

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

เอกสารประกอบการสอน

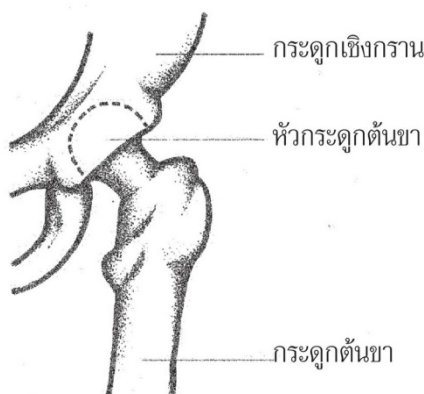
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

สอน โดย อ.ณรงค์กร ชัยวงศ์

กายวิภาคของข้อตะโพก

ข้อตะโพกเป็นข้อหนึ่งในร่างกายที่ต้องรับน้ำหนักตัวมากที่สุด และมีหน้าที่เปลี่ยนทิศทางขณะเดิน ตัวข้อคล้ายลูกบอล กับเบ้า ประกอบด้วยส่วนเบ้าของกระดูกเชิงกราน และหัวกระดูกต้นขาที่มีลักษณะเกือบเป็นทรงกลม รวมกันเป็นส่วนหนึ่งของ innominate bone (กระดูกเชิงกราน 1 ข้างประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้นคือ ilium ischium และ pubis ทั้งหัวกระดูกตะโพกและเบ้าตะโพกจะมีผิวกระดูกอ่อน (cartilage) เคลือบอยู่ผิวกระดูกอ่อนนี้มีลักษณะเรียบเป็นมันสีขาว ทำให้เวลาที่มีการเคลื่อนไหวของข้อตะโพกทั้งขณะที่เดินหรือลุกนั่งเป็นไปอย่างราบรื่น และจะไม่มีรู้สึกเจ็บปวดนอกจากนี้ข้อตะโพกยังมีเนื้อเยื่อหรือเอ็นยึดเป็นส่วนประกอบ ส่วนแรกเป็นเส้นเอ็นที่ยึดระหว่างหัวตะโพก และเบ้าตะโพกช่วยให้ข้อมีความมั่นคง อีกส่วนมีลักษณะเป็นเนื้อเยื่อบาง (Synovial membrane) บุบริเวณทั้งหมดของข้อตะโพก ปกติภายในเนื้อเยื่อนี้มีของเหลวที่ทำหน้าที่หล่อลื่นช่วยให้ข้อเคลื่อนไหวได้อย่างราบรื่น

รอบ ๆ ข้อตะโพกจะมีกล้ามเนื้อมัดใหญ่หุ้มรอบ ทางด้านหน้าจะเป็นกล้ามเนื้อ iliopsoas quadriceps femoris ทางด้านในจะเป็นกล้ามเนื้อพวกที่ทำหน้าที่หุบข้อ (adduction) ทั้งหมด ทางด้านข้างจะมีกล้ามเนื้อกางข้อ (abduction) ทั้งหมด ส่วนทางด้านหลังชั้นนอกจะเป็นกล้ามเนื้อ gluteus และในชั้นที่ลึกเข้าไปจะเป็นกล้ามเนื้อบิตหมุน (Rotator) ของข้อตะโพก



ภาพที่ 1.1 กายวิภาคของข้อตะโพก

โรคของข้อกระดูกที่พบบ่อย

โรคของข้อกระดูกที่พบบ่อยในคนไทย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเคลื่อนไหวติดขัด หรือก่อให้เกิดความเจ็บปวด ได้แก่

1. โรคหัวกระดูกข้อกระดูกขาดเลือด (avascular necrosis)

โรคนี้อพบบ่อยในคนที่มีอายุประมาณ 30-40 ปี เชื่อว่าเกิดจากการที่หลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวกระดูกข้อกระดูกมีการอุดตัน ทำให้หัวกระดูกข้อกระดูกค่อยๆ ขาดเลือด และผิวข้อกระดูกจะเสียหายไป จนในที่สุดหัวกระดูกข้อกระดูกจะยุบตัว ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ มีอาการเจ็บปวดอย่างมาก สาเหตุที่แน่นอนยังไม่สามารถสรุปได้ แต่ก็มีอยู่หลายสมมติฐานที่ได้รับการพิสูจน์ว่าอาจเกี่ยวข้อง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์หรือการรับประทานยาในกลุ่มสเตียรอยด์เป็นประจำ หรือภายหลังจากการได้รับการบาดเจ็บที่ทำให้มีการเคลื่อนหลุดของหัวกระดูกข้อกระดูกจากเบ้า เป็นต้น

2. โรคข้อกระดูกเสื่อม (hip osteoarthritis)

ส่วนมากพบในกลุ่มคนที่อายุเกิน 50 ปีขึ้นไป มักเกี่ยวข้องกับประวัติการบาดเจ็บที่ข้อกระดูกมาก่อน หรือการที่ข้อกระดูกเจริญเติบโตอย่างผิดปกติตั้งแต่วัยเด็ก ส่วนมากพบในคนที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้ อาการของโรคเกิดจากผิวข้อกระดูกสึกกร่อน และไม่เรียบ หรือการที่มีหัวกระดูกข้อกระดูกไม่กลมรับกับเบ้ากระดูกทำให้การเคลื่อนไหวของข้อกระดูกผิดปกติ ติดขัด และมีอาการเจ็บปวด

3. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis)

เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งก่อให้เกิดอาการอักเสบแบบไม่ติดเชื้อเกิดได้กับข้อต่างๆทั่วร่างกายรวมทั้งข้อกระดูก มีอาการอักเสบแบบเป็น ๆ หาย ๆ นานไปก็ทำให้ผิวข้อมีการสึกกร่อนและถูกทำลายไป

4. โรคข้อเสื่อมหลังการบาดเจ็บ (traumatic arthritis)

โรคนี้อพบบ่อยหลังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ที่ทำให้ข้อกระดูกแตก หรือหลุดออกจากเบ้ากระดูกผิวข้อกระดูก หรือกระดูกไม่สมานกลับเป็นปกติ

5. โรคกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (femoral neck fracture)

พบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่จะพบมากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคกระดูกพรุนร่วมด้วย คอกระดูกข้อกระดูกหัก เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อกระดูกเทียมบ่อยที่สุด

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพของโรคหัวกระดูกตะโพกขาดเลือด (avascular necrosis) เป็นผลของความผิดปกติหลายประการที่ทำให้เลือดที่มาเลี้ยงกระดูกลดลง เกิดเนื้อกระดูกตาย (necrosis) สาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดคือกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (femoral neck fracture) และหลอดเลือดที่ทอดผ่านบริเวณดังกล่าวถูกกด

หรือฉีกขาด ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณส่วนหัวกระดูกต้นขาไม่พอ ภาวะนี้เกิดจากความผิดปกติในเนื้อเยื่อกระดูก 2 ชนิด คือ ไขกระดูกและเนื้อกระดูก ความผิดปกติที่ไขกระดูก พบว่าเซลล์ไขกระดูกมีปริมาณลดลง และมีเซลล์ตาย ในส่วนเนื้อกระดูกจะพบว่าเซลล์กระดูก (osteocyte) หายไป เกิดเป็นช่อง (cavity) ในรายที่เป็นมากจะพบเนื้อกระดูกตายเป็นบริเวณรูปสามเหลี่ยมซึ่งเป็นผลจากการตายของ trabecular bone แต่โครงสร้างของกระดูกจะยังคงอยู่ เมื่อเป็นมากขึ้นกระดูกใต้กระดูกอ่อนจะมีการแตกหัก (subchondral bone fracture) เกิดกระดูกทรุดตัว และเกิดโรคข้อเสื่อมตามมา

พยาธิสภาพของข้อตะโพกเสื่อม จะพบว่าช่องข้อแคบไม่สม่ำเสมอ จากการสูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อไป กระดูกใต้ผิวข้อหนาตัวเห็นเป็นรอยขาวในภาพถ่ายรังสี ส่วนกระดูกงอกมักพบที่ขอบนอกด้านบนของส่วน acetabulum ทางด้านนอก และด้านล่างของส่วนหัวกระดูกต้นขา อาจพบถุงน้ำ (subchondral bone Cyst) ที่ acetabulum ด้านบน และที่หัวกระดูกต้นขาส่วนบนอาจพบหัวกระดูกต้นขาเคลื่อนที่ผิดปกติไปนอกจากนี้ อาจมีข้อผิดรูปจากหัวกระดูกต้นขาทรุดตัวลง และ acetabulum roof ที่อยู่ติดกันเปลี่ยนแปลงไป

พยาธิสภาพของข้ออักเสบรูมาตอยด์ เริ่มด้วยมีการอักเสบของเยื่อข้อ (synovial membrane) โดยมีการอักเสบเกิดขึ้นที่หลอดเลือดเล็กๆ ก่อน ต่อมาเซลล์ข้อเกิดการอักเสบ และถูกกระตุ้นให้เพิ่มจำนวนมากขึ้น สร้างน้ำหล่อข้อมากขึ้น ซึ่งการอักเสบนั้นเกิดจาก antigen-antibody reaction ขบวนการอักเสบนี้จะดึงดูดให้มี inflammatory cells เข้าไปในข้อมากขึ้นซึ่งเซลล์เหล่านี้จะถูกกระตุ้นให้หลั่ง lymphokines และเอ็นไซม์ต่างๆ รวมทั้งอนุมูล superoxide และ prostaglandins ด้วย ทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณนั้น และเกิดปฏิกิริยากระตุ้นให้เยื่อหุ้มข้อมีการอักเสบเรื้อรังต่อไปนอกจากนี้สารเชิงซ้อนทางภูมิคุ้มกันที่ติดอยู่บนผิวของกระดูกอ่อนจะชักนำให้เซลล์ของเยื่อข้ออักเสบอยู่แล้วซึ่งมี phagocytic activity แบ่งตัวและเข้ามาปกคลุมทำลายผิวของกระดูกอ่อนไปด้วยทำให้เกิด panus หรือ granulation tissue จากเยื่อข้อที่อักเสบที่ปกคลุมและทำลายผิวกระดูกอ่อนสารต่างๆที่หลั่งจาก inflammatory cells ทั้งชนิด T และ B cell เช่น neutral และ acid proteases, interleukin-I, collagenases และ vitronectin และการทำงานของ synovial lining cells, chondrocyte และ osteoblast มากขึ้นทำให้มีการคั่งและหลั่งเอ็นไซม์และสารกระตุ้นต่างๆมากขึ้นอีกเช่น collagenase, plasminogen activator ฯลฯ ทำให้มีการทำลายคอลลาเจนและโปรตีโอกลัยแคนหรือเนื้อเยื่อต่างๆของข้อทั้งเอ็นพังผืดกระดูกอ่อนกระดูกแข็งไปเรื่อย ๆ โดยขบวนการอักเสบ

นี้อาจจะหยุดเองที่จุดใดจุดหนึ่งก็ได้แล้วแต่ว่าโรคจะสงบลงที่ระยะใด แต่ในรายที่เรื้อรังนานเป็นปี ๆ granulation tissue จะค่อยๆกลายเป็นไฟโบรลิสและเกาะยึดจนข้อนั้นเคลื่อนไหวไม่ได้เกิดเป็น fibrous ankylosis หรือหากมี metaplasia ก็เกิด bony ankylosis ได้สำหรับเอ็นชั้มและพังผืดที่หุ้มข้อจะมีความอ่อนแอฉีกขาดหลวมหลุดหรือหดตัวตึงรั้งจนทำให้เกิดข้อผิดรูปขึ้น

ข้อตะโพกเทียม

ข้อตะโพกเทียมประดิษฐ์ขึ้นจากวัสดุที่ทนทานแข็งแรงมีความหนาแน่นสูงเพื่อใช้แทนหัวกระดูกต้นขาและเบ้าของกระดูกเชิงกรานสามารถรับน้ำหนักตัวและทนต่อการสึกหรอได้ดีและไม่มีปฏิกิริยากับร่างกายเทียมประกอบด้วย

1. ส่วนหัวของกระดูกต้นขามีลักษณะคล้ายลูกบอลและส่วนก้านที่จะถูกยึดอยู่ในโพรงกระดูกต้นขาทำจากโลหะผสมชนิดพิเศษ

2. ส่วนเบ้าซึ่งยึดติดกับ acetabulum ทำจากพลาสติกชนิดพิเศษ



ภาพที่ 1.2 ส่วนประกอบของข้อตะโพกเทียมชนิด Bipolar

คุณสมบัติของโลหะและพลาสติกเนื้อแน่นดังกล่าวมีความแข็งแรงทนทานไม่เป็นสนิมไม่สึกกร่อนง่าย ไม่เกิดประจุไฟฟ้าและไม่ก่อให้เกิดสารมะเร็ง

วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการปวดทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของข้อตะโพกและความสามารถในการปฏิบัติการกิจประจำวันได้ดีกว่าก่อนการผ่าตัด

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

1. ผู้สูงอายุที่ข้อตะโพกเสื่อม (Osteoarthritis of the hip) มีการเคลื่อนไหวของตะโพกได้น้อยและปวดจนทนปฏิบัติกิจวัตรไม่ได้ตามปกติ
2. ผู้ที่หัวกระดูกต้นขาตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (avascular necrosis of the femoral head) และมีข้อตะโพกสึกกร่อนทำให้มีอาการปวดข้อตะโพกมาก
3. ผู้ที่มีความพิการของข้อตะโพก เช่น ข้อตะโพกเคลื่อนหลุดมา แต่กำเนิดทำให้เกิดข้อผิดรูปจึงเสื่อมเร็วกว่าข้อปกติ
4. ผู้สูงอายุที่ส่วนคอของกระดูกต้นขาหัก (fracture neck of femur) ส่วนมากจะเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูก
5. ผู้ที่มีเนื้องอกบริเวณข้อตะโพก
6. ผู้ที่เป็นโรคข้ออักเสบ (inflammatory arthritis) แล้วเกิดข้อตะโพกเสื่อมในระยะท้ายเช่นข้ออักเสบรูมาตอยด์หรือมีอาการปวดจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติรักษาด้วยวิธีรับประทานยาการบริหารและ จำกัด กิจกรรมแล้วไม่ได้ผล

ข้อห้ามในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะข้ออักเสบติดเชื้อทั้งนี้ถ้ามีข้อเทียมอยู่ในบริเวณที่อักเสบติดเชื้อจะทำให้ร่างกายไม่สามารถกำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุออกได้
2. ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางอายุรกรรมหรือโรคระบบอื่นร่วมด้วย
3. ผู้ที่ไม่สามารถให้ยาระงับความรู้สึกโดยทั่วไปหรือให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังได้
4. ผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน
5. ผู้ที่อายุน้อยอยู่ในวัยหนุ่มสาวควรชะลอการผ่าตัดและใช้วิธีการรักษาแบบอื่นแทนเพราะข้อเทียมมีอายุการใช้งาน จำกัด

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม (วิธีมาตรฐาน) มีวิธีการดังนี้

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมแบ่งเป็น 2 ชนิดคือการเปลี่ยนทั้งหัวและเบ้าเรียกว่า "Total Hip Replacement (THR) หรือ Total Hip Arthroplasty (THA) สำหรับการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้น

ขา (femoral head) ไม่ได้เปลี่ยนเบ้าเรียกว่า hermiarthroplasty แพทย์จะตัดส่วนของกระดูกที่ตายหรือมีพยาธิสภาพออกแล้วแทนที่ด้วยข้อเทียม โดยเตรียม โพรงกระดูกสำหรับใส่ก้านตะโพกเทียมทดลองใช้ตัวลองข้อเทียมเพื่อเลือกขนาดที่เหมาะสมทดสอบการเคลื่อนไหวแล้วใส่ข้อตะโพกเทียมส่วนก้านใน โพรงกระดูกต้นขาต่อส่วนหัวของข้อตะโพกเทียมเข้ากับส่วนก้านอาจยึดข้อตะโพกเทียมด้วยสารยึดกระดูกหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับชนิดของข้อตะโพกเทียมที่ใช้ หลังจากนั้นล้างและเย็บปิดแผลแล้วใส่ท่อระบายเลือดลงสู่ขวด สูญญากาศระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดประมาณ 2-4 ชั่วโมง

การผ่าตัดข้อตะโพกอาจผ่าเข้าทางด้านหลังของข้อ (posterior approach) หรือทางด้านข้างของข้อ (anterolateral approach) ซึ่งทำให้การดูแลทำทางของยาหลังผ่าตัดตรงข้ามกันคือถ้าผ่าตัดเข้าทางด้านหลังของข้อต้องระวังให้ขาอยู่ในท่ากางออก (abduction) และบิดออกนอก (external rotation) ถ้าผ่าเข้าทางด้านข้างต้องระวังให้ขาหุบเข้า (adduction) และไม่บิดออกนอกหรือเข้าใน (neutral rotation)



ภาพที่ 6.3 ภายหลังการเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

1. การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุดอาจจะมีเกิดในระยะแรกหลังผ่าตัดใหม่ ๆ หรือหลังผ่าตัดเป็นเดือนหรือเป็นปีการติดเชื้อที่เกิดขึ้นนี้อาจเกิดจากแผลผ่าตัดที่มีขนาดกว้างและจากการใส่วัตถุแปลกปลอมเข้าไปในร่างกายนอกจากนี้มีเหตุส่งเสริมที่ควรระวังคือการเตรียมผิวหนังบริเวณที่ทำผ่าตัดไม่สะอาดพอหรือในร่างกายผิวหนังบริเวณ โดบริเวณหนึ่งมีการติดเชื้อและได้รับบาดเจ็บอยู่ก่อนแล้วและการติดเชื้ออาจเกิดจากผู้ทำผ่าตัดใส่ถุงมือที่มีรอยขาดเล็ก ๆ สังเกตไม่เห็นหรือเกิดในช่วงหลังผ่าตัดจากการระบายเอาสิ่งตกค้างออกได้ไม่ดีมีก้อนเลือดค้างอยู่รวมทั้งหลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่ได้ระมัดระวังในการดูแลแผลผ่าตัดแผลถูกน้ำแผลสกปรกและการปิดแผลไม่แน่นสนิทดังนั้นพยาบาลควรจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและเอาใจใส่ในการดูแลแผลผ่าตัดให้มากขึ้น

เชื้อที่ทำให้เกิดการติดเชื้อลึกเข้าไปถึงข้อเทียมนั้นมักจะเป็นพวกเชื้อ Staphylococcus epidermis, staphylococcus aureus, clostridium perfringens, enterococcus az enterobactor ทำให้มีไข้สูงบริเวณตะโพก บวมแดงและเจ็บปวดมากเวลาเคลื่อนไหวพวกนี้จะมีเม็ดเลือดขาวสูงมากการรักษาข้อตะโพกเทียมเมื่อมีการติดเชื้อถึงข้อตะโพกแล้วต้องเอาข้อเทียมนั้นออกก่อนหลังจากนั้นรักษาภาวะติดเชื้อให้หายโดยให้ยาปฏิชีวนะที่จะจะสามารถทำลายได้ทั้งกรัมบวกและกรัมลบแล้วพักขาข้างนั้นไว้อาจจะเข้า traction ไว้ ประมาณ 4-6 สัปดาห์

2. การเคลื่อนหลุดของข้อตะโพกเทียม ซึ่งอาจเคลื่อนหลุดเพียงบางส่วน (subluxation) หรือเคลื่อนหลุดออกจากเบ้าตะโพกทั้งหมด (total hip dislocation) สามารถเกิดขึ้นได้ในระยะแรกหลังผ่าตัดหรือระยะหลังผ่าตัดเป็นเดือนหรือเป็นปีและมักเกิดในช่วงหลังผ่าตัดใหม่ ๆ จนถึง 4-6 สัปดาห์หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณตะโพกอย่างมากไม่สามารถเคลื่อนไหวขาข้างที่ผ่าตัดได้และมีการหมุนเข้าหรือบิดออกของขา

สาเหตุของการหลุดของข้อตะโพกเทียม ได้แก่

2.1 วิธีการผ่าตัดของศัลยแพทย์

2.2 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ถูกต้องขาดความระมัดระวังขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเช่นการอุ้มผู้ป่วยในท่างอและหุบข้อตะโพก

2.3 ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องโดยเฉพาะการเคลื่อนไหวร่างกายการมีกิจกรรมในท่าที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดข้อตะโพกเทียมหลุด

2.4 การลื่นหกล้มหรือเกิดอุบัติเหตุทำให้ข้อตะโพกเทียมหลุดเมื่อข้อตะโพกเคลื่อนหลุดจะมีอาการปวดมากเมื่อเคลื่อนไหวข้อตะโพกขาข้างที่ผ่าตัดอาจสังเกตเห็นการหมุนเข้าหรือบิดออกนอกถ่ายภาพรังสีจะเห็นข้อตะโพกเทียมหลุดซึ่งต้องได้รับการแก้ไขโดยเร่งด่วนด้วยการดึงข้อเทียมที่หลุดให้เข้าที่จากนั้นเหยียดและกางข้อตะโพกประมาณ 20-30 องศาโดยการดึงถ่วงน้ำหนักที่ขาแบบ skin traction เป็นเวลา 1-3 สัปดาห์หรืออาจเข้าเฟือกแบบ hip spica ไว้ชั่วคราวเพื่อให้เนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อตะโพกแข็งแรงจึงให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวขาได้

3. อัมพาตของเส้นประสาทที่มัลติปลิกซ์ ผู้ป่วยมักมีอาการกระดกข้อเท้าไม่ขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากการดึงรั้งเส้นประสาทในระหว่างการผ่าตัด

4. การเกิดลิ่มในหลอดเลือดดำที่ขา เชื่อว่ามีสาเหตุส่งเสริมจากอาการบวมที่ขาจะทำให้การไหลเวียนโลหิตช้าลงมีการค้างของเลือดเกิดขึ้นดังนั้นการดูแลผู้ป่วยและป้องกันมิให้เกิดภาวะนี้ต้องคอยดูแล

ให้ท่อระบายและขวระบายสิ่งตกค้างให้ทำงานดีตลอดเวลาควรพันผ้ายึดตั้งแต่ปลายเท้าขึ้นมาผ้ายึดที่พันไว้ที่ต้นขาไม่ควรแน่นเกินไปเพราะจะทำให้เกิดแรงกดใต้การคลายผ้าออกบ้างท่านอนก็มีโอกาสทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันได้เช่นนอนในท่าเหยียดข้อตะโพกและข้อเข่ามากเกินไป (hyperextension) มีแนวโน้มที่จะทำให้หลอดเลือดดำใหญ่บริเวณนั้นถูกยืดออกและแฟบลงแรงกดที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้มีการหยุดนิ่งของกระแสเลือดวิธีแก้ไขทำได้โดยหาหมอนนุ่ม ๆ มารองใต้เข่าเพื่อยกขาสูงนอกจากนี้หลังผ่าตัดมักจะพบว่าผู้ป่วยอาจจะยังไม่กล้าขยับเขยื้อนขาข้างทำผ่าตัดการเคลื่อนไหวของร่างกายจึงมีน้อยควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายทันทีตั้งแต่ผู้ป่วยรู้สึกตัวโดยการกระตุ้นคลายเท้าขึ้นลงบ่อยๆ

5. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในช่องท้อง ได้แก่ ถ้าใส่ไม่เคลื่อนไหว (paralytic ileus) เชื่อว่าเกิดจากความร้อนของซีเมนต์กระดูก (เมื่อแข็งตัวจะเกิดความร้อนได้ถึง 50-70 องศาเซลเซียส) นอกจากนั้นอาจมีการแตกของลำไส้ที่บริเวณซีคัม (caecum) จากการใช้เครื่องถ่างปลายแหลมการใช้เครื่องถ่างอาจโดนผนังกระเพาะปัสสาวะทำให้ฉีกขาดและอาจแทงผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดทะลุ

6. การหักของกระดูกบริเวณข้อตะโพกเทียม ข้อตะโพกเทียมชำรุดหรือมีการหักของซีเมนต์รอบแกนกระดูกเทียมหรือแกนโลหะมักจะเกิดภายใน 6 เดือนหลังผ่าตัดบางครั้งอาจเกิดร่วมกับการหักของแกนโลหะของหัวกระดูกเทียมด้วยจะทำให้ข้อตะโพกนั้นไม่มั่นคงและอาจมีการติดเชื้อเกิดร่วมขึ้นมาได้

7. การหลวมของข้อตะโพกเทียม ส่วนมากเกิดกับข้อเทียมที่ใส่ซีเมนต์มีเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดจากการใส่ซีเมนต์เข้าไปในโพรงกระดูกที่เตรียมไว้ไม่ทั่วถึงเมื่อใส่ข้อเทียมลงไปจึงฝังติดยึดแน่นไม่ดีทำให้ไม่มั่นคงหรือมีการไถ้ของข้อเทียมมากเกินไปทำให้การรับน้ำหนักไม่ดีและอาจเกิดจากแรงเสียดสีแรงบิดหมุนที่มากผิดปกติของเบ้ากับหัวกระดูกเทียมทำให้ซีเมนต์ยึดกระดูกหลวมหรือแรงเสียดสีระหว่างคอของหัวกระดูกต้นขาเทียมกับขอบของเบ้าเทียมที่เกิดซ้ำ ๆ นาน ๆ จะทำให้ข้อและซีเมนต์หลวมดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดมากและถ้าเบ้าหลวมจะปวดบริเวณขาหนีบ แต่ถ้าหลวมที่แกนหัวกระดูกเทียมจะปวดที่กลางๆ โคนขาหรือร้าวไปที่หัวเข่าขึ้นหรือเดินไม่ได้ปวดมากและเดินกะเผลก (Trendelenburg gait) ยืนยันได้จากการถ่ายภาพรังสีดูบริเวณข้อตะโพก

8. การสึกหรอมากของผิวข้อตะโพกเทียม อาจเกิดขึ้นได้จากการเสียดสีกันระหว่างหัวกระดูกเทียมกับเบ้าในการใช้งานหนักเช่นกีฬาบางชนิดหรือน้ำหนักตัวมากเกินไป



ภาพที่ 1.4 กระดูกต้นขาส่วนคอข้างขวาหัก

ภาพที่ 1.5 กระดูกต้นขาส่วนคอข้างขวาหัก
หลังใส่ Bipolar Hemiarthroplasty



ภาพที่ 1.6 Avascular Necrosis of Left tip

ภาพที่ 1.7 Avascular Necrosis (or Left Hip)
หลังใส่ Bipolar Henniarthroplasty

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. แนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติเตรียมตัวเตรียมสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่บ้านดังนี้

1.1 ปรับสภาพพื้นทางเดินในบ้านให้โล่งพื้นบ้านไม่ควรใช้วัสดุที่ลื่นและกำจัดสิ่งกีดขวางให้หมดเพื่อป้องกันการหกล้มเนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องใช้วอล์กเกอร์ (walker) หรือไม้ค้ำยันรักแร้ (axillary Crutches) ในการช่วยเดินผู้ป่วยอาจสะดุดสิ่งกีดขวางจนเกิดอุบัติเหตุลื่นหกล้มได้ถ้าเป็นไปได้ในระยะแรกหลังผ่าตัดใหม่ ๆ ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนชั้นล่างของบ้านและจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบสะดวกในการหยิบจับหลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันไดบ่อยๆเพื่อรอการฟื้นฟูให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและทำงานได้ตามปกติก่อน

1.2 ห้องน้ำควรมีราวจับสำหรับจับยึดเพื่อป้องกันการลื่นล้มพื้นห้องน้ำควรมีแผ่นรองกันลื่นและโถส้วมควรเป็นแบบนั่งชักโครกในกรณีที่เป็นแบบนั่งยองๆหรือส้วมซึมแนะนำให้ซื้อเก้าอี้สุขภัณฑ์มาวางครอบหรือใช้เก้าอี้เจาะรูตรงกลางแล้วนำไปวางครอบแทน

2. เตรียมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามสิทธิของผู้ป่วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงเนื่องจากข้อตะโพกเทียมนั้นมีราคาแพง

3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาฟันผุเหงือกอักเสบหูน้ำหนวกฝีที่ผิวหนังและสภาพของผิวหนังบริเวณข้อตะโพกที่จะผ่าตัดผิดปกติแนะนำให้รักษาให้เรียบร้อยก่อนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไปตามกระแสเลือดภายหลังผ่าตัด อันอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อของข้อตะโพกเทียมได้

4. ผู้ป่วยที่รับประทานยาประจำตัวเช่นแอสไพรินวาร์ฟารินหรือคูมาดินหรือยาต้านการอักเสบต้อง
ให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานอย่างน้อย 7-10 วันก่อนการผ่าตัด

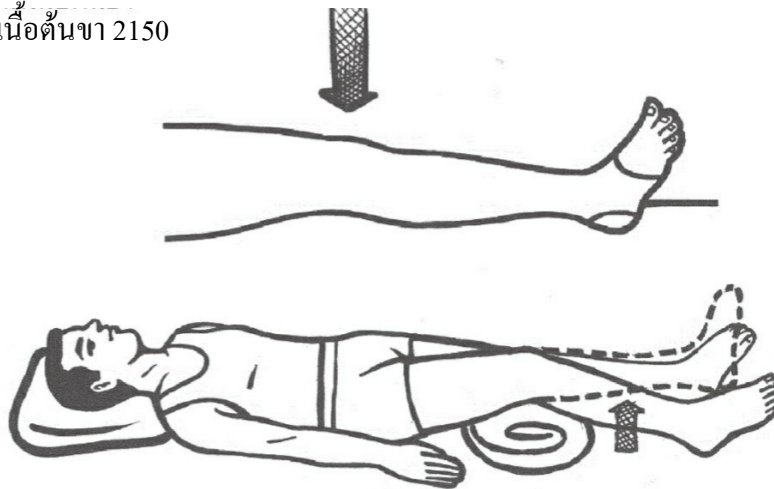
5. เตรียมเก้าอี้ที่นั่งที่แข็งแรงเป็นเก้าอี้สูงมีที่เท้าแขนมีพนักพิงตรงไว้ให้ผู้ป่วยนั่งไม่ควรใช้เก้าอี้ที่เป็น
โซฟาเก้าอี้นอนหรือเก้าอี้โยกอาจทำให้เกิดข้อตะโพกเทียมเคลื่อนหลุดได้

6. แนะนำให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักโดยการงดของหวานและอาหารมัน ๆ ทุกชนิด

7. แนะนำให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่

8. ให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อและข้อให้แข็งแรงเพื่อช่วยให้ผลของการผ่าตัดดีและสามารถเดินได้เป็น
ปกติโดยเร็วภายหลังการผ่าตัดให้ทำแต่ละท่าอย่างสม่ำเสมอทุกวันวันละ 3-4 เวลา ได้แก่ เวลาเช้ากลางวัน
เย็นและก่อนนอนรวมแล้วให้ได้วันละ 100-200 ครั้งต่อ 1 ท่าบริหารและควรทำทั้ง 2 ข้างดังนี้

ท่าที่ 1 นอนหงายราบขาเหยียดตรงในท่าพักเกร็งขาให้ติดพื้นราบหรือที่นอนค้ำไว้ประมาณ 3 วินาที
แล้วจึงพักขาหรือคลายนับเป็น 1 ครั้งฝึกให้ผู้ป่วยทำอย่างต่ำวันละ 100-200 ครั้งแนะนำให้ผู้ป่วยทำพร้อม
กันทั้ง 2 ข้างเพื่อความสะดวกผู้ป่วยสามารถใช้ผ้าขนหนูหนาพอประมาณม้วนเป็นแท่งกลมสอดไว้ใต้ขา
ขณะบริหารกล้ามเนื้อต้นขา 2150



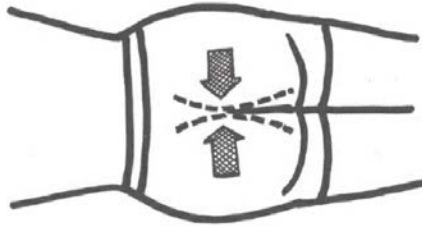
ภาพที่ 1.8 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการเกร็งกล้ามเนื้อแล้วกดเข่าลงกับที่นอนหรือม้วนผ้า

ท่าที่ 2 บริหารข้อเท้าทำได้โดยการกระดกเท้าขึ้นลงทั้ง 2 ข้างทำวันละ 100-200 ครั้ง



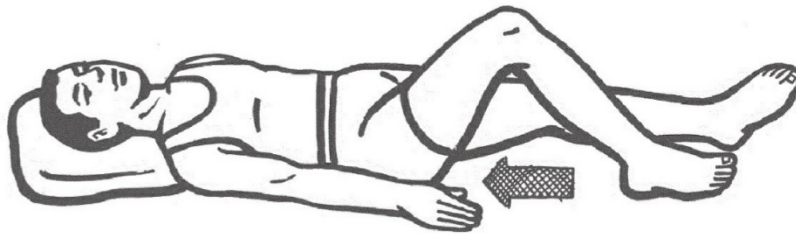
ภาพที่ 1.9 การบริหารข้อเท้าโดยการกระดกข้อเท้าขึ้นลง

ทำที่ 3 ขมิบก้นค้างไว้ นับ 1-3 แล้วคลายทำวันละ 100-200 ครั้ง ภาพที่



1.10 การบริหารกล้ามเนื้อตะโพกโดยการขมิบก้น

ทำที่ 4 งอเข่างอตะโพกข้างดีแล้วจึงเหยียดออก



ภาพที่ 1.11 การบริหารข้อโดยการจ่อข้อเข้าข้อตะโพกและเหยียดออก

เมื่อผู้ป่วยเข้ามานอนพักรักษาในโรงพยาบาลให้การพยาบาลดังนี้

1. แนะนำเกี่ยวกับระเบียบและข้อปฏิบัติของโรงพยาบาลรวมทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาตามสิทธิของผู้ป่วยหรือส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายให้ได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม

2. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยโดยการซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยาที่รับประทานประจำยาที่เคยได้รับเช่น ยาลดความดันโลหิต ยารักษาเบาหวาน ยาพอสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาต้านการอักเสบที่มีไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs: NSAIDs) รวมถึงระยะเวลาที่ได้รับยาเหล่านั้น ประวัติการแพ้สารเคมี แพ้อาหาร เป็นต้น รวมทั้งประวัติการผ่าตัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. ตรวจร่างกายผู้ป่วยทุกระบบและตรวจละเอียดเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ตรวจการเคลื่อนไหวของตะโพก จำนวนองศาที่ข้อตะโพกงอเหยียดและบิดหมุน ตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ความยาวของขา เทียบกับขาข้างปกติ

4. ประเมินระดับความปวดโดยใช้มาตรวัดระดับความปวด numeric rating Scale (0-10) สอบถามลักษณะความปวดเป็นอย่างไร เช่น ไม่มีอาการปวด ปวดน้อยมาก ปวดเป็นครั้งคราว อาการปวดไม่สัมพันธ์กับ

การทำกิจกรรมปวดเล็กน้อย แต่ไม่มีผลต่อการทำงานปกติปานกลางพอทนได้ปวดค่อนข้างมากปานรุนแรง
เคลื่อนไหวไม่ได้ต้องนอนเฉยๆ

5. ประเมินเกี่ยวกับการทรงตัวทรงตัวดีหรือไม่ต้องใช้เครื่องช่วยเดินหรือไม่

6. ประเมินกิจกรรมที่ทำได้เช่นการขึ้นลงบันไดต้องใช้มือเกาะราวบันไดต้องการคนช่วยเหลือหรือ
ขึ้นลงบันไดไม่ได้การนั่งนาน ๆ นั่งได้ประมาณกี่ชั่วโมงเป็นต้น

7. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการพลัดตกหกล้ม

8. ประเมินสภาพจิตใจอารมณ์สังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพก
เทียมค่อนข้างสูงประเมินความวิตกกังวลความเครียดความกลัวญาติผู้ดูแลประเมินการสนับสนุนทางสังคม
ประเมินความรู้ความเข้าใจความพร้อมก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตนประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย
เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการจำหน่าย

9. อธิบายและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ
ตะโพกเทียมการให้ยาระงับความรู้สึกโดยทั่วไปหรือนิยดาษาทางช่องไขสันหลังซึ่งจะใช้วิธีใดแพทย์จะเป็น
ผู้พิจารณาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

10. ตรวจสอบประวัติสุขภาพประวัติคลื่นไฟฟ้าหัวใจถ่ายภาพรังสีข้อตะโพกและทรวงอกเป็นต้น ใน
รายที่ชีวิตอาจต้องให้เลือดทดแทนก่อนรับการผ่าตัดในรายที่ระดับของเหลวและเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล
(electrolyte imbalance) ต้องแก้ไขให้อยู่ในภาวะสมดุลก่อนการผ่าตัด

11. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเช่นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงโรคตับโรคหัวใจดูแลให้ได้รับการ
ตรวจรักษาหรือได้รับคำปรึกษาจากอายุรแพทย์ผู้ชำนาญการทั้งอยู่ในภาวะที่ควบคุมอาการได้

12. แนะนำเกี่ยวกับเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อและข้ออย่างต่อเนื่องเหมือนก่อนผ่าตัด

13. ให้ผู้ป่วยหรือญาติเป็นหนังสือยินยอมให้แพทย์ทำผ่าตัด

ก่อนวันผ่าตัดเตรียมผู้ป่วย ดังนี้

1. ฝึกให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพโดยการสูดหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ แล้วผ่อนลมหายใจ
ออกช้าๆทางปากทำ 10 ครั้งทุกชั่วโมงหายใจเข้าซี่โครงขยายออกและหายใจออกที่โครงแฟบ

2. ฝึกให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพโดยการสูดหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ กลั้นหายใจไว้สักครู่แล้ว
ไอขับเสมหะออกจากลำคอป้องกันเสมหะตกค้างในปอด

3. ผู้ป่วยที่ทาสิเคลือบเล็บไว้ดูแลบสีเคลือบเล็บออกให้ผู้ป่วยก่อนไปผ่าตัด

4. คืนวันก่อนผ่าตัดให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำตั้งแต่วันที่ 24.00 น. เป็นต้นไปจนกระทั่งเสร็จสิ้นการ
ผ่าตัดโดยทั่วไปใช้เวลาในการทำผ่าตัดประมาณ 2-3 ชั่วโมงขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและความชำนาญของ
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

วันผ่าตัด

1. เตรียมความสะอาดโดยการฟอกผิวหนังและโกนขนบริเวณรอบข้อตะโพกให้ผู้ป่วย

2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยในตอนเช้าของวันผ่าตัด

3. ใส่และคาสายสวนปัสสาวะให้ผู้ป่วยไว้นานประมาณ 2-3 วัน
4. ในผู้ป่วยที่ใส่ฟืนปลอมและสามารถถอดได้ดูแลให้ผู้ป่วยถอดออก แต่ถ้าเป็นฟืนปลอมชนิดที่ถอดไม่ได้ต้องสื่อสารให้เจ้าหน้าที่อื่นทราบด้วย
5. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยนำสิ่งของมีค่าหรือของที่เป็นสื่อไฟฟ้าพวก โลหะต่างๆเข้าห้องผ่าตัดเช่น กิ๊บติดผม สร้อยคอ คอหูล้อ หรือข้อมือนาฬิกาข้อมือ แหวน โทรศัพท์เคลื่อนที่ เป็นต้น
6. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า จะได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาทางช่องไขสันหลัง แต่ในบางรายแพทย์อาจพิจารณาให้ยาระงับความรู้สึกโดยทั่วไปซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. หลังผ่าตัดดูแลท่อระบายเลือด (drain) ที่ต่อลงขวดสุญญากาศให้เป็นระบบปิด (closed system) ตลอดเวลา ประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและจากขวดสุญญากาศที่ระบายเลือดออกจากแผลผ่าตัด สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือดหลังผ่าตัดและจดบันทึกจำนวนเลือดที่ออกมาอยู่ในขวดสุญญากาศถ้ามากกว่า 200 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ท่อระบายเลือดนี้จะใส่ไว้ประมาณ 1-3 วันจนมีเลือดออกจากท่อระบายไม่เกิน 50 ซีซีต่อวันหรือไม่มีเลือดออกจากท่อระบายแพทย์จึงจะดึงท่อระบายออกแนะนำให้ผู้ป่วยระวังไม่ให้ท่อระบายเลื่อนหลุดเวลาขยับตัว
2. ประเมินอาการช็อคของผู้ป่วยเจาะฮีมาโตคริต (Hct) ตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์เมื่อ Hct ต่ำกว่าร้อยละ 30 และ / หรือจำนวนเลือดที่ออกมาอยู่ในขวดสุญญากาศมากกว่า 400 ซีซีต่อชั่วโมง แพทย์อาจจะพิจารณาให้เลือดดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทดแทนเลือดตามปริมาณเลือดที่เสียขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดตามแผนการรักษา
3. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดิกระตุ่นให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าทางจมูกทุก ๆ แล้วผ่อนคลายหายใจออกช้าๆทางปากทำ 10 ครั้งทุกชั่วโมงขณะตื่นหากมีเสมหะให้สูดหายใจเข้าทางจมูกทุก ๆ กลืนหายใจไว้สักครู่แล้วไอขับเสมหะออกมา
4. ตรวจวัดสัญญาณชีพผู้ป่วยจนสัญญาณชีพอยู่ในระดับคงที่และดวงจำนวนของปัสสาวะที่ออกมาทุกชั่วโมงไม่น้อยกว่า 20 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์เพื่อประเมินความสมดุลของระบบไหลเวียนโลหิต
5. ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังดูแลให้นอนราบหนุนหมอนได้ 1 ใบอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมงสังเกตกำลังของกล้ามเนื้อและความรู้สึกขาของขาทั้งสองข้างและประเมินการถ่ายปัสสาวะใน

กรณีที่ไม่ได้คาสายสวนปัสสาวะและช่วยเปลี่ยนอิริยาบถให้ผู้ป่วยหรือช่วยในการพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับทุก 2 ชั่วโมง

6. ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนจัดให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนได้ 1 ใบ แต่ถ้ามีอาการดังกล่าวจัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอนแล้วจับผู้ป่วยตะแคงหน้าไปด้านหลังด้านหนึ่งเพื่อป้องกันไม่ให้สำลักเอาเศษอาหารเข้าปอดซึ่งจะทำให้อุดกั้นทางเดินหายใจแล้วให้ผู้ผู้ป่วยบ้วนปากให้สะอาด

7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารตามแผนการรักษา

8. เช็กระยะและประเมินอาการปวดแผลผ่าตัดโดยใช้มาตรวัดระดับความปวด numeric rating Scale (0 ถึง 10) อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอพร้อมทั้งบันทึกระดับความปวดในฟอร์มปรอทดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาทุก 4 ชั่วโมงหรือเมื่อผู้ป่วยต้องการและสังเกตอาการข้างเคียงของยาและบรรเทาอาการปวดแผล โดยในระยะแรกหลังผ่าตัดจะปวดมากแพทย์จะให้ยาในกลุ่มโอปิออยด์วิธีการอาจให้ผู้ผู้ป่วยควบคุมการให้ยาแก้ปวดด้วยตนเอง (Patient Control Analgesia IPCCA) โดยใช้เครื่อง PCA ให้อธิบายวิธีการใช้เครื่องนี้แก่ผู้ป่วยนอกจากนั้นการให้ยาแก้ปวดอาจให้ทางไขสันหลัง (epidural analgesia) และอาจให้ยาในกลุ่มโอปิออยด์เข้าทางหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อต้องประเมินผลข้างเคียงของยาเกี่ยวกับการกดศูนย์หายใจและประเมิน sedative Score ด้วยนอกจากนั้นประเมินอาการท้องผูกซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยเนื่องจากถูกจำกัด การเคลื่อนไหวและได้รับยาในกลุ่มโอปิออยด์อาการปวดจะลดลงในระยะเวลา 4-5 วันและอาจมีอาการปวดบ้างในสองสัปดาห์แรกของการทำกายภาพบำบัด

9. ตรวจสอบแผลผ่าตัดของผู้ป่วยถ้าแผลหุ้มให้เปลี่ยนผ้าพันแผลหรือทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อและพันด้วยผ้ายืด (elastic bandage) ให้กระชับถ้าแผลแห้งสะอาดไม่มีกลิ่นไม่มีไข้ไม่จำเป็นต้องเปิดแผลผ่าตัด รอจนกระทั่งถึงวันตัดไหมได้เลย

10. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนกึ่งขาข้างที่ทำผ่าตัดประมาณ 15 องศา (กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเข้าทางด้าน posterior) โดยใช้หมอนคั่นระหว่างขาทั้งขณะนอนหงายราบและเมื่อพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันข้อตะโพกเทียมเคลื่อนหลุดยกเว้นในบางรายที่ต้องนอนหุบขา (กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเข้าทางด้าน anterolateral) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการผ่าตัดของแพทย์และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยบริหารข้อเท้าดังท่าที่ 2 ได้ทุกชั่วโมงขณะตื่นเพื่อให้การไหลเวียนโลหิตดี

11. เมื่อผู้ป่วยตื่นดีจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแล้วให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ตามปกติ

12. ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Braden Scale ในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับจัดให้อยู่บนที่นอนลมหรือที่นอนฟองน้ำและช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงพร้อมกันนี้ดูแลผิวหนังผู้ป่วยให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอโดยเฉพาะบริเวณหลังนกบหมั่นสังเกตรอยแดงบริเวณผิวหนังและปูผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงไม่มีรอยยับย่นเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

13. ช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ โดยการตั้งขาขึ้นเข่าข้างที่ไม่ผ่าตัดขึ้นใช้มือโหนค้ำจับ trapeze ที่อยู่เหนือเตียงแล้วยกกันขึ้นบ่อยๆ ให้ขาข้างผ่าตัดอยู่ในแนวตรงห้ามงอตะโพกและทำนี้เป็นท่าที่ใช้ในการสอดหมอนอนชนิดแบน (fracture lieul pan) ให้กับผู้ป่วยในการขับถ่ายด้วย

หลังผ่าตัดวันที่ 1

1. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถโดยใช้บาร์โหนค้ำหรือเหนี่ยวราวกันเตียงและช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยโดยที่ตอมีหมอนคั่นระหว่างขาตลอดเวลา (กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเข้าทางด้าน posterior)
2. ไขเตียงให้ผู้ป่วยศีรษะสูง 30-45 องศาวันละหลาย ๆ ครั้ง
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อและข้อเหมือนก่อนการผ่าตัดถ้าผู้ป่วยไม่สามารถขยับข้อเท้า กระดกข้อเท้าขึ้นลงได้ควรรีบรายงานแพทย์
4. ระวังระวังการเกิดข้อตะโพกเทียมเคลื่อนหลุด โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด

หลังผ่าตัดวันที่ 2-3

1. เป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อของแผลผ่าตัดที่สำคัญคือสัญญาณชีพและสัญญาณเตือนการติดเชื้อ ได้แก่ อาการปวดแผลรุนแรงรับประทานอาหารไม่อร่อยไม่หิวไม่สบาย
2. ช่วยให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงงอตะโพกไม่เกิน 90 องศาทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยชนิดหรือวิธีการผ่าตัดของแพทย์ด้วย
3. แนะนำให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อและข้ออย่างต่อเนื่องเหมือนก่อนการผ่าตัดทำที่ 14

หลังผ่าตัดวันที่ 4 จนกระทั่งวันที่แพทย์จำหน่าย

ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับหลังผ่าตัดวันที่ 2-3 ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งห้อยขาข้างเตียงได้และเมื่อสภาพร่างกายผู้ป่วยมีความพร้อมผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือให้เคลื่อนย้ายจากเตียงมายังเก้าอี้ข้างเตียงลงขึ้นข้างเตียงและฝึกการใช้ออล์กเกอร์หรือไม้ค้ำยันรักแร้ในการหัดเดิน โดยให้เดินลงน้ำหนักตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยบางรายอาจจะได้รับการส่งไปกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อและพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อที่ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1. การป้องกันหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis)

1.1 ดูแลเกี่ยวกับท่านอนของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ถูกต้องจากทางออกไม่ให้ข้อเข้าข้อตะโพกอยู่ในท่าเหยียดเกินไปควรมีผ้ารองบริเวณขา (เพราะถ้าอยู่ในท่าเหยียดเกินไปมีแนวโน้มที่จะทำให้หลอดเลือดดำใหญ่บริเวณนั้นถูกบีบออกและแพลงแรงกดที่เกิดขึ้นทำให้มีการหยุดนิ่งของกระแสเลือด) สำหรับผ้าพันบริเวณแผลผ่าตัดถ้าพันไว้แน่นให้คลายออก

1.2 ประเมินและบันทึกเกี่ยวกับอุณหภูมิของขา ความผิดปกติของสีผิวที่ขาและเล็บเท้าอาการบวมที่ขาอาการปวดบริเวณขาและน้องความรู้สึกและการเคลื่อนไหวของขาซึ่งพบที่ขาทั้งสองข้าง

1.3 ออกกำลังขาทั้งสองข้าง โดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาตบเข่าลงบนที่นอนและกระดกข้อเท้าขึ้นลงบ่อยๆ

1.4 หากมีอาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบมีทาและขาบวมให้รายงานแพทย์

2. การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดกระจายในกระแสเลือดเกิดการอุดตันที่หลอดเลือดในปอด (pulmonary embolism)

2.1 สังเกตอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับอาการแน่นหน้าอกเหนื่อยใจลำบากหายใจเร็วซึ่งพบเร็วมีอาการสับสนมีไอหรือไอเป็นเลือด

2.2 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพเจาะ arterial blood gas และภาพรังสีปอด

2.3 แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังขาทั้งสองข้างโดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps) ด้วยการกดเข่าลงบนที่นอนกระดกข้อเท้าขึ้นลงอย่างน้อย 10 ครั้งทุก 1-2 ชั่วโมงขณะตื่นนอน

2.4 ดูแลให้ยาป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา

3. การป้องกันภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด (fat embolism)

3.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัวอาการกระสับกระส่ายบันทึกสัญญาณชีพและประเมินอาการเหนื่อยภาวะ hypoxia หายใจเร็วซึ่งพบเร็วความดันโลหิตต่ำมีไข้หรือไม่

3.2 ประเมินจุดเลือดออก (petechiae) ตามส่วนต่างๆของร่างกายเช่นบริเวณหน้าอกรักแร้เปลือกตา จุดเลือดออกเป็นตำแหน่งของ fat emboli ที่เกาะกับเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดกระจายมา

3.3 ส่งถ่ายภาพรังสีปอดถ้ามี fat embolism) จะพบความผิดปกติของปอดมีลักษณะที่เรียกว่า“ snow Storm appearance และเจาะ arterial blood gas (Pa (O) ค่า Pa) จะน้อยกว่าปกติ

4. การป้องกันอันตรายต่อเส้นประสาทและหลอดเลือดส่วนปลายทำหน้าที่ผิดปกติ

4.1 ประเมินการทำงานของเส้นประสาทและหลอดเลือดของขาข้างผ่าตัดทุก 4 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษาประเมินเกี่ยวกับชีพจรที่หลังเท้าสีผิวอุณหภูมิของขา (capillary refill) ที่นิ้วเท้าอาการปวดการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวของนิ้วเท้าความสามารถในการกระดกข้อเท้าขึ้นลงโดยเปรียบเทียบผลการประเมินดังกล่าวกับการประเมินก่อนผ่าตัดหากพบสิ่งผิดปกติให้รายงานแพทย์

4.2 จัดขาข้างผ่าตัดให้ขาตั้งตรงไม่มีบิดออกด้านนอกเพื่อป้องกันการกดทับเส้นประสาทคอมมอนเพอโรเนียล (Common peroneal nerve)

4.3 ออกกำลังขาข้างผ่าตัดบ่อยๆเพื่อให้การไหลเวียนเลือดดี

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งจนหมดยกเว้นถ้ามีอาการแพ้ยา ได้แก่ มีผื่นคันแน่นหน้าอกหายใจไม่สะดวกเป็นต้นให้หยุดรับประทานยาแล้วรีบไปโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน พร้อมทั้งนำยาที่รับประทานหรือของยาไปด้วย

2. หมั่นบริหารกล้ามเนื้อและข้ออย่างสม่ำเสมอ

3. ดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาดเสมออย่าให้เปียกน้ำจนกว่าจะตัดไหมหรือเอาลวดที่เย็บไว้ออกหรือแกะเทปเหนียวที่ยึดไว้ออกได้เมื่อครบ 10-14 วันหลังผ่าตัดและแผลแห้งดีสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ

4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กหรือวิตามินซีสูงเน้นอาหารที่มีแคลเซียมสูงเพื่อช่วยในการบำรุงกระดูกบำรุงเลือด ได้แก่ นมโยเกิร์ตเต้าหู้ปลาตัวเล็กตัวน้อยส้มผักใบเขียวและ

ผลไม้ชนิดต่างๆและให้หลีกเลี่ยงที่มีไขมันสูงอาหารทอดขนมหวานผลไม้ที่มีรสหวานจัดควรงดอาหารประเภทเครื่องตองของมีนเมาต่างๆและควรงดสูบบุหรี่ด้วย

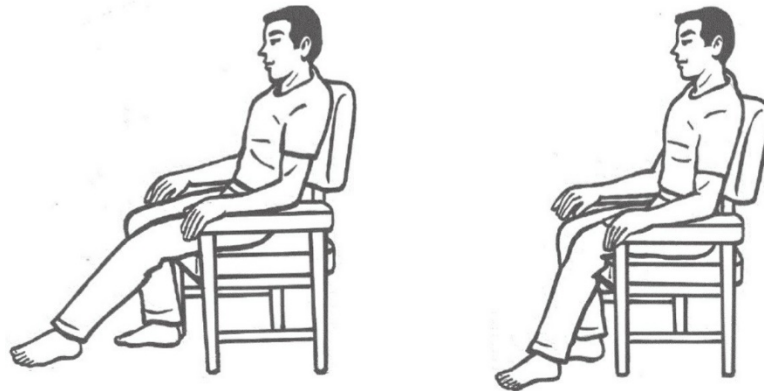
5. ให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำหนักตัวอย่าให้อ้วนเพราะจะทำให้ข้อสะโพกและข้อเข่ารับน้ำหนักมากอาจทำให้เกิดการเสื่อมหรือหลวมของข้อสะโพกที่เร็วกว่ากำหนด

6. ผู้ป่วยไม่ควรไขว้หรือบิดขาเข้าในขณะที่นั่งยืนเดินให้วางขาในท่าปกติ
7. เมื่อจำเป็นต้องหยิบของบนพื้นวิธีที่ปลอดภัยให้ผู้ป่วยเหยียดขาข้างที่ทำผ่าตัดออกไปทางด้านหลังย่อขาข้างดีลงแล้วจึงก้มตัวลงเก็บของหรือใช้อุปกรณ์ด้ามยาวช่วยหยิบของจากพื้นห้ามก้มหยิบของ
8. หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวที่เร็วเกินไปรวมถึงการหมุนตัวที่รวดเร็วด้วย
9. หลีกเลี่ยงการยกของหนักหรือกิจกรรมที่ต้องใช้แรงผ่านข้อตะโพกมากเช่นการแบกของเพราะจะทำให้เกิดการเสื่อมหลวมของข้อตะโพกเทียมเร็วขึ้น
10. หลีกเลี่ยงการกระทำใด ๆ ที่ต้องงอตะโพกมากกว่า 90 องศาเช่นการขี่จักรยานที่อานเดี่ยวการนั่งเก้าอี้เตี้ยการโน้มตัวไปด้านหลังเพราะมีการงอของข้อตะโพกเกินกว่า 90 องศาอาจเกิดการหลุดของข้อตะโพกได้
11. หลีกเลี่ยงการนั่งของๆเช่นการใช้ส้วมซึมควรเลือกใช้ส้วมชักโครกถ้าไม่มีอาจดัดแปลงใช้เก้าอี้เจาะเป็นช่องวางครอบบริเวณโถส้วมซึมหรือใช้เก้าอี้สุขภัณฑ์มาครอบโถส้วมแทน
12. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาชนิดที่มีการกระโดดหรือมีแรงปะทะเช่นการวิ่งเทนนิส แบดมินตันฟุตบอลเบสบอลการเล่นสกีหรือการบินที่สูงเพราะจะทำให้มีการสึกของผิวข้อเร็วขึ้นการออกกำลังกายที่แนะนำคือการว่ายน้ำ
13. หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการทำผ่าตัดใด ๆ หรือไปทำฟันให้แจ้งแพทย์หรือทันตแพทย์ทราบทุกครั้งว่าได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมไว้เพื่อการพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อของข้อตะโพกเทียม
14. การมีเพศสัมพันธ์ทำได้หลังผ่าตัดไปแล้ว 4-6 สัปดาห์เมื่อรู้สึกว่ข้อตะโพกแข็งแรงและไม่มีอาการเจ็บปวดว่ที่ข้อตะโพกมีความมั่นคงมากที่สุดคือท่านอนหงายโดยตะโพกและขาางออกและควรให้คู่นอนเป็นฝ่ายกระทำหลีกเลี่ยงท่าที่ต้องงอข้อตะโพกหรือหุบขาหากมีข้อสงสัยควรปรึกษาแพทย์พยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด
15. การขับรถผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อตะโพกข้างซ้ายจะสามารถเริ่มให้ขับรถได้ประมาณ 8 สัปดาห์หลังผ่าตัดหากผ่าตัดข้อตะโพกข้างขวาอาจใช้เวลามากกว่านี้เพื่อความปลอดภัยให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ก่อน
16. การกลับไปทำงานขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่ทำโดยทั่วไปสามารถกลับไปทำงานได้ในระยะเวลา 2-3 เดือนนี้ควรปรึกษาแพทย์ก่อน

17. ไปตรวจตามแพทย์นัดและผู้ป่วยควร ไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลบวมแดง มีน้ำเหลืองซึมบริเวณแผลผ่าตัดมีไข้ปวดข้อตะโพกมากและไม่สามารถเดินหรือขยับลงน้ำหนักได้เป็นต้น หายใจติดขัดและหายใจลำบากเจ็บหน้าอกอย่างแรงและเจ็บเฉพาะตำแหน่งเมื่อเวลาไอแสดงถึงลิ้มเลือดอุดตันในปอดหากไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ แนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายดูการทำงานของข้อตะโพกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

การทำกิจวัตรประจำวัน

1. การนั่ง แนะนำให้ผู้ปวยนั่งบนเก้าอี้ที่แข็งแรงเป็นเก้าอี้สูงมีที่เท้าแขนมีพนักพิงหลังตรงนั่งแล้วเท้าวางพอดีกับพื้นนั่งแล้วข้อเข่าต้องไม่สูงกว่าข้อตะโพกเวลานั่งต้องแยกขาออกไม่นั่งเก้าอี้ที่มีระดับต่ำกว่าข้อตะโพกถ้าเก้าอี้ต่ำไปให้ใช้เบาะรองนั่งเสริมและไม่ควรนั่งเก้าอี้ที่เป็นโซฟาเก้าอี้นอนหรือเก้าอี้โยกและต้องไม่โน้มตัวไปข้างหน้าเวลาลุกขึ้นจากเก้าอี้



ภาพที่ 1.12 การนั่งเก้าอี้

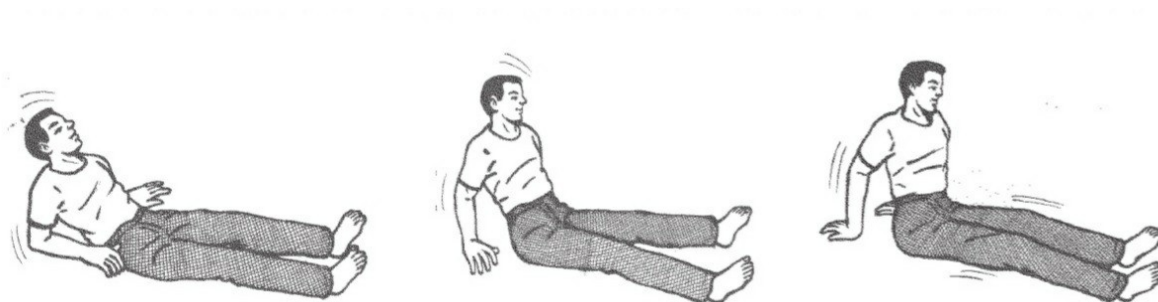
2. การนอน เวลาขึ้นเตียงนอนให้ผู้ปวยนั่งลงบนขอบเตียงแล้วค่อยๆเอนตัวใช้ข้อศอกยันที่นอนแล้วบยับและหมุนตัวช้าๆโดยใช้มืออีกข้างหนึ่งช่วยแล้วค่อยๆเอาขาขึ้นบนเตียงพยายามให้ขาข้างผ่าตัดกางอยู่เสมอเมื่อนอนตะแคงใช้หมอนคั่นระหว่างขาและนอนตะแคงทับขาข้างดีเมื่อนอนหงายต้องมีหมอนวางระหว่างขาเพื่อป้องกันการหุบเข้าของข้อตะโพกเวลาจะลุกจากเตียงนอนให้ทำกลับกันการห่มผ้าควรมีผู้ช่วยห่มให้หรือใช้อุปกรณ์ผ้ายาวช่วยดึงผ้าห่ม



ภาพที่ 1.13 การนอน

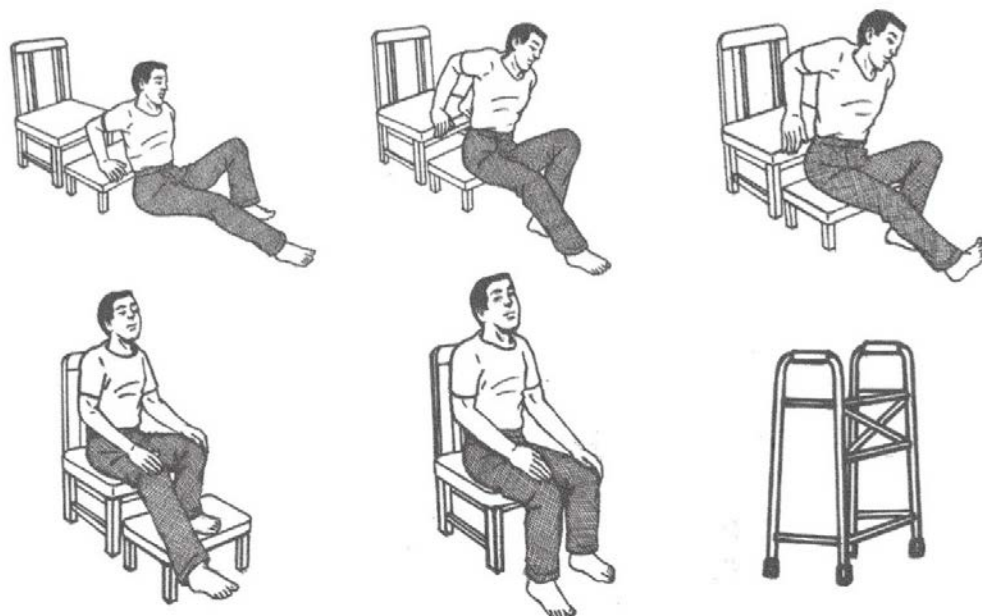
3. การลุก ขึ้นจากพื้น

3.1 แนะนำให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งโดยใช้แขนทั้งสองข้างช่วยยันตัวลุกขึ้นนั่งพร้อมกับยกศีรษะและไหล่ทั้งสองข้างขึ้นญาติอาจช่วยประคองด้านหลังโดยให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โปกไว้กางออกเล็กน้อย



ภาพที่ 1.14 การลุกขึ้นจากพื้น

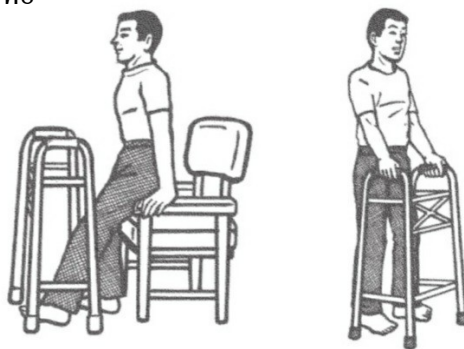
3.2 เมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นนั่ง ตามข้อ 3.1 ได้แล้วนำเก้าอี้และม้านั่งเตี้ย ๆ มาวางให้ชิดกันด้านหลังของผู้ป่วยแล้วให้ผู้ป่วยขยับตัวขึ้นนั่งบนม้านั่งและเก้าอี้โดยเอามือทั้งสองข้างวางบนม้านั่งพร้อมกับชันเข่าขาข้างที่ปกติขึ้นเพื่อช่วยยันและยกตัวขณะยกตัวขึ้นให้ออกแรงที่มือทั้งสองข้างและขาข้างที่ปกติพร้อมกันเลื่อนตัวขึ้นมาบนม้านั่งญาติอาจช่วยโดยอยู่ด้านหลังจับขอบกางเกงหรือเข็มขัดของผู้ป่วยช่วยยกผู้ป่วยให้เลื่อนขึ้นบนม้านั่งและเลื่อนตัวขึ้นมานั่งบนเก้าอี้ตามลำดับแล้วจึงเลื่อนม้านั่งออกไปเมื่อจะลงนอนกับพื้นให้ทำกลับกัน



ภาพที่ 6.15 การลุกจากพื้นขึ้นมานั่งเก้าอี้

4. การเดิน ขึ้นอยู่กับความเห็นของแพทย์ว่าควรให้เครื่องช่วยเดินชนิดใดและควรเลิกใช้เมื่อใด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้วแนะนำให้ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

4.1 การเดินด้วยวอล์คเกอร์ (walker) ให้ผู้ป่วยใช้มือทั้งสองข้างจับบริเวณที่จับยื่นให้มั่นคงก่อน แล้วกวอล์คเกอร์ไปข้างหน้าก้าวขาข้างที่ทำผ่าตัดตามไปก่อนหลังจากนั้นให้ก้าวขาข้างที่ดีตามไปและเดินลงน้ำหนักตามคำแนะนำของแพทย์



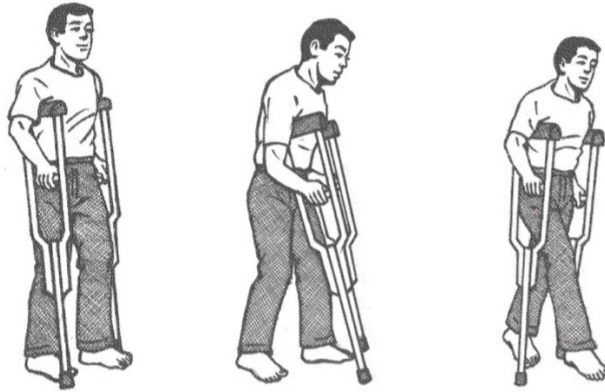
ภาพที่ 1.16 การเดินด้วยวอล์คเกอร์ท่าที่ควรทำ



- ก. อย่าหมุนตัวอย่างรวดเร็ว
- ข. อย่ายกวอล์คเกอร์ขึ้นจากพื้น
- ค. อย่าลากวอล์คเกอร์เมื่อลุกขึ้นจากที่นั่ง

ภาพที่ 1.17 การเดินด้วยวอล์คเกอร์ท่าที่ไม่ควรทำ

4.2 การเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ เมื่อจะเริ่มเดินให้เท้าทั้งสองข้างและไม้ค้ำยันรักแร้ของผู้ป่วยอยู่ในระดับเดียวกันทรงตัวให้ดีก่อนตามองไปข้างหน้าลงน้ำหนักบนขาข้างดีแล้วยกไม้ทั้ง 2 ข้างพร้อมกับขาข้างที่ทำผ่าตัดออกไปข้างหน้าในระดับเดียวกันก้าวขาข้างที่ดีตามออกไปโดยก้าวให้เลยไม้ค้ำยันรักแร้ออกไปเล็กน้อยให้ขาข้างดีเป็นข้างที่รับน้ำหนักตัวเมื่อทรงตัวดีแล้วจึงก้าวเดินต่อไป

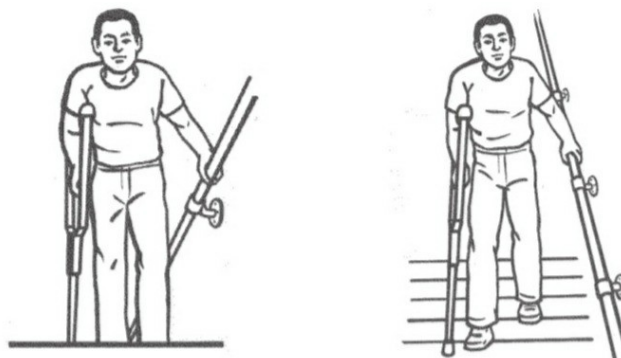


ภาพที่ 1.18 การเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้

5. การขึ้นลงบันได แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันไดที่บ่อยเกินไปเมื่อขึ้นหรือลงบันได ควรใช้มือข้างหนึ่งจับราวบันไดไว้ด้วยเสมอ

5.1 เมื่อจะขึ้นบันไดให้ผู้ป่วยก้าวขึ้นทีละขั้น โดยใช้ขาข้างดีก้าวขึ้นไปก่อนแล้วก้าวขาข้างที่ทำผ่าตัดตามไปบนบันไดขั้นเดียวกันและตามด้วยไม้ค้ำยันรักแร้หรือไม้เท้า

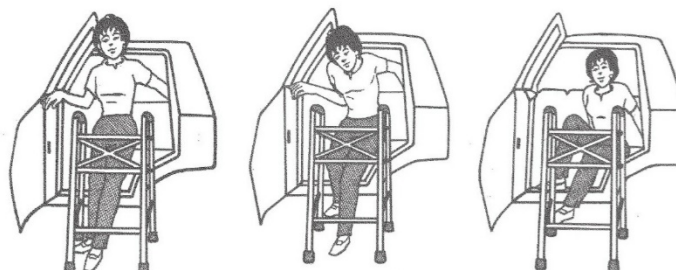
5.2 เมื่อจะลงบันไดให้ผู้ป่วยทำกลับกันโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้หรือไม้เท้าลงมาก่อนแล้วก้าวตามด้วยขาข้างที่ทำผ่าตัดและตามด้วยขาข้างดี



ภาพที่ 1.19 การขึ้นลงบันได

6. การขึ้นรถประจำทาง เวลาขึ้นรถให้ผู้ป่วยใช้ขาข้างดีก้าวขึ้นก่อน โดยก้าวขึ้นรถทีละขั้นบันได เวลาลงจากรถให้ใช้ขาข้างที่ทำผ่าตัดก้าวลงมาก่อนทีละขั้นบันได

7. การขึ้นรถยนต์ ให้ผู้ป่วยหันหลังเข้าหาที่นั่ง โดยให้ขาสัมผัสกับบันไดรถเหยียดขาข้างทำผ่าตัดไปด้านหน้าใช้มือจับพนักเบาะรถแล้วค่อยๆ หมุนตัวลงนั่งระวังอย่าให้เขาสูงกว่าตะโพกควรนั่งเบาะหลังจะสะดวกกว่านั่งเบาะหน้า



ภาพที่ 1.20 การขึ้นรถยนต์

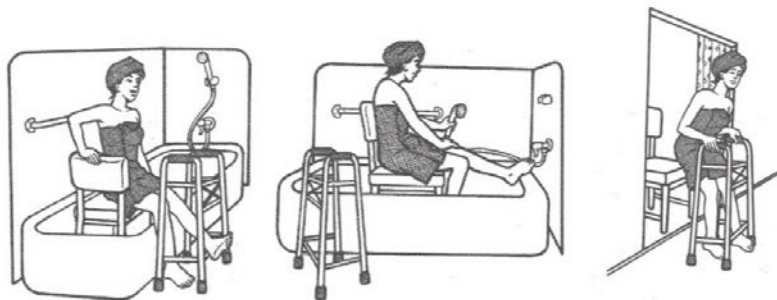
8. การเข้าห้องส้วม ให้ผู้ป่วยหันหลังเข้าหาโถส้วมจนรู้สึกว้าขาชิดกับโถส้วมแล้วเหยียดขาข้างที่ทำผ่าตัดไปข้างหน้าใช้มือเหนี่ยวราวสำหรับจับยึดแล้วจึงค่อยๆนั่งลงช้าๆ อย่างระมัดระวัง



ภาพที่ 1.21 การเข้าห้องส้วมทำที่ควรทำ

ภาพที่ 1.22 การเข้าห้องส้วมทำที่ไม่ควรทำ
(ดึงตัวขึ้นจากโถส้วมโดยใช้วอล์กเกอร์)

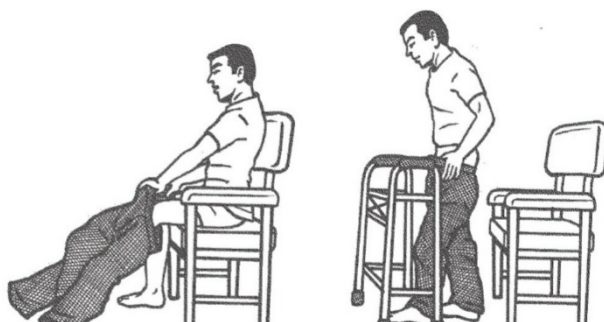
9. การอาบน้ำ แนะนำผู้ป่วยไม่ควรลงไปนอนในอ่างอาบน้ำให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้โดยหันหลังเข้าหาอ่างอาบน้ำให้ขาสัมผัสกับขอบอ่างเหยียดขาข้างที่ทำผ่าตัดไปข้างหน้าใช้มือจับพนักเก้าอี้และขอบอ่างช่วยในการหมุนตัวแล้วจึงค่อยๆนั่งลงอย่างช้าๆและระมัดระวังการอาบน้ำด้วยฝักบัวหรือยื่นอาบจะดีและมีความปลอดภัยกว่าการอาบในอ่างอาบน้ำโดยยื่นให้สนเท้าห่างกัน 8-12 นิ้วหลีกเลี่ยงการเก็บสบู่ที่ร่วงหล่นลงไปควรใช้สบู่เหลว



ภาพที่ 1.23 การอาบน้ำ

10. การแต่งตัว

10.1 การใส่กางเกงให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้เวลาใส่กางเกงให้ใส่จากขาข้างที่ทำผ่าตัดก่อนเวลาถอดกางเกงให้ถอดออกจากขาข้างดีก่อน โดยหลีกเลี่ยงการก้มหรืองอข้อตะโพกไปด้านหลัง



ภาพที่ 1.24 การแต่งตัว

10.2 การสวมถุงเท้าแนะนำผู้ป่วยไม่ควรก้มลงสวมถุงเท้า รองเท้าผูกเชือก รองเท้าหรือตัดเล็บตัวเอง เพื่อความสะดวกอาจต้องใช้อุปกรณ์ด้ามยาวช่วยในการสวมใส่ เช่น ช้อนตัก รองเท้าด้ามยาว ในระยะแรกควรรหาคนช่วยจนกว่าจะเคลื่อนไหวขอตะ โปก ได้ดี ควรใช้รองเท้าที่ไม่มีเชือกผูก รองเท้าและเป็นรองเท้าที่สวมใส่ได้ง่าย



ภาพที่ 1.25 การสวมถุงเท้าที่ควรทำ



ภาพที่ 1.26 การสวมถุงเท้าที่ไม่ควรทำ (ไขว้ขา)

11. การทำงานบ้านแนะนำผู้ป่วยเก็บสิ่งของที่ไ้บ่่อยให้อยู่สูงระดับเอวเมื่อต้องก้มตัวให้ผู้ป่วยเหยียดขาข้างผ่าตัดไปด้านหลังอย่าคลานลงขจัดพื้นหรือป็นขึ้นเข็ดหน้าต่างหลีกเลียงการเข็ดเตียงเพราะทำให้ก้มมากเกินไปการปูเตียงให้จัดเตียงให้อยู่ห่างจากฝาผนังเพื่อให้สามารถทำงานได้ง่าย



ภาพที่ 1.27 การทำงานบ้าน

การบริหารกล้ามเนื้อและข้อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

แนะนำให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อเช่นเดียวกับก่อนผ่าตัดใน ท่าที่ 1-4 อย่างต่อเนื่องและควรบริหารกล้ามเนื้อและข้อเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องเป็นท่าที่ 5 ดังนี้

ท่าที่ 5 กางขาหุบขาข้างดีเพื่อบริหารกล้ามเนื้อที่กางและหุบตะ โปก



ภาพที่ 1.28 การบริหารกล้ามเนื้ออกางและหุบข้อตะโพก
ทำที่ 6 ทำนั่งบนเก้าอี้แล้วให้เหยียดเข่าตรงค้างไว้ นับ 1-5 แล้วค่อยๆงอเข่าลงช้าๆ



ภาพที่ 1.29 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาขณะนั่งบนเก้าอี้โดยการเหยียดเข่าตรง

การบริหารกล้ามเนื้อและข้อภายหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมเพราะการมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงจะช่วยให้ผู้ป่วยเดินได้อย่างคล่องแคล่วและมั่นคง

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมแบบแผลเล็กเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย

การทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมแบบแผลเล็กเนื้อเยื่อบาดเจ็บเล็กน้อย (Minimally Invasive Surgery-Total Hip Arthroplasty: MIS-THA) 1 แบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่

1. การผ่าตัดแบบแผลเดียวทางด้านหน้า (single incision anterior approach)
 2. การผ่าตัดแบบแผลเดียวทางด้านหลัง (single incision posterior approach)
 3. การทำผ่าตัดแบบ 2 แผลเล็ก (2-small incision) โดยแผลทางด้านหน้าสำหรับใส่ส่วนเบ้า (acetabular Component) และแผลทางด้านหลังสำหรับใส่ส่วนก้าน (femoral component) ของข้อเทียม
- ผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมแบบแผลเล็กนี้คือ

1. คนที่รูปร่างไม่อ้วนมากสุขภาพแข็งแรง
2. อายุไม่มากจนเกินไปรวมถึงมีความตั้งใจที่จะลุกเดินกลับไปประกอบกิจวัตรประจำวันได้อย่างรวดเร็วภายหลังผ่าตัด

เทคนิคการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมแบบแผลเล็กเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย

การทำผ่าตัดด้วยวิธีนี้แพทย์จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือผ่าตัดชนิดพิเศษบางอย่างรวมถึงต้องมีความชำนาญและได้รับการฝึกฝนวิธีผ่าตัดแบบนี้มาเป็นอย่างดีโดยข้อตะโพกเทียมที่ใช้นั้นยังเป็นข้อเทียมแบบเดียวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมด้วยวิธีมาตรฐานดั้งเดิมที่มีผลการใช้งานที่ยาวนานยืนยันทมาเป็นอย่างดีขั้นตอนการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ยังคงเหมือนกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมด้วยวิธีมาตรฐานดั้งเดิม แต่การผ่าตัดด้วยวิธีใหม่นี้จะมีการตัดทำลายกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อของตะโพกน้อยกว่าโดยแพทย์จะลงแผลผ่าตัดที่บริเวณด้านข้างของตะโพกยาวประมาณ 6-8 เซนติเมตรหลังจากนั้นจะแหวกกล้ามเนื้อหรือตัดกล้ามเนื้อเพียงบางส่วนเพื่อเข้าสู่ข้อตะโพกเมื่อทำการใส่ส่วนหัวและก้านข้อตะโพกเทียมรวมถึงเบ้าตะโพกเทียมเป็นที่เรียบร้อยแล้วก็เป็นข้อมส่วนของกล้ามเนื้อที่ตัดออกและจะทดสอบความมั่นคงของข้อตะโพกเทียมอีกครั้ง

ข้อดี

1. แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก 6-8 เซนติเมตร
2. เจ็บปวดน้อยกว่า
3. เสียเลือดน้อยกว่า
4. ลุกเดินได้เร็วกว่า
5. กลับบ้านได้เร็วกว่า

ข้อเสีย

1. อาจเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ง่ายคือกระดูกแตกการตั้งมุมผิดพลาดทำให้อายุการใช้งานลดลง
2. เสี่ยงอันตรายต่อหลอดเลือดเส้นประสาทและกระดูกมากขึ้น
3. ระยะเวลาการผ่าตัดมากขึ้น
4. ผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบ
5. ศัลยแพทย์ต้องมีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัด

ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมด้วยวิธีมาตรฐานกับแบบเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย

รายการ	วิธีมาตรฐาน (Standard Total Hip Arthroplasty)	วิธีเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย (Minimally Invasive Surgery- Total Hip Arthroplasty)
ขนาดแผลผ่าตัด	15-20 เซนติเมตร	6-8 เซนติเมตร
ปริมาณการเสียเลือด	มากกว่า	น้อยกว่า
ความเจ็บปวด	มากกว่า	น้อยกว่า
วันที่เริ่มเดิน	4-7 วันหลังผ่าตัด	1-2 วันหลังผ่าตัด
ระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาล	7-14 วันหลังผ่าตัด	3-7 วันหลังผ่าตัด

การผ่าตัดเปลี่ยนผิวข้อสะโพกเทียม

การผ่าตัดเปลี่ยนผิวข้อสะโพกเทียม (hip resurfacing) เป็นวิธีการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมแนวใหม่ เนื่องจากต้องการให้เกิดความแข็งแรงทนทานในการใช้งานขณะเดียวกันก็สามารถเคลื่อนไหวข้อสะโพกให้ได้มากใกล้เคียงธรรมชาติและสามารถเก็บส่วนของกระดูกที่ตีไว้ได้ด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะผิวสัมผัสของข้อที่เรียกว่า “การผ่าตัดเปลี่ยนผิวข้อสะโพก (hip resurfacing) เริ่มจากการกรอผิวข้อที่เสื่อมออกแล้วใส่ผิวสัมผัสข้อที่เป็นโลหะเข้าไปแทนที่ซึ่งในส่วนเบ้าจะเป็นลักษณะเป่าโลหะรูปครึ่งทรงกลมยึดติดเข้าไปในเบ้าเดิมตอกอัดให้แน่นโดยผิวนอกที่ติดกับกระดูกจะเป็นร่องเล็ก ๆ เพื่อให้เกิดกระดูกใหม่แทรกเข้าไปในร่องนี้ทำให้เบ้าติดแน่นกับกระดูกมากยิ่งขึ้นอีกในภายหลังและในส่วนหัวจะเป็นลักษณะคล้ายหัวเห็ดสวมครอบลงบนหัวเดิมที่ขัดเกลามากระดูกอ่อนผิวข้อที่เสียออกไปแล้วและยึดเสริมด้วยซีเมนต์กระดูก (bone cement) ซึ่งจะได้ข้อเทียมที่มีลักษณะใกล้เคียงข้อธรรมชาติมาก



ภาพที่ 1.30 หลังผ่าตัด Hip Resurfacing

ผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการผ่าตัดเปลี่ยนผิวข้อสะโพกเทียม คือ

ผู้ป่วยมีอายุน้อยผู้ที่มิข้อสะโพกเสื่อมข้อสะโพกขาดเลือดซึ่งอาจจะเกิดจากโรคเอสแอลอี (SLE) รูมาตอยด์ (rheumatoid) ซึ่งมักจะเป็นผลมาจากการรับประทานยาสเตียรอยด์เป็นเวลานานรวมถึงภาวะการคั่งสุราเรื้อรังหรืออาจจะเกิดจากอุบัติเหตุบริเวณรอบข้อสะโพกมาก่อน โรคข้อสะโพกผิดปกติในบางรายและอื่น ๆ

ข้อดี

1. สามารถที่จะเก็บส่วนของกระดูกที่ตีไว้ได้ (bone preservation)
2. ผิวสัมผัสเป็นโลหะที่ลื่นมาก (metal on metal) โอกาสสึกหรอน้อยมาก
3. ส่วนหัวของโลหะที่ครอบนั้นมีขนาดใหญ่ตั้งนั้นโอกาสที่ข้อสะโพกจะเคลื่อนหลุดออกจากเบ้าจึงมีน้อยเมื่อเทียบกับข้อสะโพกเทียมทั่วไป
4. เหมาะในการผ่าตัดให้กับผู้ป่วยอายุน้อยวัยทำงานนักกีฬาหรือผู้ที่ยังมีสมรรถนะในการทำงานสูงเพื่อให้กลับไปทำงานได้เท่าเดิมและยังสามารถผ่าตัดเปลี่ยนเป็นข้อสะโพกเทียมแบบทั่วไปได้ในอนาคตถ้าหากมีความจำเป็น
5. มีความแข็งแรงทนทาน
6. สามารถใช้ร่วมกับคอมพิวเตอร์ระบบนำวิถี (navigation System)

ข้อจำกัด

1. ใช้เฉพาะในรายที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปีหรืออาจจะมากกว่า 65 ปี แต่มีกระดูกแข็งแรงและยังมีสมรรถนะในการทำงานสูง
2. ในรายที่ไม่มีภาวะกระดูกพรุนเนื่องจากไม่สามารถยัดเบ้าให้แน่นได้และอาจเกิดการหักที่ส่วนคอของกระดูกต้นขาได้
3. ไม่มีโรคไตวายหรือการทำงานของไตไม่ดี
4. หลีกเลี่ยงการใช้ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อาจจะตั้งครรภ์ได้
5. ยังไม่สามารถทดแทนข้อสะโพกเทียมแบบทั่วไปในบางกรณีการเลือกใช้จึงต้องอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์และยังมีราคาสูงเป็นสองเท่า

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบแผลเล็กเนื้อเยื่อบาดเจ็บเล็กน้อยแบบเปลี่ยนผิวข้อสะโพกเทียมมีหลักการพยาบาลเหมือนเทคนิคการผ่าตัดแบบมาตรฐานดังที่กล่าวแล้วข้างต้น

ตัวอย่างการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมบริเวณตะโพกขวาข้อมูลสนับสนุน

1. 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยลื่นล้มตะโพกขวากระแทกพื้น
2. จากผลการเอ็กซเรย์พบว่ากระดูกต้นขาส่วนคอหัก
3. ผู้ป่วยได้รับการดื่งถ่วงน้ำหนักโดยผ่านทางผิวหนังบริเวณขาขวา

เป้าหมาย

ผู้ป่วยรู้สึกสบายทุเลาจากอาการปวดและระดับความปวดของผู้ป่วยอยู่ในระดับปวดน้อยคะแนนความปวดอยู่ในระดับ 1-3

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่บ่นปวดบริเวณตะโพกขวาอาการปวดทุเลาลงและนอนหลับได้มากขึ้น
2. เลื่อนหน้าท่าทางไม่แสดงอาการเจ็บปวด
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. ปริมาณการใช้จ่ายแก้ปวดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักถามเป็นเหตุและประเมินระดับความปวดโดยใช้มาตรวัดระดับความปวดอย่างต่อเนื่อง
2. จัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและดูแลการดื่งถ่วงน้ำหนักให้มีประสิทธิภาพ
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
4. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอตามความต้องการ

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นอาการปวดทุเลาลงสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติและสามารถนอนหลับพักผ่อนได้วันละ 6 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวการผ่าตัดข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าหลังผ่าตัดแล้วกลัวจะเดินไม่ได้หรือเดินได้ไม่เหมือนเดิม
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเป้าหมายผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและนอนหลับพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมรวมทั้งการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัด

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสและคลายความวิตกกังวลลง

3. ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับได้อย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้รับฟังปัญหาของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาข้อสงสัยและตอบคำถามของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

2. ให้ข้อมูลอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมการให้ยาระงับความรู้สึก การผ่าตัดและการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

3. แนะนำเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อและข้อตั่งท่าที่ 1-ท่าที่ 4

4. สอนและฝึกให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ

5. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับตามต้องการโดยการปิดไฟเพดานกั้นม่านและจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเป็นต้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงมีสีหน้าแจ่มใสขึ้นมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดมากขึ้นและนอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบหรือยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

เป้าหมาย

ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเกณฑ์

การประเมินผล

1. กรณีได้รับการระงับความรู้สึกโดยการดมยาเรียกผู้ป่วยรู้สึกตัวคืนมาตอบคำถามได้

2. กรณีได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังขาทั้งสองข้างขยับได้ไม่ขา

3. สัญญาณชีพของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. ผู้ป่วยสามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพจนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและสัญญาณชีพคงที่
2. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีกระตุ้นให้สูดหายใจเข้าออกลึก ๆ ทางจมูกหากมีเสมหะให้สูดหายใจเข้าทางจมูกกลืนหายใจไว้สักครู่แล้วจึงไอเอาเสมหะออกมา
3. กรณีผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบให้นอนราบหนุนหมอนเดี่ยว ๆ ได้ 1 ใบ สังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียนมีนงงหากมีอาการคลื่นไส้อาเจียนให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งและให้บ้วนปากให้สะอาด
4. กรณีผู้ป่วยได้ยาระงับความรู้สึกทางท่อนไขสันหลังให้ผู้ป่วยนอนราบ 8-12 ชั่วโมง (หนุนหมอนเดี่ยว ๆ ได้ 1 ใบ) ตรวจสอบกำลังกล้ามเนื้อและความรู้สึกขาทั้งสองข้าง
5. ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (ในรายที่คาสายสวนปัสสาวะไว้ให้ประเมินภายหลังเอาสายสวนปัสสาวะออก)
6. ในผู้ป่วยรายที่ปัสสาวะออกเองไม่ได้กระเพาะปัสสาวะ ไปตั้งรายงานแพทย์เพื่อสวนปัสสาวะออกเป็นครั้งคราว

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ กำลังกล้ามเนื้อและความรู้สึกขาทั้งสองข้างของผู้ป่วยเป็นปกติดีและสามารถปัสสาวะออกเองได้เป็นปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดใหญ่ทำให้เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อเป็นสาเหตุให้เสียเลือดมาก

เป้าหมาย

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ปริมาณเลือดที่ออกอยู่ในขวาระบายเลือดไม่เกิน 200 ซีซีต่อชั่วโมง
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการช็อคฮีมาโตคริตไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและสัญญาณชีพจนกระทั่งสัญญาณชีพของผู้ป่วยคงที่
2. ตรวจสอบการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและจากปริมาณเลือดที่ออกในขวาระบายเลือดถ้ามากกว่า 200 ซีซีต่อชั่วโมงรายงานแพทย์
3. ดูแลขวาระบายเลือดให้เป็นระบบสุญญากาศตลอดเวลา
4. ประเมินอาการช็อคฮีมาโตคริตพร้อมทั้งติดตามผลและรายงานแพทย์เมื่อผลฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 30
5. ให้สารน้ำและเลือดตามแผนการรักษาการประเมินผลผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปริมาณเลือดที่ออกอยู่ในขวสุญญากาศไม่เกิน 200 ซีซีต่อชั่วโมงและผลฮีมาโตคริตไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะ โภกเทียมทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ

เป้าหมาย

ผู้ป่วยปวดแผลลดลงและสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้โดยมีอาการเจ็บปวดเล็กน้อย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความปวดลดลงและผู้ป่วยขอยาแก้ปวดน้อยครั้งลง
2. ผู้ป่วยรู้สึกสบายสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. จัดทำผู้ป่วยให้สบายและถูกต้องตามแผนการรักษา

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงของยาใน รายที่ได้รับยาแก้ปวดชนิดควบคุมด้วยตนเอง (PCA) แนะนำพร้อมอธิบายวิธีการใช้เครื่องและประเมิน จำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและเงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่การประเมินผล ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้นรู้สึกสบายและสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เป็นปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดข้อตะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

ข้อมูลสนับสนุน

ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม (กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเข้าทางด้าน posterior) ซึ่งยังไม่มี ความมั่นคงอยู่ระหว่างกระบวนการหายของแผลผ่าตัด

เป้าหมาย

1. ข้อตะโพกเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องไม่เคลื่อนหลุด
2. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตนเองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยนอนในท่าทางขาไม่งอข้อตะโพกเกิน 90 องศาหรือหุบและหมุนขาเข้าด้านใน
2. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงลงมานั่งเก้าอี้ข้างเตียงยืนข้างเตียงและเดินได้โดยใช้ อุปกรณ์ช่วยเดินได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อและข้อเหมือนก่อนการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง
2. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดข้อตะโพกเคลื่อนหลุดดังนี้

หลังผ่าตัดวันที่ 1

1. จัดท่าขาข้างที่ผ่าตัดให้อยู่ในท่ากางออกประมาณ 50 องศาโดยใช้หมอนคั่นระหว่างขาทั้งสองข้าง ให้ปลายเท้าตั้งตรงไม่บิดเข้าด้านในหรือบิดออกด้านนอก
2. ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถโดยใช้บาร์โหนดตัวหรือเหนี่ยวราวกันเตียงและช่วยพลิกตะแคงตัวให้ ผู้ป่วยอย่าให้ตะโพกงอหรือหุบขาโดยต้องมีหมอนคั่นระหว่างขาตลอดเวลา
3. ไข้เตียงให้ผู้ป่วยศีรษะสูง 30-45 องศาวันละหลาย ๆ ครั้ง
4. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง

5. เมื่อผู้ป่วยต้องการขยับถ่ายควรรใช้หมอนอนชนิดแบน (orthopaedic hel pan)

หลังผ่าตัดวันที่ 2-3

1. ช่วยให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงขณะนั่งห้ามผู้ป่วยโน้มตัวไปข้างหน้าและงอข้อตะโพกเข้าหาลำตัว
เกิน 90 องศา

2. แนะนำไม่ให้อายุผู้ป่วยไขว้หรือนั่งไขว่ห้าง

3. แนะนำให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อและข้ออย่างต่อเนื่องเหมือนก่อนการผ่าตัดหลังผ่าตัด วันที่ 4
เป็นต้นไป

ให้ผู้ป่วยปฏิบัติเช่นเดียวกับหลังผ่าตัดวันที่ 2-3 ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งห้อยขาข้างเตียงเคลื่อนย้าย
ตนเองมางอข้อข้างเตียงขึ้นข้างเตียงได้และใช้วอล์คเกอร์สำหรับหัดเดินหรือไม้ค้ำยันรักแร้ช่วยในการเดิน
และลงน้ำหนักตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดข้อตะโพกเคลื่อนหลุดและสามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงลงมายังเก้าอี้ข้างเตียงและ
เดินโดยใช้วอล์คเกอร์ได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยวิตกกังวลและขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยกล่าวว่ากลับบ้านแล้วจะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมือนตอนอยู่โรงพยาบาล

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมีความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 8. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติใด ๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน
2. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องดังต่อไปนี้
 - 2.1 การรับประทานยาตามแผนการรักษา
 - 2.2 การบริหารกล้ามเนื้อและข้ออย่างสม่ำเสมอ
 - 2.3 การดูแลแผลผ่าตัด
 - 2.4 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
 - 2.5 การควบคุมน้ำหนักตัว
 - 2.6 การระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุจากการลื่นล้ม
 - 2.7 หลีกเลี่ยงการยกของหนักผลักของหนักหรือการรับน้ำหนักที่มากเกินไป
 - 2.8 การขึ้นลงบันได
 - 2.9 การแต่งตัว
 - 2.10 การนั่ง
 - 2.11 การเข้าห้องส้วม
 - 2.12 การอาบน้ำ
 - 2.13 การขึ้นหรือลงจากเตียงนอน
 - 2.14 อาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ทันทีและการไปตรวจตามแพทย์นัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเข้าใจวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านและสามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัดได้ถูกต้อง

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมเป็นการพยาบาลที่ต้องให้ความสำคัญและต้องวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้เหมาะสมทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดให้ครอบคลุมเป็นองค์รวมและที่สำคัญต้องเน้นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายโดยการบริหารกล้ามเนื้อและข้ออย่างต่อเนื่อง

รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่ถูกต้องในเรื่องของท่าทางที่ต้องระวังหรือหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันไม่ผู้ป่วยให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา

บรรณานุกรม

1. วรณีสัตยวิวัฒน์, สุปราณีเชื้อสุวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. ใน: วรณีสัตยวิวัฒน์, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส, 2551, หน้า 419-52,
2. โรคของข้อสะโพกที่พบบ่อย. ใน: สารความรู้ด้านข้อเสื่อมและข้อเทียมสำหรับคนไทย [ออนไลน์]. 2552 (เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2553): เข้าถึงได้จาก: URL: http://www.thaijoints.com/?page_id=50.
3. วรวิทย์เลาห์เรณู, โรคข้อเสื่อมทุกชนิดใน: วรวิทย์เลาห์เรณู, บรรณาธิการ. โรคข้อเสื่อม. เชียงใหม่: กิณบรรณการพิมพ์, 2546, หน้า 53-72.
4. เชษฐศิระสมบุรณ์, รังสีวิทยา, ใน: วรวิทย์เลาห์เรณู, บรรณาธิการ. โรคข้อเสื่อม, เชียงใหม่: กิณบรรณการพิมพ์ 2546, หน้า 103-14
5. เล็กปรีวิสุทธิ์. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์, ใน: สุรวุฒิปริชานนท์, สุรศักดิ์นิตกานวงศ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ:เรือนแก้วการพิมพ์, 2538 หน้า 29.47.
6. อาริตนาวาลี, พงศ์ศักดิ์ยุคตะนันท์, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. ใน: สุรศักดิ์นิตกานวงศ์, สุรวุฒิปริชานนท์, บรรณาธิการ. ตำราโรคข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2548. หน้า 1407-24.
7. ดวงใจบุญนันท์, ข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด: สาเหตุและการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด, วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย 2546: 8: 13-23.
8. ณัฐสุรางค์บุญจันทร์, ปวดข้อ-ข้อเสื่อมและการประยุกต์กระบวนการพยาบาล, กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552 9. สุขใจศรีเพียรอม, จันทร์เพ็ญพาหงษ์. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลเลิดสินกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข: 2549.
10. Schoen DC. Adult orthopaedic nursing. Philadelphia: Lippincott: 2000. p.271-315. 11. ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบแผลเล็ก, ใน: สารความรู้ด้านข้อเสื่อมและข้อเทียมสำหรับคนไทย (ออนไลน์), 2552 (เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2553): เข้าถึงได้จาก: URL: http://www.thaitoints.com/?page_id=56. 12. โรงพยาบาลกรุงเทพ, การผ่าตัดเปลี่ยนผิวข้อสะโพก (Hip Resurfacing) [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2553): เข้าถึงได้จาก: URL: <http://www.bangkokhospital.com/treatment/1lipReplacement-th/750346>

9. สุขใจศรีเพียรเอม, จันทรเพ็ญพาหงษ์. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเลิศสินกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข: 2549.
10. Schoen DC. Adult orthopaedic nursing. Philadelphia: Lippincott: 2000. p.271-315.
11. ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบแผลเล็ก, ใน: สารความรู้ด้านข้อเสื่อมและข้อเทียมสำหรับคนไทย (ออนไลน์), 2552 (เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2553): เข้าถึงได้จาก: URL: http://www.thaitoints.com/?page_id=56.
12. โรงพยาบาลกรุงเทพ, การผ่าตัดเปลี่ยนผิวข้อสะโพก (Hip Resurfacing) [ออนไลน์]. (ม.ป.ป.) เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2553): เข้าถึงได้จาก: URL: <http://www.bangkokhospital.com/treatment/1lipReplacement-th/750346>