

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่กระดูกสะโพกหักจากโรค
กระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

โดย

นางสาวอัญชลี สิงคะนอง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ 3267

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

คำนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์การเกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุจึงมีเพิ่มขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะกระดูกสะโพกหักซึ่งมักเกิดจากการลื่นล้ม โดยมีปัจจัยมาจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเอง เช่น การทรงตัวไม่ดี สายตาไม่ดี มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ โรคกระดูกพรุนซึ่งจากสถิติของโรงพยาบาลเลิดสิน ในปี 2566 มีการผ่าตัดกระดูกต้นขาส่วนคอหักทั้งหมด 65 รายและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีภาวะโรคกระดูกพรุนด้วยแล้วยิ่งเป็นการทำให้เกิดอุบัติการณ์กระดูกหักได้ง่ายถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเกิดอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย การรักษาที่สำคัญของการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักคือ การผ่าตัด ยิ่งผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเร็ว ก็จะเป็นการลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจะช่วยให้ผู้ป่วยอาการทุเลาจากอาการเจ็บปวดสามารถเคลื่อนไหวของข้อสะโพกได้ดีขึ้น และปฏิบัติกิจวัตรได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง หากการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม การติดเชื้อของแผลผ่าตัด ถ้าหากเกิดขึ้นผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมาน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้จัดทำจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องรวมทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ให้ได้อย่างเหมาะสม

ผู้จัดทำได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้ศึกษาค้นคว้าเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน ซึ่งผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่ากรณีศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ผู้สนใจนำมาประยุกต์ใช้หรือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและเป็นสื่อในการถ่ายทอดองค์ความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากรทางการพยาบาลต่อไป

กรมการแพทย์
นางสาวอัญชลี สิงคะนอง
ผู้จัดทำ
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
บทที่ 2 Anatomy	3
กายวิภาคศาสตร์ของกระดูก	3
โรคกระดูกพรุน	10
โรคของข้อสะโพกและพยาธิสภาพ	13
อาการและอาการแสดง	15
การรักษา	15
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	16
ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการทำผ่าตัด	16
ภาวะแทรกซ้อน	20
บทที่ 3 ทฤษฎีการพยาบาลแนวคิดที่ประยุกต์ใช้ในการศึกษา	23
แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	23
กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ	24
กระบวนการพยาบาล	24
การเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย	
โดยทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	25
บทที่ 4 กรณีศึกษา	31
การซักประวัติและการตรวจร่างกาย	31
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	33
การรักษาและแผนการรักษาของแพทย์	35
พยาธิสภาพเปรียบเทียบกับทฤษฎี	38
ยาและการเฝ้าระวัง	41
การพยาบาลที่พบจากกรณีศึกษา	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด	46
การพยาบาลระยะผ่าตัด	55
การพยาบาลหลังผ่าตัด	59
บทที่ 5 สรุปกรณีศึกษา	68
วิจารณ์และข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม	70
ภาคผนวก คู่มือพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบรรณรูปภาพและตาราง

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงกายวิภาคของกระดูกเชิงกรานและกระดูกเข้าข้อสะโพก	1
ภาพที่ 2 แสดงเอ็นบริเวณรอบข้อสะโพก	2
ภาพที่ 3 แสดงเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณข้อสะโพก	3
ภาพที่ 4 แสดงภาวะกระดูกพรุน	4
ภาพที่ 5 แสดงลักษณะของข้อสะโพกเทียม	5
ภาพที่ 6 แสดงส่วนประกอบของข้อสะโพกเทียมชนิด THA	6
ภาพที่ 7 แสดงส่วนประกอบของข้อสะโพกเทียมชนิด Bipolar	7
ตารางที่ 1 การวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนตามความหนาแน่นกระดูก	8

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ซึ่งพบว่าในปัจจุบันมีผู้ที่มีกระดูกสะโพกหักเป็นจำนวนมากและมีความรุนแรงโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุน จากข้อมูลของสำนักหลักประกันสุขภาพ (สปสช) พบว่าอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักประมาณ 14,000-16,000 คนต่อปีและมีอัตราการตายในปีแรกร้อยละ 23 กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมักพบร่วมกับโรคกระดูกพรุนส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้ม หรืออุบัติเหตุที่รุนแรง ผู้ที่กระดูกสะโพกหักจะได้รับผลกระทบตามมาหลายด้าน เช่นคุณภาพชีวิตลดลง ภาวะการพึ่งพิงบุคคลในครอบครัวและสถานพยาบาลมากขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเนื่อง ความเสี่ยงของกระดูกสะโพกหักซ้ำซ้อนและโดยเฉพาะอัตราการตายในปีแรกหลังกระดูกหักจะสูงที่สุด โดยสูงกว่าประชากรปกติประมาณ 8 เท่าในปี 2568 ในประเทศไทยจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักรวมมากถึง 2.6 ล้านราย และในปี พศ.2568 และ2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,433 คน ตามลำดับ จะเห็นว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน และฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดให้ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ

โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนทางหัวใจและปอด การติดเชื้อ โรคหลอดเลือดดำปอดอุดตัน ซึ่งการรักษาหลักในปัจจุบัน ตามคำแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติ(clinical practice guideline)ขององค์กรวิชาชีพในระดับสากล แนะนำไว้ว่า ควรเป็นการผ่าตัดที่ทันท่วงที ร่วมกับการประเมิณอย่างเหมาะสมก่อนการผ่าตัด และได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัดและกลับไปอยู่ที่บ้าน แต่เนื่องจากการดูแลในผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วมเช่นโรคกระดูกพรุน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและมีภาวะกระดูกสะโพกหักต้องมีกระบวนการบริหารจัดการในการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และประสานงานเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและไร้รอยต่อซึ่งจะต้องมีการจัดการโดยกระบวนการบริหารจัดการที่เหมาะสม ซึ่งจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลทั้งระบบ นอกจากนี้ในประเทศไทย การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักยังมีความหลากหลาย

โรงพยาบาลเลิดสินเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคกระดูกและเป็นแหล่งรับผู้ป่วยจากการส่งต่อของโรงพยาบาลต่างๆ ปัจจุบันมีจำนวนเตียงในการรับผู้ป่วยใน 609 เตียงในและสามารถรับรักษาผู้ป่วยทางด้านโรคกระดูกและข้อ 110 เตียง ในปี 2565 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูกบริเวณสะโพกทั้งหมด 88 คน และในปี 2566 มีจำนวน 124 คน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทางโรงพยาบาลมีนโยบายผลักดันให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง เพื่อเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงมี

บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่ง การดูแลนั้นมีความสำคัญทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การให้การพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและรวดเร็ว การฟื้นฟูสภาพและคำแนะนำที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อย ผู้ป่วยเริ่มเดินและลงน้ำหนักได้เร็วขึ้น และมีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตได้ดีใกล้เคียงกับตอนก่อนป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ ทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเฉพาะทาง ต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกสะโพกหัก และโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รวมทั้งมีความรู้ทางการพยาบาล มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องตามหลักการและกระบวนการพยาบาล มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัดและสามารถส่งผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและปราศจากภาวะแทรกซ้อน ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจทำการศึกษาเรื่องดังกล่าว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
3. เพื่อให้ทีมสุขภาพมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมตามมาตรฐานเดียวกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้รับการดูแลแบบองค์รวม คลอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ
2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางให้ทีมสุขภาพพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น
3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารใช้ในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 2 Anatomy

กระดูกเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิดพิเศษที่รวมกับกระดูกอ่อนประกอบขึ้นเป็นระบบโครงสร้างกระดูก (Skeletal system) โดยมีหน้าที่หลักคือ เป็นโครงร่างสำหรับค้ำจุนและเป็นที่ยึดของกล้ามเนื้อเพื่อทำหน้าที่ขยับ เคลื่อนไหวป้องกันอวัยวะภายในที่สำคัญและไขกระดูก

กระดูก(Bone)คือส่วนหนึ่งของร่างกายที่เป็นส่วนประกอบของระบบโครงสร้างร่างกายซึ่งมีหน้าที่หลายอย่าง เช่น ให้โครงร่างและรูปร่างให้กับร่างกาย ปกป้องอวัยวะภายในเช่น สมอง หัวใจ ปอด เป็นต้น รวมถึงให้การสนับสนุน และเคลื่อนไหวให้กับร่างกาย เช่น เคลื่อนที่ ยืน นั่ง และทำกิจกรรมต่างๆนอกจากนี้ กระดูกยังเป็นส่วนหนึ่งของ ระบบเม็ดเลือด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างเม็ดเลือดแดง นอกจากนี้กระดูกยังมีบทบาทในระบบการเคลื่อนไหว การจับตัว และการสื่อสารระหว่างระบบประสาทกับร่างกาย

กระดูกประกอบด้วยเนื้อเยื่อหลายชนิด เช่น เซลล์กระดูก เส้นใยระบายเลือด และเนื้อเยื่ออื่นๆที่เกี่ยวข้องกับกระดูก การดูแลรักษากระดูกที่แข็งแรงและสุขภาพดีเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาสุขภาพโดยรวมของร่างกาย

กายวิภาคศาสตร์ของกระดูก

กระดูกเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิดหนึ่ง มีความแข็งแรงมากกว่าเนื้อเยื่อส่วนอื่นๆของร่างกาย ความแข็งแรงของกระดูกจะเป็นรองเพียงสารเคลือบฟัน(enamel)เท่านั้น กระดูกมีคุณสมบัติพิเศษ คือสามารถซ่อมแซมตัวเองได้เมื่อร่างกายเกิดการบาดเจ็บจนถึงขั้นกระดูกแตกหรือกระดูกหัก วิธีการรักษาเพื่อให้กระดูกกลับคืนสภาพปกติเหมือนเดิมได้ จึงใช้วิธีการจัดเรียงกระดูกใหม่ด้วยการเข้าเฝือกหรือการผ่าตัด พร้อมกับไม่ให้กระดูกส่วนนั้นมีการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลาหนึ่ง(นานเป็นสัปดาห์หรืออาจเป็นเดือน)กระดูกที่หักก็สามารถเชื่อมต่อกันเองได้

กระดูกมีส่วนประกอบสำคัญ 2 ส่วน คือเซลล์กระดูกและสารที่เชื่อมระหว่างเซลล์กระดูก(intercellular substance)

ก. เซลล์กระดูก มี 3 ชนิด คือ เซลล์สร้างกระดูก (osteoblast) มีหน้าที่สังเคราะห์สารอินทรีย์ให้เนื้อกระดูก(bone matrix) แต่เซลล์จะยังไม่มีการสะสมของแคลเซียม(calcification) ในระยะแรกเนื้อกระดูกจึงมีลักษณะอ่อนนุ่ม ประกอบด้วยเส้นใยคอลลาเจนที่เชื่อมต่อกับโปรตีนและโพลีแซคคาไรด์โดยมีเซลล์สร้างกระดูก (osteoblast)ฝังตัวอยู่ในเนื้อกระดูกตรงส่วนที่เป็นแอ่ง หรือลาคูน่า(lacuna)เมื่อมีผลึกแคลเซียมและฟอสฟอรัสมาสะสมที่เนื้อกระดูกในขบวนการสร้างกระดูก(ossification)เซลล์สร้างกระดูกจึงเปลี่ยนเป็นเซลล์กระดูก (osteocyte or bone cell)เซลล์กระดูกประเภทนี้จะไม่มีการแบ่งตัวอีกต่อไป แต่จะทำหน้าที่รักษาเนื้อกระดูก โดยมีการสะสมแคลเซียมและมีการสลายของเนื้อกระดูก(osteolysis)เพื่อปลดปล่อยแคลเซียมที่สะสมไว้ที่เนื้อกระดูกออกไปสู่ระบบไหลเวียนของเลือดในรูปของแคลเซียมไอออน สำหรับเซลล์ออสทีโอคลาส(osteoclast or bone eating cell)เป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่ย่อยสลายเนื้อกระดูก เพื่อตบแต่งรูปร่างของกระดูกโดยจะหลั่งเอนไซม์หลายชนิดออกมาทำให้มีการย่อยเส้นใยคอลลาเจน และมีการละลายของผลึกแคลเซียมจากเนื้อกระดูก กระดูกจึง

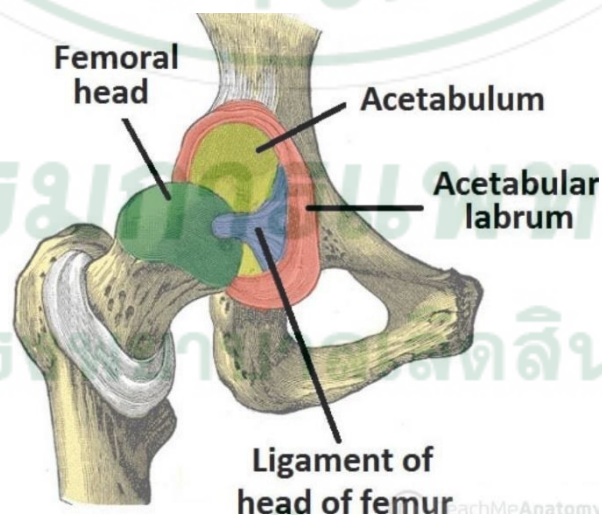
เป็นอวัยวะที่เกิดกิจกรรมทั้งการสังเคราะห์และการทำลาย เพื่อดึงแคลเซียมออกไปใช้ประโยชน์ในขบวนการทางชีวเคมีต่างๆของเซลล์ในร่างกายต่อไป

ข. สารที่เชื่อมระหว่างเซลล์ (intercellular substance) เป็นส่วนของของแข็งที่เกิดจากการเกาะตัวกันของธาตุแคลเซียม ส่วนประกอบส่วนใหญ่ของเนื้อกระดูก คือ ธาตุแคลเซียม ที่อยู่ในรูปของแคลเซียมฟอสเฟต และแคลเซียมคาร์บอเนต ส่วนที่เหลือเป็นสารอินทรีย์ที่อยู่ในรูปของแมกนีเซียมไฮดรอกไซด์ ฟลูออไรด์และ ซัลเฟต เป็นต้น

ลักษณะทางกายวิภาคของข้อสะโพก (Anatomy of the hip joint)

ข้อสะโพกมีลักษณะเป็นข้อทรงกลมและมีเข้าสอรับ (ball and socket joint) ซึ่งเกิดจากการที่ผิวของข้อสะโพกมีลักษณะเรียบ โค้ง และขนานกันของกระดูกต้นขาส่วนหัว (femoral head) และส่วนเข้าข้อสะโพก (acetabulum) จุดศูนย์กลางของข้อสะโพก จะอยู่ต่ำจากจุดกึ่งกลางของเอ็นขาหนีบ (inguinal ligament) ลงไปประมาณ 2 เซนติเมตร ผิวข้อของกระดูกต้นขาส่วนหัวจะมีลักษณะเรียบ เว้นแต่บริเวณจุดกึ่งกลางที่จะมีลักษณะเป็นเข้าลึกลงไปและมีเอ็นมาเชื่อมเกาะที่หัวของกระดูกต้นขา เอ็นที่มาเกาะที่บริเวณกระดูกต้นขาส่วนหัวนี้ มีชื่อเรียกว่า ลิกาเมนตุม เทอเรส (ligamentum teres) ส่วนบริเวณข้อสะโพกนั้น มีกระดูกอ่อนผิวข้อ (cartilage) ปกคลุมอยู่แต่จะไม่ได้คลุมเป็นวงโดยรอบ หากแต่กระดูกอ่อนผิวข้อวางตัวเป็นรูปเกือกม้า โดยไม่มีส่วนของกระดูกอ่อนผิวข้อบริเวณส่วนล่างสุดของเข้าข้อสะโพก ในตำแหน่งที่เป็นร่องของเข้าข้อสะโพก (acetabular notch) บริเวณดังกล่าวจะถูกปกคลุมด้วยชั้นไขมัน (fat pad) และเยื่อข้อ (synovial membrane) โดยมีเอ็นแนวขวางของเข้าข้อสะโพก (transverse acetabular ligament) พาดผ่าน ส่วนนอกวงผิวข้อของเข้าข้อสะโพกนั้น จะมีส่วนขอบกระดูกอ่อนชนิดไฟบรัส (fibrocartilaginous rim) วางตัวเป็นวงรอบเข้าข้อสะโพก เรียกว่า เลบรัมของเข้าข้อสะโพก (acetabular labrum) ซึ่งทำหน้าที่ในการเพิ่มความลึกของเข้าข้อสะโพก และเพิ่มพื้นที่ผิวสัมผัสถึงร้อยละ

40



รูปที่ 1: แสดงกายวิภาคของกระดูกเชิงกรานและกระดูกเข้าข้อสะโพก

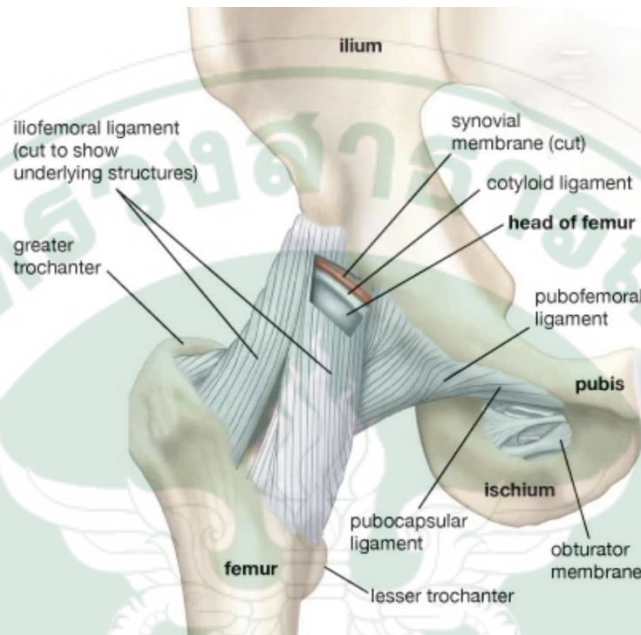
ที่มา: <https://kdms hospital.com/article/osteoarthritis-of-the-hip/> สืบค้นวันที่ 1 ธันวาคม 2566 เวลา 18.00น.

การวางตัวของกระดูกต้นขาส่วนหัวและเป้าข้อสะโพกจะทำมุมตะแคงมาทางด้านหน้า (anteversion) เล็กน้อยประมาณ 20 องศา นอกจากนี้ ส่วนคอของกระดูกต้นขา (femoral neck) ก็วางทำมุมตะแคงมาทางด้านหน้าประมาณ 15 องศาเมื่อเปรียบเทียบกับแนวระนาบของกระดูกต้นขาส่วนปลายเช่นกัน อาคิส อุณนะนันท์ และคณะ ได้ศึกษากายวิภาคของกระดูกต้นขาส่วนบนจากรูปถ่ายของกระดูกต้นขาชาวตะวันตกที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาและพบว่า กระดูกต้นขาส่วนคอจะทำมุมกับแนวแกนตามความยาวของกระดูกต้นขา (neck-shaft angle) ประมาณ 132.7 องศาและค่าแนว anteversion ของคอกระดูกต้นขามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.1 องศาเมื่อเปรียบเทียบกับแนวระนาบของกระดูกต้นขาส่วนปลาย ในขณะที่การศึกษาลักษณะทางกายวิภาคกระดูกข้อสะโพกของคนไทยโดย บรรจง มไหสวริยะ และคณะ พบว่า neck-shaft angle มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 128 องศาและค่าแนว anteversion ของคอกระดูกต้นขามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.4 องศา เมื่อเปรียบเทียบกับแนวระนาบของกระดูกต้นขาส่วนปลาย การที่ข้อสะโพกมีลักษณะเป็นข้อ ball and socket นี้ทำให้สามารถเคลื่อนไหวได้หลายทิศทางได้แก่ การงอเข้า (flexion) การเหยียดออก (extension) การกางออกนอก (external rotation) และการหมุนเข้าใน (internal rotation) รวมถึงการหมุนเป็นวงรอบ (circumduction) ของข้อสะโพกอีกด้วย

เนื้อเยื่ออ่อนบริเวณรอบข้อสะโพก (soft tissue around the hip joint)

ข้อสะโพกห่อหุ้มด้วยเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) ที่มีความแข็งแรงทั้งทางด้านหน้าและด้านหลัง เนื้อเยื่ออ่อนที่อยู่รอบข้อสะโพกจะช่วยเพิ่มความมั่นคงให้แก่ข้อสะโพก เนื้อเยื่ออ่อนเหล่านี้ได้แก่

1. เยื่อหุ้มข้อสะโพก (hip capsule) เป็นเนื้อเยื่ออ่อนชนิดไฟบรัส (fibrous tissue) เกาะที่บริเวณด้านหน้าและด้านหลังของข้อสะโพก เยื่อหุ้มข้อสะโพกส่วนหน้าจะพาดผ่านกระดูกส่วนคอของกระดูกต้นขาและไปสิ้นสุดที่เส้นเชื่อมต่อระหว่างปุ่มกระดูกใหญ่ (greater trochanter) และปุ่มกระดูกเล็ก (lesser trochanter) ของกระดูกต้นขา (intertrochanteric line) ในขณะที่เยื่อหุ้มข้อสะโพกส่วนหลังจะไปเกาะที่บริเวณเหนือต่อสันเชื่อมต่อระหว่าง greater trochanter กับ lesser trochanter ของกระดูกต้นขา (trochanteric crest) ประมาณ 1 เซนติเมตร ความสำคัญของเยื่อหุ้มข้อสะโพก คือ ที่บริเวณเยื่อหุ้มข้อสะโพกส่วนหน้านั้นเส้นใยของเยื่อหุ้มข้อสะโพกจะมีลักษณะหนาและวางตัวตามแนวยาว เรียกว่า เรตินาคูลา (retinacular) ซึ่งบริเวณดังกล่าวนี้มีเส้นเลือดเข้ามาเลี้ยงที่ส่วนคอและหัวของกระดูกต้นขา โครงสร้างของเยื่อหุ้มข้อสะโพกจะได้รับการเสริมความแข็งแรงจากเอ็นรอบข้อสะโพกโดยทางด้านหน้าของเยื่อหุ้มข้อสะโพกจะมีเอ็นอิลิโอฟีเมอร์ล (iliofemoral) และเอ็นพิวโบฟีเมอร์ล (pubofemoral) มาเสริม ในขณะที่เยื่อหุ้มข้อสะโพกทางด้านหลังจะได้รับการเสริมความแข็งแรงจากเอ็นอิสคิโอฟีเมอร์ล (ischiofemoral) ดังรูป



รูปที่ 2: แสดงเอ็นบริเวณรอบข้อสะโพก

ที่มา: <https://kdmshospital.com/article/osteoarthritis-of-the-hip/> สืบค้นวันที่ 1 ธันวาคม 2566 เวลา 18.00น.

2. Acetabular labrum มีลักษณะเป็นเนื้อเยื่อกระดูกอ่อนชนิดไฟบรัส โดยเกาะอยู่ที่ส่วนขอบของเบ้าข้อสะโพก acetabular labrum มีส่วนช่วยในการทำให้ผิวส่วนเบ้าข้อสะโพกเป็นวงครบรอบโตนสมบูรณ์ โดยจะเกาะข้ามผ่านส่วนที่ไม่มีกระดูกอ่อนปกคลุมที่บริเวณ acetabular notch ด้วย นอกจากนี้ acetabular labrum ยังช่วยเพิ่มความลึกของเบ้าข้อสะโพก เป็นการเพิ่มความมั่นคงให้กับข้อสะโพกอีกระดับหนึ่ง

3. Ligamentum teres เป็นเอ็นเดี่ยวที่อยู่ภายในเยื่อหุ้มข้อสะโพก ligamentum teres จะเกาะจากบริเวณหว่าของเบ้าข้อสะโพก (acetabular fossa) ที่มีลักษณะเป็นรูปเกือกม้าและไม่มีกระดูกอ่อนปกคลุมไปยังกระดูกต้นขาส่วนหัวบริเวณที่เรียกว่า โฟเวีย แคปิตัส (fovea capitis) เอ็นนี้จะมีเส้นเลือดที่วิ่งคู่กันมาเรียกว่า เส้นเลือดแดงของ ligamentum teres (artery of the ligamentum teres) ซึ่งมีส่วนการให้เลือดมาเลี้ยงกระดูกต้นขาส่วนหัวในช่วงวัยเด็ก และจะค่อยๆสลายไปเมื่อมีอายุมากขึ้น

4. เอ็น iliofemoral เป็นเนื้อเยื่อที่วางตัวอยู่ทางด้านหน้าของเยื่อหุ้มข้อสะโพก มีความยาวและหนาที่สุดในบรรดาเนื้อเยื่อรอบข้อสะโพกทั้งหมด นอกจากนี้ ยังเป็นเอ็นรอบข้อสะโพกที่มีความแข็งแรงมากที่สุดด้วย เอ็น iliofemoral นี้จะวางตัวเป็นรูปสามเหลี่ยมโดยเกาะจากส่วนล่างและหลังต่อปุ่มกระดูกเชิงกรานปุ่มหน้าด้านล่าง (anterior inferior iliac spine) ไปสิ้นสุดเป็นลักษณะฐานของสามเหลี่ยมที่บริเวณ intertrochanteric line และหน้าต่อ greater trochanter ของกระดูกต้นขา และเกาะยาวไปจนถึงส่วนต้นด้านในของแกนกระดูกต้นขา (femoral shaft) บริเวณกลางของส่วนล่างสุดที่เป็นฐานของสามเหลี่ยมจะมีช่องทางเข้าของเส้นเลือดแดงแขนงขึ้น (ascending branch) ซึ่งเป็นแขนงของหลอดเลือดแดง lateral femoral circumflex เพื่อเข้าไปเลี้ยงกระดูกต้นขาส่วนหัว

5. เอ็น pubofemoral เป็นเนื้อเยื่อที่วางตัวแคบๆทางด้านหน้าของข้อสะโพก เกาะจาก obturator crest ที่บริเวณขอบหน้าของ iliopubic eminence ไปสิ้นสุดโดยรวมตัวกันเป็นเส้นใยของเอ็น iliofemoral

6. เอ็น ischiofemoral วางตัวอยู่ที่ด้านหลังของข้อสะโพก เริ่มเกาะจากตัวกระดูก ischium ไปตามแนวขอบของกระดูก ischium ที่เป็นส่วนประกอบของเบ้าข้อสะโพกและไปสิ้นสุดที่บริเวณ greater trochanter หน้าต่อที่เกาะของเอ็นพิริฟอร์มิส(piriformis) และ trochanteric fossa โดยไปรวมตัวกับเยื่อหุ้มข้อสะโพก

7. Transverse acetabular ligament เป็นส่วนที่เชื่อมต่อระหว่างบริเวณ acetabular notch ทั้ง 2 ฝั่ง และยึดต่อกับ acetabular labrum และ ligamentum teres และเยื่อหุ้มข้อสะโพก

กล้ามเนื้อบริเวณรอบข้อสะโพก (Muscles around the hip joint)

ข้อสะโพกปกคลุมด้วยกล้ามเนื้อหลายมัดสามารถจัดแบ่งกลุ่มกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพกตามหน้าที่การทำงานได้ ดังต่อไปนี้

1.กลุ่มกล้ามเนื้อที่ใช้ในการงอข้อสะโพก กล้ามเนื้อหลักที่ใช้ทำหน้าที่นี้ได้แก่ กล้ามเนื้ออิเลียโอโซแอส(ilioasoas) ซึ่งเกิดจากการรวมตัวกันของกล้ามเนื้อ 2 มัด คือ กล้ามเนื้ออิเลียเอคัส (iliacus)และกล้ามเนื้อโซแอส(psoas) กล้ามเนื้ออื่นที่ช่วยในการงอข้อสะโพก ได้แก่ กล้ามเนื้อเทนเซอร์ แฟสเซีย ลาตา (tensor fascia latae) กล้ามเนื้อซาตอเรีย(satorius) กล้ามเนื้อเพคทีเนียส(pectineus) กล้ามเนื้อแอดดักเตอร์ ลองกัส (adductor longus) และ กล้ามเนื้อแอดดักเตอร์ บรีวิส(adductor brevis)

2.กลุ่มกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเหยียดข้อสะโพก กล้ามเนื้อหลักที่ใช้ทำหน้าที่ดังกล่าวได้แก่ กล้ามเนื้อกลูเตียส แมกซิมัส(gluteus maximus) โดยมีกล้ามเนื้อแฮมสตริง(hamstrings)ช่วยในการทำหน้าที่นี้ด้วย

3.กลุ่มกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกางข้อสะโพกออก ประกอบด้วย กล้ามเนื้อกลูเตียส มีเดียส(gluteus medius) และกล้ามเนื้อกลูเตียส มินิมัส(gluteus minimus)

4. กลุ่มกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหุบข้อสะโพกเข้าใน ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ(adductor longus) กล้ามเนื้อ adductor brevis กล้ามเนื้อ adductor magnus และกล้ามเนื้อ gracilis

5.กลุ่มกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหมุนข้อสะโพกออกนอก ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ gluteus maximus และกลุ่มกล้ามเนื้อขนาดเล็กที่ใช้ในการหมุนข้อสะโพกออกนอก (short external rotator) ซึ่งจะไปเกาะบริเวณขอบหลังของ greater trochanter กลุ่มกล้ามเนื้อ short external rotator ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ piriformis กล้ามเนื้อ superior gemellus กล้ามเนื้อ inferior gemellus กล้ามเนื้อ obturator internus และกล้ามเนื้อ quadratus femoris

6.กลุ่มกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหมุนข้อสะโพกเข้าใน ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ gluteus minimus และกล้ามเนื้อ tensor fascia latae

เส้นประสาทบริเวณรอบข้อสะโพก (Nerve supply of the hip Joint)

เส้นประสาทที่พาดผ่านบริเวณข้อสะโพกมีจุดเริ่มต้นมาจากการรวมตัวกันเป็นร่างแหประสาทขนาดใหญ่ 2 ร่างแหประสาท ได้แก่ ร่างแหประสาทส่วนเอว (lumbar plexus)และร่างแหประสาทส่วนใต้กระเบนเหน็บ (sacral plexus)

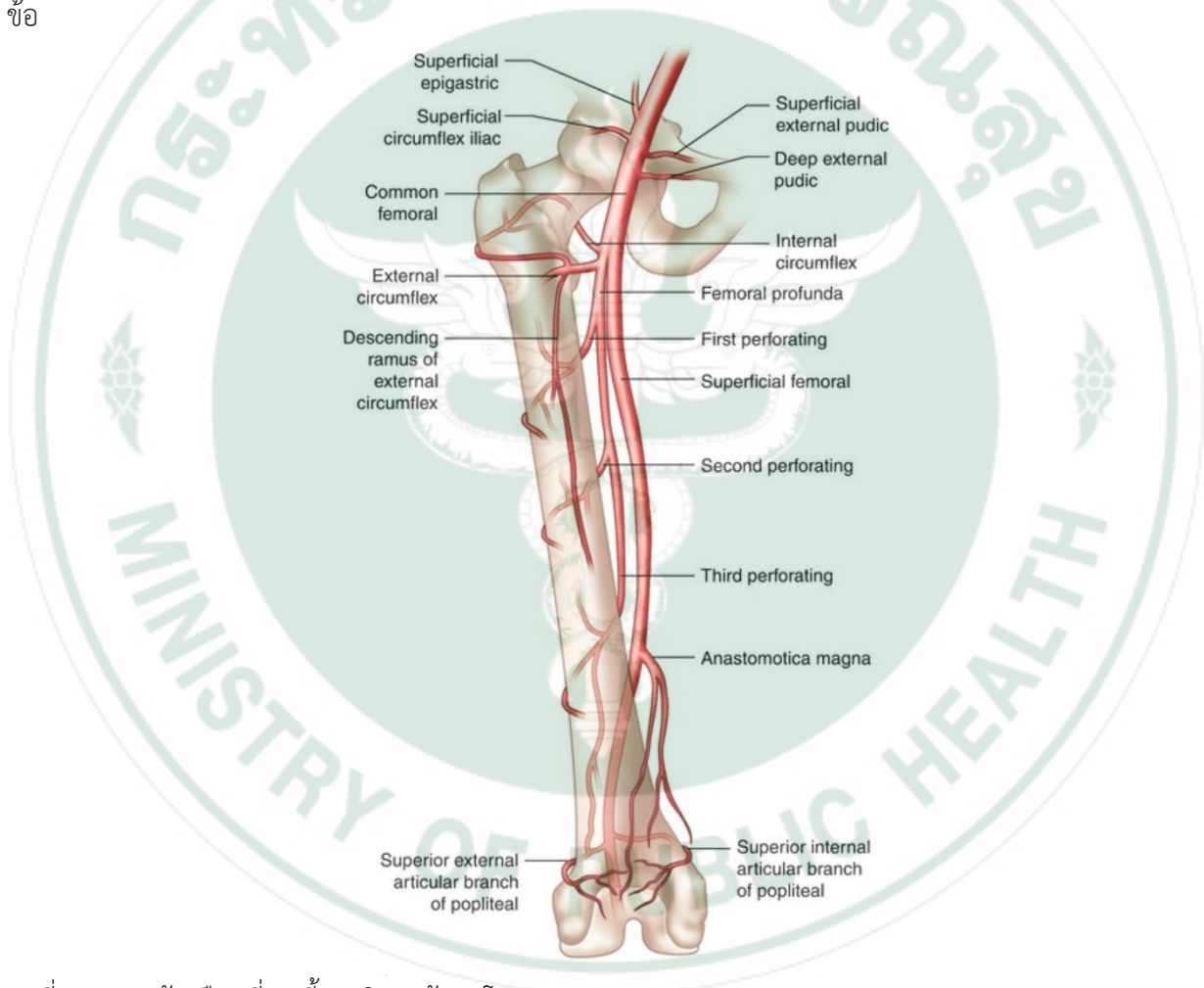
Lumbar plexus เป็นการรวมตัวกันของแขนงเส้นประสาทด้านหน้าระดับเอวที่ 1-4 lumbar plexus จะให้แขนงเส้นประสาทย่อยที่สำคัญได้แก่เส้นประสาทฟีโมรัล(femoral nerve) และเส้นประสาทออบทูเรเตอร์ (obturator nerve) โดคนที่เส้นประสาท femoral จะวิ่งลงไปสู่ต้นขาและอยู่นอกต่อเส้นเลือดแดง femoral เส้นประสาท femoral นี้จะให้แขนงเส้นประสาทไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ satorius และกล้ามเนื้อ quadriceps และแขนงเส้นประสาทสำหรับรับความรู้สึกบริเวณต้นขาด้านหน้า จากนั้นเส้นประสาท femoral จะให้แขนงเส้นประสาทสุดท้าย คือ saphenous nerve ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นแขนงรับสัมผัสบริเวณขาและข้อเท้าด้านใน สำหรับเส้นประสาท obturator จะให้แขนงเส้นประสาทไปเลี้ยงกล้ามเนื้อกลุ่มที่ใช้ในการหุบข้อสะโพกเข้าในและให้แขนงเส้นประสาทสำหรับรับความรู้สึกบริเวณต้นขาด้านใน

Sacral plexus เป็นการรวมตัวกันของแขนงเส้นประสาทด้านหน้าระดับเอวตั้งแต่ระดับที่ 4 จนถึงแขนงเส้นประสาทระดับใต้กระเบนเหน็บที่ 4 แขนงเส้นประสาทสำคัญที่แยกมาจาก sacral plexus นี้ได้แก่เส้นประสาทซูพีเรีย กลูเตีย (superior gluteal nerve) เส้นประสาท อินฟีเรีย กลูเตีย (inferior gluteal nerve) และเส้นประสาทไซติก (sciatic nerve) โดยที่เส้นประสาท superior gluteal เป็นแขนงของเส้นประสาทใต้กระเบนเหน็บระดับที่ 1 เส้นประสาท superior gluteal นี้แยกมาจากด้านหลังของข้อสะโพก เพื่อมาเลี้ยงกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกางข้อสะโพกออก ได้แก่ กล้ามเนื้อ gluteus medius และกล้ามเนื้อ gluteus minimus ส่วนเส้นประสาท inferior gluteal จะเป็นแขนงของเส้นประสาทระดับเอวที่ 5 จนถึงแขนงของเส้นประสาทระดับใต้กระเบนเหน็บที่ 2 เส้นประสาท inferior gluteal จะให้แขนงเลี้ยงกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเหยียดข้อสะโพก ได้แก่ กล้ามเนื้อ gluteus maximus เป็นหลัก สำหรับเส้นประสาท sciatic ซึ่งถือเป็นเส้นประสาทที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย จะวิ่งจากข้อสะโพกไปจนถึงบริเวณขอบบนสุดของร่องปอปปลิเตีย (popliteal fossa) ที่บริเวณนี้เส้นประสาท sciatic จะแยกออกเป็น 2 แขนง ที่สำคัญได้แก่ แขนงทีเบีย (tibial) ซึ่งจะให้แขนงเส้นประสาทไปเลี้ยงกล้ามเนื้อน่องทั้งหมด และแขนงพีโรเนียล (peroneal) จะให้แขนงเส้นประสาทไปเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนปลายที่ใช้ในการกระดกข้อเท้า (dorsiflexion) และนิ้วเท้าและยังให้แขนงเส้นประสาทไปเลี้ยงกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหมุนข้อเท้าออกด้านนอก (eversion) อีกด้วย

เส้นเลือดบริเวณรอบข้อสะโพก (Vascular supply of the hip joint)

กลุ่มเส้นเลือดแดงที่เข้ามาเลี้ยงบริเวณข้อสะโพก สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ กลุ่มเส้นเลือดแดงภายในเยื่อหุ้มข้อ (intracapsular vessels) กลุ่มเส้นเลือดแดงในโพรงกระดูก และกลุ่มเส้นเลือดแดงที่มาจากเอ็น ligamentum teres โดยเส้นเลือดแดงที่เป็นกลุ่มหลักคือ กลุ่มเส้นเลือดแดงภายในเยื่อหุ้มข้อซึ่งจะเป็นแขนงเส้นเลือดแดงที่แยกตัวมาจากหลอดเลือดแดง medial femoral circumflex และหลอดเลือดแดง lateral femoral circumflex กลุ่มเส้นเลือดแดงภายในเยื่อหุ้มข้อนี้จะรวมตัวกันเป็นวงรอบ ส่วนฐานของคอกระดูกต้นขาจะให้แขนงไปเป็นเส้นเลือดแดง ascending cervical ขึ้นไปตามแนวคอของกระดูกต้นขาเพื่อไปเลี้ยงกระดูกต้นขาส่วนหัว (รูปที่ 4) กลุ่มเส้นเลือด ascending cervical นี้ เมื่อวิ่งทะลุผ่านเยื่อหุ้มข้อสะโพกไปแล้วจะเรียกว่าเส้นเลือดแดง reticular ซึ่งแบ่งย่อยออกได้เป็น 4 กลุ่ม ตามตำแหน่ง โดยยึดกายวิภาคกระดูกต้นขาส่วนคอเป็นจุดอ้างอิง ดังนี้ กลุ่มด้านหน้า (anterior) กลุ่มด้านหลัง (posterior) กลุ่มด้านใน (medial) และกลุ่มด้านนอก (lateral) กลุ่มเส้นเลือดแดง reticular ที่มีความสำคัญและเป็นเส้นเลือดแดงหลักที่ไปเลี้ยงกระดูกต้นขาส่วนหัว

ได้แก่ กลุ่มเส้นเลือดแดง lateral retinacular ซึ่งได้แขนงมาจากเส้นเลือดแดง medial femoral circumflex กลุ่มนี้มีความสำคัญเพราะเป็นแขนงที่ให้เลือดเข้าไปเลี้ยงกระดูกต้นขาส่วนหัวจะมีการสร้างเป็นวงเส้นเลือดแดงอีกวงหนึ่งซึ่งอยู่ภายในเยื่อหุ้มข้อ จึงมีชื่อเรียกวงเส้นแดงนี้ว่า subsynovial intracapsular arterial ring ซึ่งจะให้แขนงเส้นเลือดแดงย่อยเข้าไปเลี้ยงกระดูกต้นขาส่วนหัวที่ตำแหน่งประมาณ 2-3 มิลลิเมตรก่อนถึงกระดูกอ่อนผิวข้อ



รูปที่ 3: แสดงเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณข้อสะโพก

ที่มา: <https://www.healthtodaythailand.in.th/> สืบค้นวันที่ 1 ธันวาคม 2566 เวลา 18.00น.

นอกจากระบบเส้นเลือดแดงที่บรรยายไว้ข้างต้นแล้ว ยังมี artery of the ligamentum teres ที่เข้ามาเลี้ยงกระดูกต้นขาส่วนหัวอีกด้วย artery of the ligamentum teres นี้เป็นแขนงของเส้นเลือดแดง medial femoral circumflex

หรือเส้นเลือดแดง obturator เส้นเลือดนี้จะเข้าไปเลี้ยงกระดูกต้นขาส่วนหัวโดยวิ่งเข้ามาคู่กับ ligamentum teres แต่ความสำคัญในทางคลินิกของ artery of the ligamentum teres มีค่อนข้างน้อย เนื่องจากปริมาณเลือดแดงที่เข้าไปเลี้ยงกระดูกต้นขาส่วนหัวจาก artery of the ligamentum teres นี้ คิดเป็นเพียงร้อยละ 20 ของระบบเส้นเลือดแดงที่เข้าไปเลี้ยงกระดูกต้นขาส่วนหัวทั้งหมด

โรคกระดูกพรุน(Osteoporosis)

โรคกระดูกพรุน คือ โรคที่มีความแข็งแรงของกระดูก (bone strength) ลดลง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อกระดูกหักสูงขึ้นตามนิยามของ National Institute of Health ของสหรัฐอเมริกา ในปี 2543 ความแข็งแรงของกระดูกประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ ความหนาแน่นของกระดูก (bone density) และคุณภาพของกระดูก (bone Quality) ส่วนองค์การอนามัยโรค ได้ให้นิยามไว้ว่า “เป็นโรคกระดูกที่เกิดขึ้นทั่วร่างกาย (systemic skeletal disease) ซึ่งมีมวลกระดูกต่ำ (low bone mass) ร่วมกับการเสื่อมของโครงสร้างระดับจุลภาคของกระดูก (micro architecture deterioration) ส่งผลให้กระดูกมีความเปราะบางและหักง่าย” และได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัย โดยอาศัยการตรวจความหนาแน่นของกระดูกโดยให้การวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนเมื่อมีความหนาแน่นของกระดูกต่ำกว่า -2.5 ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (T-score < -2.5) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมวลกระดูกในวัยสาว ซึ่งถือว่าเป็นช่วงที่มวลกระดูกสูงสุด (ตารางที่ 1) ตารางที่ 1. การวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนตามความหนาแน่นกระดูก

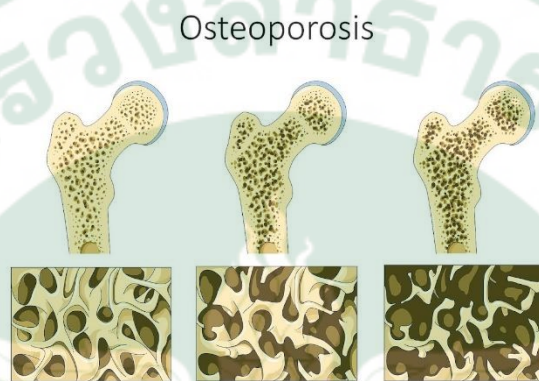
ปกติ(normal)	ความหนาแน่นกระดูกอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยมวลกระดูกสูงสุดในผู้หญิงวัยสาว (T-score > -1)
กระดูกบาง(osteopenia)	ความหนาแน่นกระดูกอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า -1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่มากกว่า -2.5 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยมวลกระดูกสูงสุดในผู้หญิงวัยสาว (-2.5 > T-score -1)
กระดูกพรุน(osteoporosis)	ความหนาแน่นกระดูกต่ำกว่าหรือเท่ากับ -2.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยมวลกระดูกสูงสุดในผู้หญิงวัยสาว (T-score ≤ -2.5)
กระดูกพรุนระดับรุนแรง (severe/established osteoporosis)	ความหนาแน่นกระดูกต่ำกว่าหรือเท่ากับ -2.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยมวลกระดูกสูงสุดในผู้หญิงวัยสาว (T-score < -2.5)

โรงพยาบาลเลิดสิน

สาเหตุของการเกิดโรค(Cause)

โรคกระดูกพรุน คือโรคของกระดูกที่มีความแข็งแรงของกระดูกลดลง มี 2 สาเหตุหลักใหญ่ๆ คือ ปริมาณมวลกระดูกที่สะสมไว้มีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น (peak bone mass) หรือมีการสลายกระดูกมากกว่าปกติ ในช่วงอายุ 40-45 ปี จะเริ่มมีการสลายกระดูกมากกว่าการสร้างกระดูก ทำให้มวลกระดูกเริ่มลดลงในอัตราช้าๆ แต่

หลังจากผู้หญิงเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน อัตราการสลายกระดูกจะสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้มวลกระดูกลดต่ำจนถึงเกณฑ์ที่ทำให้ความเสี่ยงต่อกระดูกหักเพิ่มมากขึ้น



ภาพที่ 4: แสดงภาวะกระดูกพรุน

ที่มา: <https://www.spine-health.com/conditions/osteoporosis/what-you-need-know-about-osteoporosis>

สืบค้น วันที่ 1 ธันวาคม 2567 เวลา 18.00 น.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค((Risk factor)

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้(Non-modifiable risk factor)

- 1.อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป
- 2.เพศหญิง
- 3.ชนชาติผิวขาวและเหลือง
- 4.หมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี รวมทั้งผู้ที่ถูกตัดรังไข่สองข้างก่อนหมดประจำเดือน (early menopause)
- 5.โครงสร้างของร่างกายเล็ก
- 6.บิดา มารดา พี่น้องเป็นโรคกระดูกพรุนหรือกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน
- 7.กระดูกหักจากภาวะกระดูกเปราะบาง (fragility fracture)

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ (modifiable risk factor)

- 1.บริโภคแคลเซียมไม่เพียงพอ (inadequate calcium intake)
- 2.ไม่ค่อยได้ใช้ร่างกาย (sedentary lifestyle)
- 3.สูบบุหรี่เป็นประจำ
- 4.ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 19 กก./ตรม.
- 6.มีภาวะขาดฮอร์โมนไนโตรเจนก่อนเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน
- 7.มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (propensity to falls)

ในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของโรคกระดูกพรุนในผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐบางแห่ง และจากการสุ่มตรวจสตรีในชุมชนจากทั่วทุกภาคของประเทศไทยในปี 2541 และ 2544 ตามลำดับ พบว่าร้อยละ 19.0-21.0 ของสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เป็นโรคกระดูกพรุนของกระดูกสันหลังส่วนเอว (lumber spine ,L1-L4)และร้อยละ

ละ 11.0-13.0 เป็นโรคกระดูกพรุนของกระดูกคอสะโพก(femoral neck osteoporosis) พบว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยได้เพิ่มจาก 62 ปีในชาย และ 68 ปี ในหญิงระหว่างปี 2523-2528 และเป็น 68 ปีในชายและ 72 ปี ในหญิงระหว่างปี 2543-2548 จากนั้นเพิ่มมาเป็น 69.5 ปีในชายและ 76.3 ปี ในหญิง ในปี 2551 ทั้งนี้เนื่องจาก ภายหลังมวลกระดูกเพิ่มขึ้นสูงสุดแล้ว (peak bone mass) จะเริ่มมีการสูญเสียมวลกระดูกอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยพบว่าในสตรีไทยมวลกระดูกจะเพิ่มสูงสุดอายุระหว่าง 30-34 ปี อัตราการสูญเสียกระดูกจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะภายใน 5 ปีแรกของการหมดประจำเดือน

เครื่องชี้วัดภาระโรค(burden of disease)

โดยทั่วไปโรคกระดูกพรุนเป็นโรคที่ไม่มีอาการใดๆ แต่ผลที่ตามมาหรือ clinical consequence) ที่สำคัญ ของโรคนี้คือ การเกิดกระดูกหักได้ง่าย ซึ่งแบ่งออกเป็นได้ 2 กรณี คือ

1. กระดูกหักจากถื่นตราบายไม่รุนแรง (low energy trauma) เช่น ในกระดูกสะโพกหักจากการล้มจาก ท่ายืน หรือตกจากที่สูงในระดับใกล้เคียงกับการล้มจากท่ายืน เป็นต้น
2. กระดูกหักโดยไม่มีแรงกระแทกจากภายนอก เช่น กระดูกสันหลังหักจากการก้มตัว หรือ การยกของหนัก เป็นต้น

กระดูกหักเหล่านี้จะเรียกรวมๆว่า กระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน หรือ osteoporotic fractures ที่เป็น ผลลัพธ์หลักที่เกิดขึ้นจากการที่สูญเสียความแข็งแรงไป ซึ่งโรคกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนนี้เองที่เป็นตัว ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบตามมา

กระดูกสะโพกหัก(hip fracture) เป็นกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนที่มีปัญหาหนักที่สุด นอกจากจะมี อัตราตายที่สูงมากตามหลังการหักแล้ว ยังมีความพิการและการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันใน อัตราที่สูงอีกด้วย นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแลหลังกระดูกสะโพกหักก็ยิ่งสูงมากกว่ากระดูกหักที่อื่นๆ เนื่องจาก ถ้าไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยจะไม่สามารถเดินได้ อีกทั้งโรคและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดก็พบได้บ่อยและ รุนแรง

คำแนะนำการรักษาแบบไม่ใช้ยา (มูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย พ.ศ.2564)

1 คำแนะนำเรื่องแคลเซียม

1.1 ผู้ใหญ่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ควรได้รับแคลเซียม 800 มก./วัน ส่วนผู้ใหญ่อายุมากกว่า 50 ปี และหญิงวัยหมดประจำเดือนควรได้รับแคลเซียม 1,000 มก./วัน โดยเน้นการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง โดยเฉพาะนม และผลิตภัณฑ์จากนมไขมันต่ำ

1.2 ควรให้พิจารณาให้แคลเซียมเสริมในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ที่ได้รับแคลเซียมจากอาหารไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับยาโรคกระดูกพรุน

1.3 ไม่แนะนำให้รับประทานแคลเซียมมากกว่า 1,500 มก./วัน ซึ่งรวมทั้งแคลเซียมจากอาหารและ แคลเซียมเสริม

1.4 ผู้ป่วยที่มีประวัติหัวใจในไตควรได้รับการประเมินสาเหตุของการเกิดนี้่ว และภาวะ hypercalciuria ก่อนให้แคลเซียมเสริม

2 คำแนะนำเรื่องวิตามินดี

- 1.1 แนะนำให้ผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนมีระดับ total 25-hydroxyvitamin D (25OHD) 30-50 นก./มล.
 - 1.2 แนะนำตรวจระดับ 25OHD ในโรคกระดูกพรุนที่มีความเสี่ยงต่อการขาดวิตามิน D
 - 1.3 ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจระดับ 25OHD ได้ แนะนำให้วิตามิน D เสริม ได้แก่ vitamin D₂ 20,000 ยูนิต/สัปดาห์ หรือวิตามิน D₃ 800-2,000 ยูนิต/วัน ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคกระดูกพรุน
- 3 คำแนะนำด้านโภชนาการ
- 3.1 แนะนำรับประทานอาหารสุขภาพรูปแบบใดก็ได้ ที่มีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ที่สามารถปฏิบัติได้จริงในระยะยาว เพื่อรักษาน้ำหนัก และ/หรือ ดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
 - 3.2 แนะนำรับประทานโปรตีนให้เพียงพอ (1-1.2 กรัม/กก/วัน) ร่วมกับออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อประโยชน์ต่อกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยแหล่งอาหารโปรตีนควรมาจากสัตว์และจากพืชในสัดส่วนที่เท่ากัน
 - 3.3 ไม่แนะนำให้เสริมโพแทสเซียม แมกนีเซียม วิตามินเค ฟอสฟอรัส วิตามิน และแร่ธาตุอื่นๆ ในรูปแบบยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อป้องกันหรือรักษาโรคกระดูกพรุน
 - 3.4 แนะนำจำกัดการบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,300-2,400 มก./วัน ในกรณีที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย แนะนำบริโภคไม่เกิน 2,000 มก./วัน
- 4 คำแนะนำการปรับพฤติกรรมและการป้องกันการหกล้ม
- 4.1 แนะนำการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้เหมาะสมตามวัยโดยเน้นการออกกำลังกายแบบลงน้ำหนัก (weight bearing exercise) และแบบเพิ่มแรงต้าน (resistance exercise) โดยระวังไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ
 - 4.2 แนะนำให้หยุดสูบบุหรี่
 - 4.3 จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 1 ยูนิต/วัน ในผู้หญิง และ 2 ยูนิต/วัน ในผู้ชาย (1 ยูนิต หมายถึง แอลกอฮอล์ 8 กรัม)
 - 4.4 แนะนำให้ตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม และให้คำแนะนำรักษาเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มดังนี้
 - ชักประวัติการหกล้มในช่วงเวลา 1 ปี และอธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการหกล้ม
 - ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มให้ครบถ้วน (multifactorial fall risk assessment)
 - ให้คำแนะนำรักษาเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม(multicomponent intervention)

โรคของข้อสะโพกและพยาธิสภาพ

นอกจากโรคกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนแล้วโรคของข้อสะโพกที่พบบ่อยในคนไทย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเคลื่อนไหว ติดขัด หรือก่อให้เกิดความเจ็บปวดได้แก่

1.โรคกระดูกสะโพกตาย (osteonecrosis of femoral head)

สาเหตุการเกิดแบ่งเป็นจากอุบัติเหตุและไม่ใช่อุบัติเหตุ ในส่วนที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ แต่มีปัจจัยเสี่ยงคือ แอลกอฮอล์ กับ steroid จึงอาจพบคนไข้โรคนี้นในกลุ่มอายุน้อยประมาณ 30-40 ปี เชื่อว่าเกิดจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวกระดูกสะโพกอุดตัน ทำให้หัวกระดูกสะโพกค่อยๆขาดเลือด จนในที่สุดหัว

กระดูกสะโพกจะค่อยๆยุบตัว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ มีอาการเจ็บป่วยอย่างมาก สำหรับสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุที่พบได้บ่อยคือ กระดูกต้นขาส่วนคอหัก (femoral neck fracture) ทำให้หลุดเลือดที่ทอดผ่านบริเวณดังกล่าวฉีกขาดทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนหัวของกระดูกต้นขาไม่พอ เกิดการตายของเนื้อกระดูกในที่สุด พยาธิสภาพของโรคนี้จะพบความผิดปกติในเนื้อเยื่อกระดูก 2 ชนิด คือ ไชกระดูกและเนื้อกระดูก ความผิดปกติที่ไชกระดูกพบว่าเซลล์ในไชกระดูก(osteocyte)ตายไปเกิดเป็นช่อง(cavity)เมื่อเป็นมากขึ้นกระดูกใต้กระดูกอ่อนจะสูญเสียความแข็งแรง เกิดการแตกหัก(subchondral bone fracture)และทรุดตัวลงส่งผลให้หัวกระดูกต้นขาไม่กลมเข้ารูปกับเบ้าสะโพก จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคข้อสะโพกเสื่อมตามมา

2.โรคข้อสะโพกเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (primary hip osteoarthritis)

ส่วนมากพบในกลุ่มคนไข้ที่อายุเกิน 50 ปีขึ้นไป มักเกี่ยวข้องกับการใช้งานข้อสะโพกมาก น้ำหนักตัวมาก หรืออาจพบในคนที่ไม่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคนี้ ในบางรายอาจเกิดจากการที่มีหัวสะโพกไม่กลมรับกับเบ้าสะโพกทำให้การเคลื่อนไหวของข้อสะโพกผิดปกติ ติดขัด ผิวกระดูกอ่อนข้อสะโพกสึกกร่อนไม่เรียบ มีอาการเจ็บปวด การตรวจทางภาพถ่ายรังสีจะพบว่าช่องข้อสะโพกแคบลงไม่สม่ำเสมอจากการสูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อกระดูกใต้กระดูกอ่อนหนาตัวเห็นเป็นรอยขาวในภาพถ่ายรังสี (subchondral bone sclerosis)พบกระดูกงอกหรือถุงน้ำที่หัว หรือเข้ากระดูกสะโพกได้

3.โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)

เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งก่อให้เกิดการอักเสบแบบไม่ติดเชื้อ เกิดได้กับข้อต่างๆทั่วทั้งร่างกายรวมทั้งข้อสะโพก ผู้ป่วยจะมีอาการอักเสบเป็นๆหายๆนานไปจะทำให้ผิวข้อมีการสึกกร่อนและถูกทำลาย พยาธิสภาพเริ่มจากการอักเสบของเยื่อข้อ (synovial membrane)โดยมีอาการอักเสบเกิดขึ้นที่หลอดเลือดเล็กๆก่อน ต่อมาเซลล์เยื่อข้อเกิดการอักเสบและถูกกระตุ้นให้เพิ่มจำนวนมากขึ้นเกิดเป็น pannus การอักเสบนี้เกิดจากปฏิกิริยา antigen-antibody reaction ทำให้มีการดึงดูด inflammatory cells ให้เข้าไปในข้อมากขึ้น ซึ่งเซลล์เหล่านี้จะถูกกระตุ้นให้หลั่ง cytokinesและเอนไซม์ต่างๆทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณนั้นและเกิดปฏิกิริยากระตุ้นให้เยื่อข้อมีการอักเสบเรื้อรัง ขบวนการอักเสบนี้อาจจะหยุดเองที่จุดใดจุดหนึ่งก็ได้แล้วแต่ว่าโรคจะสงบลงที่ระยะใด หรือหยุดลงจากการรักษา นอกจากนี้เนื่องจากการรักษาโรคของรูมาตอยด์มักจะใช้ยา steroid ในการรักษา ซึ่งทำให้คนไข้กลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวกระดูกสะโพกตายซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคข้อสะโพกเสื่อมได้

4.โรคข้อสะโพกเสื่อมจากการเจริญเติบโตผิดปกติ (development dysplasia of the hip)

เกิดจากการเจริญเติบโตของข้อสะโพกที่ผิดปกติตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้เบ้าสะโพกผิดปกติมีความชันมากขึ้น และกระดูกคอสะโพกมีรูปร่างผิดปกติ ดังนั้นเมื่อมีการใช้งาน ข้อสะโพกจะมีการรับน้ำหนักในแนวผิดปกติ จึงทำให้ข้อสะโพกเสื่อมในที่สุด ถ้าความผิดปกตินี้เป็นมาก ผู้ป่วยจะมีอาการตั้งแต่อายุน้อย แต่ถ้าผิดปกติไม่มากก็อาจไม่มีอาการหรือมีอาการตอนที่ย่างมากขึ้น

5.ภาวะกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (femoral neck fracture)

พบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่จะพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุเมื่อเกิดการล้ม ภาวะนี้มักพบสัมพันธ์กับผู้ที่มีโรคกระดูกพรุนร่วมด้วย การรักษาภาวะกระดูกคอสะโพกหักในผู้สูงอายุนี้ถ้ามีการหักเคลื่อนมักจะต้องได้รับการผ่าตัด

เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยอาจจะเปลี่ยนทั้งหัวกระดูกต้นขาและเบ้าสะโพก(total hip arthroplasty)หรือเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขาโดยไม่ได้เปลี่ยนเบ้าสะโพก(hemiarthroplasty)ก็ได้ เนื่องจากภาวะนี้เบ้าสะโพกมักจะยังปกติอยู่

อาการและอาการแสดง

อาการปวดจากข้อสะโพกจะมีอาการปวดขณะเดินลงน้ำหนักหรือปวดเวลาขยับข้อสะโพก บริเวณที่ปวดมักเป็นบริเวณขาหนีบ ต้นขาด้านหน้าและด้านใน อาการปวดควรอยู่ในระดับของต้นขาจนถึงลูกสะบ้าไม่ต่ำกว่าข้อเข่า หากผู้ป่วยปวดต่ำกว่าข้อเข่าต้องพิจารณาว่าการปวดนั้นสาเหตุน่าจะมาจากกระดูกสันหลัง หรือข้อเข่ามากกว่าข้อสะโพกถ้าอาการปวดนั้นมาจากข้อสะโพก เมื่อตรวจโดยการขยับข้อสะโพก โดยเฉพาะทำบิดเข้าด้านใน(internal rotation)ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากขึ้น การตรวจพิสัยการขยับของข้อสะโพกลดลง ส่วนในรายที่เป็นมากมีการยุบตัวหรือเคลื่อนออกของหัวกระดูกสะโพกจะตรวจพบขาสั้นลงด้วย

การรักษา

การรักษาโรคต่างๆ เกี่ยวกับข้อสะโพกมักจะต้องรักษาแต่เนิ่นๆการรักษาเร็วจะช่วยให้ข้อของผู้ป่วยเสียไม่มาก ส่วนสำคัญของข้อที่จำเป็นต้องดูแลให้ดีคือ กระดูกอ่อนผิวข้อซึ่งทำให้ข้อสะโพกสามารถเคลื่อนที่ได้ ไม่ติดขัดรับน้ำหนักและใช้งานได้อย่างยาวนาน โรคต่างๆของข้อสะโพก มักจะมีการทำลายผิวข้อทั้งด้านหัวสะโพก(femoral head)และด้านเบ้าสะโพก(acetabulum)โดยถ้ามีความรุนแรงมากร่างกายจะไม่สามารถสร้างกระดูกอ่อนผิวข้อที่มีคุณสมบัติเหมือนเดิมขึ้นมาทดแทนได้ ทำให้ในระยะยาวข้อสะโพกจะเกิดความเสื่อมอย่างถาวร การรักษาข้อสะโพกจะเริ่มจากการใช้วิธีอนุรักษ์นิยม ได้แก่ การใช้ยาลดอาการปวด ยาลดการอักเสบ ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดเพื่อรักษาพิสัยการขยับของข้อสะโพก ฟันฟูกำลังของกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพกเพื่อช่วยชะลอโรคได้ในกรณีที่การรักษาวิธีอนุรักษ์นิยมไม่ได้ผล จำเป็นต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดซึ่งมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับอายุ ใช้งานข้อสะโพก และความรุนแรงของข้อสะโพกเช่น ในกรณีที่ข้อสะโพกเสื่อมบางส่วนจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติในคนไข้อายุน้อยอาจใช้การผ่าตัดจัดแนวกระดูกรอบข้อสะโพก(corrective osteotomy)หรือในกรณีที่ข้อสะโพกเสื่อมมาก คนไข้อายุน้อยและต้องการใช้ข้อสะโพกมาก การผ่าตัดเพื่อเชื่อมข้อ(arthrodesis)จะช่วยลดอาการปวดเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานให้กับข้อสะโพก แต่จะต้องเสียพิสัยการเคลื่อนไหวข้อสะโพกไป การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดที่ให้ผลการรักษาที่ดีสามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยพร้อมๆกับการคงคุณสมบัติการใช้งานของข้อเอาไว้ด้วย หลังผ่าตัดจะสามารถลดอาการปวดจากข้อเสื่อมได้ มีความมั่นคงของข้อเพื่อการเดินลงน้ำหนัก มีพิสัยเพื่อทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน จึงเป็นการผ่าตัดที่ได้รับความนิยมอย่างมากในปัจจุบัน

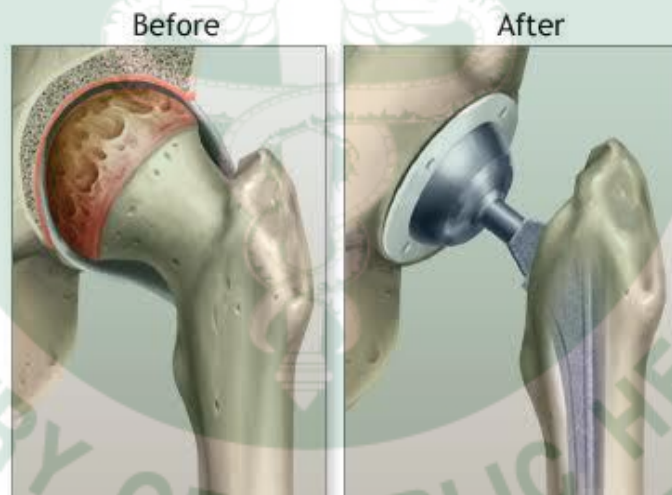
จุดประสงค์ของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ในประเทศไทยมีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมไปแล้วมากมาย เป็นระยะเวลามากกว่า 30 ปี โดยสาเหตุส่วนใหญ่เป็นจากภาวะกระดูกคอสะโพกหัก และหัวกระดูกสะโพกตายจากการขาดเลือด ซึ่งจะแตกต่างกับผู้ป่วยที่เป็นชนผิวขาวในต่างประเทศที่พบว่าการผ่าตัดส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคข้อสะโพกเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ซึ่งอาการจากข้อสะโพกเสื่อมประกอบด้วยอาการปวด เดินลำบาก สร้างความทุพพลภาพ ไม่สามารถใช้งานในชีวิตประจำวันได้ ส่วนในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจะมุ่งหวังเพื่อลดความ

เจ็บปวด และให้ผู้ป่วยสามารถขยับตัวลุกนั่ง ยืนเดิน ได้เร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดจากการนอนอยู่บนเตียงนานๆ

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อสะโพกเทียม คือวัสดุที่ทำขึ้นเพื่อทดแทนข้อสะโพก ทำจากวัสดุที่ทนทาน แข็งแรงสามารถรับน้ำหนักตัวและทนต่อการสึกหรอได้ดี โดยที่ไม่มีปฏิกิริยากับร่างกาย ข้อสะโพกเทียมได้ถูกคิดค้นขึ้นมาครั้งแรกเมื่อประมาณปี ค.ศ.1950 และได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านวัสดุที่ทำการออกแบบเพื่อลดการสึกหรอ การหลุดหลวม หรือการแตกหักของข้อเทียม ปัจจุบันมักนิยมผลิตโดยใช้โลหะผสม เช่น titanium alloy cobalt alloy เป็นต้น ข้อสะโพกเทียมประกอบด้วยส่วนของ femoral prosthesis กับ acetabular prosthesis ดังรูป



รูปภาพที่5:แสดงลักษณะของข้อสะโพกเทียม

ที่มา: <https://www.warakornclinic.com/> สืบค้น วันที่ 1 ธันวาคม 2566 เวลา 18.00

ข้อบ่งชี้และข้อห้ามของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

1. ผู้ป่วยโรคข้อสะโพกเสื่อมไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตามที่มีอาการปวดมาก รบกวนการทำงานในชีวิตประจำวัน และอาการไม่ดีขึ้นหลังจากการได้รับการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยมวิธีอื่นๆมาก่อน

2. ผู้สูงอายุที่มีการหักเคลื่อนของคอกระดูกสะโพก

ระดับความรุนแรงของอาการต่างๆดังที่ได้กล่าวมา จะถูกนำมาพิจารณาว่าผู้ป่วยคนใดจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การพิจารณาจะดูจากอาการปวด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง หากรักษาด้วยวิธีการอนุรักษ์นิยม เช่น ปรับลดกิจกรรมต่างๆ ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดเป็นเวลานานพอสมควร ใช้น้ำช่วยลดอาการอย่างเต็มที่ ยังไม่สามารถควบคุมอาการปวดให้เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยใช้งานในชีวิตประจำวันได้ลำบาก ประกอบกับรอยโรคที่ตรวจพบมีความรุนแรงมากพอที่จะอธิบายอาการของผู้ป่วยได้ ศัลยแพทย์จะให้การพิจารณาให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม อย่างไร

ก็ตามในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปี มักจะมีกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันที่ใช้งานข้อสะโพกอย่างหนัก ดังนั้นการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจึงต้องระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากการใช้งานข้อสะโพกอย่างหนักจะทำให้อายุการใช้งานของข้อสะโพกเทียมสั้นลงเมื่อเทียบกับการผ่าตัดในผู้สูงอายุที่มีการใช้งานข้อสะโพกเทียมไม่มาก ดังนั้นกล่าวโดยสรุปคือ

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

1. ผู้ป่วยโรคข้อสะโพกเสื่อมไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตามที่มีอาการปวดมาก รบกวนการทำงานในชีวิตประจำวัน และอาการไม่ดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยมวิธีอื่น ๆ มาก่อน
2. ผู้สูงอายุที่มีการหักเคลื่อนของคอกระดูกสะโพก

ข้อห้ามในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

1. สุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี มีโรคประจำตัวหลายอย่าง และประเมินแล้วว่าผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดได้
2. ร่างกายอยู่ในภาวะติดเชื้อ
3. ผู้ป่วยมีโรคที่ทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อสะโพกอ่อนแรง ไม่สามารถพยุงข้อสะโพกได้ ถ้าทำการผ่าตัดไปจะเสี่ยงต่อภาวะข้อสะโพกเทียมหลุด

ชนิดของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

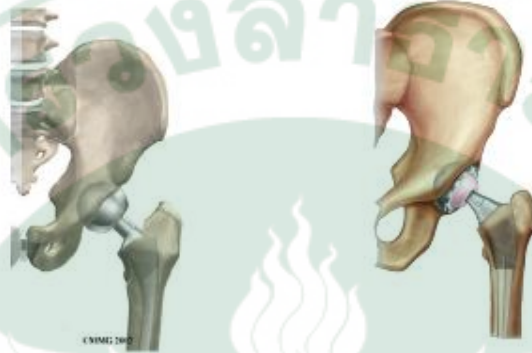
สามารถแบ่งชนิดของการผ่าตัดกว้างๆตามส่วนของข้อสะโพกที่ทำการเปลี่ยนคือ

1. การผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขาโดยไม่ได้เปลี่ยนเบ้าหรือที่เรียกว่า hemiarthroplasty การผ่าตัดชนิดนี้จะเลือกใช้กับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวกระดูกต้นขาอย่างเดียวโดยที่ยังมีเบ้าสะโพกที่ดี โดยส่วนใหญ่มักใช้ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีภาวะกระดูกคอสะโพกหัก ข้อเทียมชนิดนี้จะมีส่วนของหัวโลหะ (femoral head prosthesis) ที่มีขนาดใหญ่เท่ากับหัวกระดูกต้นขาเดิมของผู้ป่วย ซึ่งจะเคลื่อนไหวยู่ภายในเบ้าและมีส่วนแกนโลหะที่ชี้ยึดกับโพรงกระดูกต้นขาส่วนต้น (femoral stem) ข้อสะโพกเทียมชนิด hemiarthroplasty นี้ สามารถแบ่งย่อยออกเป็น 2 ชนิดตามจำนวนขั้วสัมผัสที่เคลื่อนไหวได้ของบริเวณหัวข้อสะโพกเทียมคือ ขั้วสัมผัสชั้นเดียว (unipolar hemiarthroplasty) และขั้วสัมผัส 2 ชั้น (bipolar hemiarthroplasty)

ข้อดีของการผ่าตัดชนิดนี้คือเสียเวลาในการทำผ่าตัดน้อย เสียเลือดน้อย เนื่องจากการเปลี่ยนเฉพาะส่วนของหัวกระดูกต้นขา มีความมั่นคงของข้อสูงเนื่องจากส่วนหัวของข้อเทียมมีขนาดใหญ่ ทำให้ลดโอกาสการเกิดข้อสะโพกเทียมหลุด ข้อเสียคือใช้ได้จำกัดเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่มีความเสียหายของเบ้าสะโพก เมื่อมีการใช้งานข้อสะโพกเทียมชนิดนี้ไประยะเวลาหนึ่งเบ้าสะโพกจะถูกเสียดสีจากหัวของข้อเทียม ทำให้มีการสึกตามมาในอนาคตได้ ดังนั้นการเลือกใช้ข้อเทียมชนิดนี้จึงมักเลือกใช้กับผู้ป่วยที่มีอายุมาก การใช้งานของข้อสะโพกไม่รุนแรง เพื่อลดความเสี่ยงที่มีเบ้าสะโพกเสื่อมตามมาภายหลัง

2. การผ่าตัดที่เปลี่ยนทั้งส่วนหัวกระดูกต้นขาและเบ้าสะโพกหรือที่เรียกว่า total hip arthroplasty การผ่าตัดชนิดนี้ต่างจาก hemiarthroplasty คือ จะมีส่วนของเบ้าสะโพกเทียม (acetabulum prosthesis) เพิ่มเติมเข้ามาเพื่อป้องกันการเสียดสีของหัวข้อเทียมกับเบ้า ข้อสะโพกเทียมชนิดนี้จึงประกอบไปด้วยส่วนหัว (femoral head prosthesis) และก้านของข้อเทียม (femoral stem) ซึ่งเหมือนกับ hemiarthroplasty และส่วนเบ้าของข้อเทียมซึ่ง

จะมีส่วนที่เป็นโลหะ ไปยึดติดกับกระดูก(acetabulum cup)และส่วนที่ทำหน้าที่เป็นผิวสัมผัสระหว่างหัวและเบ้าเทียม(acetabular liner)



การผ่าตัดเปลี่ยนหัวกระดูกสะโพก อย่างเดียว (Hemiarthroplasty) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมด (Total Hip Arthroplasty)

รูปภาพที่6: แสดงส่วนประกอบของข้อสะโพกเทียมชนิด total hip arthroplasty

ที่มา: <https://www.warakornclinic.com/> สืบค้นวันที่ 1 ธันวาคม 2566 เวลา 18.00น

ข้อดีของการใช้ข้อเทียมชนิด total hip arthroplasty สามารถแก้ไขพยาธิสภาพของข้อได้ทั้งส่วนหัวและเบ้าสะโพกแก้ปัญหาภาวะเบ้าสะโพก มักใช้ในผู้ป่วยที่ยังมีกิจกรรมที่ใช้งานข้อสะโพกมากอยู่ สามารถเปลี่ยนผิวสัมผัส(bearing surface) ระหว่าง femoral head prosthesis และ acetabular liner ได้หลายรูปแบบ โดยมาตรฐานจะใช้เป็นหัวโลหะกับเบ้าพลาสติกโพลิเอทิลีน(metal on polyethylene) แต่อาจเปลี่ยนมาใช้เซรามิก(ceramic)แทนซึ่งพบว่ามีความแข็งแรงและมีอัตราการสึกหรอต่ำ ส่วนข้อเสียของการใช้ข้อเทียมชนิด total hip arthroplasty คือการผ่าตัดจะใช้เวลานานมากกว่า และเสียเลือดมากกว่าเมื่อเทียบกับ hemiarthroplasty ขนาดของ femoral head prosthesis จะเล็กกว่าข้อเทียมชนิด hemiarthroplasty เนื่องจากต้องเสียพื้นที่เพื่อใส่ acetabular cup และ liner ดังนั้นทำให้มีโอกาสเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดได้มากกว่า hemiarthroplasty นอกจากนี้ทั้ง hemiarthroplasty และ total hip arthroplasty ยังสามารถแบ่งตามวิธีการยึดข้อสะโพกเทียมกับกระดูก โดยแบ่งออกเป็น

1. แบบที่ใช้ซีเมนต์ยึดกระดูก (cemented hip arthroplasty)

ซีเมนต์กระดูก (bone cement) คือสารประกอบโพลีเมอร์ที่เรียกว่า polymethyl-methacrylate(PMMA) จะทำหน้าที่ยึดข้อเทียมกับกระดูก ทำให้ข้อเทียมนั้นมีความแข็งแรงทันทีตั้งแต่ทำผ่าตัดเสร็จ โดยซีเมนต์กระดูกจะประกอบด้วยส่วนที่เป็นผงและส่วนที่เป็นของเหลว เมื่อจะใช้ จะนำมาผสมกัน ของเหลวที่ได้จะเปลี่ยนไป มีความเหนียวมากขึ้นสามารถฉีดหรือปั่นเพื่อให้ข้อเทียมยึดกับกระดูก ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของซีเมนต์กระดูกนี้จะเกิดปฏิกิริยาทางเคมีคายความร้อนออกมาจนกระทั่งซีเมนต์กระดูกแข็งตัวในที่สุด เวลาที่ใช้ในการแข็งตัวตั้งแต่เริ่มผสมประมาณ 10-15 นาทีการผ่าตัดโดยใช้ข้อเทียมแบบใช้ซีเมนต์กระดูกนี้มักใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้มีปัญหาเกี่ยวกับความแข็งแรงของกระดูก เช่น โรครูมาตอยด์ โรคกระดูกพรุน อย่างไรก็ตามต้องระวังการใช้ซีเมนต์กระดูกในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ซีเมนต์กระดูกอาจไปกระตุ้นการทำงานของหัวใจมากขึ้นได้

2. แบบที่ไม่ใช้ซีเมนต์ยึดกระดูก (cementless hip arthroplasty)

ข้อเทียมชนิดนี้จะออกแบบให้ผิวมีลักษณะเป็นรูพรุน (porous surface) ทำให้เมื่อใส่ไปแล้วร่างกายจะสร้างกระดูกงอกเข้าไปในรูเพื่อยึดข้อเทียมกับกระดูก ข้อเทียมชนิดนี้ต้องรอระยะเวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์จึงจะแข็งแรงเต็มที่ ความแข็งแรงภายหลังการผ่าตัดใหม่ๆจึงขึ้นกับขนาดของข้อเทียมที่ต้องใหญ่พอ ใส่ได้แน่น และความผิดของผิวข้อเทียม การใช้ข้อเทียมแบบนี้จึงลดความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดจากซีเมนต์กระดูก อย่างไรก็ตามข้อเทียมชนิดนี้ต้องอาศัยกระดูกที่แข็งแรงและมีคุณภาพ ในผู้ป่วยที่กระดูกบางอาจพบกระดูกแตกในขณะที่ตอกใส่ข้อเทียมได้จะเห็นได้ว่าการจะเลือกใช้ข้อสะโพกเทียมชนิดใด แบบใดนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่ต้องนำมาพิจารณา เช่น อายุ คุณภาพของกระดูก โรคของข้อสะโพก โรคประจำตัว ลักษณะการใช้งานข้อสะโพก ลักษณะโครงสร้างของข้อเดิม รวมทั้งความชำนาญของศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด ส่วนอายุการใช้งานของข้อสะโพกเทียมก็จะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ขึ้นอยู่กับการใช้งาน ระดับของกิจกรรมที่ทำ ปริมาณของน้ำหนักที่ลง รวมทั้งข้อเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องมั่นคงหรือไม่แม้ว่าความแข็งแรงทนทานของข้อเทียมไม่เท่าข้อจริงแต่ผู้ป่วยก็จะสามารถใช้ข้อสะโพกเทียมได้นานกว่า 10 ปี หากดูแลตนเองและไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ (กิริติ เจริญชลาพานิช, 2551, น.197-205)

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ศัลยแพทย์จะทำการเปิดแผลผ่าตัดเพื่อหาข้อสะโพกเทคนิคการผ่าตัดนี้มีหลายวิธี ได้แก่ anterior, anterolateral, direct lateral และ posterolateral approach การจะใช้เทคนิคใดขึ้นกับความถนัดของศัลยแพทย์แต่ละท่าน ในแผนกศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลเลิดสิน นิยมใช้เทคนิคเปิดแผลผ่าตัดแบบ posterolateral approach โดยจะเริ่มจัดท่าให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตะแคงเอาสะโพกข้างที่จะทำผ่าตัดขึ้น เมื่อเปิดแผลผ่านชั้นผิวหนัง ชั้นไขมันใต้ผิวหนัง และชั้นกล้ามเนื้อสะโพก จะพบข้อสะโพก ทำการตัดเยื่อหุ้มข้อสะโพก แล้วหมุนข้อสะโพกในท่าบิดเข้าใน (internal rotation) ร่วมกับการงอ (flexion) และการหุบเข้าใน (adduction) เพื่อให้หัวกระดูกสะโพกหลุดออกมาจากเบ้า จากนั้นทำการตัดส่วนคอของกระดูกต้นขา (femoral neck) เพื่อเอาหัวกระดูกที่มีพยาธิสภาพออกและช่วยให้เห็นส่วนของเบ้าสะโพกมากขึ้น

การเตรียมเบ้าสะโพก จะเริ่มจากการตัด labrum และกระดูกงอก (osteophyte) โดยรอบออก จากนั้นจะใช้เครื่องมือเพื่อคว้านเบ้าสะโพกให้กลมรองรับการใส่เบ้าสะโพกเทียม เลือกขนาดเบ้าสะโพกเทียมให้เหมาะสมกับกระดูกของผู้ป่วย ทำการใส่ข้อเทียมตามชนิดที่ได้วางแผนไว้ ถ้าเป็นแบบที่ไม่ใช้ซีเมนต์ยึดกระดูกจะต้องใส่เบ้าสะโพกเทียมลงไปให้แน่น อาจใส่สกรู ยึดเบ้าสะโพกเทียมกับกระดูก iliac เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ส่วนแบบที่ใช้ซีเมนต์ยึดกระดูกจะต้องเจาะรูบริเวณกระดูกเบ้าสะโพกเพื่อช่วยให้ซีเมนต์ยึดเกาะได้ดี ภายหลังทำความสะอาดกระดูกแล้วให้ทำการใส่เบ้าสะโพกเทียมให้อยู่ในตำแหน่งที่ต้องการ ในรายที่ทำ hemiarthroplasty ไม่ต้องทำผ่าตัดในขั้นตอนนี้

การเตรียมกระดูกต้นขา แพทย์จะใช้อุปกรณ์การเจาะเพื่อทำให้โพรงกระดูกเป็นช่องตามลักษณะของข้อเทียม และขยายขนาดมากขึ้นจนแน่นกับโพรงกระดูก ทดลองใส่ข้อเทียมชนิดทดสอบลงไป ทำการใส่ส่วนที่เป็น bearing surface แล้วทดสอบการทำงานของข้อเทียมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ความมั่นคงของข้อและความยาวของขา เมื่อผลทดสอบเป็นที่พอใจจะนำส่วนของข้อเทียมที่ใช้ทดสอบออก ต่อจากนั้นจึงใส่ข้อสะโพกเทียมของกระดูกต้นขาและส่วนหัวจริงแล้วดึงข้อสะโพกให้เข้าที่ ทำการตรวจการเคลื่อนไหว ความมั่นคง และความยาวอีกครั้งก่อนปิดแผลผ่าตัด และใส่ท่อระบายเลือดเพื่อป้องกันการเกิดเลือดคั่งค้าง

วิธีการเปิดแผลผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม

การเปิดแผลผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมนั้น ยึดถือตามแนวระดับทางกายวิภาคศาสตร์ของข้อสะโพก(anatomical planes)ดังนี้

1.การเปิดแผลเข้าทางด้าน anterior ทำผ่าตัดในท่านอนหงายแนวผ่าตัดเข้าระหว่างกล้ามเนื้อ วิธีนี้จะมี การบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อน้อย สามารถเห็นข้อสะโพกได้ดี แต่จะมีความยุ่งยากเล็กน้อยขณะทำการใส่ femoral stem นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาท femoral และ lateral femoral cutaneous

2.การเปิดแผลเข้าทางด้าน anterolateral สามารถเปิดให้เห็นหัวและคอกระดูกสะโพกได้ดีทำได้โดยให้ ผู้ป่วยนอนหงาย ตะแคงเอาด้านที่จะทำผ่าตัดสูงขึ้นเล็กน้อยโดยใช้หมอนทรายหรือผ้าหนุน ลงมีดผ่าตัดได้ anterosuperior iliac spine ลงมา 1-2 นิ้ว แล้วโค้งลงมาที่ greater trochanter โค้งไปที่ด้านข้างของโคนขายาว ประมาณ 3-4 นิ้ว ข้อดีจะคล้ายการเปิดแผลทาง anterior แต่จะเห็นข้อสะโพกได้ชัดเจนน้อยกว่า และมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาท superior gluteal

3.การเปิดแผลเข้าทาง lateral ให้นอนตะแคงเอาสะโพกข้างที่จะทำผ่าตัดขึ้น เปิดแผลที่จะทำผ่าตัด ด้านข้างของสะโพก แผลผ่าตัดเป็นแนวตรง ยาวตั้งแต่จุดที่ต่ำกว่า iliac crest ลงมา 1-2 นิ้ว ผ่านไปบน greater trochanter ลงไปข้างล่างตามแนวลำกระดูกต้นขาอีกประมาณ 4-5 นิ้ว วิธีนี้ สามารถเปิดให้เห็นข้อสะโพกและ ส่วนคอของกระดูกต้นขาได้ดี แต่จำเป็นต้องตัด hip abductor muscle ออกจากจุดเกาะบางส่วน ทำให้มีการอ่อนแรงหลังผ่าตัด นอกจากนี้อาจมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาท superior gluteal

4.การเปิดแผลเข้าทาง posterolateral เป็นวิธีที่ทำการผ่าตัดเข้าสู่ข้อสะโพกได้ง่ายไม่มีการบาดเจ็บต่อ hip abductor muscle วิธีการทำคือให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหรือคว่ำเล็กน้อย เปิดแผลผ่าตัดที่ด้านหลังของสะโพก จาก posterior superior iliac spine ตรงมายัง greater trochanter แล้วลงไปตามลำด้านข้างของลำกระดูกต้น ขายาวประมาณ 4-5 นิ้ว วิธีนี้สามารถเห็นส่วนต้นของกระดูกต้นขาได้ดีแต่มีความยุ่งยากเล็กน้อยขณะเตรียมเข้า สะโพก ข้อควรระวังสำหรับวิธีนี้คือ มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาท sciatic และมีโอกาสเกิดข้อเทียม หลุดมาทางด้านหลังได้ง่าย หากวางตำแหน่งของข้อเทียมไม่ดี(วรรณิ สัตยวิวัฒน์,2551,น.421-422)

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

1.การติดเชื้อ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกระยะ ตั้งแต่หลังผ่าตัดทันที หรือหลังจากนั้นต่อมา อีกเป็นเดือนหรือปี ซึ่งอาจเกิดจากแผลผ่าตัดที่มีขนาดกว้าง การใส่วัสดุแปลกปลอมเข้าไปในร่างกาย หรือปัจจัย สาเหตุอื่น เช่น การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด การระบายเลือดออกจากแผลไม่ดีทำให้เกิดก้อนเลือดคั่งค้างข้างใน แผลทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ เมื่อเกิดการติดเชื้อแล้วต้องผ่าตัดเอาข้อสะโพกเทียมออก และรักษาภาวะติดเชื้อโดย การให้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ทำลายเชื้อทั้งแกรมบวก แกรมลบ และให้พักขาข้างนั้นไว้โดยการใส่ traction ไว้ ประมาณ 4-6 สัปดาห์

2.การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (venous thrombosis embolism) สาเหตุเกิดจากการ บวมที่ทำให้เกิดแรงกดต่อหลอดเลือด ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดช้าลง และมีการคั่งของเลือดเกิดขึ้นโดยอาจแสดง

อาการได้ทั้งหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis) และหลอดเลือดที่ปอดอุดตัน (pulmonary embolism) การป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันทำได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดินโดยเร็วหลังผ่าตัด และกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด นอกจากนี้อาจป้องกันโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด (heparin) ในขนาดต่ำทุกวันจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถเดินเองได้

3. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดสะโพกอาจเกิดจากการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการผ่าตัดไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะผู้หญิงที่มีท่อปัสสาวะสั้น ทำให้เกิดการติดเชื้อย้อนกลับเข้าทางท่อปัสสาวะได้ง่าย ประกอบกับการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่เคยชินกับการนอนถ่ายปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะเกิดการคั่งค้างของปัสสาวะ ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ร้อยละ 12-61 ของผู้ป่วยกระดูกคอสะโพกหัก (Poh Lingaraj, 2013; Carpintero et al., 2014)

4. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จากการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจของผู้สูงอายุ ที่พบว่าความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อช่วยหายใจลดลง ผังทรวงอกแข็งขึ้น ขยายตัวได้น้อยลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง ประกอบกับถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ทำให้การขยายตัวและการเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง จึงเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่าย

5. การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย โดยจะพบมากหลังผ่าตัด 3 เดือนแรกถึงร้อยละ 50-70 (อรพรรณ โตสิงห์, 2559) สาเหตุเกิดจากข้อเทียมที่ใส่ยังไม่มีความมั่นคงเนื้อเยื่อหุ้มข้อและกล้ามเนื้อรอบข้อไม่แข็งแรงพอ การปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง การขาดความระมัดระวังในการเคลื่อนย้าย และการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเมื่อข้อเทียมเคลื่อนหลุดจะเกิดอาการปวดมาก ต้องรีบทำการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยการดึงข้อเทียมที่หลุดให้เข้าที่และจัดให้ผู้ป่วยนอนเหยียดและกางข้อสะโพกประมาณ 20-30 องศา นานประมาณ 1-3 สัปดาห์ และดึงถ่วงน้ำหนักแบบ skin traction เพื่อให้เนื้อเยื่อรอบข้อเทียมแข็งแรง

6. การหลวมของข้อเทียม ส่วนมากเกิดกับข้อเทียมที่ใส่ซีเมนต์ มีสาเหตุจากการใส่ซีเมนต์เข้าไปในโพรงกระดูกที่เตรียมไว้ไม่ทั่วถึง เมื่อใส่ข้อเทียมลงไปทำให้ไม่ยึดติดแน่น ไม่มั่นคง หลวมง่าย หรือมีการโค้งงอของข้อเทียมมากเกินไปทำให้การรับน้ำหนักไม่ดี หรืออาจเกิดจากแรงเสียดสีระหว่างคอของหัวกระดูกต้นขาเทียมกับขอบของเบ้าเทียมที่เกิดซ้ำๆ นานๆ และทำให้ซีเมนต์หลวม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดมาก และจะปวดบริเวณขาหนีบถ้าเบ้าหลวม แต่ถ้าหลวมที่แกนหัวกระดูกเทียมจะปวดที่กลางๆ โคนขา หรือร้าวไปที่หัวเข่า จนไม่สามารถยืนหรือเดินได้ ซึ่งสามารถตรวจวินิจฉัยได้จากภาพถ่าย (X-ray) บริเวณข้อสะโพก โดยสามารถเกิดได้ 3 ระยะ คือ ระยะแรกจะเกิดภายใน 3 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระยะที่สองจะเกิดประมาณ 2 ปี หลังผ่าตัด และระยะที่สามเกิดเมื่อผ่านระยะที่ 2 ไปแล้ว

7. แผลกดทับ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวภายหลังผ่าตัด ต้องนอนท่าเดียวนานๆ ทำให้เกิดแรงกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอย ทำให้บริเวณที่กดทับขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น นอกจากนี้ยังมีแรงเสียดทาน (Friction) ซึ่งเป็นแรงที่เกิดจากการเคลื่อนที่ของพื้นผิวสองชนิดที่สัมผัสกันในทิศทางที่ตรงกันข้าม เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ความทนทานของเนื้อเยื่อต่อแรงกดลดลง ส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้

8. ท้องผูก สาเหตุจากการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด การได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) อีก ทั้งการดื่มน้ำในปริมาณน้อย และผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย จึงทำให้เกิดภาวะท้องผูก พบได้ประมาณร้อยละ 25 หลังผ่าตัด



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 3

ทฤษฎีการพยาบาลแนวคิดที่ประยุกต์ใช้ในการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมผู้เขียนได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาล สรุปเป็นหัวข้อได้ ดังนี้

1. แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)
2. กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern)
3. การเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเองของครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยโดยทฤษฎีการพยาบาล

ของโอเร็ม

1. แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน และถือว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างกาย จิต วิญญาณ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ บุคคลถือเป็นระบบเปิด และเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่น ครอบครัว ชุมชน หรือสังคม โดยที่เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ และความเชื่อ จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัยชักนำที่สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพได้ การมีสุขภาพดี และมีความสุขสูงสุด ต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งภายใน และภายนอกของตัวบุคคล การพยาบาลมุ่งช่วยบุคคลทั้งคน ที่ประกอบด้วยกาย จิต วิญญาณ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อความสุข และคุณภาพของชีวิตที่ดี จึงควรครอบคลุมสาระสำคัญเกี่ยวกับ

1. การพยาบาลทางด้านร่างกาย ทั้งทางด้านความเจ็บป่วย อาการ อาการแสดงของโรคความสะอาด สุขวิทยาส่วนบุคคล และการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของร่างกาย

2. การพยาบาลทางด้านจิตใจ เป็นการพยาบาลในแนวเดียวกับหลักจิตวิทยาในการยอมรับเคารพสิทธิส่วนบุคคล การเอื้ออาทรให้ความเอาใจใส่ มีเมตตากรุณาต่อผู้ป่วย มีความเห็นใจ และช่วยเหลือให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ

3. การพยาบาลทางด้านอารมณ์ โดยมุ่งความต้องการในด้านการพยาบาลที่มาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการยอมรับ หรือปฏิเสธความเจ็บป่วยในระยะแรกของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยที่พยาบาลจะต้องเข้าใจ ให้อภัย ด้วยการวิเคราะห์เหตุผลเชิงพฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์

4. การพยาบาลทางด้านสังคม ทั้งทางด้านตัวผู้ป่วยเอง ญาติ และครอบครัว ควรได้รับการดูแล เป็นองค์รวม เพื่อมุ่งในเรื่องจิตสังคม และการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นในหอผู้ป่วย หรือการอยู่ร่วมในสังคมด้วยการยอมรับจากคนรอบข้าง และในครอบครัว โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถทำหน้าที่ประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย คนรอบข้าง และครอบครัว เพื่อการยอมรับผู้ป่วย ยอมรับภาวะเจ็บป่วย และช่วยประคับประคองภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วยการได้รับความอบอุ่น มั่นคงทางจิตใจจากคนรอบข้าง และครอบครัว

ผลงานวิจัยการวิจัยเชิงพหุวิชาเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ

5. การพยาบาลทางด้านเศรษฐกิจ เป็นการดูแลให้การพยาบาลที่ครอบคลุมถึงภาระค่าใช้จ่าย รายได้ และความสิ้นเปลืองที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพอนามัย

6. การพยาบาลทางด้านสภาพแวดล้อม เป็นการพยาบาลให้ครอบคลุมทางด้านสถานที่การสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ในที่อยู่อาศัย หรือที่บ้าน ซึ่งการพยาบาลจะช่วยสนับสนุน การป้องกัน และการควบคุมการติดเชื้อทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน ช่วยให้การทุเลา บรรเทา หรือการหาย จากความเจ็บป่วยไปในทิศทางที่ถูกต้อง และรวดเร็วไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. แนวคิดของแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern)

แนวคิดของแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) เป็นกรอบแนวคิดกว้างๆ ที่มาร์จอรี่ กอร์ดอน (Major Gordon) ศาสตราจารย์ทางการพยาบาลที่วิทยาลัยพยาบาลบอสตัน (Boston college of nursing) ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ริเริ่มขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้เป็นแนวทางในการใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อป้องกันการใช้รูปแบบ หรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่หลากหลาย และทำให้เกิดผลเสีย ในทางปฏิบัติ โดยกอร์ดอนได้เน้นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินสภาพ และการจัดกลุ่มของข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลที่เหมือนกันในวิชาชีพพยาบาล และการกำหนดข้อวินิจฉัยที่ดีเป็นที่ยอมรับเหมือนกัน จะทำให้ พยาบาลสามารถที่จะพัฒนาการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มี 11 แบบแผน ได้แก่

- 1) แบบแผนการรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ
- 2) แบบแผนอาหาร และการเผาผลาญสารอาหาร
- 3) แบบแผนการขับถ่าย
- 4) แบบแผนกิจกรรม และการออกกำลังกาย
- 5) แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ
- 6) แบบแผนสติปัญญา และการรับรู้
- 7) แบบแผนการรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์
- 8) แบบแผนบทบาท และสัมพันธภาพ
- 9) แบบแผนเพศ และการเจริญพันธุ์
- 10) แบบแผนการปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด
- 11) แบบแผนคุณค่า และความเชื่อถือ

3. การเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยโดยทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม

จากการทบทวนทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ หลายทฤษฎี พบว่าทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มที่เน้นการดูแล ตนเองของผู้รับบริการเป็นทฤษฎีที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลครอบครัว และผู้ดูแล ผู้ป่วยทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มได้ถูกพัฒนามาตลอดตั้งแต่ ค.ศ.1956 เพื่อช่วยเหลือบุคคลให้ สามารถสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งการช่วยเหลือของพยาบาลนั้นเป็นการช่วยเหลือให้ สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งบทบาทของพยาบาลค่อนข้างชัดเจนในการส่งเสริม

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยได้

2. โอเร็มได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับบุคคลหรือมนุษย์ไว้หลายประการ มีประเด็นได้กล่าวถึงการที่บุคคลได้อยู่ร่วมกัน และมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีโครงสร้าง และระบบ จะแบ่งงานกันรับผิดชอบเพื่อจะดูแลสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งอาจพิจารณาครอบครัวว่าเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพทุกคน เป็นแหล่งให้การดูแลสมาชิกทั้งในยามปกติ และยามเจ็บป่วย ครอบครัวจึงเป็นแหล่งให้การดูแลสมาชิกภายใต้ความรับผิดชอบ (Dependent care agent) ได้

3. นโยบายสาธารณสุขของประเทศเน้นการเพิ่มความสามารถของประชาชนในการพึ่งตนเอง (Self care reliance) ซึ่งครอบครัวเป็นหน่วยงานสังคมที่ควรสนับสนุนให้สามารถดูแลตนเองได้ คือ สามารถดูแลตนเองและสมาชิกของตนเองให้มีสุขภาพดี และช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยได้

จากเหตุผลทั้ง 3 ประการดังกล่าว จึงได้นำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาศึกษาหาแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว

เนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในระยะพักฟื้น เป็นกระบวนการช่วยให้ผู้สูงอายุฟื้นคืนสู่สภาพใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยให้มีสมรรถภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้สามารถช่วยเหลือตนเองให้เทียบเท่าก่อนที่จะมีกระดูกต้นขาส่วนคอหัก และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยการเตรียมผู้สูงอายุกระดูกต้นขาส่วนคอหักระยะพักฟื้น ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว มีความพร้อมต่อการกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ควรเริ่มตั้งแต่ภายหลังการผ่าตัดวันแรก จนกระทั่งแพทย์จำหน่าย และติดตามต่อเนื่องเมื่อผู้สูงอายุกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งการให้การดูแลในลักษณะนี้จะทำให้ผู้ดูแลได้อย่างใกล้ชิด ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหาต่างๆในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นการพยาบาลระบบหนึ่งตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem,2001)เป็นการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ยังขาดความรู้ทักษะ และไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ เป็นการพยาบาลที่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอน ผ่านวิธีการช่วยเหลือของพยาบาล 4 วิธี คือ การสอนโดยให้ความรู้ช่วยให้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลตนเอง การชี้แนะโดยให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจเลือกกระทำการสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจโดยให้ความช่วยเหลือ รับฟัง เป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจและสร้างสิ่งแวดล้อมโดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการพยาบาลระบบนี้เหมาะกับผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมระยะพักฟื้น โดยใช้กระบวนการ ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินและการวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยการให้บุคคลในครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินและวินิจฉัยความต้องการการเรียนรู้ของตนเอง

2. การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมตามความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิมของญาติและผู้ดูแล โดยให้ญาติและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการเรียนรู้ และให้ญาติและผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยใช้แผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Clinical pathway) ร่วมกับคู่มือการดูแลตนเองและแผนพับสำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

3. การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้โดยให้ครอบครัวและผู้ดูแลได้ปฏิบัติกิจกรรมและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ซึ่งผู้เขียนจะชี้แนะให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องและให้คำชมเชย เมื่อมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง

4. ร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมา โดยให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินตนเองถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้นตลอดจนปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างที่มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยให้ครอบครัวญาติและผู้ดูแลมีส่วนร่วม

การปฏิบัติของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านนั้น ครอบครัวและผู้ดูแลควรได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งหากปฏิบัติได้ถูกต้องก็จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจะช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคโดยใช้แผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Clinical pathway) ดังนี้

1.การดูแลผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จากการปฏิบัติงานทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมพบว่าครอบครัวและผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเนื่องจากไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพราะกลัวก่อให้เกิดความเจ็บปวดกับผู้ป่วย กลัวเกิดภาวะข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ดังนั้นพยาบาลต้องเน้นและให้ความรู้กับครอบครัวและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ในการดูแลผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหลังผ่าตัดตั้งแต่วันแรกจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

1.การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังผ่าตัดวันที่ 1

1.1 แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถโดยใช้บาร์โหนดตัว หรือเหนี่ยวราวกันเตียง โดยมีครอบครัวและผู้ดูแลในการพลิกตะแคงตัวและต้องมีหมอนกั้นระหว่างขาตลอดเวลา

1.2 แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อและข้อ เหมือนก่อนการผ่าตัดโดยมีครอบครัวและผู้ดูแลเป็นผู้ร่วมกระตุ้นในการออกกำลังกายเนื่องจากผู้ป่วยในระยะนี้จะมีอาการเจ็บปวดและจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ครอบครัวและผู้ดูแลจะเป็นส่วนร่วมที่สำคัญในการให้กำลังใจ

1.3 การรับประทานอาหารหรืออาหารเฉพาะโรค ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถกระตุ้นส่งเสริมในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยได้ เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ครอบครัวควรมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล อาหารที่เสริมแคลเซียมและความแข็งแรงของร่างกายเพื่อให้สภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น

1.4 ให้ความรู้กับญาติในการระมัดระวังในการช่วยเหลือผู้ป่วยปรับเปลี่ยนอิริยาบถอย่างเคร่งครัด ไม่ใช่เพียงสูงเกิน 30 องศาในวันแรกหลังผ่าตัด

2. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังผ่าตัดวันที่ 2-3

2.1 ให้ความรู้ครอบครัวและผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงและงอสะโพกได้ไม่เกิน

90 องศา

2.2 ให้ความรู้ครอบครัวและผู้ดูแลในการกระตุ้นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

3. หลังผ่าตัดวันที่4 จนกระทั่งวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน

แนะนำครอบครัวและผู้ดูแลปฏิบัติเช่นเดียวกับหลังผ่าตัดวันที่ 2-3 สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยลุกนั่ง ห้อยขาข้างเตียง เคลื่อนย้ายจากเตียงมายังเก้าอี้ข้างเตียงได้ เมื่อสภาพร่างกายผู้ป่วยมีความพร้อมผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือให้ยืนข้างเตียง ลงน้ำหนักตามแผนการรักษา และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายด้วย เครื่องพยุงเดิน 4 ขา (walker)

4. การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

4.1 ห้ามงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา เพราะทำนี้อาจทำให้ข้อสะโพกเทียมที่ใส่ไว้หลุด

4.2 ห้ามไขว้ขาในขณะที่ยังอยู่ในท่านอน นั่ง หรือยืนโดยเฉพาะเอาขาข้างผ่าตัดไขว้ขาข้างดี

4.3 ห้ามนั่งเก้าอี้เตี้ยหรือนั่งยอง ๆ ควรเลือกเก้าอี้ที่สูงพอดีจะไม่ทำให้ข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา ควรปรับเก้าอี้ให้สูงพอดี โดยใช้หมอนรองนั่งให้สูงขึ้นครอบครัวและผู้ดูแลควรรหาเก้าอี้ที่แข็งและมีพนักพิงตรง นั่งแล้วทำวางพืดกับพื้น นั่งแล้วข้อเข่าไม่สูงกว่าข้อสะโพก เวลานั่งให้ผู้ป่วยแยกขาออก ไม่ให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ที่เป็นโซฟา

4.4 ห้ามนั่งเก้าอี้ไม่มีที่วางแขนเพราะที่วางแขนจะช่วยเหลือได้ในขณะที่ผู้ป่วยลุกขึ้นยืน หรือเปลี่ยนอิริยาบถ

4.5 ห้ามลุกขึ้นยืนจนกว่าจะได้เตรียมท่าที่พร้อมในการลุกขึ้นเรียบร้อยแล้ว คือ เลื่อนตัวมาริมเก้าอี้ที่นั่งแล้วเหยียดขาข้างที่ทำผ่าตัดออกไปให้อยู่หน้าขาข้างดี และงอขาข้างดีเล็กน้อยแล้วจึงดันตัวขึ้นยืนพยายามให้ขาข้างทำผ่าตัดอยู่หน้าของขาข้างดีเสมอ

4.6 ห้ามหมุนข้อสะโพก ทั้งเข้าและออก พยายามให้อยู่ในท่าตรงปกติ ขณะนั่ง นอน หรือเดิน

4.7 ห้ามนอนตะแคงทับขาข้างดีโดยปราศจากหมอนรองระหว่างขาทั้งสองข้าง จะทำให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดหุบเข้ามากเกินไป

4.8 ห้ามให้ผู้ป่วยพยายามโน้มตัวหรืองอสะโพกขึ้นมามากขณะใส่รองเท้าหรือถุงเท้าโดยปราศจากเครื่องช่วย ในระยะแรกๆครอบครัวและผู้ดูแลควรรหาอุปกรณ์ในการช่วยใส่ให้กับผู้ป่วย เช่น เครื่องช่วยมือถ้อยาวๆที่ช่วยในการช่วยใส่

4.9 ห้ามโน้มตัวมากเกินไป เมื่อก้มเก็บของจากพื้น ถ้าจำเป็นให้เหยียดขาข้างทำผ่าตัดไปทางด้านหลังเสียก่อนแล้วย่อขาข้างดีลงจึงก้มเก็บสิ่งของ

4.10 การรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพราะการรักษาสุขภาพไม่ดีพอจะทำให้ร่างกายติดเชื้อโรคได้ง่ายและทำให้เกิดโรคขึ้นได้ เช่น ไข้หวัด ทอนซิลอักเสบ ปอดบวม และฟันผุ เป็นต้น เชื้อโรคเหล่านี้สามารถเข้าสู่ข้อสะโพกเทียมได้โดยทางกระแสเลือดอาจมีผลทำให้ข้อสะโพกเทียมอักเสบ ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานี้เกิดขึ้น สุขอนามัยที่ควรปฏิบัติคือ

- 4.10.1 รักษาความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน และควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาด
- 4.10.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ควรรับประทานอาหารหมักดอง
- 4.10.3 ไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์
- 4.10.4 อยู่ในที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก
- 4.10.5 พักผ่อนให้เพียงพอ
- 4.10.6 ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 แก้ว
- 4.10.7 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่าให้น้ำหนักตัวมากเกินไป จะทำให้ข้อสะโพกและข้อเข่า

รับน้ำหนักตัวมากอาจทำให้ปวดได้

- 4.11 การบริหารร่างกายควรทำต่อไปประมาณ 2-3 เดือนหลังผ่าตัด
- 4.12 การใช้เครื่องพยุงเดิน ต้องขึ้นกับความเห็นของแพทย์ว่าจะเลิกใช้ได้เมื่อใด
- 4.13 ควรลดงานหนัก เช่น การแบกหาม เพราะจะทำให้เกิดการเสื่อมของข้อสะโพกเร็วขึ้น
- 4.14 การมีเพศสัมพันธ์ เมื่อรู้สึกว่สะโพกข้างที่ทำผ่าตัดแข็งแรงและไม่มีอาการปวด
- 4.15 ถ้ามีอาการผิดปกติของสะโพกข้างที่ทำผ่าตัด เช่น ปวดเสียวเวลาเดินเคลื่อนไหวได้น้อยลงส่วน
ของข้อสะโพกหมุนออก ได้รับอุบัติเหตุโดยตรงที่ข้อสะโพก หรือมีอาการผิดปกติอื่น ๆ ให้มาพบแพทย์ทันที แม้จะ
ยังไม่ถึงวันนัดก็ตาม

4.16 การรับประทานยาตามการรักษาที่แพทย์สั่งจนหมด ยกเว้นถ้ามีอาการแพ้ยา ได้แก่ มีผื่น คัน
แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ให้หยุดรับประทานยาแล้วรีบพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

4.17 การมาตรวจตามนัด และควรไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลบวม แดง
มีน้ำเหลืองซึมบริเวณแผลผ่าตัด มีไข้ ปวดข้อสะโพกมาก และไม่สามารถเดินหรือขยับลงน้ำหนักได้

5. การเดินด้วยเครื่องพยุงเดิน 4 ขา (walker) ใช้มือทั้ง 2 ข้างจับบริเวณที่จับ ยืนให้มั่นคงก่อน แล้ว
ยกคอกสำหรับหัดเดินไปข้างหน้าก้าวขาที่ทำการผ่าตัดตามไปก่อน หลังจากนั้นให้ก้าวขาข้างที่ตีตามไปและเดินลง
น้ำหนักตามคำแนะนำของแพทย์ ผู้ศึกษาได้สอนสาธิตผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแลในการเดินด้วยเครื่องพยุงเดิน
4 ขา (walker) เพื่อให้ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 4

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างสันทัด ผิวขาวเหลือง

อายุ 81 ปี

สถานภาพ คู่

สัญชาติ ไทย

อาชีพ แม่บ้าน

ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566

ระยะเวลาที่ศึกษา วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566-วันที่ 13 ธันวาคม 2566

การวินิจฉัยโรค Closed fracture neck of right femur

การทำผ่าตัด Cementless Bipolar Hemiarthroplasty Right

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล หกล้ม ปวดบริเวณสะโพกขวา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล หกล้ม ปวดบริเวณสะโพกขวา เดินไม่ได้ ปวดเวลาเคลื่อนไหว ญาตินำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร่วมกับมีภาวะกระดูกพรุน รับการรักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน

ประวัติการแพ้ยา

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมีทุกชนิด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยทางพันธุกรรม โรคติดต่อที่ร้ายแรงของบุคคลในครอบครัว

การตรวจร่างกาย

สภาพทั่วไป

สีระชะ รูปร่างปกติ ไม่มีรอยโรค คล้ำไม่พบก้อน

ใบหน้า ไม่ปิดเบี้ยว โหนกแก้มทั้งสองข้างเท่ากัน ไม่มีแผล

ตา การกลอกตา การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ มองเห็นชัดเจน ไม่พร่ามัว

หู ลักษณะปกติ สมมาตรทั้งสองข้าง ได้ยินชัดเจน ไม่มีสิ่งคัดหลั่งไหลออกมาจากรูหู ต่อมมน้ำเหลือง

บริเวณหน้าและหลังใบหูไม่โต

คอ ลักษณะทั่วไปปกติ คอไม่สั้น เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง คล้ำไม่พบก้อน

ผิวหนัง ผิวขาวเหลือง บาง ความตึงตัวของผิวน้อย มีกระขึ้นตามผิวหนัง ไม่มีผดผื่น

ระบบทรงอกและทางเดินหายใจ

ทรงอกขนาดเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่มีก้อน ฟังเสียงไม่มีผิดปกติ ลักษณะการหายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจเท่ากับ 18 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 68 ครั้ง/นาที

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

คลำชีพจรที่คอ แขน ขาหนีบ และหลังเท้าได้ ความแรงเท่ากัน สม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 68 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตเท่ากับ 145/98 มิลลิเมตร/ปรอท

ระบบประสาท

รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องพูดคุ้ยไม่สับสน ความจำปกติ รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการชา

ระบบเลือดและต่อมไร้ท่อ

ขาหนีบ คอ รักแร้ ไม้โต ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไทรอยด์ ไม้โต ตาไม่โปน

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

สะโพกข้างขวาบวมซ้ำ ยกขาข้างขวาไม่ได้ แขนทั้งสองข้างกำลังปกติ ไม่ผิดรูป กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์

ปฏิเสธการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและโรคระบบสืบพันธุ์ ปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีอาการปัสสาวะลำบาก ประจำเดือนหยุดมาแล้ว 26 ปี

การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์

การดู ผิวหนังชุ่มชื้นดี ผิวขาว สะอาดไม่มีแผล สะโพกข้างขวาบวมซ้ำ ยกขาข้างขวาไม่ได้ ขาข้างขวามีลักษณะผิดรูป Deformity Rt thigh ลักษณะปลายเท้าข้างขวาบิดหมุนออกนอก External rotation ความสั้นยาวของขาทั้งสองข้างไม่เท่ากัน ขาข้างขวาสั้นกว่าขาข้างซ้าย

การคลำ คลำไม่พบก้อน กดเจ็บบริเวณขาหนีบ และ สะโพกขวา

การขยับ ขาข้างซ้ายปกติ Moter power grade 4 ไม่ปวด ขาข้างขวาปวดมากเวลาขยับ Tender Rt groin limit ROM เมื่อเคาะสันเท้าผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยมีอาการปวด Anvil's test ผลเป็น positive

การวัด Shortening Rt leg 2 เซนติเมตร

การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ

1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลรักษา

สุขภาพโดยทั่วไป สมบูรณ์ แข็งแรง มีเจ็บป่วยเป็นบางครั้ง เช่น ปวดเมื่อยตามตัว แขน ขา ระบุว่าตนเองมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภายหลังตรวจพบภาวะกระดูกพรุน รักษาและรับยาอย่างสม่ำเสมอ ที่โรงพยาบาลเลิดสิน

2.อาหารและการเผาผลาญอาหาร

รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารอ่อน じ็ด ไม่รับประทานอาหารรสเผ็ด

3.การขับถ่าย

ถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ในตอนเช้าทุกวัน

4.กิจกรรมการออกกำลังกาย

ปกติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่ได้ออกกำลังกาย ขณะนอนรอผ่าตัดในโรงพยาบาลนอนบนเตียงตลอด พลิกตะแคงตัวได้เอง

5.การพักผ่อนนอนหลับ

นอนไม่เป็นเวลา เข้านอนประมาณ 20.30น.ตื่นนอนประมาณ 05.30 น ตอนกลางคืนนอนหลับไม่สนิท

6 สถิติปัญญาและการรับรู้

รับรู้ว่าคุณนี้ตนเองป่วยหนักล้มกระดูกระดูกสะโพกหัก ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด จึงจะทำให้อาการที่เป็นอยู่ดีขึ้น สถิติปัญญา ความจำ ความคิดปกติ

7.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

คาดหวังว่าการผ่าตัด จะทำให้เดินได้เหมือนเดิม

8.บทบาทและสัมพันธภาพ

แต่งงานแล้ว มีบุตร 2 คน เวลาเจ็บป่วย บุตรเป็นผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อนบ้านดี ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีลูกชายและลูกสะใภ้มาเยี่ยม

9.เพศและการเจริญพันธุ์

สถานภาพคู่ มีบุตร 2 คน

10 การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด

ปกติเป็นคนพูดเก่ง ขณะนอนในโรงพยาบาลมีความวิตกกังวล กลัวไม่หาย กลัวเดินไม่ได้ มีการซักถามข้อข้องใจกับพยาบาล

11 คุณค่าและความเชื่อ

มีความเชื่อในการทำความดี มีคติประจำตัวว่า ทำดี ย่อมได้ดี

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count (วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566)

ผลการตรวจ	ค่าที่พบ	ค่าปกติ
Hematocrit	42.5 %	35-44%
White blood cell	5990 cell/mm ³	4500-10,000 cell/mm ³
Red blood cell	481 cell/mm ³	45-63 cell/mm ³
Neutrophils	63.6 %	50-60 %
Lymphocyte	25.2 %	25-30 %
Blood group	B	
Platelets	157,000 cell/mm ³	142,000-424000 cell/mm ³

การแปลผล ปกติ

Blood chemistry (วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566)

ผลการตรวจ	ค่าที่พบ	ค่าปกติ
Glucose	412 mg/dl	70-110 mg/dl
Blood urea nitrogen	21.1 mg/dl	5-25 mg/dl
Creatinine	0.89 mg/dl	0.55-1.02 mg/dl
Sodium	135.6 mmol/l	135-150 mmol/l
Potassium	4.18 mmol/l	3.5-5.5 mmol/l
Chloride	95 mmol/l	100-110 mmol/l
Bicarbonate	26 mmol/l	22-31 mmol/l

การแปลผล มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้ NPO ก่อนมาเจาะเลือด

UA (Urinalysis) วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566

ผลการตรวจ	ค่าที่พบ	ค่าปกติ
Color	Yellow	
Glucose	Negative	
WBC	0-1	0.00-7.00 /HPF
RBC	0-1	0.00-3.00

การแปลผล ปกติ

วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566

ผลการตรวจ	ค่าที่พบ	ค่าปกติ
FBS	158 mg/dl	90-110 mg/dl
Sodium	136 mmol/l	135-150 mmol/l
Potassium	3.81 mmol/l	3.5-5 mmol/l
Chloride	98 mmol/l	100-110 mmol/l
Bicarbonate	30.7 mmol/l	22-31 mmol/l

การแปลผล มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

PT,PTT วันที่ 4 ธันวาคม 2566

ผลการตรวจ	ค่าที่พบ	ค่าปกติ
APTT	28	22-30
Control PT	10	9-13
Control APTT	28	22-30
INR	0.93	

การแปลผล ปกติ

Blood Chemistry (วันที่ 5 ธันวาคม 2566)

ผลการตรวจ	ค่าที่พบ	ค่าปกติ
Blood urea nitrogen	6.7 mg/dl	5-25 mg/dl
Creatinine	12 mg/dl	0.55-1.02 mg/dl
Sodium	132.8 mmol/l	135-150 mmol/l
Potassium	3.51mmol/l	3.5-5.5 mmol/l
Choride	96 mmol/l	110-110 mmol/l
Bicarbonate	33.4 mmol/l	22-31mmol/l>

การแปลผล มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ โซเดียมจะมีบทบาทช่วยแจกจ่ายน้ำหรือรักษาควบคุมปริมาณน้ำในร่างกาย ในผู้ป่วยรายนี้ มีภาวะโซเดียมต่ำเล็กน้อย ซึ่งในค่าวิกฤตคือค่าโซเดียมน้อยกว่า 120 mmol/l อาจเกิดจากการกินโซเดียมหรืออาหารเค็มน้อย หรืออาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนหลังจากที่ได้รับยาแก้ปวดมอร์ฟินหลังผ่าตัด ค่าโซเดียมที่ต่ำกว่าปกติจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง

Chest X-Ray ผลปกติ

Film Pelvis ผล Fracture neck of right femur

การตรวจคลื่นหัวใจ คลื่นหัวใจปกติ

การรักษา

แผนการรักษาของแพทย์

วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566

CBC, Anti HIV,BUN,Cr,Electrolyte, BS UA

EKG ,CXR ก้อนขึ้น Word

Tramal 50 mg IV prn q 4 hr

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Paracetamal 500 mg 2 tab o prn q 4 hr
 Consult Med , Anest
 Solf diet / diabetic diet
 Tramal 1x3 o pc
 Keep BP< 180 /110 mmhg
 FBS> 180 mg/dl notify
 Morning TSH, vitamin D level

วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 13.00 Tramal 50 mg IV prn q 8 hr
 Amlodipine (5) 1 tab o pc เช้า
 Enalapril (20) 1 tab o pc -เย็น
 DTX Premeal /hs Keep DTX<150 mg%

17.00 Med Control BP <180 mg/dl BP<140/90 mm/hg ผ่าตัดได้
 Off metformine
 DTX จันท์ พุศ ศุภร์ ก่อนอาหารเช้า

วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 Set OR for Bipolar hemiarthroplasty 30 พฤศจิกายน 2566
 NPO after midnight
 5% D/Nss 1000 ml IV 100 ml/hr
 Fosfomycin 2 gm ไป OR
 Foley's cath , Urinebag ไป OR
 Amlodipine (5) 1 tab o pc เช้า
 DTX 6.00 น. Keep 80-200 mg%

Film whole femur AP lateral
 G/M PRC 2 Unit จอง ICU
 Confirm PRC 2 Unit to OR

วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 งต OR ห้องผ่าตัดไม่ว่างเลื่อนเป็น 4 ๓๓ order pre -op เดิม

วันที่ 4 ธันวาคม 2566 (14.00) Post op Bipolar hemiarthroplasty
 5% D/N/2 1000 ml IV 80 ml/hr
 Morphine 4 mg IV q 6 hr
 Plasil 1 amp IV prn q 8 hr.
 Film both hip AP Rt. Hip lateral
 เบิก Walker
 Hct at word if < 30% or drain > 300 ml ให้ PRC 1 Unit

	ห้ามหุบขา
	DTX q 6 hr
	Record I/O Drain
	Fosfomycin 2 mg IV q 6 hr
	Paracetamal 2 tab o prn q 4 hr
	Denzen 1x3 pc
	Mydoclam 1x3 o pc
	Amlodipine (5) 1 tab o pc เช้า
	Enaparil (20) 1 tab o pc เย็น
	Metformin (500) 1x2 o pc
	Low salt diet ,Diabetic diet
5 ธันวาคม 2566	Morphine 3 mg IV prn q 4 hr
	Plasil 10 mg IV prn q 8 hr
	Off IV on hep lock
6 ธันวาคม 2566	Morphine 3 mg IV prn q 6 hr
	Plasil 1 amp v prn q 6 hr
	Off drain
	ส่งปรึกษากายภาพบำบัด
7 ธันวาคม 2566	Off foley's catheter
	Observe voiding
	Morphine 3 mg IV prn q 4 hr
8 ธันวาคม 2566	Off fosfomycin
	Dicloxacillin (500 mg) 1x4 o pc/hs
	Plan D/C 12 ชด.
	ส่งปรึกษากายภาพ ฝึกใช้ walker
13 ธันวาคม 2566	D/C พรุ่งนี้
	F/U 4 wks
	Home Med
	Dicloxcillin (500 mg) 1 cap o qid ac # 30 cap
	Paracetamal (500 mg) 2 tab o prn q 4-6 hr.#30 tab
	CaCo ₃ (1,000 mg) 1 tab o pc เช้า # 30 tab
	Alpha D ₃ 1 tab o pc เช้า #30 tab
	Amlodipine 5 mg 1 tab o pc เช้า # 30 tab

Enaparil (20 mg) 1 tab o pc เย็น # 30 tab

พยาธิสภาพเปรียบเทียบกับทฤษฎี	
พยาธิสภาพของโรค	กรณีศึกษา
<p>สาเหตุการเจ็บป่วย</p> <p>การหักของคอกระดูกต้นขา ผู้ป่วยร้อยละ 90 เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุจากการลื่นล้ม ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการควบคุมการทรงตัวของระบบประสาทและกล้ามเนื้อลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สตรีวัยหมดประจำเดือน ซึ่งกระดูกจะโปร่งบาง (osteopenia) ลงอย่างมากทำให้กระดูกหักได้ แม้ได้รับอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย</p> <p>กลไกการบาดเจ็บ</p> <p>1. เมื่อมีแรงมากระทำที่กระดูกจากทางตรงและทางอ้อมก็ตาม จะทำให้กระดูกหักได้เมื่อแรงกระทำนั้นมีมากกว่าความแข็งแรงของกระดูก เมื่อหักแล้วไม่สามารถเคลื่อนไหวว้ายวะนั้นๆได้ตามปกติ ในระยะแรกจะมีอาการชา การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเกิดขึ้น</p> <p>2. กล้ามเนื้อที่อยู่รอบๆกระดูกที่หักจะมีการหดเกร็ง (spasm) ทำให้มีอาการปวดและกดเจ็บ</p> <p>3. มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อหุ้มกระดูก (periosteum) หลอดเลือดที่เลี้ยงไขกระดูก เนื้อกระดูก และเนื้อเยื่อรอบๆกระดูกทำให้มีเลือดออกจากส่วนต่างๆที่กล่าวมา และมีการบวมบริเวณที่หัก เลือดที่ออก อาจเข้าไปอยู่ในเนื้อเยื่อรอบๆกระดูกที่หัก หรือออกมาภายนอกในกรณีกระดูกหักแบบเปิด เมื่อเลือดหยุดไหลจะเกิดเป็น</p>	<p>สาเหตุการเจ็บป่วย</p> <p>จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อายุ 81 ปี ได้รับอุบัติเหตุจากการลื่นล้ม สะโพกกระแทกพื้นโดยตรง ทำให้เกิดการหักของกระดูกขาส่วนคอต้นขา</p> <p>กลไกการบาดเจ็บ</p> <p>1. เมื่อเกิดการหกล้มก็แสดงว่ามีแรงมากระทำกระดูกทำให้เกิดการหักของกระดูกไปทิ่มแทงกล้ามเนื้อ และบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆเกิดการบาดเจ็บ และการอักเสบทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวว้ายวะนั้นๆได้ตามปกติ มีอาการปวด บวม ช้ำ บริเวณขาหนีบ และสะโพกผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ขาขวาบิดออกด้านนอก (external Rotation) ขาขวาสั้นกว่าขาซ้าย</p> <p>2. มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ เมื่อมีการเคลื่อนไหวจะมีอาการปวดมากขึ้น และได้ยินเสียงกรอบแกรบของกระดูกที่เกยกันจากภาพถ่าย X-ray Rt hip จะพบรอยหักที่กระดูกชัดเจน</p> <p>3. ขาบวมผิดปกติ มีรอยช้ำต้นขาด้านขวา</p>

พยาธิสภาพเปรียบเทียบกับทฤษฎี	
พยาธิสภาพของโรค	กรณีศึกษา
<p>ก้อนเลือดบริเวณรอบๆกระดูกที่หัก ซึ่งก้อนเลือดนี้จะ เป็นประโยชน์ในกระบวนการซ่อมแซมกระดูกต่อไป</p> <p>4. เมื่อมีการฉีกขาดของเนื้อรอบๆกระดูก เยื่อหุ้ม กระดูก เนื้อกระดูกแข็ง และไขกระดูกทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบเกิดขึ้นบริเวณกระดูกหัก ซึ่ง จะเป็นขั้นตอนแรกของการซ่อมแซมกระดูกที่หักต่อไป</p> <p>5. เส้นประสาท ไขสันหลัง กล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ และเอ็นยึดข้อ เมื่อได้รับบาดเจ็บถูกทำลาย ทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องทำงานไม่ได้ปกติ นอกจากนั้นทำให้เกิดลักษณะผิดรูปด้วย</p> <p>6. กระดูกหักที่บริเวณแขน ขา จะมีความยาวสั้นลง เกิดจากแรงดึงของกล้ามเนื้อทำให้ได้ยินเสียงกรอบแกรบ(crepitus) ของกระดูกที่เกยกัน</p> <p>อาการและอาการแสดง</p> <p>ผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อสะโพกมาก บริเวณข้อสะโพก บวม ขามี external rotation และสั้นกว่าข้างปกติ เล็กน้อย ถ้าจับขาบิดหมุนจะปวดสะโพกมากขึ้น</p> <p>การตรวจร่างกาย</p> <p>ไม่พบความผิดปกติชัดเจน ขาสั้น ไม่มี external rotation กระแทกที่ greater trochanter หรือสั้น เท่าผู้ป่วย จะปวดสะโพกบ้างเล็กน้อย</p>	<p>4. ต้นขาบวมตึง กดเจ็บ</p> <p>5. ขาผิดรูป บิดออกด้านนอก</p> <p>6. เดินไม่ได้ ขาขวาบิดออก (external rotation) ขา ข้างขวาสั้นกว่าขาข้างซ้ายประมาณ 2 เซนติเมตร (shortening rt. 2 cms) จากภาพถ่าย x-ray rt hip AP พบรอยหักของกระดูกชัดเจน แพทย์วินิจฉัย Closed fracture neck Rt. Femur</p> <p>อาการและอาการแสดง</p> <p>สะโพกด้านขวาบวมซ้ำ ยกขาข้างขวาไม่ได้เพราะ ปวด ขาซ้ายและแขนทั้งสองข้างกำลังปกติ ไม่ผิดรูป กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง ไม่คด</p> <p>การตรวจร่างกาย</p> <p>สะโพกด้านขวา บวม ซ้ำ ยกขาข้างขวาไม่ได้ ขาข้าง ขวามีลักษณะผิดรูป deformity Rt. Thigh ลักษณะ ปลายเท้าข้างขวาหมุนออกนอก external rotation ความสั้นยาวของขาทั้งสองข้างไม่เท่ากัน ขาข้างขวา สั้นกว่าขาข้างซ้าย กดเจ็บบริเวณขาหนีบและสะโพก</p>

พยาธิสภาพเปรียบเทียบกับทฤษฎี	
พยาธิสภาพของโรค	กรณีศึกษา
<p>การตรวจทางรังสีวิทยา</p> <p>มีการเลื่อนจากที่แนว shenton's line จะมีอาการขาดความต่อเนื่อง ส่วนชิ้นที่หักไม่มีการเคลื่อนที่ การใช้ thomography หรือส่งส่งตรวจพิเศษ bone scan หรือ MRI จะช่วยให้รายละเอียดตรงรอยหักได้ชัดเจนขึ้น ในรายที่มีการหักมานานการวางแผนการรักษาอาจจำเป็นต้องใช้การตรวจทาง radicular เพื่อประเมินสภาพของกระดูกว่ามีการขาดเลือดหรือไม่</p> <p>การรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตยืนยาว คุณภาพกระดูกไม่ดี ไม่มีโรคประจำตัว ทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกโดยใช้ชนิด Bipolar hemiarthroplasty หรือเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งข้อ (total hip arthroplasty) ผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรง ไม่สามารถเดินได้เป็นปกติ ควรพิจารณารักษาโดยวิธี อนุรักษ์ (conservative treatment) <p>ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p> <ol style="list-style-type: none"> การติดเชือบริเวณแผล และข้อสะโพกเทียมภายหลังการผ่าตัด การหลุดของข้อสะโพกเทียมที่มีการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม และหุบขาข้างที่ทำผ่าตัดมากเกินไป 45 องศาหลังผ่าตัดใหม่ๆ หลังผ่าตัดผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการใส่ traction เพื่อให้ขาที่ผ่าตัดอยู่ในท่ากางออกเล็กน้อย ภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดและผนังหลอดเลือด อักเสบ การเกิดภาวะลิ่มเลือดและผนังหลอดเลือด 	<p>ข้างขวา ขาขวาปวดมากเวลาขยับ Tender Rt. Limit ROM เมื่อเคาะสั้นเท้าผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยมีอาการปวด</p> <p>การตรวจทางรังสีวิทยา</p> <p>Flim Pelvis A-P ผล Fracture neck of Rt femur</p> <p>การรักษา</p> <p>เป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันและตรวจพบภาวะกระดูกพรุน แพทย์รักษาโดยวิธีการผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p> <p>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด</p>

พยาธิสภาพเปรียบเทียบกับทฤษฎี	
พยาธิสภาพของโรค	กรณีศึกษา
<p>อีกเสบร่วมด้วยนั้น อาจเกิดการคั่งค้างของเลือดในอวัยวะส่วนปลายทำให้กระแสเลือดไหลช้าลงบริเวณนี้ โอกาสที่เลือดจะจับตัวเป็นก้อนเล็กๆ จึงมีมากขึ้น ซึ่งสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 อาการบวมจากการทำผ่าตัด 3.2 การพันผ้าที่บริเวณต้นขาแน่นเกินไป ทำให้มีแรงกดดันขึ้นกับหลอดเลือด 3.3 ข้อสะโพกและข้อเข่าอยู่ในท่าเหยียดตรงมากเกินไป 3.4 มีการยืดตึงและการแพบของเส้นเลือดดำใหญ่ 3.5 มีแรงกดที่น่องทำให้มีการหยุดนิ่งของโลหิต ร่างกายขาดการเคลื่อนไหว <p>จำนวนวันนอน</p> <p>แผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Clinical pathway) ของโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวนวันนอน 10-12 วันนอน</p>	<p>กรณีศึกษา</p> <p>จำนวนวันนอน</p> <p>ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 13 วัน</p>

ยาและการเฝ้าระวัง

1. Tramal

ข้อบ่งใช้

ใช้บรรเทาอาการปวดระดับปานกลางถึงค่อนข้างรุนแรง

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด สับสน มีอาการประสาทหลอนเช่น เห็นหรือได้ยินเสียงที่ไม่มีคน ผื่นคัน ผื่นลมพิษ หน้ามืด เป็นลม ผิวหนังบางลง ลอกบวม พอง แดง ซึ่งรวมถึงเนื้ออ่อนในปาก มีอาการเจ็บในปาก จมูก ตา หรือคอ มีไข้หรือมีอาการเหมือนมีไข้ บวมตามอวัยวะต่างๆเช่นใบหน้า ตา ริมฝีปาก ลิ้น คอ มือ น่อง ขา ข้อเท้า เสียงแหบ อาการไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจเกิดระหว่างการให้ยา รบกวนชีวิตประจำวันเช่น ปวด มีนเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก

2. CaCO₃

ข้อบ่งใช้

1. เมื่อได้รับจากอาหารไม่เพียงพอ
2. การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (tetany)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

1. ในผู้ป่วยที่การทำงานของไตไม่ปกติ ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง
2. หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับวิตามินดีขนาดสูง
3. ไม่ควรรับประทานยา Tetracyclin หรือ ฟลูออไรด์ เนื่องจากยาทั้ง 2 ชนิดจะจับกับแคลเซียมทำให้การดูดซึมลดลง
4. ระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติการเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะ
5. เมื่อให้โดยการฉีดจะต้องได้รับการตรวจระดับแคลเซียมในเลือด และปัสสาวะก่อน

3. Danzen

ข้อบ่งใช้

ยานี้ใช้เพื่อรักษาอาการอักเสบจากการผ่าตัด หรือ มีบาดแผล รวมถึงโพรงจมูกอักเสบ (sinusitis) ภาวะเยื่อจมูกอักเสบ การมีเลือดคั่งในหน้าอก ท่อน้ำอสุจิบริเวณอัณฑะอักเสบ (epididymis) เหนือกระดูกสันหลังอักเสบ หนองที่เหงือก และยังสามารถใช้ขับเสมหะในโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ผิวหนังมีผื่นแดง ระบายระบบทางเดินอาหาร อาการท้องร่วง เบื่ออาหาร

4. Dicloxacillin

กลุ่ม penicillin กลุ่ม เบตา แลคแตม มีผลต่อเชื้อแกรมบวก ทนต่อเอนไซม์เพนนิซิลินใช้ได้กับเชื้อ Staphylococcus aureus , Staphylococcus epidermis

ข้อบ่งใช้

1. การติดเชื้อ Staphylococcus ของผิวหนัง soft tissue รวมทั้งการติดเชื้อที่เรื้อรัง เช่น เยื่อปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อในช่องท้อง โดยต้องผ่าตัดเอาหนองออกด้วย เพราะหนองทำให้ผนังเซลล์ไม่แบ่งตัว ยาเข้าไม่ถึงเชื้อ
2. ใช้ป้องกันการติดเชื้อที่ผิวหนัง การใส่อวัยวะเทียมที่หลอดเลือด หรือสิ่งแปลกปลอมที่กระตุกจากเชื้อแกรมบวก
3. ใช้ป้องกันการติดเชื้อ S.epidermidis และ S. aureus ในผู้ป่วย acult bacteriaendocarditis ก่อนผ่าตัดลิ้นหัวใจ

อาการไม่พึงประสงค์จากยา

1. อาการเกิดผื่น ลมพิษ มีลักษณะเป็น maculopapular rash มีไข้ หลอดเลือดอักเสบ exfoliative dermatitis steven Johnson syndrome ถ้าอาการแพ้รุนแรงถึงขั้น anaphylaxis การแพ้ยาเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกกระตุ้นโดยเพนนิซิลิน หรือ เมตาบอลิท์ของยาสลายตัวเปลี่ยนเป็น pennicilloic acid เมื่อรวมกับโปรตีนจะได้ penicilly protein haptens ซึ่งเป็นแอนติเจนที่สำคัญที่ทำให้เกิดการแพ้ยา

2. ผลต่อระบบประสาท การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ทำให้ปวดบริเวณที่ฉีด การฉีดเข้าหลอดเลือดดำในขนาดที่สูง หรือให้ผู้ป่วยที่ไตเสื่อมจะเกิดเป็นพิษต่อระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิตประสาทและอาจชักได้ โดยเฉพาะในทารกแรกเกิด

3. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องอืด ปากลิ้นอักเสบ ปวดท้อง ปวดเกร็ง อุจจาระร่วง อาจพบ pseudomembranous Colitis

4. มีผลต่อดับ การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ อาจมีการทำลายเนื้อเยื่อมีผลทำให้ตับ SGOT และ LDH สูงขึ้นโดยไม่มีผลความผิดปกติที่ตับ

5. ผลต่อระบบโลหิต อาจทำให้เลือดหยุดยากได้ จากการยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ภาวะเม็ดเลือดแดงแตกชนิด Coombs เป็นผลบวก เช่น penicillin G

5. Paracetamol

ข้อบ่งใช้

ควบคุมอาการปวดศีรษะ ปวดหู ปวดประจำเดือน ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ลดไข้จากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ใช้ในผู้ป่วยที่แพ้แอสไพริน หรือ มีปัญหาเลือดออกได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยับยั้งการสังเคราะห์ prostaglandin ในระดับประสาทส่วนกลางได้ดี ไม่มีผลทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหาร และไม่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด จะออกฤทธิ์สูงสุดในเวลา 30-60 นาที หลังได้รับยา ถ้าได้รับยาเกินขนาดจะส่งผลต่อดับและไต จึงไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 7 วัน

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย แพ้ยาเช่น มีผื่นขึ้น บวม มีแผลในช่องปาก มีไข้ ถ้าใช้ในขนาดที่มากเกินไป อาจทำให้เกิดตับวายและถึงแก่ความตายได้

6. Amlodipine

-ข้อบ่งใช้

ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง ใช้รักษาอาการปวดเค้น หรืออาการเจ็บหน้าอก

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปวดมีนศีรษะ มึนงง ปวดหรือไม่สบายท้อง ผื่นคัน ลมพิษ

7. Enalapril

ข้อบ่งใช้

ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ในระดับเล็กน้อย จนกระทั่งถึงระดับรุนแรงรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ห้ามใช้ยานี้กับผู้ป่วยแพ้ยาล้าง ห้ามใช้ยานี้กับหญิงตั้งครรภ์เพราะยานี้ อาจส่งผลให้ทารกเกิดความพิการแต่กำเนิดได้ และกับหญิงที่อยู่ในภาวะให้นมบุตรเพราะยานี้ผ่านเข้าสู่ น้ำนมได้ หลีกเลี่ยงอาหารเค็มหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้วยจะส่งผลให้การออกฤทธิ์ของยาลดน้อยลง มีปฏิกิริยากับยาตัวอื่นดังนี้

การใช้ยาร่วมกับยาขับปัสสาวะบางตัว อาจก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ โดยอาจพบอาการหัวใจเต้นช้า วิงเวียน เป็นลม หรือปวดศีรษะ หากมีอาการดังกล่าวควรต้องปรับขนาดการรับประทานให้เหมาะสมโดยแพทย์ผู้รักษา ยาขับปัสสาวะดังกล่าวได้แก่ Hydrochlorothiazide

การใช้ยาร่วมกับยารักษาโรคเกาต์ อาจเพิ่มความเสี่ยงของอาการแพ้ยาอย่างรุนแรง หากพบเห็นอาการหน้า ปาก ลิ้นบวม มีผื่นคัน มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนแรง ให้หยุดยา แล้วรีบไปพบแพทย์ ยารักษาโรคเกาต์ดังกล่าว ได้แก่ Allopurinol การใช้ยาร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs สามารถส่งผลกระทบต่อฤทธิ์ในการลดความดันโลหิต และมีความเสี่ยงของการเกิดอันตรายกับไตมากขึ้น จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ดังกล่าว เช่น Fenoprofen, Ibuprofen ,Naproxen

8. Metformin 500 mg

ข้อบ่งใช้

ลดการสร้างน้ำตาลจากตับ (decrease glycogenolysis, gluconeogenesis) ทำให้น้ำตาลเข้าเซลล์ดีขึ้น (insulin-stimulated glucose transport in muscle cell)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องเสีย ควรแนะนำให้รับประทานยาพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร ภาวะเป็นกรดในเลือด Lactic acidosis โดยมากพบในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคไต โรคตับ ภาวะติดเชื้อมี

9 Mydocalm 50 mg

ข้อบ่งใช้

ยานี้ใช้เพื่อช่วยบรรเทาอาการที่เกี่ยวข้องกับการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และ ช่วยคลายกล้ามเนื้อ ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง(myasthenia gravis) มีประวัติกล้ามเนื้ออ่อนแรง

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

บวมบริเวณเปลือกตา ริมฝีปาก และลำคอ หายใจลำบากหรือมีเสียงหวีด เกิดผื่นบริเวณผิวหนัง คัน เกิดลมพิษ มีไข้

10 Metoclopramide (plasil)

ข้อบ่งใช้

ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและหลังผ่าตัดออกฤทธิ์จับกับ Chemoreceptor Trigger (CTZ) และออกฤทธิ์ต้านการหลั่ง Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่สำคัญของ CTZ ทำให้ Threshold ของ CTZ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังลดสัญญาณประสาทของระบบทางเดินอาหารไปยังศูนย์อาเจียน และเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดในหลอดอาหารทำให้อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ง่วงนอน อ่อนเพลีย กระจกกระสวย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว คลื่นไส้ ท้องผูก หรือท้องเสีย ปากแห้ง มีผื่นขึ้นตามร่างกาย

11 Morphine

ข้อบ่งใช้

ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง morphine มีฤทธิ์ระงับปวดโดยปกติความเจ็บปวดจะประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ โดยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ลดความวิตกกังวล ความหงุดหงิด ความเครียด ทำให้รู้สึกสบายขึ้น กดรระบบประสาทส่วนกลางทำให้วังงซึม มักไปรบกวนต่อประสาทรับความรู้สึกอย่างอื่น เช่น การสัมผัส การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การสัมผัสสะท้อน ทำให้ม่านตาหดตัว กดการหายใจ เป็นอาการข้างเคียงของ morphin กดศูนย์การไอที่ medulla ทำให้เกิดการสะสมของเสมหะในทางเดินหายใจ

12 Fosfomycin

ข้อบ่งใช้

เป็นยาปฏิชีวนะ ใช้การรักษาการติดเชื้อ MRSA Staphylococcus aureus P aeruginosa Proteus และ E coli ยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย โดยการไปยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน และฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้ ทั้งแกรมบวกและแกรมลบ ยาจะดูดซึมได้ดีที่ลำไส้เล็ก

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ใช้ ผื่น ลมพิษ ปวดข้อ ลื่นหรือปากขม ตัวตาเหลือง มีปัญหาการหายใจ การมองเห็นเปลี่ยน มีอาการ คล้ายไข้หวัด เหนื่อย หรืออ่อนเพลียผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ระคายเคือง คันภายในช่องคลอด มีความผิดปกติของเม็ดเลือด ท้องเดิน อาเจียน และอุจจาระเป็นมูก

13 Alpha D3

ข้อบ่งใช้

ป้องกันการรักษาโรควิตามินดี ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ ภาวะ Osteodystrophy ในกรณีไตวายเรื้อรัง กล้ามเนื้อเกร็ง การใช้ยากันชักเป็นประจำ

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดข้อ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กระดูกพรุนเนื่องจากระดับแคลเซียมในเลือดสูง อาจมีการสะสมแคลเซียมในอวัยวะต่างๆ เช่น หลอดเลือด ไต ปอด

การพยาบาลที่พบจากกรณีศึกษา

จากการประเมินโดยใช้แบบแผนสุขภาพของมาร์เจอร์รี กอร์ดอน พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในแบบแผนที่ 1 แบบแผนที่ 4 และแบบแผนที่ 10

แบบแผนที่ 1 คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและผู้ที่ตนรับผิดชอบ จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีภาวะเบาหวาน และโรคกระดูกพรุน จากการซักถามผู้ป่วยยังชอบรับประทานอาหารหวาน ทานขนมหวานระหว่างมื้อ ผลไม้ที่มีรสหวาน และเบื่อหน่ายการทานยารักษาโรคที่มีหลายชนิด ผู้ดูแล(บุตรสาว) มักจะซื้อของที่ผู้ป่วยชอบให้ทาน

แบบแผนที่ 4 คือ กิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งปกติผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เดินเข้าห้องน้ำได้เอง สามารถออกกำลังกายเบาเมื่ออยู่บ้าน โดยออกกำลังกายเป็นประจำโดยวิธีการเดินแกว่งแขน ขณะ

นอนรอผ่าตัด ต้องนอนบนเตียงตลอด มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากต้องนอนบนเตียงตลอด และมีอาการปวดสะโพกถ้าผู้ป่วยขยับตัว

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการทนต่อความเครียด ปกติผู้ป่วยเป็นคนที่พูดเก่ง ขณะนอน โรงพยาบาลมีความวิตกกังวล กลัวไม่หาย กลัวเดินไม่ได้ ซักถามข้อข้องใจจากพยาบาล ตัวผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องที่จะต้องกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากกลัวปฏิบัติตัวไม่ถูกวิธี

การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากการปวดสะโพกข้างขวา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวดสะโพกขวาบ่อยครั้ง
2. หน้ามืดวิงเวียน
3. pain score ระดับ 6
4. จาก film x-ray มีการหักของกระดูกต้นขาขวาส่วนคอ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและบรรเทาอาการปวด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบ่นปวดน้อยลง
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินจากเจ็บปวดโดยการตรวจสอบ สังเกตสีหน้าท่าทางโดยใช้ pain scale และตรวจสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

2. ดูแลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย

3. ถ้าอาการปวดไม่ดีขึ้นให้ได้รับยาแก้ปวด paracetamol 2 tab o ตามแผนการรักษาของแพทย์

4. พุดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมที่ชอบและสามารถปฏิบัติได้บนเตียง เช่น การอ่านหนังสือ ดูทีวี

การประเมินผล

ผู้ป่วยบ่นปวดน้อยลง pain score ระดับ 3 สีหน้าสดชื่นขึ้น หลังได้รับยาแก้ปวดนอนหลับพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากกระดูกข้อสะโพกหัก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยพูดว่านอนอยู่แบบนี้ ทำอะไรลำบาก

2. ต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา เพื่อเข้า skin traction ขาขวา

3. จาก film x-ray มีการหักของกระดูกต้นขาขวาส่วนคอข้างขวา

วัตถุประสงค์

สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่าที่จะปฏิบัติได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. รับประทานอาหารได้เอง
2. แปรงฟันได้เอง
3. ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการพลิกตะแคงตัวได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการสอบถาม สังเกตการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ เช่น การใช้มือ การลุกนั่ง
2. จัดเตรียมสิ่งของเครื่องใช้เท่าที่จำเป็น เช่น แก้วน้ำ ขวดน้ำ ยาสีฟัน และแปรงสีฟันไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการหยิบใช้
3. ดูแลให้ได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย โดยให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่าที่สามารถปฏิบัติได้
5. ให้กำลังใจและให้คำชมเชยผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง

การประเมินผล

ผู้ป่วย สามารถรับประทานอาหารต่างๆได้เอง ช่วยในการพลิกตะแคงตัวโดยใช้มือจับไม้กั้นเตียงและขาข้างที่ไม่หักช่วยยัน

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสอบถามว่าหลังผ่าตัดแล้วจะเดินได้เหมือนเดิมหรือไม่
2. สีหน้าไม่สดชื่น
3. มีประสบการณ์ในการผ่าตัดและนอนโรงพยาบาลมาก่อน

วัตถุประสงค์

คลายความวิตกกังวลและมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติและปัจจัยต่างๆต่อการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความกลัว ความวิตกกังวลของทั้งผู้ป่วยและญาติ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

2 สร้างสัมพันธภาพและความเข้าใจอันดีแก่ผู้ป่วยและญาติ อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การผ่าตัด และอธิบายให้ทราบถึงความพร้อมของบุคลากร และอุปกรณ์ในการผ่าตัด ความเชี่ยวชาญของแพทย์ผ่าตัดและพยาบาลส่งผ่าตัด รวมทั้งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเมื่อผ่าตัดเสร็จแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ

3 อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย

3.1 การเตรียมทางกฎหมายโดยการเซ็นติใบยินยอมก่อนผ่าตัด

3.2 อธิบายถึงการเตรียมทั่วไป เช่น การตรวจเลือด การตรวจคลื่นหัวใจ การถ่ายภาพรังสีปอด การเตรียมเลือดไว้เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากการเสียเลือด

3.3 การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป ปาก ฟัน ฝ่ามือ เล็บมือ เล็บเท้า ตัดให้สั้น ถ้ามีพินปลอมให้ถอดออกก่อนไปห้องผ่าตัด

3.4 การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด การล้างทำความสะอาดด้วย 2% chlorhexidine .ในตอนเย็นก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

3.5 การเตรียมระบบทางเดินอาหาร งดน้ำงดอาหารทางปากตั้งแต่เที่ยงคืนวันที่จะทำผ่าตัด หรือตามแผนการรักษา และให้สวนอุจจาระก่อนนอน

4 ในกรณีที่แพทย์ให้ฉีดยาเข้าไขสันหลัง เพื่อให้ชาก่อนที่จะทำผ่าตัด หลังจากที่ผู้ป่วยกลับมาที่หอผู้ป่วยแล้ว ให้นอนราบต่ออีก 8-12 ชั่วโมง

5 แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด Deep breathing และ Effective cough การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps setting exercise) การออกกำลังกายข้อสะโพก

6 เปิดโอกาสให้พูดคุย ชักถามข้อสงสัยได้อย่างเต็มที่ หรืออาจให้ดูรูปภาพเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จะใส่ให้กับผู้ป่วย

7. แนะนำครอบครัวและญาติ ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม

8 แนะนำผู้ป่วยข้างเตียงที่ป่วยเป็นโรคเดียวกัน และได้รับการผ่าตัดหายดีแล้ว ให้ผู้ป่วยได้รู้จักและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถทำตามคำแนะนำได้ เช่นการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้บาร์โหนดในการช่วยขยับตัวได้ และยินยอมผ่าตัด

ปัญหาที่4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ข้อมูลสนับสนุน

1 ผู้ป่วยนอนท่าเดียวตลอดเวลา เปลี่ยนอิริยาบถจะปวด

2 เข้า skin traction rt leg

3 ผิวนางบาง เหี่ยวยุ่น

4 ต้องนอนบนเตียงเป็นเวลานาน

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถพลิกตะแคงตัวได้ ทุก 2 ชั่วโมง
2. ผิวหนังบริเวณก้นกบ ตาตุ่ม และ สันเท้าไม่มีรอยแดง ถลอก

กิจกรรมการพยาบาล

- 1 ประเมินลักษณะของผิวหนังที่บริเวณถูกกดทับว่ามีรอยแดง รอยถลอก มีแผล หรือมีการลอกหลุดของผิวหนังโดยเฉพาะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกทุกส่วน
- 2 ดูแลความสะอาดของผิวหนัง โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณหลัง และก้นกบ ให้แห้ง สะอาด อยู่เสมอ
- 3 ดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ผ้าปูที่นอนที่สะอาด และปูให้เรียบตึง ไม่ควรให้ผิวหนังผู้ป่วยสัมผัสกับผ้าฝ้ายโดยตรง เพื่อป้องกันการอับชื้น และการเสียดสี
- 4 ลดแรงกดทับตามปุ่มกระดูกต่างๆ โดยกระตุ้นให้ขยับตัวยกก้นลอยพ้นจากพื้นเตียง หรือช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
- 5 ใช้ที่นอนฟองน้ำรองนอน เพื่อลดแรงกดทับที่ผิวหนังส่วนต่างๆ
- 6 กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียง อวัยวะส่วนที่ไม่ถูกจำกัดความเคลื่อนไหว เพื่อให้มีการเคลื่อนไหว ไม่เกิดการกดทับตลอดเวลา

การประเมินผล

ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง บริเวณปุ่มกระดูก ก้นกบ ตาตุ่ม สันเท้า ไม่มีรอยแดงและถลอก

ปัญหาที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เกี่ยวกับข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ปอดบวม ปอดแฟบ

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 ผู้ป่วยนอนท่าเดียวนานๆ
- 2 ผู้ป่วยบ่นปวดสะโพกขวา ไม่อยากขยับตัว หรือ เคลื่อนไหว
- 3 ผู้ป่วยมี fracture neck of rt.femur

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ไม่มีอาการปอดบวม ปอดแฟบ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1 ไม่มีอาการปอดบวม ปอดแฟบ
- 2 ไม่มีภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1 ประเมินลักษณะการหายใจ และฟังเสียงปอดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
- 2 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความสำคัญของการเคลื่อนไหวข้อ และกำลังของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อต้นขา การออกกำลังกายเพื่อช่วยเลือดไหลเวียนดี ช่วยในการสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่างๆ
- 3 แนะนำกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายข้อต่างๆ แนะนำการทำ active range of motion .ในส่วน of กล้ามเนื้อที่มีกำลังและสามารถทำได้

- 4 แนะนำการเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ โดยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และพยายามทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เพื่อให้มีการทำงานของข้อ และ กล้ามเนื้อตามปกติ
- 5 แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น จำพวกโปรตีนและแคลเซียมสูง
- 6 แนะนำการบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบ
- 7 ฝึกการเคลื่อนไหวบนเตียง โดยการพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่าใช้ไม้กั้นเตียง หรือ บาร์โหนช่วย
- 8 กระตุ้นให้มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เท่าที่จะสามารถทำได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยสนใจเวลาแนะนำ และปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ สามารถเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ได้เป็นปกติไม่มีอาการปวดบวม ปวดแฟบ

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 ผล BS 413mg%
- 2 ผล DTX premeal 147 mg%
- 3 มีอาการหิวบ่อย กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย จำนวนมาก
- 3 ชอบรับประทานขนมหวาน ชอบอาหารหวานมัน ทานจุบจิบ

วัตถุประสงค์

ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

การประเมินผล

- 1 สามารถเลือกทานอาหารที่มีประโยชน์ในปริมาณเพียงพอไม่เกินปริมาณความต้องการของร่างกายและทานอาหารตรงเวลา ไม่ทานจุบจิบ
- 2 ไม่มีอาการ Hyperglycemia คือ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำบ่อย หิวบ่อย อ่อนเพลีย เหนื่อยแรง อาการขาดน้ำรุนแรง ซึม เพ้อ หมดสติ
- 3 vital sign ปกติ
- 4 FBS = 80-120 mg%

กิจกรรมการพยาบาล

- 1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตรงตามเวลาในปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- 2 สังเกตอาการของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง
- 3 ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
- 4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและฉีดยาอินซูลินตามแผนการรักษา
- 5 ติดตามผลเลือดเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด (blood sugar) ถ้ามีค่าสูงมาก รายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้การรักษาต่อไป

6 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงนานๆ โดยไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับปกติได้

7 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และย้าให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกินให้ถูกต้อง และการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

การประเมินผล

1 ผู้ป่วยบอกได้ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และพยายามลดอาหารทอด อาหารหวาน พยายามออกกำลังกายบนเตียงทุกวันวันละประมาณ 15-30 นาที

2 ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hyperglycemia และ Hypoglycemia

3 T = 36.5 องศาเซลเซียส P = 70 ครั้ง/นาที R = 18 ครั้ง/นาที BP = 124/78 มิลลิเมตรปรอท

4 FBS = 148 mg%

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1 ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ เมื่อ 20 ปีมาแล้ว

2 ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวลไม่แจ่มใส เมื่อทราบว่าตนเองต้องได้รับการผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1 ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

2 ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

การประเมินผล

1 ประเมินความวิตกกังวลด้วยการสังเกตอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ระดับการวิตกกังวลลดลง ยินยอมให้การรักษาตามแผนการรักษา

2 ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้

กิจกรรมพยาบาล

1 สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว และแจ้งวัตถุประสงค์การพูดคุยทุกครั้ง

2 ประเมินสภาวะจิตใจ โดยเฉพาะความวิตกกังวลของผู้ป่วย

3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวล ในขณะเดียวกัน เป็นผู้รับฟังที่ดี สนใจทั้งคำพูดและความรู้สึกของผู้ป่วย

4 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ

5 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยบอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง ก่อนทำกิจกรรมต่างๆ และสอบถามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนแผนการรักษาพยาบาลให้เหมาะสม

6 แนะนำวิธีผ่อนคลาย หรือซักถามความสนใจของผู้ป่วย เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง การทำสมาธิ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไม่ให้หมกมุ่นในเรื่องการเจ็บป่วย

7 แสดงสีหน้าเป็นมิตร พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ พร้อมให้การดูแลด้วยความจริงใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร และเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วย

8 ให้ความรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม แนะนำลักษณะทั่วไปของห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น สีของชุดบุคลากรที่ใส่บทบาทและหน้าที่ในการปฏิบัติงานของห้องผ่าตัด

9 ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ท่าที่ใช้ในการทำผ่าตัด วิธีการใช้าระงับความรู้สึก การดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เพื่อลดความวิตกกังวลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเมื่อเข้าไปในห้องผ่าตัด

10 ให้ความเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคล โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น

การประเมินผล

- 1 ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด
- 2 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น พูดคุยมากขึ้น
- 3 ผู้ป่วยสามารถพักผ่อน นอนหลับได้

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ในระยะก่อนผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 จากการซักถามผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเหตุการณ์การผ่าตัดครั้งแรกไม่ได้
- 2 จากการสอบถามและประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยมาสามารถตอบข้อซักถามได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

- 1 ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น และเข้าใจแผนการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด
- 2 ผู้ป่วยบอกสิ่งที่ต้องปฏิบัติได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

- 1 ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น
- 2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด พร้อมทั้งอธิบายวิธีการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ
- 3 ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะรักษาด้วยวิธีผ่าตัด วิธีป้องกันและกำจัดอาการข้างเคียงหลังผ่าตัด การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันก่อนผ่าตัด

4 เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมทั้งตอบคำถามด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

5 ประเมินผลภายหลังการสอน และอธิบายเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน

6 ให้ความรู้การปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้อ่านบททวนหลังจากที่มีการอธิบายขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติตัวแล้ว

การประเมินผล

- 1 ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง
- 2 ผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตัวถูกต้อง
- 3 ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

การพยาบาลระยะผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 มีโอกาสเกิดการผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 ในการผ่าตัดแต่ละวัน มีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องผ่าตัดเป็นจำนวนมาก
- 2 เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดในห้อง emergency อาจมีการสลับคิวผ่าตัดตามความเร่งด่วนของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

- 1 ไม่เกิดความผิดพลาดจากการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
- 2 ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากกระบวนการผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาล

ขั้นตอนการ Sign in

1. ทีมผ่าตัด ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ /วิสัญญีพยาบาล และ พยาบาลห้องผ่าตัด ร่วมกันดำเนินการดังต่อไปนี้

1.1 ยืนยันความถูกต้อง (verification) ของชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด โดยมีหลักการสำคัญคือ ต้องยืนยันกับผู้ป่วย

1.2 ทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด (mark site) โดยทีมผ่าตัดจะต้องสื่อสารและตรวจสอบร่วมกัน

1.3 ตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในกระบวนการระงับความรู้สึก

1.4 ตรวจสอบว่ามี pulse oximeter ติดให้ผู้ป่วยและใช้งานได้

1.5 ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา

1.6 ตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก หรือเสียงที่จะเกิดอาการสำลัก ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

1.7 ตรวจสอบว่ามีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก ถ้ามีความเสี่ยงให้ใส่สายสวน(cannula/catheter) ในหลอดเลือดดำส่วนปลาย (peripheral vein) 2 ตำแหน่ง หรือหลอดเลือดดำส่วนกลาง และเตรียมสารน้ำที่จะให้ทดแทน

2.ก่อนลงมีด (Time out)

ทีมผ่าตัดประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด ร่วมกันดำเนินการต่อไปนี้

2.1 สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง เพื่อยืนยันการเข้าผ่าตัดถูกต้อง

2.2 ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวยืนยัน ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และ ตำแหน่งที่จะทำผ่าตัด

2.3 ควรให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 30-60 นาที ก่อนลงมีด

2.4 ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญ หรือขั้นตอนที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การคาดคะเนระยะเวลาผ่าตัด และการสูญเสียเลือด

2.5 วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ทบทวนปัญหาที่ต้องระวังในผู้ป่วยเฉพาะราย

2.6 พยาบาลตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และ อื่นๆ ว่าการทำให้ปราศจากเชื้อมีความถูกต้อง ครบถ้วน

2.7 การเตรียมพร้อมเพื่อนำเสนอภาพทางรังสี หรือข้อมูลคลินิกอื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ระหว่างผ่าตัด

3. ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (Sign out)

ทีมผ่าตัดประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกันดำเนินการดังนี้

3.1 ยืนยันชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง และตัวบ่งชี้ (identification) ของกายอุปกรณ์หรือสิ่งใส่เทียม (prosthesis) ที่ใส่ให้ผู้ป่วย

3.2 การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับล้าง และ เข็มเย็บ ครบถ้วน

3.3 การเขียนป้ายส่งตรวจให้ถูกต้อง

3.4 ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ให้ระบุปัญหาและวิธีแก้ไข

3.5 ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด และต้องแจ้งให้ทีมพักฟื้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

(ข้อ 3.1-3.4 พยาบาลห้องผ่าตัดกล่าวให้ทีมผ่าตัดได้ยิน และขอคำยืนยันด้วยวาจาจากทีม

ประเมินผล

1 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้อง ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง และถูกชนิดของการทำผ่าตัด

2 มีการปฏิบัติตามกระบวนการป้องกันการป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้จากการผ่าตัดทั้ง 3 กระบวนการ

3 ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากกระบวนการผ่าตัด

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเลือดเส้นประสาท จากการจัดทำ

ข้อมูลสนับสนุน

1 ผู้ป่วยได้รับการจัดท่านอนตะแคงข้างขวา และขณะทำความสะอาดจะมีการยกขาผู้ป่วยขึ้นและแขวนค้ำไว้

2 ผู้ป่วยสูงอายุ ผิวหนังบอบบาง

3 การผ่าตัดใช้เวลามากกว่า 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาท จากการจัดทำ

กิจกรรมการพยาบาล

1 จัดเตรียมอุปกรณ์จัดทำให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2 ใช้หมอนหรือวัสดุที่ใช้รองรับน้ำหนัก ในบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูกและบริเวณที่มีแรงกด ได้แก่ บริเวณศีรษะ ไหล่ ข้อศอก ข้อพับเข่าและส้นเท้า

3 เมื่อจบการผ่าตัด ให้เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างช้าๆ ด้วยความนุ่มนวล และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง

ประเมินผล

1 ไม่พบรอยแดง รอยฟกช้ำ หรือรอยถลอกของผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ

2 ไม่พบการบาดเจ็บของกลุ่มเส้นประสาทเบรเคียล โดยผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวนิ้วมือ และรับรู้สึกลายนิ้วได้เป็นปกติ

ปัญหาที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน

1 มีการฟอกทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัดด้วยน้ำยา 2% chlorhexidine และมีการทายาฆ่าเชื้อซ้ำถ้าไม่ระวังจะทำให้ผิวหนังส่วนที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเปียกบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า

2 ขณะทำผ่าตัดมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องจีไฟฟ้า

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบเครื่องจีไฟฟ้าและแผ่นตัวนำไฟฟ้าให้พร้อมใช้งาน

2. สังเกตบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้ามักมีการขึ้น หรือเปียกน้ำยาฆ่าเชื้อหรือไม่ ถ้ามี ให้ทำความสะอาดโดยการใช้ผ้าซับให้แห้ง

3. ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า(plate) ในบริเวณที่มีกล้ามเนื้อมากๆ เช่น ต้นขา หลีกเลี่ยงไม่ติดแผ่นนำไฟฟ้าบริเวณที่มีขนมากๆ บริเวณที่เปียกชื้นได้ง่าย บริเวณที่มีการใช้ข้อเทียมต่างๆที่เป็นเหล็กเช่น ข้อสะโพก

4. ลอกแผ่นสื่อนำไฟฟ้าออกจากผิวหนังผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ลอกตามแนวเส้นขน เพื่อลดการบาดเจ็บบริเวณผิวหนัง

5. ประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วย โดยเฉพาะบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า ทั้งก่อนและหลังการใช้เครื่องจีตัดด้วยไฟฟ้า พร้อมทั้งบันทึกในเอกสาร

ประเมินผล

1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า

2 ไม่พบรอยไหม้หรือตุ่มน้ำพอง บริเวณที่ลอกแผ่นสื่อนำไฟฟ้า

ปัญหาที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ (hypothermia) ขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1 อุณหภูมิของห้องผ่าตัด อยู่ประมาณ 20-24 องศาเซลเซียส

2 ก่อนได้รับการจัดท่าเพื่อผ่าตัด ผู้ป่วยบ่นว่าหนาว

3 ผู้ป่วยมีรูปร่างผอมบาง ไม่ชอบอากาศเย็น

วัตถุประสงค์

- 1 ป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ
- 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1 ท้มผ้าคลุมตัวผู้ป่วย ให้ความอบอุ่นตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น
- 2 ใช้เครื่องเป่าลมร้อน คลุมบริเวณหน้าอก แขน ขณะผ่าตัด
- 3 ปรับอุณหภูมิในห้องให้เหมาะสม อยู่ระหว่าง 20-24 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหนาวสั่น ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น และร่างกายต้องใช้ออกซิเจนมากขึ้น

ประเมินผล

- 1 ผู้ป่วยไม่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำกว่าปกติ สีผิวบริเวณปลายมือ ปลายเท้าปกติ ผิวหนังอุ่น
- 2 ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายขณะผ่าตัด 36.5 องศาเซลเซียส
- 3 ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น

ปัญหาที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะสูญเสียโลหิตในระยะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

การผ่าตัด bipolar hemiarthroplasty เป็นการผ่าตัดใหญ่ และทำบริเวณกระดูกต้นขา (femur) ไม่สามารถใช้สายรัดห้ามเลือดได้ การผ่าตัดลักษณะนี้มีความเสี่ยงในการเสียเลือดมาก

จุดประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการสูญเสียโลหิต

กิจกรรมพยาบาล

- 1 เตรียมเครื่องจี้ไฟฟ้าให้พร้อมใช้งานขณะผ่าตัด เพื่อการจี้ห้ามเลือด
- 2 อำนวยความสะดวกให้วิสัญญีประสานงานในการเตรียมเลือด และสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้พร้อม
- 3 ประเมินการสูญเสียโลหิต จากจำนวนโลหิตในขวดของเครื่องดูดสุญญากาศ (suction) จัดบันทึกปริมาณน้ำที่ใช้ล้างแผลผ่าตัด และประเมินภาวะการสูญเสียโลหิต เพื่อดำเนินการแก้ไขทันที่

ประเมินผล

- 1 ผู้ป่วยมีความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงลดลงไม่เกิน 20% เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตเดิม ความดันโลหิตขณะผ่าตัด 140/84 มิลลิเมตรปรอท
- 2 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว
ผิวหนังผู้ป่วยไม่ซีด และไม่เย็น เมื่อสัมผัส

ปัญหาที่ 6 มีความเสี่ยงจากการติดเชื้อขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 2 จากการประเมินของวิสัญญี ผู้ป่วยมีค่า ASA score เท่ากับ 3

จุดประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ

กิจกรรมพยาบาล

- 1 เตรียมสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้แข็งแรงก่อนผ่าตัด
- 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ไม่เกิน 180 mg/dl ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
- 3 ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายและควรสระผมให้สะอาดในตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด 1 วัน
- 4 เตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด ไม่ควรโกนขน แต่ถ้าจำเป็นให้ใช้การขลิบขนด้วย clipper และควรทำไถ่กับเวลาผ่าตัดที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
- 5 ทำความสะอาดและเตรียมผิวหนังบริเวณต้นขาขวาและบริเวณโดยรอบ ด้วยน้ำยาทำลายเชื้อที่มีส่วนผสมของ alcohol เช่น 2% chlohexidine และใช้ผ้าปลอดเชื้อปูบริเวณที่จะทำผ่าตัด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคจากบริเวณรอบนอกมาสู่บริเวณที่จะทำผ่าตัด
- 6 เตรียมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ทำความสะอาดเตียงผ่าตัด และอุปกรณ์ภายในห้องผ่าตัด ให้สะอาด ดูแลให้มีอุณหภูมิ และความดันให้พอเหมาะตามมาตรฐานของ CDC guideline
- 7 ปิดประตูห้องผ่าตัดตลอดเวลา จะเปิดให้คนผ่านเฉพาะเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง
- 8 ตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัด ต้องปราศจากเชื้อ และมี indicator ที่แสดงว่าผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีใด
- 9 แพทย์และพยาบาลที่ช่วยในการผ่าตัด ทำความสะอาดมือให้ถูกต้องโดยล้างมือแบบ surgical hand scrub ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ซึ่งแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องฟอกมือด้วยสบู่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น Chlorhexidine 4% ตั้งแต่ มือ แขน ถึงข้อศอกให้ทั่ว เป็นเวลา 2-5 นาที
- 10 รักษาอุณหภูมิของร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติด้วยการใช้อุปกรณ์เพิ่มความอบอุ่นทั้งในระหว่าง การผ่าตัดและหลังผ่าตัด
- 11 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา antibiotic ภายในเวลาที่กำหนดดีที่สุดควรให้ขณะลงมีดผ่าตัด
- 12 เมื่อทำผ่าตัดเสร็จ ปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลที่ปราศจากเชื้อโรคให้เหมาะสมกับขนาดของแผลผ่าตัด

ประเมินผล

- 1 เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดมี indicator ที่แสดงว่าผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ
- 2 ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกายปกติอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดไม่มีอาการบวม แดง ร้อน ไม่มี discharge ซึม
- 3 ค่า FBS ของผู้ป่วยวันผ่าตัด 140 mg/dl

ปัญหาที่ 7 มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุไม่พึงประสงค์ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยยังมีอาการสะลึมสะลือ และขาทั้งสองข้างยังไม่มีความรู้สึก

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาล

1 เตรียมอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายให้เหมาะสม เช่น เปลนอนให้สามารถปรับท่านอนได้ ออกซิเจน padslide

2 การย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดไปยังเปลนอนหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยยังมีอาการสะลึมสะลือจากการดมยาสลบ ต้องมีผู้ช่วยย้ายไม่ต่ำกว่า 4 คน คือประคองบริเวณศีรษะ ลำตัว 2 ข้าง และปลายเท้าผู้ป่วย นอกจากนั้นต้องยกเหล็กกันเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง แขนวนสารน้ำด้านเดียวกับแขนข้างที่ให้ แขนวนรองรับน้ำปัสสาวะกับข้างเตียงด้านเดียวกับที่ปิดพลาสติกไว้ที่ต้นขา ดูแลแขน ขา ผู้ป่วยไม่ให้ยื่นออกนอกเปลนอน ไม่เข็นเปลเร็วเกินไป และสังเกตอาการของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่เคลื่อนย้าย

3 ส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้นและรายงานข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยในระยะผ่าตัดให้พยาบาลห้องพักฟื้นทราบเกี่ยวกับ

3.1 โรคและชนิดของการผ่าตัด

3.2 ชนิดของยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ

3.3 ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

3.4 ชนิด/จำนวนท่อระบายต่างๆที่ออกมาจากผู้ป่วย

3.5 การรักษาพยาบาลที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

4 ถ้าต้องย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ต้องรายงานข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยข้างต้นให้แก่พยาบาลที่หอผู้ป่วยหนักทราบล่วงหน้า

ประเมินผล

1 ไม่มีอวัยวะเช่น แขน หรือ ขา ผู้ป่วยยื่นออกมานอกเปลขณะเคลื่อนย้าย

2 ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บขณะเคลื่อนย้าย

3 ท่อระบายหรือสายต่างๆ ที่ออกมาจากร่างกายผู้ป่วยไม่ถูกดึงรั้ง

4 พยาบาลห้องผ่าตัดส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลห้องพักฟื้น หรือ พยาบาลหอผู้ป่วยหนักอย่างครบถ้วน

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

1 หลังผ่าตัดใหม่ๆผู้ป่วยยังไม่ฟื้นจากการดมยาสลบตี

2 ผู้ป่วยยังมีอาการสะลึมสะลือ เรียกว่ายังไม่ค่อยรู้สึกตัว

กิจกรรมพยาบาล

1 กรณีผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวหรือมีการหายใจไม่เพียงพอ ให้จับศีรษะผู้ป่วยตะแคงเล็กน้อยและยกคางขึ้น เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจและเตรียมเครื่องดูดเสมหะให้พร้อมใช้

2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน canular 3 lit/min

3 สังเกตสีของผิวหนังและเยื่อเมือกซึ่งบ่งชี้สภาวะของการพร่องออกซิเจน เช่น มีสีคล้ำบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า พร้อมทั้งจดบันทึกค่า O_2 เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และรายงานให้แพทย์ทราบ

4 กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดีจัดให้ผู้ป่วยนอน Fowler's position กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ สังเกตลักษณะการหายใจ จำนวนครั้ง เสียงหายใจที่ผิดปกติ โดยประเมินทุก 15 นาที หรือตามสภาวะของผู้ป่วยและรีบรายงานแพทย์ หากพบอาการผิดปกติ

5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดปริมาณการใช้ออกซิเจน

6 เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจ เช่น AMBU bag ท่อช่วยหายใจ และยาที่ใช้ในกรณีฉุกเฉินให้พร้อมใช้

ประเมินผล

1 ผู้ป่วยไม่มีการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น มีสีคล้ำบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า

2 ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และค่า Oxygen saturation ไม่ต่ำกว่า 95%

ปัญหาที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติภายหลังผ่าตัด
ข้อมูลสนับสนุน

ภาวะเลือดออกไม่หยุดและต้องมาเปิดผ่าตัดซ้ำเพื่อหยุดเลือดเป็นภาวะที่สามารถพบได้ใน 24 ชั่วโมงแรก
หลังผ่าตัด

จุดประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดออกผิดปกติ

กิจกรรมพยาบาล

1 ประเมินแผลผ่าตัดโดยดูผ้าปิดแผลว่าแห้งหรือมีเลือดซึมอยู่เล็กน้อยเพียงใดควรทำเครื่องหมายและบันทึกเวลาเพื่อเปรียบเทียบกับการตรวจดูครั้งต่อไปและประเมินเลือดที่ออกมาจากท่อระบายต่างๆถ้ามีปริมาณเลือดออกเพิ่มมากขึ้นผิดปกติต้องรายงานแพทย์

2 บันทึกชีพจรและความดันโลหิตทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะช็อคจากเลือดออกผิดปกติซึ่งมีอาการแสดงเช่น

2.1 ชีพจรเต้นเร็วขึ้นกว่าเดิม 10-20 ครั้ง/นาที และเต้นเบาจากความดันหลอดเลือดแดงต่ำ

2.2 ความดันต่ำลงกว่าปกติมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท และ pulse pressure แคบ

2.3 ความรู้สติเปลี่ยนไปจากเดิม กระวนกระวาย กระสับกระส่าย สับสน เอะอะ บางรายอาจซึมลงจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

2.4 อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ผิวหนังซี้น เย็นปลายมือปลายเท้า

3 สังเกตและบันทึกจำนวนการเสียเลือดจากสิ่งที่ขับหลั่งออกมาจากร่างกายทั้งหมด เช่น ปัสสาวะ อาเจียน ถ้าพบว่าผิดปกติต้องรายงานให้แพทย์ทราบ

ประเมินผล

1 ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของหัวใจคงที่หรือเพิ่มขึ้นจากเดิมไม่เกิน 10-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะความดันโลหิตตก (blood pressure drop) หรือ pulse pressure แคบ ความดันโลหิต 148/78 มิลลิเมตรปรอท

2 ไม่มีเลือดออกมากผิดปกติ (active bleeding) บริเวณแผลผ่าตัด และท่อระบายที่ออกจากร่างกาย

3 ผู้ป่วยไม่มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย สับสน เอะอะ หรือซึมลง จากการที่มีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์

ข้อมูลสนับสนุน

1 ผู้ป่วยมีการดื่มน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

2 จากการสังเกต ผู้ป่วยมีริมฝีปากแห้ง บ่นทิวน้ำ

3 ค่า โปแตสเซียมหลังผ่าตัด 3.1 mmol/L

4 ค่า โซเดียมก่อนผ่าตัด 131 mmol/L

จุดประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์

กิจกรรมพยาบาล

1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำหรือเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ดูแลปลายเข็ม intravenous catheter ให้อยู่ในตำแหน่งในเส้นเลือดไม่ให้เกิดเลื่อน

2 ประเมินปริมาณน้ำที่เข้าและน้ำออกจากร่างกายทุกชั่วโมงอย่างถูกต้อง

3 สังเกตอาการขาดน้ำของผู้ป่วยและรายงานแพทย์หากพบอาการผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรเบาเร็ว ปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ หรือมีอาการกระหายน้ำ ริมฝีปากแห้ง

4 สังเกตภาวะน้ำเกินของผู้ป่วย เช่น มีอาการกระสับกระส่าย เหนื่อยหอบ ไอ และเสมหะเป็นฟองสีชมพู หรือระดับ Central venous pressure สูงเกิน 15 เซนติเมตรน้ำ

5 กรณีที่มีการเจาะเลือดตรวจหาค่า อิเล็กโทรลัยท์ ต้องติดตามผลการเจาะเลือด ถ้าพบว่าผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที

ประเมินผล

1 ผู้ป่วยได้รับสารน้ำหรือเลือดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

2 ปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายมีความสมดุลกัน

3 ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรเบาเร็ว ปัสสาวะออกน้อยกว่าปกติ

4 ค่า โปแตสเซียม (K) = 4.2 mmol/L โซเดียม (Na)=135 mmol/L

5 ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน เช่น มีอาการกระสับกระส่าย เหนื่อยหอบ ไอ และเสมหะเป็นฟองสีชมพู หรือระดับ central venous pressure สูงเกิน 15 เซนติเมตรน้ำ

ปัญหาที่ 4 อาจเกิดภาวะไม่สบายหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ในการทำผ่าตัด bipolar hemiarthroplasty ผู้ป่วยได้รับการจัดท่านอนตะแคง การผ่าตัดใช้เวลาตั้งแต่เริ่มเตรียมผู้ป่วย 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยเกิดภาวะไม่สบายจากการนอนท่าเดียวนานๆ

จุดประสงค์

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและปลอดภัย

กิจกรรมพยาบาล

- 1 จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนอิริยาบถตามความเหมาะสมและระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ
- 2 ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดจากการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ เนื่องจากไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เช่น บริเวณไหล่ หลัง หรือน่อง อาจช่วยบิบนวดให้เปลี่ยนท่านอนจะช่วยคลายกล้ามเนื้อได้
- 3 ประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอโดยใช้เครื่องมือ Numerical rating scale ที่มีค่าคะแนนความเจ็บปวดตั้งแต่ 0 (ไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด) ถึง 10 (เจ็บปวดมากที่สุด และถ้า pain score มากกว่า 5 และผู้ป่วยต้องการได้รับยาแก้ปวด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์
- 4 ดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดขณะที่ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยจัดให้ผู้ป่วยตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งแล้วบ้วนสิ่งที่อาเจียนลงในภาชนะที่เตรียมไว้ และเช็ดทำความสะอาดบริเวณปากด้วยผ้าชุบน้ำ
- 5 ทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้าถ้ามีการเปียกชื้น
- 6 ป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นโดยเอาเหล็กที่กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ด้าน หลังจากให้การพยาบาล

ประเมินผล

- 1 ผู้ป่วยนอนในท่าที่เหมาะสมกับระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย
- 2 ผู้ป่วยไม่บ่นปวดจากการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ เนื่องจากไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน
- 3 ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และเมื่อประเมินระดับความปวด ผู้ป่วยมี pain score ลดลงเหลือ 3
- 4 ผู้ป่วยเข้าใจภาวะไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการผ่าตัด เช่น อาการปวดหัวไหล่
- 5 เหล็กกั้นเตียงถูกยกขึ้นทั้งสองข้างหลังจากการให้การพยาบาลสิ้นสุดลง

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับผลการผ่าตัด
- 2 ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

จุดประสงค์

ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์และจิตสังคม

กิจกรรมพยาบาล

- 1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วและขณะนี้อยู่ในห้องพักรักษา
- 2 แจ้งให้ญาติและครอบครัวผู้ป่วยทราบว่าขณะนี้ผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว และพักอยู่ในห้องพักรักษา มีพยาบาลดูแลคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด
- 3 สนใจตอบคำถามในรายละเอียดที่ผู้ป่วยต้องการอย่างเหมาะสม
- 4 เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย แสดงออกโดยใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล ไม่แสดงคำพูดและกิริยาไม่พอใจ เมื่อผู้ป่วยไม่ร่วมมือ

5 เคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคล โดยบอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนทุกครั้งที่ทำให้การพยาบาล และระมัดระวังในการเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ขณะให้การพยาบาล

6 ในรายที่ได้ยาระงับปวด ควรรอให้ระยะการออกฤทธิ์สูงสุดของยาผ่านพ้นไปก่อนที่จะส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

7 สรุปรปริมาณน้ำเข้า น้ำออก ขนาด และชนิดของยาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับในห้องพักฟื้นลงใน perioperative record

8 รายงานพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยจะย้ายกลับไปให้ทราบถึงอาการของผู้ป่วย สิ่งที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ อุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นต้องเตรียมสำหรับผู้ป่วย

ประเมินผล

- 1 ผู้ป่วยและญาติทราบว่าทำผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วขณะนี้ยังอยู่ในห้องพักฟื้น
- 2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยพยาบาลอย่างใกล้ชิด

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดเข้าทางไขสันหลัง เช่น ปวดศีรษะ หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
- 2 ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดเข้าทางไขสันหลัง
- 3 ผู้ป่วยมีอาการชาตั้งแต่ต้นเอวจนถึงปลายเท้า

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น ปวดศีรษะ หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

เกณฑ์การประเมินผล

- 1 Vital sign อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1 check vital sign ถ้าพบผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลงมากกว่าร้อยละ 30 จากระดับก่อนได้ยาระงับความรู้สึก หรือ ความดัน systolic น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีอาการคลื่นไส้ร่วมกับความดันที่ลดลง ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน และ จัดทำให้ผู้ป่วยนอนยกขาสูงเพื่อเพิ่มเลือดดำไหลกลับสู่หัวใจ

2 ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดเข้าทางไขสันหลัง ที่พบบ่อยได้แก่ปวดศีรษะแบบตื้อๆบริเวณท้ายทอยและหน้าผาก อาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มีปัสสาวะคั่ง

3 จัดให้นอนราบบนเตียงอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง จะช่วยลดการรั่วของน้ำไขสันหลัง

4 ถ้าปวดศีรษะมากดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงของยา

5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อคงไว้ซึ่งน้ำไขสันหลังที่มีอยู่ และทำให้อัตราการสร้างน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น โดยให้ผู้ป่วยดื่มน้ำประมาณวันละ 3-4 ลิตร/วัน

6 สังเกตจำนวนปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซี /ชม.ให้รายงานแพทย์

การประเมินผล

1. vital sign ขณะอยู่ในห้องพักฟื้น อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 125/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์

2 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ นอนพักอ่อนได้

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 หลังทำผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมวันที่ 3 ชอบนอนตะแคงโดยขา 2 ข้างทับซ้อนกัน
- 2 ผู้ป่วยตอบไม่ได้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม

วัตถุประสงค์

ป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม

เกณฑ์การประเมินผล

- 1 ข้อเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง
- 2 ความยาวของขาทั้ง 2 ข้างเท่ากัน
- 3 ขาและข้อสะโพกไม่บิดผิดรูป
- 4 ข้อสะโพกไม่มีอาการบวม

กิจกรรมการพยาบาล

1 ประเมินภาวะของการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม คือ อาการปวดบริเวณข้อสะโพก ขาผิดรูป ความยาวของขาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน

2 จัดท่านอนให้ถูกต้องโดยขาข้างขวา(ข้างที่ทำผ่าตัด)ให้พัก (immobilization)อยู่ในท่าที่กางขาออกประมาณ 30 องศา (Abduction) เสมอทั้งท่านอนหงายและนอนตะแคง โดยใช้หมอนคั่นระหว่างขาเพื่อป้องกันขาหุบเข้า

3 ขณะพลิกตะแคงตัว ขาข้างขวาเหยียดตรงและกางออกพลิกไปด้านที่ไม่ได้ทำผ่าตัด ขณะพลิกตะแคงตัวให้ใช้หมอนคั่นระหว่างขาเพื่อป้องกันขาหุบเข้า

4 ป้องกันข้อสะโพกหมุนออกด้านนอกลำตัว (External rotation) โดยใช้ถุงทรายหรือผ้าม้วนที่มีน้ำหนักวางบริเวณด้านข้างของสะโพกและต้นขาทั้งสองข้างถึงปลายเท้า

5 พลิกตะแคงตัวโดยใช้เทคนิค Log rolling method คือ พลิกตะแคงตัวในลักษณะที่พลิกไปทั้งตัวเหมือนท่อนไม้โดยพลิกด้านที่ทำผ่าตัดขึ้นบน มีหมอนยาวสอดระหว่างขาทั้งสองข้าง เพื่อให้ขากางออกเสมอ

6 กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ Quadriceps exercise คือให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าขาเหยียดตรง กระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา กดเข่าลงบนที่นอนให้มากที่สุดขณะที่เกร็งกล้ามเนื้อให้นับ 1-5 ซ้ำๆ แล้วคลายกล้ามเนื้อ 5-10 วินาที แล้วเริ่มทำครั้งต่อไป โดยทำครั้งละ 5-10 รอบ วันละหลายๆรอบ

7 แนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัดโดยหลังผ่าตัดวันที่สองไข้เตียงนั่งศีรษะสูง 30-45 องศา หลังผ่าตัดวันที่สี่นั่งศีรษะสูง 60-90 องศา งอข้อสะโพกไม่เกิน 90 องศา เมื่อผู้ป่วยสามารถลงจากเตียงได้แล้ว ระวังการเปลี่ยน

อิริยาบถ เช่น อย่านั่งยองๆ หรือนั่งไขว่ห้าง ไม่นอนตัวไปข้างหน้า หรืองอสะโพกขึ้นมามาก ไม่หมุนตัวอย่างแรงและรวดเร็ว ไม่ยกของหนัก เพราะจะแรงกดบนสะโพกมากเกินไป

8 เมื่อผู้ป่วยต้องการขับถ่ายใช้หมอนอนชนิดแบน และช่วยนำหมอนนอนออกเมื่อขับถ่ายเสร็จ

การประเมินผล

1 ขาทั้งสองข้างผู้ป่วยยาวเท่ากันข้อสะโพกขาไม่บวม ผู้ป่วยนอนอยู่ในท่าที่ถูกต้องไม่หุบหรือขาข้างขวา

2 ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด พลิกตะแคงตัวได้ถูกต้อง สามารถทำ Quadriceps exercise

ได้เพียงวันละ 1-2 ครั้ง ต้องคอยกระตุ้น

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดที่สะโพกข้างขวา

2. ผู้ป่วยเป็นเบาหวาน FBS ก่อนผ่าตัด 180 mg%

วัตถุประสงค์

ป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1 แผลแห้งดีไม่มี discharge ซึม

2 ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส ใสดชื่น

3 สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมพยาบาล

1 ประเมินภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดโดยสังเกตลักษณะบวมแดงรอบๆแผล และ discharge ที่ซึมจากแผลผ่าตัด

2 ดูแล radivac drain ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3 Dressing แผล หลัง Off Redivac drain โดยใช้หลัก Aseptic technique

4 บันทึกสัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิถ้ามากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ให้ประเมินทุก 4 ชั่วโมง

5 ดูแลรักษาความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย

6 แนะนำผู้ป่วยไม่ให้แผลเปียกน้ำ และห้ามแกะแผล

7 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์และส่งเสริมการหายของแผล เช่น ไข่ นม เนื้อสัตว์และผักผลไม้

พวกส้ม

8 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์

9 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC ดูค่า WBC ถ้ามีค่า > 5,000-10,000 cuml แสดงว่าการติดเชื้อ

การประเมินผล

1 ไม่มีไข้ T = 36.5 องศาเซลเซียส

2 แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซึม แผลไม่มีลักษณะ บวม แดง ร้อน

ปัญหาที่ 9 มีโอกาสเกิดภาวะท้องผูก

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้น้อย
- 2 ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดท้องผูก
- 3 ผู้ป่วยบอกว่าหลังผ่าตัดมา 2 วัน ยังไม่ได้ถ่ายอุจจาระเลย
- 4 ผู้ป่วยบ่นท้องอืด

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้

กิจกรรมพยาบาล

- 1 จัดหา ช่วยเหลือ และแนะนำผู้ป่วยให้ดื่มน้ำ วันละ 1,500-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน เช่น
 - 1.1 แนะนำให้ดื่มน้ำ 1 แก้ว (250 ml) หลังตื่นนอนหรือก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง
 - 1.2 แนะนำให้ดื่มน้ำหลังอาหาร (มื้อละ 250-500 ml) และระหว่างมื้อ หรือจิบเป็นพักๆ หรือดื่มน้ำทันทีเมื่อรู้สึกกระหายน้ำ
 - 1.3 แนะนำให้งดเครื่องดื่มที่มีแทนนินหรือ คาเฟอีน เช่น ชา ชาเขียว กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
 - 1.4 อาจดื่มน้ำในรูปแบบอื่นๆ เช่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว หรือนมสด เป็นต้น
- 2 แนะนำญาติให้จัดหาอาหารให้ผู้ป่วย รับประทานเสริมจากอาหารที่รับประทานอยู่ เป็นประจำในแต่ละมื้อ ดังนี้
 - 2.1 อาหารที่มีใยอาหาร เช่น ส้มเขียวหวาน กุ้งแห้ง กุ้งก้ามกราม กุ้งกุลาดำ กุ้งกุลาดำน้ำจืด หรือ มะละกอสุก สับประรด 6-7 ชิ้นคำ ต่อหนึ่งมื้อ
 - 2.2 เครื่องดื่มที่ช่วยกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ น้ำผสมเม็ดแมงลักหรือน้ำลูกพรุน เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง ดื่ม 1 แก้วต่อวัน เวลาตามสะดวก
- 3 ดูแลช่วยเหลือให้คำแนะนำผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายตามสภาพและขอบเขตความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยในช่วงเวลานั้นๆ ดังนี้
 - 3.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเดินโดยมีผู้ดูแล เป็นระยะทาง 15 เมตร หรือเป็นเวลา 5 นาที วันละ 2 ครั้ง เข้าเย็น
 - 3.2 นวดคลึงท้อง เริ่มตั้งแต่หน้าท้องด้านขวา ขึ้นมาที่ใต้สะดือและวนมาที่หน้าท้องด้านซ้าย ให้ปฏิบัติก่อนอุจจาระครึ่งชั่วโมง
- 4 ดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยให้ถ่ายอุจจาระในเวลาเดียวกันหรือเวลาตามแบบแผนปกติทุกวัน

การประเมินผล

- 1 ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้ปกติทุก 1-2 วัน
- 2 ไม่บ่นท้องอืด ปวดแน่นท้อง

ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- 1 ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่าเมื่อกลับบ้านจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร
- 2 ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดเกี่ยวกับการเปลี่ยนข้อเทียมต่างๆ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถบอกการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

สามารถบอกการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมพยาบาล

แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

- 1 ห้ามงอสะโพกมากเกินไป 90 องศา เพราะอาจทำให้ข้อสะโพกเทียมที่ใส่ไว้หลุดได้
- 2 ห้ามไขว้ขาในขณะที่อยู่ในท่านอน นั่ง หรือ ยืน โดยเฉพาะเอาขาข้างที่ผ่าตัด ไปไขว้ขาข้างที่ดี
- 3 ห้ามนั่งเก้าอี้หรือเตียงที่เตี้ยเกินไป และห้ามนั่งยองๆ ควรเลือกเก้าอี้ที่สูงพอดีไม่ทำให้ข้อสะโพกงอมากกว่า 90 องศา ควรปรับเก้าอี้ให้สูงพอดี โดยใช้หมอนรองนั่งที่สูงขึ้น(เวลานั่งให้สะโพกอยู่ระดับสูงกว่าหัวเข่า)
- 4 ไม่ควรนั่งเก้าอี้ไม่มีที่วางแขน เพราะที่วางแขนจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในขณะที่ลุกขึ้นยืนหรือเปลี่ยนอิริยาบถ
- 5 ไม่ควรรีบร้อนลุกขึ้นยืน จนกว่าจะได้ทำที่พร้อมในการลุกเรียบร้อยแล้ว คือ เลื่อนตัวมาขอบเก้าอี้ นั่งและเหยียดขาข้างที่ทำผ่าตัดออกไปให้อยู่หน้าขาข้างที่ดี และงอขาข้างดีเล็กน้อย และจึงดันตัวขึ้นยืน พยายามให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดอยู่หน้าขาข้างดีเสมอ
- 6 ห้ามหมุนข้อสะโพกทั้งเข้าและออก พยายามให้อยู่ในท่าตรงปกติ ขณะนั่ง หรือเดิน
- 7 ห้ามนอนตะแคงทับขาข้างดี โดยไม่มีหมอนระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง เพราะจะทำให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดหุบเข้ามากเกินไป
- 8 ห้ามโน้มตัวหรืองอสะโพกขึ้นมามากเกินไปหรือเงยหัว หรือถ่วงหัว
- 9 ห้ามโน้มตัวมากเกินไป เมื่อก้มเก็บของจากพื้น ถ้าจำเป็นให้เหยียดขาข้างที่ทำผ่าตัดไปทางด้านหลังเสียก่อนแล้วย่อขาข้างดีลงจึงก้มตัวลงเก็บสิ่งของ
- 10 รักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การรักษาสุขภาพอนามัยไม่ดีพอ จะทำให้ร่างกายติดเชื้อได้ง่าย และทำให้เกิดโรคได้เช่น ไข้หวัด ทอนซิลอักเสบ ปอดบวม และฟันผุ เป็นต้น เชื้อโรคเหล่านี้สามารถนำไปสู่ข้อสะโพกเทียมได้โดยทางกระแสเลือด อาจมีผลทำให้ข้อสะโพกเทียมอักเสบได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นสุขอนามัยที่ควรปฏิบัติคือ
 - 10.1 รักษาความสะอาดของร่างกาย ปาก และฟัน และควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาด
 - 10.2 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น พวกรโปรตีน เนื้อ นม ไข่ เพื่อเป็นปัจจัยส่งเสริมการหายของแผล ไม่ควรรับประทานอาหารหมักดอง
 - 10.3 ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือของมีแอลกอฮอล์
 - 10.4 ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 แก้ว
 - 10.5 อยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก

10.6 พักผ่อนให้เพียงพอ

10.7 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

11 ควรระวังไม่ให้น้ำหนักตัวมากเกินไป เพราะจะทำให้ข้อสะโพกและข้อเข่ารับน้ำหนักมาก อาจทำให้เกิดอาการปวดได้

12 ควรบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

13 การใช้เครื่องพยุงเดิน 4 ขา(walker) ต้องขึ้นอยู่กับความเห็นแพทย์ว่าควรจะใช้เมื่อใด

14 ควรงดทำงานหนัก เช่น แบกหาม เพราะจะทำให้เกิดความเสื่อมของข้อสะโพกเร็วขึ้น

15 การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

16 มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถ้ามีอาการผิดปกติของข้อสะโพกข้างที่ทำผ่าตัด เช่น ปวดเสียวเวลาเดิน เคลื่อนไหวได้น้อยลง ส่วนของข้อสะโพกหมุนออก ได้รับอุบัติเหตุตรงที่ข้อสะโพก หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ ให้รีบมาพบแพทย์ทันที แม้จะยังไม่ถึงวันนัด

การประเมินผล

1 ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเองที่บ้าน

2 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวได้ถูกต้อง

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 81 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดบริเวณสะโพกขวา เดินไม่ได้ แพทย์ X-ray ให้พบว่ามี Closed fracture neck right femur ก่อนผ่าตัดแพทย์เจ้าของไข้ได้ปรึกษาแผนกอายุรกรรม และ วิสัญญีแพทย์ เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงในการผ่าตัด ทางอายุรกรรมและวิสัญญีแพทย์ อนุญาตให้ผ่าตัดได้ และได้ทำการผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty หลังผ่าตัดวันแรกผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดมาก แต่หลังฉีดยาแก้ปวดให้อาการปวดทุเลา สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีอาการข้างเคียงของยา หลังผ่าตัดวันที่ 2 แพทย์ให้ไข้เตียงนั่งได้ วันที่ 3 ให้ off drain ได้ แผลผ่าตัดแห้งดี และ off foley's cath ได้ สามารถปัสสาวะเองได้ สอนให้ผู้ป่วยเดินด้วยวอล์คเกอร์ (walker) หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เดินด้วย walker ได้ คล่อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมวันนอนทั้งหมด 13 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนผ่าตัด

- ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณสะโพกข้างขวา
- ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกระดูกข้อสะโพกหัก
- ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัด
- ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
- ปัญหาที่ 5 มีโอกาสอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ปอดบวม ปอดแฟบ
- ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง
- ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
- ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะผ่าตัด

- ปัญหาที่ 1 มีโอกาสเกิดการผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
- ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นเลือด เส้นประสาท จากการจัดท่า
- ปัญหาที่ 3 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า
- ปัญหาที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ (Hypothermia) ขณะผ่าตัด
- ปัญหาที่ 5 มีโอกาสเกิดภาวะสูญเสียโลหิตในระยะผ่าตัด
- ปัญหาที่ 6 มีความเสี่ยง จากการติดเชื้อมุ่ ขณะผ่าตัด
- ปัญหาที่ 7 มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุการล้ม หรือเหตุไม่พึงประสงค์ระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัด

- ปัญหาที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ
- ปัญหาที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ทางระบบไหลเวียนโลหิต เช่นภาวะเลือดออกผิดปกติภายหลังผ่าตัด
- ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะขาดความสมดุล ของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์
- ปัญหาที่ 4 อาจเกิดภาวะไม่สุขสบายหลังผ่าตัด
- ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม

ปัญหาที่ 8 มีโอกาสติดเชื้อแผลผ่าตัด

ปัญหาที่ 9 มีโอกาสเกิดภาวะท้องผูก

ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ปัญหาทุกข้อได้รับการแก้ไขทั้งหมด พร้อมทั้งให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

- 1 ห้ามงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา เพราะทำนี้อาจทำให้ข้อสะโพกเทียมที่ใส่ไว้หลุด
- 2 ห้ามไขว้ขาในขณะที่ยังอยู่ในท่านอน นั่ง ยืน โดยเฉพาะเอาขาข้างผ่าตัดไขว้ขาข้างดี
- 3 ห้ามนั่งเก้าอี้เตี้ยหรือนั่งยองๆ ควรเลือกเก้าอี้สูงพอที่จะไม่ทำให้ข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา ควรปรับเก้าอี้ที่นั่งให้สูงพอดี โดยใช้หมอนรองนั่งให้สูงขึ้น
- 4 ห้ามนั่งเก้าอี้ไม่มีที่วางแขน เพราะที่วางแขนจะช่วยได้ในขณะผู้ป่วยลุกยืนหรือเปลี่ยนอิริยาบถ
- 5 ห้ามลุกขึ้นยืนจนกว่าจะได้เตรียมท่าที่พร้อมในการลุกขึ้นเรียบร้อยแล้วคือ เลื่อนตัวมาริมเก้าอี้ที่นั่งแล้วเหยียดขาข้างที่ทำผ่าตัดออกไปอยู่หน้าขาข้างดี และงอขาข้างดีเล็กน้อย แล้วจึงดึงตัวขึ้นยืน พยายามให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดอยู่หน้าขาข้างดีเสมอ
- 6 ห้ามหมุนข้อสะโพก ทั้งเข้าและออก พยายามให้อยู่ในท่าตรงปกติ ขณะนั่ง นอน หรือเดิน
- 7 ห้ามหมุนข้อสะโพก ทั้งเข้าและออก พยายามให้อยู่ในท่าตรง ปกติ ขณะนั่ง นอน หรือเดิน
- 8 ห้ามโน้มตัวหรืองอข้อสะโพกขึ้นมาจนกระทั่งไร่องเท้าหรือถุงเท้าโดยปราศจากเครื่องช่วย
- 9 ห้ามโน้มตัวมากเกินไป เมื่อก้มเก็บของลงจากพื้น
- 10 การรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพราะถ้ารักษาสุขภาพไม่ดีพอ จะทำให้ร่างกายติดเชื้อโรคได้ง่าย และทำให้เกิดโรคขึ้นได้ เช่น ไข้หวัด ปอดบวม และฟันผุ เป็นต้น ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานี้เกิดขึ้น สุขอนามัยที่ควรปฏิบัติคือ
 - รักษาความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน และควรสวมเสื้อผ้าที่สะอาด
 - รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ควรรับประทานอาหารหมักดอง
 - ไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์
 - อยู่ในที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก
 - พักผ่อนให้เพียงพอ
 - ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว
 - ออกกำลังกายเบาๆตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ อย่าให้น้ำหนักตัวมากเกินไป จะทำให้ข้อสะโพก และเข่ารับน้ำหนักมากอาจทำให้ปวดได้
11. การบริหารร่างกายควรทำต่อไปประมาณ 2-3 เดือน หลังผ่าตัด
12. การใช้เครื่องพยุงเดิน 4 ขา (walker) ต้องขึ้นกับความเห็นของแพทย์ว่าจะเลิกใช้เมื่อใด
13. ควรรงทำงานหนักเช่น การแบกหาม เพราะจะทำให้เกิดความเสื่อมของข้อสะโพกเร็วขึ้น

14. ถ้ามีอาการผิดปกติ ของสะโพกข้างที่ทำผ่าตัด เช่น ปวดเสียวเวลาเดิน เคลื่อนไหวได้น้อยลง ส่วนของข้อสะโพกหมอนออก

15. รับประทานยาตามแผนการรักษา

16. การมาตรวจตามนัด

เนื่องจากในกรณีศึกษาผู้ป่วยมีภาวะกระดูกพรุนร่วมกับโรคเบาหวานด้วย จำเป็นต้องได้รับการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการปรับพฤติกรรม และเป็นการลดความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะกระดูกหักซ้ำ และเป็นการป้องกันความพิการและเป็นการให้ผู้ป่วยฟื้นฟูความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ป้องกันการหกล้มซ้ำซ้อน ลดความปวดจากภาวะกระดูกหัก ซึ่งมาตรการในการฟื้นฟูบำบัดได้แก่

1. พยายามหลีกเลี่ยงการที่ผู้ป่วยนอนติดเตียงเป็นเวลานานๆ เช่น ให้มีการนั่งหรือการเดิน เป็นระยะสลับกัน โดยมีระยะนอนสั้นที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะการนอนติดเตียงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากมายหลายประการเช่น ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับ เป็นต้น

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับด้านโภชนาการ เพื่อชะลอพยาธิสภาพของโรคกระดูกพรุนและป้องกันการขาดสารอาหาร แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะขาดสารอาหารและน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ การขาดอาหารจะทำให้การสร้างมวลกระดูกน้อยลง และกระตุ้นให้มีการทำลายกระดูกสูงขึ้น แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงเช่น ผักใบเขียว ปลาเล็กปลาน้อย งาดำ ควรเพิ่มความสามารถในการดูดซึมแคลเซียม โดยการรับประทานวิตามินดี ให้เพียงพอ อาหารที่แนะนำคือ นมวัว น้ำมันตับปลา และไข่ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอัดลม แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ

3. สอนให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ต้องปลอดภัยขณะมีการเคลื่อนไหวลำตัวหรือการดำเนินกิจวัตรได้แก่ ท่าทาง การเคลื่อนย้าย การยก และการเดิน ซึ่งอาจต้องมีอุปกรณ์ช่วยทรงตัวขณะเคลื่อนไหว เช่น walker ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นและผู้ป่วยต้องใช้อุปกรณ์ชนิดนี้หลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักอยู่แล้ว

4. ฝึกเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อต้นขา quadriceps อย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นจากที่นั่งได้เอง

5. สอนให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการก้มไปข้างหน้าขณะทำกิจวัตร

6. นำชนิดของการออกกำลังกายเพื่อให้มีการลงน้ำหนักตัว การออกกำลังกายต้านแรง เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและเพิ่มความแข็งแรงของกระดูก การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัวไม่ให้หกล้มง่าย

7. ส่งต่อข้อมูลเพื่อให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำซ้อน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายนี้มีกระดูกต้นขาส่วนคอหัก มีความเจ็บปวดมาก ทำให้ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถลุกเดินได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ต้องซบถ่ายบนเตียงซึ่งผู้ป่วยไม่คุ้นเคย รวมทั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญกับการสอน แนะนำ ช่วยเหลือ และเน้นย้ำวิธีการปฏิบัติ

ตัว เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อมของบ้านเช่น ห้องน้ำ พื้นห้องซึ่งต้องให้ญาติเตรียมพร้อมให้เสร็จเรียบร้อยก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาล (29 พย.-13 ธค.66) ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นอย่างดีจากสหสาขาวิชาชีพ ตามแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาล กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพและการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันดูแล ครอบคลุมด้านจิตใจ ครอบคลุมด้านร่างกาย และจิตวิญญาณ จนผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาและการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว แม้ผู้ป่วยจะมีโรคร่วมทั้งโรคเบาหวาน ความดัน และโรคกระดูกพรุน ซึ่งจะต้องมีการปรึกษาแพทย์อายุรกรรม แพทย์วิสัญญี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และเพื่อการวางแผนในการผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย มีการนำแผนการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาใช้ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือทางการรักษาและปฏิบัติตามเป็นอย่างดี ขณะนอนโรงพยาบาลไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ สามารถฟื้นตัวได้เร็ว ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 13 วัน

ทั้งนี้ผู้ป่วยจะฟื้นฟูสภาพดีแค่ไหน ก็ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ดูแลที่จะต้องช่วยกันดูแลและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด หลังจำหน่ายผู้ป่วยแพทย์นัด 4 สัปดาห์

หลังผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลได้โทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วยกับบุตรสาวซึ่งเป็นผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ และย้ำให้ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

จากกรณีศึกษาหลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นไปตามแผนการรักษาพยาบาล จากการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อพัฒนาตนเอง และต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ให้ครบ ถูกต้อง โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่ควบคู่กันไป สามารถประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโดยเก็บรวบรวมจากประวัติ การตรวจร่างกาย สภาพจิตใจก่อนและหลังผ่าตัด ตลอดจนการนำผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษต่างๆ มาช่วยในการวินิจฉัยเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว และครอบคลุมทุกด้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน