

การฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม

ทกมล กมลรัตน์¹

บทคัดย่อ

นักกายภาพบำบัดมีบทบาทในการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม มีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด และมีอายุการใช้งานข้อเทียมที่ยาวนาน ในบทความนี้เป็นแนวทางการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมเข้าทางด้านหลัง การให้โปรแกรมการฟื้นฟูเริ่มให้ผู้ป่วยทำได้เร็วที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยพร้อม การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดที่ควรเริ่มให้ผู้ป่วยทำ ได้แก่ การกระดกข้อเท้าขึ้นลง การเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา และการนอนยกขาสูง เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันและช่วยลดบวมหลังผ่าตัด ภายใน 2-3 วันแรกหลังผ่าตัดเริ่มให้ผู้ป่วยนั่ง ยืน และเดินได้ โดยระมัดระวังไม่ให้ข้อตะโพกเคลื่อนไหวในทิศทางที่เป็นข้อห้าม ข้อห้ามในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมเข้าทางด้านหลัง ได้แก่ การงอข้อตะโพกมากกว่า 90 องศา การหุบขาเข้าเกินแนวกลางของร่างกาย และการหมุนข้อตะโพกเข้าทางด้านใน การฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมไม่มีหลักเกณฑ์ตายตัว บทความนี้เป็นแนวทางที่นักกายภาพบำบัดสามารถนำไปดัดแปลงให้สอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูของแต่ละโรงพยาบาลและศัลยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดได้ต่อไป

คำรหัส: การฟื้นฟู • ข้อตะโพกเทียม

บทนำ

การผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมเป็นการรักษาที่ศัลยแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์นิยมเลือกใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีข้อตะโพกเสื่อมรุนแรง ร่วมกับมีอาการปวดจนไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันหรือทำงานได้ตามปกติ¹⁻² ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามี การผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมสูงถึงปีละประมาณ 240,000 รายต่อปี³ ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนค่อนข้างมาก ในประเทศไทยนั้นปัจจุบันยังไม่พบรายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม อย่างไรก็ตาม คาดว่าจะมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมมากขึ้นทุกปี เนื่องจากประชาชนมีอายุยืนยาวมากขึ้น ประกอบกับวิทยาการทางการแพทย์ก้าวหน้าขึ้น ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่สามารถเลือกวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมให้ผู้ป่วยมากขึ้น

ตามไปด้วย และจากรายงานการติดตามผลการผ่าตัดพบว่า การเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมมีผลดีทั้งต่อการลดปวดและการใช้งานข้อได้ใหม่⁴⁻⁶

นักกายภาพบำบัดมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ⁷⁻¹⁰ ลดอาการปวดหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยสามารถใช้ข้อที่เปลี่ยนไปได้ดีดังเดิมหรือใกล้เคียงปกติ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงท่าทางหรือการทำงานที่จะทำให้เกิดแรงเครียดต่อข้อเทียม และหลีกเลี่ยงท่าทางที่จะทำให้ข้อเทียมเคลื่อนหลุด นอกจากนี้ ยังให้การรักษาที่จะช่วยลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาได้ด้วย

ก่อนการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม

¹ ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Rehabilitation for patients after total hip arthroplasty

Torkamol Kamolrat¹

Abstract

The physical therapist has a role of rehabilitation for patients after total hip arthroplasty. Major purposes of the rehabilitation are nearly normal activity daily livings for patients after total hip arthroplasty (THA) and a long life span of prosthesis. Rehabilitation program for THA in this article is guideline rehabilitation for a posterior approach surgery. Rehabilitation program begins as soon as the patient is coherent. Therapeutic exercises start with ankle pumps, quadriceps sets and leg lifts for minimizing the risk of thromboembolic disease and helping with postoperative edema. On the first few days after surgery, patients are allowed to sit, stand and walk with hip movement cautions. The cautions of posterior approach to THA patients include hip flexion over 90 degrees, hip adduction across the body's midline and hip internal rotation. However, the rehabilitation program after THA is adaptable. Therefore, the present article could be used as a guideline for the physical therapist to modify it to suit individual surgeons and the patient's condition.

Keywords: rehabilitation • total hip arthroplasty

นักกายภาพบำบัดควรตรวจประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด ตั้งแต่การทบทวนใบส่งปรึกษา บันทึกการผ่าตัด พิจารณา ภาพถ่ายทางรังสีทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด และพิจารณา ความผิดปกติอื่นๆ รวมทั้งการประสานงานกับศัลยแพทย์ เจ้าของไข้ให้เข้าใจและทราบถึงภาวะแทรกซ้อน ข้อควรระวังพิเศษเพิ่มเติม ซึ่งอาจจำเป็นต้องตัดแปลงโปรแกรม การรักษาและฟื้นฟูให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายไป

การฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายอย่าง เพื่อให้ นักกายภาพบำบัด สามารถเลือกโปรแกรมการฟื้นฟูที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้น ในบทความนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องดังนี้ 1) ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม 2) วิธีการผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมและการยึดตรึงข้อตะโพกเทียมโดยสังเขป 3) ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย หลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม 4) โรคแทรกซ้อนที่พบได้

บ่อยหลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม และ 5) การฟื้นฟูผู้ป่วย หลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม

การผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่ข้อเทียมเพื่อทดแทนเบ้า acetabulum และหัวของกระดูกต้นขา (head of femur) ที่ถูกทำลายผิวข้อไปจากความเสื่อมและการตายของหัวกระดูก โดยการผ่าตัดนี้มีกนิยมนำในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 55-60 ปีขึ้นไป^{7,11} การผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมมีทั้งการผ่าตัดเปลี่ยนทั้งหัวและเบ้า (total hip arthroplasty หรือ THA) หรือผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวของกระดูกต้นขาในกรณี ที่กระดูกต้นขาหักรวมกับมีการเคลื่อนของชิ้นกระดูกหัก โดยในบทความนี้จะขอกกล่าวถึงการผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนทั้งหัวและเบ้า เนื่องจากเป็น

¹ Department of Physical Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kaen University

วิธีที่พบทางคลินิกได้มากกว่า อย่างไรก็ตาม แนวทางในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง 2 ประเภทสามารถใช้แนวทางเช่นเดียวกันได้

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม⁷⁻¹² ได้แก่

1. มีอาการปวดที่รุนแรงจนไปจำกัดการทำงานและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
2. อาการปวดไม่สามารถลดได้ด้วยการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์ ได้แก่ การใช้ยา การลดการใช้งานข้อ และการลงน้ำหนักผ่านข้อ
3. ข้อตะโพกติดอย่างชัดเจน
4. ภาพถ่ายทางรังสีแสดงให้เห็นว่ามีข้อเสื่อมหรือหัวกระดูกต้นขาตายเนื่องจากการขาดเลือด (avascular necrosis of head of femur) ในระดับที่รุนแรง

วิธีการผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียมและการยึดตรึงข้อตะโพกเทียมโดยสังเขป

วิธีการผ่าตัดและชนิดของการยึดตรึงข้อตะโพกเทียมมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูหลังการผ่าตัด ดังนั้น นักกายภาพบำบัดต้องทราบว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด และการยึดตรึงข้อตะโพกเทียมด้วยวิธีใด เพื่อให้ข้อแนะนำและโปรแกรมการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายไป

1. วิธีการผ่าตัด

ตำแหน่งของการลงมีดเพื่อผ่าตัดเข้าหาข้อตะโพกที่ศัลยแพทย์นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันมี 2 วิธี⁷ ได้แก่

1.1 การผ่าตัดเข้าทางด้านหน้าเยื้องไปทางด้านข้าง (anterolateral approach)⁷

การผ่าตัดเข้าทางด้านหน้านี้นี้ เป็นวิธีที่นิยมใช้กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อตะโพกเสื่อมรุนแรง ร่วมกับมีข้อตะโพกติดในท่า flexion contracture และเลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการหลุดของข้อตะโพกไปทางด้านหลังสูง เช่น ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยพาร์กินสัน ผู้ป่วยที่มีการผิดปกติของกระดูกต้นขา เป็นต้น⁹ วิธีนี้ต้องแยกกล้ามเนื้อ tensor fascia latae ออกจากกล้ามเนื้อ gluteus medius แล้วดึงรั้งไปทางส่วนปลาย โดยทั่วไปต้องแยก

ส่วนของกล้ามเนื้อ gluteus medius ออกจากผิวด้านหน้าของปุ่มกระดูก greater trochanter หรือตัดปุ่มกระดูก greater trochanter ออกก่อน เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดต้องเย็บกล้ามเนื้อที่แยกออกกลับมาใหม่ หรือยึดกระดูกที่ตัดออกกลับคืนด้วยตะปูเกลียวหรือลวด ดังนั้น การผ่าตัดวิธีนี้ทำให้กล้ามเนื้อกลุ่มกางขา (hip abductor) และกล้ามเนื้อกลุ่มหมุนขาเข้าทางด้านใน (hip internal rotator) มีอาการอ่อนแรงเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 สัปดาห์⁹ ส่วนกระดูกที่ถูกยึดกลับคืนจะยึดติดดั้งเดิมได้ภายหลังผ่าตัดประมาณ 12 สัปดาห์¹¹ ในการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ ข้อตะโพกจะไม่มั่นคงที่สุดในการทำหุบขา (adduction) และหมุนขาออกทางด้านนอก (external rotation)⁷

