คู่มือการพยาบาล
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

นางสาวเสาวภา อินผา

งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

คำนำ

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจัดทำเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่เป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

ขอขอบคุณ อาจารย์นายแพทย์จตุรงค์ พรรัตนมณีวงศ์ อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด นายแพทย์วัชรพล เพิ่มพูนคุณารักษ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขา Adult reconstructive surgery ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล นายเรวัตร ออกแม้น ผู้ตรวจการงานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตรออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่ได้กรุณาตรวจสอบเนื้อหาให้สมบูรณ์ถูกต้องและเสนอแนะสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำคู่มือการพยาบาลเล่มนี้ให้สมบรูณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ คุณอกนิษฐ์ จงรักษ์รดา หัวหน้าหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยสลากกินแบ่ง 5 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่เป็นแรงบันดาลใจทำให้เกิดการศึกษาค้นคว้าคู่มือการพยาบาลเล่มนี้

เสาวภา อินผา
ผู้จัดทำ
มีนาคม 2557

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญรูป	ง
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
ขอบเขตของคู่มือการพยาบาล	2
คำจำกัดความ	2
กลุ่มเป้าหมาย	2
บทที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	
ลักษณะทางกายวิภาคของข้อสะโพก	3
โรคของข้อสะโพกและพยาธิสภาพ	4
อาการและอาการแสดง	7
การรักษา	7
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	8
- ข้อบ่งชี้และข้อห้ามของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	9
- การประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	10
- ชนิดของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	12
- ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	17
บทที่ 3 กระบวนการพยาบาล	
การดูแลก่อนผ่าตัด	22
การดูแลหลังผ่าตัด	28

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 กรณีศึกษา

Case 1

- ข้อมูลทั่วไป 49
- ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย 49
- การประเมินตามแบบแผนสุขภาพการตรวจร่างกายตามระบบ 50
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 50
- แผนการรักษาที่ได้รับ 50
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 51
- สรุปอาการผู้ป่วยก่อนพ้นจากความดูแล 61

Case 2

- ข้อมูลทั่วไป 61
- ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย 61
- การประเมินตามแบบแผนสุขภาพการตรวจร่างกายตามระบบ 62
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 62
- แผนการรักษาที่ได้รับ 63
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 63
- สรุปอาการผู้ป่วยก่อนพ้นจากความดูแล 74

บทที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา 76

บรรณานุกรม 83

ภาคผนวก 85

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาคู่มือ

สารบัญรูป

	หน้า
รูปภาพที่ 1 แสดงกายวิภาคของข้อสะโพก	4
รูปภาพที่ 2 แสดงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกสะโพกและพยาธิสภาพของโรคหัวกระดูกสะโพกตาย (osteonecrosis of femoral head)	5
รูปภาพที่ 3 แสดงข้อสะโพกปกติและข้อสะโพกเสื่อม	5
รูปภาพที่ 4 แสดงพยาธิสภาพของกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (femoral neck fracture) และภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	7
รูปภาพที่ 5 แสดงลักษณะของข้อสะโพกเทียม	9
รูปภาพที่ 6 ภาพถ่ายรังสีข้อสะโพกแสดงลักษณะข้อสะโพกเทียมชนิด Unipolar hemiarthroplasty (ซ้าย) และ bipolar hemiarthroplasty (ขวา)	13
รูปภาพที่ 7 แสดงส่วนประกอบของข้อสะโพกเทียมชนิด total hip arthroplasty	14
รูปภาพที่ 8 ภาพวาดการบริหารกล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อรอบสะโพกท่านอน	23-24
รูปภาพที่ 9 ภาพวาดการบริหารกล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อรอบสะโพกท่ายืน	25
รูปภาพที่ 10 การลุกนั่งบนเตียง	26
รูปภาพที่ 11 ภาพแสดงการใช้หมอนรองระหว่างขา	27
รูปภาพที่ 12 ภาพแสดงการนอนตะแคงของผู้ป่วย	37
รูปภาพที่ 13 ภาพแสดงการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย	38
รูปภาพที่ 14 การลงจากเตียง	38
รูปภาพที่ 15 การลุกยืนจากเตียง	39
รูปภาพที่ 16 การนั่ง	39
รูปภาพที่ 17 การเดิน	40
รูปภาพที่ 18 การใช้ไม้ยันรักแร้	41
รูปภาพที่ 19 การเดินขึ้นลงบันไดโดยใช้ไม้ยันรักแร้	41
รูปภาพที่ 20 การนั่งไขว้ห้าง	42
รูปภาพที่ 21 การหมุนตัว	42
รูปภาพที่ 22 การก้มตัวลงข้างล่าง	43

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพที่บริเวณข้อสะโพก รวมทั้งเพื่อดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวและความมั่นคงของข้อสะโพก ในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยมีสถิติสูงเป็นอันดับ 1 ใน 5 ของหอผู้ป่วยสลากกินแบ่ง 5 งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2555 มีจำนวนผู้ป่วย 70 ราย ปี 2556 มีจำนวนผู้ป่วย 80 ราย และปี 2557 มีจำนวนผู้ป่วย 82 ราย ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมนั้น มักทำในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของข้อสะโพกมาก และไม่สามารถรักษาแก้ไขด้วยวิธีอื่นได้ พยาธิสภาพของข้อสะโพกอาจเกิดจากโรคข้อสะโพกเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (primary osteoarthritis) ซึ่งพบความผิดปกติของกระดูกอ่อนผิวข้อ หรือชนิดทุติยภูมิ (secondary osteoarthritis)เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น โรคข้ออักเสบต่างๆ (inflammatory joint disease) โรคหัวกระดูกสะโพกตาย (osteonecrosis of femoral head) โรคข้อเสื่อมภายหลังจากการติดเชื้อ (postseptic osteoarthritis) โรคข้อเสื่อมภายหลังจากการได้รับอุบัติเหตุ (posttraumatic osteoarthritis)

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการปวด สามารถกลับมาใช้งานในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการรักษาซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง จำเป็นต้องเริ่มทำโดยเร็วที่สุด และมีความต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลไปจนกระทั่งฝึกฟื้นฟูตนเองต่อที่บ้าน การดูแลรักษาฟื้นฟูหลังผ่าตัดที่ถูกต้องนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยภายหลังเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งต้องมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และปัญหาที่พบจากการประสบการณ์การปฏิบัติงานพบว่าในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันในการให้การพยาบาลผู้ป่วย การให้การพยาบาลจะแตกต่างกันออกไปตามความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน

ดังนั้นผู้จัดทำจึงจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมฉบับนี้ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ โดยจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและ

หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และกรณีศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ ขอบเขต กลุ่มเป้าหมาย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบถึงกายวิภาคและพยาธิสรีรวิทยาของข้อสะโพก
2. เพื่อให้ทราบถึงข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด หลักการผ่าตัด ส่วนต่างๆ ของข้อสะโพกเทียม และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจพบได้
3. เพื่อให้ทราบถึงวิธีการให้การพยาบาลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
4. เพื่อให้ทราบถึงวิธีการให้การพยาบาลดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ช่วยทำให้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

ขอบเขตของคู่มือการพยาบาล

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ใช้เฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมขณะรับไว้ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คำจำกัดความ

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หมายถึง การผ่าตัดเปลี่ยนหัวกระดูกต้นขาและเบ้าข้อสะโพก (total hip arthroplasty) หรือการเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขาโดยไม่ได้เปลี่ยนเบ้าข้อสะโพก (hemiarthroplasty)

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

บทที่ 2
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ลักษณะทางกายวิภาคของข้อสะโพก

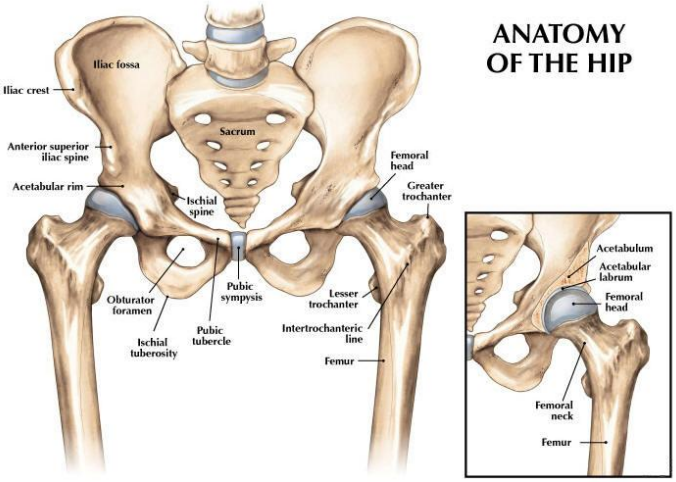
ข้อสะโพกเป็นข้อที่มีลักษณะเป็น ball and socket ที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย เป็นประเภท synovial หรือ diarthrodial joint ประกอบด้วยหัวกระดูกต้นขา (femoral head) และเบ้าสะโพก (acetabulum) อยู่ภายในกระดูกเชิงกราน พื้นผิวของกระดูกทั้ง 2 ด้านจะถูกปกคลุมด้วยกระดูกอ่อน ซึ่งกระดูกอ่อนที่ปกคลุมหัวกระดูกต้นขาจะหนาที่ส่วนยอดและบางลงมาจนถึงขอบ ส่วนยอดของหัวกระดูกต้นขาจะมีรอยบุ๋มเรียกว่า fovea centralis ซึ่งเป็นที่เกาะของเอ็น ligamentum teres ส่วนบนของกระดูกที่อยู่ต่ำลงมาจากคอกระดูกต้นขา (femoral neck) ทางด้านนอก คือ greater trochanter เป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อในการกางข้อสะโพก (hip abductors) และส่วนล่างของกระดูกที่อยู่ต่ำลงมจากคอกระดูกทางด้านในจะเป็น lesser trochanter ซึ่งเป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อ iliopsoas สันกระดูกที่อยู่ระหว่าง greater และ lesser trochanter นี้เรียกว่า intertrochanteric ridge

หัวกระดูกต้นขาจะมีรูปร่างประมาณ 2 ใน 3 ของทรงกลมยึดติดกับลำกระดูกต้นขา (femoral shaft) ด้วยส่วนคอกระดูก โดยคอกระดูกจะทำมุมกับลำกระดูกต้นขาประมาณ 125-135 องศา และจะเอียงเป็นมุมไปด้านหน้าเล็กน้อยเรียกว่ามี anteversion ประมาณ 10-15 องศา

เบ้าของกระดูกเชิงกรานที่ประกอบเป็นข้อสะโพก จะประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้น คือ ilium, ischium และ pubis เบ้านี้จะหันไปทางด้านหน้าลงล่างและออกไปด้านข้าง กระดูกอ่อนที่บุผิวของเบ้าจะหนาทางด้านข้างและบางลงจนถึงตรงกลาง ผิวกระดูกอ่อนของเบ้านี้จะเป็นรูปเกือกม้า โดยส่วนล่างและตรงกลางของเบ้าจะมีลักษณะเป็นร่อง ไม่มีกระดูกอ่อนปกคลุม มีเอ็นเสริมขึงอยู่ที่ขอบล่างของร่องคือ transverse acetabular ligament ส่วนตรงกลางเบ้าจะเป็นที่เกาะของเอ็น ligament teres นอกจากนี้บริเวณเบ้าสะโพกจะมีกระดูกอ่อนประเภท fibrocartilage ที่เรียกว่า labrum ยึดเกาะอยู่โดยรอบ โดย labrum นี้จะทำหน้าที่เสริมให้เบ้าสะโพกมีความลึกมากขึ้นและช่วยเพิ่มความแข็งแรงให้กับข้อสะโพก โดยส่วนที่มีความแข็งแรงจะหนาและกว้างอยู่ทางด้านบนและหลังของเบ้าสะโพก

ท่าที่ข้อสะโพกอยู่ในลักษณะพักมากที่สุดคือ ท่างอ (flexion) 10 องศา กางออก (abduction) 10 องศา และหมุนออก (external rotation) 10 องศา ในลักษณะเช่นนี้เอ็นหุ้มข้อและกล้ามเนื้อโดยรอบจะหย่อน ถ้าข้อสะโพกงอเอ็นทางด้านหน้าจะหย่อน แต่ถ้าเหยียดข้อสะโพกเอ็นทางด้านหน้าจะตึงมากขึ้น ข้อสะโพกมีหน้าที่รับน้ำหนักตัวและเปลี่ยนทิศทางขณะเดินในคนปกติ แรง

ที่มาปะทะกับข้อสะโพกจะมีประมาณ 3-5 เท่าของน้ำหนักตัว และขณะที่มีการเคลื่อนไหว เช่น วิ่ง กระโดด แรงนี้อาจสูงถึง 10 เท่าของน้ำหนักตัว (วรรณี สัตยวิวัฒน์, 2551, น. 419-21)



รูปภาพที่ 1 แสดงกายวิภาคของข้อสะโพก

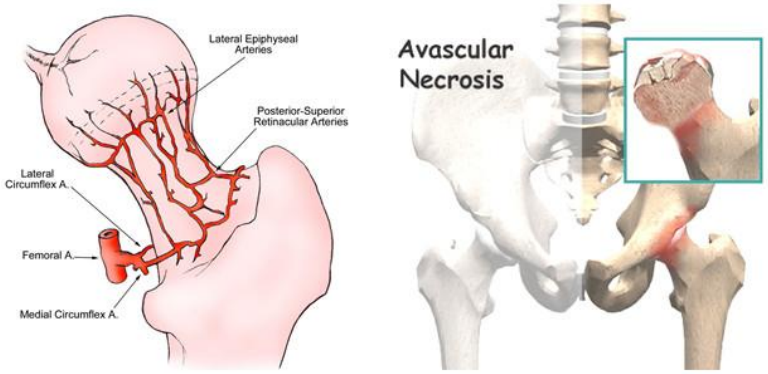
ที่มา: www.spr.go.th สืบค้น วันที่ 10 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

โรคของข้อสะโพกและพยาธิสภาพ (ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ, 2550)

โรคของข้อสะโพกที่พบบ่อยในคนไทย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเคลื่อนไหวติดขัดหรือก่อให้เกิดความเจ็บปวดได้แก่

1. โรคหัวกระดูกสะโพกตาย (osteonecrosis of femoral head)

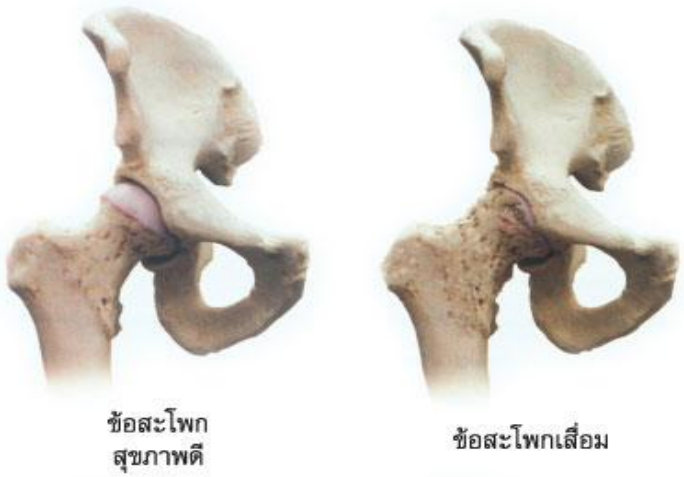
สาเหตุการเกิดแบ่งเป็นจากอุบัติเหตุ และไม่ใช่อุบัติเหตุ ในส่วนที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ แต่มีปัจจัยเสี่ยงคือ แอลกอฮอล์ กับ steroid จึงอาจพบคนไข้โรคนี้ในกลุ่มอายุน้อยประมาณอายุ 30-40 ปี เชื่อว่าเกิดจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวกระดูกสะโพกอุดตัน ทำให้หัวกระดูกสะโพกค่อยๆ ขาดเลือด จนในที่สุดหัวกระดูกสะโพกจะยุบตัว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ มีอาการเจ็บปวดอย่างมาก สำหรับสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุที่พบได้บ่อยคือกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (femoral neck fracture) ทำให้หลอดเลือดที่ทอดผ่านบริเวณดังกล่าวฉีกขาด ทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณส่วนหัวกระดูกต้นขาไม่พอ เกิดการตายของเนื้อกระดูกในที่สุด พยาธิสภาพของโรคนี้จะพบความผิดปกติในเนื้อเยื่อกระดูก 2 ชนิด คือ ไขกระดูกและเนื้อกระดูก ความผิดปกติที่ไขกระดูกพบว่าเซลล์ไขกระดูกจะมีปริมาณลดลงและมีเซลล์ตาย ในส่วนเนื้อกระดูกพบว่าเซลล์กระดูก (osteocyte) ตายไปเกิดเป็นช่อง (cavity) เมื่อเป็นมากขึ้นกระดูกใต้กระดูกอ่อนจะสูญเสียความแข็งแรง เกิดการแตกหัก (subchondral bone fracture) และทรุดตัวลง ส่งผลให้หัวกระดูกต้นขาไม่กลมเข้ารูปกับเบ้าสะโพก จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคข้อสะโพกเสื่อมตามมา



รูปภาพที่ 2 แสดงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกสะโพกและพยาธิสภาพของโรคหัวกระดูกสะโพกตาย (osteonecrosis of femoral head)
ที่มา: www.siphhospital.com. สืบค้น วันที่ 10 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

2. โรคข้อสะโพกเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (primary hip osteoarthritis)

ส่วนมากพบในกลุ่มคนไข้ที่อายุเกิน 50 ปีขึ้นไป มักเกี่ยวข้องกับการใช้งานข้อสะโพกมาก น้ำหนักตัวมาก หรืออาจพบในคนที่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคนี้ ในบางรายอาจเกิดจากการที่มีหัวสะโพกไม่กลมรับกับเบ้าสะโพกทำให้การเคลื่อนไหวของข้อสะโพกผิดปกติ ติดขัด ผิวกระดูกอ่อนข้อสะโพกสึกกร่อนไม่เรียบ มีอาการเจ็บปวด การตรวจทางภาพถ่ายรังสีจะพบว่าช่องข้อสะโพกแคบลงไม่สม่ำเสมอจากการสูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อ กระดูกใต้กระดูกอ่อนหนาตัวเห็นเป็นรอยขาวในภาพถ่ายรังสี (subchondral bone sclerosis) พบกระดูกงอกหรือถุงน้ำที่หัวหรือเบ้ากระดูกสะโพกได้



รูปภาพที่ 3 แสดงข้อสะโพกปกติและข้อสะโพกเสื่อม
ที่มา: www.zimmer.co.th สืบค้น วันที่ 10 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

3. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)

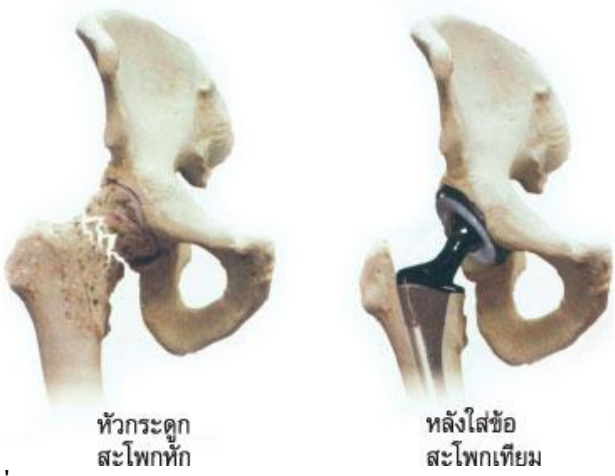
เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งก่อให้เกิดอาการอักเสบแบบไม่ติดเชื้อ เกิดได้กับข้อต่างๆ ทั่วร่างกายรวมทั้งข้อสะโพก ผู้ป่วยจะมีอาการอักเสบเป็นๆหายๆนานไป จะทำให้ผิวข้อมีการสึกกร่อนและถูกทำลาย พยาธิสภาพเริ่มจากมีการอักเสบของเยื่อบุข้อ (synovial membrane) โดยมีการอักเสบเกิดขึ้นที่หลอดเลือดเล็กๆ ก่อน ต่อมาเซลล์เยื่อบุข้อเกิดการอักเสบ และถูกกระตุ้นให้เพิ่มจำนวนมากขึ้นเกิดเป็น pannus การอักเสบนี้เกิดจากปฏิกิริยา antigen-antibody reaction ทำให้มีการดึงดูด inflammatory cells ให้เข้าไปในข้อมากขึ้น ซึ่งเซลล์เหล่านี้จะถูกกระตุ้นให้หลั่ง cytokines และเอนไซม์ต่างๆ ทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณนั้นและเกิดปฏิกิริยากระตุ้นให้เยื่อบุข้อมีการอักเสบเรื้อรังต่อไป ขบวนการอักเสบนี้อาจจะหยุดเองที่จุดใดจุดหนึ่งก็ได้แล้วแต่ว่าโรคจะสงบลงที่ระยะใด หรือหยุดลงจากการรักษา นอกจากนี้เนื่องจากการรักษาโรครูมาตอยด์มักจะใช้ steroid ในการรักษา ซึ่งทำให้คนไข้ในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวกระดูกสะโพกตายซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคข้อสะโพกเสื่อมได้

4. โรคข้อสะโพกเสื่อมจากการเจริญเติบโตผิดปกติ (developmental dysplasia of the hip)

เกิดจากการเจริญเติบโตของข้อสะโพกที่ผิดปกติตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้เบ้าสะโพกผิดรูปมีความชันมากขึ้น และกระดูกคอสะโพกมีรูปร่างผิดปกติ ดังนั้นเมื่อมีการใช้งาน ข้อสะโพกจะมีการรับน้ำหนักในแนวผิดปกติ จึงทำให้ข้อสะโพกเสื่อมในที่สุด ถ้าความผิดปกตินี้เป็นมาก ผู้ป่วยจะมีอาการตั้งแต่อายุน้อย แต่ถ้าผิดรูปไม่มากก็อาจไม่มีอาการหรือมีอาการตอนที่อายุมากขึ้น

5. ภาวะกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (femoral neck fracture)

พบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่จะพบมากในผู้สูงอายุเมื่อเกิดการล้ม ภาวะนี้มักพบสัมพันธ์กับผู้ที่มีโรคกระดูกพรุนร่วมด้วย การรักษาภาวะคอกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุนี้ถ้ามีการหักเคลื่อนมักจะต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยอาจจะเปลี่ยนทั้งหัวกระดูกต้นขาและเบ้าสะโพก (total hip arthroplasty) หรือเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขาโดยไม่ได้เปลี่ยนเบ้าสะโพก (hemiarthroplasty) ก็ได้ เนื่องจากภาวะนี้เบ้าสะโพกมักจะยังปกติอยู่



รูปภาพที่ 4 แสดงพยาธิสภาพของกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (femoral neck fracture) และภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ที่มา: www.zimmer.co.th สืบค้น วันที่ 10 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

อาการและอาการแสดง

อาการปวดจากข้อสะโพกจะมีอาการปวดขณะเดินลงน้ำหนักหรือปวดเวลาขยับข้อสะโพก บริเวณที่ปวดมักเป็นบริเวณขาหนีบ ต้นขาด้านหน้าและด้านใน อาการปวดควรจะอยู่ในระดับของต้นขาจนถึงลูกสะบ้าไม่ต่ำกว่าข้อเข่า หากผู้ป่วยปวดต่ำกว่าข้อเข่าต้องพิจารณาว่าการปวดนั้นสาเหตุน่าจะมาจากกระดูกสันหลัง หรือข้อเข่ามากกว่าข้อสะโพก ถ้าอาการปวดนั้นมาจากข้อสะโพกเมื่อตรวจโดยการขยับข้อสะโพก โดยเฉพาะท่าบิดเข้าด้านใน (internal rotation) ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดมากขึ้น การตรวจพิสัยการขยับของข้อสะโพกจะลดลง ส่วนในรายที่เป็นมากมีการยุบตัวหรือเคลื่อนออกของหัวกระดูกสะโพกจะตรวจพบขาสั้นลงด้วย (กีรติ เจริญชลวานิช, 2551)

การรักษา

การรักษาโรคต่างๆ เกี่ยวกับข้อสะโพกมักจะต้องรักษาแต่เนิ่นๆ การรักษาเร็วจะช่วยให้ข้อของผู้ป่วยเสียไม่มาก ส่วนสำคัญของข้อที่จำเป็นต้องดูแลให้ดีคือ กระดูกอ่อนผิวข้อซึ่งทำให้ข้อสะโพกสามารถเคลื่อนที่ได้ ไม่ติดขัด รับน้ำหนักและใช้งานได้ยาวนาน โรคต่างๆ ของข้อสะโพกมักจะมีการทำลายผิวข้อทั้งด้านหัวสะโพก (femoral head) และด้านเบ้าสะโพก (acetabulum) โดยถ้ามีความรุนแรงมากร่างกายจะไม่สามารถสร้างกระดูกอ่อนผิวข้อที่มีคุณสมบัติเหมือนเดิมขึ้นมาทดแทนได้ ทำให้ในระยะยาวข้อสะโพกจะเกิดความเสื่อมแบบถาวร การรักษาโรคข้อสะโพกจะเริ่มจากการใช้วิธีอนุรักษ์นิยม ได้แก่ การใช้ยาลดอาการปวด ยาลดการอักเสบ ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดเพื่อรักษาพิสัยการขยับของข้อสะโพก ฟื้นฟูกำลังของกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพกเพื่อ

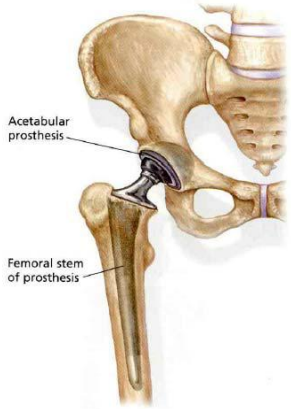
ช่วยชะลอโรคได้ ในกรณีที่การรักษาวิธีอนุรักษ์นิยมไม่ได้ผล จำเป็นต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดซึ่งมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับอายุ การใช้งานข้อสะโพก และความรุนแรงของโรคข้อสะโพก เช่นในกรณีที่ข้อสะโพกเสื่อมบางส่วนจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ ในคนไข้อายุน้อยอาจใช้การผ่าตัดจัดแนวกระดูกรอบข้อสะโพก (corrective osteotomy) หรือในกรณีที่ข้อสะโพกเสื่อมมาก คนไข้อายุน้อยและต้องการใช้งานข้อสะโพกมาก การผ่าตัดเพื่อเชื่อมข้อ (arthrodesis) จะช่วยลดอาการปวด เพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานให้กับข้อสะโพก แต่จะต้องเสียพิสัยการเคลื่อนไหวข้อสะโพกไป การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดที่ให้ผลการรักษาที่ดี สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยพร้อมๆ กับการคงคุณสมบัติการใช้งานของข้อเอาไว้ด้วย หลังผ่าตัดจะสามารถลดอาการปวดจากข้อเสื่อมได้ มีความมั่นคงของข้อเพื่อการเดินลงน้ำหนัก มีพิสัยการเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน จึงเป็นการผ่าตัดที่ได้รับความนิยมอย่างมากในปัจจุบัน (กีรติ เจริญชลวานิช, 2551)

จุดมุ่งหมายของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมไปแล้วมากมาย เป็นระยะเวลามากกว่า 30 ปี โดยสาเหตุส่วนใหญ่เป็นจากภาวะคอกระดูกสะโพกหัก และหัวกระดูกสะโพกตายจากการขาดเลือด ซึ่งจะแตกต่างกับผู้ป่วยที่เป็นชนผิวขาวในต่างประเทศที่พบว่าการผ่าตัดส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคข้อสะโพกเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ซึ่งอาการจากข้อสะโพกเสื่อมประกอบด้วยอาการปวด เดินลำบาก สร้างความทุพพลภาพ ไม่สามารถใช้งานในชีวิตประจำวันได้ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จึงมีจุดประสงค์เพื่อลดความเจ็บปวดและทุพพลภาพเป็นหลัก ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้งานในชีวิตประจำวันได้ ส่วนในผู้ป่วยที่มีภาวะคอกระดูกสะโพกหัก การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจะมุ่งหวังเพื่อช่วยลดความเจ็บปวด และให้ผู้ป่วยสามารถขยับตัวลุกนั่ง ยืนเดินได้เร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดจากการนอนอยู่บนเตียงนานๆ (กีรติ เจริญชลวานิช, 2551)

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ, 2550; กีรติ เจริญชลวานิช, 2551)

ข้อสะโพกเทียม คือวัสดุที่ทำขึ้นเพื่อทดแทนข้อสะโพก ทำจากวัสดุที่ทนทาน แข็งแรง สามารถรับน้ำหนักตัวและทนต่อการสึกหรอได้ดี โดยที่ไม่มีปฏิกิริยากับร่างกาย ข้อสะโพกเทียมได้ถูกคิดค้นขึ้นครั้งแรกเมื่อประมาณปี ค.ศ. 1950 และได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านวัสดุที่ทำและการออกแบบเพื่อลดการสึกหรอ การหลุดหลวม หรือการแตกหักของข้อเทียม ปัจจุบันมักนิยมผลิตโดยใช้โลหะผสม เช่น titanium alloy และ cobalt alloy เป็นต้น ข้อสะโพกเทียมประกอบด้วย ส่วนของ femoral prosthesis กับ acetabular prosthesis ดังรูป



รูปภาพที่ 5 แสดงลักษณะของข้อสะโพกเทียม

ที่มา:อรุณี มรกตพิทยารักษ์ และคณะ. 2555

ข้อบ่งชี้และข้อห้ามของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ระดับความรุนแรงของอาการต่างๆดังที่ได้กล่าวมา จะถูกนำมาพิจารณาว่าผู้ป่วยคนใดจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การพิจารณาจะดูจากอาการปวด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ หากรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยม เช่น ปรับลดกิจกรรมต่างๆ ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดเป็นเวลานานพอสมควร ใช้ยาช่วยลดอาการอย่างเต็มที่ ยังไม่สามารถควบคุมอาการปวดให้เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยใช้งานในชีวิตประจำวันได้ยากลำบาก ประกอบกับรอยโรคที่ตรวจพบมีความรุนแรงมากพอที่จะอธิบายอาการของผู้ป่วยได้ ศัลยแพทย์จะพิจารณาให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่อายุน้อย (มักจะหมายถึงผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี) มักจะมีกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันที่ใช้งานข้อสะโพกอย่างหนัก ดังนั้นการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจึงต้องระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากการใช้งานข้อสะโพกอย่างหนักจะทำให้อายุการใช้งานของข้อสะโพกเทียมสั้นลงเมื่อเทียบกับการผ่าตัดในผู้สูงอายุที่มีการใช้งานข้อสะโพกเทียมไม่มาก ดังนั้นกล่าวโดยสรุปคือ

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

1. ผู้ป่วยโรคข้อสะโพกเสื่อมไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตามที่มีอาการปวดมาก รบกวนการทำงานในชีวิตประจำวัน และอาการไม่ดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยมวิธีอื่นๆมาก่อน

2. ผู้สูงอายุที่มีการหักเคลื่อนของคอกระดูกสะโพก

ข้อห้ามในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

1. สุขภาพทั่วไปไม่ดี มีโรคประจำตัวหลายอย่าง และประเมินแล้วว่าผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดได้

2. ร่างกายอยู่ในภาวะติดเชื้อ

3. ข้อสะโพกที่ติดแข็ง แต่ผู้ป่วยยังสามารถใช้งานได้ดี

4. ผู้ป่วยมีโรคที่ทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อสะโพกอ่อนแรง ไม่สามารถพยุงข้อสะโพกได้ ถ้าทำการผ่าตัดไปจะเสี่ยงต่อภาวะข้อสะโพกเทียมหลุด

การประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (บวรฤทธิ์ จักรไพวงศ์ และคณะ, 2556; กีรติ เจริญชลวานิช, 2551)

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดมีความสำคัญมากต่อผลการรักษา การเตรียมความพร้อมประกอบไปด้วย

1. การซักประวัติของผู้ป่วย

ประวัติทั่วไป เช่น อาชีพ กิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เป็นข้อมูลที่จะนำมาประเมินว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ข้อสะโพกเทียมในอนาคตอย่างไร ผู้ป่วยเป็นกลุ่มลักษณะใช้งานน้อย (sedentary work) หรือกลุ่มผู้ใช้งานหนัก (labor work) หรือกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย ใช้งานหนัก (young active) ซึ่งประวัติเหล่านี้จะนำไปสู่การเลือกวิธีรักษา ผ่าตัด รวมถึงการเลือกชนิดของข้อสะโพกเทียมให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำในชีวิตประจำวัน

ประวัติโรคประจำตัว การควบคุมโรคประจำตัวต่างๆ เพื่อประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการผ่าตัด การเสียเลือดและการดมยาสลบมากน้อยเพียงใด ประวัติยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่โดยเฉพาะยาที่มีความสำคัญต่อการผ่าตัด เช่น ยาละลายลิ่มเลือดจะต้องให้ผู้ป่วยหยุดยานั้นๆ ก่อนเข้ารับการผ่าตัดอย่างน้อย 7 วัน เพื่อป้องกันไม่ให้ส่งผลต่อการเสียเลือดมากขึ้นในขณะผ่าตัด ประวัติการแพ้ยาหรือประวัติการแพ้สิ่งต่างๆ ประวัติของโรคที่เกี่ยวข้องกับข้อสะโพกนั้นๆ ลักษณะของอาการปวด บ่อยครั้งที่เราพบว่าอาการปวดของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากโรคที่บริเวณข้อสะโพกแต่เป็นการปวดที่ร้าวมาจากอวัยวะอื่น (refer pain) ที่พบมากคือปวดบริเวณสะโพกจากโรคที่เกิดขึ้นบริเวณกระดูกสันหลัง ซึ่งทำให้การผ่าตัดที่ข้อสะโพกแล้วผู้ป่วยไม่หายจากอาการเจ็บปวด โดยดูได้จากลักษณะอาการปวดที่ไม่เหมือนการปวดจากข้อสะโพกโดยตรง

อาการของโรคที่ยาวนานมักจะทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติที่บริเวณอื่นร่วมด้วย เช่น ปวดสะโพกร่วมกับมีขาสั้นยาวต่างกันจะทำให้กระดูกสันหลังมีการคดได้ ข้อเข่าทางด้านเดียวกันจะผิดรูปได้เพราะเป็นการชดเชยปรับตัว (compensation) ของร่างกายต่อภาวะโรคที่ข้อสะโพก

ประวัติการติดเชื้อที่ตำแหน่งต่างๆ ในร่างกาย เช่น ทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) ฟันหรือเหงือกอักเสบ ฝีหนองตามที่ต่างๆ คออักเสบ ผิวหนังอักเสบ ถ้ามีประวัติสงสัยการติดเชื้อ แพทย์จะตรวจอย่างละเอียด เพื่อประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมหรือไม่ ถ้ามีความเสี่ยงมากอาจจะต้องเลื่อนผ่าตัดไปก่อนจนกระทั่งแก้ไขภาวะติดเชื้อนั้นก่อน

สุดท้ายประวัติที่สำคัญคือ ความต้องการของผู้ป่วยหรือความคาดหวังจากการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ถ้าความคาดหวังสูงมากกว่าความจริงควรอธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจก่อนการผ่าตัด

2. การตรวจร่างกายผู้ป่วย

ข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกายนั้นมีความสำคัญอย่างมาก จะช่วยทำให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ การตรวจร่างกายประกอบด้วย

การดู เริ่มจากการเดินของผู้ป่วย ในผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของข้อสะโพกอาจเดินได้ในหลายรูปแบบ เช่น antalgic gait คือการเดินกระเผลกจากอาการปวดผู้ป่วยจะเดินลงน้ำหนักที่ด้านปวดสั้นและน้อย เอียงตัวมาด้านที่ปวดเพื่อลดแรงกระทำต่อข้อสะโพกทำให้อาการปวดลงได้ อย่างไรก็ตามในรายที่ปวดมาก ผู้ป่วยอาจไม่สามารถยืนเดินได้ การเดินแบบ trendelenburg gait คือ การเดินที่มีการโยกของสะโพกหรือเอวคือขณะที่ผู้ป่วยลงน้ำหนักขาข้างที่มีพยาธิสภาพ สะโพกหรือเอวด้านตรงข้ามจะโยกต่ำลง (ปกติเมื่อเดินจะมีจังหวะที่เท้าลงน้ำหนักทีละข้างเมื่อเท้าข้างใดข้างหนึ่งลงน้ำหนักอยู่ สะโพกด้านตรงข้ามจะยกตัวสูงขึ้น) ซึ่งบ่งบอกว่าสะโพกด้านที่มีรอยโรคมีกล้ามเนื้อในการกางสะโพกโดยเฉพาะกล้ามเนื้อ gluteus medius อ่อนแรงลง จากการดูยังพบว่า สามารถดูขาสั้นยาวที่ไม่เท่ากันได้ ทั้งขณะเดินและยืนโดยต้องมีการตรวจความยาวที่ต่างกันอย่างละเอียดเพื่อบอกให้ได้ว่าความสั้นยาวที่เห็นเท่าไร การดูยังรวมถึงการเปิดดูบริเวณสะโพก เพื่อหาร่องรอยการผ่าตัดที่เกิดขึ้นก่อนเพื่อวางแผนการลงแผลผ่าตัด รวมถึงการดูโรคผิวหนังที่เป็นข้อห้ามในการผ่าตัด เช่น ผิวหนังอักเสบติดเชื้อหรือมีแผลเรื้อรังบริเวณที่จะทำผ่าตัด

การคลำ เพื่อหาตำแหน่งกระดูกที่สำคัญ คือ ขอบกระดูกเชิงกราน (iliac crest) ทั้งสองข้างเพื่อดูว่ามีการเอียงตัวของกระดูกเชิงกราน (pelvic obliquity) คลำกระดูกสันหลังเพื่อดูว่ามีการคด (scoliosis) หรือไม่ ซึ่งอาจพบในรายที่มีขาสั้นยาวไม่เท่ากันอยู่นานๆ การคลำเพื่อหาตำแหน่งที่กดเจ็บเช่น บริเวณขาหนีบ หรือ greater trochanter

การขยับ การวัดพิสัยการขยับของข้อสะโพกในทุกทิศทางได้แก่ งอ เหยียด อ้า หุบ หมุน พิสัยการขยับที่จำกัดนี้ อาจใช้การทำกายภาพบำบัดช่วยเพิ่มพิสัยการขยับก่อนการผ่าตัดจะทำให้ทำผ่าตัดได้ง่ายขึ้น ในบางกรณีเช่น ข้อสะโพกกางไม่ออก (adduction contracture) ต้องทำการแก้ไขในขณะผ่าตัดด้วยคือทำการตัดเอ็นที่ตึงออก (adductor tenotomy) เพื่อลดความเสี่ยงของข้อสะโพกเทียมหลุดภายหลังผ่าตัด

การวัดความยาวของขา จำเป็นต้องวัดอย่างละเอียดเพื่อจะเตรียมการชดเชยความยาวที่หายไป การเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมสามารถทำให้ความยาวของขากลับมาเท่ากัน ยาวขึ้นหรือสั้นลงก็ได้ ความยาวขาที่ใกล้เคียงกันนั้นจะส่งผลต่อคุณภาพการใช้งานหลังผ่าตัด ดังนั้นการวัดความยาวขานอกจากจะวัดว่าข้างใดสั้นกว่ากัน ต้องวัดด้วยว่าความยาวที่ต่างกันนี้ต่างกันเท่าใดและที่ส่วนใดของ

ขาที่มีความยาวต่างกัน นอกจากนี้ในรายที่มีขาสั้นต่างกันมากๆ เช่น มากกว่า 4 เซนติเมตร หากทำการยืดให้ขาเท่ากันอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท sciatic ได้

การตรวจพิเศษอื่นๆ ที่สำคัญคือ การคลำชีพจรปลายเท้าและการตรวจการทำงานของเส้นประสาทที่ขา หากพบความผิดปกติจะได้ส่งตรวจเพิ่มเติมต่อไป การตรวจนี้ยังมีความสำคัญเพื่อใช้ตรวจดูว่ามีการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาทภายหลังผ่าตัดหรือไม่

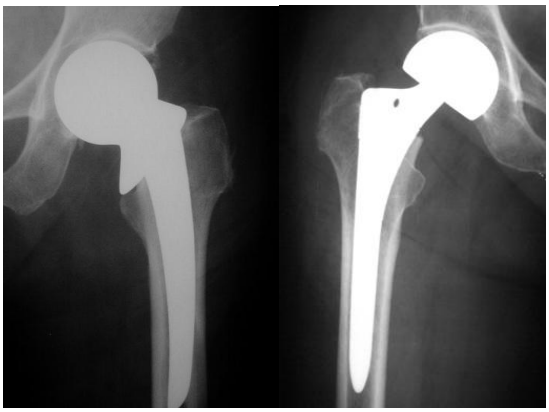
นอกจากนี้ อย่างที่ได้กล่าวไว้แล้วว่าร่างกายมีการชดเชยความยาวของขาที่มีความสั้นยาวผิดปกติมาเป็นเวลานาน ทำให้อาจพบความผิดรูปในตำแหน่งอื่นๆได้ เช่น มีกระดูกสันหลังที่คด มีเข่าที่ผิดรูป และมีข้อเท้าที่ติดแข็งในท่ากระดกลง ความผิดรูปต่างๆ นี้อาจก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการใช้งานภายหลังจากที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมไปแล้ว ทำให้ต้องมีการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ให้กับผู้ป่วยด้วย โดยอาจจะทำก่อนหรือหลังจากเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก็ได้

ชนิดของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

สามารถแบ่งชนิดของการผ่าตัดกว้างๆ ตามส่วนของข้อสะโพกที่ทำการเปลี่ยนคือ

1. การผ่าตัดที่เปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขาโดยไม่ได้เปลี่ยนเบ้าหรือที่เรียกว่า hemiarthroplasty

การผ่าตัดชนิดนี้จะเลือกใช้กับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวกระดูกต้นขาอย่างเดียวโดยที่ยังมีเบ้าสะโพกที่ดี โดยส่วนใหญ่มักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกคอสะโพกหัก ข้อเทียมชนิดนี้จะมีส่วนของหัวโลหะ (femoral head prosthesis) ที่มีขนาดใหญ่เท่ากับหัวกระดูกต้นขาเดิมของผู้ป่วย ซึ่งจะเคลื่อนไหวอยู่ภายในเบ้าและมีส่วนแกนโลหะที่ใช้ยึดกับโพรงกระดูกต้นขาส่วนต้น (femoral stem) ข้อสะโพกเทียมชนิด hemiarthroplasty นี้สามารถแบ่งย่อยออกเป็น 2 ชนิดตามจำนวนผิวสัมผัสที่เคลื่อนไหวได้ของบริเวณหัวข้อสะโพกเทียมคือ ผิวสัมผัสชั้นเดียว (unipolar hemiarthroplasty) และผิวสัมผัส 2 ชั้น (bipolar hemiarthroplasty)

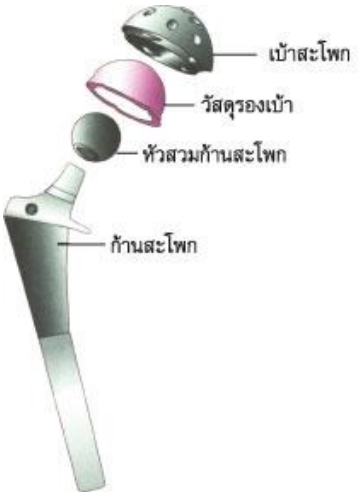


รูปภาพที่ 6 ภาพถ่ายรังสีข้อสะโพกแสดงลักษณะข้อสะโพกเทียม
ชนิด unipolar hemiarthroplasty (ซ้าย) และ bipolar hemiarthroplasty (ขวา)
สืบค้น วันที่ 10 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

ข้อดีของการผ่าตัดชนิดนี้คือเสียเวลาในการทำผ่าตัดน้อย เสียเลือดน้อย เนื่องจากเป็นการเปลี่ยนเฉพาะส่วนของหัวกระดูกต้นขา มีความมั่นคงของข้อสูงเนื่องจากส่วนหัวของข้อเทียมมีขนาดใหญ่ ทำให้ลดโอกาสการเกิดข้อสะโพกเทียมหลุด ข้อเสียคือใช้ได้จำกัดเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่มีความเสียหายของเบ้าสะโพก เมื่อมีการใช้งานข้อสะโพกเทียมชนิดนี้ไประยะเวลาหนึ่งเบ้าสะโพกจะถูกเสียดสีจากหัวของข้อเทียม ทำให้มีการสึกตามมาในอนาคตได้ ดังนั้นการเลือกใช้ข้อเทียมชนิดนี้จึงมักเลือกใช้กับผู้ป่วยที่มีอายุมาก การใช้งานของข้อสะโพกไม่รุนแรง เพื่อลดความเสี่ยงที่จะมีเบ้าสะโพกเสื่อมตามมาภายหลัง

2. การผ่าตัดที่เปลี่ยนทั้งส่วนหัวกระดูกต้นขาและเบ้าสะโพกหรือที่เรียกว่า total hip arthroplasty

การผ่าตัดชนิดนี้ต่างกับ hemiarthroplasty คือจะมีส่วนของเบ้าสะโพกเทียม (acetabulum prosthesis) เพิ่มเติมเข้ามา เพื่อป้องกันการเสียดสีของหัวข้อเทียมกับเบ้า ข้อสะโพกเทียมชนิดนี้จึงประกอบไปด้วยส่วนหัว (femoral head prosthesis) และก้านของข้อเทียม (femoral stem) ซึ่งเหมือนกับ hemiarthroplasty และส่วนเบ้าของข้อเทียมซึ่งจะมีส่วนที่เป็นโลหะไปยึดติดกับกระดูก (acetabular cup) และส่วนที่ทำหน้าที่เป็นผิวสัมผัสระหว่างหัวและเบ้าเทียม (acetabular liner)



รูปภาพที่ 7 แสดงส่วนประกอบของข้อสะโพกเทียมชนิด total hip arthroplasty

ที่มา: วรรณี สัตยวิวัฒน์.2551

ข้อดีของการใช้ข้อเทียมชนิด total hip arthroplasty สามารถแก้ไขพยาธิสภาพของข้อได้ทั้งส่วนหัวและเบ้าสะโพกแก้ปัญหาภาวะเบ้าสะโพก มักใช้ในผู้ป่วยที่ยังมีกิจกรรมที่ใช้งานข้อสะโพกมากอยู่ สามารถเปลี่ยนผิวสัมผัส (bearing surface) ระหว่าง femoral head prosthesis และ acetabular liner ได้หลายรูปแบบ โดยมาตรฐานจะใช้เป็นหัวโลหะกับเบ้าพลาสติกโพลีเอทิลีน (metal on polyethylene) แต่อาจเปลี่ยนมาใช้เซรามิก (ceramic) แทนซึ่งพบว่ามีความแข็งแกร่งและมีอัตราการสึกหรอที่ต่ำ ส่วนข้อเสียของการใช้ข้อเทียมชนิด total hip arthroplasty คือการผ่าตัดจะใช้เวลานานกว่า 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 เมื่อจะใช้จะนำมาผสมกัน ของเหลวที่ได้จะเปลี่ยนไป มีความเหนียวมากขึ้นสามารถฉีดหรือปั้นเพื่อให้ข้อเทียมยึดกับกระดูก ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของซีเมนต์กระดูกนี้ จะเกิดปฏิกิริยาทางเคมีคายความร้อนออกมาจนกระทั่งซีเมนต์กระดูกแข็งตัวในที่สุด เวลาที่ใช้ในการแข็งตัวตั้งแต่เริ่มผสมประมาณ 10-15 นาที การผ่าตัดโดยใช้ข้อเทียมแบบใช้ซีเมนต์กระดูกนี้มักใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้มีปัญหาเกี่ยวกับความ

แข็งแรงของกระดูก เช่น โรครูมาตอยด์ โรคกระดูกพรุน อย่างไรก็ตามต้องระวังการใช้ซีเมนต์กระดูกในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ซีเมนต์กระดูกอาจไปกระตุ้นการทำงานของหัวใจให้มากขึ้นได้

2. แบบที่ไม่ใช้ซีเมนต์ยึดกระดูก (cementless hip arthroplasty)

ข้อเทียมชนิดนี้จะออกแบบให้ผิวมีลักษณะเป็นรูพรุน (porous surface) ทำให้เมื่อใส่ไปแล้วร่างกายจะสร้างกระดูกงอกเข้าไปในรูเพื่อยึดข้อเทียมกับกระดูก ข้อเทียมชนิดนี้ต้องรอระยะเวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์จึงจะแข็งแรงเต็มที่ ความแข็งแรงภายหลังการผ่าตัดใหม่ๆจึงขึ้นกับ ขนาดของข้อเทียมที่ต้องใหญ่พอ ใส่ได้แน่น และความฝืดของผิวข้อเทียม การใช้ข้อเทียมแบบนี้จึงลดความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดจากซีเมนต์กระดูก อย่างไรก็ตามข้อเทียมชนิดนี้ต้องอาศัยกระดูกที่แข็งแรงและมีคุณภาพ ในผู้ป่วยที่กระดูกบางอาจพบกระดูกแตกในขณะที่ตอกใส่ข้อเทียมได้

จะเห็นได้ว่าการจะเลือกใช้ข้อสะโพกเทียมชนิดใด แบบใดนั้น มีปัจจัยหลายๆอย่างที่ต้องนำมาพิจารณา เช่น อายุ คุณภาพของกระดูก โรคของข้อสะโพก โรคประจำตัว ลักษณะการใช้งานข้อสะโพก ลักษณะโครงสร้างของข้อเดิม รวมทั้งความชำนาญของศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด ส่วนอายุการใช้งานของข้อสะโพกเทียมก็จะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ขึ้นอยู่กับการใช้งาน ระดับของกิจกรรมที่ทำ ปริมาณของน้ำหนักที่ลง รวมทั้งข้อเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องมั่นคงหรือไม่ แม้ว่าความแข็งแรงทนทานของข้อเทียมจะไม่เท่าข้อจริงแต่ผู้ป่วยก็จะสามารถใช้ข้อสะโพกเทียมได้นานกว่า 10 ปี หากดูแลตนเองและไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ (กีรติ เจริญชลวานิช, 2551, น. 197-205)

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ศัลยแพทย์จะทำการเปิดแผลผ่าตัดเพื่อเข้าหาข้อสะโพก เทคนิคการเปิดแผลผ่าตัดนี้มีหลายวิธีได้แก่ anterior, anterolateral, direct lateral และ posterolateral approach การจะใช้เทคนิคใดขึ้นกับความถนัดของศัลยแพทย์แต่ละท่าน ในภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล นิยมใช้เทคนิคเปิดแผลผ่าตัดแบบ posterolateral approach โดยจะเริ่มจัดท่าให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตะแคงเอาสะโพกข้างที่จะทำผ่าตัดขึ้น เมื่อเปิดแผลผ่านชั้นผิวหนัง ชั้นไขมันใต้ผิวหนัง และชั้นกล้ามเนื้อสะโพก จะพบข้อสะโพก ทำการตัดเยื่อหุ้ม ข้อสะโพก แล้วหมุนข้อสะโพกในท่าบิดเข้าใน (internal rotation) ร่วมกับการงอ (flexion) และการหุบเข้าใน (adduction) เพื่อให้หัวกระดูกสะโพกหลุดออกมาจากเบ้า จากนั้นทำการตัดส่วนคอของกระดูกต้นขา (femoral neck) เพื่อเอาหัวกระดูกที่มีพยาธิสภาพออกและช่วยให้เห็นส่วนของเบ้าสะโพกมากขึ้น

การเตรียมเบ้าสะโพก จะเริ่มจากการตัด labrum และกระดูกงอก (osteophyte) โดยรอบออก จากนั้นจะใช้เครื่องมือเพื่อคว้านเบ้าสะโพกให้กลมรองรับการใส่เบ้าสะโพกเทียม เลือกขนาดเบ้าสะโพกเทียมให้เหมาะสมกับขนาดกระดูกของผู้ป่วย ทำการใส่ข้อสะโพกเทียมตามชนิดที่ได้วางแผนไว้ ถ้าเป็นแบบที่ไม่ใช่ซีเมนต์ยึดกระดูกจะต้องใส่เบ้าสะโพกเทียมลงไปให้แน่น อาจใส่สกรู

ยึดเบ้าสะโพกเทียมกับกระดูก iliac เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ส่วนแบบที่ใช้ซีเมนต์ยึดกระดูกจะต้องเจาะรูบริเวณกระดูกเบ้าสะโพกเพื่อช่วยให้ซีเมนต์ยึดเกาะได้ดี ภายหลังทำความสะอาดกระดูกแล้วให้ทำการใส่เบ้าสะโพกเทียมให้อยู่ในตำแหน่งที่ต้องการ ในรายที่ทำ hemiarthroplasty ไม่ต้องทำผ่าตัดในขั้นตอนนี้

การเตรียมกระดูกต้นขา แพทย์จะใช้อุปกรณ์การเจาะเพื่อทำให้โพรงกระดูกเป็นช่องตามลักษณะของข้อเทียม และขยายขนาดมากขึ้นจนแน่นกับโพรงกระดูก ทดลองใส่ข้อเทียมชนิดทดสอบลงไป ทำการใส่ส่วนที่เป็น bearing surface แล้วทดสอบการทำงานของข้อเทียมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ความมั่นคงของข้อและความยาวขา เมื่อผลการทดสอบเป็นที่พอใจจะนำส่วนของข้อเทียมที่ใช้ทดสอบออก ต่อจากนั้นจึงใส่ข้อสะโพกเทียมของกระดูกต้นขาและส่วนหัวจริงแล้วดึงข้อสะโพกให้เข้าที่ ทำการตรวจการเคลื่อนไหว ความมั่นคง และความยาวขาอีกครั้ง ก่อนปิดแผลผ่าตัด และใส่ท่อระบายเลือดเพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดคั่งค้างซึ่งจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

วิธีการเปิดแผลผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม

การเปิดแผลเพื่อทำผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมนั้นยึดถือตามแนวระดับทางกายวิภาคศาสตร์ของข้อสะโพก (anatomical planes) ดังนี้

1. การเปิดแผลเข้าทางด้าน anterior ทำผ่าตัดในท่านอนหงาย แนวผ่าตัดเข้าระหว่างกล้ามเนื้อ จึงไม่ต้องตัดกล้ามเนื้อ วิธีนี้จะมีการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อน้อย สามารถเห็นเบ้าสะโพกได้ดี แต่จะมีความยุ่งยากเล็กน้อยขณะทำการใส่ femoral stem นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาท femoral และ lateral femoral cutaneous

2. การเปิดแผลเข้าทางด้าน anterolateral สามารถเปิดให้เห็นหัวและคอกระดูกสะโพกได้ดี ทำได้โดยให้ผู้ป่วยนอนหงาย ตะแคงเอาด้านที่จะทำผ่าตัดสูงขึ้นเล็กน้อยโดยใช้หมอนทรายหรือผ้าหนุน ลงมีดผ่าตัดใต้ anterosuperior iliac spine ลงมา 1-2นิ้ว แล้วโค้งมาที่ greater trochanter แล้วโค้งขึ้นไปทางด้านข้างของโคนขายาวประมาณ 3-4 นิ้ว ข้อดีจะคล้ายกับการเปิดแผลทาง anterior แต่จะเห็นเบ้าสะโพกได้ชัดเจนน้อยกว่า และมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาท superior gluteal

3. การเปิดแผลเข้าทางด้าน lateral ให้นอนตะแคงเอาสะโพกข้างที่จะทำผ่าตัดขึ้น เปิดแผลที่จะทำผ่าตัดทางด้านข้างของสะโพก แผลผ่าตัดเป็นแนวตรง ยาวตั้งแต่จุดที่ต่ำกว่า iliac crest ลงมา 1-2 นิ้ว ผ่านไปบน greater trochanter ลงไปข้างล่างตามแนวลำกระดูกต้นขาอีกประมาณ 4-5 นิ้ววิธีนี้สามารถเปิดให้เห็นเบ้าสะโพกและส่วนคอกระดูกต้นขาได้ดี แต่อาจจำเป็นต้องตัด hip abductor muscles ออกจากจุดเกาะบางส่วนทำให้มีการอ่อนแรงหลังผ่าตัด นอกจากนี้อาจมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาท superior gluteal

4. การเปิดแผลเข้าทางด้าน posterolateral เป็นวิธีที่ทำการผ่าตัดเข้าสู่ข้อสะโพกได้ง่าย ไม่มีการบาดเจ็บต่อ hip abductor muscles วิธีการทำคือให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหรือคว่ำเล็กน้อย เปิดแผลผ่าตัดที่ด้านหลังของสะโพกจาก posterior superior iliac spine ตรงมายัง greater trochanter แล้วลงไปตามด้านข้างของลำกระดูกต้นขายาวประมาณ 4-5 นิ้ว วิธีนี้สามารถเห็นส่วนต้นกระดูกต้นขาได้ดี แต่มีความยุ่งยากเล็กน้อยขณะเตรียมเบ้าสะโพก ข้อควรระวังสำหรับวิธีนี้คือ มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาท sciatic และมีโอกาสเกิดข้อเทียมหลุดมาทางด้านหลังได้ง่าย หากวางตำแหน่งของข้อเทียมไม่ดี (วรรณี สัตยวิวัฒน์, 2551, น. 421-422)

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งตามช่วงเวลาที่เกิดได้เป็น 2 ช่วงคือ

1. ช่วงขณะทำผ่าตัด (intraoperative complications) เช่น มีการแตกหักของกระดูกต้นขาหรือกระดูกเบ้า การบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาท โดยเส้นประสาทที่มีโอกาสได้รับบาดเจ็บมากที่สุดในการผ่าตัดเข้าทาง posterolateral คือเส้นประสาท sciatic ทั้งนี้เนื่องจากในขณะผ่าตัดผู้ป่วยอยู่ภายใต้การระงับความรู้สึกจึงทำให้ตรวจการทำงานของเส้นประสาททำได้ยาก การตรวจนี้จึงต้องทำภายหลังจากที่ผู้ป่วยหมดฤทธิ์จากการระงับความรู้สึก ซึ่งมักจะต้องตรวจที่หอผู้ป่วย การตรวจการทำงานของเส้นประสาท sciatic สามารถทำได้ง่ายโดยการตรวจว่าผู้ป่วยสามารถกระดกข้อเท้าได้หรือไม่

2. ช่วงภายหลังการผ่าตัด (postoperative complications) ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ถ้าผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจ ภาวะแทรกซ้อนในช่วงนี้ที่พบได้บ่อยได้แก่

2.1 การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม มักพบได้บ่อยในช่วง 3 เดือนแรกภายหลังผ่าตัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีอยู่หลายประการ ได้แก่

- ตำแหน่งของข้อสะโพกเทียม เป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นอย่างมาก การใส่ข้อเทียมต้องอยู่ลักษณะที่ถูกต้อง ทั้งส่วนที่เป็นเบ้าสะโพกและแกนของข้อเทียมคือ ส่วนที่เป็นเบ้าสะโพกเทียมเมื่อใส่แล้วควรทำมุม 40-45 องศากับแนวนอนและมี anteversion 10-20 องศา และอย่าให้เกิด retroversion (เบ้าบิดไปทางด้านหลัง) ส่วนแกนของข้อเทียมควรใส่ให้มี anteversion 10-15 องศา

- วิธีการเปิดแผลผ่าตัด (surgical approach) ก็มีความสำคัญต่อการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดข้อเคลื่อนหลุด โดยรวมแล้วการเปิดแผลทางด้านหลังมีความเสี่ยงต่อภาวะข้อสะโพกเทียมหลุดมากกว่าการเปิดแผลทางด้านหน้า อย่างไรก็ตามการเปิดแผลทางด้านหน้า ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการหลุดของข้อเทียมมาทางด้านหน้าโดยเฉพาะถ้ามีการหมุนของขาออกด้านนอก (external rotation) ที่มากเกินไป ในขณะเดียวกันการเปิดแผลทางด้านหลัง ผู้ป่วยก็จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดข้อ

สะโพกเทียมหลุดไปทางด้านหลังหากมีการหมุนของขาเข้าด้านใน (internal rotation) ที่มากเกินไป (วรรณี สัตยวิวัฒน์, 2551, น. 424-425)

- ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบๆข้อสะโพก โดยเฉพาะ hip abductor muscles กล้ามเนื้อที่ มีความสำคัญอย่างมากในการให้ความมั่นคงกับข้อสะโพกคือ gluteus medius โดยปกติผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของข้อสะโพกมักจะพบการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อนี้ร่วมด้วย ดังนั้นภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำเป็นต้องฝึกให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อ gluteus medius ให้มีความแข็งแรงมากขึ้น

- การใช้งานข้อสะโพกผิดท่า ลื่นล้ม หรือเกิดอุบัติเหตุ ทำให้เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ซึ่งที่พบได้บ่อยคือ การเคลื่อนหลุดไปทางด้านหลัง ท่าที่มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดไปทางด้านหลังคือ ท่างอสะโพกมากๆ ร่วมกับการหุบเข้าในและบิดเข้าใน ส่วนท่าที่อาจทำให้เกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดไปทางด้านหน้าคือ การแอ่นสะโพกร่วมกับการบิดออกนอก ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องของท่าต่างๆที่มีความเสี่ยงต่อข้อสะโพกหลุดจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เช่น การนอนในช่วงหลังผ่าตัดใหม่ๆ ควรนอนกางขาเล็กน้อยประมาณ 30 องศา ขาตรงไม่บิดเข้าในหรือบิดออกซึ่งเป็นท่าที่ข้อสะโพกมีความมั่นคง รวมทั้งการพลิกตะแคงตัวควรมีหมอนวางคั่นระหว่างขาเพื่อไม่ให้ขาหุบมากเกินไป

เมื่อข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดสามารถสังเกตได้จากอาการปวดมากเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อสะโพก ขาข้างนั้นสั้นลง ในกรณีที่หลุดไปทางด้านหลัง ขาจะอยู่ในท่างอ หุบและบิดเข้าใน ส่วนถ้าหลุดไปทางด้านหน้า ขาจะอยู่ในท่ากางและบิดออกนอก เมื่อส่งตรวจทางภาพถ่ายรังสีจะพบว่า หัวข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดออกจากเบ้า การรักษาจะทำโดยการดึงข้อเทียมที่หลุดให้เข้าที่ภายใต้การระงับความรู้สึก ภายหลังการดึงเข้าที่แล้วอาจใส่ที่ดึงขา (skin traction) ถ่วงด้วยน้ำหนักเล็กน้อย โดยจัดขาให้เหยียดและกางออกประมาณ 30 องศา เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ เพื่อให้เนื้อเยื่อรอบๆข้อสะโพกที่ได้รับบาดเจ็บแข็งแรงขึ้น หรือใช้อุปกรณ์พยุงข้อสะโพก (hip brace) ช่วยประคอง

2.2 การติดเชื้อของข้อสะโพกเทียมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พบได้ประมาณร้อยละ1-2 อาจเกิดได้ตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดใหม่ๆ หรือหลังจากนั้นต่อมาอีกเป็นเดือนหรือปี สาเหตุเกิดได้จากการปนเปื้อนเชื้อระหว่างการผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัดที่ไม่ดี หรือการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นๆในร่างกายแล้วเชื้อกระจายมาที่ข้อสะโพกเทียมทางกระแสเลือด เชื้อที่พบบ่อยในการติดเชื้อข้อสะโพกเทียมคือ เชื้อแบคทีเรียชนิด staphylococcus และ streptococcus ผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อสะโพก ใช้งานได้ลดลง แผลบวมแดงมีหนอง อาจมีไข้สูงร่วมด้วย การรักษาจำเป็นต้องให้การ

รักษาอย่างรีบด่วน คือการผ่าตัดล้างข้อและให้ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อ ในกรณีถ้าติดเชื้อมานานหรือพบว่ามีข้อสะโพกเทียมหลวม จำเป็นต้องผ่าตัดนำข้อสะโพกเทียมเดิมออกทั้งหมดด้วย

2.3 การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมถือเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะนี้ ซึ่งอาจพบได้ในขาข้างที่ผ่าตัดและไม่ผ่าตัด สาเหตุอาจเกิดจากการจัดท่าสะโพกระหว่างการผ่าตัด ทำให้หลอดเลือดดำมีการคดงอ หรือการที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงนานๆก่อนหรือหลังผ่าตัด ทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง มีการคั่งของเลือดจนเกิดเป็นลิ่มเลือดเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการบวมที่ขาร่วมกับการปวดตึงที่น่อง ในบางรายถ้าลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นหลุดไปอุดตันที่หลอดเลือดในปอด ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อย ถ้าเป็นรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นภายหลังการผ่าตัดควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มมีการขยับตัว กระดกข้อเท้า ลุกนั่งยืนเดินถ้าสามารถทำได้เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้

2.4 การสึกหรอและหลวมของข้อสะโพกเทียม การสึกหรอของผิวข้อสะโพกเทียมโดยเฉพาะ polyethylene อาจเกิดจากหมดอายุการใช้งาน หรือการใช้งานข้อสะโพกเทียมที่หนักเกินไป เช่นมีแรงกระแทกต่อข้อมาก การยกของหนัก ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยอาจไม่มีอาการ แต่ภาพถ่ายรังสีเห็นการสึกของ polyethylene เมื่อเป็นมากขึ้นจะมีอาการปวดข้อสะโพกจากปฏิกิริยาการอักเสบของร่างกายที่ต่อต้านเศษของ polyethylene ที่สึก เมื่อมีปฏิกิริยามากขึ้นร่างกายจะมีการทำลายกระดูกรอบๆข้อเทียม (osteolysis) จนในที่สุดเกิดการหลวมของข้อสะโพกเทียม ส่วนในรายที่ใช้ข้อเทียมแบบที่ใส่ซีเมนต์ ถ้าใส่ซีเมนต์เข้าไปในโพรงกระดูกไม่ดี ไม่ทั่วถึง ข้อเทียมที่ใส่ลงไปจึงไม่มั่นคงเกิดการหลวมได้ง่าย ข้อสะโพกเทียมที่หลวมถ้าเป็นส่วนเบ้า ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดบริเวณขาหนีบ แต่ถ้าเป็นส่วนแกนจะปวดบริเวณต้นขา อาการปวดจะเป็นมากตอนขยับ ยืนหรือเดิน โดยเฉพาะช่วงแรกๆ ของการเดิน เมื่อเดินสักพักข้อเทียมเข้าที่จะดีขึ้น อาการปวดจะลดลง ดังนั้นควรให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องของการใช้งานข้อสะโพกเทียมให้ถูกต้อง การสังเกตอาการปวดผิดปกติต่างๆ และความจำเป็นที่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด

2.5 การหักของกระดูกบริเวณข้อสะโพกเทียม ส่วนใหญ่มักพบบริเวณกระดูกต้นขาเกิดจากอุบัติเหตุ การหกล้ม หรือเกิดตามหลังข้อเทียมที่หลวมก็ได้ การรักษาถ้ากระดูกหักมีการเคลื่อนที่จำเป็นต้องผ่าตัดเพื่อใส่อุปกรณ์ยึดกระดูก และถ้ามีข้อเทียมหลวมร่วมด้วยต้องผ่าตัดแก้ไขข้อสะโพกเทียมด้วย

2.6 การบาดเจ็บของเส้นประสาทภายหลังผ่าตัด มักเกิดจากการกดทับจากภายนอก เช่น การพันผ้าไปทับเส้นประสาท หรือการวางขาบิดราบไปกับเตียงขณะที่ผู้ป่วยยังไม่ฟื้นจากการระงับความรู้สึก เส้นประสาทที่พบการบาดเจ็บได้บ่อยคือ เส้นประสาท common peroneal ซึ่งมักถูกกดทับบริเวณคอกระดูกน่อง (fibular neck) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระดกข้อเท้าได้ ดังนั้นการ

ระมัดระวังเรื่องการพันผ้าและการดูแลตำแหน่งการวางขาให้ดีจะช่วงป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ได้ (ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ, 2550, น.103-10)

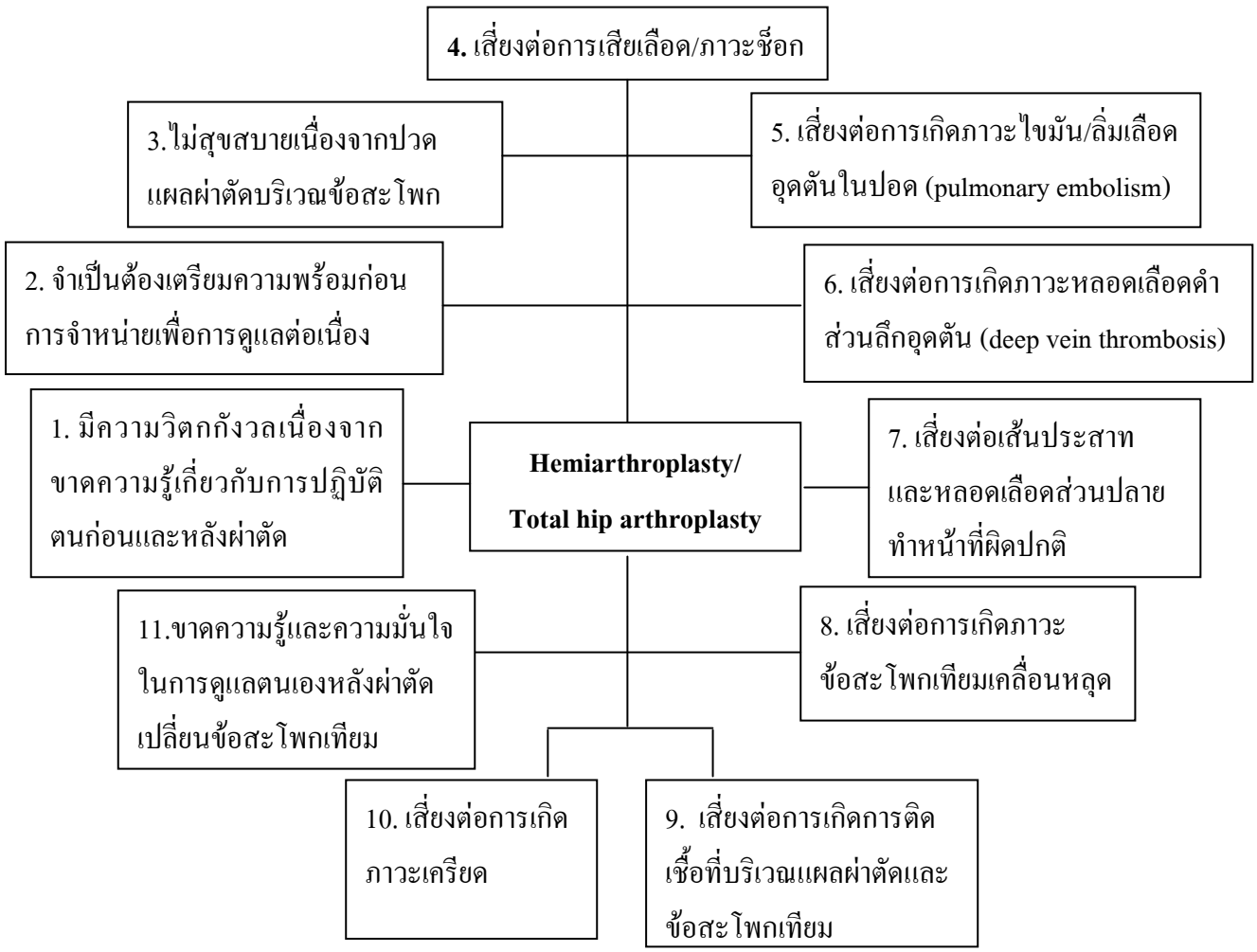
บทที่ 3

กระบวนการพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีเป้าหมายที่สำคัญอยู่ 2 ประการ คือ บรรเทาอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค และต้องการดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวและความมั่นคงของข้อสะโพกนั้นๆ การดูแลจึงต้องมีประสิทธิภาพเพื่อฟื้นฟูสภาพของร่างกายให้กลับสู่ปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม



Concept Mapping: ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัด Hemiarthroplasty/Total hip arthroplasty

การดูแลก่อนผ่าตัด

1. ด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อทราบว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดมักจะมีอาการวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัด จึงควรให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วย และอธิบายโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดร่วมด้วย เพื่อให้การพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเป็นไปได้ด้วยดี การเตรียมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญ ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมืออย่างจริงจังและได้รับการฝึกบริหารร่างกายก่อนผ่าตัด ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยยังมีอาการปวดบริเวณข้อสะโพกและมีความวิตกกังวล อาจจะไม่ให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติเท่าที่ควร

2. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยควรเข้ามาอยู่โรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อรับการประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียดก่อนผ่าตัด รวมทั้งแนะนำเรื่องความสะอาดของร่างกาย ที่สำคัญก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยต้องไม่มีการติดเชื้อหรือมีแหล่งของการติดเชื้ออยู่ในร่างกาย เช่น เป็นหวัด ฟันผุ เป็นต้น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอ ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว เช่น การไอและการหายใจเข้าออกลึกๆ การออกกำลังกล้ามเนื้อต่างๆ การเคลื่อนย้ายตัวเองหลังผ่าตัด การหัดเดินด้วยไม้เท้าหรือเครื่องช่วยพยุงเดิน เป็นต้น รวมถึงการอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการฝึกบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาที่ 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวล นอนไม่หลับ
2. ผู้ป่วยสีหน้ากังวล ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดมาก่อนทำให้มีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล เพราะเป็นการผ่าตัดครั้งแรก
3. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เป้าหมาย ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกว่าคลายความวิตกกังวลและสบายใจขึ้น นอนหลับได้
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
3. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ถูกต้อง

4. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการเข้าไปพูดคุยซักถามและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่ทำให้ไม่สบายใจ และรับฟังอย่างตั้งใจ

2. ประเมินภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วยจากสีหน้าท่าทางและคำบอกเล่า

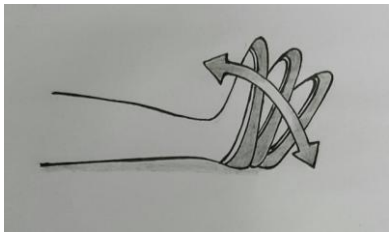
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาจนเข้าใจ ให้กำลังใจ พูดคุยให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วย สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ยกตัวอย่างหรือแนะนำให้พูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบ ข้อปฏิบัติของโรงพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และคลายความกังวล

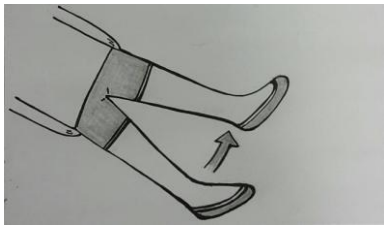
5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ อธิบายเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบ โดยการสอนข้างเตียง เปิดวีซีดีให้ดู และแจกคู่มือเรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พร้อมให้แผ่นคำแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยสอนแนะนำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อขา และกล้ามเนื้อรอบสะโพกให้แข็งแรง โดยบริหารสม่ำเสมอต่อเนื่องอย่างน้อย 6 สัปดาห์ เมื่อกล้ามเนื้อแข็งแรงแล้วเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมได้ ดังต่อไปนี้

5.1 วันแรกหลังผ่าตัด บริหารร่างกายในท่านอน ควรเริ่มออกกำลังกายให้เร็วที่สุดตั้งแต่หลังผ่าตัดวันแรก เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ และปอดอักเสบ ให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ โดยหายใจเข้าลึกๆ ค้างไว้ 30 วินาที แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วหายใจตามปกติ

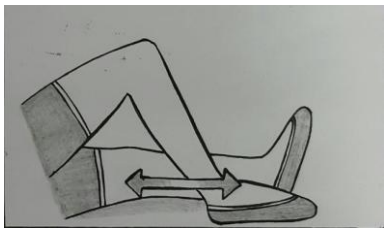
5.2 วันที่ 1-2หลังผ่าตัด บริหารร่างกายกล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อรอบสะโพกในช่วงแรกหลังผ่าตัดจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปบริเวณขาและเท้าเพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดอุดตัน อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก การบริหารร่างกายนี้สามารถเริ่มทำได้ตั้งแต่อยู่ในห้องพักฟื้นในโรงพยาบาล ช่วงแรกหลังการผ่าตัด ในช่วงเริ่มต้นอาจจะรู้สึกไม่ค่อยสบาย แต่การบริหารจะช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและลดอาการปวดหลังการผ่าตัด ดังรูปภาพที่ 8



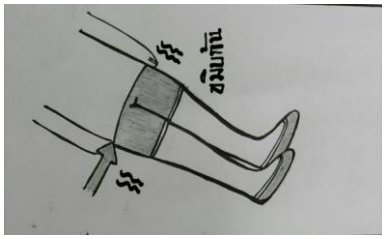
<u>ท่าที่ 1</u> ค่อยๆกระดกเท้าลงและขึ้นช้าๆ ท่านี้ควรทำบ่อยๆทุก 5 หรือ 10 นาที โดยสามารถเริ่มทำได้ตั้งแต่หลังผ่าตัดจนกระทั่งฟื้นตัวเต็มที่



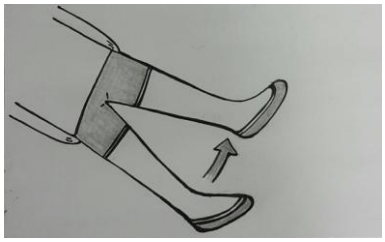
ท่าที่ 2 หมุนเท้าเข้าหาเท้าอีกข้าง แล้วค่อยๆหมุนออกไกลจากเท้าอีกข้างทำซ้ำ 5 ครั้ง ในแต่ละทิศทาง ทำท่านี้ 10 ครั้ง ทำบ่อย 3-4 รอบต่อวัน



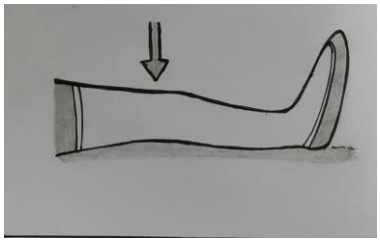
ท่าที่ 3 เลื่อนส้นเท้าเข้าหาสะโพก งอเข่า พยายามยึดส้นเท้าให้วางบนเตียงตลอดเวลา ระวังอย่าให้หัวเข่าหมุนเข่าด้านใน



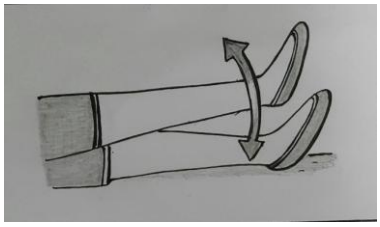
ท่าที่ 4 เกร็งกล้ามเนื้อสะโพกพยายามค้างไว้นับ 1-5



ท่าที่ 5 เลื่อนขากางออกให้กว้างที่สุดเท่าที่จะทำได้และเลื่อนกลับ



ท่าที่ 6 เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาและพยายามยืดเข่าให้ตรงที่สุด ค้างไว้ 5-10 วินาที ทำท่านี้ซ้ำ 10 ครั้ง ในช่วงเวลา 10 นาที ทำต่อเนื่องไปจนกระทั่ง รู้สึกกล้ามเนื้อต้นขาล้า



ท่าที่ 7 เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาและพยายามยืดเข่าให้ตรงที่สุดบนเตียง ในขณะที่เกร็ง ต้นขาค่อยๆยกขาขึ้นจากเตียงสูง 2-3 นิ้ว ค้างไว้ 5-10 วินาที แล้วค่อยๆวางลง ทำต่อเนื่องไปจนกระทั่งรู้สึกกล้ามเนื้อต้นขาล้า

รูปภาพที่ 8 ภาพวาดการบริหารกล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อรอบสะโพกท่านอน

ที่มา: ดัดแปลงจาก http://www.phraehospital.go.th/or/THA.html

สืบค้น วันที่ 20 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

5.3 วันที่ 3-7 หลังผ่าตัด บริหารร่างกายและกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพกในท่ายืน (standing exercise) ตามแผนการรักษาทันที หลังการผ่าตัดควรลุกจากเตียงและสามารถยืนได้ อาจจำเป็นต้องมีคนช่วยเนื่องจากอาจยังรู้สึกเวียนศีรษะในครั้งแรกๆที่ยืน หลังจากที่แข็งแรงขึ้นจะสามารถยืนได้เองโดยไม่จำเป็นต้องมีคนช่วย แต่การยืนควรมีที่ยึดจับที่มั่นคงเสมอ ดังรูปภาพที่ 9

ท่าที่ 1 ยืนเกาะพนักเก้าอี้หรือราวจับที่มั่นคงยกขาข้างที่ผ่าตัดขึ้นเข้าหาอกโดยยกไม่สูงเกินระดับเอว นับถึง 3แล้วลดขาลง

ท่าที่ 2 ยืนเกาะพนักเก้าอี้หรือราวจับที่มั่นคงโดยจัดท่าให้สะโพกเข่าและเท้าชี้ไปด้านหน้า ยืนตัวตรง ยืดเข่าให้ตึงในขณะที่ยกขาหนึ่งข้างขึ้นไปด้านข้างแล้วค่อยๆลดลงจนเท้ากลับมาแตะพื้น

ท่าที่ 3 ยืนเกาะพนักเก้าอี้หรือราวจับที่มั่นคง ยกขาข้างที่ผ่าตัดขึ้นไปทางด้านหลัง พยายามยืดหลังให้ตรง ยกค้างไว้นับถึง 3แล้วค่อยๆลดขาลงมาแตะพื้น

รูปภาพที่ 9 ภาพวาดการบริหารกล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อรอบสะโพกท่ายืน

ที่มา: ดัดแปลงจาก http://www.phraehospital.go.th/or/THA.html

สืบค้น วันที่ 20 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง ควรอยู่ในความดูแลของพยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด โดยไขเตียงให้อยู่ในท่าศีรษะสูง 60-90 องศาเพื่อป้องกันอาการหน้ามืด เคลื่อนตัวมาทางขาข้างที่ทำผ่าตัดให้ใกล้ขอบเตียงมากที่สุด ขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ในท่ากางขาตลอดเวลา ใช้ข้อศอกและมือยันที่นอนแล้วลุกขึ้นนั่งพร้อมกับห้อยขาลงข้างเตียง (ห้ามหุบขา) ลุกขึ้นยืนโดยใช้ขาข้างดีวางบนพื้น น้ำหนักตัวลงบนขาข้างดี ยืนให้ตัวตรง หัดเดินแบบ full, partial หรือ toe-touch weight bearing ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยใช้มือทั้งสองข้างจับเครื่องช่วยพยุงเดิน ดังรูปภาพที่ 10

รูปภาพที่ 10 การลุกนั่งบนเตียง
ที่มา: http://www.zimmer.co.th.
สืบค้น วันที่ 20 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

5.4 การบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพกต้องปฏิบัติต่อเนื่องทุกวัน เพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองในแต่ละวันโดยพิจารณาตามอาการและตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ทบทวนติดตาม และประเมินผลเป็นระยะ
7. เปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบข้อสงสัย

ปัญหาที่ 2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าถ้ากลับบ้านแล้วจะดูแลตนเองถูกต้องหรือไม่
2. ผู้ป่วยบอกว่ากลับบ้านต้องเตรียมอะไรเป็นพิเศษหรือไม่

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกว่ามีความมั่นใจในการดูตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง

3. ผู้ป่วยจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมได้เหมาะสมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

กิจกรรมการพยาบาล (เสาวภา อินผา, 2550)

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนภายหลังกลับบ้านดังนี้ (อ้างในวรรณี สัตยวิวัฒน์, 2551, น. 443-49)

ข้อควรปฏิบัติ

- ขาข้างที่ทำผ่าตัดต้องอยู่ในท่ากางตลอดเวลา
- บริหารกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง นอนตะแคงไปทางขาข้างดี และต้องมีหมอนรองระหว่างขาให้ข้อสะโพกข้างที่ทำผ่าตัดกางประมาณ 30 องศา ตลอดเวลาดังรูปภาพที่ 11

รูปภาพที่ 11 ภาพแสดงการใช้หมอนรองระหว่างขา

- การลงจากเตียงให้เคลื่อนตัวมาทางขาข้างดีให้ใกล้ขอบเตียงมากที่สุด โดยขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ในท่ากางขาตลอดเวลา ใช้ข้อศอกและมือยันที่นอนแล้วลุกขึ้นนั่งพร้อมกับหมุนตัวห้อยขาลงจากเตียง
- การขึ้นเตียงให้ใช้ขาข้างดีขึ้นก่อน แล้วตามด้วยขาข้างที่ทำผ่าตัด
- การขึ้นลงทางลาด ถ้าจำเป็นต้องเดินขึ้นให้เอนตัวมาทางด้านหลัง การเดินลงสามารถทรงตัวได้ตามปกติ
- การขึ้นลงบันได ใช้ขาข้างดีนำขึ้นและก้าวขาข้างที่ทำผ่าตัดตามไป พักไว้ที่บันไดข้างเดียวกัน แล้วจึงก้าวนำต่อไปโดยขาข้างที่ดี การลงใช้ขาข้างที่ทำผ่าตัดนำลงมาก่อน
- ควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไปเพราะจะทำให้ข้อสะโพกและข้อเข่ารับน้ำหนักมากเกินไปอาจเกิดการเสื่อมและหลวมของข้อสะโพกเทียมเร็วกว่ากำหนด
- การใช้ไม้ค้ำยัน ขึ้นกับความเห็นของแพทย์ว่าควรเลิกใช้เมื่อใด

- สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อสะโพกแข็งแรงและไม่มีอาการเจ็บปวดถ้ามีข้อสงสัยควรปรึกษาแพทย์
- ควรรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งไม่ควรซื้อยารับประทานเอง
- ควรมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติดังนี้ ปวดข้อสะโพกมาก และไม่สามารถเดินหรือลงน้ำหนักได้ มีไข้ แผลบวมแดงหรือมีน้ำเหลืองซึม
- เมื่อมีอาการไม่สบายควรไปพบแพทย์โดยเร็ว เช่น ฟันผุ ไข้หวัด ทอนซิลอักเสบ ฯลฯ และต้องแจ้งให้แพทย์ทราบด้วยว่าได้รับการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม
- มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แม้จะไม่มีอาการผิดปกติก็ตาม

<u>ข้อห้ามปฏิบัติ</u>

ห้ามทำกิจกรรมใดๆที่ต้องงอสะโพกมากกว่า 90 องศา (มากกว่าท่านั่งปกติบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง) ดังนี้

- ห้ามนั่งไขว่ห้าง โดยใช้ขาข้างที่ทำผ่าตัดไขว่ขาข้างดี
- ห้ามนั่งเก้าอี้ที่มีระดับต่ำกว่าสะโพก เช่น ม้านั่งเตี้ย ๆ โซฟา
- ห้ามไขว้ขา หรือบิดขาเข้าด้านใน
- ห้ามขี่จักรยานอานเตี้ย
- ห้ามก้มใส่รองเท้าหรือตัดเล็บเองในระยะแรก หลักการจำคือ ห้ามใช้มือต่ำกว่าเข่า
- ห้ามนั่งยอง ๆ เช่น ใช้ส้วมซึม ควรเลือกใช้ส้วมชักโครก ถ้าไม่มีอาจดัดแปลงใช้เก้าอี้ไม้เจาะเป็นช่องวางครอบบริเวณโถส้วม
- ห้ามก้มลงหยิบของบนพื้น ให้ใช้ตะขอหรืออุปกรณ์อื่นๆ ช่วยหยิบ

หมายเหตุ : ข้อปฏิบัติในการทำกิจกรรมอาจปรับเปลี่ยนได้เมื่อมีกิจกรรมใดที่ไม่แน่ใจหรือสงสัยควรปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง

2. สอนสาธิตวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยโดยวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น กายภาพบำบัด และนัดหมายฝึกการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ
3. แนะนำการจัดเตรียมสถานที่สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น นอนเตียงหรือแคร่ที่มีพื้นสูงประมาณระดับเดียวกับเก้าอี้นั่ง ใช้ชักโครกหรือเก้าอี้คร่อมส้วม
4. ทบทวนติดตาม และประเมินผลเป็นระยะ
5. เปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบข้อสงสัย

การดูแลหลังผ่าตัด

การประเมินสภาพร่างกายหลังผ่าตัดโดยประเมินสัญญาณชีพ การทำงานของเส้นประสาทและหลอดเลือด ชีพจรหลังเท้า การเคลื่อนไหว และความรู้สึกโดยเปรียบเทียบขาทั้งสองข้าง ตรวจ

ประเมินแผลผ่าตัดว่ามีการซึมของเลือดจากแผลผ่าตัด ท่อระบายเลือด อาการปวดแผล และอาการบวมของขาที่ผ่าตัด อาการซีดและเหนื่อยของผู้ป่วย รวมทั้งการได้รับการระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบหรือยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาที่ 3. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณข้อสะโพก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล (pain score) > 3
2. ผู้ป่วยสีหน้านิ่ว คิ้วขมวด กระสับกระส่าย ร้องคราง นอนตัวเกร็ง ไม่กล้าเคลื่อนไหว
3. ผู้ป่วยบอกหรือจับ สัมผัสบริเวณที่ปวดหรือปิดป้องบริเวณที่ปวด
4. ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ
5. นอนไม่หลับ
6. หายใจตื้นไม่กล้าหายใจลึกๆเนื่องจากปวดแผล

เป้าหมาย ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ปวดแผลผ่าตัดบริเวณข้อสะโพกลดลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่บ่นปวด บอกว่าสุขสบายมากขึ้น ปวดลดลง ระดับความเจ็บปวด (pain score)$\leq$ 3
2. สีหน้าแจ่มใส สดชื่นขึ้น ไม่แสดงความเจ็บปวด
3. vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ (อุณหภูมิ < 37.5 ºC ชีพจร 60-100/min อัตราการหายใจ 16-20/min และความดันโลหิต SBP อยู่ระหว่าง 90-140 mmHg และ DBP อยู่ระหว่าง 60-90 mmHg)
4. นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่กระสับกระส่าย
5. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและแนะนำวิธีการประเมินความปวด (pain assessment) เนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่ประสบกับความปวด ผู้ป่วยจะแสดงถึงความปวด เพื่อสื่อสารให้บุคคลอื่นรับรู้ทั้งทางวาจา (verbal) และท่าทาง (non-verbal) ดังนั้นในการประเมินความปวดของผู้ป่วยจึงสามารถแบ่งข้อมูลที่ได้เป็น 2 ประเภท คือ

1.1 ข้อมูลที่เป็นคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective data)

1.2 ข้อมูลที่วัดหรือสังเกตได้ (objective data) ซึ่งได้แก่ การตอบสนองทางร่างกายและพฤติกรรม

เครื่องมือประเมินความปวด

1. Numeric rating scales (NRS) มาตรวัดความเจ็บปวดแบบชุดตัวเลข 1 – 10

ระดับของความปวด

0 หมายถึง ไม่ปวดเลย

1-3 หมายถึง ระดับความปวดที่ยอมรับได้

4 หมายถึง ระดับความปวดเล็กน้อย

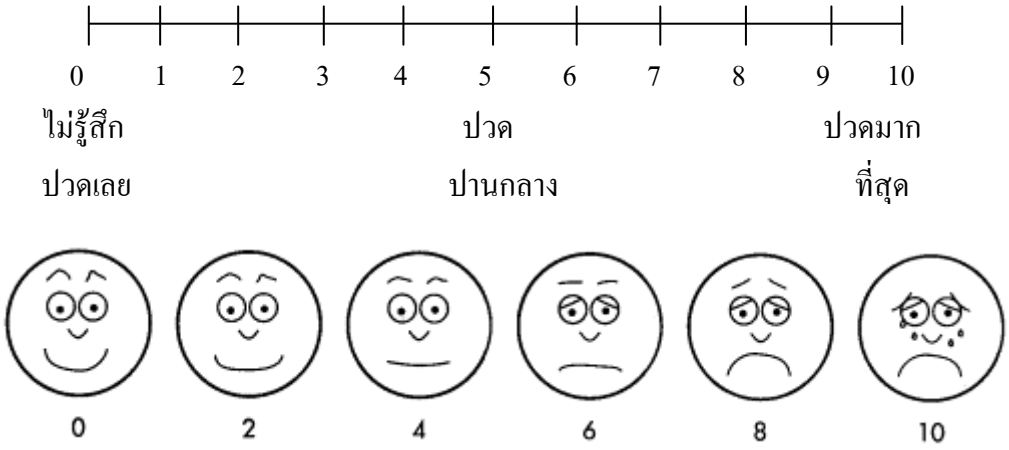
5-6 หมายถึง ระดับความปวดปานกลาง

7-9 หมายถึง ระดับความปวดมาก

10 หมายถึง ระดับความปวดมากที่สุด รุนแรงจนทนไม่ได้

2. สอนการประเมินความปวดแบบ simple descriptor scale (SDS) สเกลนี้จะเป็นคำวิเศษณ์บรรยายถึงระดับความรุนแรงของความปวด ได้แก่ คำว่าไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และปวดมากที่สุด

3. Face pain scale เป็นสเกลที่มีแนวคิดอยู่บนพื้นฐานของ VAS สเกลนี้จะแสดงถึงลักษณะการแสดงออกทางใบหน้าหกใบหน้า ตามความรุนแรงของความปวด และสามารถแสดงสเกลวัดเป็นตัวเลข 0–5 หรือ 1–10



2. การจัดการกับความปวด

2.1 การจัดการกับความเจ็บปวดต้องประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย มีการจัดการความเจ็บปวดที่รวดเร็วและควบคุมได้จนผู้ป่วยพึงพอใจ

2.2 ต้องมีกลยุทธ์ในการรักษาด้วยยาดังนี้ ให้ใช้ยาในการระงับปวดร่วมกันมากกว่า 2 ชนิด เช่นยาในกลุ่ม opioid ร่วมกับยากลุ่ม NSAID ให้ยาระงับปวดก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวด และมีการจัดการกับความเจ็บปวดแบบ elementary คือการจัดการโดยใช้ยาและไม่ใช้ยาได้แก่ การนวด (massage) การสัมผัส (touch) การประคบเย็น(cold) การสอนหรือการให้ข้อมูล การออกกำลังกาย (exercise) การเปลี่ยนท่าทาง/จำกัดการเคลื่อนไหว (repositioning/immobilization) การเบี่ยงเบนความสนใจ(cognitive distraction) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation and imagery technique) (ศิริเอมอร วิชาชาติ, 2552)

สำหรับการจัดการความเจ็บปวดด้วยยากลุ่ม opioids ทางหลอดเลือดดำ พยาบาลต้องมีความรู้ในการประเมินระดับความง่วงซึม (sedation score) ซึ่งจะทำให้การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยมีความปลอดภัย

ระดับความง่วงซึม (sedation score) มีดังนี้

0 = ไม่ง่วงเลย ตื่นอยู่ อาจนอนหลับตา พูดคุยโต้ตอบได้อย่างรวดเร็ว

1 = ง่วงเล็กน้อย นอนหลับๆ ตื่นๆ ปลุกตื่นง่าย ตอบคำถามได้อย่างรวดเร็ว

2 = ง่วงพอควร อาจหลับอยู่ แต่ปลุกตื่นง่าย ตอบคำถามได้ช้าหรือไม่ช้าก็ได้ แต่พูดคุยได้สักครู่ ผู้ป่วยจะอยากหลับมากกว่าอยากคุยด้วย หรืออาจสัปหงกให้เห็น

3 = ง่วงอย่างมาก ปลุกตื่นยากมาก หรือไม่ตื่น ไม่โต้ตอบ

S = หลับปกติ ปลุกตื่นได้ไม่ยาก

การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีระดับความง่วงซึมเปลี่ยนแปลงถ้า sedation score $\geq$ 2 + อัตราการหายใจ $>$ 10/min

เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ถ้ายังไม่โล่งให้จับผู้ป่วยนอนตะแคงในท่าพักฟื้น (recovery position) ถ้าไม่มีข้อห้าม

1) ให้ O_2 mask & adequate ventilation
2) ดูขนาด pupil
3) แจ้งแพทย์ให้ทราบ

ถ้า sedation score = 3 อัตราการหายใจ $\leq$ 10 /min

1) เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ถ้ายังไม่โล่งให้จับผู้ป่วยนอนตะแคงในท่าพักฟื้น (recovery position) ถ้าไม่มีข้อห้าม

2) ให้ O_2 mask & adequate ventilation

3) ดูขนาด pupil

4) เตรียม mask with self-inflating bag และ ET tube ไว้ใกล้มือพร้อมใช้

5) แจ้งแพทย์ให้ทราบ

6) เตรียมผสม ยา naloxone (0.4mg/cc/amp) โดยใช้ NSS หรือ sterile water 3 cc+ ยา 1 cc concentration = 0.1 mg/cc

ปัญหาที่ 4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียเลือด/ภาวะช็อก

ข้อมูลสนับสนุน

1. active bleed
2. content vacuum drain > 200 cc/hr.
3. SBP < 90 mmHg, Pulse เบาเร็ว > 100/min
4. O_2 sat room air < 95%
5. urine < 30 cc/hr.
6. hematocrit < 30%
7. ผู้ป่วยมีภาวะซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น หน้ามืด เวียนศีรษะ

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียเลือด/ไม่เกิดภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีภาวะ active bleed
2. content vacuum drain < 200 cc/hr.
3. vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ (อุณหภูมิ < 37.5 ºC ชีพจร = 60-100/min อัตราการหายใจ = 16-20/min และความดันโลหิต SBP อยู่ระหว่าง 90-140 mmHg และ DBP อยู่ระหว่าง 60-90 mmHg)
4. O_2 sat room air > 95%
5. urine > 30 cc/hr.
6. hematocrit > 30%
7. ผู้ป่วยไม่มีภาวะซีด ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่มีอาการหน้ามืดหรือเวียนศีรษะ

กิจกรรมการพยาบาล (วรรณี สัตยวิวัฒน์ และคณะ, 2551)

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ จำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่หรือตามแผนการรักษา

2. ประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและจากขวดสุญญากาศที่ระบายเลือดจากแผลผ่าตัดถ้ามากกว่า 200 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์

3. สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด เช่น อาการซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น อาการหน้ามืดหรือเวียนศีรษะของผู้ป่วย

4. ดูแลเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้เลือดตามแผนการรักษา

5. ติดตามผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการเช่น Hct และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ

6. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเสียเลือดหลังผ่าตัด เช่น อาการซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น หน้ามืดเวียนศีรษะ และให้รายงานให้พยาบาลทราบเมื่อพบความผิดปกติ

ปัญหาที่ 5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมัน/ลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก
2. อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที ชีพจรเร็วขึ้น
3. ผู้ป่วยมี O_2 saturation ลดลงจากเกณฑ์ปกติ (95-100%)
4. ผู้ป่วยมีอาการสับสน พูดคุยไม่รู้เรื่อง เหงื่อออก กระสับกระส่าย

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะไขมัน/ลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism)

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีภาวะหายใจเหนื่อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก หรือหายใจลำบาก
2. อัตราการหายใจและชีพจรเต้นปกติ (ชีพจร = 60-100/min อัตราการหายใจ = 16-20/min)
3. O_2 saturation room air 95-100%
4. ผู้ป่วยไม่มีอาการสับสน พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีเหงื่อออกหรืออาการกระสับกระส่าย

กิจกรรมการพยาบาล (เรวัตร ออกแม้น และคณะ, 2549)

1. monitoring เพื่อ early detection

- หลังผ่าตัด record vital signs, O_2 saturation ทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 12 ชั่วโมง ทุก 2ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษา
- สังเกตระดับความรู้สึกตัวและสีผิว อาการแสดงเกี่ยวกับอาการแน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจลำบาก หายใจเร็ว ชีพจรเร็ว มีอาการสับสน มีไอหรือไอเป็นเลือด

2. ป้องกันและแก้ไขภาวะขาด O_2

- จัดท่านอนให้นอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้ปอดมีการขยายตัวเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ

- ให้ O_2 cannula 3 L/min หรือ O_2 mask with bag 6-10 L/min เพราะจะได้ความเข้มข้นของออกซิเจน 95-100%

- เตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ ตามมาตรฐานการพยาบาล

- กรณีที่ผู้ป่วยหยุดหายใจเตรียมความพร้อมในการทำ CPR ตามมาตรฐานการพยาบาล

3. รายงานอาการให้แพทย์ทราบเมื่อพบอาการผิดปกติเพื่อให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที

4. ดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา

5. ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะ free fatty acid เตรียมยา steroid ตามแผนการรักษา เช่น methylprednisolone ช่วยลดการอักเสบจาก free fatty acid

6. การให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่ครอบครัว

- ให้ข้อมูลญาติก่อนผ่าตัดเรื่องภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดภาวะ pulmonary embolism

- เมื่อเกิดภาวะ pulmonary embolism บอกเหตุผลการช่วยเหลือ การรักษาแก่ญาติ

- Support ทางด้านอารมณ์

ปัญหาที่ 6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ขาบวมตึง ผิวหนังบริเวณขาบวมแดงอุ่น
2. ผู้ป่วยบ่นปวดน่อง มีอาการชา เป็นตะคริว
3. กดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis)

เกณฑ์การประเมิน

1. ขาไม่บวมตึง ผิวหนังบริเวณขาไม่บวมแดงอุ่น
2. ผู้ป่วยไม่บ่นปวดน่อง ไม่มีอาการชา และไม่เป็นตะคริว
3. ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ

กิจกรรมการพยาบาล (วรรณี สัตยวิวัฒน์, 2551)

1. สังเกตอาการบวมตึง อุณหภูมิ สีผิว ชีพจรบริเวณปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง (dorsalis pedis pulse) และสอบถามอาการปวดบริเวณขาและน่อง ความรู้สึกและความสามารถในการเคลื่อนไหวขา

2. ดูแลจัดท่านอนของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง ขากางออก ไม่ให้ข้อเข่าและข้อสะโพกอยู่ในท่าเหยียดเกินไปควรมีผ้ารองบริเวณขา เพราะถ้าอยู่ในท่าเหยียดเกินไปมีแนวโน้มที่จะทำให้หลอดเลือดดำบริเวณนั้นถูกยืดออกและแฟบลง แรงกดที่เกิดขึ้นทำให้มีการหยุดนิ่งของกระแสเลือด

ส่วนผ้าพันบริเวณแผลผ่าตัดถ้าพันแน่นให้คลายออกเพื่อช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น และยกปลายเท้าสูงจะช่วยลดบวมและช่วยการไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำได้

3. แนะนำการบริหารร่างกายและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็ว (early ambulation) ตามแผนการรักษาเพราะจะช่วยลดปัจจัยในการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน กระตุ้นให้บริหารออกกำลังขาทั้งสองข้างโดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขากดเข่าลงกับที่นอนเป็นการบริหารกล้ามเนื้อแบบเกร็งอยู่กับที่ (isometric exercise) บริหารกล้ามเนื้อข้อเท้าโดยการกระดกข้อเท้าขึ้นลงบ่อยๆ (ankle pumping exercise) และการใช้อุปกรณ์ intermittent pneumatic compressive device ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดซึ่งจะช่วยในการเพิ่มการไหลกลับของเลือดดำและลดการคั่งของเลือดในหลอดเลือดดำบริเวณขา

4. แนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่า หากมีอาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ เป็นตะคริว มีอาการชา หรือขาบวม ให้รายงานพยาบาลและแพทย์ทราบทันที

5. ดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา

ปัญหาที่ 7. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเส้นประสาท และหลอดเลือดส่วนปลายทำหน้าที่ผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. อวัยวะส่วนปลายปวด บวม ชา ซีด เย็น คลำ dorsalis pedis pulse ไม่ได้
2. การเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนปลายลดลงจากปกติ

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีการทำงานของเส้นประสาท common peroneal และหลอดเลือดส่วนปลายปกติ

เกณฑ์การประเมิน

1. อวัยวะส่วนปลายไม่ปวด บวม ชา ซีด เย็น คลำ dorsalis pedis pulse ได้ชัดเจน
2. การเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนปลายปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการทำงานของเส้นประสาทและหลอดเลือดส่วนปลายของขาข้างที่ทำผ่าตัด: 7p (สุดารัตน์ ศรีสมุทรนาค, 2552)

1.1 Pain: เป็นอาการปวดที่รุนแรง โดยจะปวดลึกๆปวดตลอดเวลา และจะปวดมากเมื่อมีการถูกจับให้เคลื่อนไหว เช่น การช่วยกระดกนิ้วเท้าหรือเหยียดนิ้วมือผู้ป่วยออก อาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ แม้ได้รับยาแก้ปวดอาการก็ไม่ทุเลา

1.2 Paresthesia: อาการชาและความรู้สึกเจ็บลดลง เป็นการรับรู้ผิดปกติเนื่องจากเส้นประสาททำงานผิดปกติ เช่น อาการปวดแสบปวดร้อน (burning) หรือคล้ายถูกเข็มแทง (prickling) หรือมีอาการชา (numbness)

1.3 Pallor: อาการซีด จะพบผิวหนังส่วนที่ขาดเลือดซีดเย็นกว่าปกติ บางรายอาจเขียวคล้ำ โดยเฉพาะในระยะแรก เนื่องจากการไหลเวียนเลือดไม่ดี และหากเป็นการอุดกั้นของหลอดเลือดแดงจะซีดในระยะท้าย

1.4 Paralysis: การเคลื่อนไหวไม่ได้ อ่อนแรง ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อขาดเลือดมาเลี้ยงจะพบในระยะหลังเมื่อกล้ามเนื้อและเส้นประสาทถูกทำลายหมด

1.5 Pulseless: การคลำชีพจรของอวัยวะส่วนปลายไม่ได้ หรือคลำได้แต่เบากว่าอีกข้างในระดับเดียวกัน มักพบร่วมกับอาการบวมของแขนขาข้างนั้นเย็นซีดกว่าปกติ

1.6 Polar: อวัยวะส่วนปลายเย็น

1.7 Palpable tenseness: บวม

2. จัดวางขาข้างที่ทำผ่าตัดให้ตรงไม่บิดออกนอก (external rotation) เพื่อป้องกันการกดทับ common peroneal nerve

3. สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเส้นประสาทและหลอดเลือดส่วนปลาย ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อแบบเกร็งอยู่กับที่ (isometric exercise) การบริหารกล้ามเนื้อข้อเท้าโดยการกระดกข้อเท้าขึ้นลง (ankle pumping exercise)

4. รายงานอาการให้แพทย์ทราบเมื่อพบอาการผิดปกติเพื่อให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที

5. การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของเส้นประสาท และหลอดเลือดส่วนปลาย

6. การให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่ครอบครัว ให้ข้อมูลญาติก่อนผ่าตัดเรื่องภาวะแทรกซ้อนของเส้นประสาทและหลอดเลือดส่วนปลาย เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนบอกเหตุผลการช่วยเหลือการรักษาแก่ญาติ

ปัญหาที่ 8. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปวดบริเวณข้อสะโพกเทียม
2. ขาผิดรูป บิดหมุนออกหรือบิดเข้าใน
3. สะโพกบวม
4. ขณะนอนหงายขาข้างที่ข้อสะโพกเคลื่อนหลุดจะสั้นกว่าขาอีกข้างประเมินโดยใช้สายตา
5. film both hip จะเห็นการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่บ่นปวดบริเวณข้อสะโพกเทียม
2. ขาไม่ผิดรูป บิดหมุนออกหรือบิดเข้าใน
3. สะโพกไม่บวม
4. ขณะนอนหงายขาสองข้างยาวเท่ากันจากการประเมินโดยใช้สายตา
5. film both hip ไม่มีการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยว่าหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์แรก ควรหลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพก (flexion) มากกว่า 90 องศา การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอกและเข้าในมากเกินไป (external and internal rotation) (วรรณี สัตยวิวัฒน์ และคณะ, 2551)

2. ดูแลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยดังนี้

- นอนราบหัวสูง 30 องศา ขาข้างที่ผ่าตัดกางออก (abduction) ประมาณ 15-30 องศา โดยใช้หมอนวางระหว่างขาทั้งสองข้างเพื่อป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ขาอยู่ในท่าเหยียดตรง
- หลีกเลี่ยงการงอขาทันที การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอกและเข้าในมากเกินไป (excessive external rotation and internal rotation)
- นอนตะแคงไปข้างที่ไม่ทำผ่าตัด ขณะพลิกตะแคงตัวต้องวางหมอนไว้ระหว่างขาทั้งสองข้างพร้อมกับระวังไม่ให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดหุบเข้า (เสาวภา อินผา, 2550) ดังรูปภาพที่12

รูปภาพที่ 12 ภาพแสดงการนอนตะแคงของผู้ป่วย

3. ดูแลช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยดังนี้

- เมื่อผู้ป่วยต้องการพลิกตะแคงตัว พยาบาลควรจัดตัวผู้ป่วยและขาข้างผ่าตัดเหยียดตรง ขณะเดียวกันระวังขาตกหรือหุบเข้า หลังจากนั้นพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยไปยังขาข้างที่ไม่ผ่าตัด ขณะพลิกตะแคงตัวต้องมีหมอนวางไว้ระหว่างขาทั้งสองข้างเพื่อป้องกันขาหุบเข้า ดังรูปภาพที่13

รูปภาพที่ 13 ภาพแสดงการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย

4. สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารร่างกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และดูแลให้ผู้ป่วยบริหารร่างกาย (ดูรายละเอียดหน้า 23-25)

5. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ยืน เดิน นั่ง อย่างปลอดภัย โดยให้ความรู้กับผู้ป่วยดังนี้

5.1 การลงจากเตียง

- เขยิบลงจากเตียงไปยังด้านเดียวกับขาข้างที่ผ่าตัด เลื่อนสะโพกโดยใช้ข้อศอกช่วยดัน ขณะที่เขยิบขาข้างที่ผ่าตัดลงมาข้างๆ เตียง พยายามทำให้ลำตัวตรงและห้ามบิดหรือหมุนขาดัง รูปภาพที่ 14

รูปภาพที่ 14 การลงจากเตียง

ที่มา: http://www.zimmer.co.th.

สืบค้น วันที่ 20 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

- เคลื่อนขาข้างที่ไม่ผ่าตัดมาไว้ข้างๆขาข้างที่ผ่าตัด และนั่งลงบนขอบเตียง พยายามให้ขาข้างที่ผ่าตัดเหยียดตรง จับ pick up walker เพื่อช่วยรองรับน้ำหนักขณะยืนขึ้น และหลีกเลี่ยงการงอขาหรือพับขาไปด้านหลังขณะที่พยายามยืนขึ้น ดังรูปภาพที่ 15

รูปภาพที่ 15 การลุกยืนจากเตียง

ที่มา: http://www.zimmer.co.th.

สืบค้น วันที่ 20 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

5.2 การนั่ง ท่านั่งที่มั่นคงคือ หลังแนบพนักพิง มือจับพนักเท้าแขนทั้งสองข้าง ควรหลีกเลี่ยงเก้าอี้ที่เตี้ยมากๆ หรือเก้าอี้ที่บุนวมหนาเป็นพิเศษ

- จับ pick up walker ไว้ จนกระทั่งรู้สึกว่าเก้าอี้สัมผัสถูกน่องทั้งสองข้าง ค่อยๆ ปล่อยมือจาก pick up walker และย่อตัวลงต่ำ เคลื่อนมือมาจับพนัก เท้าแขนทั้งสองข้าง จากนั้น พยายามทำให้ขาข้างผ่าตัดเหยียดตรงและไปข้างหน้า นั่งลงและเขยิบตัวไปทางด้านหลังให้ชิดพนักพิง และงอขาข้างที่ไม่ผ่าตัด (สามารถใช้วิธีนี้สำหรับใช้โถชักโครกที่มีราวจับได้เช่นกัน) ดังรูปภาพที่ 16

รูปภาพที่ 16 การนั่ง

ที่มา: http://www.zimmer.co.th.

สืบค้น วันที่ 20 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

5.3 การเดิน หลังจากผ่าตัดระยะหนึ่ง จะสามารถยืนขึ้นได้โดยใช้ pick up walker ช่วยในการทรงตัว ขณะที่ฝึกเดินให้ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดได้เล็กน้อย เมื่อแข็งแรงขึ้นสามารถลงน้ำหนักมากขึ้นตามแผนการรักษา

- วาง pick up walker ให้ห่างออกไปยังทิศทางที่จะเดินไปข้างหน้าประมาณ 2-3 นิ้ว จับ pick up walker ให้แน่นด้วยมือทั้งสองข้าง พยายามทำให้ข้อสะโพกตรงและก้าวเท้าข้างที่ไม่ผ่าตัดไปกึ่งกลางของ pick up walker หลีกเลี่ยงการหมุนสะโพกและขา
- โน้มตัวไปข้างหน้า และปล่อยให้ pick up walker รับน้ำหนักตัว ก้าวเท้าข้างที่ผ่าตัดตามไปข้างหน้าอย่างระมัดระวัง อย่าให้เท้าพันกับเท้าของเครื่องช่วยพยุง
- ยก pick up walker ขึ้นตรงๆ ตรวจสอบให้มั่นใจว่าขาทั้งสี่ของ pick up walker วางแนบสนิทกับพื้นทุกครั้งก่อนที่จะเริ่มก้าวเดินไปข้างหน้า ดังรูปภาพที่ 17

รูปภาพที่ 17 การเดิน

ที่มา: http://www.zimmer.co.th.

สืบค้น วันที่ 20 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

5.4 การใช้ไม้ยันรักแร้ เมื่อกล้ามเนื้อขาแข็งแรงขึ้น จะแนะนำให้ใช้ไม้ยันรักแร้

- จับไม้ยันรักแร้ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและมั่นคง ใช้กำลังจากแขนพยุงไม้ยันรักแร้ ไม่ควรใช้กำลังจากบริเวณแขนหนีบ
- ก้าวเท้าข้างที่ผ่าตัดในจังหวะเดียวกันกับการเคลื่อนไม้ยันรักแร้ทั้งสองข้างไปข้างหน้าเงยหน้าและมองไปข้างหน้า ก้าวเท้าข้างที่ไม่ผ่าตัดตามออกไป ดังรูปภาพที่ 18

รูปภาพที่ 18 การใช้ไม้ยันรักแร้

ที่มา: http://www.zimmer.co.th.

สืบค้น วันที่ 20 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

5.5 การเดินขึ้นบันไดโดยใช้ไม้ยันรักแร้ วางไม้เท้าทั้งสองข้างให้ตรงและมั่นคง เพื่อรองรับน้ำหนักของร่างกาย ยกเท้าข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดขึ้นและวางไปบนบันไดขั้นแรก โน้มตัวไปข้างหน้า โดยใช้ไม้เท้าทั้งสองข้างและเท้าข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดช่วยรับน้ำหนักตัว จากนั้นยกเท้าข้างที่ผ่าตัดขึ้นและวางไว้ที่ขั้นบันได อาจต้องให้คนช่วยขณะขึ้นบันไดใน2-3 ครั้งแรกๆ จนกระทั่งรู้สึกคุ้นเคยและมั่นคง การเดินลงบันไดโดยใช้ไม้ยันรักแร้ การก้าวเท้าข้างที่ผ่าตัดในจังหวะเดียวกันกับการเคลื่อนไม้เท้าทั้งสองข้างลงบนบันไดขั้นที่อยู่ต่ำลงไป ใช้ไม้เท้าทั้งสองข้างเพื่อให้เกิดความสมดุลและรองรับน้ำหนักตัวขณะก้าวลงบันได ซึ่งในระยะแรกๆ อาจต้องการผู้ช่วย ดังรูปภาพที่ 19

รูปภาพที่ 19 การเดินขึ้นลงบันไดโดยใช้ไม้ยันรักแร้

ที่มา: http://www.zimmer.co.th.

สืบค้น วันที่ 20 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

5.6 หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวที่มีความเสี่ยง ในระยะแรกการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยบางรายจะทำให้ข้อสะโพกตึงเกินไป ซึ่งอาจทำให้ข้อสะโพกเทียมหลุดจากเบ้าสะโพกได้ ควรแนะนำผู้ป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง อย่านั่งไขว้ห้างหรือวางเท้าข้างที่ผ่าตัดข้ามแนวกลางลำตัว ควรนั่งโดยให้เท้าทั้งสองข้างวางอยู่บนพื้น โดยให้หัวเข่าทั้งสองข้างห่างจากกันประมาณ 6 นิ้ว ดังรูปภาพที่ 20

รูปภาพที่ 20 การนั่งไขว้ห้าง

ที่มา: http://www.zimmer.co.th.

สืบค้น วันที่ 20 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

- การหมุนตัว อย่าหมุนเท้าข้างใดข้างหนึ่งเข้าข้างใน ควรหมุนเท้าทั้งสองข้างพร้อมทั้งลำตัวไปพร้อมๆ กัน ดังรูปภาพที่ 21

รูปภาพที่ 21 การหมุนตัว

ที่มา: http://www.zimmer.co.th.

สืบค้น วันที่ 20 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

- การก้มตัวลงข้างล่าง อย่าโค้งตัวลงเพื่อเก็บของที่อยู่บนพื้น ควรใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามยาวช่วยเก็บของที่อยู่บนพื้น ดังรูปภาพที่ 22

รูปภาพที่ 22 การก้มตัวลงข้างล่าง

ที่มา: http://www.zimmer.co.th.

สืบค้น วันที่ 20 มกราคม 2557 เวลา 19.00 น.

6. สอนแนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดดังนี้

6.1 การทำกิจกรรม

- ไม่เอื้อมไปหยิบของใต้เตียง
- การใส่รองเท้า ให้ใช้ช้อนตักรองเท้าด้ามยาวช่วยใส่รองเท้า อย่าพยายามโน้มตัวหรืองอสะโพกขึ้นมาเพื่อใส่รองเท้า ถุงเท้า หรือผูกเชือกรองเท้า

6.2 การเดินทาง

- ไม่ควรนั่งรถติดต่อกันนานมากกว่า 1 ชั่วโมง
- ควรนั่งบนที่นั่งแข็งเพื่อป้องกันการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา
- ควรนั่งในท่าเหยียดขาข้างที่ผ่าตัด ไม่ควรนั่งงอเข่า เพราะการนั่งในท่าดังกล่าวเมื่อเกิดอุบัติเหตุ หัวเข่าจะกระแทกกับพนักด้านหน้าทันทีทำให้ข้อเคลื่อนหลุดได้ง่าย
- อย่าให้น้ำหนักตัวมากเกินไป จะทำให้ข้อสะโพกรับน้ำหนักไม่ไหวและอาจมีอาการปวดตามมา

6.3 การเล่นกีฬาสามารถเล่นกีฬาเบาๆ ได้ เช่น กอล์ฟหรือเทนนิสได้ หลังการผ่าตัด 6 เดือนถึง 1 ปี และไม่ควรเล่นกีฬาที่เข้าปะทะกัน

6.4 การมีเพศสัมพันธ์ ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ6-8 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด และขณะร่วมเพศควรให้สะโพกกางออก ไม่ควรใช้ท่านอนตะแคงหรือท่าที่งอข้อสะโพกมากเกินไป ถ้ามีข้อสงสัยควรปรึกษาแพทย์

หมายเหตุ : กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยเข้าทางแนว anterolateral approach เปิดแผลทางด้านหน้า และด้านข้างของสะโพก ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการหลุดของข้อสะโพกเทียม ถ้ามีการหมุนของขาออกด้านนอก (external rotation) ดังนั้นต้องจัดท่าโดยขาหุบเข้า (adduction) และหมุนเข้าใน (internal rotation) (วรรณี สัตยวิวัฒน์, 2551, น.425)

ปัญหาที่ 9. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัดและข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผิวหนังรอบแผลผ่าตัดแสดงถึงการติดเชื้อ ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน กดเจ็บหรือมีการแยกของแผล
2. การประเมินสิ่งขับหลั่งพบว่า สี กลิ่นผิดปกติ
3. มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 ^{0}C
4. ผลเลือดผิดปกติ (haemoculture พบเชื้อ swab culture พบเชื้อ CRP >5.0 mg/L ESR >20 mm/hr)

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัดและข้อสะโพกเทียม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผิวหนังรอบแผลผ่าตัดไม่แสดงถึงการติดเชื้อ ได้แก่ ไม่มีอาการบวม แดงร้อน กดเจ็บหรือมีการแยกของแผล
2. ไม่มีสิ่งขับหลั่ง สี กลิ่นที่ผิดปกติ
3. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 ^{0}C
4. ผลเลือดปกติ (haemoculture ไม่พบเชื้อ swab culture ไม่พบเชื้อ CRP <5.0 mg/L ESR 0-20 mm/hr)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลแผลโดยใช้หลัก aseptic technique และสังเกตอาการผิดปกติของแผล เช่น แผลผ่าตัดบวม แดง ร้อน มีหนองหรือเลือดซึมออกจากแผล ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เมื่อพบว่ามีไข้ (อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 ^{0}C) ให้รายงานแพทย์
3. ติดตามผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการเช่น haemoculture , swab culture , CRP, ESR และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
4. ดูแลให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดดังนี้

- ระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ

- ผู้ป่วยไม่ควรสัมผัสหรือเกาแผล

- สังเกตอาการของการติดเชื้อ ดังนี้ แผลผ่าตัดบวม แดง ร้อน มีอาการปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น มีไข้ T > 37.5 ^{0}C มีหนองหรือเลือดซึมออกจากแผล ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์ทันที

5. ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อของข้อสะโพกเทียม (prosthetic infection) และกำจัดไม่ให้มีแหล่งติดเชื้อในร่างกาย เช่น เจ็บคอ ฟันผุ หรือมีแผลบริเวณสะโพก (วรรณี สัตยวิวัฒน์ และคณะ, 2551)

ปัญหาที่ 10. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้อาเจียน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าคลื่นไส้จะอาเจียน

เป้าหมาย ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น อาการคลื่นไส้อาเจียนทุเลาลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกว่าสุขสบายขึ้น สีหน้าสดชื่น
2. อาการคลื่นไส้ทุเลาลง ไม่มีอาเจียน
3. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ตามที่ต้องการ
4. ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยซักถามอาการและสังเกตอาการ วัดสัญญาณชีพ ตรวจร่างกายผู้ป่วย

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นอาการข้างเคียงที่สามารถเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดเพราะเป็นผลข้างเคียงของยาระงับปวด หรือค้นหาสาเหตุอื่นที่อาจทำให้มีอาการแล้วแก้ไข

3. ปลอบโยนและให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะ

4. เตรียมจัดหาภาชนะที่สะอาดสำหรับรองรับอาเจียน เพราะภาชนะที่มีกลิ่นเหม็นจะส่งเสริมให้เกิดการอาเจียนมากขึ้น

5. จัดท่าให้ผู้ป่วยอาเจียนได้สะดวก โดยให้ผู้ป่วยนอนราบหันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่งหรือจัดให้อยู่ในท่าตะแคง ซึ่งสามารถระบายอาเจียนออกได้ดี ดูแลให้อาเจียนออกจากปากให้หมดเพื่อป้องกันการสำลักเข้าปอด

6. หลังอาเจียนแล้วควรให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นสะอาด บ้วนบ่อยๆ ลดอาการแสบร้อนในช่องปาก คอ

7. สังเกตลักษณะอาเจียนได้แก่ สี ลักษณะ จำนวน กลิ่น ส่วนประกอบที่ปนมากับอาเจียน เป็นต้น

8. สังเกตอาการร่วมกับการอาเจียนของผู้ป่วย เช่น อาเจียนพุ่ง ปวดศีรษะ มีไข้ เป็นต้น

9. ตรวจวัดสัญญาณชีพว่ามีความผิดปกติหรือไม่

10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา ประเมินอาการคลื่นไส้หลังได้รับยา หากอาการไม่ดีขึ้น รีบรายงานแพทย์

ปัญหาที่ 11. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียด

ข้อมูลสนับสนุน

1. สีหน้า ท่าทางกังวล
2. นอนไม่หลับ
3. ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเครียด

เกณฑ์การประเมิน

ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเครียดโดยสังเกตจาก

1. สีหน้า ท่าทางผ่อนคลาย
2. การพักผ่อนของผู้ป่วยปกติ
3. การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เช่น การยิ้ม การทักทายด้วยความเป็นกันเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยให้ญาติรับทราบ

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกที่ทำให้ไม่สบายใจ พยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ

2. ดูแลทางด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจตามความเหมาะสม

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบตามความต้องการของผู้ป่วยและความเหมาะสม เช่น ปิดไฟ

4. สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยโดยแนะนำให้พูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน และจัดให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม group support

5. ให้คำแนะนำญาติหรือผู้ดูแลให้สังเกตอาการถ้ามีอาการดังต่อไปนี้ควรรีบแจ้งแพทย์พยาบาลทราบทันที เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาที่รุนแรงเพิ่มขึ้น

- มีอาการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์อย่างรวดเร็ว เช่น ร้องไห้ในขณะที่กำลังหัวเราะ
- ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน
- ต้องการอยู่คนเดียว
- เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการนอน นอนมากเกินไปหรือน้อยเกินไป
- มีอาการแสดงออกที่มากเกินปกติ เช่น หวาดกลัวมากเกินปกติ

6. ติดตามปัญหาและให้ข้อมูลเป็นระยะ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดความเครียดตามแผนการรักษา รวมทั้งประเมินภาวะเครียดอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ 12. ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมไม่ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องเมื่อให้ลองฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
3. จากการซักถามผู้ป่วยบอกว่าไม่มีความรู้และไม่มั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมถูกต้อง
2. ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ถูกต้อง
3. จากการซักถามผู้ป่วยบอกว่ามีความมั่นใจในการดูแลตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ คำแนะนำ สอน สาธิตวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วย โดยวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขา เช่น กายภาพบำบัด เป็นต้น และนัดหมายฝึกการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล และกายภาพบำบัด
2. ทบทวน ติดตาม และประเมินผลเป็นระยะ ภายหลังการให้ความรู้ คำแนะนำ สอนสาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยการสอบถามและทดลองให้ปฏิบัติ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม และตอบข้อสงสัย

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยที่เคยทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน (self help group)

บทที่ 4
กรณีศึกษา

Case 1

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพสมรส อายุ 48 ปี

เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนา จังหวัดฉะเชิงเทรา

สิทธิการรักษา บัตรทอง 30 บาท

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 24 มีนาคม 2556 เวลา 10.16 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 31 มีนาคม 2556 เวลา 10.00 น.

แหล่งข้อมูล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรคแรกรับ pathological fracture neck of left femur

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย pathological fracture neck of left femur

การผ่าตัด left total hip arthroplasty

อาการสำคัญ

6 เดือนก่อน มีอาการปวดสะโพกซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน

10 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เข็นท่อปูนเพื่อซ่อมแซมบ้าน แล้วมีอาการปวดหลัง ไม่มีปวดร้าวชาที่ใด ไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ได้เอ็กซเรย์กระดูกพบมี multiple bone metastasis lesion ไม่พบ primary cancer ได้รับการตรวจ CT chest with abdomen ผลปกติ จึงส่งตัวมาโรงพยาบาลศิริราช เพื่อดูแลรักษาต่อ

6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ไปนวดแผนไทยแล้วมีอาการปวดสะโพกซ้าย เดินไม่ถนัดต้องใช้ไม้เท้า และมีนัดพบแพทย์ที่โรงพยาบาลศิริราชตามนัด จึงเล่าอาการให้แพทย์ทราบ และแพทย์เอ็กซเรย์กระดูกพบมีpathological fracture neck of left femurแนะนำให้ทำผ่าตัด total hip arthroplasty จึงมานอนโรงพยาบาลวันนี้ตามแพทย์นัด

ประวัติสุขภาพในอดีต

ผู้ป่วยให้ประวัติว่า สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคติดต่อร้ายแรงใดๆ

20 ปีก่อนเคยผ่าตัดไส้ติ่งปัจจุบันไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

ประวัติสุขภาพครอบครัว

ผู้ป่วยให้ประวัติว่าในครอบครัวไม่มีใครมีโรคประจำตัว บุตร 2 คน คนโตผู้หญิง คนเล็กผู้ชาย แข็งแรงดี

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพการตรวจร่างกายตามระบบ(เฉพาะที่เกี่ยวเนื่องกับโรคที่ทำ)

รับเป็นผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยนั่งรถเข็น มาตามแพทย์นัดเพื่อผ่าตัด ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี ยืนเดินได้เองแต่เดินกะเผลก และมีอาการปวดสะโพกข้างซ้าย pain score (rest) = 0 คะแนน pain score (move) = 10 คะแนน ที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียวนอนพื้น ส้วมซึม มี pick up walker ใช้เวลายืนเดินเนื่องจากปวดมาก ถ้าไม่เดินไม่ปวด

การตรวจร่างกาย (วันที่ 24 มีนาคม 2556 เวลา 10.30 น.)

สัญญาณชีพแรกรับ T = 36.4 ºC P = 72/min RR = 20/min BP = 124/81 mmHg O_2satRA = 97% ลักษณะทั่วไป รูปร่างสมส่วน ผิวเหลืองขาว สูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 55.4 กิโลกรัม ไม่มีประวัติกินเหล้า สูบบุหรี่และยาเสพติด ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย นอนพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง น้ำหนักลดลงประมาณ 6 กิโลกรัมในระยะเวลา 6 เดือน

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ข้อสะโพกข้างซ้ายขยับได้ไม่เต็มที่มีอาการปวดเวลาขยับ (painful limited range of motion of the hip, ecchymosis at lateral aspect of left hip, shortening1 cm , external rotation of left leg)

ประเมินสภาพจิตใจ ผู้ป่วยสีหน้ายิ้มแย้มแต่บ่นว่าค่อนข้างกังวลและกลัวเพราะเป็นการผ่าตัดครั้งแรก และไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (13 มีนาคม 2556)

CBC: Hb = 11.1 g/dl HCT = 34.7% WBC = 6,140ul Plt = 385,000 ul

Blood chemistry Na = 141 K = 3.6 HCO_3 = 28 Cl = 104 BUN = 9.0 Cr = 0.72

CXR = Normal, both hip AP = fracture left femur neck

EKG = Normal

แผนการรักษาที่ได้รับ

การรักษาเฉพาะวัน Set OR for THA Left วันที่ 25 มีนาคม 2556

NPO AMN, G/M PRC 4 unit, cefazolin 2 gm ไปห้องผ่าตัด

premed ativan (1mg) 1 tab oral hs

omeprazole (20mg) 1 tab, plasil (10mg) 1 tab,

neurontin (300mg) 1 cap + น้ำ 30 cc oral เวลา 6.00 น.

morphine 2 mg IV ก่อนย้ายเตียงไปห้องผ่าตัด 15-30 นาที

acetar 1,000 cc IV drip 80 cc/hr หลัง NPO

dynastat 1 amp ไปห้องผ่าตัด

จากกรณีศึกษาและข้อมูลของผู้ป่วยดังกล่าว นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลได้ดังนี้

การพยาบาลก่อนผ่าตัด วันที่ 24 มีนาคม 2556 เวลา 11.00 น.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยสีหน้ากังวล บอกว่าเป็นการผ่าตัดครั้งแรก
- ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เป้าหมาย ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกว่าคลายความวิตกกังวลและสบายใจขึ้น นอนหลับได้
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
3. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการเข้าไปพูดคุยซักถามและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่ทำให้ไม่สบายใจ และรับฟังอย่างตั้งใจ

2. ประเมินภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วยจากสีหน้าท่าทางและคำบอกเล่า

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาจนเข้าใจ ให้กำลังใจ พูดคุยให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วย สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ยกตัวอย่างและแนะนำให้พูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบข้อปฏิบัติของโรงพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและคลายความกังวล

5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบโดยการสอนข้างเตียง เปิดวีซีดีให้ดู และแจกคู่มือเรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมพร้อมให้แผ่นคำแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (ดูรายละเอียดหน้า 23-25) รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยพูดคุยเป็นกันเอง ยิ้มแย้มขณะพูดคุยสนทนา นอนหลับได้ดีทั้งคืน สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

ประเมินผู้ป่วย วันที่ 25 มีนาคม 2556 เวลา 08.00 น.

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล 31 มีนาคม 2556 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง บอกว่าคลายความกังวลลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถามว่า “กลับบ้านต้องเตรียมอะไรเป็นพิเศษหรือไม่”
2. ผู้ป่วยนอนพื้นและใช้ส้วมซึม

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกว่ามีความมั่นใจในการดูตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมได้เหมาะสมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนภายหลังกลับบ้านดังนี้ (ดูรายละเอียดหน้า 26-28)
2. สอนสาธิตวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยโดยวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น กายภาพบำบัด และนัดหมายฝึกการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ
3. แนะนำการจัดเตรียมสถานที่สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น นอนเตียงหรือแคร่ที่มีพื้นสูงประมาณระดับเดียวกับเก้าอี้นั่ง ใช้ชักโครกหรือเก้าอี้คร่อมส้วม
4. ทบทวนติดตาม และประเมินผลเป็นระยะ
5. เปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบข้อสงสัย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยพูดคุยเป็นกันเอง ยิ้มแย้มขณะพูดคุยสนทนา สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกว่ามีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น จัดเตรียมเตียงและหาเก้าอี้คร่อมส้วมซึมสำหรับใช้ตอนอยู่บ้านแล้ว

ประเมินผู้ป่วย 31 มีนาคม 2556เวลา 10.00 น.

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล 31 มีนาคม 2556 เวลา 10.00 น.

การพยาบาลหลังผ่าตัด

วันที่ 25 มีนาคม 2556 เวลา 18.50 น.

ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ภายหลังทำ left total hip arthroplasty under general anesthesia with spinal block morphine ,estimate blood loss in OR 1,500 cc ได้ PRC 2 unit (ระยะเวลาผ่าตัด 3 ชั่วโมง และ finding พบ soft tissue mass on femoral head and acetabulum) แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวตื่นดี ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน sedation score=0 pain score=0 สีหน้าอ่อนเพลีย O_2 sat room air = 90 % on O_2 mask 6 LPM มีแผลผ่าตัดสะโพกซ้ายปิด gauze with fixumul ไม่มีเลือดซึม On vacuum drain 1 สาย work ดี content แรกรับ 50 cc On Foley Catheter ปัสสาวะไหลสะดวกสีเหลืองใส On NSS 1,000 cc IV drip 100 cc/hr เหลือกลับมาจาก OR 1,000 cc หยดดี มีอาการชาขา 2 ข้าง กระดกข้อเท้าได้ คลำ dorsalis pedis pulse ชัดเจน

vital signs แรกรับ T = 35.7 ºC P = 84/min RR = 20/min BP = 134/81 mmHg O2sat = 95%

คำสั่งการรักษาตลอดไป regular diet record V/S, I/O, drain total hip precaution

cefazolin 1 gm IV ทุก 6 ชม.

paracetamol (500 mg) sig 2 tap oral ทุก 6 ชม. × 3วัน

tramal (50 mg) sig 1 tab oral prn ทุก 6 ชม.

vitamin C (500 mg) sig 1 tab oral bid pc

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน acetar 1,000 cc IV drip 100 cc/hr.

Hct. at ward, tomorrow keep ≥ 30%

record urine keeps ≥ 50cc/2 hr.

record V/S q 2 hr. until stable then as usual

film both hip AP portable

คำสั่งการรักษาของวิสัญญีแพทย์ มีผล 24 ชั่วโมง ถึงวันที่ 26 มีนาคม 2556 เวลา 12.50 น.

วิธีการระงับปวดด้วย spinal block แบบ single short ยาที่ใช้คือ morphine 0.2 mg at 12.50 น.

- หากมีข้อสงสัยหรือปัญหาเกี่ยวกับการระงับปวด สามารถติดต่อวิสัญญีแพทย์A (นามสมมติ) ที่5328
- บันทึก RR,SS และ PS ทุก 1ชม.× 12 ชม. ทุก 2 ชม. ×12 ชม. หลังจากนั้น ทุก 4 ชม.
- ถ้ามีอาการปวด pain score ≥ 5 โดยมีsedation score ≤ 1 ให้ pethidine 25 mg IV prn ทุก 2 ชม.
- ถ้าคลื่นไส้อาเจียน ให้ ondansetron 8 mg IV prn ทุก 8 ชม.

- ถ้ามีอาการคัน ให้ chlorpheniramine 10 mg IV prn ทุก 6 ชม.
- ถ้า RR < 10/min หรือ sedation score =3 กรุณา ตามแพทย์ code A2 ด่วนที่ โทร.7777,7888
  เปิด airway ให้โล่ง ให้ 100% O_2 แก่ผู้ป่วยและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจ
  ให้ naloxone 0.2 mg IV ให้ซ้ำได้ 1 ครั้งหลังให้ 5 นาที ถ้า RR ยังคง < 10/min

วันที่ 26 มีนาคม 2556 เวลา 07.00 น.

คำสั่งการรักษาตลอดไป naproxen (250 mg) sig 1 tab oral bid pc
omeprazole (20 mg) sig 1 cap oral ac เช้า
neurontin (300 mg) sig 1 tab oral bid pc (ยาเดิมผู้ป่วย)
sertraline (50 mg) sig 1 cap oral hs (ยาเดิมผู้ป่วย)

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน morphine 3 mg IV prn for pain ทุก 3 ชม.
plasil 10 mg IV prn for nausea and vomiting ทุก 6 ชม.
acetar 1,000 cc IV drip 80 cc/hr.
record urine output ทุก 4 ชม. keep ≥ 100cc/4 hr.
consult radiation

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียเลือด/ภาวะช็อก

ข้อมูลสนับสนุน

1. active bleeds (EBL 1,500 cc)
2. O_2 sat room air 93%
3. ผู้ป่วยมีภาวะซีดอ่อนเพลีย ปลายมือปลายเท้าเย็น หน้ามืด

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียเลือด/ไม่เกิดภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีภาวะ active bleed
2. content vacuum drain < 200 cc/hr.
3. vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ (อุณหภูมิ < 37.5 ºC ชีพจร = 60-100/min อัตราการหายใจ = 16-20/min และความดันโลหิต SBP อยู่ระหว่าง 90-140 mmHg และ DBP อยู่ระหว่าง 60-90 mmHg)
4. O_2 sat room air > 95%
5. urine > 30 cc/hr.
6. hematocrit > 30%
7. ผู้ป่วยไม่มีภาวะซีด ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่มีอาการหน้ามืดหรือเวียนศีรษะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ จำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่หรือตามแผนการรักษา

2. ประเมินและบันทึกการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและจากขวดสุญญากาศที่ระบายเลือดจากแผลผ่าตัดถ้ามากกว่า 200 cc/hr รายงานแพทย์

3. สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด เช่น อาการซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น อาการหน้ามืด หรือเวียนศีรษะของผู้ป่วย

4. ดูแลให้ได้รับ O_2 canular 3 LPM

5. ดูแลเกี่ยวกับการให้ acetar 1,000 cc IV drip 80 cc/hr.ตามแผนการรักษา

6. ติดตามผลการตรวจ hematocrit และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ

7. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเสียเลือดหลังผ่าตัด เช่น อาการซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น หน้ามืดเวียนศีรษะ และรายงานให้พยาบาลทราบ

ประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มี active bleeding จากแผลผ่าตัด และ content ขวดสุญญากาศที่ระบายเลือดจากแผลผ่าตัดออก 80 cc และลดลง

2. Hct. 18.50 น วันที่ 25 มีนาคม 2556 = 39%, Hct. 06.00 น วันที่ 26 มีนาคม 2556 = 33% และ Hct. 06.00 น วันที่ 27 มีนาคม 2556 = 32%

3. vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ T = 37.1 ºC P = 92/min RR = 20/min BP = 139/79 mmHg O_2 sat room air = 97% urine 50 cc/hr. (เวลา 06.00 น. 28 มีนาคม 2556)

4. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นแจ่มใสไม่มีอาการหน้ามืด ปลายมือปลายเท้าสีชมพูอุ่นดี

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล วันที่ 28 มีนาคม 2556 เวลา 6.00 น.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณข้อสะโพก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล (pain score) = 3-10 คะแนน
2. ผู้ป่วยสีหน้านิ่ว คิ้วขมวด
3. ไม่ยอมพลิกตะแคงตัวกลัวปวดแผล
4. นอนไม่หลับ

เป้าหมาย ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ปวดแผลผ่าตัดบริเวณข้อสะโพกลดลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่บ่นปวด บอกว่าสุขสบายมากขึ้น ปวดลดลง มีระดับความเจ็บปวด (pain score) ≤ 3 คะแนน
2. สีหน้าแจ่มใส สดชื่นขึ้น ไม่แสดงความเจ็บปวด
3. vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ (อุณหภูมิ <37.5 ºC ชีพจร = 60-100/min อัตราการหายใจ = 16-20 /min และความดันโลหิต SBP อยู่ระหว่าง 90-140 mmHg และ DBP อยู่ระหว่าง 60-90 mmHg)
4. นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่กระสับกระส่าย
5. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและแนะนำวิธีการประเมินความปวด (pain assessment)) โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบชุดตัวเลข 1 – 10 Numeric rating scales (NRS)

2. การจัดการกับความปวด

2.1 โดยใช้ยาระงับปวด (pharmacologic management) ดูแลให้ได้รับยาระงับความเจ็บปวด ตามแผนการรักษา (ดูรายละเอียดหน้า26-31)

2.2 การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาระงับปวด (non–pharmacologic management) โดยการสัมผัส (touch) การประคบเย็น (cold) การสอนหรือการให้ข้อมูล การออกกำลังกาย (exercise) การจัดปรับเปลี่ยนท่าทาง-ตำแหน่ง/การจำกัดการเคลื่อนไหว การเบี่ยงเบนความสนใจ (cognitive distraction) และการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation and imagery technique)

ประเมินผลการพยาบาล

1. วันที่ 25 มีนาคม 2556 เวลา 21.00 น. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล(pain score) = 3 คะแนน
   ฉีด pethidine 25 mg IV push เวลา 21.15 น. ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้
   วันที่ 26 มีนาคม 2556 เวลา 01.00 น. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล(pain score) = 8 คะแนน
   ฉีด pethidine 25 mg IV push เวลา 02.00 น. ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้
   วันที่ 26 มีนาคม 2556 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล(pain score) = 5 คะแนน
   ฉีด morphine 3 mg IV push เวลา 10.15 น. PS = 2 SS = 0 RR = 20/min
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม พลิกตะแคงตัวได้ดี สีหน้าสดชื่น แจ่มใส

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล วันที่ 31 มีนาคม 2556 เวลา 6.00 น.

วันที่ 27 มีนาคม 2556 เวลา 07.00 น. (หลังผ่าตัดวันที่2)

ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นแจ่มใสมากขึ้น แผลไม่มี discharge ซึม เริ่มไขเตียงนั่งได้เต็มที่ไม่มีเวียนศีรษะ รับประทานอาหารได้ดี ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

คำสั่งการรักษาตลอดไป ไขเตียงนั่งได้เต็มที่

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน morphine 3 mg IV prn for pain ทุก 3 ชม.

plasil 10 mg IV prn for nausea and vomiting ทุก 6 ชม.

consult PT for sitting balance (THA precaution) today,

consult PT for ambulate PWB with pick up walker tomorrow

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยขยับตัวลงจากเตียงผิดท่า บ่นปวดบริเวณข้อสะโพกเทียม

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่บ่นปวดบริเวณข้อสะโพกเทียม
2. ขาไม่ผิดรูป บิดหมุนออกหรือบิดเข้าใน
3. สะโพกไม่บวม
4. ขณะนอนหงายขาสองข้างยาวเท่ากันจากการประเมินโดยใช้สายตา
5. film both hip ไม่มีการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยว่าหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์แรก ควรหลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพก (flexion) > 90 องศา การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอกและเข้าในมากเกินไป (external and internal rotation)

2. ดูแลจัดท่านอนโดยนอนราบหัวสูง 30 องศา ขาข้างที่ผ่าตัดกางออกประมาณ 15-30 องศา โดยใช้หมอนวางระหว่างขาทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ขาอยู่ในท่าเหยียดตรง หลีกเลี่ยงการงอขาทันที การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอกและเข้าในมากเกินไป (excessive external rotation and internal rotation)

3. ดูแลช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย โดยให้ตะแคงตัวไปข้างที่ไม่ทำผ่าตัด ขณะพลิกตะแคงตัวต้องวางหมอนไว้ระหว่างขาทั้งสองข้างพร้อมกับระวังไม่ให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดหุบเข้า

4. สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารร่างกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และดูแลให้ผู้ป่วยบริหารร่างกาย (ดูรายละเอียดหน้า23-25)

5. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ยืน เดิน นั่ง อย่างปลอดภัย

6. สอนแนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด (ดูรายละเอียดหน้า 37-43)

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่บ่นปวดบริเวณข้อสะโพกเทียม ทำกิจกรรมต่างๆด้วยท่าทางที่ถูกต้อง พลิกตะแคงตัวได้ดีถูกต้องเหมาะสม สีหน้าสดชื่น แจ่มใส ไม่เกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล วันที่ 31 มีนาคม 2556 เวลา 10.00 น.

วันที่ 28 มีนาคม 2556 เวลา 07.00 น. (หลังผ่าตัดวันที่3)

แพทย์ dressing และ off drain แผลแห้งดีแต่รอบๆรอยเย็บแดงเล็กน้อยไม่มี discharge ซึม ไม่มีไข้ vital signs ปกติ แต่มีอาการคลื่นไส้ผะอืดผะอม ตรวจร่างกายพบมีก้อนที่เพดานปากขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1×2 เซนติเมตร ไม่เจ็บ ผู้ป่วยบอกว่ามีก้อนมานานแล้วขนาดไม่โตขึ้น แต่มักทำให้ผะอืดผะอมบางครั้ง รายงานแพทย์รับทราบให้สังเกตอาการไปก่อน

คำสั่งการรักษาตลอดไป off naproxen, off cefazolin, keflex (500 mg) sig 1 cap oral qid ac,hs

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน morphine 3 mg IV prn for pain ทุก 3 ชม.

plasil 10 mg IV prn for nausea and vomiting ทุก 6 ชม.

consult PT for ambulate PWB with pick up walker

dressing, off drain

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากคลื่นไส้ผะอืดผะอม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ผะอืดผะอม

เป้าหมาย ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้ผะอืดผะอม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกว่าสุขสบายขึ้น สีหน้าสดชื่น
2. คลื่นไส้ผะอืดผะอมทุเลาลง
3. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ตามที่ต้องการ

4. สามารถรับประทานได้ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการคลื่นไส้ผะอืดผะอม โดยซักถามอาการและสังเกตอาการ วัดสัญญาณชีพ ตรวจร่างกายผู้ป่วย

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการคลื่นไส้ผะอืดผะอมเป็นอาการที่เกิดจากก้อนที่เพดาน ทำให้กระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ผะอืดผะอม

3. ปลอบโยนและให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะ

4. เตรียมจัดหาภาชนะที่สะอาดสำหรับรองรับอาเจียน เพราะภาชนะที่มีกลิ่นเหม็นจะส่งเสริมให้เกิดการอาเจียนมากขึ้น

5. จัดท่าให้ผู้ป่วยอาเจียนได้สะดวก โดยให้ผู้ป่วยนอนราบหันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่งหรือจัดให้อยู่ในท่าตะแคง ซึ่งสามารถระบายอาเจียนออกได้ดี ดูแลให้อาเจียนออกจากปากให้หมดเพื่อป้องกันการสำลักเข้าปอด

6. หลังอาเจียนแล้วควรให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นสะอาด บ้วนบ่อยๆ ลดอาการแสบร้อนในช่องปาก คอ

7. สังเกตลักษณะอาเจียน ได้แก่ สี ลักษณะ จำนวน กลิ่น ส่วนประกอบที่ปนมากับอาเจียน เป็นต้น

8. สังเกตอาการร่วมกับการอาเจียนของผู้ป่วย เช่น อาเจียนพุ่ง ปวดศีรษะ มีไข้ เป็นต้น

9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา plasil 10 mg IV prn for nausea and vomiting ทุก 6 ชม.ประเมินอาการคลื่นไส้หลังได้รับยา หากอาการไม่ดีขึ้น รีบรายงานแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล

วันที่ 28 มีนาคม2556 เวลา 8.30 น.ฉีด plasil 10 mg IV push

ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นบอกว่าคลื่นไส้ลดลง พักผ่อนได้ รับประทานอาหารได้ดีขึ้น สีหน้าสดชื่น vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ T = 37 ºC P = 90/min RR = 20/min BP = 136/87 mmHg (เวลา 14.00 น. 28 มีนาคม 2556)

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล วันที่ 28 มีนาคม 2556 เวลา 14.00 น.

วันที่ 29 มีนาคม 2556 เวลา 07.00 น. (หลังผ่าตัดวันที่4)

ผู้ป่วยลงยืนเดินโดยใช้ pick up walker ได้ดี หลัง off foley's cath ปัสสาวะได้เองสะดวกดี

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน morphine 2 mg IV prn for pain ทุก 3 ชม.

วันที่ 30 มีนาคม 2556 เวลา 07.00 น. (หลังผ่าตัดวันที่5)

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้พรุ่งนี้

F/U 2 สัปดาห์, x-ray both hip AP, Lt.hip lateral ก่อนพบแพทย์

home medication paracetamal (500 mg) sig 2 tap oral ทุก 6 ชม.

keflex (500 mg) sig 1 cap oral qid ac,hs

neurontin (300 mg) sig 1 tab oral bid pc (ยาเดิม)

sertraline (50 mg) sig 1 cap oral hs (ยาเดิมผู้ป่วย)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7. ผู้ป่วยขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้ากังวลบอกว่า "ไม่ค่อยมั่นใจว่ากลับบ้านจะเดินได้เหมือนอยู่โรงพยาบาลหรือไม่"

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมถูกต้อง
2. ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ถูกต้อง
3. จากการซักถามผู้ป่วยบอกว่ามีความมั่นใจในการดูแลตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ คำแนะนำ สอน สาธิตวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วย โดยวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขา เช่น กายภาพบำบัด เป็นต้น และนัดหมายฝึกการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล และกายภาพบำบัด

2. ทบทวน ติดตาม และประเมินผลเป็นระยะ ภายหลังการให้ความรู้ คำแนะนำ สอนสาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดโดยการสอบถามและทดลองให้ปฏิบัติ

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม และตอบข้อสงสัย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้นบอกว่าตนน่าจะดูแลตัวเองตอนอยู่ที่บ้านได้ ทำกิจกรรมต่างๆด้วยท่าทางที่ถูกต้อง พลิกตะแคงตัวได้ดีถูกต้องเหมาะสม สีหน้าสดชื่น แจ่มใส มีลูกสาวคอยช่วยดูแลและฝึกการปฏิบัติตนร่วมกับผู้ป่วย สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ร่วมมือในการรักษา และเมื่อให้ลองปฏิบัติสามารถทำได้ถูกต้อง

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล วันที่ 31 มีนาคม 2556 เวลา 10.00 น.

สรุปอาการผู้ป่วยก่อนพ้นจากความดูแล

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่6 T = 36.5 ºC P = 86/min RR = 20/min BP = 138/71 mmHg pain score = 1 คะแนน ผู้ป่วยลงเดินโดยใช้ pick up walker ได้ดี ไม่มีอาการหน้ามืดปวดศีรษะ สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ไม่บ่นว่ากังวลใดๆ กลางคืนนอนหลับได้ แผลผ่าตัดที่สะโพกข้างซ้ายแห้งดีไม่มี discharge ซึม ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ดี มีอาการผะอืดผะอมบางครั้งจากก้อนที่เพดานในปาก บ้วนปากบ่อยๆแล้วอาการทุเลาลง ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้เหมาะสม มีลูกสาวช่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและลูกสาวตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลที่บ้านได้ถูกต้อง จำหน่ายกลับบ้านเวลา 10.00 น.วันที่ 31 มีนาคม 2556

Case 2

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพสมรส อายุ 50 ปี

เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่6 อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนาจังหวัดนครปฐม

สิทธิการรักษา ประกันสังคมโรงพยาบาลศิริราช

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 9 มิถุนายน 2557 เวลา 13.30 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 17 มิถุนายน 2557 เวลา 11.30 น.

แหล่งข้อมูล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรคแรกรับ avascular necrosis left hip

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย avascular necrosis left hip

การผ่าตัด total hip arthroplasty left

อาการสำคัญ

5 เดือนก่อน มีอาการปวดสะโพกซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน

6 ปีก่อนมีอาการปวดสะโพกซ้ายมาก เดินลงน้ำหนักได้ไม่เต็มที่ มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช แพทย์ให้รับประทานยา อาการไม่ดีขึ้นจึงผ่าตัด core decompression left hip เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2552 หลังจากนั้นอาการปวดทุเลา

5 เดือนก่อน เริ่มมีอาการปวดสะโพกซ้ายมากขึ้น และเริ่มปวดสะโพกข้างขวาร่วมด้วย มาพบแพทย์ตามนัดและแนะนำให้ทำผ่าตัด THA left จึงมานอนโรงพยาบาลวันนี้ตามแพทย์นัด

ประวัติสุขภาพในอดีต

ผู้ป่วยให้ประวัติว่ามีโรคประจำตัวเป็น DM, HT มาประมาณ 3 ปี รักษาที่โรงพยาบาลศิริราช มีนัดพบแพทย์ทุก 2 เดือน รับประทานยา metformin HCL (850mg) 1 tab oral OD, glipizide (5mg) 1 tab oral bid ac, methyldopa (250mg) 1 tab oral bid pc, losartan potassium (50mg) 1 tab oral bid pc, amlodipine (10mg) 1 tab oral OD, HCTZ (25mg) 1/2 tab oral OD, atenolol (50mg) 1 tab oral OD และเป็น SLE ประมาณ 12 ปี รักษาที่โรงพยาบาลศิริราช มีนัดพบแพทย์ทุก 3 เดือน เพื่อติดตามดูอาการและหยุดรับประทาน prednisolone มา 5 ปีแล้ว มีประวัติแพ้ยา penicillin มีผื่นแดงทั่วตัว

ประวัติสุขภาพครอบครัว

ผู้ป่วยให้ประวัติว่าในครอบครัวไม่มีใครมีโรคประจำตัว บุตร 3 คนเป็นผู้หญิงทั้งหมดสุขภาพแข็งแรงดี

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพการตรวจร่างกายตามระบบ(เฉพาะที่เกี่ยวเนื่องกับโรคที่ทำ)

รับเป็นผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยนั่งรถเข็น มาตามแพทย์นัดเพื่อผ่าตัด ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี ยืนเดินได้เองแต่เดินเอียงไม่มั่นคง และมีอาการปวดสะโพก 2 ข้างซ้ายมากกว่าขวา pain score (rest) = 0 คะแนน pain score (move) = 10 คะแนน ที่อยู่อาศัยเป็นบ้านพัก 2 ชั้น นอนชั้นล่าง นอนพื้น ส้วมซึม ไม่มี pick up walker อยู่กับสามีและลูกสาว

การตรวจร่างกาย (9 มิถุนายน 2557 เวลา 13.30 น.)

สัญญาณชีพ แรกรับ T = 36.7 ºC P = 74/min RR = 20/min BP = 134/66 mmHg O_2sat RA = 100% ลักษณะทั่วไป รูปร่างท้วม ผิวสองสี สูง 150 เซนติเมตร น้ำหนัก 70 กิโลกรัม BMI 31.38 ไม่มีประวิติกินเหล้า สูบบุหรี่และยาเสพติด ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย นอนพักผ่อนวันละ 6-7 ชั่วโมง

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ข้อสะโพกทั้ง 2 ข้างขยับได้ไม่เต็มที่ มีอาการปวดเวลาขยับ (painful limited range of motion of the hip)

ประเมินสภาพจิตใจ ผู้ป่วยสีหน้ายิ้มแย้มแต่บ่นว่าค่อนข้างกังวลเพราะไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (15 พฤษภาคม 2557)

CBC: Hb = 11.5 g/dl HCT = 36.0% WBC = 7,320ul Plt = 300,000 ul

Blood chemistry Na = 144 K = 3.8 HCO_3 = 26 Cl = 102

FBS = 144 mg/dl BUN = 9.5 Cr = 0.72 Uric acid = 3.7

CXR = Normal

EKG = Inverted T in V2-V6

แผนการรักษาที่ได้รับ

การรักษาเฉพาะวัน Set OR for THA Left วันที่ 10 มิถุนายน 2557

NPO AMN, G/M PRC 1 unit,

clindamycin 600 mg, levobupivacain 2 amp, ketolorac (30mg)

1 amp, transamine (250mg) 3 amp ไปห้องผ่าตัด

Premed ativan (0.5mg) 1 tab oral prn hs

omeprazole (20mg) 1 tab, plasil (10mg) 1 tab, methyldopa (250mg)

1 tab, amlodipine (10mg) 1 tab, HCTZ (25mg) 1/2 tab,

atenolol (50mg) 1 tab + น้ำ 30 cc oral เวลา 7.00 น.

POCT glucose 6.00 น. keep 80-180 mg% ให้ 5%DN/2 1,000 cc IV

drip 80 cc/hr (add RI ตาม range POCT glucose)

จากกรณีศึกษาและข้อมูลของผู้ป่วยดังกล่าว นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลได้ดังนี้

การพยาบาลก่อนผ่าตัด (วันที่ 9 มิถุนายน 2557 เวลา 14.00 น.)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยบอกว่าค่อนข้างกังวลเพราะไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

เป้าหมาย ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกว่าคลายความวิตกกังวลและสบายใจขึ้น นอนหลับได้
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
3. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการเข้าไปพูดคุยซักถามและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่ทำให้ไม่สบายใจ และรับฟังอย่างตั้งใจ
2. ประเมินภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วยจากสีหน้าท่าทางและคำบอกเล่า

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาจนเข้าใจ ให้กำลังใจ พูดคุยให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วย สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ยกตัวอย่างและแนะนำให้พูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบข้อปฏิบัติของโรงพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและคลายความกังวล

5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบโดยการสอนข้างเตียง เปิดวีซีดีให้ดู และแจกคู่มือเรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมพร้อมให้แผ่นคำแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (ดูรายละเอียดหน้า23-25) รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยพูดคุยเป็นกันเอง ยิ้มแย้มขณะพูดคุยสนทนา นอนหลับได้ดีทั้งคืน สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

ประเมินผู้ป่วย วันที่ 17 มิถุนายน 2557 เวลา 11.30 น.

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล วันที่ 17 มิถุนายน 2557 เวลา 11.30 น.ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง คลายความกังวลลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่ากลับบ้านต้องเตรียมอะไรเป็นพิเศษหรือไม่
2. ผู้ป่วยนอนพื้น ใช้ส้วมซึม ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดินและไม่เคยใช้มาก่อน

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกว่ามีความมั่นใจในการดูตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมได้เหมาะสมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนภายหลังกลับบ้าน (ดูรายละเอียดหน้า26-28)

2. สอนสาธิตวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยโดยวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขา เช่น กายภาพบำบัด และนัดหมายฝึกการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

3. แนะนำการจัดเตรียมสถานที่สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น นอนเตียงหรือแคร่ที่มีพื้นสูงประมาณระดับเดียวกับเก้าอี้นั่ง ใช้ชักโครกหรือเก้าอี้คร่อมส้วม

4. ทบทวนติดตาม และประเมินผลเป็นระยะ

5. เปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบข้อสงสัย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยพูดคุยเป็นกันเอง ยิ้มแย้มขณะสนทนา สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกว่ามีความมั่นใจในการดูตนเองที่บ้านมากขึ้น จัดเตรียมเตียง และหาเก้าอี้คร่อมส้วมซึมสำหรับใช้ตอนกลับบ้าน สามารถเดินโดยใช้ pick up walker ได้ถูกต้อง ประเมินผู้ป่วย วันที่ 17 มิถุนายน 2557 เวลา 11.30 น.

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล วันที่ 17 มิถุนายน 2557 เวลา 11.30 น.

คำสั่งการรักษาวันที่ 10 มิถุนายน 2557 เวลา 14.00 น.

แพทย์โทรมาแจ้งว่าขอเลื่อนผ่าตัดเป็นวันที่ 11 มิถุนายน 2557 เนื่องจากมีผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉิน

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน Set OR for THA Left วันที่ 11 มิถุนายน 2557 order เดิม

premed - order เดิม แต่ off HCTZ (25mg) 1/2 tab oral

ให้ข้อมูลผู้ป่วยและดูแลให้รับประทานอาหาร ผู้ป่วยเข้าใจดียอมรับได้

การพยาบาลหลังผ่าตัด

วันที่ 11 มิถุนายน 2557 เวลา 14.30 น.

ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ภายหลังทำ total hip arthroplasty left under general anesthesia with spinal block morphine , estimate blood loss in OR 150 cc (ระยะเวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 45 นาที) แรกรับป่วยรู้สึกตัวตื่นดี ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน sedation score = 0 pain score = 0 คะแนน แต่ค่อนข้างอ่อนเพลีย หน้าซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น O_2sat room air=90% มีแผลผ่าตัดสะโพกซ้ายปิด gauze with fixumul ไม่มีเลือดซึม on vacuum drain 1 สาย work ดี content แรกรับ 50 cc On foley's catheter ปัสสาวะไหลสะดวก สีเหลืองใส on LRS 1,000 cc IV drip 120 cc/hr เหลือกลับมาจาก OR 200 cc หยดดี มีอาการชาขา 2ข้าง กระดกข้อเท้าได้ คลำ dorsalis pedis pulse ชัดเจน Hct = 37% POCT glucose = 176 mg%

vital signs แรกรับ T = 36.1 ºC P = 60/min RR = 20/min BP = 120/56 mmHg O_2sat = 99%

คำสั่งการรักษาตลอดไป regular, low salt, diabetic diet

record V/S, I/O, drain and total hip precaution

vancomycin 1 gm IV drip ทุก12 ชม.

Paracetamal (500mg) sig 1 tap oral ทุก 6 ชม. ×2วัน then prn ทุก 4-6 ชม.

tramal (50 mg) sig 1 cap oral prn ทุก 8 ชม.

TWC (15 mg) sig 1 cap oral ทุก 8 ชม. $CaCO_3$ (1gm) sig 1 tap oral bid pc

metformin HCL (850mg) 1 tab oral OD, glipizide (5mg) 1 tab oral bid ac,

methyldopa (250mg) 1 tab oral bid pc, losartan potassium (50mg) 1 tab oral bid pc,

amlodipine (10mg) 1 tab oral OD, HCTZ (25mg) 1/2 tab oral OD,

atenolol (50mg) 1 tab oral OD (ยาเดิมเริ่มพรุ่งนี้)

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน acetar 1,000 cc IV drip 100 cc/hr, film both hip AP at RR

Hct. at ward, tomorrow keep $\geq$ 30%, POCT glucose premeal,hs keep 80-200 mg%

record urine keep $\geq$ 60cc/2 hr. record V/S q 2 hr. until stable then as usual

คำสั่งการรักษาของวิสัญญีแพทย์ มีผล 24 ชั่วโมง ถึงวันที่ 11 มิถุนายน 2557 เวลา 12.50 น.

วิธีการระงับปวดด้วย spinal block แบบ single short ยาที่ใช้คือ morphine 0.2 mg at 09.45 น.

- หากมีข้อสงสัยหรือปัญหาเกี่ยวกับการระงับปวด สามารติดต่อวิสัญญีแพทย์ A (นามสมมติ) ที่5328
- บันทึก RR,SS และ PS ทุก 1 ชม.× 12 ชม. ทุก 2 ชม. ×12 ชม. หลังจากนั้น ทุก 4ชม.
- ถ้ามีอาการปวด pain score ≥4คะแนนโดยมีsedation score ≤ 1ให้pethidine 25 mg IV prn ทุก 2 ชม.
- ถ้าคลื่นไส้อาเจียน ให้ metoclopramide 10 mg IV prn ทุก 6 ชม.
- ถ้ามีอาการคัน ให้ diphenhydramine 10 ml oral prn ทุก 6 ชม.
- ถ้า RR ≤ 10/min หรือ sedation score =3 กรุณา ตามแพทย์ code A2 ด่วนที่ โทร.9499

เปิด airway ให้โล่ง ให้ 100% O2 แก่ผู้ป่วยและเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจ

ให้ naloxone 0.2 mg IV ให้ซ้ำได้ 1 ครั้งหลังให้ 5 นาที ถ้า RR ยังคง ≤ 10/min

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียเลือด/ภาวะช็อก

ข้อมูลสนับสนุน

1. O_2 sat room air 90%
2. ผู้ป่วยหน้าซีด อ่อนเพลีย ปลายมือปลายเท้าเย็น

เป้าหมาย

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียเลือด/ไม่เกิดภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีภาวะ active bleed
2. content vacuum drain < 200 cc/hr.
3. vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ (อุณหภูมิ <37.5 ºC ชีพจร = 60-100 /min อัตราการหายใจ = 16-20/min และความดันโลหิต SBP อยู่ระหว่าง 90-140 mmHg และ DBP อยู่ระหว่าง 60-90 mmHg)
4. O_2 sat room air > 95%
5. urine > 30 cc/hr.
6. hematocrit > 30%
7. ผู้ป่วยไม่มีภาวะซีด ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่มีอาการหน้ามืดหรือเวียนศีรษะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ จำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่หรือตามแผนการรักษา
2. ประเมินและบันทึกการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและจากขวดสุญญากาศที่ระบายเลือดจากแผลผ่าตัดถ้ามากกว่า 200 cc/hr รายงานแพทย์
3. สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด เช่น อาการซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น อาการหน้ามืด หรือเวียนศีรษะของผู้ป่วย
4. ดูแลให้ได้รับ O_2 canular 3 LPM
5. ดูแลเกี่ยวกับการให้ acetar 1,000 cc IV drip 100 cc/hr.ตามแผนการรักษา
6. ติดตามผลการตรวจ hematocrit และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
7. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเสียเลือดหลังผ่าตัด เช่น อาการซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น หน้ามืดเวียนศีรษะ และรายงานให้พยาบาลทราบ

ประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มี active bleeding จากแผลผ่าตัดและ content จากขวดสุญญากาศที่ระบายเลือดจากแผลผ่าตัดออก 50 cc และลดลง
2. Hct. 06.00 น วันที่ 12 มิถุนายน 2557 = 32%
3. vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ T = 36.7 ºC P = 68/min RR = 20/min BP = 108/58mmHg O_2 sat room air = 98% (เวลา 06.00 น. วันที่ 15 มิถุนายน 2557)
4. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นแจ่มใส ไม่มีอาการหน้ามืด ปลายมือปลายเท้าสีชมพูอุ่นดี

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล วันที่ 15 มิถุนายน 2557 เวลา 6.00 น.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณข้อสะโพก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล (pain score) = 3-5 คะแนน
2. ผู้ป่วยสีหน้านิ่ว คิ้วขมวด
3. ไม่ยอมพลิกตะแคงตัวกลัวปวดแผล
4. นอนไม่หลับ

เป้าหมาย ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ปวดแผลผ่าตัดบริเวณข้อสะโพกลดลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่บ่นปวด บอกว่าสุขสบายมากขึ้น ปวดลดลง มีระดับความเจ็บปวด (pain score) ≤ 3 คะแนน
2. สีหน้าแจ่มใส สดชื่นขึ้น ไม่แสดงความเจ็บปวด
3. vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ (อุณหภูมิ <37.5 ºC ชีพจร = 60-100/min อัตราการหายใจ = 16-20/min และความดันโลหิต SBP อยู่ระหว่าง 90-140 mmHg และ DBP อยู่ระหว่าง 60-90 mmHg)
4. นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่กระสับกระส่าย
5. ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและแนะนำวิธีการประเมินความปวด (pain assessment)) โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบชุดตัวเลข 1–10 Numeric rating scales (NRS)

2. การจัดการกับความปวด

2.1 โดยใช้ยาระงับปวด (pharmacologic management) ดูแลให้ได้รับยาระงับความเจ็บปวด ตามแผนการรักษา (ดูรายละเอียดหน้า26-30)

2.2 การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาระงับปวด (non–pharmacologic management) โดยการสัมผัส (touch) การประคบเย็น (cold) การสอนหรือการให้ข้อมูล การออกกำลังกาย (exercise)

การจัดปรับเปลี่ยนท่าทาง-ตำแหน่ง/การจำกัดการเคลื่อนไหว การเบี่ยงเบนความสนใจ (cognitive distraction) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation and imagery technique)

ประเมินผลการพยาบาล

1. วันที่ 11 มิถุนายน 2557 เวลา 22.00 น. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล (pain score) = 3 คะแนน
ฉีด pethidine 20 mg IV push เวลา 22.15 น. ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ (pain score) = 2 คะแนน
วันที่ 12 มิถุนายน 2557 เวลา 03.00 น. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล (pain score) = 4 คะแนน
ฉีด pethidine 20 mg IV push เวลา 03.15 น. ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้
วันที่ 12 มิถุนายน 2557 เวลา 06.00 น. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล (pain score) = 3 คะแนน
ฉีด pethidine 20 mg IV push เวลา 06.15 น. ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้ (pain score) = 2 คะแนน
วันที่ 12 มิถุนายน 2557 เวลา 09.30 น. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล (pain score) = 4 คะแนน
ฉีด morphine 2 mg IV push เวลา 10.00 น. PS = 3 คะแนน SS = 0 RR = 20/min
วันที่ 13 มิถุนายน 2557 เวลา 03.00 น. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล (pain score) = 5 คะแนน
ฉีด morphine 2 mg IV push เวลา 03.15 น. PS = 3 คะแนน SS = 0 RR = 20/min
วันที่ 14 มิถุนายน 2557 เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล (pain score) = 3 คะแนน
ฉีด morphine 2 mg IV push เวลา 18.15 น. PS = 0 คะแนน SS = 0 RR = 20/min
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม พลิกตะแคงตัวได้ดี สีหน้าสดชื่น แจ่มใส

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล วันที่ 17 มิถุนายน 2557 เวลา 11.30 น.

วันที่ 12 มิถุนายน 2557 เวลา 07.00 น.(หลังผ่าตัดวันที่1)

ผู้ป่วยยังอ่อนเพลียค่อนข้างหลับ แผลไม่มี discharge ซึม ปวดแผล (pain score) = 3 คะแนน เริ่มไขเตียงนั่งได้เต็มที่แต่มีเวียนศีรษะ และความดันโลหิตค่อนข้างต่ำ รับประทานอาหารได้พอควร ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน แต่มีไข้สูง T = 38.3 ºC P = 78/min RR = 20/min BP = 122/68 mmHg O_2 sat RA = 99% (เวลา 06.00 น. วันที่ 12 มิถุนายน 2557)

คำสั่งการรักษาตลอดไป POCT glucose ac เช้า-เย็น keep 80-200 mg%

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน morphine 2 mg IV prn for pain ทุก 3 ชม.
plasil 10 mg IV prn for nausea and vomiting ทุก 6 ชม.
consult PT for ambulate PWB with pick up walker

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ T=38.3 ºC
2. ต้นขาซ้ายบวมอุ่นเล็กน้อย

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัดและข้อสะโพกเทียม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผิวหนังรอบแผลผ่าตัดไม่แสดงถึงการติดเชื้อ ได้แก่ ไม่มีอาการบวม แดง ร้อน กดเจ็บหรือมีการแยกของแผล
2. ไม่มีสิ่งขับหลั่ง สี กลิ่นที่ผิดปกติ
3. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 ºC
4. ผลเลือดปกติ (haemoculture ไม่พบเชื้อ swab culture ไม่พบเชื้อ CRP < 5.0 mg/L ESR 0-20 mm/hr)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลแผลโดยใช้หลัก aseptic technique และสังเกตอาการผิดปกติของแผล เช่น แผลผ่าตัดบวม แดง ร้อน มีหนองหรือเลือดซึมออกจากแผล ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เมื่อพบว่ามีไข้ (อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 ºC) ให้รายงานแพทย์
3. ติดตามผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการเช่น haemoculture , swab culture , CRP, ESR และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
4. ดูแลให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดดังนี้
   - ระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ
   - ผู้ป่วยไม่ควรสัมผัสหรือเกาแผล
   - สังเกตอาการของการติดเชื้อ ดังนี้ แผลผ่าตัดบวม แดง ร้อน มีอาการปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น มีไข้ T > 37.5 ^{0}C มีหนองหรือเลือดซึมออกจากแผล ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์ทันที
5. ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อของข้อสะโพกเทียม (prosthetic infection) และกำจัดไม่ให้มีแหล่งติดเชื้อในร่างกาย เช่น เจ็บคอ ฟันผุ หรือมีแผลบริเวณสะโพก

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผิวหนังรอบแผลผ่าตัดไม่บวม แดง ร้อน แผลแห้งดีไม่มี discharge ซึม

2. ไม่มีไข้ vital signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ T = 36.6 ºC P = 66/min RR = 20/min BP = 119/60 mmHg O_2sat room air = 98% (เวลา 11.30 น. วันที่ 17 มิถุนายน 2557)

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: Hb = 8.9 g/dl Hct = 28.0% WBC = 8,270ul Plt = 316,000ul ESR = 89 mm/hr CRP = 113.93 mg/L D-dimer = 1852.71 H/C ผลยังไม่ออก (วันที่ 16 มิถุนายน 2557 เวลา 09.00 น.) ผู้ป่วยอยากกลับบ้านมากเริ่มเครียดที่มีไข้แล้วทำให้ไม่ได้กลับบ้าน แพทย์เยี่ยมอาการรับทราบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติหลายชนิด แต่อาการทั่วไปของผู้ป่วยปกติดี ไม่มีไข้ vital sign ปกติโทรปรึกษาอาจารย์ให้กลับบ้านได้เพราะไม่มีไข้แล้วแต่ถ้ามีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล วันที่ 17 มิถุนายน 2557 เวลา 11.30 น.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยขยับตัวลงจากเตียงผิดท่า บ่นปวดบริเวณข้อสะโพกเทียม

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่บ่นปวดบริเวณข้อสะโพกเทียม
2. ขาไม่ผิดรูป บิดหมุนออกหรือบิดเข้าใน
3. สะโพกไม่บวม
4. ขณะนอนหงายขาสองข้างยาวเท่ากันจากการประเมินโดยใช้สายตา
5. film both hip ไม่มีการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยว่าหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์แรก ควรหลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพก (flexion) >90 องศา การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอกและเข้าในมากเกินไป (external and internal rotation)

2. ดูแลจัดท่านอนดูแลจัดท่านอน โดยนอนราบหัวสูง 30 องศา ขาข้างที่ผ่าตัดกางออกประมาณ 15-30 องศา โดยใช้หมอนวางระหว่างขาทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ขาอยู่ในท่าเหยียดตรง หลีกเลี่ยงการงอขาทันที การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอกและเข้าในมากเกินไป (excessive external rotation and internal rotation)

3. ดูแลช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย โดยให้ตะแคงตัวไปข้างที่ไม่ทำผ่าตัด ขณะพลิกตะแคงตัวต้องวางหมอนไว้ระหว่างขาทั้งสองข้างพร้อมกับระวังไม่ให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดหุบเข้า

4. สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารร่างกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และดูแลให้ผู้ป่วยบริหารร่างกาย (ดูรายละเอียดหน้า 23-25)

5. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ยืน เดิน นั่ง อย่างปลอดภัย

6. สอนแนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด (ดูรายละเอียดหน้า 37-43)

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่บ่นปวดบริเวณข้อสะโพกเทียม ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยท่าทางที่ถูกต้อง พลิกตะแคงตัวได้ดีถูกต้องเหมาะสม สีหน้าสดชื่น แจ่มใส

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล วันที่ 17 มิถุนายน 2557 เวลา 11.30 น.

วันที่ 13 มิถุนายน 2557 เวลา 07.00 น. (หลังผ่าตัดวันที่2)

ผู้ป่วยยังอ่อนเพลีย แผลไม่มี discharge ซึม ปวดแผล (pain score) = 2-4 คะแนน รับประทานอาหารได้ดีขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน แต่ยังมีไข้สูง T = 38.0 ºC P = 100/min RR = 20/min BP = 127/70 mmHg O_2 sat room air = 97% (เวลา 06.00 น. วันที่ 13 มิถุนายน 2557)

คำสั่งการรักษาตลอดไป POCT glucose ac เช้า keep 80-180 mg%

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน morphine 2 mg IV prn for pain ทุก 3 ชม.

plasil 10 mg IV prn for nausea and vomiting ทุก 6 ชม.

วันที่ 14 มิถุนายน 2557 เวลา 07.00 น. (หลังผ่าตัดวันที่3)

แพทย์ dressing, off drain แผลแห้งดี ไม่มีบวมแดงร้อน ไม่มีdischargeซึม ยังมีไข้ต่ำๆ T = 37.7-38.1 ºC vital signs ปกติ

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน morphine 2 mg IV prn for pain ทุก 4 ชม.

plasil 10 mg IV prn for nausea and vomiting ทุก 6 ชม.

dressing, off drain, plan D/C วันจันทร์

วันที่ 15 มิถุนายน 2557 เวลา 07.00 น. (หลังผ่าตัดวันที่4)

ผู้ป่วยลงยืนเดินโดยใช้ pick up walker ได้ดี หลัง off foley's cath ปัสสาวะได้เองสะดวกดียังมีไข้ต่ำๆ T=37.7-38.1ºC vital sign ปกติ

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน morphine 2 mg IV prn for pain ทุก 4 ชม.

plasil 10 mg IV prn for nausea and vomiting ทุก 6 ชม.

off foley's cath, U/A, CXR portable

วันที่ 16 มิถุนายน 2557 เวลา 07.00 น. (หลังผ่าตัดวันที่5)

ผู้ป่วยลงยืนเดินโดยใช้ pick up walker ได้ดี ผล U/A ปกติ, CXR portable ปกติ ยังมีไข้ต่ำ ๆ T = 37.5-38.2 ºC vital sign ปกติ แพทย์ dressing แผลดี ปิด tegaderm with pad

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน CBC, ESR, CRP, H/C, D-dimer

วันที่ 17 มิถุนายน 2557 เวลา 07.00 น. (หลังผ่าตัดวันที่6)

ผล CBC: Hb = 8.9 g/dl Hct = 28.0% WBC = 8,270ul Plt = 316,000ul

ESR = 89 mm/hr, CRP = 113.93 mg/L, D-dimer = 1852.71, H/C ผลยังไม่ออก

แพทย์เยี่ยมอาการรับทราบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติหลายชนิด แต่อาการทั่วไปของผู้ป่วยปกติดี ไม่มีไข้ vital signs ปกติ ผู้ป่วยอยากกลับบ้านมากเริ่มเครียดที่มีไข้แล้วทำให้ไม่ได้กลับบ้าน โทรปรึกษาอาจารย์ให้กลับบ้านได้ เพราะไม่มีไข้แล้วแต่ถ้ามีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

คำสั่งการรักษาเฉพาะวัน จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

F/U 2 สัปดาห์, ตัดไหมอีก 7 วันที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

home medication paracetamal (500 mg) sig 1 tap oral prn ทุก 6 ชม.

clindamycin (300 mg) sig 2 cap oral tid pc

ยาเดิมผู้ป่วยทุกชนิดและนัดโรคประจำตัวตามเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7. ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด

ข้อมูลสนับสนุน

1. สีหน้า ท่าทางกังวล นอนไม่หลับ
2. ผู้ป่วยบอก "อยากกลับบ้านมากเริ่มเครียดที่มีไข้แล้วทำให้ไม่ได้กลับบ้าน" บ่นบ่อยๆด้วยประโยคเดิมๆ

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเครียด

เกณฑ์การประเมิน

ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเครียดโดยสังเกตจาก

1. สีหน้า ท่าทางผ่อนคลาย

2. การพักผ่อนของผู้ป่วยปกติ

3. การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เช่น การยิ้ม การทักทายด้วยความเป็นกันเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยให้ญาติรับทราบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกที่ทำให้ไม่สบายใจ พยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ

2. ดูแลทางด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและหาสิ่งยึดเหนียวจิตใจตามความเหมาะสม และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมให้กำลังใจ

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบตามความต้องการของผู้ป่วยและความเหมาะสม เช่น ปิดไฟเป็นต้น

4. สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยโดยแนะนำให้พูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน และจัดให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม group support

5. ให้คำแนะนำญาติหรือผู้ดูแลให้สังเกตอาการ ถ้ามีอาการดังต่อไปนี้ควรรีบแจ้งแพทย์พยาบาลทราบทันที เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาที่รุนแรงเพิ่มขึ้น

- มีอาการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์อย่างรวดเร็ว เช่น ร้องไห้ในขณะที่กำลังหัวเราะ
- ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน
- ต้องการอยู่คนเดียว
- เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการนอน นอนมากเกินไปหรือน้อยเกินไป
- มีอาการแสดงออกที่มากเกินปกติ เช่น หวาดกลัวมากเกินปกติ

6. ติดตามปัญหาและให้ข้อมูลเป็นระยะ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดความเครียดตามแผนการรักษา รวมทั้งประเมินภาวะเครียดอย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วย สีหน้าสดชื่น แจ่มใส ดีใจที่ได้กลับบ้าน มีลูกสาวคอยช่วยดูแลและฝึกการปฏิบัติตนร่วมกับผู้ป่วย สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องและสามารถบอกอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้

วันและเวลาที่ยุติปัญหาทางการพยาบาล วันที่ 17 มิถุนายน เวลา 11.30 น.

สรุปอาการผู้ป่วยก่อนพ้นจากความดูแล

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 6 T = 36.6 ºC P = 68/min RR = 20/min BP = 119/60 mmHg pain score= 1-2 คะแนน ผู้ป่วยลงเดินโดยใช้ pick up walker ได้ดี ไม่มีอาการหน้ามืดปวดศีรษะ สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ไม่บ่นว่ากังวลใดๆ ดีใจที่ได้กลับบ้าน แผลผ่าตัดที่สะโพกข้างซ้ายแห้งดีไม่มี

discharge ซึม ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ดี ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้เหมาะสม มีลูกสาวและสามีช่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและลูกสาวตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลที่บ้านได้ถูกต้อง และจำหน่ายกลับบ้านเวลา 11.30 น.วันที่ 17 มิถุนายน 2557

บทที่ 5
ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ในปัจจุบันผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยเสริมหลายประการทั้งปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้และหลีกเลี่ยงไม่ได้ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด รวมทั้งเพื่อดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหว และความมั่นคงของข้อสะโพก ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการเดินและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพและมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เพราะถึงแม้ว่าวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ถ้าการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด รวมถึงการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ และประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ จากประสบการณ์ในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ผ่านมาสามารถสรุปประเด็นปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขได้ดังนี้

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
<u>ระยะก่อนผ่าตัด</u> - บุคลากรจบใหม่ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และบุคลากรเก่าขาดการนำความรู้เชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วย	- จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม สำหรับให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยนางสาวเสาวภา อินผา - จัดอบรมบุคลากรจบใหม่ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยหอผู้ป่วยสลาก 5 งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิคส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล - ส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงาน ค้นคว้า ทบทวนงานวิจัย ตำรา และบทความวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
<u>ระยะก่อนผ่าตัด</u> (ต่อ) - ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด	- จัดทำโครงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียม โดยภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียม ตั้งแต่ผู้ป่วยมีการวางแผนนัดผ่าตัด - จัดทำโครงการป้องกันข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดภายหลังการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมชนิด hemiarthroplasty และ primary total hip arthroplasty โดยหอผู้ป่วยสลาก 5 ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม - จัดทำวีซีดีเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยนางสาวเสาวภา อินผา และรองศาสตราจารย์นายแพทย์กีรติ เจริญชลวานิช เป็นที่ปรึกษา
<u>ระยะหลังผ่าตัด</u> - ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดแผลผ่าตัด ทำให้ไม่กล้าขยับตัวหรือพลิกตะแคงตัว ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ปอดอักเสบติดเชื้อ เป็นต้น	- เน้นย้ำกับบุคลากรและผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญเรื่องการให้การพยาบาลและการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวด เนื่องจากถ้าสามารถลดความปวดได้ดี ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ดีขึ้น ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยมีเทคนิคการลดความปวดที่สำคัญคือ การประคบเย็นบริเวณแผลผ่าตัดจะช่วยลดอาการปวดแผลได้ การจัดท่าที่สุขสบายเหมาะสม การให้ยาแก้ปวดโดยการสอบถามอาการปวดอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลเรื่องการจัดการอาการปวดแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับก่อนผ่าตัด

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
	การดูแลให้ยาแก้ปวด การประเมินอาการปวดหลังได้รับยา และการให้ยาซ้ำถ้าอาการปวดยังไม่ทุเลา รวมทั้งติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังได้รับยาแก้ปวด - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินความปวดโดยเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย - มีการวิจัยเรื่องการศึกษาการจัดการความปวดต่อระดับความปวดในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์, การศึกษาแบบสังเกตการณ์ ซึ่งอยู่ระหว่างการสรุปผลและเสนอคณะกรรมการ R2R เมื่อมีนาคม 2559 โดยนางสาวเสาวภา อินผา และคณะ
<u>ระยะหลังผ่าตัด</u> (ต่อ) - ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดไปด้านหลัง	- จัดทำโครงการป้องกันข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดภายหลังการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมชนิด hemiarthroplasty และ primary total hip arthroplasty ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ห้ามงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา เทคนิคในการจำคือ “ห้ามทำกิจกรรมที่ต้องใช้มือต่ำกว่าเข่า” ไม่ว่าท่ายืนหรือท่านั่ง เช่น ห้ามนั่งเก้าอี้ที่มีระดับต่ำกว่าสะโพก ห้ามก้มใส่รองเท้า เป็นต้น เน้นย้ำและให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยเฉพาะผู้สูงอายุเพราะอาจทำให้ข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดได้

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
<u>ระยะหลังผ่าตัด</u> (ต่อ) - ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมัน/ลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism)	- ให้ความรู้กับพยาบาลเน้นย้ำความสำคัญของการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการหายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก สับสน พูดคุยไม่รู้เรื่อง เหงื่อออก กระสับกระส่าย O_2saturation ลดลงจากเกณฑ์ปกติ เมื่อพบอาการผิดปกติต้องรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที - ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติก่อนผ่าตัดเรื่องอาจเกิดภาวะ pulmonary embolism ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ - จัดทำ Guideline for Venous Thromboembolism (VTE) โดยภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis)	-ให้ความรู้กับพยาบาลเน้นย้ำความสำคัญของการสังเกตอาการบวมตึง อุณหภูมิ สีผิว ชีพจรบริเวณปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง(dorsalis pedis pulse) ปวดบริเวณขาและน่อง ความรู้สึกและความสามารถในการเคลื่อนไหวขา - แนะนำให้ผู้ป่วยบริหารร่างกายและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็ว (early ambulation) เพื่อป้องกันการภาวะ deep vein thrombosis หลังผ่าตัด และหากมีอาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ เป็นตะคริว มีอาการชา หรือขาบวม ให้รายงานพยาบาลและแพทย์ทราบทันที -ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติก่อนผ่าตัดเรื่องอาจเกิดภาวะ deep vein thrombosis ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ - จัดทำ Guideline for Venous Thromboembolism (VTE) โดยภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
<u>ระยะหลังผ่าตัด</u> (ต่อ) - ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเส้นประสาท และหลอดเลือดส่วนปลายทำหน้าที่ผิดปกติ	- ให้ความรู้กับพยาบาลผู้ดูแลเน้นย้ำความสำคัญของการประเมินการทำงานของเส้นประสาทและหลอดเลือดส่วนปลายของขาข้างที่ทำผ่าตัดตามหลัก7p ซึ่งถ้าสามารถประเมินได้รวดเร็วถูกต้องจะช่วยให้การพยาบาลดูแลช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว หลัก 7P ประกอบด้วย Pain, Paresthesia, Pallor, Paralysis, Pulseless, Polar, Palpable tenseness (รายละเอียดดังเอกสารหน้า 35-36) -ให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยว่าหากพบอาการผิดปกติ (รายละเอียดดังเอกสารหน้า 35-36) ให้รายงานให้พยาบาลและแพทย์ทราบทันที
<u>ระยะจำหน่าย</u> - ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย สูญเสียความสามารถตนเองและหน้าที่การงาน ส่งผลต่อเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ	- จัดทำโครงการการวางแผนจำหน่าย โดยประเมินการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในการกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน โดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทุกขั้นตอน มีการนัดหมายญาติ เพื่อฝึกดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และมีการโทรศัพท์สอบถามอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งระหว่างรอตรวจตามวันนัดทางหอผู้ป่วยจะให้เบอร์โทรติดต่อของหอผู้ป่วยไว้กรณีฉุกเฉิน - จัดทำโครงการป้องกันข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดหลังผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมชนิด hemiarthroplasty และ primary total hip arthroplasty ซึ่งมีการให้คำแนะนำอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สอบถามความเข้าใจ พร้อมทั้งให้ลองฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จำลองที่กำหนดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไขปัญหา
<u>ระยะจำหน่าย</u> (ต่อ) - ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และครอบครัวขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย สูญเสียความสามารถตนเองและหน้าที่การงาน ส่งผลต่อเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ	- ในรายที่มีปัญหาในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งหน่วยการพยาบาลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านต่อไป - จัดทำแผ่นพับคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยนางสาวเสาวภา อินผา และที่ปรึกษาคือรองศาสตราจารย์นายแพทย์อาศิส อุนนะนันทน์ และนางวรารัตน์ บุญณสะ เพื่อให้เป็นรูปแบบเดียวกันและมีมาตรฐาน - จัดทำโครงการ Hot line 24 ชั่วโมง โดยภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล กรณีถ้ามีปัญหาในการดูแลสามารถขอรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านทาง Hotline สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและข้อสะโพกเทียม - จัดทำโครงการรวมพลคนรักษ์ข้อ โดยภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อให้ผู้ป่วยที่เปลี่ยนข้อเทียมพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ในการดูแลตนเอง - อยู่ระหว่างวางแผนทำงานวิจัย (R2R) เรื่องการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น วิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลที่ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ มีทักษะ รวมถึงต้องมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้การพยาบาลที่ให้นั้นเป็นการพยาบาลและการดูแลที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประเด็นแนวทางการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

1. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม สำหรับให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยนางสาวเสาวภา อินผา พยาบาลชำนาญการหอผู้ป่วยสลาก 5 งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิคส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
2. โครงการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียม โดยภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
3. โครงการรวมพลคนรักษ์ข้อ โดยภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
4. โครงการ Hot line 24 ชั่วโมง โดยภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
5. Guideline for Venous Thromboembolism (VTE)
6. การวิจัยเรื่องการศึกษาการจัดการความปวดต่อระดับความปวดในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์, การศึกษาแบบสังเกตการณ์ ซึ่งอยู่ระหว่างการสรุปผลและเสนอคณะกรรมการ R2R เมื่อมีนาคม 2559 โดยนางสาวเสาวภา อินผา และคณะ
7. โครงการป้องกันข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดภายหลังการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมชนิด hemiarthroplasty และ primary total hip replacement โดยหอผู้ป่วยสลาก 5 ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช
8. โครงการการวางแผนจำหน่าย และส่งหน่วยการพยาบาลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน
9. โครงการอบรมบุคลากรจบใหม่ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยหอผู้ป่วยสลาก 5 งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิคส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
10. วีซีดีเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยนางสาวเสาวภา อินผา และรองศาสตราจารย์นายแพทย์กีรติ เจริญชลวานิช เป็นที่ปรึกษา
11. แผ่นพับคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยนางสาวเสาวภา อินผา และที่ปรึกษาคือรองศาสตราจารย์นายแพทย์อาศิส อุนนะนันทน์ และนางวรารัตน์ บุญณสะ
12. ระหว่างวางแผนทำงานวิจัย (R2R) เรื่องการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

บรรณานุกรม

กีรติ เจริญชลวานิช. (2551). *Hemiarthroplasty and Total hip arthroplasty in Orthopaedic Nursing Care.* Advance Orthopaedic Nursing Care เนื่องในวาระครบรอบ “ศิริราช 120 ปี”. ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

จอมศรี โพธิสาร. (2554). ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก: ประเด็นท้าทายในการป้องกัน. *วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิคส์ แห่งประเทศไทย*, *16*(1), 5-13.

ธวัช ประสาทฤทธา และคณะ. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์*. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง.

นันทา ขัวญดี. (2556). การฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. *วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย*, *1*8(2), 73-83.

บวรฤทธิ์ จักรไพวงศ์ และคณะ. (2556). *การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์*.พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

พรศิริ พันธสี. (2557). *กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร.

พิสิฎฐ์ เลิศวานิช. (2556). *การผ่าตัดข้อสะโพกด้วยการส่องกล้อง (Hip Arthroscopy)*. สืบค้นข้อมูลจาก http:// www.thaisportsmed.org/index.phpoptioncom_content. เข้าถึงเมื่อ มกราคม 2557.

เรวัตร ออกแม้น และคณะ. (2549). Fracture Neck of Femur Pre-Post MIS-THA. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ Advanced Surgical Technology Nursing Service Excellence. งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณี สัตยวิวัฒน์ และคณะ. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.

วราภรณ์ ตุ้มทอง. (2554). การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย*, *16*(2), 62-74.

ศิริเอมอร วิชาชาติ. (2552). *การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ในหอพิเศษพระปทุมวรราชสุริยวงศ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธาน*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สมศรี พิริยาสัยสันติ และเพ็ญจันทร์ วันแสน. (2554). ผลการใช้แผนการดูแลในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 26*(2), 215-227.

สุดารัตน์ ศรีสมุทรนาค. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันเพิ่มในช่องกล้ามเนื้อ. *วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย*, *14*(2), 57-70.

สุวิมล ต่างวิวัฒน์. (2555). *Orthopaedic Postoperative Pain Management.* เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง Essentials care in Orthopaedic Pain. ชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย.

เสาวภา อินผา. (2550). *โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. (ม.ป.ป.).สืบค้นข้อมูลจาก http://www.zimmer.co.th/web2/home.phpmain_patient&param=under_after_hip. เข้าถึงเมื่อ มกราคม 2557.

อรุณี มรกตพิทยารักษ์ และคณะ. (2555). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพกโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย พยาบาล และญาติผู้ป่วย โรงพยาบาลอุดรธานี* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี. สืบค้นข้อมูลจาก http://223.25.197.99/research/attachments/pdf.

Harvey, C. V. (2006). Complication. *Orthopedics Nursing, 25,* 410-412.

ภาคผนวก

คณะผู้ตรวจสอบคุณภาพคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประกอบด้วย

1. อาจารย์นายแพทย์จตุรงค์ พรรัตนมณีวงศ์

ตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด

สังกัด ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์

ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน

สังกัด ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. นายเรวัตร ออกแม้น

ตำแหน่ง ผู้ตรวจการงานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตรออร์โธปิดิกส์
(ผู้ชำนาญการพิเศษ)

สังกัด งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตรออร์โธปิดิกส์
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช