

กระดูกหักในผู้สูงอายุ

มณฑา ลีมทองกล * วท.ม (พยานบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ กระดูกหักเป็นโรคที่พบ การหักล้ม บริเวณที่พบกระดูกหักมากที่สุดคือเคลื่อนไหวได้ ทำให้มีผลกระทบ อันส่งผลให้ความมีคุณค่าและคุณภาพชีวิ เขื่อของระบบทางเดินปัสสาวะ แมลง สมรรถภาพของผู้ป่วยให้สามารถเคลื่อน ได้จริงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล

คำสำคัญ: กระบวนการทักษิณ化 หกต้ม

กระดูกหักหมายถึงเนื้อกระดูกขาดการต่อเนื่องกัน¹ อาจเป็นบางส่วน (incomplete fracture) หรือทั้งหมด (complete fracture) โดยเกิดได้กับทุกชิ้นส่วนในร่างกายและกับคนทุกวัย² โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ (65 ขึ้นไป) พบร่วมปัญหากระดูกหักมากเป็นอันดับ 4 ของโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และบริเวณที่พบว่ากระดูกหักมากที่สุดในวัยนี้คือกระดูกสะโพก^{3,4} ซึ่งในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลรามาธิบดี ระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา (กรกฎาคม-ธันวาคม 2538) พบร่วมผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 24 ในจำนวนนี้มีปัญหากระดูกหักร้อยละ 48.4 และเป็นกระดูกหักที่สะโพกถึงร้อยละ 70.75⁵

การเดินทางกลับมาดูอยู่บ้านนี้ก็จะมีความสุขกัน ไม่เป็นภัยต่อชาติ แต่ในเมืองไทย อย่างหนึ่งต้องยอมรับว่า ประเทศไม่ใช่ประเทศ ขาดความสามารถในการบริหาร Ferguson และคนที่บุรุษประเทศ คือชั้นที่一 ครอบครัว ก็ต้องมี
เป็นอันดับที่ 4 ในวัยสูงอายุ การเกิดกระดูกหักมีความเสี่ยงพันธุ์กับ
ในวัยนี้คือ กระดูกข้อสะโพก ผลที่ตามมาคือทำให้เจ็บปวดและไม่
แนบแน่นการค่าเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากและต้องพึ่งพาผู้
อื่น นอกจากนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ การติด
เชื้อกล้ามเนื้ออ่อนแรงและภาวะสับสน เป็นต้น ดังนั้นการพื้นฟู
และดูแลคน老 รวมทั้งช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วย

ในวัยสูงอายุพบว่าการหักล้มมีความ
สัมพันธ์กับการเกิดกระดูกหัก มักจะพบว่าผู้สูงอายุมี
Colles' fracture⁶, Proximal humerus fracture⁷
ได้บ่อย แต่ที่พบบ่อยที่สุดคือ Hip fracture (รวมถึง
intertrochanteric fractures, subtrochanteric
fractures, Intracapsular fractures และ Frac-
ture neck of femur)^{3,4,8} ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มี
ผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมาก
เนื่องจากทำให้เดินไม่ได้ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
และถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน
เพื่อผลทางการรักษา ทำให้ไม่สามารถมีบทบาท
และทำหน้าที่ได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาและเป็นภาระ
ในการดูแลของบุคคลอื่น⁹ ส่งผลให้เกิดความรู้สึก

* ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ว่าคนด้อยคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตลดลง¹⁰ นอกจากนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะเลือด แผลกดทับ ข้อติดยึด กล้ามเนื้ออ่อนแรง ห้องผูก และภาวะสับสน เป็นต้น¹¹ และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นในปัจจุบัน เป็นปัจจัยเสริมด้านมาที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ และครอบครัว ซึ่งจะมีผลต่อการพื้นฟูสมรรถภาพ และการดำเนินชีวิตหลังการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในปัจจุบันที่บุคลากรในทีมสุขภาพควรต้องคำนึงถึง ปัจจัยเสี่ยงหรือปัญหาที่ขัดนำให้เกิดกระดูกหัก ในผู้สูงอายุ

ตั้งได้กล่าวมาแล้วว่าการหกล้มมีความสัมพันธ์กับการเกิดกระดูกหัก(Hip fractures) มากที่สุด¹² จึงควรที่จะทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม และทำให้เกิดกระดูกหักตามมา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม และมีกระดูกหักเกิดขึ้น แบ่งได้ เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ¹³

1. ปัจจัยภายนอก (Exogenous factors) หมายถึงสิ่งแวดล้อมทั่วไปที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้ม และมีกระดูกหักเกิดขึ้น เช่น สถานที่ที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ, พื้นทางเดินที่ลื่น การวางเครื่องเฟอร์นิเจอร์ไม่เป็นระเบียบกีดขวางทางเดิน เป็นต้น

2. ปัจจัยภายใน (Endogenous factors) หมายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นเนื่องจากตัวผู้ป่วยเองนั่นคือการที่สภาพร่างกายผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปตาม

ธรรมชาติในทางที่เสื่อมลง ทั้งด้านโครงสร้าง การทำงานที่และด้านจิตใจ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคและพยาธิสภาพต่างๆ ได้ในหลายระบบและนำมาซึ่งความดายหรือความพิการของอวัยวะต่างๆ ได้ เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่งปัจจัยภายในเหล่านี้ได้แก่^{13,14}

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระ เช่น

ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีปัญหาเกี่ยวกับการไหลเวียนโลหิต การขาดออกซิเจน การเกิดความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า ทำให้เกิดหน้ามืดเป็นลมได้

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวเนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงทำให้กล้ามเนื้อเหี่ยวลีบ ขาดความแข็งแกร่ง และไม่มีแรง ส่งผลให้การทรงตัวไม่มั่นคง (impaired balance) และการมีท่าเดินผิดปกติจากการที่มีโครงสร้างของร่างกายเปลี่ยนไปในวัยนี้ อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ความบกพร่องของประสาทสัมผัส (sensory-motor deficit) ในวัยสูงอายุนี้มีความพร่องในการมองเห็น (impaired visual acuity) และมีปัญหาในการได้ยิน จะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ในขณะเดินหรือการทำกิจกรรมต่างๆ

ความพร่องของการรู้คิด (cognitive deficiencies) วัยสูงอายุ ความสามารถทางสมองจะลดลง ความคิดและการกระทำจะช้าลง บางรายมีความพร่องในการจำ มีอาการหลงๆ ลืมๆ และมีภาวะสับสนเกิดขึ้น ซึ่งจะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย

กระดูกหักในผู้สูงอายุ

ได้ขณะที่อยู่คนเตี้ย

2.2 ภาวะการเจ็บป่วยในวัยสูงอายุ ความเสื่อมของสัมขาร และการเกิดพยาธิสภาพของโรคต่างๆ มีผลให้เกิดปัญหาในเรื่องกระดูกหักตามมาได้ เช่น

โรคข้อเสื่อม (Degenerative joint disease) เมื่ออายุมากขึ้น ข้อต่างๆ ที่ใช้งานมานาน มีการสึกหรอเกิดขึ้น เช่น การเสื่อมของข้อเข่าและข้อตibia เป็นต้น เป็นผลให้โครงสร้างของข้อเปลี่ยนไป ทำให้มีทำเดินที่ผิดปกติ เกิดการทรงตัวไม่มั่นคง ทำให้เกิดอุบัติเหตุหักล้มได้ง่าย

โรคกระดูกผุ (osteoporosis) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากกระดูกมีการสูญเสียแคลเซียม ทำให้เนื้อกระดูกบางลง (decrease bone mass) เป็นผลให้กระดูกเปราะ หักง่าย แม้จะได้รับอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย โรคนี้แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ^{6,15} Postmenopause Osteoporosis และ Senile Osteoporosis ชนิดแรกจะเกิดกับสตรีภายหลังหมดประจำเดือน จากการขาดออกซิโนโรสโตรเจน มักพบในสตรีที่มีอายุระหว่าง 51-75 ปี และพบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหากระดูกแขนหัก (Colles' fracture) ส่วนชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เกิดกับผู้สูงอายุในวัย 70 ปีขึ้นไป ที่ขาดแคลเซียมเป็นเวลานาน¹⁶ ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีปัญหากระดูกตะโพกหักมากที่สุด¹⁷

โรคสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาต แขนขาอ่อนแรง ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ในบางรายต้องใช้เครื่องช่วยเดินในการเคลื่อนไหวตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ

การเกิดอุบัติเหตุหักล้มได้เช่นกัน

2.3 ประวัติการใช้ยา (medical history) แต่ละบุคคลเมื่ออายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติแตกต่างกันไปทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นอาจพบได้ในหลายระบบ เช่นความจำบกพร่อง ปัสสาวะเล็ดต่อมลูกหมากโต ความดันโลหิตสูงฯลฯ การรักษาด้วยการรับประทานยา เช่นยานอนหลับ ยากล่อมประสาท หรือยาชับปัสสาวะ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุง่วงซึม หรือการตื่นมาถ่ายปัสสาวะในเวลากลางคืน ความไม่คุ้ล่องตัวในการเดิน ทางเดินบนพื้นไม่เรียบมีลิงก์ก็ช้ำง หรือแสงสว่างไม่เพียงพอประกอบกับมีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหักล้มได้ทั้งสิ้น

2.4 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ในวัยสูงอายุ การสูญเสียและความเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น การสูญเสียฟัน การกลืนอาหารลำบาก ความสามารถในการรับรสหรือการคุดซึมอาหารลดลง ล้วนมีผลให้ผู้สูงอายุเกิดการขาดสารอาหารได้ เช่น การขาดวิตามิน ไม่ว่าจะเป็นวิตามินบี 2 บี 6 บี 12 วิตามินซี หรือวิตามินดี เป็นต้น จะทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาเกิดขึ้น เช่นความผิดปกติในการนอนหลับ (Sleeping disturbance) เบื้องอาหาร (anorexia) ขาดความร่าเระตระวังในความปลอดภัยของตน เช่นงงงงงง ภัยกรรมต่างๆ¹⁸ นอกจากนี้การขาดสารอาหาร เช่น การขาดโปรตีนเซียม ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวไม่มั่นคง การเกิดความสับสน¹⁹ รวมกับ

อาการชาจากการขาดกลุ่มวิตามินบีดังกล่าว การได้รับยาชันปัสสาวะหรือยากล่อมประสาท ส่วนส่งผลให้เกิดการหักล้มได้ง่าย เมื่อผ่านวันกับกระดูกที่ผุจากการขาดแคลนเช่นจึงทำให้กระดูกหักได้ง่าย โดยเฉพาะกระดูกข้อต่อสะโพก²⁰

การศึกษาของคอลลิและคอลล์¹² เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง หรือปัญหาซักนำที่ทำให้ผู้สูงอายุหักล้มพบว่าอยู่ละ 95 ของผู้สูงอายุที่มีกระดูกหักเกิดจาก การหักล้มและร้อยละ 50 ของผู้ที่กระดูกหักเป็น การเกิดกระดูกต่อสะโพกหัก ซึ่งสอดคล้องกับหลาย ๆ แห่งที่พบ^{3-5,8,12} ประกอบกับวิธีการรักษาต้องทำการผ่าตัดและมีข้อปฏิบัติมากน้อยที่ผู้สูงอายุต้องปฏิบัติ ในที่นี้จะขอสรุปถึงการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหากระดูกต่อสะโพกหัก และต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อสะโพก

การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อสะโพก

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อสะโพก

ข้อต่อสะโพกเป็นข้อที่ใหญ่ที่สุดในร่างกาย มีลักษณะเป็น ball และ socket ประกอบด้วยหัวกระดูกต้นขาและเบ้าอยู่ภายใน innominate bone ของกระดูกเชิงกราน และมีกระดูกอ่อนหุ้มอยู่ มีหน้าที่รับน้ำหนักของร่างกาย นอกจากนี้ยังเป็นที่เกาของกล้ามเนื้อที่แข็งแรงจำนวนมาก ทำให้ข้อต่อสะโพกแข็งแรงและมีการเคลื่อนไหวของขาได้โดยการอ่อนเหยียด การและหุบขา

เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อสะโพกทั้งส่วน acetabulum cup ซึ่งทำจาก Ultra high molecular

weight polyethylene และส่วน head of femur และ stem ที่ทำมาจากโลหะ Titanium, vitallium (บางชนิดจะมีส่วน Head ทำจาก Ceramic) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อสะโพกเทียมมี 2 ชนิด คือ ชนิดใช้ซีเมนต์ (Cemented Total Hip Replacement) และชนิดไม่ใช้ซีเมนต์ (Cementless Total Hip Replacement) ข้อเทียมที่ใช้ในชนิดหลังนี้ ส่วนใหญ่เป็นพลาสติก Porous metal coating ที่กระดูกจะงอกเข้าไปยึดเกาะได้เอง

ปัจจุบันการทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อสะโพกได้ทำกันอย่างแพร่หลายทั่วโลก²¹ และจะทำในรายที่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีการหักของข้อต่อสะโพกและมีการเสื่อมของผิวข้อ 2) มีการเสื่อมของข้อต่อสะโพก (osteoarthritis of the hip) ทั้งปฐมภูมิ และทุติยภูมิ 3) มีภาวะหัวกระดูก femur ตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (Avascular หรือ Aseptic necrosis) 4) มีเนื้องอกบริเวณข้อต่อสะโพกที่สามารถถูกผิวข้อ 5) ข้อติดเชื่อม เช่น การอักเสบเรื้อรังของข้อกระดูกสันหลัง (Ankylosis spondylitis)

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อสะโพกเทียมในผู้ป่วยสูงอายุที่มี Fracture Neck of femur อาจผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วน Femoral head เท่านั้น ไม่ได้เปลี่ยนส่วน acetabulum เรียกว่า Hemiarthroplasty ส่วนในรายที่เปลี่ยนทั้งหมด เรียกว่า Total Hip Replacement (THR) หรือ Total Hip Arthroplasty (THA) ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดดังนี้คือ การมีเลือดคั่งบริเวณแผลผ่าตัด การเคลื่อนหลุดของข้อต่อสะโพกเทียม การอักเสบติดเชื่อม การหลวมของข้อต่อสะโพกเทียม การ

กระดูกหักในผู้สูงอายุ

หักษของกระดูกบริเวณข้อต่อจะแตกเทียม การเกิดลิม ในหลอดเลือดดำ

การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

เป้าหมายสำคัญของผู้ป่วยที่มารับการรักษา ด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อจะคือ บรรเทาอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค การเคลื่อนไหวที่เป็นปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ และความมั่นคงของข้อต่อ²² ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัด ใส่ข้อต่อจะเกี่ยมจึงมีความสำคัญตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปบ้านแล้ว การให้การพยาบาลเพื่อ ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและ หลังการผ่าตัดอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพจะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และพยายามที่จะพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นได้ ส่งผล ให้ผู้ป่วยมีการพื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้กลับ สู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกตินากที่สุด และเป็น หน้าที่ของพยาบาลที่จะติดตามดูแลและ/orประเมิน สภาพผู้ป่วยว่ามีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจหรือไม่ที่จะรับ การผ่าตัด

เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องรับการผ่าตัด ผู้ป่วยมักจะเกิดความกลัวและ วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและผลการรักษา²³ เช่น กลัวเดินไม่ได้ กลัวความเจ็บปวดและกลัวไม่ พื้นจากยาสลบ เป็นต้น ประกอบกับเป็นผู้ป่วย สูงอายุจึงกลัวว่าการผ่าตัดจะเกิดอันตราย รวมทั้ง เกิดความสับสนเนื่องจากไม่คุ้นเคยกับสถานที่และ

บุคคลที่แปลงใหม่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งจะมีผล ต่อการรักษาพยาบาลได้ ดังนั้น พยาบาลควร

1. แนะนำตัวเองและสร้างสัมพันธภาพที่ดี กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบถึง พยาธิสภาพของโรคที่เป็นอย่างคร่าวๆ พร้อมกับ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ ได้อย่างเต็มที่

3. แนะนำให้วรจัดกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน ซึ่งได้รับการผ่าตัดรักษา และมีอาการดีขึ้นแล้ว

4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าถึงการ รักษาและการพยาบาล เมื่อเข้าไปในห้องผ่าตัดและ ภายหลังเมื่อกลับมาที่ห้องผู้ป่วย

5. ดูแลและแนะนำเรื่องการทำความสะอาด ร่างกายทั่วไป เช่น การสระผม ตัดเล็บ โภนหนวด เครา และการเตรียมผิวนังบวบน้ำที่จะผ่าตัดให้ สะอาด

6. แนะนำการงดอาหารและน้ำดื่มหลัง เที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด และดูแลให้ได้รับการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ

7. ให้คำแนะนำและสอนเกี่ยวกับการดูแล ตนของภายหลังการผ่าตัด และดูแลให้ผู้ป่วยฝึก ปฏิบัติตาม²⁴ ในเรื่อง การฝึกการหายใจและการไอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ภายหลังการผ่าตัด การออกกำลังกล้ามเนื้อต่างๆ เช่นกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า กล้ามเนื้อต่อต่อง และวิธีการเคลื่อนไหวข้อต่อและข้อต่างๆ อย่างถูกต้อง เช่น การกระดกข้อเท้าขึ้นลงเพื่อลดอัตราเสียงต่อ การเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตัน แนะนำให้มีการ

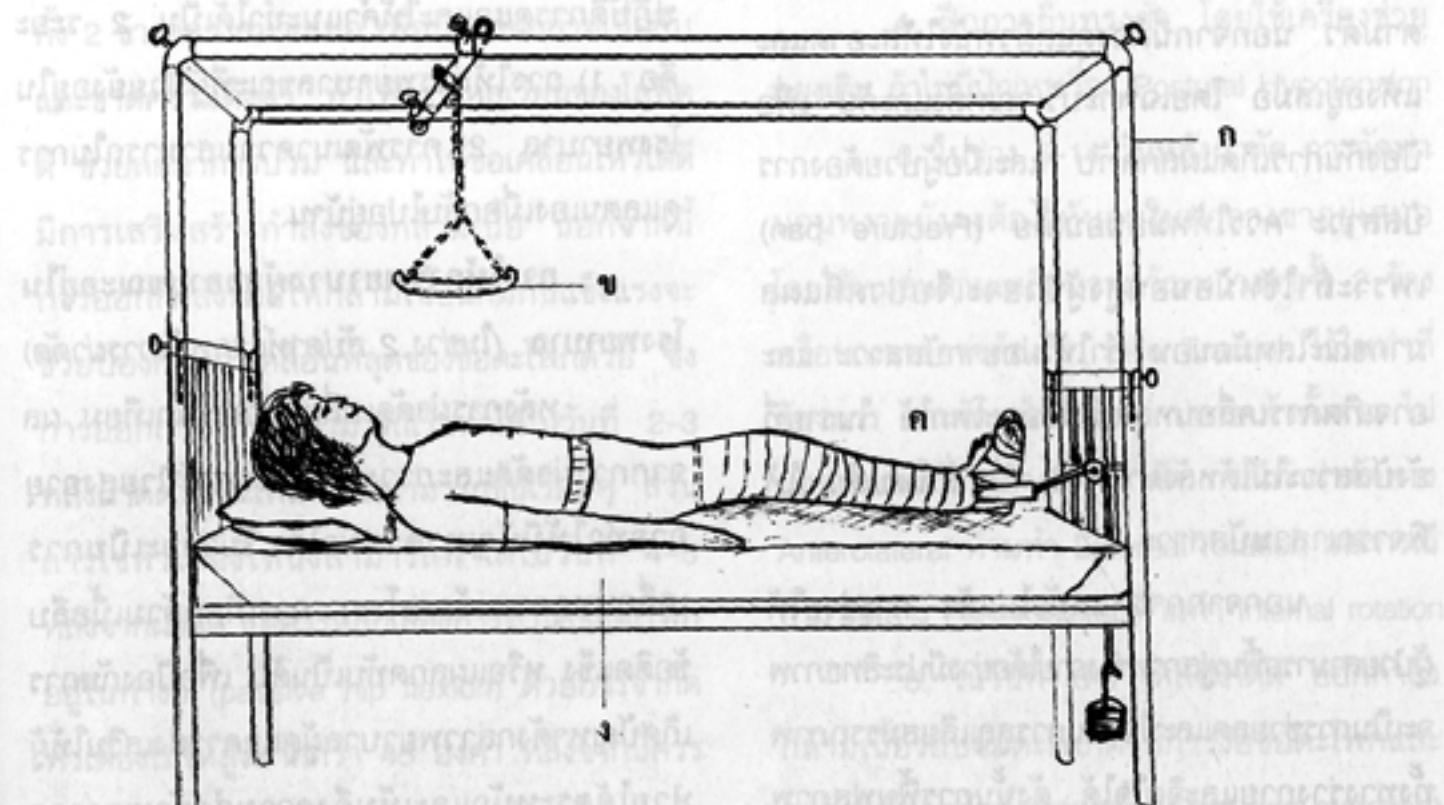
หมวดฯ ลิมฟอยด์

ออกกำลังกายอย่างส่วนบน (แขน-มือ) ให้แข็งแรง เป็นการเตรียมตัวสำหรับการใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน ฝึกเทคนิคการเคลื่อนย้ายตนเองหลังการผ่าตัด ขณะอยู่บนเตียง หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ หรือรถนั่ง โดยหลีกเลี่ยงไม่ให้ข้อต่อโป๊กที่เพิ่งได้รับการผ่าตัดมาอยู่ในท่าที่เอียง (flexion) หรือหัน (adduction) มากเกินไป และการฝึกวิธีการใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น เครื่องช่วยพยุงเดิน หรืออื่นๆ ตามความเหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละราย

8. กระตุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของ การฝึกปฏิบัติการออกกำลัง และการบริหารกล้ามเนื้อ ส่วนต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้วอย่างสม่ำเสมอ เพื่อ

การพื้นฟูสภาพร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพภายหลัง การผ่าตัด

เมื่อส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดแล้ว พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยต้องจัดเตรียมเตียงและที่นอนสำหรับรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด โดยเตรียมเตียงที่มี over head frame ที่ผู้ป่วยจะสามารถใช้ trapeze ยกตัวเองเวลาเปลี่ยนเตียง หรือใช้ม้อนอน แผนการใช้เท้ายันกับเตียง และสามารถให้ผู้ป่วยได้รับการเข้า Traction ได้ ถ้าจำเป็นต้องเข้า Traction หลังกลับจากห้องผ่าตัด ส่วนที่นอนจะต้องแน่นไม่เป็นหลุม เพราะจะทำให้ข้อต่อโป๊กอยู่ในท่าที่เอียง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ภาพเตียง อุปกรณ์และที่นอนในผู้ป่วยอโรมบิติคส์

ก. Over head frame

ก. Trapeze

ก. Skin traction

ก. ที่นอน

การพยาบาลหลังการผ่าตัด

หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อ石膏 ผู้ป่วยสูงอายุเกือบทุกราย จะได้รับการใส่ Skin Traction ตัวน้ำหนัก จุดประสงค์เพื่อยืดขาซึ่งที่ผ่าตัดให้อยู่ในท่าที่ต้องการซึ่งการพยาบาลหลังผ่าตัดโดยทั่วไปมีดังนี้คือ²⁵ บันทึกสัญญาณชีพ เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด สังเกตภาวะเลือดออกจากการแผลและสาย drain เพื่อป้องกันการตกค้างของเลือดในแผล และบรรเทาความปวด ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการปวดแผลมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดต้องดูแลให้ได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับยาปฏิชีวนะใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด พยาบาลต้องสังเกตอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น มีผื่นขึ้นตามตัว นอกเหนือจากนี้ต้องดูแลผิวนังให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ โดยเฉพาะบริเวณหลังและก้น เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และเมื่อผู้ป่วยต้องการปัสสาวะ ควรให้หน้อนอนเดียว (Fracture pan) เพราะถ้าใช้หน้อนอนสูงผู้ป่วยจะเจ็บปวดที่แผลมากขณะใส่หน้อนอน ทำให้ไม่อยากปัสสาวะ และอาจเกิดการเคลื่อนหลุดของข้อต่อ石膏ได้ ในรายที่ยังปัสสาวะไม่ได้หลังผ่าตัด 8-12 ชั่วโมงแล้ว ให้พิจารณาสวนปัสสาวะ

นอกจากการดูแลทั่วไปแล้ว การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นการช่วยลดและป้องกันการสูญเสียสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ ดังนั้นการพื้นฟูสภาพร่างกายให้กับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อ石膏 จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ และควรหันถึงตลอดเวลา

การพยาบาลเพื่อพื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อ石膏

ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อ石膏อาจมีปัญหา หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นผลให้ร่างกายสูญเสียสมรรถภาพ หรือมีความพิการได้ ดังนั้นการพยาบาลเพื่อพื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดจึงมีความสำคัญมาก ทั้งด้วยระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

การพยาบาลเพื่อพื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อ石膏นี้ พยาบาลผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลและให้คำแนะนำได้เป็น 2 ระยะคือ 1) การให้การพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล 2) การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การให้การพยาบาลผู้สูงอายุขณะอยู่ในโรงพยาบาล (ในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด)

หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อ石膏เที่ยม ผลจากการผ่าตัดและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุอาจทำให้มีปัญหาตามมาได้ ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนหลุดของข้อต่อ石膏 การเกิดกล้ามเนื้อสิบห้อติดเชิง หรือแผลกดทับเป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าวพยาบาลผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกาย โดยแนะนำผู้ป่วยและญาติให้ทราบว่า หลังการผ่าตัดผู้ป่วยควรอยู่ในท่านอนที่ขาซึ่งผ่าตัดอยู่ในท่าทางออก (Abduction) โดยใช้

หมอนสามเหลี่ยม (Abduction Pillow) วางระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง หรือใช้หมอนทรายวางนานาข้าว้างที่ผ่าตัดไว้หลังจากจัดให้ออยู่ในท่ากางขาแล้ว ในบางรายแพทย์จำเป็นต้องเข้า Skin Traction ให้ประมาณ 48 ชั่วโมง เพื่อให้ขาอยู่ในท่าที่ต้องการและขาทั้งสองข้างนี้ควรได้รับการจัดให้ออยู่ในท่าดัง述 และช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง โดยให้ออยู่ในท่านอนง่าย หรือตะแคงกับขาข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดเท่านั้น เมื่อพลิกผู้ป่วยไม่ว่าออยู่ในท่าใด ก็ตาม ต้องมีหมอนวางอยู่ระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อให้ขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ในท่ากางออกเสมอ กระดูน และแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังบริหารข้อเท้าและกล้ามเนื้อต้นขาส่วนหน้า (Quadriceps muscle) ทั้ง 2 ข้างอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อสิบและชาดความตึงตัว ทำให้การไหลเวียนของโลหิตดี ช่วยลดอาการบวม และทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้ดี มีการเสริมสร้างกำลังของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ การออกกำลังกายให้กล้ามเนื้อแก้มกันแข็งแรงจะช่วยป้องกันการเคลื่อนที่ดูดของข้อตะโพกด้วย ซึ่งการออกกำลังกายนี้สามารถเริ่มทำได้ในวันที่ 2-3 หลังผ่าตัด และเพิ่มความสามารถขึ้นเรื่อยๆ ส่วนการไขหัวเตียงให้นั่งสามารถทำได้ในวันที่ 4-5 หลังจากผ่าตัด แต่ควรหลีกเลี่ยงการทำให้ข้อตะโพกอยู่ในท่างอ (passive hip flexion) ด้วยการจำกัดหัวเตียงไม่ให้สูงมากกว่า 45 องศา หลังจากนี้ควรกระดูนและดูแลให้ผู้ป่วยลงจากเตียงทันท่วงที โดยใช้เครื่องพยุงเดิน ซึ่งขณะที่ลงจากเตียงยังคงต้องช่วยประคองให้ขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ในท่ากางออก เช่นกันและต้องอยู่ในคลิปนิจของแพทย์

ผู้ทำการผ่าตัด ซึ่งจะพิจารณาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และโปรแกรมการพื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพก ควรเริ่มทำตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัดโดยเริ่มตั้งแต่

1. ในวันที่ 1-2 หลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วย
หายใจเข้าลึกๆ และไออย่างถูกวิธี ตามที่ได้ฝึก
ปฏิบัติไว้ก่อนผ่าตัด และกระตุกข้อเท้าขึ้นลงทั้ง 2 ข้าง
เป็นการออกกำลังเพื่อป้องกันการคั่งของเลือดค่า
 2. ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาส่วนหน้า
(Quadriceps) ในวันที่ 2-3 หลังผ่าตัด หรือเริ่ม
หลังจากเอาสาย drain ออกแล้ว
 3. วันที่ 4-5 หลังผ่าตัด หัดงอตัวโพกและ
ข้อเข่า แต่ต้องไม่ให้ข้อตัวโพกงอมากกว่า 45 องศา
 4. ฝึกการยืนทรงตัว โดยใช้เครื่องช่วย
พยุงเดิน ถ้าไม่มีปัญหาเรื่อง Postural Hypotension
 5. ในช่วง 5-14 วันหลังผ่าตัด การจัดทำ
นอนหงายยังคงต้องให้นอนในท่ากางขาอยู่เสมอ
โดยใช้หมอนสามเหลี่ยมวางไว้ระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง
หรือบางรายอาจต้องเข้า Skin Traction ไว้ในท่าที่
ต้องการ และจัดขาให้อยู่ในท่าปลายเท้าตั้งตรง ไม่
นอนตะแคงกับขาซึ่งที่ทำผ่าตัด กรณีทำผ่าตัดทาง
Anterolateral ห้ามทำ External rotation และกรณี
ทำผ่าตัดทาง Posterolateral ห้ามทำ Internal rotation
 6. ในวันที่ 6-7 หลังผ่าตัด ออกกำลัง
กล้ามเนื้อรอบข้อตัวโพกด้วยการงอข้อตัวโพกและ
กางขาหรือยกกันloy จากพื้น (Bed pan exercise)
และเพิ่มการทำให้นากขึ้น เพื่อให้มีความแข็งแรง
เป็นปกติ ทำให้ข้อตัวโพกมีการเคลื่อนไหวของข้อ
ได้ดีขึ้น และค่อยๆ รับน้ำหนักได้มากขึ้น

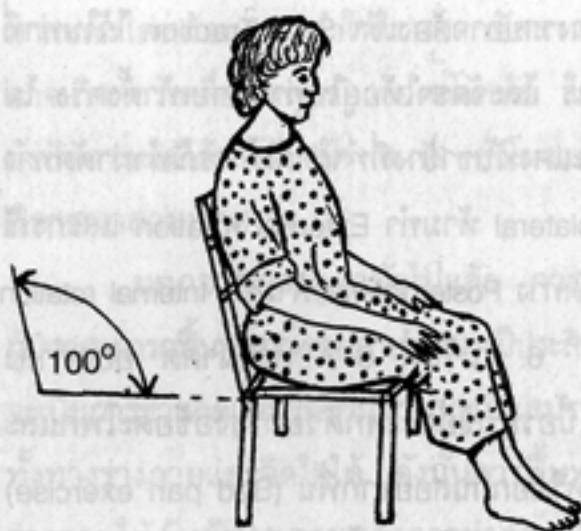
กระดูกหักในผู้สูงอายุ

7. ดูแลการฝึกหัดเดินด้วยเครื่องช่วยพยุงเดิน ให้ต่อเนื่องกับที่ผู้ป่วยได้รับการฝึกจากหน่วยเวชศาสตร์พื้นฟู กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อสะโพกชนิดใช้ซีเมนต์ ให้ขาซ้างที่ผ่าตัดสามารถเดินลงน้ำหนักได้บ้าง (Partial Weight Bearing = PWB) แต่ถ้าไม่ได้ใช้ซีเมนต์ ไม่ให้เดินลงน้ำหนักเลย (Non Weight Bearing = NWB)

8. หลีกเลี่ยงการนั่งจนถึงปลายสันดาห์ที่ 2 หรือจนกว่าผู้ป่วยจะจงอตสาห์ได้ อย่างน้อย 55 องศา

9. เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้นั่งได้ ควรจัดให้เบาะและพนักพิงทำมุม 100 องศา²⁶ (ดังภาพที่ 2) เพื่อหลีกเลี่ยงมีให้ข้อต่อสะโพกอ่อนมากเกินไป

10 แนะนำให้ผู้ป่วยหัดเดินขึ้นลงบันไดได้ในปลายสันดาห์ที่ 2 หลังจากฝึกการเดินบนพื้นราบได้ดีแล้ว



ภาพที่ 2 เบาะที่นั่งทำมุมกับพนักพิง 100 องศา

การส่งเสริมให้มีโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อต่อสะโพก อาจไม่ประสบผลลัพธ์เร็วมากนัก เมื่อจากหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสูงอายุมักมีปัญหาในเรื่องอาการปวด โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดจะมีอาการปวดมาก ทำให้ไม่ยอมขึ้นบันไดหรือเคลื่อนไหวร่างกาย ต้องให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา หรือวางแผนการน้ำแข็งบริเวณข้อต่อสะโพกซ้างที่ได้รับการผ่าตัด นอกจากนี้อาจเกิดการเคลื่อนหลุดของข้อต่อสะโพกเกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ดังแต่หลังผ่าตัดใหม่ๆ จนถึง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว โดยให้อยู่ในท่านอนง่าย ขาซ้างที่ผ่าตัดอยู่ในท่าตั้งตรงระวังไม่ให้มี External หรือ Internal rotation และทุกครั้งที่จะพลิกตัวต้องมีห่วงอนวงอยู่ระหว่างขาทั้งสองข้าง โดยพยายามประคองขาซ้างที่ผ่าตัดให้การออกอยู่เสมอ ไม่ให้ขาดกหรือหุบเข้า เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อต่อสะโพก

จากการณีปัญหาเรื่องอาการปวดและการเคลื่อนหลุดของข้อต่อสะโพก ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ของร่างกายได้ดังนี้²

1. ระบบผิวนัง ภัยหลังผ่าตัดใส่ข้อต่อสะโพกเก็บน้ำ ผู้สูงอายุจะมีอาการปวดมาก ประกอบกับต้องใส่ Traction ทำให้ไม่ค่อยไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายและส่งผลให้ต้องนอนทำเตียงนานๆ จึงอาจเกิดแผลกดทับตามมาได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนี้หลังผ่าตัดพยายามลดความสะอาดผิวนังและดูแลให้แห้งอยู่เสมอโดยเฉพาะ

บริเวณก้นและหลัง นอกจากนั้นควรใช้ฟองน้ำหรือถุงมือใส่น้ำรองบริเวณกระดูกกันกบ ตามปูมกระดูกต่างๆ ขณะที่อยู่ในท่านอนหงาย และช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงให้อยู่ในท่านอนตะแคงทับขาซ้ายที่ไม่ได้ผ่าตัดโดยยึดหลักให้ขาซ้ายที่ผ่าตัดอยู่ในท่าการออกเสียง และควรดูแลผิวนังบริเวณหลังและก้นทุกครั้งหลังจากพลิกตัวให้ นอกจากนั้นควรแนะนำและสอนให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เครื่องช่วยโน่นตัว (Trapeze) ในการช่วยเหลือตนเอง เพื่อเปลี่ยนอิริยาบถหรือเคลื่อนไหวร่างกาย

2. ระบบหายใจ การนอนอยู่บนเตียงโดยที่ร่างกายเคลื่อนไหวได้น้อยลง หรือไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นผลให้การหายใจและการเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ เกิดการคั่งข่องก้าชาร์บอนไดออกไซด์ มีผลกระทบต่อภาวะความสมดุลของกรดและด่างภายในร่างกาย นอกจากนี้ทำให้การซับเสมหะลดลง มีเสมหะคั่งมากขึ้น ทำให้เกิดการติดเชื้อร้ายในปอด เกิดปอดอักเสบ (Hypostatic Pneumonia) ตามมา วิธีการพยายามเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินหายใจคือ การป้องกันและสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งพยายามสามารถช่วยเหลือเพื่อป้องกันสิ่งเหล่านี้ได้ โดยสอนและกระตุนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ และพยายามไอเพื่อขัดเสมหะที่คั่งค้างภายในออกมา ให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจเพื่อให้ปอดขยายตัวและมีการแลกเปลี่ยนกําช โดยการใช้เครื่องช่วยในการบริหารที่เรียกว่า Intensive Spirometer และกระตุนให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวขณะอยู่บนเตียงจัดท่าผู้ป่วยโดยใช้หัวเตียงสูง ให้

อยู่ในท่าทึ่งอี้เซ่า ตะโพก (ถ้าไม่ขัดต่อการรักษา) ทำให้อวัยวะในช่องท้องและกระบังลมหย่อนตัว เป็นผลให้ปอดขยายตัวดีขึ้น และประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงหรือตามความเหมาะสม

3. ระบบไหลเวียนเลือด การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่บนเตียงโดยไม่มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวได้น้อยลงเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น และอาจเกิดก้อนเลือดอุดตัน (Thrombus) หรือมีผนังหลอดเลือดตัวอักเสบ (Thrombophlebitis) ได้ง่ายขึ้น พยายานลผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกาย และบริหารข้อต่างๆ อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง โดยมีการวางแผนให้ผู้ป่วยได้กระทำ หรือพยายาม/ญาติช่วยทำให้ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำการได้ด้วยตนเอง ให้ตื่นน้ำมากๆ (ในรายที่ไม่มีข้อห้าม) เพื่อลดความหนืดของเลือด พร้อมกับสอนและแนะนำให้ผู้ป่วยเกรงกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายบ่อยๆ โดยเฉพาะบริเวณขา พร้อมกับเปลี่ยนท่าต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายที่นอนพักอยู่กับเตียงเป็นเวลานาน เมื่อต้องลุกทันทีอาจจะทำให้หน้ามีดเป็นลมได้ เนื่องจากเกิดแรงดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Postural Hypotension) ดังนั้น เมื่อจะให้ผู้ป่วยหัดเดิน หรือมีกิจกรรมใดก็ตามหลังจากที่นอนนานๆ ควรมีการเตรียมผู้ป่วยเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงที่จะเกิดจากปัญหาดังกล่าว โดยให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังและบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ในการเปลี่ยนกิจกรรมควรเริ่มจากการใช้หัวเตียงสูงประมาณ 30 องศา

กระดูกหักในผู้ชราอายุ

เป็นเวลา 30 นาที เข้า-เย็น ในวันแรกที่ฝีก และค่อยๆ เพิ่มขึ้นทุกวันจนสามารถใช้เตียงให้นั่งหัวสูงได้โดยไม่มีอาการใดๆ เกิดขึ้นจึงเริ่มให้ลงจากเตียง

4. ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก การจำกัดการเคลื่อนไหว มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก คือ ทำให้กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง และบางรายอาจเกิดกระดูกผุจากการไม่ได้ใช้งาน การดูแลป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็งสามารถทำได้โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น สอนและกระตุนให้มีการเคลื่อนไหวข้อโดยรอบ การเปลี่ยนท่าตอนนอนบ่อยๆ ตามความเหมาะสมโดยคำนึงถึงรูปทรงที่ถูกต้อง นอกจากนี้ควรบริหารกล้ามเนื้อหรือข้อต่างๆ ให้ในรายที่ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองและสาขิตการบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ โดยการเกร็งกล้ามเนื้อ (Isometric exercise) เช่น การทำ Quadriceps exercise และการออกแรงด้าน (Isotonic exercise) เช่น การเกร็งขา การลีบถุงทราย เป็นต้น ส่วนการเกิดกระดูกผุเนื่องจากขาดการออกกำลังกาย การไม่ได้ลงน้ำหนักหรือยืน ทำให้มีการสลายแคลเซียมจากกระดูก เป็นผลให้กระดูกบางและหักได้ง่าย เพื่อป้องกันภาวะกระดูกผุควรให้ผู้ป่วยยืนโดยเร็วที่สุด หรือในรายที่ยังไม่สามารถยืนได้อาจหัดให้ผู้ป่วยยืนบนเตียงที่ปรับระดับได้

5. ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทำให้ต้องนอนอยู่กับเตียงเป็นเวลานาน มักจะทำให้ความอยากอาหารลดลง หรือ

อาหาร ประกอบกับความกังวล ความเบื่อหน่ายที่ต้องนอนอยู่บนเตียงเฉยๆ และความอ่อนเพลียทำให้ความรู้สึกน้อใจมากขึ้นและเป็นผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหารตามมา พยาบาลควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล โดยจัดสิ่งแวดล้อมและบรรยายการที่ดีในการรับประทานอาหารให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง ให้ญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้ พร้อมกับประเมินความสามารถ และปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับเป็นระยะๆ เพื่อวางแผนและหาแนวทางแก้ไข

นอกจากนี้การนอนนานๆ จะทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ช้าลง มีผลต่อการขับถ่าย ทำให้มีอาการท้องผูกตามมาได้ การล้างเกตของพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นในการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการท้องผูก สำหรับผู้ป่วยที่ต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ พยาบาลควรทราบแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระโดยปกติของผู้ป่วยด้วย เพื่อประเมินว่ามีปัญหาด้านการขับถ่ายมากน้อยเพียงใด ซึ่งการให้การพยาบาลที่สามารถทำได้คือ กระตุนให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 2,500 - 3,000 มล.ต่อวัน ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากมากๆ ทุกวัน เช่น ผัก ผลไม้ และไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำมะขาม ขณะเดียวกันสอนและกระตุนให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้องทุกวัน เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและช่วยในการขับถ่ายได้ ให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวบนเตียงบ่อยๆ เท่าที่จะสามารถทำได้ จัดสภาพแวดล้อมในการขับถ่ายให้มีความเป็นส่วนตัว หรือให้ลูกไป

ถ่ายในห้องน้ำ (ถ้าไม่มีข้อห้าม) และสุดท้าย รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระบาย ในรายที่ ไม่สามารถถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

6. ระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้สูงอายุที่ต้อง นอนอยู่บ้านเดียงงานๆ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จากพยาธิสภาพของโรค ขาดความเป็นส่วนตัว หรือ การไม่เคยนอนถ่ายปัสสาวะ จะมีผลต่อการขับถ่าย ปัสสาวะ คือ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะคั่ง เกิด น้ำในไต และการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นผลให้มี ปัญหาเรื่องการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ตามมาได้เสมอ ดังนั้นพยายามลดผู้ดูแลควรให้การ พยายานาฬร้อนกับชื้นแนะนำการปฏิบัติตัวดังนี้คือ จัด สิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัวขณะที่ผู้ป่วยจะ ปัสสาวะ กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 2,500- 3,000 มล.ต่อวัน แนะนำให้ดื่มเครื่องดื่มที่ส่งเสริม ให้ปัสสาวะเป็นการ เช่น น้ำกระเจี๊ยบ เป็นต้น และ ลดการให้แอลกอฮอล์ จัดผู้ป่วยให้อยู่ในทำที่สุขสบาย สะดวกในการขับถ่ายหรืออาจต้องช่วยราดน้ำบริเวณ ฝีเย็บ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง ให้มี กิจกรรมการออกกำลังกายบันเดียง (ถ้าไม่มีข้อห้าม) หรือพลิกตัวบ่อยๆ เพื่อป้องกันมีให้เกิดภาวะ ปัสสาวะคั่ง คุณและให้คำแนะนำการท้าความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์

7. ภาวะอารมณ์และจิตสังคม การจำกัด การเคลื่อนไหวหรือการอนพักบันเดียงเป็นเวลานาน ไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกายและบุคลิกภาพของบุคคลเท่านั้น แต่ยัง อาจมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัว เกิดความไม่แน่ใจใน

อนาคตว่าตนสามารถจะมีภาวะสุขภาพที่ปกติดังเดิม หรือไม่ ประกอบกับความรู้สึกที่คิดว่าตนคงมีอาการ หนัก จึงต้องถูกจำกัดให้นอนพักบันเดียงตลอดเวลา ประกอบกับต้องพบกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ขาดการ ติดต่อปฎิสัมพันธ์กับครอบครัว และที่สำคัญคือ การสูญเสียบทบาทและกิจกรรมเดิมของตน ทำให้ ภาวะด้านจิตใจเลวลง เกิดความรู้สึกห้อแท้ ซึ่ง เศร้าและสิ้นหวังในชีวิต เนื่องจากไม่สามารถตอบ สนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองและไม่สา นการปฏิบัติภาระประจำวันได้engตามปกติ

8. ภาวะสับสน ผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัด เปลี่ยนข้อต่อสะโพก จะเกิดภาวะสับสนได้และพบได้ บ่อย ซึ่งจากการศึกษาของไลโปสกิลและวิลเลียมส์²⁷ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักเกิดภาวะสับสน ถึงร้อยละ 51 และจากการศึกษาของ มาร์โගลี เบอร์คแมนและคูเนย์²⁸ พบว่าความสับสนหรือ สภาพหลงลืมที่เกิดนี้ เป็นผลจากสภาพด้านจิตใจ ที่แยกตัวแต่ก่อนผ่าตัด ซึ่งอาจเนื่องจากการถูก หักก็ต้องหักอยู่อย่างโอดเดี่ยว ขาดการติดต่อกับสังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นเวลานาน เช่นผู้สูงอายุที่ขาด การเยี่ยมและเอาใจใส่ดูแล ถูกย้ายสถานที่อยู่อย่าง กระหั้นหัน หรือการต้องย้ายจากบ้านมาอยู่โรงพยาบาล อย่างรวดเร็วอันเนื่องจากการเจ็บป่วย ทำให้ไม่ สามารถปรับตัวได้ทัน ผู้สูงอายุที่ประสบเหตุการณ์ ดังกล่าว จึงเกิดความสับสนได้ง่าย²⁹ ซึ่งความสับสน นี้จะนำไปสู่การเกิดอันตรายกับผู้ป่วยซึ่งได้อีกันนั่นคือ การหักล้ม ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจเกิดกระดูกสะโพกหัก ซ้ำตามมาได้ ดังนั้นพยายามลดผู้ดูแลควรระหั้น และระมัดระวังถึงอันตรายที่อาจเกิดตามมาได้อีก จึง

กระดูกหักในผู้สูงอายุ

ควรให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติได้ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการใช้ส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ไม่ถูกต้องภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อจะ จำกัดให้เกิดปัญหาตามมาได้ เช่น การเคลื่อนหลุด และ/หรือการหลวมของข้อต่อ แต่มีแรงกดที่ข้อต่อเพียงมาก ซึ่งอาจจะทำให้ อายุการใช้งานของข้อต่อเพียงสั้นลง ดังนี้เพื่อ ให้อายุการใช้งานของข้อต่อเพียงยาวขึ้น พยายบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งมีโอกาสพบปะบุคคลกับผู้ป่วยเกือบ ตลอด 24 ชั่วโมง ควรมีการปรึกษาหารือกับผู้ป่วย และญาติ พร้อมกับแนะนำให้ทราบเกี่ยวกับสิ่งที่ควร หรือไม่ควรปฏิบัติหลังจากได้รับการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อต่อเพียงแล้ว ซึ่งการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อจะ มีดังนี้คือ

1. ขณะนี้ นอนหรือยืน พยายามหลีกเลี่ยง การใช้ว้า โดยเฉพาะการเอาขาข้างผ่าตัดใช้ว้ากับขา ข้างตี และพยายามให้ขาอยู่ในท่าตรงปก (neutral straight position) ไม่หมุนเข้าหรือออก

2. พยายามหลีกเลี่ยงการอยู่ในท่าที่ข้อ ต่อของ omnak กว่า 90 องศา เช่น การนั่งของ การนั่งเก้าอี้เตียงเพราจะทำให้ข้อต่อเพียงที่ใส่ ให้หลุดได้

3. เลือกนั่งเก้าอี้สูงและมีที่พักแขน (Armrest) เพื่อสะดวกในการลุกยืน หรือเปลี่ยนอิริยาบถ

4. พยายามหลีกเลี่ยงการเดินทางที่ต้อง นั่งรถติดต่อ กันนานเกิน 1 ชั่วโมง.

5. ถ้าต้องนอนตะแคง ควรนอนกับขาข้างตี โดยมีหมอนรองระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อให้ขาข้าง ที่ผ่าตัดอยู่ในท่าการออก

6. นอนคว่ำวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

7. แนะนำการออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา และรอบข้อต่อโดยให้แข็งแรง โดยทุกท่าให้นอนหงาย ขาอยู่ในท่าเหยียดตรงพร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา ยกขาให้ส้นเท้าสูงโดยจากที่นอนประมาณ 1/2 พุ่ด ทำต่อมากดเข้าลงกับพื้นที่นอนและสุดท้ายลากส้นเท้า ออกไปด้านข้างให้ขาอยู่ในท่าการออก (abduction) และลากเข้ามาอยู่ในท่าทุบเข้า (adduction) ซึ่ง การออกกำลังนี้ให้ทำทุกวันเช้า-เย็น ช่วงเวลาละ 10 ครั้งเป็นอย่างน้อย

8. ขณะใส่รองเท้าหรือถุงเท้า ควรใช้เครื่อง ช่วยเหลือ เช่น ข้อนตักรองเท้าชนิดด้านยาว เป็นต้น

9. ถ้าจำเป็นต้องเก็บของที่พื้น ให้เหยียดขา ข้างที่ผ่าตัดไปด้านหลังก่อนแล้วจึงย่อขาข้างตีลง กับดัวลงเก็บของนั้น

10. พยายามควบคุมน้ำหนักตัวอย่าให้มาก เกินไป เพราะจะทำให้ข้อต่อเพียงและข้อเข้ารับน้ำหนัก มาก อาจมีอาการปวดตามมาได้

11. ใช้เครื่องช่วยพยุงเดินจนสามารถเดิน ได้ดี และเลิกใช้มือแพทท์เห็นสมควร

12. ถ้าได้รับอุบัติเหตุโดยตรงที่ข้อต่อเพียง หรือมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับข้อต่อที่ทำผ่าตัด เช่น เคลื่อนไหวได้น้อยลง หรือปวดเสียวเวลาเดิน ควรรีบมาพบแพทย์แม้จะยังไม่ถึงเวลาอันดึกดาม

13. มาพนแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่องและถูกต้อง

จะเห็นว่าเมื่อมีกระดูกหักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุปัญหาที่ตามมาคือการไม่สามารถเดินและช่วยเหลือตันเองได้ เนื่องจากเดินไม่ได้และประสบปัญหาในเรื่องการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นหลักสำคัญของการรักษาทางอโรม็อปติกส์ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว นอกจากนี้ยังต้องมีการฝึกเดิน และออกกำลังอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ต้องมีอยู่ตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล จนกระทั่งขาหน่ายกลับไปอยู่บ้าน เป็นภาระการเจ็บป่วยที่ต้องมีการการดูแลเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหากระดูกหัก มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้ดูแล มีส่วนเป็นอย่างมากในการช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมและตัดสินใจในแผนการดูแล และพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนในเรื่องการอำนวยความสะดวกและการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ กระตุ้นและช่วยส่งเสริมให้มีการดูแลตนเอง จัดระบบบริการให้เพียงพอและใช้ได้ง่าย เพื่อลดอุปสรรคในการดูแลตนเอง และสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเอง³⁰ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพของตน เช่นการหลีกเลี่ยง การเกิดโรคกระดูกผุ เป็นต้น และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายเพื่อความ

แข็งแกร่งและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับพยาธิสภาพของโรคที่ตนประสบอยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- Barden RM and Sinkora GL. Bone Stimulators for Fusions and Fracture. *The Nursing Clinics of North America*. 1991; 26 : 89-103.
- Ignatavicius, DD. and Bayne, MV. *Medical-Surgical Nursing : A Nursing Process Approach*. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1991.
- Matteson, MA. and McConnell, ES. *Gerontological Nursing : Concepts and Practice*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1988.
- Chapuy, MC and Meunier, PJ. Physiopathology and prevention of fractures of the proximal end of the femur. *Rev-Prat*. 1995; 45(9) : 1120-3.
- เวชสตดติโรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 2538.
- Hay, EK That Old Hip : The Osteoporosis Process. *The Nursing Clinics of North America*. 1995; 26 : 43-51.
- Dahmers, LE. Internal fixation of proximal humeral fractures. *J-South Orthop-Assoc*. 1995; 4(1) : 3-8.
- Michelson, JD. et al. Epidemiology of hip fractures among the elderly Risk factors for fracture type. *Clin-Orthop* 1995; 331 : 129-35.
- Bernadini, B et al. Comorbidity and Adverse Clinical Events in the Rehabilitation of Older Adults After Hip Fracture. *JAGS*. 1995; 43 : 394-898.

กระดูกหักในผู้สูงอายุ

10. Karpman RR. and Del-Mar NB. Supracondylar femoral fractures in the frail elderly: Fractures in need of treatment. *Clin-Orthop.* 1995; 316 : 21-4.
11. Santy J. Hip fractures : Can nursing make the difference? *BJN Surgical Supplement.* 3 (7) 1994; 3(7) : 335-9.
12. Cali CM, MPH and Kiel DP. An Epidemiologic Study of Fall- Related Fractures Among Institutionalized Old People. *JAGS.* 1995; 43 : 1336-40.
13. Cannard, G. Falling Trend. *Nursing Times* 1996; 92(2) : 36-7.
14. Dargent, MP and Breart, G Epidemiology of fall and fall-related injuries in the aged. *Rev-Epidemiol-Sante-Publique.* 1995; 43(1) : 72-83.
15. Jennings J, Perkel V, and Baylink, DJ. Osteoporosis. in **Practice of Geriatrics.** Edited by Calkins, E Ford, AB, and Katz, PR. Philadelphia : SW Saunders Company, 1992 : 363-77.
16. Einhorn TA, Levine B, Michel P. Nutrition and bone. *Orthp Clin North Am.* 1990; 21 : 43-50.
17. Ben-Yishay, A and Zuckerman, JD. Hip Injuries : An Orthopedic Perspective. in **Orthopedic Assessment and Treatment of the Geriatric Patient.** Edited by Lewis, CB. and Knortz, KA. St.Louis : Mosby, 1993.
18. Sterchi A; Valkama E. Significance of vitamins in nutrition counseling. *Ther-Umsch.* 1994; 51(7) : 502-9.
19. Chambers, J.K. Metabolic Bone Disorders : Imbalances of Calcium and Phosphorus. *Nursing Clinics of North America.* 1987; 22(4) : 861-72.
20. Silver JJ. Einhorn TA. Osteoporosis and aging Current update. *Clin-Orthop.* 1995; 316 : 10-20.
21. โอกาส สินเพิ่มสุขสกุล ผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อโพกเทียน : Complications in Total Hip Replacement. *The Year Book of Orthopaedic Review 1986. Ramathibodi-Pramongkutkla.* ใน สมนาคร แก้วโรจน์, สิงห์ พร อรพินท์ และสหชาติ พิพิธกุล บรรณาธิการ, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2529 :73-84.
22. Long BC, Phipps WJ, and Cassmeyer VL. **Medical-Surgical Nursing : Nursing Process Approach.** 3rd ed., St.Louis : Mosby, 1993.
23. Radcliffe, S. Preoperative information : The role of the ward nurse. *British Journal of Nursing.* 1993; 2(6) : 305-9.
24. Luckmann, J. and Sorensen, RC. **Medical-Surgical Nursing : A Psychophysiological.** 4th ed., Philadelphia : WB. Saunders Company, 1987.
25. Scheon, DC. **The Nursing Process in Orthopaedics.** Illinois : Appleton Century-Crofts, 1986.
26. กมลกิจพย หาญผุดุงกิจ เวชศาสตร์พื้นฟูในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อต่อโพก : Rehabilitation in Total Hip Replacement. *วารสารสมาคมอเมริกันปีคัลส์แห่งประเทศไทย* 2535; 2(2) : 53-6.
27. Davies, H.D. Dementia and Delirium. In **Clinical Gerontological Nursing.** edited by W.C. Chenitz et al. London : WB Saunders Company, 1991 : 455-84.
28. Martolli RA, Berkman LF, Cooney L. Decline in physical function following hip fracture. *J Am Geriatr Soc.* 40(9), 1992 : 861-6.
29. จำเรียง ถุรณะสุวรรณ, ปราณี ชาติเกตุ ความจำเสื่อม และภาวะสับสน การพยาบาลผู้สูงอายุ. ใน จัสร์วรรณ เทียนประภาส พัชรี ตันศิริ บรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองธรรม, 2536 : 362-75.
30. ประคง อินกรสมบัติ การดูแลคน老ในผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลคน老 : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. ใน สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, กรุงเทพมหานคร : ว.เจ.พรินติ้ง, 2536 : 133-64.

Fractures in elderly

Montha Limthongkul* MS. (Nursing)

Abstract Fracture is the number 4th of disease frequently occurs in the elderly and usually related with falls and fracture of the hip is common among this group. As a results, the patients suffer from pain and immobilization which affect their lives. These patients have to depend on other people for their activity of daily living which contribute to decrease their self-esteem and their quality of life. In addition various complications such as pneumonia, urinary tract infection, pressure sore, muscle weakness and delirium may worsening their conditions. Thus the role of the nurse in rehabilitation the patients to be move independent and help the families to take care of the patients is essential.

Keywords: Fractures, elderly, falls.

* Department of Nursing, Faculty of Ramathibodi Hospital; Mahidol University.