1.2 การผ่าตัดเข้าทางด้านหลัง (posterior approach)⁷

การผ่าตัดเข้าทางด้านหลังใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่าวิธีผ่าตัดเข้าทางด้านหน้า และไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อ gluteus medius และปุ่มกระดูก greater trochanter ทั้งยังสามารถเข้ารับการผ่าตัดข้อเทียมครั้งใหม่ได้ และผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูร่างกายได้เร็วกว่า¹⁵ อีกทั้งยังเป็นวิธีการผ่าตัดที่ศัลยแพทย์นิยมมากกว่าการผ่าตัดเข้าทางด้านหน้า วิธีนี้ต้องลงมีดผ่าตัดแยกกล้ามเนื้อ gluteus maximus และจำเป็นต้องตัดจุดเกาะปลายของกล้ามเนื้อกลุ่มหมุนขาออกทางด้านนอกชนิดสั้น (short hip external rotator) ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่มักนิยมทำการผ่าตัดด้วยวิธีนี้เพราะทำได้รวดเร็วกว่าผ่าตัดเข้าทางด้านหน้าแต่อุบัติการณ์ของการหลุดของข้อตะโพกจะพบได้มากกว่าการผ่าตัดเข้าทางด้านหน้า ดังนั้น จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงท่าทางที่มีการหมุนขาเข้าทางด้านใน (internal rotation) และการหุบขา และต้องหลีกเลี่ยงท่าทางที่มีการงอข้อตะโพกมากกว่า 90 องศา⁷ เพื่อป้องกันข้อเคลื่อนหลุดไปทางด้านหลัง นอกจากนี้ ในโปรแกรมการฟื้นฟู นักกายภาพบำบัดควรให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อ gluteus maximus กล้ามเนื้อ quadriceps femoris และกล้ามเนื้อ hamstrings ร่วมด้วย¹¹

2. ชนิดของการยึดตรึง (fixation)⁷⁻⁹

2.1 การยึดตรึงข้อเทียมชนิดใช้ซีเมนต์ (cemented arthroplasty)

การยึดส่วนของข้อเทียมโดยการใช้นิโพลิมิธิล เมทาครีเลต เป็นตัวยึดเพื่อเสริมความมั่นคงของข้อเทียมใน cancellous bone หลังจากยึดจะได้รับความมั่นคงร้อยละ 90 ภายใน 10-15 นาที หลังจากสวมข้อเทียมแล้ว และยึดติดอย่างสมบูรณ์และมั่นคงในอีก 2-3 วันต่อมา ข้อดีของการยึดตรึงวิธีนี้คือ ผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักบนขาข้างที่ผ่าตัดได้เร็ว สามารถลงน้ำหนักในขณะเดินได้บางส่วนเท่าที่ผู้ป่วยทนได้ และสามารถเดินลงน้ำหนักได้เต็มที่ (full weight bearing) ในสัปดาห์ที่ 6 หลังการผ่าตัด นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อชนิดนี้จะประหยัดกว่าชนิดการยึดตรึงทางชีวภาพ แต่จะมีอายุการใช้งานที่ต่ำกว่า

2.2 การยึดตรึงข้อเทียมชนิดการยึดตรึงทางชีวภาพหรือไม่ใช้ซีเมนต์ (biological fixation or cementless arthroplasty)

เมื่อการยึดตรึงทางชีวภาพสมบูรณ์เต็มที่จะมีความแข็งแรงของข้อเทียมมากกว่าชนิดซีเมนต์ซึ่งเกิดขึ้นจากมีการงอกของกระดูก (bone in-growth or on-growth) เข้าในส่วนกระดูกต้นขาเทียม (femoral component) ซึ่งจะเกิดในช่วง 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด และมั่นคงแข็งแรงเต็มที่ภายใน 6 เดือนหลังผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดวิธีนี้ต้องรอให้เกิดการติดกันระหว่างข้อเทียมกับกระดูก ดังนั้นการลงน้ำหนักบนขาข้างที่ผ่าตัดจึงทำได้ล่าช้ากว่าวิธีแรก เวลาที่เหมาะสมที่จะลงน้ำหนักได้เต็มที่ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ซึ่งส่วนใหญ่จะแนะนำให้คนไข้เดินแบบเอาน้ำหนักแตะพื้น (touchdown weight bearing หรือ TDWB) หรือเดินโดยไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัด (non-weight bearing) ในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด^{14,16,18} สำหรับในช่วง 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัดมักจะอนุญาตให้ผู้ป่วยเดินลงน้ำหนักได้บางส่วน (partial weight bearing) และลงน้ำหนักได้เต็มที่ (full weight bearing) หลังผ่าตัดได้

12 สัปดาห์⁹⁻¹⁰

ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม^{7-14,16-17}

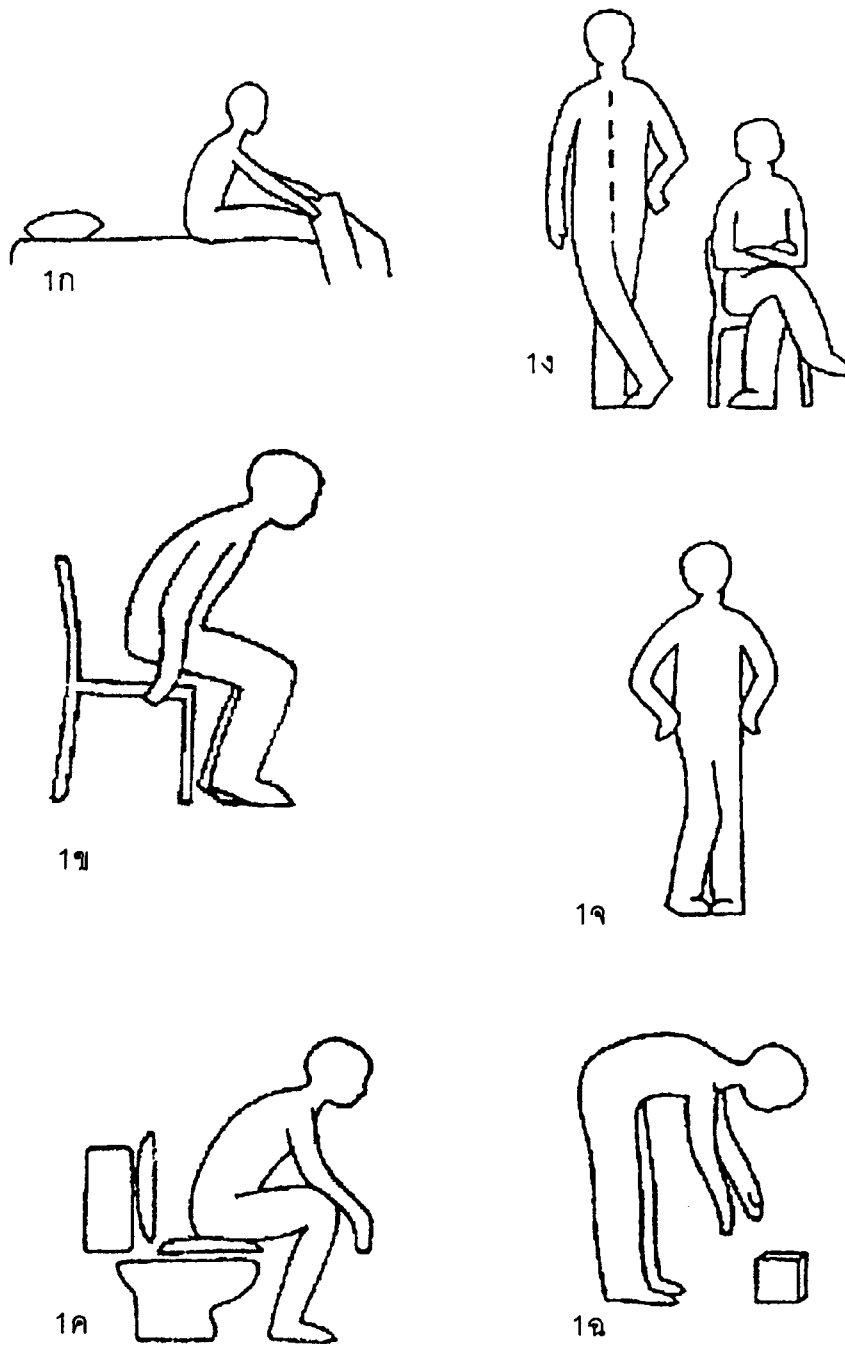
เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อตะโพก และให้ข้อเทียมมีอายุการใช้งานที่ยาวนานที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการลงน้ำหนักเข้าทางด้านหลัง ผู้ป่วยมีข้อห้ามข้อควรระวัง และข้อควรปฏิบัติตัวภายใน 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด ดังต่อไปนี้ (รูปที่ 1)

1. ไม่ควรอยู่ในท่าที่ข้อตะโพกงอเกิน 90 องศา
2. ควรนั่งเก้าอี้ที่มีที่วางแขนเพื่อความสะดวกในการลุกขึ้นยืน
3. การลุกขึ้นยืนควรให้ขาข้างใส่ข้อเทียมวางอยู่ด้านหน้าต่อขาข้างปกติเพื่อให้ลุกขึ้นยืนได้สะดวก
4. ไม่ควรนั่งเก้าอี้ต่ำ ควรใช้ห้องสุขาที่เป็นชักโครกหรือในขณะใช้ห้องสุขาควรใช้เก้าอี้รองนั่งกรณีในห้องสุขาเป็นแบบคอก่าน
5. ขณะยืนไม่ควรก้มตัวลงเพื่อเก็บของที่ตกอยู่กับพื้น
6. หลีกเลี่ยงการเอามือไขว้กันไม่ว่าจะอยู่ในท่านั่ง นอน หรือการหมุนปลายเท้าเข้าด้านใน
7. ขณะนอนหงายควรมีหมอนวางกันระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง
8. ไม่ควรลุกนั่งจากท่านอนหงาย ควรลุกนั่งจากท่านอนตะแคงหรือนอนคว่ำ

ข้อพิจารณาที่แพทย์จะให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปพักฟื้นที่บ้านคือ ผู้ป่วยควรเดินได้เองโดยใช้ไม้ค้ำยัน (crutches) หรือ โครงช่วยเดิน 4 ขา (walker frame) เดินขึ้นลงบันได 2-3 ชั้นได้ และผู้ป่วยควรเคลื่อนย้ายตนเองลุกเข้าหรือออกจากเตียงนอนไปยังเก้าอี้ได้เอง¹¹

วิธีปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล^{7-8,13} ได้แก่

1. การลงน้ำหนักผ่านขาข้างที่ผ่าตัดขึ้นอยู่กับคำแนะนำของแพทย์เจ้าของไข้



รูปที่ 1 ข้อห้ามปฏิบัติของผู้ป่วยใส่ขั้วท่อไตเทียมที่มีการผ่าตัดเข้าทางด้านหลังภายในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ 1ก. ไม่ควรลุกนั่งจากท่านอนหงาย 1ข. ไม่ควรงอข้อศอกเกิน 90 องศา 1ค. ไม่ควรนั่งเก้าอี้ต่ำ ควรใช้ห้องสุขาที่เป็นชักโครก หรือในขณะที่ใช้ห้องสุขาควรใช้เก้าอี้รองนั่งกรณีห้องสุขาเป็นแบบคอห่าน 1ง. หลีกเลี่ยงการเอาขามาไขว้กันไม่ว่าจะอยู่ในท่านยืน นั่ง หรือนอน 1จ. ไม่ควรยืนในท่าหมุนปลายเท้าข้างที่ผ่าตัดเข้าด้านใน และ 1ฉ. ขณะยืนไม่ควรก้มเก็บของที่ตกอยู่ที่พื้น^{8,12}

2. เดินโดยใช้ไม้ค้ำยันหรือโครงช่วยเดิน 4 ขา ตามคำแนะนำของแพทย์และนักกายภาพบำบัด

3. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อตามคำแนะนำของ นักกายภาพบำบัด

4. การนั่ง ควรหลีกเลี่ยงการนั่งติดต่อกันนานเกิน 60 นาที ห้ามนั่งไขว่ขา และควรนั่งกางขา 2 ข้างออกจากกันโดยให้ขาห่างกันประมาณ 1 ฟุต และควรเลือก นั่งเก้าอี้ที่มีพนักวางแขนเสมอ หลีกเลี่ยงการนั่งเก้าอี้ต่ำ หรือเก้าอี้นุ่ม เนื่องจากเมื่อจะลุกขึ้นยืนผู้ป่วยต้องงอ ข้อตะโพกมากจนเกินไป (มากกว่า 90 องศา) ในช่วง 8 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยใช้เก้าอี้สูงในการขับถ่าย เสมอ

5. ขณะยืนไม่ควรก้มเก็บของที่ตกอยู่ที่พื้น

6. ในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัดห้ามขับรถยนต์

7. งดการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 2-3 เดือนแรกหลัง ผ่าตัด

8. โดยทั่วไปผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ดั้งเดิม หลังผ่าตัดไปแล้ว 3-6 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยควรขอคำแนะนำ จากแพทย์เจ้าของไข้ร่วมด้วย

โรคแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังผ่าตัดใส่ข้อ ตะโพกเทียม^{7-9,12,18}

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ค่อนข้างบ่อยหลังผ่าตัดใส่ ข้อเทียม ได้แก่ ลิ่มเลือดแข็งตัวในขา หรือในปอด และการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ หรืออาการปัสสาวะลำบาก นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจพบได้บ้าง ได้แก่ ความยาวขาไม่เท่ากัน ข้อติด ข้อเคลื่อนหลุด หรือ การติดเชื้อในข้อตะโพก

การฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม

นอกเหนือไปจากการให้ความรู้เรื่องข้อควรระวังและ ข้อควรปฏิบัติแก่ผู้ป่วยแล้ว การฟื้นฟูร่างกายด้วยการ ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของข้อ เพิ่ม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และลดอาการปวดหลังผ่าตัด

ยังมีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติหลังผ่าตัดและมีอายุการใช้งาน ของข้อเทียมที่ยาวนาน ในที่นี้จะกล่าวถึงโปรแกรมที่ให้ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดเข้าทางด้านหลัง เท่านั้น เนื่องจากเป็นวิธีที่ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ใช้ในการ ผ่าตัด ทั้งนี้ นักกายภาพบำบัดจำเป็นต้องตรวจร่างกาย ผู้ป่วยก่อนเริ่มให้การฟื้นฟูเสมอเพื่อจะได้ปรับเปลี่ยน โปรแกรมการฟื้นฟูและให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงกับ ผู้ป่วยแต่ละรายไป

การตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัดที่สำคัญได้แก่^{7,10}

1. สังเกตดูแนวของร่างกาย ตั้งแต่กระดูกสันหลัง ลงมาจนถึงเท้า ดูรอยแผลผ่าตัด การบวม และสีผิวของ ขาข้างที่ผ่าตัดว่ามีรอยฟกช้ำหรืออักเสบหรือไม่

2. ตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และช่วงการ เคลื่อนไหวของข้อ

3. ประเมินความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวและ การเดิน

4. สอบถามผู้ป่วยว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ต่างๆ ได้ด้วยตัวเองหรือไม่

5. วิเคราะห์ท่าทางและรูปแบบการเดินเพื่อพิจารณา ว่าผู้ป่วยเดินได้ถูกต้อง การลงน้ำหนักผ่านขาข้างที่ผ่าตัด ทำได้ถูกต้อง และผู้ป่วยเดินได้อย่างปลอดภัยหรือไม่

6. ตรวจระบบหายใจ

หลังจากตรวจร่างกายแล้ว นักกายภาพบำบัดจะ วางแผนการฟื้นฟูผู้ป่วยโดยคำนึงถึงปัญหาที่ตรวจพบ และเป้าหมายในการฟื้นฟูผู้ป่วย โดยเป้าหมายหลักของ การฟื้นฟูผู้ป่วยใส่ข้อตะโพกเทียม ได้แก่⁷⁻¹⁰

1. ป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อเทียม

2. เพิ่มความแข็งแรงให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิต ประจำวันและใช้งานข้อตะโพกได้ตามปกติ

3. เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อตะโพก และข้อเข่า

4. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดจากการ นอนนาน เช่น ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำของขา หรือในปอด การเกิดแผลกดทับ และปอดบวม เป็นต้น

5. ให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้
6. ให้ผู้ป่วยมีช่วงการเคลื่อนไหวของข้อตะโพกเทียม ได้มากพอในการทำกิจวัตรประจำวัน แต่ต้องไม่เกินช่วงการเคลื่อนไหวที่เป็นข้อห้าม

7. ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ภายใต้ข้อควรระวังและข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังของผู้ป่วยแต่ละราย

8. ให้ผู้ป่วยทราบข้อห้าม ข้อควรระวัง และข้อควรปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน และให้ผู้ป่วยมีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยพิจารณาความเหมาะสมให้สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

9. ให้ผู้ป่วยมีรูปแบบการเดินที่ถูกต้องและปลอดภัย ดังนั้น เมื่อนัดให้ผู้ป่วยกลับมาพบนักกายภาพบำบัดอีกในช่วง 1-2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจประเมินรูปแบบการเดินและข้อแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายและทบทวนข้อควรระวังต่างๆ โดยในที่นี้ผู้ป่วยจะได้เพิ่มการออกกำลังกายที่เหมาะสมในระยะฟื้นฟูต่อไปได้อีกด้วย

โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม ในบทความนี้เกิดจากการผสมผสานกันของโปรแกรมการฟื้นฟูหลายๆ โปรแกรม⁷⁻¹⁴ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันร่วมกับประสบการณ์การนำไปใช้ในผู้ป่วยของผู้เขียนเองด้วยส่วนหนึ่ง โดยคำนึงถึงเป้าหมายของการฟื้นฟูและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังต่อไปนี้⁷⁻¹⁴

1. โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะ 0-3 วันหลังผ่าตัด มีดังต่อไปนี้

1.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกออกจากเตียง โดยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงไปยังเก้าอี้สูงได้

1.2 เริ่มให้ผู้ผู้ป่วยฝึกเดินโดยใช้โครงช่วยเดิน 4 ขา

1.3 ไม่ควรให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ข้อตะโพกงอมากกว่า 70 องศา^{10,13}

2. โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะ 3-5 วันหลังผ่าตัด มีดังต่อไปนี้

2.1 ออกกำลังกายด้วยการกระดกข้อเท้าขึ้น

ลงสลับกันไปมา (ankle pumping)

2.2 ออกกำลังกายด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อกลุ่มเหยียดตะโพกและเหยียดเข่า (gluteal setting และ quadriceps setting)

2.3 ยืดกล้ามเนื้อกลุ่มงอตะโพกเพื่อป้องกันการหดสั้นของกล้ามเนื้อกลุ่มนี้ด้วยวิธี modified Thomas stretch test โดยการงอเข่าข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดและกอดเข่าเข้ามาชิดอก จากนั้นในขาข้างที่ผ่าตัดให้ผู้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อกลุ่มเหยียดตะโพกค้างไว้ นับ 1 ถึง 4

2.4 การยืนและการเดินขึ้นอยู่กับชนิดการยึดตรึงและคำแนะนำจากศัลยแพทย์

2.5 ในระยะนี้ยังคงไม่ควรให้ผู้ผู้ป่วยงอข้อตะโพกเกิน 70 องศา และไม่หุบขาเข้าหากันเกินแนวกลางของลำตัว

2.6 แนะนำและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัวบนเตียงได้ด้วยตนเอง

3. โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะ 5-14 วันหลังผ่าตัด มีดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ป่วยที่ใส่ข้อเทียมชนิดซีเมนต์เดินโดยใช้เครื่องช่วยเดิน ได้แก่ โครงช่วยเดิน 4 ขา โดยเริ่มลงน้ำหนักบางส่วนในขาข้างที่ผ่าตัด

3.2 ฝึกเดินเข้าห้องน้ำและเดินขึ้นลงบันได

3.3 ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกลุ่มกางขา ในท่านอนหงายโดยการกางและหุบขาโดยไกลไปกับพื้นเตียง ในท่านอนตะแคงให้ขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ด้านบนแล้วออกกำลังกายโดยการกางขาด้านต่อแรงโน้มถ่วงของโลก ในทำยืนให้ผู้ผู้ป่วยกางและหุบขาข้างที่ผ่าตัด

3.4 เริ่มสอนการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อดังต่อไปนี้ กล้ามเนื้องอข้อตะโพก กล้ามเนื้อเหยียดข้อตะโพก กล้ามเนื้อกางขา กล้ามเนื้อหุบขา ออกด้านนอก และกล้ามเนื้องอและเหยียดเข่า ทำได้ทั้งในท่านอนและทำยืน

โดยส่วนใหญ่ในระยะนี้ผู้ป่วยมักได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น นักกายภาพบำบัดควรให้โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน โดยการออกกำลังกาย

ในช่วงต่อไปจะมุ่งเน้นเพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อและเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อรอบข้อตะโพกและข้อเข่าให้แข็งแรงขึ้น และทบทวนข้อควรระวังและข้อควรปฏิบัติตัวต่างๆ ให้ผู้ป่วยอีกครั้ง

4. แนวทางการให้โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน ระยะ 2-4 สัปดาห์หลังผ่าตัด มีดังต่อไปนี้

4.1 การออกกำลังกายให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะ 5-14 วัน หลังผ่าตัด แต่อาจเพิ่มจำนวนครั้งและชุดของการออกกำลังกายขึ้นอีกได้

4.2 เริ่มออกกำลังกายกล้ามเนื้ออกกลุ่มเหยียดตะโพกในท่านอนคว่ำ ในช่วงการเคลื่อนไหวเท่าที่ผู้ป่วยทำได้

4.3 ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานอยู่กับที่ โดยปรับที่นั่งให้ข้อตะโพกงอไม่เกิน 70 องศา

4.4 ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของแขนและขาข้างปกติ

4.5 การเดินยังคงให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงในผู้ป่วยที่ไม่มีการจำกัดการลงน้ำหนักในการเดินแล้ว นัดผู้ป่วยมาพบนักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกเดินในราวจับคู่ขนาน (parallel bars) เพื่อให้ผู้ป่วยเดินด้วยรูปแบบการเดินที่ปกติ

5. แนวทางการให้โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านระยะ 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด มีดังต่อไปนี้

5.1 เพิ่มเวลาและแรงต้านในขณะที่ยกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานอยู่กับที่

5.2 เริ่มออกกำลังกายชนิดมีแรงต้านต่อกล้ามเนื้ออกกลุ่มกางข้อตะโพกได้

5.3 การงอข้อตะโพกต้องไม่เกิน 90 องศา^{7-9,12}

การติดตามผลในระยะยาวแพทย์มักนัดผู้ป่วยมาพบที่เวลา 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปีหลังผ่าตัด⁵ เพื่อค้นหาความบกพร่องทางกาย และการใช้งานซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยสามารถมาพบแพทย์และนักกายภาพบำบัดได้ตามนัดก็จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อตัวผู้ป่วยเองต่อไป

สรุป

ในการให้โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ข้อตะโพกเทียม นั้นไม่มีโปรแกรมที่เฉพาะตายตัว โปรแกรมการฟื้นฟู ในบทความนี้เองก็เกิดจากการผสมผสานจากโปรแกรม ต้นแบบหลายโปรแกรม และบางส่วนได้จากประสบการณ์ ของผู้เขียนเอง โดยการให้โปรแกรมการฟื้นฟูนั้นขึ้นอยู่กับ สภาวะของผู้ป่วยและความผิดปกติอื่นๆ ที่เกิดร่วมด้วย ดังนั้น นักกายภาพบำบัดจำเป็นจะต้องทำงานร่วมกับ ศัลยแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และพยาบาล เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการฟื้นฟูผู้ป่วยสูงสุด โดยมีเป้าหมาย ที่สำคัญร่วมกันคือ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วย สามารถใช้งานข้อได้ ทั้งต้องคำนึงถึงวิธีการลงมือผ่าตัด และการยึดตรึง เพื่อใช้ในการฝึกเดินและการจำกัดการ ลงน้ำหนักตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. Olsson E, Goldie I, Wykman A. Total hip replacement. Scand J Rehabil Med 1985;18:107-16.
2. Wright JG, Young NL. The patient-specific index: asking patients what they want. J Bone Joint Surg 1997;79:974-83.
3. Walker WC, Keyser-Marcus LA, Cifu DX, Chaudhri M. Inpatient interdisciplinary rehabilitation after total hip arthroplasty surgery: a comparison of revision and primary total hip arthroplasty. Arch Phys Med Rehabil 2001;82:129-33.
4. Harris WH, Sledge CB. Total hip and knee replacement (first of two parts). N Engl J Med 1990;323:725-31.
5. Wiklund I, Romanus I. A comparison of quality of life before and after arthroplasty in patients who had arthrosis of the hip joint. J Bone Joint Surg 1991;73:765.

6. O'Boyle CA, McGee H, Hickey A, O'Malley K, Joyce CRB. Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. *Lancet* 1992;339:1088-91.
7. Pratt E, Gray PA. Total hip replacement. In: Maxey L, Magnusson J, editors. *Rehabilitation for the postsurgical orthopedic patient*. St. Louis: Mosby, 2001: p.172-87.
8. Cameron HU, Brotzman SB, Boolos M. Rehabilitation after total joint arthroplasty. In: Brotzman SB, editor. *Clinical orthopaedic rehabilitation*. St. Louis: Mosby-Year Book, 1996: p.283-311.
9. Keener J. Total hip arthroplasty. In: Placzek JD, Boyce DA, editors. *Orthopaedic physical therapy secrets*. Philadelphia: Hanley&Belfus, 2001: p.399-401.
10. กัทราวุธ อินทรกำแหง, สุมาลี ซื่อธนาพรกุล. การฟื้นฟูหลังการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ที่สำคัญ. ใน: เสก อักษรานูเคราะห์, บรรณาธิการ. *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่มที่ 2*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค: พิมพ์ครั้งที่ 3, 2539:770-80.
11. Tankersley WS, Mont MA, Hungerford DS. Hip rehabilitation after surgery. In: Young MA, O'Yang B, Steins SA, editors. *Rehabilitation secrets* [serial online] 2003 Feb 19 [cited 2004 March 5]. Available from: URL: <http://www.aboutjoints.com/physicianinfo/topics/hiprehab.htm>
12. University of Iowa department of orthopaedic. Total hip replacement: A guide for patients [serial online] 2003 Feb 19 [cited 2004 March 5]. Available from: URL: <http://www.vh.org/adult/patient/orthopaedics/hipreplace/>
13. Walton rehabilitation hospital. Rehabilitation guidelines for total hip arthroplasty [serial online] 2003 Feb 19 [cited 2004 March 7]. Available from: URL: http://www.wrh.org/referrals/protocol_hip_arthroplasty.html
14. Chehalem. A patients guide to rehabilitation after total hip replacement [serial online] 2003 Feb 19 [cited 2004 March 7]. Available from: URL: http://www.chehalempt.com/Hip/THR_rehab.htm
15. วัชรินทร์ พิภพมงคล. Surgical approaches in primary and revision THAs. ใน: อารี ตनावลี, ชัยวิช นามอุโฆษ. *บรรณาธิการ. ตำราร่วมสมัย 2001 ข้อเข้าเทียมและข้อตะโพกเทียม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2544:120-5.
16. Orozco F, Hozack WJ. Cementless techniques for total hip arthroplasty; THA vs BHA. [serial online] 2003 Feb 19 [cited 2004 March 5]. Available from: URL: http://www.medscape.com/medscape/cno/2000/AAOS/Story.cfm?story_id=1104
17. Anderson L, Wesslau A, Bodén H, Dalén N. Immediate or late weight bearing after uncemented total hip arthroplasty: a study of functional recovery. *J Arthroplasty* 2001;16:1063-5.
18. Thompson R, Kane RL, Gromala T, McLanghin B, Flood S, Morris N, et al. Complication and short-term outcomes associated with total hip arthroplasty in teaching and community hospitals. *J Arthroplasty* 2002;17:32-41.