

เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ

Assessment	Intervention	Outcome
<p>1. ประเมินสภาพร่างกาย - ชักประวัติความเจ็บป่วยในอดีต/ปัจจุบัน/การแพ้ยา/ยาที่ใช้ประจำการผ่าตัด/การเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล² (level D)</p> <p>2. ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจ¹⁰ (level D)</p> <p>3. ประเมินความรู้ความเข้าใจและความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัด</p> <p>4. ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อปรับให้เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน</p>	<p>1. บันทึกการประเมินสภาวะสุขภาพ</p> <p>2. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ^{3,4} (level A)⁵(level C)</p> <p>...</p> <p>6. เป็นผู้ประสานงานในทีมสหวิชาที่รับปรึกษา (Consultation)</p> <p>1. ให้การพยาบาลทางด้านจิตใจโดยการสร้างสัมพันธภาพและความเข้าใจที่ดีกับผู้ป่วย</p> <p>1. ให้คำแนะนำ/ทวนสอบการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติโดยใช้คู่มือประกอบ^{11,12} (level A)</p> <p>1. แนะนำการปรับระดับของการนั่งขับถ่ายภายหลังผ่าตัดโดยปรับจากส้วมซึมเป็นส้วมโถนั่ง หรือจัดหาเก้าอี้สุขภัณฑ์วางครอบบนโถส้วมซึม</p> <p>...</p>	<p>1. สภาพร่างกายพร้อมสำหรับ</p> <p>2. ผู้ป่วยควรงดยา ก่อนผ่าตัด ASA (7-10 วัน), Warfarin (อย่างน้อย 5 วัน),.</p> <p>...</p> <p>1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล</p> <p>...</p> <p>1. ผู้ป่วย และญาติ เข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง</p> <p>...</p> <p>1. สภาพแวดล้อมที่บ้านเหมาะสม ปลอดภัย</p> <p>...</p>

ระยะหลังผ่าตัด (Interim)

Assessment	Intervention	Outcome
<p>1. ประเมินอาการจากการได้รับการดมยาสลบ / ยาระงับความรู้สึก</p> <p>- ระดับความรู้สึกตัว</p> <p>- สัญญาณชีพ</p>	<p>1. จัดให้ผู้ป่วยนอนราบหนุนหมอน ตะแคงหน้าเพื่อป้องกันการสำลัก ในกรณีได้รับยาระงับความรู้สึก ให้นอนราบ 6 ชั่วโมง ถ้ามีอาการปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน จัดให้นอนราบต่อจนครบ 12 ชั่วโมง²² (level D)</p> <p>...</p> <p>5. สังเกตอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก</p> <p>...</p>	<p>1. ผู้ป่วยนอนในท่าที่ถูกต้อง ไม่สำลักเมื่อมีอาการอาเจียน</p> <p>...</p> <p>7. ไม่เกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยตกเตียง</p> <p>...</p>
<p>2. ประเมินการเสียเลือด/ภาวะ Shock</p>	<p>1. ประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและจากท่อระบายเลือด⁶ (level D)</p> <p>...</p>	<p>1. เลือดออกจากแผลและท่อระบาย</p> <p>...</p>

**Research Utilization Project: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก
เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Total Hip Arthroplasty)**

Assessment	Intervention	Outcome
<p>3. ประเมิน/ป้องกันการติดเชื้อ¹³ (level C)</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริเวณแผลผ่าตัด - ระบบทางเดินหายใจ - ระบบทางเดินปัสสาวะ (ในรายผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ) 	<p>1. สังเกตอาการอักเสบบริเวณแผลผ่าตัด</p> <p>1. ประเมินการหายใจและบันทึกสัญญาณชีพ</p> <p>1. ส่วนคาสายปัสสาวะโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ</p> <p>6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำประมาณ 2,000 ซีซี/วัน</p>	<p>1. บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีอาการบวม</p> <p>1. ผู้ป่วยหายใจปกติไม่มีเหนื่อยหอบ</p> <p>1. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีกลิ่นเหม็น</p> <p>2. อวัยวะสืบพันธุ์สะอาด</p>
<p>4. ประเมิน/ป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนไหวหลุดของข้อสะโพกเทียม²⁷ (level C) - การเกิดแผลกดทับ - การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ/ลิ่มเลือดในปอด²⁷ (level C) 	<p>1. จัดเตรียมเตียงที่มี Over head frame เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ Trapeze ช่วยยกตัวเอง²⁸ (level D) ที่นอนต้องแน่นไม่เป็นหลุมเพราะจะทำให้ข้อสะโพกงอ</p> <p>2. จัดขาข้างที่ทำผ่าตัดให้อยู่ในท่ากางออก 15-30 องศา^{9, 29} (level D) โดยใช้หมอนสามเหลี่ยมคั่นระหว่างขา 2 ข้าง ปลายเท้าตั้งตรงไม่บิดเข้าหรือออก^{6, 28, 30} (level D)</p> <p>7. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น การ X-ray ควรเป็นแบบ Portable³¹ (level A)</p> <p>1. ควรจัดเตรียมที่นอนลม^{18, 19} (level A) หรือที่นอนฟองน้ำ</p> <p>1. สังเกตอาการเริ่มแรกของการเกิดภาวะก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำเช่น อณูภูมิความผิดปกติของสีผิวและเล็บเท้า²⁸ (level D)</p>	<p>1. ข้อสะโพกเทียมอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องไม่เคลื่อนไหวหลุด</p> <p>1. ผิวหนัง/ปุ่มกระดูกไม่เกิดแผลกดทับ</p> <p>1. ไม่มีการอุดตันของหลอดเลือดดำ</p>
<p>5. ประเมิน/ควบคุมอาการปวด³⁷ (level D)</p>	<p>1. ประเมินอาการปวดด้วย NRS (Numeric rating scale) อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>1. อาการปวดทุเลาลง ผู้ป่วยพักหลับได้</p>
<p>6. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก</p>	<p>วันที่กลับจากห้องผ่าตัด</p> <p>1. จัดให้ผู้ป่วยนอนราบ</p> <p>วันที่ 1-2 หลังผ่าตัด</p> <p>1. ออกกำลังกล้ามเนื้อโดยเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา กดเข่าลงบนที่นอน</p>	<p>1. ผู้ป่วยหายใจสะดวก</p> <p>1. กล้ามเนื้อต้นขา และสะโพกแข็งแรง</p>

เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ

Assessment	Intervention	Outcome
	<p>วันที่ 3-6 หลังผ่าตัด</p> <p>1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงโดยไขว้ขาเพียงนั่งได้ 60-90 องศา ขณะนั่งห้ามโน้มตัวไปข้างหน้า และงอข้อสะโพกเข้าหาลำตัวเกิน 90 องศา</p> <p>...</p> <p>4. ออกกำลังข้อสะโพก และข้อเข่าข้างที่ผ่าตัด โดยยืนเกาะเครื่องช่วยพยุงให้ลำตัวตั้งตรงและให้ผู้ป่วยเหยียดขาไปข้างหน้า ด้านข้าง และด้านหลัง</p>	<p>1. เปลี่ยนอิริยาบถได้ ไม่มีอาการหน้ามืด เป็นลม</p> <p>...</p> <p>3. ผู้ป่วยสามารถใช้เครื่องช่วยพยุงได้/ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดได้ถูกต้อง</p>

ระยะก่อนกลับบ้าน (Pre-discharge)

Assessment	Intervention	Outcome
<p>1. ประเมินการดูแลต่อเนืองที่บ้าน</p> <p>- ประเมินความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p> <p>- ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน/การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ</p> <p>- ประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ/สังคม/เศรษฐกิจ</p>	<p>1. สอนและสาธิตการทำกิจกรรมที่ควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติ³⁸ (level A)</p> <p>1.1 ขณะนั่ง นอนหรือยืน พยายามหลีกเลี่ยงการไขว้ขา นั่งไขว้ห้างและพยายามให้ขาอยู่ในท่าตรงปกติไม่หมุนเข้าหรือออก³¹ (level A)</p> <p>...</p> <p>1.7 แนะนำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและรอบข้อสะโพกให้แข็งแรง^{38, 39} (level A)</p> <p>1.8 มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่องและถูกต้อง</p> <p>...</p> <p>1. ในรายที่มีปัญหาการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ควรส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือแหล่งประโยชน์อื่นที่เหมาะสม หรือติดตามเยี่ยมบ้าน¹⁰ (level D)</p> <p>...</p> <p>1. พูดคุยซักถามปัญหา ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ</p> <p>2. ส่งสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาหรือปัญหาทางด้านสังคมอื่นๆ</p> <p>...</p>	<p>1. ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ถูกต้อง</p> <p>2. ร่างกายแข็งแรงและข้อสะโพกไม่ต้องรับน้ำหนักมากเกินไป ทำให้ข้อเกิดการสึกหรอและเสื่อมลงช้าลง</p> <p>...</p> <p>1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนืองเมื่อกลับบ้าน</p> <p>2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน/กลับเข้ารับรักษาซ้ำ</p> <p>...</p> <p>1. ผู้ป่วย/ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนือง</p> <p>2. ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือตามความเหมาะสม</p> <p>...</p>

หมายเหตุ : หมายเลขอ้างอิง ดูจากเอกสารอ้างอิงใน CNPG

**Research Utilization Project: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก
เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Total Hip Arthroplasty)**

ผลลัพธ์โดยรวม

1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อ การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม การเกิดแผลกดทับ การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด และการอุดตันในปอด

2. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวและดูแล ต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิงใน CNPG (ภาคผนวก)

1. Faulkner, A., Kennedy, L.G., Baxter, K., Donovan, J., Wilkinson, M., & Bevan, G. (1998). Effectiveness of hip prosthesis in primary total hip replacement : A critical review of evidence and an economic model. *Health Technology Assessment*, 2, 1-33.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (1998). *Report on a recommended referral document*. Edinburgh: SIGN (SIGN publication no.31).
3. Brown, S.J. (2001). Bed surfaces and pressure sore prevention: An Abridged report. *Orthopaedic Nursing*, 20(4), 38-40.
4. Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M., & Sjoden, P.O. (2001). Reduced incidence of pressure ulcers in patients with hip fracture: A 2- year follow-up of quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(5), 399-407.
5. Chan, E.Y., Tan, S.L., Lee, C.K., & Lee, J.Y. (2005). Prevalence, incidence, and predictors of pressure ulcers in a tertiary hospital in Singapore. *J Wound Care*, 14(8), 383-4, 386-8.
6. Maher, A., et al. (2002). *Orthopaedic Nursing* (3rd ed.). Philadelphia: W.B.Saunders.

7. Lacy, C.F., Armstrong, L.L., Goldman, M.P., & Lance, L.L. (2004-2005). *Drug information Handbook* (10th ed.). Hudson: Lexi-comp.
8. Pass, S.E. & Simpson, R.W. (2004). Discontinuation and reinstitution of medications during the perioperative period. *Am J Health-Syst Pharm*, 61, 899-912.
9. Harkess, J.W. (2003). Arthroplasty of hip. In S.T. Canale (Ed.) *Campbell's operative orthopaedics* Vol. one, (10th ed., pp.315-482). New York : Mosby Company.
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2002). *Prevention and management of hip fracture in older people*. Edinburgh: SIGN (SIGN Publication No.56).
11. Stern, C., & Lockwood, C. (2005). Knowledge retention from preoperative patient information. *Int J Evid Based Healthc*, 3, 45-63.
12. Butler, G.S., Hurley, C.A., Buchanan, K.L., & Smith-VanHorne, J. (1996). Prehospital education: effectiveness with total hip replacement surgery patients. *Patient Education and Counseling*, 29, 189-197.
13. Sumarnjaroen, A. (2003). Effects of a home-based management intervention program for family caregivers of elderly patients undergoing hip arthroplasty on elders' postoperative recovery and satisfaction. Unpublished Master's thesis (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
14. สุนมา แสนมาโนช. ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
15. Michael, D.R. & Quinn, M. (1995). Post-operative rehabilitation in primary total hip arthroplasty. *Operative Techniques in Orthopaedics*, 5, 356-360.

16. Vanderwee, K, Grypdonck, M.H., & Defloor, T. (2005). Effectiveness of an alternating pressure air mattress for the prevention of pressure ulcers. *Age Ageing*, 34, 261-7.
17. Cullum ,N., McInnes, E., Bell-Syer, S.E.M., & Legood, R. (2004). Support surfaces for pressure ulcer prevention. *The Cochrane Database of Systemic Reviews, Issue 3*.
18. Nuffield Institute of Health, University of Leeds and the NHS Centre for Reviews and Dissemination. (1995). How effective are pressure-relieving interventions for the prevention and treatment of pressure sores. *Effect Health Care Bulletin*, 2, 1-15.
19. Hofman, A., Geelkerken, R.H., Wille, J., Hamming, J.J., & Breslau, P.J. (1994). Pressure sores and pressure-decreasing mattresses: Controlled clinical trial. *Lancet*, 343, 568-571.
20. Altizer, L.L. (1998). Degenerative disorders. In A.B. Maher, S.W. Salmond, & T.A. Pellino, (Eds.). *Orthopaedic nursing* (2nd ed., pp.480-544). Philadelphia: W.B. Saunders.
21. Gillespie, W.J., & Walenkamp, G. (2001). Antibiotic prophylaxis for surgery for proximal femoral and other closed long bone fractures. *The Cochrane Database of Systemic Reviews, Issue 1*.
22. เอมอร ดำรงค์เลิศ. (2543). การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. ใน *ขวัญตา เกิดชูชื่น, ซาลินีย์ โฆษิตทาภิวัธน์, มุกดา เดชประพนธ์, สุจินดา ริมศรีทอง* (บก.) *คู่มือปฏิบัติการพยาบาล* (หน้า 340-369). กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสารจำกัด.
23. Skelly, J.M., Guyatt, G.H., Kalbfleisch, R., Singer, J., & Winter, L. (1992). Management of urinary retention after surgical repair of hip fracture. *Can Med Assoc J*, 146, 1185-9.
24. Barrett, M.B. (1993). Common Health Disorders in Medical-Surgical Clients. In J.M.Black & E.M. Jacobs. (Eds.), *Luckmann and Scrensen's medical-surgical nursing: A psychophysiological approach* (4th ed., pp.399-442). Philadelphia: W.B. Saunders.
25. บรรจง คำหอมกุล. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. ใน *วรรณิ์ สัตยวิวัฒน์ และคณะ* (บก.) *การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์* (หน้า 173-181). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โปศาศคิลป์การพิมพ์.
26. Avenell, A., & Handoll, H.H.G. (2005). Nutritional supplementation for hip fracture aftercare in older people. *The Cochrane Database of Systemic Reviews, Issue 2*.
27. Phillips, C.B., Barrett, J.A., Losina, E., Mahomed, N.N., Lingard, E.A., Guadagnoli, E.G., et al. (2003). Incidence rates of dislocation, pulmonary embolism, and deep infection during the first six months after elective total hip replacement. *J Bone Joint Surg Am*, 85, 20-26.
28. Smith, S.(Ed.). (1999). *Orthopaedic nursing care competencies: Adult acute care*. National Association of Orthopaedic Nurses.
29. ดวงใจ บุญนันท์. (2546). ข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด: สาเหตุและการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด. *วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย*, 8(1), 13-23.
30. Mourad, L. (1995). *Orthopaedic nursing*. Albany: Delmar Publisher.
31. Peak, E.L., Parvizi, J., Ciminiello, M., Purtili, J.J., Sharkey, P.F., Hozack, W.J., & Rothman, R.H. (2005). The role of patient restrictions in reduction the prevalence of early dislocation following total hip arthroplasty. *The journal of bone and joint surgery*, 84-A(2), 247-253.
32. Fractured neck of femur. Prevention and management. Summary and recommendation of a report of the Royal College of physicians. (1989). *J.R. Coll Physicians Lond*, 23, 8-12.
33. Pumraya, P., Thosingha, O., Satayawiwat, W., Kimpee, S., & Asawamongkolhul, A. (2003). The effect of nursing intervention utilizing clinical nursing practice guidelines for the prevention of pressure ulcers in orthopaedic patients. *Siriraj Hosp Gaz*, 55, 587-98.

**Research Utilization Project: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก
เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Total Hip Arthroplasty)**

34. สุปราณี เชื้อสุวรรณ. (2539). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่ข้อตะโพกเทียม. ใน วรณี สัตยวิวัฒน์ และคณะ (บก.), *การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์* (หน้า 372-420). พิมพ์ครั้งที่ 5. กทม: โปศาลศิลป์การพิมพ์.
35. Sarmiento, S., & Goswami, A.D.K. (1999). Thromboembolic prophylaxis with use of aspirin, exercise, and graded elastic stockings or intermittent compression devices in patients managed with total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*, 81, 339-346.
36. Davis, P. (2004). Venous thromboembolism prevention: An update. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 8, 50-56.
37. Royal College of Surgeons of England. (1990). *Commission on the Provision of Surgical Services: Report of the working party on pain after surgery*. London: Royal College of Surgeons of England.
38. Gilbey, H.J., Ackland, T.R., Tapper, J., & Wang, A.W. (2003). Perioperative exercise improves function following total hip arthroplasty: A randomized controlled trial. *Journal of Musculoskeletal Research*, 7, 111-123.
39. Gocen, Z., Sen, A., Unver, B., Karatosum, V., & Gunal, I. (2004). The effect of preoperative physiotherapy and education on the outcome of total hip replacement: A prospective randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 18, 353-358.
40. Dahm, D.L., Jacofsky, D., & Lewallen, D.G. (2004). Surgeons rarely discuss sexual activities with patients after THA. *Clin Orthop*, 428, 237-240.

A Research Utilization Project: Using Evidence-Based for Developing of Clinical Nursing Practice Guideline for Total Hip Arthroplasty Patients

*Pensri Lausawatchaikul** RN., M.N.S. (Adult Nursing)

*Tipawan Tritilanunt*** RN., M.Sc.(Public Health)

*Wantana Veerathaworn**** RN., M.Sc.(Public Health)

Abstract: This article presents the process of using evidence-based for developing of Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) for total hip arthroplasty patients. The CNPG was validated by experts and nurse practitioners. The CNPG was adjusted, according to their suggestions. It was implemented in an orthopaedic ward. The sample was 19 patients. The mean age was 70 years with a range of 40–89 years. The majority was diagnosed for fracture neck of femur (68.4%). Approximately, 79% had pre-existing medical problems, which were hypertension (63.2%) and diabetic millitus (21.1%). The mean length of stay and post-operative stay were 9.2 and 5.8 days respectively. They all had no post-operative complication. The results supported that the use of the CNPG could provide quality nursing care for total hip arthroplasty patients and could prevent post-operative complications.

Key Words : Clinical nursing practice guideline, Nursing care for hip arthroplasty patients, Post-operative complication

* Supervisor, Nursing Department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Professional Nurse, Nursing Department, Faculty of medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*** Head Nurse, Nursing Department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University