

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

พัชรพร ตาใจ*, บุญญภัคดี เห่งนาเลน*, เยาวลักษณ์ สงวนพานิช**

บทคัดย่อ

กระดูกสะโพกหักเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตกหกล้มและโรคกระดูกพรุน การผ่าตัดเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหัก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังกระดูกสะโพกหักได้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมักมีโรคเรื้อรังร่วม ด้วยมีโอกาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ง่ายกว่าคนอายุน้อยทั่วไป เช่น การติดเชื้อของแผล การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น บทความนี้รวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่อาจเกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อลดผลกระทบต่อการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ : กระดูกสะโพกหัก, ผู้สูงอายุ, ภาวะแทรกซ้อน, บทบาทพยาบาล

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนครปฐม

Corresponding author, email: : patcharaporn.air@gmail.com, Tel. 094-7056999

Received : August 21, 2020; Revised : November 4, 2020; Accepted : November 12, 2020

Hip Fracture in Older People: Roles of Nurses in Preventing Complications Before and After Hip Surgery

Patcharaporn Tajai*, Bunyaphak Hengnalen*, Yaowalak Sanguanpanich**

Abstract

Hip Fracture often occurs in older persons. The most common causes of hip fracture are from falling down and osteoporosis. Surgery is one of the treatment options for a hip fracture. However, there may be several complications both before and after surgery. Specifically, elderly patients often get chronic diseases and therefore tend to have more serious complications than younger people. Most common complications include wound infection, hip joint dislocation, venous thrombosis embolism, and urinary tract infection. This article provides current evidence-based practice in relation to roles of nurses in preventing serious complications among elderly patients before and after having hip surgery, so as to decrease an impact on their recovery and quality of life.

Keywords : Hip Fracture, Elderly, Complications, Roles of Nurses

* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

** Professional Nurse, Orthopaedic Head Nurse, Nakhon Pathom Hospital

Corresponding author, email: : patcharaporn.air@gmail.com, Tel. 094-7056999

Received : August 21, 2020; **Revised** : November 4, 2020; **Accepted** : November 12, 2020

บทนำ

กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) เป็นภาวะกระดูกหักที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของอณูโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อกระดูกทำให้มวลกระดูกลดลงร่วมกับมีการเสื่อมทำให้กระดูกบางลง ส่งผลให้เกิดโรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักได้ง่าย ซึ่งสาเหตุหลักมาจากการพลัดตกหกล้ม โดยพบว่าเมื่ออุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุอย่างน้อย 150-250 รายต่อแสนประชากร ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือ (Kanis JA, Oden A, McCloskey EV et al., 2012) และทั่วโลกคาดว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 2.6 ล้านรายในปี พ.ศ. 2568 (อัญชลี คันธานนท์, 2556) ส่วนในประเทศไทยข้อมูลจากการศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็น 181 ต่อ 100,000 คน โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 76.7 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย 2.4 เท่า และจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยคาดว่าในปี พ.ศ.2568 และ 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ (ประเสริฐ หลิวผลวณิช และคณะ, 2558)

กระดูกสะโพก เป็นอวัยวะที่เชื่อมต่อเข้ากับลำตัวของร่างกาย มีบทบาทสำคัญในการรองรับลำตัว และการขยับขา กระดูกสะโพกหักหรือแตกในผู้สูงอายุไม่ได้มีปัญหาแค่เรื่องของกระดูกเท่านั้น แต่อาจนำไปสู่ภาวะอันตรายที่เกิดจากโรคแทรกซ้อนทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตได้ เมื่อผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ทำให้เคลื่อนไหวด้วยตัวเองได้น้อย หรือขยับไม่ได้ การลุกขึ้นนั่ง หรือขยับขา จะรู้สึกเจ็บมาก ผู้ป่วยจึงมักจะนอนหรือนั่งอยู่ท่าเดิมเป็นเวลานาน ๆ ทำให้มักพบปัญหาแผลกดทับ โดยเฉพาะบริเวณก้นและสะโพก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Dehbozorgi et al., 2016) นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Pneumonia) และระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) (อำนาจ จิระสิริกุล, 2557; สมบัติ โรจน์วีโรจน์, 2558; Jonathan, 2020) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วยมีโอกาสจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป กระดูกสะโพกหักจึงเป็นภัยคุกคาม และปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ (Hung et al., 2012; สมบัติ โรจน์วีโรจน์, 2558)

ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 75 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีทั้งที่ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น ภาวะสับสน ส่วนความล่าช้าในการผ่าตัด อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ สำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าร้อยละ 56.8 มีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อยหนึ่งอย่าง เช่น ปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลัน (39.3%) และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (24.0 %) เป็นต้น (Poh & Lingaraj, 2013) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกตามแนวทางของสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (American Society of Anesthesiologists: ASA) ระดับ 3 หรือสูงกว่า ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่มีอาการรุนแรง (จินพิชญ์ชา มะมม, 2562) มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม 2.3 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดล่าช้า (ระยะเวลารอผ่าตัด > 48 ชั่วโมง) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ต้องรอผ่าตัดนาน 1.8 เท่า (Poh & Lingaraj, 2013) ดังนั้น การหาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย ทั้งในด้านความปลอดภัยและการฟื้นหายที่รวดเร็ว

ความหมายและชนิดของการหัก

กระดูกสะโพกหัก เป็นการแตกของกระดูกต้นขาส่วนบนที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกแคปซูลที่อยู่ระหว่างหัวกระดูกจนมาถึงบริเวณใต้โทรแคนเทอร์ริก (Subtrochanteric) มักเกิดขึ้นจากการกระแทกโดยตรงที่ด้านข้างของสะโพก ขอบเขตของการแตกหักขึ้นกับแรงที่มากระทำ แบ่งชนิดการหักของกระดูกสะโพกตามตำแหน่งทางกายวิภาคออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ 1) การหักตรงบริเวณคอของกระดูกต้นขา (Femoral neck fracture) เป็นการหักที่เกิดภายในข้อและเข้าของข้อสะโพกที่อยู่ภายในแคปซูล (Intracapsular fracture) ซึ่งการหักที่บริเวณนี้อาจทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณหัวกระดูกได้ 2) การหักของกระดูกอินเทอร์โทรแคนเทอร์ริก (Intertrochanteric fracture) เป็นการแตกหักที่เกิดขึ้นระหว่างคอของกระดูกต้นขาและกระดูกส่วนที่ต่ำลงมา และ 3) การหักของกระดูกบริเวณใต้โทรแคนเทอร์ริก (Subtrochanteric fracture) เป็นการหักของกระดูกในตำแหน่งที่อยู่ระหว่างกระดูกปุ่มเล็ก (Lesser trochanter) และส่วนที่ต่ำลงไป 2 นิ้ว (AAOS, 2009) ส่วนการวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหัก จะประกอบด้วย 1) การซักประวัติเกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติในอดีตที่เกี่ยวข้อง และโรคร่วมต่าง ๆ 2) การตรวจร่างกายเกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะ หรือการเคลื่อนไหว และ 3) การตรวจพิเศษอื่น ๆ เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging) รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป (ชาณยุทธ ศุภชาติวงศ์, 2550)

สาเหตุของกระดูกสะโพกหัก

การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สาเหตุหลักมาจากการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอยลง ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเกิดการเปลี่ยนแปลง มวลกระดูกลดลง ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้สูญเสียความสมดุลในการทรงตัว อีกทั้งการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ตำแหน่ง การตอบสนองต่าง ๆ ต่อสิ่งเร้าลดลง รวมถึงความบกพร่องในการมองเห็น ส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย อีกทั้งยังพบว่ามีปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ เช่น การใช้ไม้เท้าช่วยเดิน การได้รับยาหลายขนานและยาทางจิตและประสาท การใส่เสื้อผ้าที่ไม่พอดีตัว ใส่รองเท้าที่หลวมและไม่มีดอกยาง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสะดุดล้มได้ง่าย ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ สภาพพื้นบ้านที่ลื่นหรือลาดเอียง มีพื้นขรุขระเป็นหลุมบ่อ มีแสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น สายไฟ การวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ เป็นต้น (Carter et al., 1997; พรรณงาม พิมพ์ชู, 2557)

นอกจากนี้ยังเกิดจากภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) เนื่องจากความเสื่อมสภาพตามวัย แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ 1) โรคกระดูกพรุนปฐมภูมิ (Primary osteoporosis) เป็นภาวะที่มวลกระดูกลดลงโดยไม่มีสาเหตุเฉพาะ พบได้ในทุกช่วงวัยโดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุ โรคกระดูกพรุนปฐมภูมิในผู้สูงอายุยังแบ่งเป็นอีก 2 ชนิดย่อย คือ โรคกระดูกพรุนหลังหมดประจำเดือน (Postmenopausal osteoporosis หรือ Accelerated osteoporosis) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 6 เท่า โดยมีสาเหตุหลักมาจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ร้อยละ 2-3 ต่อปี (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) และโรคกระดูกพรุนในวัยชรา (Senile osteoporosis) ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 3 เท่า มีสาเหตุหลักมาจากความเสื่อมตามวัย 2) โรคกระดูกพรุนทุติยภูมิ (Secondary Osteoporosis) เป็นภาวะที่มวลกระดูกลดลงโดยมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญของร่างกาย ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร การใช้ยา โรคทางกระดูก และปัจจัยอื่นๆ (อรพรรณ โตสิงห์, 2559)

อาการและผลกระทบบของกระดูกสะโพกหัก

อาการที่พบบ่อย คือ อาการปวดข้อสะโพก ซึ่งระดับความเจ็บปวดจะขึ้นอยู่กับความมากน้อยของการเคลื่อนของกระดูก ผู้ป่วยจะไม่สามารถลงน้ำหนักบนขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บได้ ขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บจะสั้นลงและจะบิดออกไปทางด้านนอก (External rotation) กรณีที่มีการหักของกระดูกภายในเยื่อหุ้มข้อสะโพก จะไม่พบอาการบวมและรอยฟกช้ำ แต่จะพบรอยจ้ำเลือดในกรณีที่มีการหักของกระดูกที่อยู่ภายนอกเยื่อหุ้มข้อสะโพก โดยจะพบที่บริเวณต้นขาหรือขาหนีบของผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ภาวะกระดูกหัก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากความเจ็บปวดและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อีกทั้งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ การติดเชื้อในร่างกาย กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง และรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น ส่งผลกระทบบต่อด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือมีอาการซึมเศร้า และการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง (ฉินพิชญ์ชา มะมม, 2562)

แนวทางการรักษาผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

การรักษากระดูกสะโพกหัก ขึ้นอยู่กับลักษณะกระดูกและเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ รวมถึงความรุนแรงของการแตกหัก ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อที่จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกระดูกหักและการนอนบนเตียงนาน การรักษากระดูกสะโพกหักสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี ดังนี้

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด เป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้วิธีการดึงถ่วงกระดูกแบบการใส่เครื่องดึงให้ติดกับผิวหนัง (Skin traction) โดยใช้น้ำหนักในการถ่วงดึงประมาณ 2-3 กิโลกรัม หรือ 1 ใน 10 ของน้ำหนักตัว เพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และกระตุ้นการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกต้นขา การรักษาด้วยวิธีนี้ส่วนใหญ่ทำในผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือในกรณีที่ไม่ผ่าตัด (มฤดี เพ็ชรลมูล และ สุภาพ อารีเอื้อ, 2552; ฉินพิชญ์ชา มะมม, 2562)

2. การรักษาโดยการผ่าตัด ในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและการตรวจวินิจฉัยว่ามีความพร้อม ควรทำการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยเร็วที่สุด อย่างช้าภายใน 7 วันหลังเกิดกระดูกสะโพกหัก เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นจากเตียงได้โดยเร็วที่สุด (Folbert et al., 2017) ชนิดของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการแตกหัก มี 2 วิธี ได้แก่

- 2.1 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ใช้ในกรณีที่มีกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (Femoral Neck Fracture) ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีกระดูกพรุนร่วมด้วย โดยสามารถแบ่งการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมตามชนิดของการยึดติด (Fixation) ได้ 2 ชนิด คือ ชนิดใช้ซีเมนต์ (Cemented total hip replacement) โดยการใส่สารยึดกระดูก (Bone cement) เพื่อให้ข้อเทียมยึดติดแน่นกับกระดูก เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุหรือกระดูกพรุน (Osteoporosis) และชนิดไม่ใช้ซีเมนต์ (Cementless total hip replacement) เป็นการผ่าตัดที่ใช้สกรูช่วยยึดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงที่เข้าสะโพก วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยอายุน้อย

- 2.2 การผ่าตัดเพื่อการยึดตรึงกระดูกภายใน เป็นการยึดตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ชั่วคราว โดยใช้โลหะชนิดพิเศษ เช่น สแตนเลส ไททาเนียม โครเมียม-โมลิบโดเนียม อัลลอยด์ ใส่เข้าไปในโพรงกระดูกหรือวางประกบด้านนอกกระดูก ซึ่งขึ้นอยู่กับความตั้งใจของแพทย์ผู้รักษา

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ มักมีภาวะข้อเสื่อมร่วมด้วย การรักษาโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสะโพกหักส่วนใหญ่ จึงใช้การผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม ซึ่งอาจทำได้โดยการผ่าตัดแบบเปิดหรือผ่าตัดด้วย การส่องกล้อง ตามทางเลือกของผู้ป่วยและข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (จินพิชญ์ชา มะมม, 2562; Sassoon et al., 2013) ได้แก่

1. การติดเชื้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกระยะ ตั้งแต่หลังผ่าตัดทันที หรือหลังจากนั้น ต่อมาอีกเป็นเดือนหรือปี ซึ่งอาจเกิดจากแผลผ่าตัดที่มีขนาดกว้าง การใส่วัสดุปลูกปลอมเข้าไปในร่างกาย หรือจากปัจจัยสาเหตุอื่น เช่น การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด การระบายเลือดออกจากแผลไม่ดีทำให้เกิด ก้อนเลือดคั่งค้างข้างในแผลทำให้มีโอกาสดูดเชื้อได้ เมื่อเกิดการติดเชื้อแล้วต้องผ่าตัดเอาข้อสะโพกเทียม ออก และรักษาภาวะติดเชื้อโดยการให้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ทำลายเชื้อได้ทั้งแกรมบวก แกรมลบ และให้ พักขาข้างนั้นไว้โดยการใส่ Traction ไว้ประมาณ 4-6 สัปดาห์

2. การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous thrombosis embolism) สาเหตุเกิดจาก อากาศบวมที่ทำให้เกิดแรงกดต่อหลอดเลือด ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดช้าลง และมีการคั่งของเลือดเกิดขึ้น โดยอาจแสดงอาการได้ทั้งหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Deep vein thrombosis) หรือหลอดเลือดที่ปอด อุดตัน (Pulmonary embolism) การป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันทำได้โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุก เดินโดยเร็วหลังผ่าตัด และกระดกปลายเท้าขึ้นลงบ่อย ๆ นอกจากนี้อาจป้องกันโดยการให้ยาละลายลิ่ม เลือด (Heparin) ในขนาดต่ำทุกวันจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถเดินเองได้

3. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดสะโพกอาจเกิดจากการทำ ความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขยับถ่ายไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในผู้หญิงซึ่งมีท่อปัสสาวะสั้น ทำให้เกิดการ ติดเชื้อย้อนกลับเข้าทางท่อปัสสาวะได้ง่าย ประกอบกับการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่เคยชินกับการนอน ถ่ายปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะเกิดการคั่งค้างของปัสสาวะ ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดิน ปัสสาวะได้ ซึ่งมีโอกาส เกิดขึ้นได้ร้อยละ 12 - 61 ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (Poh & Lingaraj, 2013; Carpintero et al., 2014)

4. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จากการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจของวัย ผู้สูงอายุ ที่พบว่าความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อช่วย หายใจลดลง ผังทรวงอกแข็งขึ้น ขยายตัวได้น้อยลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง ประกอบกับถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หลังผ่าตัด ทำให้การขยายตัวและการเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง จึงเกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ ง่าย

5. การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย โดยจะพบมากหลังผ่าตัด 3 เดือนแรกถึงร้อยละ 50-70 (อรพรรณ โตสิงห์, 2559) สาเหตุเกิดจากข้อเทียมที่ใส่ยังไม่มีความมั่นคง เนื้อเยื่อหุ้มข้อและกล้ามเนื้อรอบข้อไม่แข็งแรงพอ การปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง การขาดความระมัดระวังขณะ เคลื่อนย้าย และการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเมื่อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดจะเกิดอาการปวดมาก ต้องรีบทำการ แก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยการดึงข้อเทียมที่หลุดให้เข้าที่และจัดให้ผู้ป่วยนอนเหยียดและกางข้อสะโพก ประมาณ 20-30 องศา นานประมาณ 1-3 สัปดาห์และดึงถ่วงน้ำหนักแบบ Skin traction ไว้ เพื่อให้เนื้อเยื่อ รอบข้อสะโพกแข็งแรง

6. การหลวมของข้อเทียม ส่วนมากเกิดกับข้อเทียมที่ใส่ซีเมนต์ มีสาเหตุจากการใส่ซีเมนต์เข้าไปใน โพรงกระดูกที่เตรียมไว้ไม่ทั่วถึง เมื่อใส่ข้อเทียมลงไปทำให้ไม่ยึดติดแน่น ไม่มั่นคง หลวมง่าย หรือมีการไค้ง งอของข้อเทียมมากเกินไปทำให้การรับน้ำหนักไม่ดี หรืออาจเกิดจากแรงเสียดสีระหว่างคอของหัวกระดูกต้น ขาเทียมกับขอบของเบ้าเทียมที่เกิดซ้ำๆ นานๆ จะทำให้ข้อและซีเมนต์หลวม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด มาก และจะปวดบริเวณขาหนีบถ้าเบ้าหลวม แต่ถ้าหลวมที่แกนหัวกระดูกเทียมจะปวดที่กลางๆ โคนขาหรือ ราวไปที่หัวเข่า จนไม่สามารถยืนหรือเดินได้ ซึ่งสามารถตรวจวินิจฉัยได้จากการถ่ายภาพเอกซเรย์ (X-ray)

บริเวณข้อสะโพก โดยสามารถเกิดได้ 3 ระยะ คือ ระยะแรกจะเกิดภายใน 3 สัปดาห์หลังผ่าตัด ระยะที่สองเกิดประมาณ 2 ปีหลังผ่าตัด และระยะที่สามเกิดเมื่อผ่านระยะที่สองไปแล้ว

7. ผลกดทับ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวภายหลังผ่าตัด ต้องนอนท่าเดียวนานๆ ทำให้เกิดแรงกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอย จนทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่กดทับขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น นอกจากนี้ยังมีแรงเสียดทาน (Friction) ซึ่งเป็นแรงที่เกิดจากการเคลื่อนที่ของพื้นผิวสองชนิดที่สัมผัสกันในทิศทางตรงกันข้าม เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ความทนทานของเนื้อเยื่อต่อแรงกดลดลง ส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้

8. ท้องผูก สาเหตุจากการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด การได้รับยาาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) อีกทั้งการดื่มน้ำในปริมาณน้อย และผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย จึงทำให้เกิดภาวะท้องผูก โดยพบได้ประมาณร้อยละ 25 หลังผ่าตัด

บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากกระดูกสะโพกหักในระลอกก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่กล่าวมาในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก และได้รับการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล โดยมีการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งเมื่อจำหน่ายกลับไปบ้าน โดยมีแนวทางการปฏิบัติพยาบาล ดังนี้

การพยาบาลในระลอกก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยสูงอายุหลังกระดูกสะโพกหัก นอกจากจะทุกข์ทรมานจากอาการปวดแล้ว ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ กังวลว่าจะต้องเป็นภาระของบุตรหลาน เมื่อตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด ก็มีความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อน ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (อรพรรณ โดสิงห์, 2559) ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของขั้นตอนการผ่าตัด อาการเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น สิ่ง que ผู้ป่วยควรปฏิบัติก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งระยะเวลาการนอน มีการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุข้อเข่าเสื่อมและพบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และการให้คำแนะนำที่ควรปฏิบัติ ทำให้ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุลดลง (จิราภรณ์ พลแก้ว และ จินต์จุฑา รอดพาล, 2560)

2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

2.1 ประเมินอาการปวด และการจัดการความเจ็บปวด อย่างเหมาะสม

2.2 งดยาลดลิ่มเลือดก่อนผ่าตัด 7 วัน หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งพิจารณา ยาตัวอื่น ๆ ด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มียาประจำหลายตัว

2.3 เตรียมผลทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อุปกรณ์และยาให้พร้อม

2.4 เตรียมความสะอาดของร่างกาย ช่องปาก ฟัน หนวด เล็บ และบริเวณที่ผ่าตัด

2.5 งดน้ำอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

2.6 ฝึกการหายใจลึกๆ การไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน

ให้เพียงพอ

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (Skin traction) ในช่วงระหว่างรอผ่าตัด

3.1 บรรเทาอาการปวด โดยการจัดท่าผู้ป่วยให้ขาอยู่ในแนวตั้งถ่วงของกระดูก ไม่ควรเอาน้ำหนักที่ใช้ถ่วงออก เพราะจะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็ง เจ็บปวดได้ การพยาบาลด้วยเทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

3.2 ดูแลและป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทและหลอดเลือด โดยประเมินการบวมจากการบาดเจ็บกระดูกสะโพกหัก แรงกดจากการบวมในช่องกล้ามเนื้อ ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่ดี ถ้ามีอาการปวดขา จับชีพจรหลังเท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้ ผิวหนังเย็น ซีด เมื่อกดเล็บแล้วปล่อย (Capillary refill/ blanching test) เล็บซีดขาวนานเกิน 3 วินาที (จินพิชญ์ชา มะम्म, 2562) แสดงว่าการไหลเวียนกลับของเลือดส่วนปลายไม่ดี ถ้ามีอาการดังกล่าว ควรรีบรายงานแพทย์ทันที

3.3 ดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใส่ที่นอนลม จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงอยู่เสมอ และดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด กระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ และให้หมุนหมอนยกสันเท้า โดยใช้ผ้าประคองขาทั้งสองด้าน ป้องกันแผลกดทับที่สันเท้า และการบิดออกของขา

การพยาบาลหลังผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด มีดังนี้ (จินพิชญ์ชา มะम्म, 2562)

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยหลังผ่าตัดบันทึกค่าสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ให้บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง หากพบความผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตลดลงมาก ให้รีบรายงานแพทย์

2. การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น

2.1 กรณีได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบ ให้นอนราบหนุนหมอน 1 ใบ ประเมินอาการหายใจผิดปกติ ถ้ามีอาการเย็นให้ตะแคงหน้า ระวังการสำลักเข้าหลอดลม

2.2 กรณีได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ให้นอนราบ 6 ชั่วโมง ประเมินอาการปวดศีรษะจากการรั่วของน้ำไขสันหลัง กรณีไม่ได้คาสายสวนปัสสาวะ ให้ประเมินกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง ถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้หลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง ต้องรายงานแพทย์เพื่อสวนปัสสาวะออกเป็นครั้งคราว

3. การประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด บันทึกลักษณะและปริมาณสิ่งคัดหลั่งจากแผล และสายระบายเลือด (Vacuum drain)

4. การประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด กรณีได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ ต้องเฝ้าระวังอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา เช่น กัดการหายใจ คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น

5. การป้องกันการเคลื่อนหลุดของหัวกระดูกต้นขาเทียม ในกรณีที่เป็นการผ่าตัดใส่กระดูกสะโพกเทียมให้การดูแล ดังนี้

5.1 หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ต้องจัดท่านอนเหยียด ขาทั้งสองข้างออกจากกัน ประมาณ 15-30 องศา (Abduction) โดยใช้หมอนสามเหลี่ยม (Abduction pillow) กั้นกลางระหว่างขา ขาข้างที่ผ่าตัดต้องไม่บิดเข้าในหรือออกนอก เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของหัวกระดูกต้นขาเทียม และไม่ให้เกิดการกดทับเส้นประสาทหรือเส้นเลือดในส่วนของกระดูกฟีบูลา (Neck of fibula)

5.2 การพลิกตะแคงตัว ควรพลิกไปทางด้านที่ไม่ผ่าตัดในลักษณะพลิกทั้งตัว (Log roll) ขาข้างผ่าตัดเหยียดตรง สอดหมอนไว้ที่ระหว่างขา เพื่อให้ขากางออกเสมอ ข้อสะโพกต้องไม่หุบงอเข้า

5.3 ระวังการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

5.4 ประเมินการเคลื่อนหลุดของข้อ โดยสังเกตอาการบวม ปวดบริเวณข้อสะโพกและต้นขา ความยาวของขา 2 ข้างจะไม่เท่ากัน

6. การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous thrombosis embolism) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกัน มีดังนี้

6.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ อยู่ในท่าที่ถูกต้อง ออกกำลังบริหารข้อเท้าทุก 1-2 ชั่วโมง ควรให้ลุกเดินโดยเร็วหลังผ่าตัด ในรายที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดลิ่มเลือดอุดตัน แพทย์จะพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดในขนาดต่ำ ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังร่วมกับการพันผ้ายืดบริเวณขา จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถเดินได้

6.2 สังเกตและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ได้แก่

6.2.1 อาการแน่นหน้าอก หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ไอเป็นเลือด หลอดเลือดดำที่คอโป่งจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (Pulmonary embolism)

6.2.2 อาการขาบวม ออณหภูมิปลายเท้าเย็น ซีด ปวดน่องมากขณะกระดกข้อเท้าขึ้น คลำชีพจรขาข้างที่ผ่าตัดไม่ได้ จากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis)

6.2.3 อาการเหนื่อย กระสับกระส่าย ระดับออกซิเจนในเลือดลดต่ำลง มีจุดเลือดออก (Petechiae) ตามร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณหน้าอก รักแร้ เปลือกตา จากการเกิดภาวะก้อนไขมันอุดตัน (Fat embolism)

7. การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและข้อสะโพกเทียม โดยให้การพยาบาลอย่างถูกเทคนิค ตั้งแต่สุขอนามัยส่วนบุคคล การเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ การดูแลสายยางระบายเลือดออกจากแผลในระบบสุญญากาศไม่ให้เกิดก้อนเลือดอุดตัน (Hematoma) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งในการติดเชื้อได้

8. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนาน ๆ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

8.1 กระตุ้นให้ออกกำลังกายบริหารข้อและกล้ามเนื้อทุกวัน หลังผ่าตัดวันแรกให้เหยียดขาตรง กระดกข้อเท้าขึ้น กดเข่าลงบนที่นอนให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาสลับกับคลายกล้ามเนื้อ (Quadriceps setting exercise) และหมุนข้อเท้าเป็นวงกลม กระดกขึ้นลง (Ankle pumping exercise) เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ลดการบวม ป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง หรือลิ่มเลือดอุดตัน และช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก

8.2 เฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ โดยเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ทุก 2 ชั่วโมง และสามารถตะแคงตัวได้ 30 องศา ยกศีรษะสูงได้ไม่เกิน 60 องศา รองหมอนบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อไม่ให้กดทับพื้นที่นอน ไม่ดึงลากตัวผู้ป่วย ดูแลไม่ให้ผิวหนังเปียกแฉะอุจจาระปัสสาวะเป็นเวลานาน สังเกตรอยแดง ผิวซีด ตุ่มน้ำพุพอง บริเวณผิวหนังทุกครั้งเวลาพลิกตัวโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก

8.3 เฝ้าระวังการติดเชื้อปอดอักเสบ ปอดแฟบ โดยการสอนให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจเข้าออกลึกๆ ยาว ๆ (Deep breathing exercise) และไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) จะทำให้ปอดและกระบังลมขยายตัวได้ดี ลดการคั่งค้างของเสมหะ

8.4 เฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอย่างถูกวิธี เช็ดทำความสะอาดจากด้านหน้าไปหลัง และไม่เช็ดย้อนกลับไปกลับมา ไม่กลั้นปัสสาวะ ในรายที่ไม่มีข้อห้าม ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร

8.5 ป้องกันภาวะท้องผูก โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับพลิกตัวบ่อย ๆ ไม่เครียด ดื่มน้ำ และรับประทานผักผลไม้ที่มีกากใย มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและได้รับโปรแกรมการจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการท้องผูก ได้แก่ ปริมาณน้ำดื่ม โปรแกรมอาหาร และการ

เคลื่อนไหวป้องกันอาการท้องผูก มีอาการท้องผูกหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ (จารย์พรณ ลีละยุทธโยธิน, 2559)

การวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน

พยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ให้กับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกและใส่ข้อสะโพกเทียมและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง หรือญาติสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูก่อนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง แนวทางการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน มีดังนี้ (อรพรรณ โตสิงห์, 2559)

1. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล สภาพแวดล้อมที่บ้าน ความเป็นในการส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้บ้าน

2. การให้ความรู้ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อป้องกันข้อสะโพกเทียมหลุด หลวม หรือเสื่อมก่อนเวลาอันควร ได้แก่

2.1 การนั่ง ควรหลีกเลี่ยงท่าที่ต้องงอสะโพกมากเกินไป เกินกว่า 90 องศา เช่น การนั่งพับเพียบกับพื้น ไขว่ห้าง นั่งคุกเข่าหรือนั่งยองๆ ควรเดินก้าวสั้นๆ ไม่เร่งรีบ และในผู้ป่วยที่ผ่าตัดข้อสะโพกด้านหลัง ระวังการหุบข้อสะโพกเข้ามากเกินไป ส่วนผู้ป่วยที่ผ่าตัดข้อสะโพกทางด้านหน้า ระวังการหมุนข้อสะโพกออกทางด้านนอกหรือไปทางด้านหลังมากเกินไป เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของหัวกระดูกข้อเทียม

2.2 หลีกเลี่ยงการนั่งเก้าอี้โยกหรือเตี้ย ควรเลือกนั่งเก้าอี้ที่เข้าไม่สูงเกินข้อสะโพก สามารถวางเท้าได้พอดีกับพื้น พยายามให้ขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ด้านหน้า

2.3 หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การวิ่ง กระโดด และควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน เพื่อลดแรงกดบริเวณข้อสะโพก

2.4 การขยับถ่าย ให้นั่งโถส้วมแบบชักโครก กรณีใช้หมอนอน ให้เลือกชนิดแบน (Orthopedics bed pan)

2.5 การนอน เียงนอนไม่ควรสูงหรือต่ำเกินไป การขึ้นลงเตียง ให้นั่งขอบเตียง แล้วค่อยๆ เอนตัวลงใช้ข้อศอกยันที่นอน หมุนก้นแล้วยกขาสองข้างขึ้นเตียง พยายามไม่ให้ขาข้างที่ผ่าตัดหุบงอ ใช้หมอนคั่นระหว่างขาเสมอ ควรนอนตะแคงทับขาข้างที่ดี

2.6 การเดิน ควรใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน เช่น ไม้เท้าค้ำยัน (Crutch) โครงเหล็กสี่ขา (Walker) เมื่อขึ้นบันไดหรือทางต่างระดับ ให้ก้าวขาข้างที่ไม่ผ่าตัดขึ้นไปก่อน แล้วก้าวขาข้างที่ผ่าตัดตามขึ้นมาขึ้นมายืนอยู่ที่บันไดขั้นเดียวกัน การลงบันไดให้ใช้ไม้เท้านำลงไปก่อน ก้าวขาข้างที่ผ่าตัดตามลงมา แล้วจึงก้าวขาอีกข้างลงมายืนที่บันไดขั้นเดียวกัน เพื่อลดแรงกดที่ข้อสะโพก

2.7 ไม่ก้มหยิบของที่พื้น ก้มสวมถุงเท้ารองเท้า หรือก้มตัดเล็บเท้า เพราะจะทำให้ข้อสะโพกงอ เกิดข้อเคลื่อนหรือหลุดได้

2.8 การแต่งตัว ให้นั่งบนเก้าอี้ สวมใส่กางเกง ผ่าถุง หรือกระโปรงด้วยขาข้างที่ผ่าตัดก่อน ส่วนเวลาถอดให้ถอดขาข้างที่ติดออกก่อนเสมอ ไม่ควรยืนใส่ เพราะจะทำให้ข้อสะโพกงอ ขณะก้มหรือนั่งตัวไปด้านหน้า

2.9 ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ เพิ่มแคลเซียม เสริมสร้างกระดูก เช่น นมจืด ปลาเล็กปลาน้อย งาดำ เต้าหู้ เป็นต้น ควรดื่มน้ำสะอาด และควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน

2.10 แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด โดยไปทำแผลทุกวัน ที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ระวังแผลสกปรกเปียกน้ำ หรือหากแผลเปียกน้ำต้องรีบทำแผลใหม่ทันที สังเกตอาการผิดปกติของแผล ถ้าปวด บวม แดง ร้อน มีไข้ รีบมาโรงพยาบาลทันที

2.11 สังเกตอาการผิดปกติของข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ได้แก่ ปวดมากบริเวณข้อสะโพกและต้นขา มีอาการบวม ขาข้างที่ผ่าตัดผิดรูป ความยาวของขาไม่เท่ากัน ขาข้างผ่าตัดจะสั้นกว่า เดินไม่ได้ ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนทันที

2.12 เน้นย้ำความสำคัญของการมาตรวจตามนัด และการรับประทานยาตามแผนการรักษา ทั้งยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหลังผ่าตัดและยาที่ใช้รักษาโรคร่วม

3. การสนับสนุนด้านจิตสังคม เช่น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัญหาความวิตกกังวล เมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย เช่น ฝึกการหายใจหรือสมาธิ และการส่งปรึกษาหน่วยให้คำปรึกษาหรือนักจิตวิทยา รวมทั้งนักสังคมสงเคราะห์ ในกรณีมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย

สรุป

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการเคลื่อนไหวลดลง ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด เพื่อที่จะได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งในการวางแผนจำหน่าย โดยมีการร่วมมือกันระหว่างบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายอย่างรวดเร็ว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- คุณสปรกรณ มัคคัปลานนท์ และปณทรี ศุภเวช. (2559). การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 57-66.
- จารุพรรณ สิลละยุทธโยธิน. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารการพยาบาล*, 18(1), 1-11.
- จันทิชนันท์ชา มะมม. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิราภรณ์ พลแก้ว และ จินต์จุฑา รอดพาล. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(3), 252-261.
- ชาญยุทธ ศุภชาติวงศ์. (2550). กระดูกหักและข้อเคลื่อนที่สะโพกและต้นขา. ใน วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์, ภัทรวัฒน์ วรรณรัตน์, ชูศักดิ์ กิจคุณาเสถียร, สุกิจ เลหาเจริญสมบัติ และสรรค์ดี ศุภผล (บรรณาธิการ). *ออริโซ ปดิกส์ ฉบับเรียบเรียงใหม่ ครั้งที่ 3*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- ประเสริฐ หลีผลวนิชย์, เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์ และสมศักดิ์ สีเขวงวงศ์. (2558). บูรณาการในการป้องกัน และรักษากระดูกหักซ้ำซ้อนจากโรคกระดูกพรุน. *วารสารกรมการแพทย์*, 40(4), 16-9.

- พรรณงาม พิมพ์ชู. (2557). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- มลฤดี เพ็ชรลมูล และ สุภาพ อารีเอื้อ. (2552). การชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก: ปรากฏการณ์ทางคลินิกที่ท้าทายการจัดการ. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 15(2), 233-248.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ.(2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมบัติ โรจน์วิโรจน์. (2558). ผู้สูงอายุ 'กระดูกหัก' อาจอันตรายถึงชีวิต ต้องรีบรักษา. สืบค้นจาก <https://www.bangkokhospital.com/index.php/th/diseases-treatment/the-danger-of-the-elderly-hip-fracture/>
- อรพรรณ โตสิงห์.(2559). *การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี คันธานนท์. (2556). การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย : กรณีศึกษา. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 7(2), 271-280.
- อำนวยการ จิระสิริกุล. (2557). *กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก [http://haamor.com/th/American Academy of Orthopaedic Surgeons \[AAOS\]. \(2009\). Hip Fractures. Retrieved from http://orthoinfo.aaos.org/en/diseases-conditions/hip-fractures/](http://haamor.com/th/American%20Academy%20of%20Orthopaedic%20Surgeons%20[AAOS].%20(2009).%20Hip%20Fractures.%20Retrieved%20from%20http://orthoinfo.aaos.org/en/diseases-conditions/hip-fractures/)
- Bourque, L.B., Shen, H., Dean, B.B., & Kraus, J.F. (2007). Intrinsic risk factors for falls by community-based seniors: implications for prevention. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 14(4), 267-270.
- Carpintero, P., Caeiro, J. R., Carpintero, R., Morales, A., Silva, S., & Mesa, M. (2014). Complications of hip fractures: a review. *World journal of orthopedics*, 5(4), 402-411.
- Carter, S.E., Campbell, E.M., Sanson-Fisher, R.W., Redman, S., Gillespie, W.J. (1997). Environmental hazards in the homes of older people. *Age and Ageing*, 26(3), 195-202.
- Chong, C.P., Savige, J.A., & Lim, W.K. (2010). Medical problems in hip fracture patients. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 130(11), 1355-61.
- Dehbozorgi, A., Khan, M., and Rahmani, MJH. (2016). Delayed Hospital Discharges; Could Pressure Sore Incidents in Fractured Neck of Femurs Patients and Elevated Nutritional Needs be a Contributing Factor?. *Global Journal of Medical Research*, 16(4), 1-4.
- Folbert, E.C., Hegeman, J.H., Gierveld, R., van Netten J.J., Velde D.V., Ten Duis H.J., Slaets J.P. (2017). Complications during hospitalization and risk factors in elderly patients with hip fracture following integrated orthogeriatric treatment. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 137(4), 507-515.
- Hung, W. W., Egol, K. A., Zuckerman, J. D., Siu, A. L. (2012). Hip Fracture Management: Tailoring Care for the Older Patient. *The Journal of the American Medical Association*, 307(20), 2185-2194.
- Jonathan, C. (2020). *Hip Fracture Types and Complication*. Retrieved <https://www.verywellhealth.com/hip-fracture/>

- Kanis, J.A., Oden, A., McCloskey, E.V., Johansson, H., Wahl, D.A., Cooper C; IOF Working Group on Epidemiology and Quality of Life. (2012). A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporosis International*, 23(9), 2239–2256.
- Poh, K. S., & Lingaraj, K. (2013). Complications and Their Risk Factors following Hip Fracture Surgery. *Journal of Orthopaedic Surgery*, 21(2), 154–157.
- Sassoon, A., D'Apuzzo, M., Sems, S., Cass J., Mabry, T. (2013). Total hip arthroplasty for femoral neck fracture: Comparing in-hospital mortality, complications, and disposition to an elective patient population. *The journal of Arthroplasty*, 28(9), 1659-1662.

