให้ผิวกระดูกอ่อนได้รับสารอาหาร จาก Synovial fluid หลังจาก reduce แล้วต้องระวังไม่ให้ผู้ป่วยทำ abduction หรือ external rotation ของข้อตะโพกเพื่อป้องกันการเกิด redislocation

ภาวะแทรกซ้อน

ในระยะแรก อาจพบปัญหาจากการกด Neurovascular ทางด้านหน้า คือ femoral artery, vein หรือ nerve พบมากใน anterior dislocation ชนิด superior (pubic or subspinous) dislocation และในกลุ่ม compound anterior dislocation การหลุดชนิด Inferior dislocation พบว่ามีการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดเส้นประสาทน้อยกว่าในกลุ่มแรก

ในกรณีที่เกิดปัญหาจากการกดของ femoral head ต่อ neurovascular ซึ่งถือว่าเป็น กรณีฉุกเฉินอย่างยิ่ง จำเป็นที่จะต้องทำทุกวิธีทางเพื่อที่จะให้กระดูกที่หลุดเข้าที่

ปัญหาที่พบได้มาก คือ การที่ไม่สามารถ reduction ได้ ส่วนใหญ่เกิดจากการที่ femoral head เข้าไปขัดอยู่ใน obturator foramen หรือ เกิดมีเนื้อเยื่อเข้าไปขวางบริเวณคอของกระดูก femur เช่น Rectus femoris iliopsoas หรือ anterior hip capsule การรักษาในกรณีนี้คือการ ทำ open reduction ในห้องผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในระยะหลังมี 3 ปัญหา คือ

1. Post-traumatic Arthritis พบใน anterior dislocation ที่มีกระดูกหักร่วมด้วย อาจพบ ภายหลังจากการเกิด avascular necrosis ของข้อตะโพก ภายหลังจากการทำ closed reduction ถ้าพบว่ามีเศษของกระดูกเข้าไปอยู่ในข้อ การทำผ่าตัดเพื่อที่จะเอาเศษ กระดูกออก อาจช่วยลดอุบัติการณ์ของ Post-traumatic arthritis ลงได้
2. Aseptic necrosis พบได้น้อยประมาณ 8% จะเกิดขึ้นภายหลังจากได้รับอันตรายที่ข้อ ตะโพก 2-5 ปี ปัจจัยที่ทำให้เกิด AVN คือ การ delay reduction หรือทำ reduction หลายน ๆ ครั้งทำให้มีการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดที่ไปเลี้ยง femoral head การให้ผู้ป่วยรับ ลงน้ำหนักหลังจากทำ closed reduction ไม่พบว่าเป็นสาเหตุของการเกิด AVN
3. Recurrent dislocation บางรายงานพบว่าเกิดจากการที่ immobilize ข้อตะโพกไม่ เพียงพอ หลังจากการทำ reduction ทำให้ anterior capsule ที่ฉีกขาด ไม่แข็งแรง ทำให้เกิด dislocate ท่าที่ต้องระวังหลังการรักษา คือ abduction และ extension ข้อ ตะโพก

Posterior dislocation

พบได้มากขึ้นในปัจจุบันเนื่องจากการบาดเจ็บชนิด High-energy จากรถยนต์ กลไกการเกิด posterior dislocation เกิดจากการที่มีแรงกระทำไปตาม shaft ของ femur ในขณะที่ flex hip และ flex knee ถ้าเกิดขึ้นในขณะที่สะโพก อยู่ในท่า neutral หรือ abduct ก็อาจทำให้เกิดข้อ ตะโพกหลุด โดยที่ไม่มีการแตกหักของกระดูก Acetabulum ร่วมด้วย แต่ถ้าเกิดขึ้นในขณะที่ข้อ ตะโพกมี abduction ทำให้ femoral head ไปชน ขอบ Posterior wall ของ acetabulum อาจ ทำให้เกิด fracture ขึ้นได้ ถ้าข้อตะโพกอยู่ในท่า flexion มาก ๆ จะมีโอกาสหลุดโดยที่ไม่มีการ แตกหักของกระดูกเกิดขึ้น การเกิดการหลุดของข้อตะโพก เกิดในรถยนต์ ขณะนั่ง แล้วเข้า กระแทกกับแผงด้านหน้าของรถ ดังนั้นอาจมีอีกชื่อหนึ่งว่า Dash board dislocation

การวินิจฉัย

ข้อตะโพกที่หลุดอาจตรวจพบ ขาด้านเดียวกัน ล้ม, internally rotate และ adduction ผู้ป่วยที่ ได้รับบาดเจ็บชนิด High-energy trauma จำเป็นที่จะต้องทำการตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพราะ พบได้ว่าการบาดเจ็บของอวัยวะส่วนอื่นร่วมด้วยเสมอ การบาดเจ็บที่พบร่วมกับ hip dislocation ชนิดนี้คือ sciatic nerve injury พบได้มากถึง 10-14% พบว่ามีการบาดเจ็บของเข่า

, ข้อตะโพกหัก, กระดูกขาหักร่วมด้วยมาก Posterior dislocation ที่มีกระดูกขาข้างเดียวกันหัก อาจทำให้แพทย์ผู้รักษาวินิจฉัยได้ไม่ครบ เนื่องจาก ลักษณะของขาที่อยู่ในท่า external rotate และ flex ทำให้ไม่นึกถึง posterior dislocation ของ hip ดังนั้น เพื่อที่จะป้องกันการวินิจฉัยไม่ครบ ในผู้ป่วยที่มีกระดูก femur หัก ควรที่จะรับการถ่ายภาพรังสีให้เห็นข้อตะโพกข้างเดียวกันเสมอ

การถ่ายภาพรังสีวินิจฉัย

ภาพถ่ายข้อตะโพก anters-posterior view สามารถบอกรายละเอียดได้ชัด นอกจากสามารถบอก dislocation ได้ จำเป็นที่จะต้องดู ส่วนของ femoral head , acetabulum, posterior wall มีการหักร่วมด้วยหรือไม่ การใช้ CT อาจช่วยในการวินิจฉัยเศษกระดูกที่อยู่ในข้อได้
ภายหลังจาก การทำ reduction จะต้องถ่าย X-ray ข้อตะโพกใหม่ทุกครั้ง เพื่อที่จะวินิจฉัย หัวกระดูก femur ได้เข้าไปอยู่ใน acetabulum อาจช่วยวินิจฉัยว่ามีเศษกระดูกอยู่ในข้อ หรืออาจช่วยวินิจฉัยว่ามีภาวะกระดูก femoral neck , acetabulum หัก ภายหลังจากการ reduction ร่วมด้วยหรือไม่

การรักษา

ข้อตะโพกหลุดถือว่าเป็น emergency ต้องทำการ reduce ให้ได้ภายใน 12 ชั่วโมง เริ่มจากการทำ closed reduction ถ้าไม่สามารถทำได้ จึง open reduction การทำ open reduction ทำในผู้ป่วยที่ 1.) ทำ closed reduction ไม่ได้ 2.) เมื่อ reduce แล้วข้อตะโพก unstable 3.) เมื่อพบว่า มีเศษของกระดูกเข้าไปอยู่ในข้อตะโพกหลังทำ closed reduction

วิธีทำ Closed reduction มีอยู่ 3 วิธีคือ

1. Gavity Method ของ Stimson จัดให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ โดยให้ข้อตะโพกออกนอกเตียง ให้ผู้ช่วยกดกระดูก pelvis บริเวณ sacrum ผู้ป่วยงอเข้า 90 องศา แล้วใช้แรงกดลงตรง ๆ ใต้เข้า อาจขยับ femur Internal หรือ external rotate เพื่อที่จะให้กระดูกเข้าที่
2. The Allis Maneuver ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ผู้ช่วยกดตะโพกบริเวณ Anterior superior iliac spine ในขณะที่ผู้ทำดึงขาตามแนวของกระดูก หลังจากนั้นให้ flex hip 90 องศา อาจขยับ internal , external rotate ให้กระดูกเข้าที่ได้
3. The Bigelow Maneuver จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย ผู้ช่วยกดตะโพกบริเวณ anterior superior iliac spine ผู้ทำจับข้อเท้าของผู้ป่วย ดึงขาไปตามแนวของ deformity หลังจากนั้นจึงทำ flex hip 90 องศา จนหัวกระดูกเข้า acetabulum

การดูแลผู้ป่วยหลัง reduction

ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการถ่ายภาพรังสีหลังจากกระดูกเข้าที่แล้ว ภายหลังจาก closed reduction ควรทำ traction ด้วย น้ำหนัก 5-8 lb เพื่อลดความเจ็บปวด และช่วยให้ capsular healing ควรจะมัดระวังอย่าให้ผู้ป่วย flexed, internal rotate และ adduction เพราะอาจทำให้หลุดได้ อีกครั้งหนึ่ง การดึง traction ใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ และเริ่มลงน้ำหนักได้หลังจาก 2-4 สัปดาห์

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ การบาดเจ็บต่อ Sciatic nerve ในกรณีที่ตรวจพบก่อนการ reduce ซึ่งมีประมาณ 8-19% ส่วนใหญ่จะเป็นชนิด contusion และใน dislocation ที่ขาอยู่ในท่า Internal rotation มาก ๆ อธิบายจากการที่ femoral head ไปกด sciatic nerve

การรักษาต้องทำโดยรีบด่วน โดยการทำให้ reduction เพื่อที่จะลดแรงกด ต่อ sciatic nerve ในกรณีที่ เป็น contusion sciatic nerve จะฟื้นขึ้นมาเอง ในกรณีที่ เกิด sciatic nerve palsy ในขณะที่ทำการ reduction จำเป็นที่จะต้องทำการผ่าตัด explor เพื่อที่จะหาสาเหตุของการกดทับเส้นประสาท บางครั้งเกิดจาก sciatic nerve เข้าไปขวางในข้อตะโพก หลังการ reduce

Recurrence dislocation ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือ Coma อาจเกิดการ dislocate ขึ้นใหม่ได้ ดังนั้น จำเป็นที่แพทย์ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ถ้าสงสัยอาจส่งถ่ายรังสีข้อตะโพกเพิ่มเติม

Post traumatic arthritis พบได้ประมาณ 3-8% ของผู้ป่วย ปัจจัยสำคัญคือ initial trauma เป็น ปัจจัยหลัก เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง High-injury accident จะมีโอกาสเกิด secondary osteoarthritis ได้มากกว่าในกลุ่ม low-energy trauma

Reference

1. Bassi JL, Ahuja SA, Singh H. A Flexion Adduction Method for Reduction of Posterior. Dislocation of the Hip. J. Bone Joint Surg 1992 Feb;74A:157-8.
2. Dreinhoffer KE, Schwarzkopf SR, Haas NP, Tscherne H. Isolated Traumatic Dislocation of the Hip. J. Bone Joint Surg 1994 Jan; 76B:6-12.
3. DeLee JC. Fracture and dislocation of the hip. In : Rockwood CA, Green DP, Buchsly RW, Heckman JD, ed. Fractures in Adults. Philadelphia : Lippincott, 1996 : 1756-1803.
4. Levin PE, Browner BD. Dislocations and fractures-dislocations of the hip. In : Steinberg ME, Steinberg ME, ed. The Hip and Its Disorders. Philadelphia : WB Saunders, 1991 : 222-246.