



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เวชศาสตร์ทันยุค 2568



บทที่ 15

แนวโน้มใหม่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า

กองบรรณาธิการ
คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2568
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เวชศาสตร์ทันยุค 2568

บรรณาธิการ คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2568
พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2568
ราคา 429 บาท

สงวนลิขสิทธิ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติการพิมพ์
ห้ามมิให้ทำซ้ำหรือลอกเลียนแบบโดยไม่ได้รับอนุญาต

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2568

เวชศาสตร์ทันยุค 2568.-- กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568.
514 หน้า.

1. เวชปฏิบัติ. I. ชื่อเรื่อง.

616

ISBN (E-book) 978-616-8201-47-3

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

สำนักพิมพ์ศิริราช งานวิชาการ สำนักงานคนบตี
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0 2419 2858
E-mail: sirirajbooks@gmail.com
Website: www.sirirajbooks.com
E-book application:



ออกแบบโดย

บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด
4 ซอยสิรินธร 7 แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0 2881 9890

สนับสนุนการตีพิมพ์โดย กองทุนโครงการตำราศิริราช ในศิริราชมูลนิธิ

แนวโน้มใหม่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า

Emerging Trends in Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Rehabilitation

15

กาญจนา อินทร์ธิดา
วัชรพล เทพา
ฟิลิฏฐ์ เลิศวานิช

บทนำ

การผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า (anterior cruciate ligament reconstruction: ACLR) เป็นกระบวนการรักษาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บเอ็นไขว้หน้าที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความมั่นคงให้กับข้อเข่า และความสามารถในการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในนักกีฬาหรือบุคคลที่ต้องการกลับไปมีกิจกรรมที่ต้องอาศัยการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนทิศทางกะทันหัน หรือการกระโดดและลงสู่พื้น^(1, 2) การกลับไปทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือกลับไปเล่นกีฬาในระดับก่อนหน้าการบาดเจ็บได้ดั้งเดิม รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บซ้ำจึงเป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า⁽²⁾ จากการศึกษางานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่าผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 80 สามารถกลับไปมีกิจกรรมกีฬาบางประเภทได้ แต่เมื่อพิจารณาถึงระดับการแข่งขันหรือการเล่นกีฬาที่มีความเข้มข้นสูงขึ้น

อัตราการกลับไปเล่นกีฬาของจำนวนผู้ป่วยในระดับดังกล่าวจะลดลง⁽³⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากกว่าร้อยละ 15 มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บซ้ำเมื่อกลับไปเล่นกีฬา^(4, 5)

การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นหนึ่งในกระบวนการรักษาที่สำคัญภายหลังการผ่าตัดเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจกรรมได้อย่างปลอดภัย และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บซ้ำที่อาจเกิดได้ แม้ว่าแนวทาง การฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยถูกแบ่งออกเป็นระยะ ได้แก่ การฟื้นฟูในระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และระยะสุดท้ายก่อนกลับไปเล่นกีฬา⁽⁶⁻⁸⁾ ซึ่งถูกนำมาใช้ในทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง แต่การออกแบบรูปแบบการฟื้นฟู รวมถึงวิธีการฟื้นฟูที่ใช้กันในทางคลินิกยังคงมีความหลากหลาย ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของกระบวนการฟื้นฟูสภาพ⁽⁹⁾ นอกจากนี้จากผลการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมอย่าง

เป็นระบบในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้ามีความก้าวหน้าและพัฒนาขึ้นอย่างมากจากการผสมผสานเทคโนโลยี และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ทันสมัย เข้ามาช่วยพัฒนารูปแบบการฟื้นฟู^(9,10) การบูรณาการแนวทางเหล่านี้อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูและส่งเสริมการกลับไปเล่นกีฬาที่ปลอดภัยมากขึ้น

ดังนั้นในบทความนี้ผู้เขียนจึงต้องการรวบรวมแนวทางการฟื้นฟูที่ครอบคลุมในแต่ละระยะของการฟื้นฟู โดยมุ่งเน้นการผสมผสานแนวทางร่วมสมัยจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในปัจจุบัน เข้ากับการนำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก รวมถึงแนวทางการประเมินสมรรถภาพทางร่างกายที่เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา เพื่อส่งเสริมผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บซ้ำ

ความสำคัญของการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า

การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดร่างกายของผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของร่างกายหลายประการที่ส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว และการกลับไปเล่นกีฬาอย่างปลอดภัย โดยเฉพาะการทำงานของระบบประสาทกล้ามเนื้อ (neuromuscular function) ที่ลดลง^(11, 12) การเกิดภาวะกล้ามเนื้อถูกยับยั้งการทำงานจากเหตุข้อต่อ (arthrogenic muscle

inhibition; AMI)⁽¹³⁾ เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อ และการกลับไปเล่นกีฬาในระดับเดิมภายหลังได้รับการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหวทางชีวกลศาสตร์ (biomechanics movement) ที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บซ้ำ และเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพยาธิสภาพของข้อเข่าในระยะยาว⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้ นอกเหนือจากปัจจัยทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ลดลงแล้วนั้น ภาวะทางด้านจิตใจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการกลับไปเล่นกีฬาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าเช่นกัน⁽¹⁵⁾

การบกรร้งของการก้งานของระบบประสาทกล้ามเนื้อ

การทำงานของระบบประสาทกล้ามเนื้อ มีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญต่อการเล่นกีฬา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้า จะสูญเสียการทำงานของระบบประสาทกล้ามเนื้อ เนื่องจากการทำงานของตัวรับรู้สีกทางกาย (somatosensory) ที่มีบทบาทสำคัญในการรับรู้อากัปริริยา (proprioception) ของข้อเข่าถูกรบกวนจากการบาดเจ็บ และผลของการผ่าตัด⁽¹⁶⁾ จึงทำให้ความสามารถในการรับรู้ตำแหน่งของข้อเข่า (knee joint position sense) ลดลงจากการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า การรับรู้ตำแหน่งการเคลื่อนไหวของข้อเข่าในขาข้างที่บาดเจ็บมีความแตกต่างกับขาข้างปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 6 เดือนหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า⁽¹²⁾ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการเคลื่อนไหว⁽¹⁷⁾ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการ

บาดเจ็บซ้ำเมื่อกลับไปเล่นกีฬา นอกจากนี้ ความบกพร่องของการทำงานของระบบประสาท กล้ามเนื้อยังทำให้การส่งสัญญาณประสาท ไปยังกล้ามเนื้อผิดปกติ ส่งผลให้ประสิทธิภาพ ในการระดมหน่วยประสาทยนต์ (motor unit recruitment) ลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ ความสามารถในการออกแรงลดลง และส่ง ผลกระทบโดยตรงต่อความพร้อมในการกลับไป เล่นกีฬาภายหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า

การเกิดภาวะกล้ามเนื้อถูกยับยั้ง การทำงานจากเหตุข้อต่อ

ภาวะ AMI เป็นกลไกทางร่างกายที่เกิดขึ้น เพื่อพยายามป้องกันข้อต่อส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ โดยเป็นผลกระทบจากอาการปวด บวม หรือ อักเสบของข้อต่อที่ได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้การสั่ง การและการตอบสนองของกล้ามเนื้อลดลง⁽¹⁸⁾ กลไกนี้นำไปสู่การยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อ (muscle inhibition) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบ (atrophy) และมีผลโดยตรงต่อการลดลงของความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สร้างเอ็นไขว้หน้านั้น กล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (quadriceps) เป็นกลุ่มกล้ามเนื้อที่ได้รับผล กระทบจากภาวะ AMI มากที่สุด จากการศึกษา งานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าการทำงานของกล้ามเนื้อ ต้นขาด้านหน้าในขาที่ได้รับบาดเจ็บลดลงมากกว่า ร้อยละ 40 เมื่อเปรียบเทียบกับขาข้างปกติ โดยเฉพาะในช่วงแรกภายหลังได้รับการผ่าตัด สร้างเอ็นไขว้หน้า^(19, 20) การทำงานผิดปกติของ กล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าส่งผลให้ความสามารถ ในการกระตุ้นของระบบประสาทกล้ามเนื้อลดลง

ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นฟูความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อและการฟื้นฟูสภาพโดยรวม นอกจากนี้ ภาวะ AMI ยังเพิ่มความเสี่ยงของการ เกิดรูปแบบการเคลื่อนไหวที่เรียกว่า quadriceps avoidance pattern ซึ่งเป็นกลไกที่ผู้ป่วยพยายาม หลีกเลี่ยงการใช้งานกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการลงน้ำหนัก และอาจเพิ่มแรงกระทำต่อข้อเข่าและอาจนำไปสู่ การเสื่อมของข้อเข่าในระยะยาวภายหลังได้รับ การผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า⁽²⁰⁾ ดังนั้นการฟื้นฟู ภาวะ AMI จึงเป็นอีกปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟู สมรรถภาพของกล้ามเนื้อ และลดความเสี่ยง ของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการ เคลื่อนไหวทางชีวกลศาสตร์

การเคลื่อนไหวทางชีวกลศาสตร์เป็น อีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อกระบวนการ ฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า ความผิดปกติของรูปแบบการเคลื่อนไหวทาง ชีวกลศาสตร์ถูกพบได้บ่อยในระหว่างการเดิน การวิ่ง และการกระโดด^(14, 21) Sigward และ คณะ⁽²¹⁾ พบว่าความผิดปกติของจลนศาสตร์ข้อเข่า (knee moment) ในระหว่างการเดินในช่วง 4 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ก่อให้เกิดความ ผิดปกติของจลนศาสตร์ข้อเข่าขณะวิ่งในช่วง 4 เดือนหลังการผ่าตัด⁽²¹⁾ นอกจากนี้ความ ไม่สมมาตรของการรับน้ำหนักของรยางค์ (limb loading asymmetries) ในท่านั่งย่อ (squat) พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า ในช่วง 1-12 เดือนหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะ ในช่วง 1 เดือนแรก สามารถใช้เป็นปัจจัยทำนาย

ความไม่สมมาตรของการรับน้ำหนักของรยางค์ขณะกระโดดได้^(21, 22) ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวเหล่านี้อาจเพิ่มแรงกระทำต่อข้อเข่า ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการบาดเจ็บซ้ำหรือการเกิดพยาธิสภาพของข้อเข่าในระยะยาว⁽¹⁴⁾

ปัญหาทางด้านจิตวิทยา

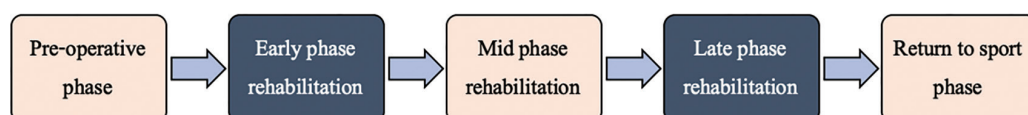
อาการบาดเจ็บ และผลจากการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้ายังมีอิทธิพลต่อความพร้อมทางด้านจิตใจ (psychological readiness) โดยเฉพาะในการกลับไปทำกิจกรรมในระดับสูง หรือการกลับไปเล่นกีฬา นอกเหนือจากปัญหาทางด้านสมรรถภาพร่างกายและการเคลื่อนไหว ความพร้อมทางด้านจิตใจของผู้ป่วยถูกรบกวนจากการที่ภายหลังได้รับการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าผู้ป่วยจะเกิดความกลัวที่จะได้รับการบาดเจ็บซ้ำ และเกิดความกลัวต่อการเคลื่อนไหวจึงทำให้ขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหว หรือใช้งานข้อเข่า^(23,24) ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสมรรถภาพทางร่างกายของผู้ป่วย^(25,26) จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเล่นกีฬาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้า McPherson และคณะ⁽²⁷⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ขาดความพร้อมทางด้านจิตใจมีความเสี่ยงที่จะได้รับการบาดเจ็บซ้ำสูงภายหลัง

กลับไปเล่นกีฬา ดังนั้นการพัฒนาความพร้อมทางด้านจิตใจจึงส่งผลดีต่อการกลับไปเล่นกีฬาได้อย่างปลอดภัยมากขึ้นภายหลังได้รับการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้า⁽²⁷⁾

แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการรักษาทางคลินิกภายหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจกรรมได้อย่างปลอดภัย พร้อมทั้งลดปัจจัยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บซ้ำ แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวทางการฟื้นฟูที่หลากหลาย แต่การฟื้นฟูสมรรถภาพที่อ้างอิงตามเกณฑ์ (criterion-based rehabilitation) ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบและถูกนำมาใช้ในทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁻⁸⁾

แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าถูกแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการผ่าตัด (pre-operative phase) ระยะแรก (early phase) ระยะกลาง (mid phase) ระยะสุดท้าย (late phase) และระยะกลับไปเล่นกีฬา (return to sports phase)⁽⁶⁻⁸⁾ (รูปที่ 15.1)



รูปที่ 15.1 กรอบแนวทางการฟื้นฟูภายหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าถูกแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ประกอบด้วย ระยะก่อนการผ่าตัด, ระยะแรก, ระยะกลาง, ระยะสุดท้าย และระยะกลับไปเล่นกีฬา ภาพโดย วิชรพล เทพา

โดยแต่ละช่วงของการฟื้นฟูจะมีหลักการพิจารณาทางคลินิกที่สำคัญในการออกแบบโปรแกรมการฟื้นฟูที่แตกต่างกัน⁽⁶⁻⁸⁾ นอกจากนี้เทคโนโลยีสมัยใหม่ยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมประสิทธิภาพของการฟื้นฟูในแต่ละระยะ เพื่อให้กระบวนการฟื้นฟูมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น^(9, 10)

การฟื้นฟูในระยะก่อนการผ่าตัด

การฟื้นฟูก่อนการผ่าตัดมีเป้าหมายหลักเพื่อบรรเทาอาการปวด และลดการอักเสบของข้อเข่า รวมถึงฟื้นฟูประสิทธิภาพการเคลื่อนไหว และเสริมสร้างการทำงานของข้อเข่าภายหลังได้รับบาดเจ็บเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด จากการศึกษางานวิจัยก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของข้อเข่าที่เพิ่มขึ้น ไม่มีการปวด หรือบวม และสามารถเหยียดเข่าได้เต็มที่ขณะยกขาที่มีน้ำหนักที่มีผลลัพธ์ของการรักษาภายหลังได้รับการผ่าตัดได้ดีกว่า⁽²⁸⁾

การเหยียดเข่าเต็มพิสัยการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด⁽⁸⁾ หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเหยียดเข่าก่อนการผ่าตัดจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการเหยียดเข่าภายหลังการผ่าตัดได้⁽²⁹⁾ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการทำงานของกล้ามเนื้อต้นขาที่ดีก่อนการผ่าตัดมักแสดงให้เห็นการทำงานของกล้ามเนื้อที่ดีขึ้นภายหลังการผ่าตัด⁽³⁰⁾ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ดีก่อนการผ่าตัดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถภาพหลังการผ่าตัดโดยผู้ป่วยที่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขามากขึ้นก่อนผ่าตัดมักมีระดับความแข็งแรงที่ดีขึ้น

หลังผ่าตัด⁽²⁸⁾ จากการศึกษาของ Thoma และคณะ⁽³¹⁾ รายงานว่าผู้ป่วยที่สูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเหยียดเข่ามากกว่าร้อยละ 20 ก่อนเข้ารับการผ่าตัด มีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญไปจนถึง 2 ปีหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า⁽³¹⁾

ดังนั้นการฟื้นฟูก่อนการผ่าตัดในระยะเวลา 5-6 สัปดาห์ มุ่งเน้นการลดอาการปวดบวม เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหว และเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออาจช่วยพัฒนาการทำงานของข้อเข่าหลังการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽³²⁾

การฟื้นฟูในระยะแรกหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า

การฟื้นฟูในระยะแรกหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้ามีเป้าหมายหลักเพื่อบรรเทาผลกระทบจากการบาดเจ็บและการผ่าตัด พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมสำหรับการฟื้นฟูในระยะถัดไป การพิจารณาทางคลินิกที่สำคัญสำหรับการฟื้นฟูในระยะแรก สามารถแบ่งออกเป็น 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การควบคุมความเจ็บปวดและอาการบวม 2) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า 3) การจัดการภาวะ AMI และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 4) คุณภาพการเคลื่อนไหว 5) ปัจจัยทางจิตวิทยา 6) การรักษาระดับความฟิตของร่างกาย (fitness preservation)

1. การควบคุมความเจ็บปวดและอาการบวม

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าในช่วงแรกจะมีการปวด บวม และการอักเสบของข้อเข่าได้บ่อยที่ส่งผลกระทบต่อการเกิด

ข้อจำกัดของพิสัยการเคลื่อนไหว การลดลงของการรับรู้ข้ออักเสบ และการเกิดภาวะ AMI ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัด การควบคุมอาการปวด บวม และลดการอักเสบ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมากสำหรับการฟื้นฟูในระยะนี้

แนวทางพื้นฐานในการจัดการอาการเหล่านี้ ได้แก่ การใช้ความเย็น (cryotherapy) การกด (compression) และการยก (elevation) ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการอักเสบ ปวด และบวมของข้อเข่าในระยะแรกหลังการผ่าตัด^(8, 10)

2. พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า

การฟื้นฟูพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าทั้งในการเหยียด (extension) และการงอ (flexion) เป็นเป้าหมายสำคัญของการฟื้นฟูในระยะแรกหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า เนื่องจากหากเกิดการจำกัดพิสัยการเคลื่อนไหวอาจส่งผลให้กระบวนการฟื้นฟูล่าช้า และส่งผลกระทบต่อการทำงานของข้อเข่าในระยะถัดไป⁽⁸⁾

การเพิ่มมุมการเหยียดเข่าที่เต็มพิสัยการเคลื่อนไหว (full knee extension) เป็นปัจจัยสำคัญต่อการกลับไปเดินโดยไม่ต้องใช้ไม้ค้ำยัน และการสูญเสียพิสัยการเหยียดเข่าอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะปวดด้านหน้าของข้อเข่า รวมถึงอาจส่งผลต่อรูปแบบการลงน้ำหนักขณะเดิน และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่นได้ ในขณะที่มีมุมการงอเข่าควรอยู่ที่ 110-120 องศาภายในช่วง 4-6 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเริ่มกิจกรรมที่ต้องใช้การงอเข่ามากขึ้น เช่น การปั่นจักรยาน อย่างไรก็ตาม การเพิ่มมุมงอเข่าควรดำเนินการอย่างระมัดระวัง โดยคำนึงถึงหัตถการร่วม เช่น การซ่อมแซมหมอนรองกระดูก ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการงอเข่าในช่วงแรกหลังการผ่าตัด⁽³³⁾

ในกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยสามารถเริ่มการบริหารเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าทั้งแบบ active และ passive (รูปที่ 15.2) ตั้งแต่ระยะแรกหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการสูญเสียพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ และ



รูปที่ 15.2 การบริหารเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ก) การบริหารเพื่อเพิ่มมุมการเหยียดเข่าแบบ passive และ ข) การบริหารเพื่อเพิ่มมุมการงอเข่าแบบ passive ภาพโดย กาญจนา อินทร์ธีราช



"ซื้อหนังสือ
ในรูปแบบ e-book ได้แล้ววันนี้"



สำนักพิมพ์ศิริราช สังกัดงานวิชาการ สำนักงานคณบดี
2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทรศัพท์ 0 2419 2858 โทรสาร 0 2411 0593
E-mail: sirirajbooks@gmail.com
Website: www.sirirajbooks.com

ISBN 978-616-8201-47-3



ราคา 429 บาท