



# ภาวะข้อสะโพกเคลื่อน

ธงชัย ก่อสันศิริรัตน์

ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

## บทคัดย่อ

ภาวะข้อสะโพกเคลื่อนมีทั้งชนิดธรรมดา (simple hip dislocation) คือ การที่มีข้อสะโพกเคลื่อนที่ไม่มีการแตกหักของกระดูกต้นขา (femur) หรือกระดูกเบ้าสะโพก (acetabulum) กับชนิดซับซ้อน (complex hip dislocation) คือ มีการแตกหักของส่วนหัวหรือคอ กระดูกต้นขาหรือกระดูกเบ้าสะโพกร่วมด้วย ข้ออักเสบที่ตามหลังจากการบาดเจ็บ (posttraumatic arthritis) มักเกิดในผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกเคลื่อนชนิดซับซ้อน สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะข้อสะโพกเคลื่อนที่มากที่สุด คือ อุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะ ผู้ป่วยควรได้รับการดึงข้อสะโพกให้เข้าที่โดยเร็ว แต่หากมีการแตกหักของกระดูกเบ้าสะโพกร่วมด้วยผู้ป่วยควรได้รับการประเมินในห้องผ่าตัด เพื่อดูความมั่นคงของข้อสะโพกว่าจำเป็นต้องผ่าตัดยึดกระดูกด้วยหรือไม่ แม้ภาพถ่ายทางรังสีหรือคอมพิวเตอร์สแกนหลังการดึงข้อสะโพกพบว่า ข้อสะโพกเข้าที่ดี (concentric reduction) ยังคงไม่สามารถสรุปได้ว่าจะไม่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นภายในข้อสะโพกที่ทำให้ข้อสะโพกเสื่อมตามมา ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้หลังเกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก ได้แก่ ภาวะข้อสะโพกเสื่อม (osteoarthritis) หัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือด (osteonecrosis) ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดรักษาภาวะข้อสะโพกเคลื่อน ได้แก่ การที่ข้อสะโพกไม่เข้าที่ดีหลังได้รับการดึง (nonconcentric reduction) มีการแตกหักของกระดูกต้นขาสองส่วน (femoral head) หรือส่วนคอ (femoral neck) หรือมีการแตกหักของกระดูกเบ้าสะโพก (acetabulum) ร่วมด้วย วิธีการรักษามีตั้งแต่การผ่าตัดเปิดข้อ (open arthrotomy) จนถึงการผ่าตัดชนิดส่องกล้องภายในข้อสะโพก (hip arthroscopy) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในการรักษาความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายในข้อสะโพก เช่น การส่องกล้องเพื่อเอาเศษชิ้นส่วน (loose bodies) ภายในข้อสะโพกออก แก้วไขว่รอยแผลที่ฉีกกระดูกอ่อนหรือรอยฉีกขาดของ labrum

**คำสำคัญ :** ข้อสะโพก, ภาวะข้อสะโพกเคลื่อน, การดึง

# Clinical of hip dislocation

---

*Thongchai Korsuntirat*

*Department of Orthopaedics, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University*

---

## Abstract

Simple hip dislocation is the dislocated hip without associated proximal femoral or acetabular fracture. Most common cause of injury is dashboard injury in motor vehicle accident. While the complex emergency hip reduction should be done to restore femoral head blood flow to reduce the complications after hip dislocation. Dynamic stress view is necessary to determine whether an acetabular fracture is obliged for surgical fixation while a concentric reduction on plain radiographs and negative CT scan finding do not rule out the presence of intra-articular pathology. The long term complications after hip dislocation include osteoarthritis, osteonecrosis and sciatic nerve palsy. The indications of operative treatment are nonconcentric reduction from the presence of bony or chondral fragments or soft tissue interposition, irreducible dislocation, associated proximal femoral fracture and large posterior wall of acetabular fracture leading to instability. Operative treatment may be hip arthroscopy or open arthrotomy. Arthroscopy is a safe alternative to arthrotomy for addressing intra-articular pathology such as loose bodies, chondral defects and labral tears.

**Keywords:** Hip, Dislocation, Reduction

ปัจจุบัน อุบัติการณ์ของการเกิดข้อสะโพกเคลื่อนที่มีเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลมาจากอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระยะยาวกับผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะข้อสะโพกเสื่อม (osteoarthritis) และ หัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือด (osteonecrosis) โดยอัตราการเกิดข้อสะโพกเสื่อมหลังจากการเคลื่อนหลุดของสะโพกเกิดขึ้นได้ร้อยละ 24 ในข้อสะโพกเคลื่อนชนิดธรรมดา หรือที่ไม่มีกระดูกหักร่วม (simple hip dislocation) และร้อยละ 88 สำหรับข้อสะโพกเคลื่อนชนิดซับซ้อน หรือที่มีกระดูกหักบริเวณรอบข้อสะโพกร่วมด้วย (complex hip dislocation)<sup>1</sup> สิ่งสำคัญในการรักษาภาวะข้อสะโพกเคลื่อน คือ การดึงให้ข้อสะโพกกลับเข้าที่ให้เร็วที่สุดเพื่อป้องกันไม่ให้หัวกระดูกต้นขาขาดเลือดนานจนเกินไป การรักษาข้อสะโพกเคลื่อนต้องพิจารณาว่าสามารถดึงให้ข้อสะโพกกลับเข้าที่ได้ดี (concentric reduction) หรือไม่ ซึ่งถ้าไม่เป็น concentric reduction อาจทำให้เกิดข้ออักเสบและข้อสะโพกเสื่อม และการมีเศษชิ้นส่วนอยู่ในข้อสะโพก (loose bodies) หรือมีการแตกหักบริเวณข้อสะโพกร่วมด้วยหรือไม่ การรักษาตั้งแต่การรักษาโดยการดึงข้อสะโพก และตามด้วยการดองน้ำหนักรหรือการถ่างน้ำหนักรที่ขาข้างนั้นไปจนถึงการผ่าตัดเปิดข้อสะโพก (open arthrotomy) และการผ่าตัดชนิดส่องกล้องภายในข้อสะโพก (hip arthroscopy) ซึ่งช่วยให้มองเห็นตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพภายในข้อและสามารถให้การรักษาได้

## ■ กลไกการบาดเจ็บ

โดยปกติข้อสะโพกจัดว่าเป็นข้อที่มีความแข็งแรงมาก แรงที่มาทำให้ข้อสะโพกเคลื่อนได้จะต้องมีความรุนแรงที่มากพอ กลไกการบาดเจ็บที่พบบ่อย ได้แก่ ลักษณะการบาดเจ็บที่เกิดจากการที่เข้ากระแทกกับแผงอุปกรณ์ภายในรถยนต์ ด้านหน้าขณะขับขี่ยานพาหนะ (dashboard injury) สาเหตุที่พบรองลงมา คือ การตกจากที่สูงและการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬาตามลำดับ ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดประเภทของข้อสะโพกเคลื่อน คือ ความรุนแรง ทิศทางของแรง และตำแหน่งของข้อสะโพก เช่น เมื่อข้อสะโพกอยู่ในท่าอ (flexion) และหุบขา (adduction) ปะทะกับแรงที่มาตามแนวยาวของกระดูกทางด้านหน้าซึ่งพบใน dashboard injury ทำให้เกิดเป็นข้อสะโพกเคลื่อนไปด้านหลัง ส่วนข้อสะโพกที่หลุดมาด้านหน้าพบได้น้อยกว่าซึ่งมักจะเกิดในขณะที่ข้อสะโพกผู้ป่วยอยู่ในท่ากางขา (abduction) และหมุนออก (external rotation)

## ■ กายวิภาค

ความมั่นคงแข็งแรงของข้อสะโพกขึ้นอยู่กับโครงสร้างของกระดูกและส่วนประกอบของเนื้อเยื่อ เส้นเลือดหลักที่มาเลี้ยงบริเวณหัวของกระดูกต้นขา คือ medial femoral circumflex artery เส้นเลือดอื่นๆ ที่มาเลี้ยงบริเวณนี้ ได้แก่ lateral femoral circumflex artery, obturator artery, inferior และ superior gluteal artery เส้นประสาท sciatic พาดผ่านตรงตำแหน่งที่ใกล้กับข้อสะโพก ส่วนใหญ่เส้นประสาท sciatic จะออกมาทาง greater sciatic notch หน้าต่อกล้ามเนื้อ piriformis อย่างไรก็ตามอาจเกิดความคลาดเคลื่อนของตำแหน่งเส้นประสาทนี้ได้ เส้นประสาท sciatic อาจจะได้รับบาดเจ็บในขณะที่ข้อสะโพกเคลื่อน หรือระหว่างการผ่าตัดในบริเวณดังกล่าว

## ■ การจำแนกประเภทของข้อสะโพกเคลื่อน

สามารถแบ่งภาวะข้อสะโพกเคลื่อนตามทิศทางของหัวกระดูกต้นขาที่เคลื่อนไปเมื่อเทียบกับเบ้าสะโพก โดยแบ่งเป็นข้อสะโพกเคลื่อนไปด้านหน้า (anterior hip dislocation) และไปด้านหลัง (posterior hip dislocation) สำหรับรายละเอียดการจำแนกประเภทของข้อสะโพกเคลื่อนไปด้านหลังที่นิยมใช้กันทั่วไป คือ ของ Thompson และ Epstein<sup>2</sup> และของ Stewart และ Milford<sup>3</sup> (ตารางที่ 1) สำหรับการเคลื่อนของข้อสะโพกไปด้านหน้าพบได้น้อยกว่าร้อยละ 10 สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทตามตำแหน่งของหัวกระดูกต้นขาที่เคลื่อนโดยแบ่งเป็นชนิด obturator, pubic และ iliac

## ■ การวินิจฉัย

เนื่องจากการเคลื่อนของข้อสะโพกมักเกิดจากการบาดเจ็บที่รุนแรง การตรวจร่างกายอย่างละเอียดและรวดเร็วจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย โดยการตรวจประเมินตามแนวทางของ advance trauma life support แล้วจึงประเมินภาวะของข้อสะโพกเคลื่อน ตำแหน่งของขาเป็นตัวช่วยในการวินิจฉัยภาวะข้อสะโพกเคลื่อนโดยพบว่า เมื่อข้อสะโพกเคลื่อนไปด้านหลัง ขาของผู้ป่วยข้างนั้นจะอยู่ในท่าสะโพกอ (hip flexion) หุบเข้าน่าใน (adduction) และมีการหมุนเข้าในของขา (internal rotation) กรณีที่มีข้อสะโพกเคลื่อนไปด้านหน้าสะโพกจะอยู่ในท่าอเล็กน้อย (slight flexion) กางขาออก (abduction) และขาบิดหมุนออกด้านนอก (external rotation) การถ่ายภาพทางรังสีเป็นสิ่งที่จะต้องทำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการบาดเจ็บเกิดขึ้นบริเวณข้อสะโพก ภาพถ่ายรังสีกระดูกเชิงกรานทำตรงในผู้ป่วยข้อสะโพกเคลื่อน

ตารางที่ 1 การจำแนกประเภทของข้อสะโพกเคลื่อน (classification systems for hip dislocation)

Classification	Type	Description
Thompson and Epstein	I	Dislocation with or without minor fracture
	II	Posterior fracture-dislocation with a single, significant fragment
	III	Dislocation in which the posterior wall contains comminuted fragments with or without a major fragment
	IV	Dislocation with a large segment of posterior wall that extends into the acetabular floor
	V	Dislocation with fracture of the femoral head
Stewart and Milford	I	Simple dislocation with no fracture or with an insignificant fracture
	II	Dislocation in a stable hip that has a significant single or comminuted element of the posterior wall
	III	Dislocation with a grossly unstable hip resulting from loss of bony support
	IV	Dislocation associated with femoral head fracture

ไปด้านหลังจะเห็นว่าหัวข้อสะโพกไม่ได้อยู่ในเบ้าสะโพกร่วมกับขนาดของหัวกระดูกต้นขาข้างที่หลุดมีขนาดเล็กกว่าด้านตรงข้ามและเห็นส่วนปุ่มกระดูกเล็กของกระดูกต้นขา (lesser trochanter) ไม่ชัด เนื่องจากขาของผู้ป่วยจะอยู่ในท่าหมุนเข้าใน ในกรณีที่ข้อสะโพกเคลื่อนไปด้านหน้าจะเห็นหัวกระดูกต้นขาของข้อสะโพกข้างที่เคลื่อนจะมีขนาดใหญ่กว่าด้านตรงข้ามและเห็นส่วนของปุ่มกระดูกต้นขาได้ชัดเจนมากขึ้น ที่สำคัญภาพถ่ายรังสีควรจะต้องสามารถมองเห็นส่วนของหัวและคอของกระดูกต้นขาได้ชัดเจน เพื่อดูว่ามีกระดูกหักของกระดูกดังกล่าวร่วมด้วยหรือไม่ โดยทั่วไปการถ่ายภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์บริเวณสะโพกไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนในผู้ป่วยข้อสะโพกเคลื่อน นอกจากสงสัยว่ามีส่วนคอของกระดูกต้นขาหักชนิดไม่เคลื่อนร่วมด้วย ภาพถ่ายรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์อาจมีความสำคัญเมื่อต้องดึงข้อสะโพกเพื่อให้เข้าที่ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าต้องผ่าตัดร่วมกับการผ่าตัดยึดกระดูก

### ■ การบาดเจ็บที่อาจเกิดร่วมกับภาวะข้อสะโพกเคลื่อน

ส่วนใหญ่การเคลื่อนของข้อสะโพกมักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บอย่างรุนแรงจึงมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บของร่างกายส่วนอื่นร่วมด้วย ที่พบได้บ่อย คือ การบาดเจ็บของเข่าข้างเดียวกันกับข้างที่ข้อสะโพกเคลื่อน Schmidt และคณะ<sup>4</sup> รายงานผู้ป่วยข้อสะโพกเคลื่อนมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บของเข่าข้างเดียวกันร่วมด้วยร้อยละ 89 โดยพบการฉีกขาดของหมอนรองข้อเข่าร้อยละ 22 การบาดเจ็บของเอ็นไขว้เข้า

(cruciate ligament) ร้อยละ 25 การบาดเจ็บของเอ็นข้างเข้า (collateral ligament) ร้อยละ 21 และการแตกหักของกระดูกรอบๆ ข้อเข่าร้อยละ 15

การเคลื่อนของข้อสะโพกมีโอกาสทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท sciatic ได้ร้อยละ 10-15<sup>1,3</sup> โดยแขนง peroneal ได้รับผลกระทบได้บ่อยกว่าแขนง tibial เนื่องจากแขนงประสาท peroneal ถูกตรึงไว้ระหว่างกระดูกเชิงกรานและบริเวณส่วนคอของกระดูก fibula นอกจากนี้แขนงของ peroneal ยังมีมัดของเส้นประสาทจำนวนน้อย แต่มีขนาดใหญ่และมีการปกป้องโดยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่น้อยกว่าจึงทนต่อการบาดเจ็บได้น้อย แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีการอัมพาตของเส้นประสาท sciatic หลังจากเกิดการเคลื่อนของข้อสะโพกมีโอกาสที่เส้นประสาทจะมีการฟื้นกลับมาทำงานได้บางส่วนมากกว่าร้อยละ 50

### ■ การรักษา

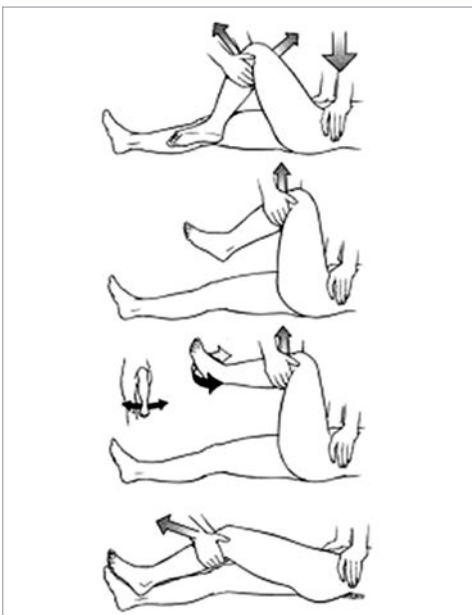
#### การรักษาข้อสะโพกเคลื่อนโดยการดึงให้เข้าที่โดยไม่ต้องผ่าตัด

ผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกเคลื่อนควรได้รับการดึงข้อสะโพกให้กลับเข้าที่โดยเร็วที่สุดเพื่อเป็นการลดโอกาสของการเกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงหัวกระดูกต้นขา แต่ควรพิจารณาทำหลังจากผู้ป่วยได้รับการถ่ายภาพทางรังสีเพื่อตรวจการแตกหักบริเวณส่วนหัวและคอของกระดูกต้นขา อัตราการเกิดภาวะหัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (osteonecrosis) ในข้อสะโพกเคลื่อนมีถึงร้อยละ 11-34 ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น<sup>1</sup> การดึงให้ข้อสะโพก

กลับเข้าที่โดยเร็วจะช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดกลับไปหัวกระดูกต้นขาเพื่อลดระยะเวลาของการขาดเลือด แต่แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดึงข้อสะโพกกลับเข้าที่โดยเร็วแล้ว ก็ตามผู้ป่วยยังคงต้องควรได้รับการแนะนำและติดตามสภาวะหัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือดที่อาจจะเกิดขึ้น

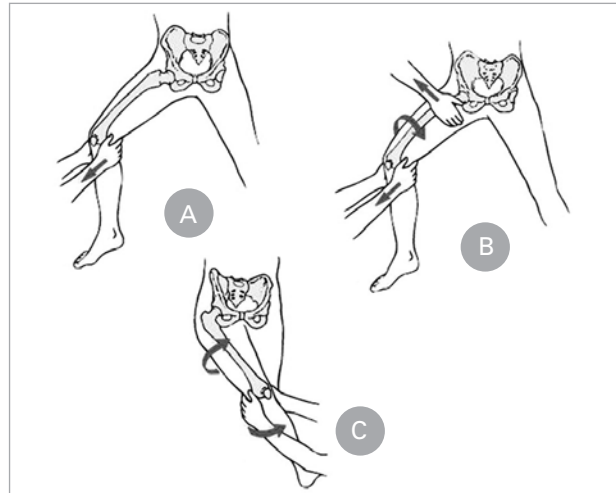
การดึงข้อสะโพกให้เข้าที่ควรทำภายใต้การดมยาสลบภายในห้องผ่าตัดเพื่อลดแรงต้านของกล้ามเนื้อซึ่งจะทำให้ต้องใช้แรงในการดึงข้อสะโพกมากขึ้น อาจทำให้มีการทำลายกระดูกอ่อนบริเวณผิวข้อสะโพกเพิ่มเติม หรือเกิดการแตกหักของกระดูกบริเวณใกล้เคียงข้อสะโพก แต่แพทย์บางคนเลือกที่จะดึงข้อสะโพกที่ห้องฉุกเฉินหากมียาที่ช่วยลดอาการปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ และยาระงับประสาทที่ดีพอ การดึงข้อสะโพกในห้องฉุกเฉินมีข้อดี คือ หากการดึงเป็นผลสำเร็จจะเป็นการดีที่สามารถทำการรักษาได้รวดเร็วทันทีหลังเกิดข้อสะโพกเคลื่อน แต่หากทำไม่สำเร็จสามารถส่งผู้ป่วยไปถ่ายภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ก่อนเข้าห้องผ่าตัดได้

การดึงข้อสะโพกโดยวิธีของ Allis เพื่อแก้ไขภาวะข้อสะโพกเคลื่อนไปด้านหลังทำได้โดยการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย ขณะเดียวกันกับที่ผู้ช่วยออกแรงกดบนกระดูกเชิงกราน ออกแรงดึงขาข้างที่ข้อสะโพกเคลื่อนไปตามแนวที่ผิดปกติร่วมกับงอข้อสะโพกอย่างช้าๆ ร่วมกับหมุนต้นขาเข้า (internal rotation) และหมุนออก (external rotation) จนกระทั่งข้อสะโพกกลับเข้าที่



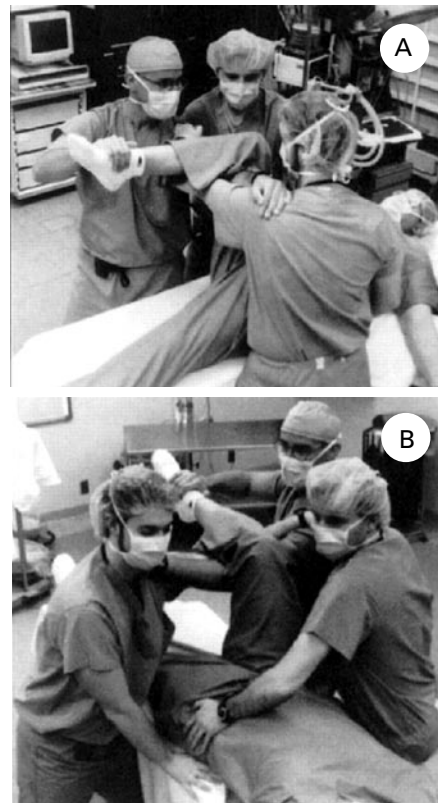
รูปที่ 1 การดึงข้อสะโพกโดยวิธีของ Allis

สำหรับวิธีดึงของ Bigelow ใช้วิธีการดึงไปในทางเดียวกันกับแนวขาผิดรูปควบคู่กับการหุบขา (hip adduction) และหมุนต้นขาเข้าใน (internal rotation)



รูปที่ 2 การดึงข้อสะโพกโดยวิธีของ Bigelow

นอกจากนี้ยังมีวิธีการดึงของ East Baltimore Lift<sup>5</sup> ซึ่งจะใช้คนช่วยจำนวน 3 คน ในการดึงโดยไม่ต้องอยู่บนเตียงของผู้ป่วย



รูปที่ 3 การดึงข้อสะโพกโดยวิธีของ East Baltimore Lift



ในแต่ละวิธีแพทย์ต้องสังเกตโดยการฟังเสียงให้ได้ ลักษณะเหมือนโลหะกระทบกัน (clunk) แสดงว่าข้อสะโพกนั้น กลับเข้าที่ หลังจากนั้นควรส่งภาพถ่ายรังสีเชิงกรานในท่าตรง (pelvic AP) อีกครั้งเพื่อดูตำแหน่งของข้อสะโพกหลังการดึง ถ้าไม่พบการแตกหักของกระดูกภายหลังการดึงข้อสะโพกให้เข้าที่ที่ดีแล้วผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความมั่นคงของข้อสะโพก โดยการขยับข้อสะโพกตามทิศทาง การเคลื่อนไหวของข้อตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ถ้าข้อสะโพกมีความมั่นคงดี หลังการดึงข้อสะโพกเข้าที่ที่ดีแล้วควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในลักษณะเหยียดต้นขา (extension) และหมุนต้นขาออก (external rotation) พร้อมจำกัดการเคลื่อนไหวของบริเวณข้อเข้า

ข้อสะโพกจะเกิดความไม่มั่นคงเมื่อมีการแตกบริเวณด้านหลัง (posterior wall) ของกระดูกเบ้าสะโพก (acetabulum) มากกว่าร้อยละ 40 (โดยดูจากภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์) อย่างไรก็ตามการทำ intraoperative stress test ยังคงมีความจำเป็นในการประเมินความมั่นคงของข้อสะโพกผู้ป่วย ผู้ป่วยข้อสะโพกเคลื่อนที่มีการแตกของกระดูกเบ้าสะโพกร่วมด้วยควรได้รับการประเมินสภาพมั่นคงของข้อสะโพกหลังได้รับการดึงข้อสะโพกให้เข้าที่ด้วย fluoroscope ภายในห้องผ่าตัด โดยจัดทำให้ผู้ป่วยงอสะโพก (hip flexion) 90 องศา หุบต้นขาเข้าใน (hip adduction) 20 องศา และหมุนต้นขาเข้าด้านใน (internal rotation) เล็กน้อยจากนั้นออกแรงกระทำตามทิศทางของข้อที่เคลื่อน เช่น ออกแรงกดต้นขาไปด้านหลังในผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกเคลื่อนไปด้านหลัง แล้วประเมินจากภาพถ่ายทางรังสีในท่า iliac, obturator oblique view และ pelvic AP view มีรายงานพบว่าจากจำนวนผู้ป่วยข้อสะโพกเคลื่อน 41 ราย ที่ตรวจด้วยภาพถ่ายทางรังสีแล้วพบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ต้องผ่าตัด มาตรวจ stress view พบข้อสะโพกมีความไม่มั่นคงที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดจำนวน 3 ราย หากตรวจ stress test แล้วไม่พบการเคลื่อนของข้อสะโพกถือว่าเป็นข้อสะโพกที่มั่นคงดีแล้วสามารถทำการรักษาต่อไปโดยไม่ต้องผ่าตัด ติดตามอาการและภาพถ่ายทางรังสีของข้อสะโพกเป็นระยะๆ หรืออาจพิจารณาส่องกล้องภายในข้อสะโพก (hip arthroscopy) เพื่อตรวจหาการบาดเจ็บของผิวกระดูกอ่อนหรือเศษชิ้นส่วน (loose bodies) ภายในข้อสะโพก แต่ถ้าหากตรวจด้วยวิธีข้างต้นแล้วยังพบว่ามีการเคลื่อนของข้อสะโพกอยู่ถือว่าเป็นข้อที่ไม่มั่นคง ผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความไม่มั่นคงที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดข้อสะโพกอักเสบในเวลาต่อมา

การตรวจภาพถ่ายรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกเคลื่อนชนิดธรรมดาอาจไม่ได้ประโยชน์มากนักเนื่องจากเศษชิ้นส่วนเหล่านี้อาจตรวจไม่พบ

ในคอมพิวเตอร์สแกน (ที่ตัดภาพทุก 3 มิลลิเมตร) ดังนั้น จึงไม่เปลี่ยนแปลงแนวทางในการรักษาผู้ป่วย แต่การที่ไม่พบสิ่งผิดปกติใดๆ ในภาพถ่ายรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ไม่ได้หมายความว่าไม่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นภายในข้อสะโพก เนื่องจากพบว่ามีโอกาสพบเศษชิ้นส่วนภายในข้อค่อนข้างสูง การส่องกล้องตรวจภายในข้อจึงเป็นหนทางที่ดีที่สุดที่จะสืบค้นพยาธิสภาพดังกล่าว ส่วนการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า แม้ว่าจะยังไม่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายแต่สามารถช่วยในการวินิจฉัยการเกิดการบาดเจ็บของผิวกระดูกอ่อนหรือการมีเศษชิ้นส่วนขวางอยู่ภายในข้อ แต่จะไม่ได้เท่าการตรวจด้วยการถ่ายภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ถ้าเศษชิ้นส่วนนั้นเป็นเนื้อกระดูก

เมื่อพบว่าหลังการดึงข้อสะโพกแล้วแต่ข้อสะโพกเข้าที่ได้อาจไม่ดี (nonconcentric reduction) อาจเนื่องจากมีเศษชิ้นส่วนของกระดูก กระดูกอ่อน หรือเศษเนื้อเยื่อ (loose bodies) เข้าไปขวางอยู่ภายในข้อ ถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขเนื่องจากจะมีแรงกดจากชิ้นส่วนต่อผิวกระดูกอ่อนในข้อ แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยควรได้รับการดึง skeletal traction ไว้ก่อนเพื่อลดแรงกดภายในข้อหรือต้องรีบผ่าตัดเพื่อนำเศษชิ้นส่วนที่ค้างอยู่ในข้อสะโพกออก เนื่องจากยังไม่มีการวิจัยใดที่สนับสนุนการผ่าตัดเพื่อให้ข้อเคลื่อนออก (surgical dislocation)<sup>๑</sup> เพื่อนำเศษชิ้นส่วนที่ขวางอยู่ในข้อออกสามารถทำได้ถ้าจำเป็นแม้ว่าจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดหัวกระดูกต้นขาขาดเลือด Notzli และคณะ<sup>๑</sup> ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้ข้อเคลื่อนออกจะมีเลือดไหลกลับไปที่หลังหัวกระดูกต้นขาเป็นปกติได้ทันทีหลังจากข้อสะโพกกลับเข้าที่

นิยามของการดึงข้อสะโพกไม่เข้า (irreducible dislocation) คือ ไม่สามารถดึงข้อสะโพกให้เข้าที่แม้ว่าทำการดึงภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกและยาคลายกล้ามเนื้อที่ดีพอ สาเหตุอาจเกิดได้จากการที่มีเศษชิ้นเนื้อเยื่อไปขวางการเข้าของข้อสะโพกซึ่ง ได้แก่ ส่วนของ labrum, capsule, ligamentum teres กล้ามเนื้อต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อ iliopsoas, rectus femoris, piriformis, gluteus maximus หรือเป็นเศษชิ้นส่วนของกระดูกแตกเข้าไปขวาง เช่น เศษชิ้นส่วนของหัวกระดูกต้นขา (femoral head) หรือกระดูกเบ้าสะโพก (acetabulum) ในกรณีที่ไม่สามารถดึงข้อสะโพกให้เข้าที่ได้ ผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดชนิดแผลเปิดเพื่อดึงข้อให้เข้าที่โดยเร็วเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดหัวกระดูกต้นขาขาดเลือด โดยอาจตรวจคอมพิวเตอร์สแกนบริเวณข้อสะโพกก่อนได้รับการผ่าตัดเพื่อตรวจหาเศษชิ้นส่วนที่ขวางอยู่ในข้อสะโพกที่ทำให้ดึงข้อสะโพกไม่เข้า

## ■ การจัดข้อสะโพกให้เข้าที่ชนิดแผลเปิด (open reduction)

เดิมการผ่าตัดเพื่อจัดข้อสะโพกให้เข้าที่จะเลือกผ่าตัดเปิดแผลเพื่อเข้าข้อสะโพกทางด้านหน้าหรือหลังขึ้นกับทิศทางการเคลื่อนของข้อสะโพก<sup>6</sup> เนื่องจากหากเปิดแผลผ่าตัดข้อสะโพกด้านตรงข้ามกับข้อที่เคลื่อนจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดบริเวณข้อสะโพกได้ง่าย แต่ Swiontkowski และคณะ<sup>7</sup> ได้รายงานผู้ป่วยทั้งหมด 24 ราย ที่เป็นข้อสะโพกเคลื่อนร่วมกับกระดูกหักไม่เกิดภาวะหัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือด (osteonecrosis) ไม่ว่าจะผ่าตัดเปิดแผลเพื่อเข้าข้อสะโพกทางด้านหน้าหรือด้านหลัง

การผ่าตัดเปิดแผลเพื่อเข้าข้อสะโพกทางด้านหน้าจะทำในกรณีที่ข้อสะโพกเคลื่อนร่วมกับมีการแตกหักของกระดูกต้นขาบริเวณหัว (femoral head) หรือคอ (femoral neck) แต่การผ่าตัดเข้าข้อสะโพกทางด้านหลังจะช่วยให้สามารถเข้าถึงกระดูกเข้าสะโพกได้ง่าย แต่ไม่ว่าจะผ่าตัดเปิดแผลเข้าทางด้านใดก็ตาม เมื่อผ่าตัดเปิดข้อแล้วควรเอาเศษชิ้นเนื้อที่อยู่ในข้อออกให้หมดและล้างให้สะอาดก่อนที่จะดึงข้อสะโพกให้เข้าที่ และควรตรวจดูผิวกระดูกอ่อนของหัวกระดูกต้นขาและกระดูกเข้าสะโพกด้วย หลังจากนั้นจึงซ่อมแซมเนื้อเยื่อและส่วนของ labrum บริเวณข้อสะโพกที่อาจถูกกระชากออกมาแล้วจึงทดสอบความมั่นคงของข้อสะโพกภายหลังการดึงข้อสะโพกให้เข้าที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการแตกของกระดูกเข้าสะโพกร่วมด้วย

เมื่อข้อสะโพกเคลื่อนอาจมีเศษชิ้นส่วนของกระดูกที่ถูกกระชากติดไปกับ ligamentum teres บริเวณ (fovea centralis) แต่ชิ้นกระดูกเหล่านี้มักไม่ขวางในข้อระหว่างหัวกระดูกต้นขากับกระดูกเข้าสะโพก แต่หากเศษชิ้นกระดูกนี้เข้าไปติดขวางอยู่ต่อน้ำขึ้นกระดูกนี้ ออก เนื่องจากเศษกระดูกนี้อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บของผิวข้อทำให้เกิดข้อเสื่อมตามมาได้ เมื่อข้อสะโพกเคลื่อนเกิดร่วมกับมีการแตกของกระดูกเข้าสะโพกด้านหลังซึ่งอาจมีขนาดใหญ่จนทำให้ข้อสะโพกเกิดความไม่มั่นคงจึงจำเป็นต้องผ่าตัดเรียงกระดูกและตามด้วยเหล็ก (open reduction and internal fixation) แต่หากชิ้นส่วนของกระดูกเล็กมากและข้อสะโพกมีความมั่นคงดีสามารถนำเศษกระดูกเหล่านั้นออกได้ถ้าชิ้นกระดูกเข้าไปขวางในข้อ

## ■ การผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องภายในข้อ (arthroscopy)

ในช่วง 10 ปี ให้หลังมานี้ เทคนิคการผ่าตัดส่องกล้องภายในข้อได้พัฒนาไปมาก Byrd และ Jones<sup>10</sup> ได้ส่อง

กล้องภายในข้อสะโพกผู้ป่วยที่มีประวัติข้อสะโพกเคลื่อนและมีการปวดสะโพกเรื้อรัง พบว่ามีการฉีกขาดของ labrum มีการบาดเจ็บของผิวกระดูกอ่อนและมีเศษชิ้นส่วนอยู่ในข้อ (loose bodies) ซึ่งถ้าหาก labrum ที่ฉีกขาดไม่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อข้อสะโพกเพิ่มมากขึ้นได้และนำไปสู่การเกิดข้อสะโพกเสื่อมได้<sup>11</sup> Evans และคณะ<sup>12</sup> ได้ทำการทดลองในกระต่ายพบว่า เมื่อมีเศษกระดูกอ่อนตกค้างอยู่ในข้อสะโพกจะทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อรอบข้อ (synovitis) และเกิดข้อเสื่อมได้เช่นกัน Epstein<sup>13</sup> รายงานว่ามีเพียงร้อยละ 9 เท่านั้นที่ไม่พบเศษชิ้นส่วนอยู่ในข้อจากการผ่าตัดเปิดข้อเพื่อรักษาข้อสะโพกเคลื่อน Mullis และ Dahners<sup>14</sup> ได้รักษาผู้ป่วยที่ข้อสะโพกเคลื่อนไปด้านหลัง 39 ราย จากการส่องกล้องภายในข้อสะโพกพบว่า มีเศษชิ้นส่วนภายในข้อถึงร้อยละ 92 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยอยู่ 5 รายที่เป็นข้อสะโพกเคลื่อนที่ไม่มีกระดูกหักร่วมด้วย และพบว่ามีเศษชิ้นส่วนในข้อสะโพกทุกราย จากรายงานของ Mc Carthy และ Busconi<sup>15</sup> พบว่า ร้อยละ 6 ของผู้ป่วยที่มีเศษชิ้นส่วนในข้อสะโพก (loose bodies) ไม่สามารถตรวจพบด้วยภาพถ่ายทางรังสี และยังมีรายงานอีกว่าผู้ป่วย 7 ใน 9 ราย (ร้อยละ 78) ที่มีภาพถ่ายทางรังสีปกติแต่ปรากฏพบเศษชิ้นส่วนภายในข้อเช่นเดียวกับ Yamato และคณะ ได้รายงานผู้ป่วย 8 รายจาก 11 ราย ที่มีข้อสะโพกเคลื่อนตรวจพบเศษชิ้นส่วนในข้อสะโพกแม้ว่าภาพถ่ายทางรังสีและคอมพิวเตอร์สแกนตรวจไม่พบ การที่เห็นภาพถ่ายทางรังสีว่าข้อสะโพกเข้าที่ดีหรือไม่พบเศษชิ้นส่วนภายในข้อจากการทำคอมพิวเตอร์สแกน ยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าจะไม่พบเศษชิ้นส่วนตกค้างหรือมีพยาธิสภาพอื่นภายในข้อสะโพก อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาไม่มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการนำเอาเศษชิ้นส่วนที่อยู่ในข้อออกจะมีผลการรักษาที่ดีกว่าหรือสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะข้อเสื่อมในภายหลังได้แม้ว่าการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าอาจเกิดข้อสะโพกอักเสบได้เร็วขึ้นเมื่อมีเศษชิ้นส่วนอยู่ในข้อ<sup>12</sup> แม้ว่าการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้อง (arthroscopy) มีประโยชน์ในแง่การตรวจหาเศษชิ้นส่วน (loose bodies) ภายในข้อ แต่เช่นกันยังไม่มีข้อมูลทางคลินิกใดสนับสนุนว่ามีประโยชน์อย่างชัดเจน ในกรณีที่มีเศษชิ้นส่วนอยู่ในข้อบริเวณจุดรับน้ำหนักของข้ออาจพิจารณาที่จะผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องเพื่อนำเอาเศษชิ้นส่วนในข้อออก แต่ควรทำภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากเกิดการบาดเจ็บเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บของผิวกระดูกอ่อนในข้อเพิ่มขึ้น โดยก่อนจะทำการผ่าตัดอาจให้ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ชั่วคราวหรือใช้การถ่วงน้ำหนักช่วยโดยการดึง skeletal traction

การผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้อง (arthroscopy) เป็นอีกทางเลือกที่ปลอดภัยในการตรวจหาความผิดปกติภายในข้อ<sup>16</sup> ลดการทำลายเนื้อเยื่อและเส้นเอ็นบริเวณข้อ ลดการเสียเลือด ลดการบาดเจ็บต่อระบบเส้นเลือดและเส้นประสาทและใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดประเภทเปิดข้อ อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องของข้อสะโพกอยู่ในช่วงร้อยละ 1-6 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ได้แก่ การบาดเจ็บของเส้นประสาท sciatic, femoral, lateral femoral cutaneous การบาดเจ็บต่อเส้นเลือด เลือดออกบริเวณทางเข้าของกล้อง (portal bleeding, hematoma) และการบาดเจ็บของผิวหนังกระดูกอ่อนของข้อ

## ■ การกายภาพบำบัด

การทำกายภาพบำบัดหลังการรักษาข้อสะโพกเคลื่อนไม่ว่าจะด้วยการดิ่งหรือการผ่าตัดยังไม่เป็นที่แน่นอน มีการแนะนำให้ใช้การถ่วงน้ำหนักด้วย skeletal traction เป็นช่วงสั้นๆ จนกระทั่งอาการปวดลดลงแล้วจึงเริ่มการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก เช่นเดียวกันระยะเวลาในการที่จะให้ผู้ป่วยสามารถเริ่มลงน้ำหนักเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดหัวกระดูกต้นขาขาดเลือด (osteonecrosis) ยังคงไม่เป็นที่สรุป มีตั้งแต่เป็นวันถึงเดือน การศึกษาของ Sahin และคณะ พบว่าผู้ป่วยข้อสะโพกเคลื่อนทั้งหมด 62 ราย ในจำนวนนั้นมีผู้ป่วย 50 รายที่ได้รับการรักษาด้วยการนอนพักหรือการถ่วงน้ำหนักหลังจากดิ่งข้อสะโพกให้เข้าที่และช่วงเวลาของการลงน้ำหนักที่แตกต่างกัน แต่ผลลัพธ์ของการรักษาออกมาไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการกำหนดว่าผู้ป่วยสามารถเดินลงน้ำหนักได้เมื่อใด ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ผู้รักษา

## ■ ผลการรักษา

เกือบทั้งหมดของผู้ป่วยกลุ่มข้อสะโพกเคลื่อนชนิดธรรมดาที่ได้รับการดิ่งข้อสะโพกโดยเร็วมีผลลัพธ์ในระยะยาวหลังการรักษาเป็นที่น่าพอใจอย่างมาก<sup>17</sup> Dreinhofer<sup>18</sup> รายงานจำนวนผู้ป่วย 16 รายใน 30 ราย (ร้อยละ 53) ของผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกเคลื่อนไปด้านหลัง และ 3 ใน 12 ราย (ร้อยละ 25) ของผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกเคลื่อนไปด้านหน้ามีผลการรักษาที่น่าพอใจ ตัวแปรที่มีผลต่อการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาก่อนการดิ่งข้อสะโพก การรักษาหลังการดิ่งข้อสะโพก การกายภาพบำบัด การบาดเจ็บอย่างอื่นและระยะเวลาในการติดตามการรักษาจึงยากต่อการนำผลการรักษามาเปรียบเทียบกัน การรักษาผู้ป่วยที่มีเพียงข้อสะโพกเคลื่อนจะได้ผลที่

ดีกว่าผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกเคลื่อนที่มีการบาดเจ็บอย่างอื่นร่วม Dreinhofer<sup>18</sup> พบผู้ป่วย 5 ใน 7 รายที่มีข้อสะโพกเคลื่อนร่วมกับมีการบาดเจ็บอย่างอื่นร่วมด้วย มีผลการรักษาที่ไม่ค่อยดี แต่ในผู้ป่วย 6 ใน 7 ราย ที่มีเพียงข้อสะโพกเคลื่อนมีผลการรักษาที่ดี

## ■ ภาวะแทรกซ้อน

ระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการดิ่งข้อสะโพกเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดผลการรักษา การดิ่งข้อสะโพกให้กลับเข้าที่โดยเร็วจะช่วยลดโอกาสเกิดหัวกระดูกต้นขาขาดเลือด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยควรได้รับการดิ่งยังคงไม่สามารถสรุปได้ในปัจจุบัน จากการศึกษาของ Brav<sup>19</sup> ในผู้ป่วยข้อสะโพกเคลื่อนทั้งหมด 262 ราย

รายที่ได้รับการดิ่งข้อสะโพกให้เข้าที่ภายใน 12 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดหัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือดร้อยละ 22 แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายหลัง 12 ชั่วโมงผ่านไปจะเกิดภาวะหัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือดถึงร้อยละ 52

Hougaard และ Thomsen<sup>20</sup> ทำการติดตามรักษาผู้ป่วยข้อสะโพกเคลื่อนจำนวน 100 รายเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดิ่งข้อสะโพกให้เข้าที่ภายใน 6 ชั่วโมง มีเพียงร้อยละ 4 ที่เกิดหัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือด แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับการดิ่งข้อสะโพกหลังเวลาผ่านไป 6 ชั่วโมง จะมีหัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือดเกิดขึ้นร้อยละ 58

Dreinhofer และคณะ<sup>18</sup> ศึกษาผู้ป่วยข้อสะโพกเคลื่อนจำนวน 50 รายพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดิ่งข้อสะโพกให้เข้าที่ภายใน 60 นาที เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดิ่งข้อสะโพกภายในระยะเวลาตั้งแต่ 1 ถึง 6 ชั่วโมง มีอัตราการเกิดหัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือดได้ร้อยละ 12 เท่าๆ กัน

เป้าหมายสูงสุดของการรักษาข้อสะโพกเคลื่อน คือการให้มีเลือดไหลเวียนกลับไปสู่หัวกระดูกต้นขา การเกิดหัวกระดูกต้นขาขาดเลือดพบได้ถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยข้อสะโพกเคลื่อน ความรุนแรงของการบาดเจ็บเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลของการรักษาเนื่องจากทำให้ระบบไหลเวียนเลือดบริเวณรอบๆ ข้อสะโพกถูกทำลาย นำไปสู่การเกิดหัวกระดูกต้นขาขาดเลือด ซึ่งผู้ป่วยที่มีหัวกระดูกต้นขาตายเนื่องจากขาดเลือดเกือบทั้งหมดจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 2 ปี อย่างไรก็ตาม Cash และ Nolan<sup>21</sup> ได้แนะนำให้ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยให้นานขึ้นเนื่องจากมีผู้ป่วยเกิดหัวกระดูกต้นขาตายเนื่องจากการขาดเลือดหลังเกิดข้อสะโพกเคลื่อนไปแล้ว 8 ปี



ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดหลังเกิดข้อสะโพกเคลื่อน คือ ข้อสะโพกเสื่อม (coxarthrosis) Upadhyay และคณะ<sup>17</sup> รายงานอุบัติการณ์ของการเกิดข้อสะโพกเสื่อมหลังข้อสะโพกเคลื่อนไว้ร้อยละ 16 และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยข้อสะโพกเสื่อมที่เกิดขึ้นจากการที่หัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือด เนื่องจากเมื่อหัวกระดูกต้นขาตายจะทำให้ส่วนหัวของกระดูกต้นขายุบตัวลง และตามมาด้วยข้ออักเสบ และอุบัติการณ์ของการเกิดหัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือด และข้อสะโพกเสื่อมจะมีมากขึ้นถ้าข้อสะโพกเคลื่อนเกิดร่วมกับการแตกหัวของหัวกระดูกต้นขาหรือกระดูกเบ้าสะโพกโดยอาจมีโอกาสเกิดได้ถึงร้อยละ 70

การบาดเจ็บของเส้นประสาท sciatic (sciatic nerve palsy) เกิดขึ้นได้ร้อยละ 10-15 โดยมักเกิดกับแขนงของเส้นประสาท peroneal ตามที่กล่าวมาข้างต้น โอกาสของการฟื้นตัวกลับมาได้บางส่วนของเส้นประสาทเป็นไปได้มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด ความรุนแรงของการบาดเจ็บมีผลต่อการฟื้นตัวของเส้นประสาท การทำกายภาพบำบัดจะช่วยป้องกันในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนัง และป้องกันการยึดติดของข้อ ควรตามข้อเท้าในลักษณะกระดูกขึ้น (dorsiflexion splint) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้เท้ายันพื้น ผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดเพื่อตรวจหาเส้นประสาท (nerve

exploration) ในกรณีที่ไม่มีการฟื้นตัวของเส้นประสาทภายใน 1-3 สัปดาห์ หรืออาจนานกว่านั้น การผ่าตัดเพื่อย้ายเส้นเอ็น (tendon transfer) จะทำในผู้ป่วยที่ไม่มีกระดูกกลับมาของการทำงานของเส้นประสาท

## ■ สรุป

ภาวะข้อสะโพกเคลื่อนที่ไม่มีกระดูกหักร่วมถือเป็นภาวะการบาดเจ็บที่รุนแรงที่ควรได้รับการดูแลอย่างทัน่วงที และผู้ป่วยควรได้รับการตรวจร่างกายทุกส่วนเนื่องจากมักมีการบาดเจ็บของร่างกายส่วนอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยควรได้รับการตั้งข้อให้กลับเข้าที่โดยเร็วและทำการยืนยันด้วยภาพถ่ายทางรังสี การรักษาข้อสะโพกเคลื่อนมีหลายวิธี การผ่าตัดด้วยการส่องกล้องสามารถตรวจพบเศษชิ้นส่วนและพยาธิสภาพอื่นๆ ภายในข้อสะโพกได้ การผ่าตัดด้วยการส่องกล้องจึงเป็นทางเลือกที่น่าสนใจสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกเคลื่อนที่ไม่มีกระดูกหักร่วมแต่ข้อสะโพกกลับเข้าที่ไม่ดี (simple hip dislocation with nonconcentric reduction) ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องพบได้น้อย การศึกษาในอนาคตเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ทราบถึงข้อดีของการผ่าตัดชนิดส่องกล้องเมื่อเทียบกับวิธีการรักษาแบบดั้งเดิม

## เอกสารอ้างอิง

1. Upadhyay SS, Moulton A. The long-term results of traumatic posterior dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 1981;63:548-51.
2. Thompson VP, Epstein HC. Traumatic dislocation of the hip : A survey of two hundred and four cases covering a period of twenty-one years. *J Bone Joint Surg Am* 1951;33:746-78.
3. Stewart MJ, Milford LW. Fracture-dislocation of the hip : An end-result study. *J Bone Joint Surg Am* 1954;36:315-42.
4. Schmidt GL, Sciulli R, Altman G. Knee injury in patients experiencing a high-energy traumatic ipsilateral hip dislocation. *J Bone Joint Surg Am* 2005;87:1200-4.
5. Schafer SJ, Anglen JO. The East Baltimore Lift. A simple and effective method for reduction of posterior hip dislocations. *J Orthop Trauma* 1999;13:56-7.
6. Epstein HC. Posterior fracture-dislocations of the hip. Long-term follow-up. *J Bone Joint Surg Am* 1974;56:1103-27.
7. Swiontkowski MF, Thorpe M, Seiler JG, et al. Operative management of displaced femoral head fractures: Case-matched comparison of anterior versus posterior approaches for Pipkin I and Pipkin II fractures. *J Orthop Trauma* 1992;6:437-42.
8. Siebenrock KA, Gautier E, Ziran BH, et al. Trochanteric flip osteotomy for cranial extension and muscle protection in acetabular fracture fixation using a Kocher-Langenbeck approach. *J Orthop Trauma* 1998;12:387-91.
9. Nötzli HP, Siebenrock KA, Hempfing A, et al. Perfusion of the femoral head during surgical dislocation of the hip: Monitoring by laser Doppler flowmetry. *J Bone Joint Surg Br* 2002;84:300-4.

10. Byrd JW, Jones KS. Traumatic rupture of the ligamentum teres as a source of hip pain. *Arthroscopy* 2004;20:385-91.
11. Byrd JW, Jones KS. Osteoarthritis caused by an inverted acetabular labrum: Radiographic diagnosis and arthroscopic treatment . *Arthroscopy* 2002;18:741-7.
12. Evans CH, Mazzocchi RA, Nelson DD, et al. Experimental arthritis induced by intraarticular injection of allogenic cartilaginous particles into rabbit knees. *Arthritis Rheum* 1984;27:200-7.
13. Epstein HC. Traumatic dislocations of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 1973;92:116-42.
14. Mullis BH, Dahners LE. Hip arthroscopy to remove loose bodies after traumatic dislocation. *J Orthop Trauma* 2006;20:22-6.
15. McCarthy JC, Busconi B. The role of hip arthroscopy in the diagnosis and treatment of hip disease. *Orthopedics* 1995;18:753-6.
16. Svoboda SJ, Williams DM, Murphy KP. Hip arthroscopy for osteochondral loose body removal after a posterior hip dislocation. *Arthroscopy* 2003;19:777-81.
17. Upadhyay SS, Moulton A, Srikrishnamurthy K. An analysis of the late effects of traumatic posterior dislocation of the hip without fractures. *J Bone Joint Surg Br* 1983;65:150-2.
18. Dreinhöfer KE, Schwarzkopf SR, Haas NP, et al. Isolated traumatic dislocation of the hip: Long-term results in 50 patients. *J Bone Joint Surg Br* 1994;76:6-12.
19. Brav EA. Traumatic dislocation of the hip: Army experience and results over a twelve-year period. *J Bone Joint Surg Am* 1962;44:1115-34.
20. Hougaard K, Thomsen PB. Coxarthrosis following traumatic posterior dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Am* 1987;69:679-83.
21. Cash DJ, Nolan JF. Avascular necrosis of the femoral head 8 years after posterior hip dislocation. *Injury* 2007;38:865-7.

