

กรณีศึกษา

Case Study

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและมีโรคร่วมที่ได้รับ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม : กรณีศึกษา

Nursing care for elderly Patients with Knee Osteoarthritis and Comorbid Conditions undergoing Total Knee Replacement. : Case Study

จันทนา ถัดทะพงษ์ พย.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางในการนำทางทฤษฎีของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแล และการให้คำแนะนำครอบครัวและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและมีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และลดอัตราการ กลับมารักษาเป็นซ้ำในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี รูปร่างอ้วนค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 27.99 การวินิจฉัยโรค Severe OA Both Knee แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดเข่าทั้งสองข้าง ตั้งแต่วันที่ 27 พฤษภาคม - 5 มิถุนายน 2567 รวมนอนโรงพยาบาล 9 วัน ผู้ศึกษาแบ่งการพยาบาลเป็น 4 ระยะตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะการดูแลต่อเนื่องโดยประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วยซึ่งมีปัญหายุ่งยากและซับซ้อน

เริ่มตั้งแต่การวางแผนจำหน่ายและส่งต่อไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ใช้ทางโทรศัพท์ติดตามอาการ และกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในด้าน การลดปัจจัยเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามหลังจำหน่ายผ่านระบบ Telemedicine ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ซึ่งผู้ป่วยมีศักยภาพในการใช้ Smart Phone จำนวน 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองที่บ้าน 1 และ 2 เดือนหลังการผ่าตัดและมาตรวจตามนัดเมื่อครบ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพข้อเข่า งอเข้าได้ 0-120 องศา เดินได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดินได้อย่าง มั่นคง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ มีอาการปวดเล็กน้อย ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ, โรคข้อเข่าเสื่อม, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Abstract

This study aims to present an approach for applying Orem's Self-Care Theory in the care and counseling of families and patients who have undergone knee replacement surgery and have comorbidities such as hypertension and hyperlipidemia. The goal is to help patients and their families receive appropriate and effective care, thereby reducing the rate of hospital readmissions.

Study Results : A 65-year-old Thai female patient, overweight with a BMI of 27.99, was diagnosed with Severe OA in both knees. The doctor scheduled her for bilateral knee replacement surgery, with hospitalization from May 27 to June 5, 2024, for a total of 9 days. The study divided the nursing care into 4 phases based on outpatient care standards and provided continued inpatient care by applying Orem's Self-Care Theory as a framework to address the patient's complex and challenging needs.

The process began with discharge planning and referral to a nearby primary care unit. Follow-up was done via telephone to monitor symptoms and encourage self-care behaviors, such as risk factor reduction, dietary changes, exercise, and attending follow-up appointments. The study found that the patient was monitored after discharge using the Telemedicine system of Somdej Phra Yupparat Tapah Hin Hospital. The patient, who was capable of using a smartphone, received two reminders for self-care at home, one and two months after surgery, and attended her follow-up appointment after three months. At the follow-up, it was found that the patient had successfully regained knee function, with a range of motion of 0-120 degrees, was able to walk steadily with a walking aid, and could perform daily activities close to normal. She experienced only mild pain, leading to an improved quality of life.

Keyword : Nursing of elderly patients, Osteoarthritis, Total Knee replacement

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 400 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 โดยพบผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกในประเทศไทย พบว่ามี ผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.8 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งโรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวัยสูงอายุ จากสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในคนไทย พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้มากกว่า 6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของประชากรทั้งหมด โดยข้อเสื่อมมากที่สุดคือข้อเข่า กลุ่มนักวิชาการโรคข้อเข่าเสื่อม ยืนยันว่าอุบัติการณ์เริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี และพบในผู้ที่มีอายุ 65 ปี มากกว่า ร้อยละ 50⁽¹⁾ ในประเทศไทย พบว่าโรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ มากกว่า 6 ล้านคน โดยข้อที่เสื่อมมากที่สุด คือข้อเข่า ตั้งแต่ปี 2560-2565 มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม ทั้งกรณีผ่าตัด 1 ข้าง และ 2 ข้าง รวมจำนวน 8,090-10,864 ครั้ง เฉลี่ยผู้ป่วยรับบริการ 9,735

ครั้งต่อปี⁽²⁾ พยาธิสภาพของภาวะข้อเข่าเสื่อมเกิดจากภาวะที่ร่างกายสูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อและน้ำไขข้อที่ลดลง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของกระดูกบริเวณข้อ เช่น เกิดกระดูกงอกในข้อ เยื่อหุ้มข้อหนาตัวมากขึ้น อันจะส่งผลให้เกิดอาการปวดในข้อ ข้อบวม พิสัยการเคลื่อนไหวข้อลดลง เสียแรงในข้อ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง⁽³⁾

ปัจจัยกระตุ้นการเกิด โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of the knee) มีหลายปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาโรคนี้ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นหลายประเภทได้ ดังนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic Factors) เช่น ประวัติครอบครัวของโรคข้อเข่าเสื่อมอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้ ลักษณะของกระดูกและข้อต่อ: บางคนอาจมีลักษณะโครงสร้างข้อที่ทำให้เสี่ยงต่อการเสื่อมสภาพมากขึ้น เช่น ข้อที่มีความไม่สมดุลหรือกระดูกที่อ่อนแอ
2. ปัจจัยทางกายภาพ (Physical Factors) ได้แก่ อายุ: อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เพราะเมื่ออายุมากขึ้นเนื้อเยื่อในข้อเข่าจะเสื่อมสภาพลง, เพศผู้หญิงมักมี

โอกาสเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะหลังวัยหมดประจำเดือน, น้ำหนักตัว (Obesity) น้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเนื่องจากน้ำหนักที่มากทำให้ข้อเข่าต้องรับภาระหนักมากขึ้น, การใช้งานข้อเข่ามากเกินไป การทำงานที่ต้องใช้ข้อเข่าอย่างหนัก หรือการเล่นกีฬาอย่างต่อเนื่องอาจทำให้ข้อเข่าเกิดความเสียหาย การบาดเจ็บที่ข้อเข่า เช่น กระดูกหักหรือเอ็นฉีกขาดอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในอนาคต

3. ปัจจัยทางสุขภาพ (Health Conditions) ได้แก่ โรคข้ออักเสบ (Rheumatoid arthritis): เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของข้อ ซึ่งอาจนำไปสู่โรคข้อเข่าเสื่อมในภายหลัง โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia): ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้มีการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อข้อเข่า โรคเบาหวาน (Diabetes): การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีอาจส่งผลให้เกิดการเสื่อมสภาพของข้อเข่าได้เร็วขึ้น

4. ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต (Lifestyle Factors) ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย: การขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อรอบๆ ข้อเข่าอ่อนแอและไม่สามารถรองรับน้ำหนักตัวได้ดี หรือการออกกำลังกายที่ไม่ถูกวิธีหรือทำในลักษณะที่สร้างแรงกดดันมากเกินไปกับข้อเข่าอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือความเสื่อมของข้อเข่า

5. ปัจจัยด้านโภชนาการ (Nutritional Factors) การขาดสารอาหาร: การขาดวิตามินและแร่ธาตุบางชนิด เช่น วิตามินดี แคลเซียม หรือคอลลาเจนอาจทำให้กระดูกและข้อต่ออ่อนแอลง หรือการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ: การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือน้ำตาลสูงอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม⁽⁴⁾

ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดข้อเสื่อมสูงขึ้นทำให้มีอาการปวด เคลื่อนไหวข้อลำบาก หลังตื่นนอนตอนเช้า หรือมีเสียงกรอบแกรบที่เข่าขณะเคลื่อนไหว (knee crepitus) ซึ่งในระยะยาวอาจส่งผลให้การเดิน การขึ้น-ลงบันได การออกกำลังกายลดลง ปัญหาการนอนหลับ มีภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่

ความพิการ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อปัญหาทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม⁽¹⁾ การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเริ่มจากการรักษาที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ความรู้ การลดน้ำหนัก กายภาพบำบัด และการบริหาร (Therapeutic exercise)⁽⁵⁾ การรักษาด้วยการใช้ยา และการผ่าตัด⁽³⁾ การรักษาโดยการผ่าตัด คือการเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด (total knee replacement) เป็นการผ่าตัด เพื่อแก้ไขโรคข้อเข่าที่มีพยาธิสภาพของกระดูกอ่อนข้อต่อที่เสียหายอย่างรุนแรง ที่ไม่สามารถรักษาด้วยการใช้ยา และผลสัมฤทธิ์ของการผ่าตัด คือ การลดความเจ็บปวด และการเคลื่อนไหวของข้อเข่าที่ใกล้เคียงธรรมชาติ เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย⁽³⁾ สำหรับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยการให้ข้อมูลความรู้และเตรียมความพร้อม ด้วยคู่มือการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการรักษา การจัดการความปวด และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย⁽⁶⁻⁷⁾ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้⁽⁸⁻⁹⁾

1) ระยะก่อนผ่าตัด มีการประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้ความรู้ก่อน และหลังผ่าตัด

2) ระยะหลังผ่าตัด การประเมินความปวด การจัดการความปวด ชนิดใช้ยา และไม่ใช่ยา การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด

3) ระยะก่อนจำหน่าย โดยใช้ หลัก D METHOD โดยให้ผู้ดูแล มีส่วนร่วม ให้สามารถกลับไปอยู่บ้าน และทำกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม ทำให้ข้อเข่าสามารถงอได้มากกว่า 90 องศา ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงมีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมกระดูกและข้อจำนวน 3 คน โดยในปี 2564-2567 งานบริการผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมกระดูก โดยมีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมารับบริการ เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2564-2567 จำนวน 980,1128,1287 และ 1,315 ราย ตามลำดับ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 9,23,67 และ 97 รายตามลำดับ ร้อยละ 78.40 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

โรคไขมันในเลือดสูง โรคไต โรคหัวใจ เป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 50.77 เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะช็อค ร้อยละ 13.08 ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ร้อยละ 0.78 และภาวะความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 0.7810 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจึงมีความสำคัญ เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เน้นการพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวด และฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษา จึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา สาเหตุการเกิดอาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
2. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
3. เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ค้นหาข้อมูลสถิติผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
2. ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานบริการผู้ป่วยนอก และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ Severe OA Both Knee Underline Hypertension with Dyslipidemia และนัดผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งหมด ในเดือนพฤษภาคม 2567 และดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติในประเด็นข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์การเจ็บป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ประเมินผลทางการพยาบาล

3. ศึกษาความรู้ทางวิชาการ จากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย

4. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์และจากเวชระเบียน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางของสมาคมวิชาชีพการพยาบาลแห่งอเมริกา (NANDA)

5. ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

6. สรุปผลกรณีศึกษา จัดทำเอกสารวิชาการ และเผยแพร่ผลงานตามลำดับ

มโนทัศน์ทฤษฎีของโอริเอม

ทฤษฎีจะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญ ได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors)⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังกล่าวถึงระบบการพยาบาล (Nursing System) นอกจากนี้โอริเอมยังกล่าวถึง ระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) ว่าเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของพยาบาลในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ

1) ระบบทดแทนทั้งหมด(Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล

3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบนี้มีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธี ดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน
2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้
3. การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิด ความล้มเหลว
4. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ
5. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment)⁽¹¹⁾ ผู้เขียน วางแผน วินิจฉัย และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดหลอดเลือดอุดตันเฉียบพลัน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ (re-admit) ในโรงพยาบาล มีผลการศึกษา ดังนี้

รายงานกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป :

หญิงไทยคู่ อายุ 65 ปี น้ำหนัก 69 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = 27.99 (อ้วน ระดับที่ 1) การศึกษา ปริญญาโท อาชีพข้าราชการบำนาญนักวิชาการสาธารณสุข วันที่เข้ารับการรักษา 27 พฤษภาคม - 5 มิถุนายน 2567 รวมวันที่รับการรักษา 9 วัน

อาการสำคัญ :

แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดเข้าทั้งสองข้าง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

8 ปี ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดขา ทั้ง 2 ข้างลักษณะของความปวดเป็นแบบขัดๆ แสบๆ มึนๆ ซาๆ ซาเริ่มผิดรูป มีลักษณะโก่งออกเล็กน้อยการเดิน และการเคลื่อนไหวลำบากมากขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน ต้องใช้ไม้เท้าพยุงเดินเนื่องจากกลัวล้ม รักษาด้วยการรับประทาน ฉีดยา และกายภาพอาการไม่ทุเลา, 3 เดือนก่อน อาการปวดเพิ่มมากขึ้น จึงไปพบแพทย์ที่คลินิกออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมรุนแรง แพทย์ให้ยารักษาอาการข้อเข่าเสื่อม 3 เดือน อาการไม่ทุเลา อาการปวดรุนแรง ต้องใช้ไม้เท้าพยุงเดิน แพทย์ต้องรักษา ด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้ง 2 ข้าง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ประวัติการได้รับการผ่าตัด/การได้รับอุบัติเหตุ :

มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ไปรับการตรวจตามนัดทุกครั้ง การกินยาตามที่แพทย์แนะนำ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดได้อยู่ในระดับดี

- ประวัติการแพ้ยา : ผู้ป่วยแพ้ยา Diclofenac (มีบัตรแพ้ยา)

- ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ปฏิสันโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปฏิสันการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคติดต่อหรือโรคร้ายแรงใดๆ ปฏิสันการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- สภาพบ้านที่ผู้ป่วยอาศัยเป็นบ้าน 2 ชั้น เป็นปูนอากาศถ่ายเทสะดวก สะอาดดีก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยเดินขึ้นลงบันไดได้ 1 ปีที่มีอาการปวดเข่า 2 ข้างมากจึงย้ายลงมานอนที่ชั้นล่าง เพราะสะดวกมากกว่าชั้นบน ภายในตัวบ้านมีห้องเป็นแบบชักโครกและมีราวจับ

การรักษาที่ได้รับ :

วันที่ 27 พฤษภาคม 2567 รับนอน รพ.เวลา 14.12 น. เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมรับประทานอาหารธรรมดาได้ อาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดร่างกาย ตัดเล็บสั้นไม่ทาสิ่เล็บมือเล็บเท้า จองเลือดก่อนผ่าตัด PRC 2 unit ให้ยาเดิมรับประทานต่อ Norgesic 35+450 mg 1 tab 2 pc ยาระบายมะขามแขก 400 mg 2 cap oral hs prn for constipation Amlodipine (10 mg.) 1/2 tab oral hs, 24.00 น. 0.9% NSS 1000 ml. iv drip 80 ml/hr. งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน เข้าให้อาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดร่างกายอีกครั้ง



วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 6.00 น. Repeat

Hct = 32% Retain foley's catch

เวลา 08.15 น. ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด สัญญาณชีพ

T 36.7 °C PP 94 /min RR = 20/min BP 128/80 mmHg.

เวลา 08.20 น. รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เตรียม

ความพร้อมผู้ป่วย ทึ่มผ่าตัด เครื่องมือ เครื่องผ้าและอุปกรณ์ใช้ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมความดันโลหิต (BP) 120/70 mmHg., อุณหภูมิ (T) 37.1°C, ชีพจร (P) 100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ (R) 18 ครั้ง/นาที, O₂Sat 97%

เวลา 8.40 น. เริ่มให้การระงับความรู้สึกโดยวิธี

Spinal Block ด้วย 0.5% heavy Marcaine 3 ml + Morphine 0.2 mg Analgesic level ~T4 หลังเสร็จการทำ Spinal Block B.P = 128/72 mmHg PP 98 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ดังนี้: on dansetron 4 mg iv, Dexamethasone 4 mg iv เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ Cefazolin 1 gm iv at 8.56 น. และ Transamine 750 iv at 9.05 น. ผู้ป่วยมีความกังวลมาก ให้ Dormicum 1 gm iv ผู้ป่วยคลายกังวลพูดคุยรู้เรื่องตลอดระยะเวลาการผ่าตัด,

เริ่มผ่าตัด Rt TKA โดย on Tourniquet Rt Leg

280 mmHg เวลา 09.18 น. จนเสร็จสิ้นการผ่าตัดเวลา 10.30 น. off Tourniquet รวมเวลา on Tourniquet 1 ชั่วโมง 12 นาที และ

เริ่มผ่าตัด Lt TKA โดย on Tourniquet Lt Leg

280 mmHg เวลา 10.31 น. จนเสร็จสิ้นการผ่าตัดเวลา 11.44 น. off Tourniquet รวมเวลา on Tourniquet 1 ชั่วโมง 13 นาที

ขณะผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ

ถามตอบได้ตามปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP = 106/70-128/80 mmHg, HR 78-100 ครั้ง/นาที RR 18-20 ครั้ง/นาที O₂Sat 96-100% ไม่มีอาการเจ็บปวด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนขณะผ่าตัดเสร็จสิ้นการผ่าตัด เวลา 11.40 น. Estimate Blood Loss ประมาณ 200ml, Urine Out put1, 000 ml. Intake 750 ml (0.9%NSS 200ml + Acetar 550 ml)

ขณะอยู่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไป

ปกติ ขาทั้งสองข้างยังชา ไม่ปวดแผลผ่าตัด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน BP 116/70-122/80 mmHg HR 80-52 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที O₂Sat 98-100% ดูแลจนครบ 1 ชม. ส่งดูแลต่อตึกผู้ป่วย⁽³⁾

เวลา 13.20 น.: รับผู้ป่วยกลับจากห้องพักฟื้น

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน สัญญาณชีพ T 36 °C PP 84 /min RR = 20/min BP 105/69 mmHg. O₂Sat = 99% S/P Bilateral TKA under Spinal Block with Redivac Drain ข้างละ 1 ขวด ปิดแผลด้วย Fixumu พัน EB ไว้แผลไม่ซึมให้นอนราบจนถึง 17.00 น. งด Opiod ถึง 09.00 น. (29/05/67) ครบเปิด Clamp Redivac drian เวลา 15.00 น. 0.9% NSS 1000 ml. iv drip 80 ml/hr. Urine Flow ดีสีเหลืองใส 18.00 น. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดตึงแผลเล็กน้อย กระดกปลายเท้าได้ ให้นอนยกปลายเท้าสูง ไม่หนุนหมอนใต้ข้อพับ ประคบเย็น ผู้ป่วยนอนราบได้ ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด : ไม่พบ Urine 250 ml content มีเพิ่ม (เข้าซ้าย 200 cc., เข้าขวา 100 cc) (รวมทั้งหมด 300 cc) กายภาพกระตุ้นทำ ROM Exercise การรักษาที่ได้รับ Dynastat 40 mg iv q 12 hr x 3dose then 20 mg iv q 12 hr x 4dose , Cefazolin 1 gm iv q 6 hrs. Paracetamal 500 mg 1 tab oral prn, มะขามแขก 2 cap hs prn for constipation

หลังผ่าตัดวันที่ 1 (29 พฤษภาคม 2567) Pain

Score = 3/10 คะแนน morphine Syrup 2 ml. ทุก 6 ชั่วโมง x4 dose (around the clock) Paracetamal 500 mg 1 tab oral prn Dynastat 20 mg iv q 12 hr x 4dose , Cefazolin 1 gm iv q 6 hrs. เวลา 10.00 น. BP drop 80/50 mmHg รายงานแพทย์ให้ Load NSS 0.9% 1000 ml load 500 ml 11.20 น. หลัง Load BP = 100/60 mmHg , P = 96 T36.9 RR = 20/min 11.20 น. Repeat Hct = 29.8 % ให้ PRC gr B = 1 unit (250ml) เลือด เลือดหมดเวลา 14.45 น. 16.00 น. ประเมิน content จาก Redivac Drain มีเพิ่ม (เข้าซ้าย 130 cc, เข้าขวา 130 cc) BP = 96/62 mmHg PP = 84/min RR = 20/min 22.00 น. อาการและสัญญาณชีพ

ปกติ BP = 111/69mmHg PP = 824/min RR = 20/min
O₂Sat = 99% Repeat Hct = 32.4%

หลังผ่าตัดวันที่ 2 (30 พฤษภาคม 2567) Pain Score=5/10 คะแนนให้ Morphine 10 mg dilute 10 ml ฉีดยาครั้งละ 2 ml iv ทุก 6 ชั่วโมง (01.30 น.)

หลังผ่าตัดวันที่ 3 (31 พฤษภาคม 2567) off drain at 06.00 น. no active bleed ลูกนั่งข้างเตียงได้ ยังไม่เดิน แผลไม่ซึม ประคบเย็น ไม่บ่นปวดแผล

หลังผ่าตัดวันที่ 4 (1 มิถุนายน 2567): ปวดแผล PS=5/10 ให้ Morphine 10 mg dilute 10 ml ฉีดยาครั้งละ 2 ml iv ทุก 6 ชั่วโมง (10.00 น.) 15.30 น. ประคบเย็น ทุเลาปวด 2/10 ฝึกเดินด้วย Walker ได้แต่งอเข่าไม่ได้ถึง 90° เหยียดขาได้

หลังผ่าตัดวันที่ 5 (2 มิถุนายน 2567): หลังฝึกยืน PS=5/10 ให้ Morphine 10 mg dilute 10 ml ฉีดยาครั้งละ 2 ml iv ทุก 6 ชั่วโมง (12.30 น.) ทุเลาปวด PS เหลือ 2/10 งอเข่าได้แต่ < 90° 20.00 น. บ่นท้องอืด, ไม่ถ่าย อุจจาระมา 5 วัน ให้ยาระบายมะขามแขก หลังให้ยาระบาย 23.30 น. ถ่ายได้ 1 ครั้ง

หลังผ่าตัดวันที่ 6 (3 มิถุนายน 2567): PS=5/10 ให้ Morphine 10 mg dilute 10 ml ฉีดยาครั้งละ 2 ml iv ทุก 6 ชั่วโมง (18.00 น.) ทุเลาปวด PS เหลือ 2 หลังพักได้, ไม่ถ่ายอุจจาระ มา 5 วันบ่นอึดแน่นท้องให้ยาระบาย มะขามแขก หลังให้ยาระบายแต่ยังไม่ถ่าย

หลังผ่าตัดวันที่ 7 (4 มิถุนายน 2567): ฝึกเดินด้วย Walker ได้แต่งอเข่าไม่ได้ถึง 90° เดินเข้าห้องน้ำด้วยตัวเองได้ Pain Score=3 คะแนน ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ป่วยกระตุ้น ambulation 23.00 เดินได้ด้วย walker ทุเลาปวด งอเข่าได้ > 90°

หลังผ่าตัดวันที่ 8 (5 มิถุนายน 2567): อาการปวดลดลง PS = 0 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีใช้ Walker ช่วยเดิน Range of motion (ROM) 0-120 degree Quadriceps muscle และ Hamstrings muscle ระดับ 3 แผลแห้งดี ไม่บวมแดง ยังปวดเข่าเล็กน้อย PS 2 คะแนนตัดไหม และจำหน่ายกลับบ้าน รวมวันนอนโรงพยาบาล 9 วัน แพทย์นัด Follow Up 3 เดือน (27 พฤศจิกายน 2567)

ผู้เขียนในบทบาทพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิก ศัลยกรรมกระดูกและข้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระ

พระยุพราชตะพานหิน ได้ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายใน ระยะวางแผนจำหน่ายผ่านระบบ Telemedicine ซึ่งผู้ป่วยมีศักยภาพในการใช้ Smart Phone จำนวน 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองที่บ้าน 1 และ 2 เดือนหลังการผ่าตัดและมาตรวจตามนัดเมื่อครบ 3 เดือน พบว่า แผลแห้งดี ไม่มีอาการบวมแดงที่เข้าผู้ป่วย สามารถฟื้นฟูสภาพข้อเข่า งอเข่าได้ 0-120 องศา เดินได้โดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดินได้อย่างมั่นคง สามารถทำ กิจกรรมประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ มีอาการปวดเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

และการวางแผนทางการพยาบาล

ระยะที่ 1 การพยาบาลขณะตรวจรักษาขณะอยู่ แผนกผู้ป่วยนอก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 :

ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยสอบถามว่าตัวเองจะเดินได้ สีหน้าแสดงความวิตกกังวล หน้ามึน คิ้วขมวด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล :

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคที่เป็น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล :

ผู้ป่วยรับทราบ และสามารถปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและความวิตกกังวลลดลง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และรับฟังความคิดเห็นอย่าง สนใจ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และญาติให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล พุดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

3. อธิบายเกี่ยวกับโรคโดยใช้ภาพประกอบเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การใช้ระงับความรู้สึก



4. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้คำแนะนำ การดูแลความสะอาดร่างกายเย็บก่อนวันผ่าตัด และเข้า ก่อนไปผ่าตัด การทำความสะอาดช่องปาก การตัดเล็บให้สั้น การพักผ่อนที่เพียงพอ การงดน้ำ และอาหาร หลังเที่ยงคืน และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เข้าวันผ่าตัด และทบทวนการบริหารกล้ามเนื้อและข้อ

5. อธิบายถึงเหตุผลการพยาบาล หรือทำหัตถการให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง

6. ประเมิน สีนัยทางที่ ที่แสดงถึงความวิตกกังวล ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาวะของโรค ความจำเป็นของการผ่าตัด

การประเมินผลการพยาบาล :

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนไปห้องผ่าตัด ครบถ้วน

ระยะที่ 2 การพยาบาลหลังการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 :

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือด ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ข้อมูลสนับสนุน :

1. เป็นการผ่าตัดใหญ่ (Major Surgery) Both Knee Total Atroasty Both Knee
2. มีเลือดออกทาง Vacuum (เข้าซ้าย 130 ml, เข้าขวา 130 ml) รวม 260 ml
3. มีภาวะซีด Hct = 29.8% ระดับความดันลดลง BP = 80/50 mmHg

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย จากการสูญเสียเลือด ภายหลังการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน :

สัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัดไม่มี Active bleeding ไม่มีภาวะซีด

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital signs) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงกระทั่งสัญญาณชีพ เป็นปกติจนครบ 24 ชั่วโมงแรก
2. ประเมินและสังเกต ลักษณะของบาดแผล บันทึกรายงานจำนวน และลักษณะของเลือดที่ออก

จากสายระบายเลือด ถ้ามากกว่า 200 ml./hr. หรือมีลักษณะ active bleeding รายงานแพทย์

3. ดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และบันทึก ปริมาณ น้ำเข้า และน้ำออก

4. สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือด เช่น ซีด เวียนศีรษะ หน้ามืด ปลายมือปลายเท้าเย็น รวมทั้งติดตาม ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผลการพยาบาล :

1. ผู้ป่วยได้สารน้ำคือ NSS0.9%1000 ml iv load 500 ml Load และ PRC gr B = 1 unit (250ml)
2. สัญญาณชีพ BP = 111/69 mmHg PP = 824/min RR = 20/min O₂Sat = 99% ขณะให้ PRC iv drip ไม่มีอาการผิดปกติ ค่าความเข้มข้นของโลหิต 32.4% ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99% แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม เปลือกตาไม่ซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 :

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดส่วนลึก (deep vein thrombosis) ภาวะก้อนไขมันอุดตันปอด (fat embolism)

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอ้วนระดับที่ 1 ค่าดัชนีมวลกาย = 27.99

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดส่วนลึก และภาวะก้อนไขมันอุดตันปอด

เกณฑ์การประเมิน :

กระดกข้อเท้าขึ้นลงได้ ไม่มีอาการชา อ่อนแรง หายใจสม่ำเสมอ 18-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีหอบเหนื่อย หายใจลำบาก และ Blanching test < 2 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล :

1. วัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะระดับอุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของชีพจรทุก 4 ชั่วโมง
2. ประเมินการไหลเวียนเลือดที่ส่วนปลาย (Blanching test)
3. ประเมินการทำงานของเส้นประสาท และหลอดเลือดเกี่ยวกับเรื่อง อาการปวด เย็น บวม ซีดคล้ำ

ชีพจรไม่ได้ อาการชา และเคลื่อนไหวว้ายวะไม่ได้อย่างต่อเนื่อง หากพบสิ่งผิดปกติให้รายงานแพทย์

4. ประเมินภาวะลิ่มเลือด หรือไขมันอุดตันในเส้นเลือด โดยประเมินอาการ กระสับกระส่ายสับสน สัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย โดยในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันอุดตันในเส้นเลือด (fat embolism) จะมีไข้สูง (39 - 40°C) และจุดเลือดออกตามบริเวณหน้าอก รักแร้ และเปลือกตา

5. จัดท่าทั้งสองข้างที่ผ่าตัดในลักษณะขาเหยียด และวางบนหมอน เพื่อลดบวม จัดให้ขาตั้งตรงไม่บิดเข้าในหรือออกนอก จัดให้ส้นเท้าลอยอิสระ

6. พันผ้าบริเวณแผลผ่าตัด ไม่ให้แน่นเกินไป

7. กระตุ้นให้ดื่มน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอ

8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ให้ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา การบริหารกล้ามเนื้อข้อเท้า การหายใจเข้าออกให้เต็มที่ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ

ประเมินผลการพยาบาล :

ผู้ป่วยสามารถกระดกข้อเท้าขึ้นลงได้ ไม่มีอาการชา คลำชีพจรหลังเท้า ได้ชัดเจน หายใจสม่ำเสมอดี ไม่มีอาหารเหนียวหอบ 18-20 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 :

ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยบ่นปวดแผล เวลาเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับความปวด 5 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลง หรือไม่ปวดแผล

เกณฑ์การประเมิน :

ผู้ป่วยไม่บ่นปวดแผล เวลาเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับความปวด ลดลงน้อยกว่า หรือเท่ากับ 3 คะแนน และผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินความเจ็บปวด โดยใช้แบบประเมินความปวด (Pain scale) เช่น Numerical/rating scale (NRS) ประเมินอาการที่แสดงต่อความเจ็บปวด เช่น สีหน้า คำพูด ท่าทาง

2. สอนให้ใช้เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation technique) เช่น การบริหาร การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

(deep breathing exercise)

3. ประคบเย็น โดยใช้ cold pack ที่อุณหภูมิ 18-22 องศา ใช้ผ้าสะอาดห่อ cold pack วาง cold pack ข้างขอบแผล ไม่ให้สัมผัสแผล ใน 4-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ให้ประคบ 20 นาที ทุก 2 ชั่วโมง และ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประคบ 20 นาที ทุก 4 ชั่วโมง

4. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Morphine (2 mg/ml Syrup) 2 ml. ทุก 6 ชั่วโมง x4 dose., Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn, Dynastat 20 mg iv q 12 hr x4dose และ Morphine 10 mg dilute 10 ml ฉีดครั้งละ 2 ml prn iv ทุก 6 ชั่วโมง

5. สังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียน คัน ตามตัว ง่วงซึม

6. ประเมิน sedation score q 4 hr. if > 2 รายงานวิสัญญีแพทย์

7. แนะนำให้ทำสันทนาการที่เหมาะสม เช่น การดูซีรีย์มีเดียเพื่อผ่อนคลายด้านจิตใจและเบี่ยงเบนความรู้สึกปวดแผลผ่าตัด

8. จัดสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยดูแลเรื่องแสงไฟ และทำหัตถการในคราวเดียวกัน: ช่วยเหลือจัดท่านั่ง ท่านอน ให้ผู้ป่วยสุขสบาย ข้อเท้าไม่ปวดตึง พร้อมทั้งให้คำแนะนำผู้ดูแล

การประเมินผลการพยาบาล :

ระดับความปวดลดลง เหลือ 2 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 :

เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ลดลงภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเข้า วันที่ 3 On Knee Brace ไว้ อ่อนเพลีย On O₂ canular 4 LPM O₂Sat 96% ยังไม่ได้ลงหัตถ์เดิน ที่กายภาพบำบัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมิน :

ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

2. ประเมินความสามารถของกำลังขาข้างที่ทำ ผ่าตัดทั้งสองข้าง และความสามารถ ที่ผู้ป่วยทำได้เกี่ยวกับการลงน้ำหนักขาข้างผ่าตัด

3. ปรับระดับเตียงให้ต่ำสุด และยกราวกันเตียง ทั้งสองข้างขึ้นทุกครั้ง หลังทำ หัตถการ หรือเมื่อไม่มีญาติ อยู่ด้วย

4. วางสิ่งของเครื่องใช้ไว้ใกล้มือ และจัดแสงสว่าง ให้มีความเพียงพอ

5. ดูแล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่ง Ambulation ออกกำลังกายด้วยตนเอง (Active Exercise) และฝึก การเกร็งกล้ามเนื้อ แบบ Isotonic exercise

6. การช่วยเหลือผู้ป่วย ในการเคลื่อนไหวร่างกาย การฝึกหัดเดินครั้งแรก โดยในการลงเตียง ให้ช่วยพยุง จากเตียงไปยังด้านเดียวกับขาข้างที่ผ่าตัด และดูแลให้ สายต่างๆ ที่อยู่กับตัวผู้ป่วย ให้อยู่ในสภาพเรียบร้อย แนะนำ การเดินด้วยโครงเหล็กสี่ขา (Walker)

7. ติดตาม ระวังการตกเตียงที่หัวเตียง และที่ แพ้ผมศีรษะเป็นผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล :

ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม ผู้ป่วยสามารถใช้ โครงเหล็กสี่ขาได้

ระยะที่ 3 ระยะก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 :

ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน :

แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และผู้ป่วยไม่ทราบว่า ต้องดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล :

ผู้ป่วยมีความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมิน :

ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตัวหลังผ่าตัด และสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล :

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม เกี่ยวกับทฤษฎีระบบ การที่เน้นให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ผู้ป่วยให้สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ

ความผาสุก และการ มีคุณภาพชีวิตที่ดี กรณีศึกษา นี้ พยาบาลได้ทำหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว (ภรรยาผู้ป่วย) เข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมความสามารถใน การดูแลตนเอง (Self-care agency) ของผู้ป่วยโดย

1. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม

2. ทบทวนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และการดูแล ตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การฝึกบริหาร กล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าอย่างสม่ำเสมอ การฝึกเหยียด งอข้อเข่า อย่างต่อเนื่อง และควรงอข้อเข่าได้อย่างน้อย 100 องศา การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การขึ้น ลงบันได การออกกำลังกาย การนั่งที่เหมาะสม ควรนั่งบน เก้าอี้ ไม่ควรนั่งพับเพียบ หรือนั่งยองๆ และการใช้ อุปกรณ์ ช่วยเดิน (walker)

3. หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วย ต้อง ดูแลแผลผ่าตัดให้แห้ง และห้ามโดนน้ำประมาณ 10 ถึง 14 วันหลังผ่าตัด ไม่แนะนำให้แช่ในอ่างอาบน้ำ ส่วนการ ลงน้ำหนักได้ทันที ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ในช่วง 4 สัปดาห์แรก โดยเริ่มจากอุปกรณ์ช่วยเดินแบบสี่ขา เพื่อความมั่นคงขณะเดินและลดอาการปวดจากการลง น้ำหนักที่ขา เมื่อผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักได้มากหากไม่ มั่นใจให้ปรึกษา แพทย์ พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด เพื่อให้คำแนะนำ และตรวจภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดย แนะนำข้อควรปฏิบัติหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียม⁽¹²⁾ ดังนี้

3.1 อาการบวมของขาที่ผ่าตัดอาจใช้เวลาถึง ประมาณ 6 เดือนในการกลับสู่ภาวะปกติ การวางแผ่นเย็น (cold pack) จะช่วยลดอาการบวม และอาการปวดของ ข้อเข่าข้างที่

3.2 การนอน หากนอนหงายให้นอนหงายเข่า เหยียดตรง แล้วใช้ม้วนผ้าขนหนูวางไว้ใต้ข้อเท้าขาข้าง ผ่าตัด จุดประสงค์ของการนอนแบบนี้เพื่อให้ขาที่ผ่าตัด เหยียดได้ตรง ผู้ป่วยไม่ควรใช้หมอนใดๆ วางใต้ข้อเข่าที่ ผ่าตัดในขณะที่นอน

3.3 การนั่งนาน อาจจะทำให้ขาข้างผ่าตัดเกิด อาการชาแข็ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรนั่งนานไม่เกิน 45 นาที

4. แนะนำอาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่ อาหาร จำพวกโปรตีน แคลเซียม : แนะนำการดูแลแผล กรณีมี อาการปวด บวมแดง ต้องมาพบแพทย์

5. แนะนำการใช้อาบน้ำเมื่อกลับบ้าน ตามแผนการ รักษาของแพทย์

6. แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามผลการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล :

เกิดการดูแลตนเอง (Self Care)⁽¹¹⁾ ในระดับบุคคล และครอบครัวโดย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ การลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและเพิ่มอายุการใช้งานของข้อเข่าเทียม

ระยะที่ 4 การพยาบาลในระยะหลังจำหน่าย

ผู้ศึกษาได้ติดตามผู้ป่วยผ่านระบบTelemedicine ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เนื่องจากผู้ป่วยมีศักยภาพในการใช้ Smart Phone โดยติดตาม 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองที่บ้านดังนี้

การดูแลตนเองที่บ้านใน 1 เดือนแรก หลังผ่าตัด

1. ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องในเรื่องการใช้ข้อเข่าอย่างระมัดระวัง การนั่ง ยืน เดิน และการบริหารร่างกาย
2. ควรเริ่มเดินในระยะสั้นๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง แล้วค่อยๆ เพิ่มระยะทางหรือเวลาเดินให้มากขึ้น ในสองสัปดาห์แรกแนะนำให้ใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน เพื่อช่วยพุงน้ำหนัก หลังจากนั้นหากผู้ป่วยมีความมั่นใจแล้วสามารถยืนเดินด้วยตนเองได้
3. หลังเดินหรือนั่งห้อยขา ควรนอนยกปลายเท้าให้สูงกว่าระดับหัวใจ โดยใช้หมอนวางบริเวณขา และวางแผ่นประคบเย็นที่เข่าเพื่อลดอาการปวดบวม
4. ผู้ป่วยควรระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุหกล้ม โดยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่ให้เกิดขวางทางเดิน เปิดไฟให้มีแสงสว่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการเดินบนพื้นต่างระดับ หรือพื้นเปียกชื้น ภายในห้องน้ำควรมีราวเกาะ
5. ในการทำงานวัตรประจำวัน ควรทำอย่างช้าๆ เช่น เวลาเอี้ยวตัว หรือหมุนตัว ไม่ควรทำอย่างทันทีทันใด

การดูแลตนเองที่บ้านในเดือนที่ 2

1. ในช่วงเดือนที่ 2 ผู้ป่วยอาจเดินได้ปกติมากขึ้น ส่วนใหญ่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์พยุงเดิน บางรายอาจยังต้องใช้อุปกรณ์พยุงเดิน (เครื่องช่วยพยุงเดิน ไมค์ยัน ไมเท้า)

ช่วงนี้ผู้ป่วยยังต้องบริหารร่างกายและฝึกเดินต่อไป เริ่มทำกิจกรรมนอกเหนือจากชีวิตประจำวันได้มากขึ้นจนสามารถเข้าข้อเข่าได้เป็นปกติ และควรไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ข้อเข่าแข็งแรงและใช้งานได้ดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด

2. หลังผ่าตัดประมาณ 3 เดือนแรก อาจยังรู้สึกข้อเข่าบวมและอุ่นเล็กน้อยโดยเฉพาะหลังการฝึกออกกำลังกายหรือเหยียดเข่าใหม่ๆ จึงควรประคบเย็นที่บริเวณข้อเข่าบ่อยๆ และเวลานอนให้วางเท้าสูงบนหมอน หรือเวลานั่งให้น้ำเท้าวางบนเก้าอี้กึ่งตัวเพื่อลดอาการบวมและเพิ่มการไหลเวียนเลือด

3. แจ้งวันนัดพบแพทย์ที่แผนกบริการศัลยกรรมกระดูกและข้อ ล่วงหน้า 1 วัน

สรุปและวิจารณ์

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทยคู่ อายุ 65 ปี การศึกษาระดับปริญญาโท อาชีพข้าราชการบำนาญ น้ำหนัก 69 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = 27.99 (อ้วนระดับที่ 1) อาศัยอยู่กับสามี มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ไปรับการตรวจตามนัดทุกครั้ง การกินยาตามที่แพทย์แนะนำ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดได้อยู่ในระดับดี แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดเข่าทั้งสองข้างเนื่องจากรักษาด้วยยาและทำกายภาพมา 3 เดือน อาการไม่ทุเลา อาการปวดรุนแรง ต้องใช้ไม้เท้าพยุงเดิน แพทย์ต้องรักษา ด้วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Rt and Lt TKA ใช้เวลาในการผ่าตัด 2.39 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด BP drop 80/50 mmHg แพทย์ให้การรักษาโดย Load NSS0.9%1000 ml load 500 ml หลัง Load BP = 100/60 mmHg, P = 96 T36.9 RR = 20/min = 11.20 น. Repeat Hct = 29.8% ให้ PRC gr B = 1 unit (250 ml) ประเมินcontent จาก Redivac Drain ออกทั้งหมด 460cc หลังให้เลือด 4 ชั่วโมง Repeat Hct อยู่ในเกณฑ์ปกติ 32.4% off Drian วันที่ 3 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล Pain Score = 3-5/10 ได้ยาระงับปวด คือ Morphine 10 mg dilute 10 ml ฉีดครั้งละ 2 ml iv ทุก 6 ชั่วโมง จนกระทั่งไม่มีอาการปวด

Pain Score = 0/10 ในวันที่ 7 หลังการผ่าตัดด้านการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้ ambulation ตั้งแต่วันแรกหลังการผ่าตัด และฝึกเดินด้วย walker งอเข่า ได้ > 90 องศา Range of motion (ROM) 0-120 degree Quadriceps muscle และ Hamstrings muscle ระดับ 3 แผลแห้งดี ไม่บวมแดง ยังปวดเข่าเล็กน้อย ตัดไหม และจำหน่ายกลับบ้าน รวมวันนอนโรงพยาบาล 9 วัน แพทย์นัด Follow Up 3 เดือน ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการดีขึ้นมาก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ไม่มีภาวะพึงพิง

วิจารณ์

โรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งพบว่ายอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เพศหญิงจะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ได้มากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับฮอร์โมน เอสโตรเจน ซึ่งมีคุณสมบัติในการป้องกันการเสื่อมสลายของผิวกระดูกอ่อน⁽¹³⁾ จำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยอายุที่มากขึ้น หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้าลง⁽¹⁴⁾ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง มีความเสี่ยงสูง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อเข่าเสื่อมรุนแรง 2 ข้าง ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดควรมีการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดปัญหาอาการปวดข้อ ข้อฝืดแข็งกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอ่อนแรง โครงสร้างของข้อเปลี่ยน ข้อผิดรูปจนทำให้ไม่สามารถเดินได้ตามปกติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและมีคุณภาพชีวิตลดลง⁽¹⁶⁾ พยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลความรู้แนะนำการปฏิบัติตัว เตรียมความพร้อมร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในระดับบุคคล ช่วยให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

กรณีศึกษานี้มีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะอ้วน (BMI = 27.99) ทำงานหนัก ประกอบกับอายุที่มากขึ้นและขาดการออกกำลังกาย ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง มานานถึง 8 ปี รักษาด้วยการรับประทานยาและฉีดยาแก้ปวด และการทำกายภาพ

เพราะยังต้องทำงาน จนกระทั่ง 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าการใช้ยารับประทานและการทำกายภาพบำบัดเพื่อรักษาอาการข้อเข่าเสื่อมไม่ได้ผลจึงตัดสินใจไปพบแพทย์และรับรู้ว่าการรักษาข้อเข่าเสื่อมสามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการปวดได้ การส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัด และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีความสำคัญต่อการดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น⁽⁴⁾ ระบบการรักษายาบาลที่ได้มาตรฐาน นอกจากบุคลากรมีสมรรถนะที่ดี มีอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพื่อให้ปลอดภัยได้แล้ว ยังต้องมีการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมปัญหาทุกด้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การวางแผนจำหน่ายต้องประกอบด้วย 1) การประเมินทางการแพทย์ 2) การปฏิบัติการพยาบาล และ 3) การดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย⁽¹⁵⁾ กรณีศึกษานี้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว (บุตรสะใภ้และบุตรชาย) เป็นอย่างดีในการที่เข้ามาเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะ ช่วยให้การปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยและส่งเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเกิดการมีส่วนร่วมในการรักษาตนเองที่ถูกต้อง พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทอย่างมากในการดูแลให้กำลังใจกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองฟื้นฟูสภาพร่างกายผ่านระบบ Telemedicine ซึ่งเป็นช่องทางที่สะดวก ประหยัด ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาล และความแออัดจากการรอคอยได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Osteoarthritis. (2023). [Internet]. [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis>.

2. ประชาสัมพันธ์-สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2566) พรบ. หลักประกันสุขภาพ สิทธิบัตรทอง “ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าฟรียกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ใช้ชีวิตปกติ-ประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม” [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/news/3864>.
3. Cui A, Li H, Wang D, Zhong J, Chen Y, Lu H. (2020) Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. E Clinical Medicine. Dec;29-3.
4. จินพิชญชา สาธิมาส. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อกระดูกและข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 5. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต.
5. วราร์ ยืนยงวิวัฒน์. (2564). การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมชนิดซับซ้อน Complex Primary Total Knee Arthroplasty. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ จำกัด.
6. ชนนิษฐ์ ลิ้มสกุล. (2564). การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Rehabilitation in Total Knee Arthroplasty). ใน: วราร์ ยืนยงวิวัฒน์, บรรณาธิการ. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมชนิด ซับซ้อน Complex Primary Total Knee Arthroplasty. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ จำกัด; หน้า 253-69.
7. ศุภานัน ก้อนจันทร์, รัชณี นามจันทร์. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการความปวดและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน; 25:64-77.
8. ณัฐกฤต สว่างเนตร. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลบุคคลที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต.
9. นวลจันทร์ คุสุวรรณ์. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียม. วารสาร พยาบาลศาสตร์ ; 9:77-96.
10. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน. (2567) สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ประจำปี 2564- 2566.
11. Wongsri, P., & Chintapanyakun, T. (2018). Utilization of Orem' theory with caring and advice for patients with heart failure. Journal of Optoelectronic Nanostructures, 10(1), 209-219. (in Thai)
12. ร้อยตำรวจโทหญิง วิลาวัลย์ นาคปลัด. (2562) การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สำหรับการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. สงขลา: มหาลัยสงขลานครินทร์.
13. Baloch, N., Zubairi, A. J., Rashid, R. H., Hashmi, P. M., & Lakdawala, R. H. (2015). Effect of continuous passive motion on knee flexion range of motion after total knee arthroplasty. J Pak Med Assoc, 65(11 Suppl 3), 32-34.
14. สุทธิวรรณ เขวงเกียรติกุล, สุภาพ อาธิเอื้อ, พิชญ์ประอร ยังเจริญ, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. (2562). ความคาดหวังในผลลัพธ์หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารพยาบาลตำรวจ; 11:361-73.
15. จิตรรดา พงศราติก, แก้วใจ ทัดเจริญ. (2564). ปัจจัยทำนายการฟื้นฟูสภาพและประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน; 27:54-68.
16. สุวรรณศรีร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรา เฟื่องทอง, สระทอง. (2562). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562; 33(2):107-210.
17. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักงาน.