

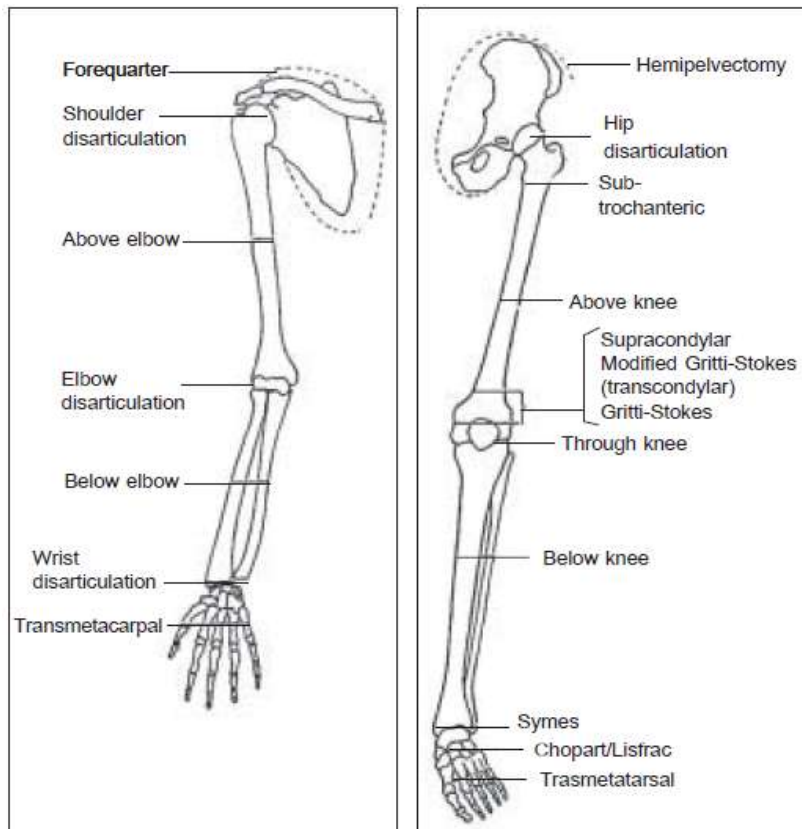
เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยตัดแขนขาและกายอุปกรณ์เทียม (Rehabilitation in amputee and orthosis)

สาเหตุของการตัดขา มากกว่า 80 % เกิดจากหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน¹⁻² และเป็นการตัดขาชนิดใต้เข่า (below knee amputation) ถึง 80 % รองลงมาคือ เนื้องอก และอุบัติเหตุ

เป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ถูกตัดขา¹

1. แผลผ่าตัดหาย
2. การเตรียมตอขาให้พร้อมสำหรับการใส่ขาเทียม
3. พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ เป็นปกติ
4. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองและประกอบกิจวัตรประจำวันได้
5. ผู้ป่วยเข้าใจถึงการใช้ขาเทียมและการดูแลรักษา

ระดับของการตัด แขน - ขา³



การฟื้นฟูผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. การประเมินสภาพและดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (preoperative) ประกอบด้วย

- **การให้คำปรึกษาก่อนผ่าตัด** ผู้ป่วยควรรับทราบถึงความจำเป็นของการผ่าตัด สภาพภายหลังการผ่าตัด จะมีการเสียสมรรถภาพในการทำงานเพียงใด แนวทางการรักษา การเตรียมตัวเพื่อใส่ กายอุปกรณ์เทียม การฝึกใช้ กายอุปกรณ์เทียม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และได้รับการประเมินด้านร่างกายและจิตใจก่อนการ ผ่าตัด เพื่อวางแผนรักษาที่เหมาะสม

- **การประเมินทางสุขภาพ** ประกอบด้วยการประเมินความแข็งแรง พิสัยการเคลื่อนไหวของขาทั้ง 2 ข้าง ความสามารถในการเดินและการประกอบกิจวัตรประจำวัน สภาพร่างกายแล โรคประจำตัว อื่น ๆ

- **การให้คำแนะนำในการออกกำลังกาย** ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้เตรียมกล้ามเนื้อแขนให้แข็งแรง เพียงพอที่จะใช้ไม้ค้ำยัน ในการช่วยเดิน และเตรียมกล้ามเนื้อขาต้านปกติให้แข็งแรงเพื่อทำงานแทนขาข้างที่ถูกตัด ในช่วงที่ไม่ได้ขาเทียม และการเตรียมกล้ามเนื้อต้นขาที่ถูกตัดเพื่อให้แข็งแรงพอที่จะใส่ขาเทียมได้

2. การประเมินสภาพและดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (postoperative)

การดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แผลหายเร็ว ลดการตึงรั้งของผิวหนังและกระดูกบริเวณ แผลผ่าตัด และเตรียมตัวสำหรับการใส่ขาเทียม

2.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วย

- **พิสัยของข้อ (range of motion)** ตรวจขาข้างที่ถูกตัด และ ส่วนอื่น ๆ ของ ร่างกาย แนะนำให้มีการจัดทำต่าง ๆ ให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ โดยเฉพาะการเกิด hip contracture ในผู้ป่วย above knee amputee และ knee contracture ในผู้ป่วย below knee amputee ร่วมกับแนะนำให้ผู้ป่วยนวดบริเวณ รอบแผลผ่าตัดเพื่อลดการตึงรั้งของผิวหนังและกระดูกบริเวณแผลผ่าตัด

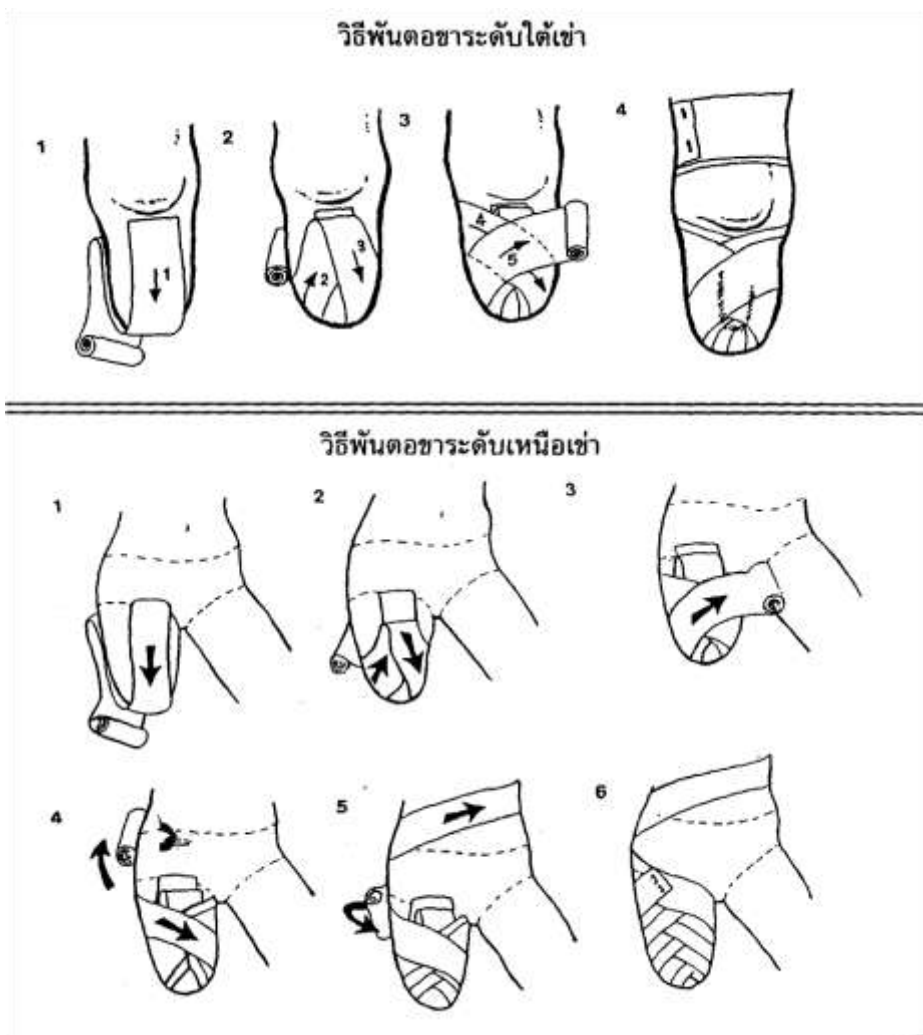
ท่าที่ต้องหลีกเลี่ยงหลังการผ่าตัดขา ¹



- ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strength) ควรเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของขา ทั้ง 2 ข้าง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อกลุ่ม hip abductor และ hip adductor มีความสำคัญเกี่ยวกับความมั่นคงของข้อสะโพก , hip extensor เป็นตัวสำคัญในการใช้ขาเทียมเหนือเข่า , knee extensor ให้ความมั่นคงของข้อเข่าและเป็นตัวสำคัญในการใช้ขาเทียมระดับใต้เข่า นอกจากนี้กล้ามเนื้ออื่นๆ เช่น planta flexor ช่วยทำหน้าที่ push off ขณะเดิน และกล้ามเนื้อของแขน เช่น shoulder depressor , elbow extensor , wrist extensor , hand grip เป็นกล้ามเนื้อที่ต้องใช้ในการเดินด้วยไม้ค้ำยัน

2.2 การดูแลตอขา (stump) ตอขาที่ดีและเหมาะสมที่จะใส่ขาเทียมต้องมีแผลที่ดี มีความยาวที่เหมาะสม มีความรู้สึก ไม่มีพังผืดยึดปลายประสาท ไม่มีปมที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่บวม ผู้ป่วยจึงควรเรียนรู้การพันตอขาของตนเอง ตอขาระดับใต้เข่าควรใช้ผ้ายืด (elastic bandage) ขนาด 4 นิ้ว สำหรับตอขากระดับเหนือเข่าควรใช้ขนาด 6 นิ้ว และถอดพันใหม่อย่างน้อยทุก 6 ชั่วโมงเพื่อให้มีความกระชับตลอดเวลา และระยะเวลาที่คลายออกไม่ควรเกิน 15 - 20 นาที

การพันตอขาจะพันจนกว่าตอขาจะยุบตัวดีวิธีง่ายๆในการตรวจดูว่าตอขายุบตัวดี คือ ใช้ปลายนิ้วหยิบผิวหนังบริเวณตอขา ถ้าหยิบขึ้นแสดงว่า ตอขายุบตัวได้พอเหมาะแล้วถ้าหยิบไม่ขึ้นแสดงว่า ตอขาวยังยุบตัวไม่พอสั่งพันขาต่อไป



(จาก Engstrom B. Physiotherapy for amputees , 1995)

2.3 การดูแลทั่วไป สาเหตุส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา มักเกิดจากโรคหลอดเลือด ซึ่งมีโอกาสที่เกิดปัญหาในขาข้างที่เหลือได้ ดังนั้นควรต้องดูแลป้องกันการถูกตัดซ้ำ และควบคุมปัญหาเรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิต โรคหัวใจและโรคประจำตัวอื่น ๆ การใช้หลักจิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากการสูญเสียขาไป

2.4 การออกกำลังกาย มีความจำเป็นอย่างมาก ในการเตรียมตอขาให้สมบูรณ์ มีเป้าหมายเพื่อป้องกัน แก้ไขข้อที่ติดงอ ทำให้การไหลเวียนโลหิตดี ทำให้เกิดความสมดุล ของกล้ามเนื้อ เพิ่มกำลัง ความทนทานและการทำงานอย่างประสานกันของกล้ามเนื้อการบริหาร เพื่อเตรียมร่างกายก่อนใส่ขาเทียมประกอบด้วยการบริหารเพื่อเตรียมร่างกายทั่ว ๆ ไป เคลื่อนไหวแขนและขาให้สุดพิสัยของข้อ 2-3 ครั้ง วันละ 2 ชุด เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแขนเพื่อใช้ไม้ค้ำยัน การฝึกการหายใจ

การออกกำลังกายในผู้ป่วยตัดขาระดับเหนือเข่า

การตัดขาระดับเหนือเข่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพกและลำตัวที่เพียงพอที่จะมาช่วยควบคุมการทำงานของขาเทียม ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยท่าทางการออกกำลังกายดังนี้

1. การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณก้น

โดยการเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณก้นค้างไว้ประมาณ 10 วินาที ต่อ 1 ครั้ง ทำบ่อยๆ ครั้งเท่าที่จะทำได้

2. การบริหารกล้ามเนื้อเหยียดของข้อสะโพก

ให้คนพิการนอนหงาย ใช้หมอนขนาดเล็กรองตรงบริเวณส่วนปลายของตอขา ออกแรงเหยียดตอขา กดหมอนลง ยกสะโพกให้ลอยพ้นพื้น หรือออกกำลังกายในท่านอนคว่ำ โดยการเหยียดตอขาต้านกับแรงโน้มถ่วงของโลก 15 - 20 ครั้งต่อการออกกำลังกาย 1 ครั้ง ทำวันละ 2 - 3 ครั้ง การออกกำลังกายเหยียดสะโพกของขาข้างดี ให้คนพิการนอนหงาย ชันเข่าของขาข้างดีแล้วยกกันขึ้นให้สะโพก เหยียดตรง 15 - 20 ครั้ง ต่อการออกกำลังกาย 1 ครั้ง ทำวันละ 2 - 3 ครั้ง

3. การบริหารกล้ามเนื้อของข้อตะโพก

ให้คนพิการนอนคว่ำ รองหมอนขนาดเล็กบริเวณปลายตอขาของข้อตะโพกกดปลาย ตอขาลงยกกระดูกเชิงกราน ให้สูงขึ้น 15 - 20 ครั้ง ต่อการออกกำลังกาย 1 ครั้ง ทำวันละ 2 - 3 ครั้ง

4. การบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกางขา

ให้คนพิการนอนตะแคงทับขาข้างที่ถูกตัด รองหมอนขนาดเล็กบริเวณปลายของ ตอขาของขาข้างดี ด้วยกลอง หรือเก้าอี้ขนาดเล็ก ออกแรงกดปลายตอขาลง ยกกระดูกเชิงกราน ให้สูงขึ้น 15 - 20 ครั้ง ต่อการออกกำลังกาย 1 ครั้ง ทำวันละ 2 - 3 ครั้ง

5. การบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหุบขา

คนไข้บนตะแคงทับขาข้างดี วางตอขาไว้บนหมอนและเก้าอี้ขนาดเล็ก ออกแรงกดบริเวณปลายตอขาลงยกกระดูกเชิงกรานให้สูงขึ้น 15 - 20 ครั้ง ต่อการออกกำลังกาย 1 ครั้ง ทำวันละ 2 - 3 ครั้ง

6. การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องด้านหน้า

ให้คนพิการนอนหงาย ตั้งขาและเข่าขึ้นทำมุม 45 องศา วางเท้าด้านดีราบไปกับพื้นยกลำตัวขึ้น เหยียดแขนมาแตะที่บริเวณเข่าประมาณ 15 - 20 ครั้งต่อการออกกำลังกาย 1 ครั้ง ทำวันละ 2 - 3 ครั้ง

การออกกำลังขาในผู้ป่วยตัดขาระดับใต้เข่าการตัดขาระดับใต้เข่าข้อเข่าธรรมชาติของผู้ป่วยยังคงมีอยู่ กลุ่มกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเหยียดข้อเข่าจะมีความสำคัญมากใน

1. การบริหารกล้ามเนื้อเหยียดของเข่า

คนพิการนอนหงาย รองหมอนบริเวณข้อพับเข่าของขาข้างที่ถูกตัด เหยียดเข่าขึ้น - ลงเป็นจังหวะ สม่ำเสมอ 15 - 20 ครั้ง ต่อการออกกำลัง 1 ครั้ง วันละ 2 - 3 ครั้ง

2. การบริหารกล้ามเนื้องอของเข่า

คนพิการนอนคว่ำ งอ-เหยียดขาขึ้น - ลง 15 - 20 ครั้ง ต่อการออกกำลัง 1 ครั้ง ทำวันละ 2 - 3 ครั้ง

การเตรียมตัวเพื่อหัดเดิน ประกอบด้วย

1. การฝึกการทรงตัว (Balancing exercise) ควรเริ่มทันทีที่สามารถลุกนั่งได้ ได้แก่ การนั่งทรงตัวที่เตียง การยืนตัวตรงโดยเกาะเก้าอี้ข้างเตียง
2. การกระโดดขาเดียว (Hopping) เริ่มจากผู้ป่วยสามารถยืนได้มั่นคงดีแล้วทำให้สามารถไปไหนมาไหนในระยะใกล้ได้โดยไม่ต้องใช้ไม้ค้ำยันหรือเก้าอี้ล้อเข็น เพิ่มความมั่นใจในการทรงตัวและลดความกลัวที่จะล้ม
3. การหัดเดินด้วยไม้ค้ำยัน (crutch walking) ควรเริ่มเร็วที่สุด เพื่อป้องกันการใช้เก้าอี้ล้อเข็นมากเกินไป ซึ่งจะเพิ่มโอกาสเกิดข้อติดได้ โดยเริ่มจากฝึกกำลังกล้ามเนื้อแขนที่ใช้สำหรับการเดินด้วยไม้ค้ำยัน การเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ (axillary crutch)

ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยตัดขา

1. ปัญหาทางผิวหนัง เนื่องจากผู้ป่วยที่ใส่ขาเทียมมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น จึงมีเหงื่อออกมาก เกิดผิวหนังถลอกได้ง่าย มีโอกาสเกิดการอักเสบหรือติดเชื้อสูงขึ้น การป้องกัน คือ เบ้าขาเทียมควรทำจากวัสดุที่ซับเหงื่อ มีอากาศถ่ายเทได้ดี การทาแป้งที่เบ้าขาเทียมหลังอาบน้ำจะช่วยดูดซับเหงื่อและทำให้เกิดการหล่อลื่นที่ดี ไม่ควรใช้แอลกอฮอล์เช็ดที่ตอขา เพราะจะทำให้ผิวแห้งได้
2. กระดูกพรุน ผู้ป่วยที่ใส่ขาเทียมมีโอกาสเกิดกระดูกพรุนที่กระดูกตอขาได้ เพราะน้ำหนักตัว จะผ่านไป ยังเบ้าและแกนขาเทียม จึงไม่มีการลงน้ำหนักผ่านกระดูกตอขา
3. กระดูกงอก (bone spur) พบได้จากส่วนของเยื่อหุ้มกระดูกที่เหลือนอยู่ และมักพบบ่อยในเด็กที่ถูกตัดขา เนื่องจากกระดูกจะยาวเพิ่มมากกว่ากล้ามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ เมื่อเด็กโตขึ้นจึงมีโอกาสที่กระดูกจะทะลุออกมา การรักษาในระยะแรกคือ การปรับเปลี่ยนเบ้าขาเทียมเพื่อลดแรงเสียดสีบริเวณนั้น แต่ถ้ากระดูกงอกมากขึ้นจำเป็นต้องผ่าตัด
4. การเกิดปมประสาท (neuroma) เป็นปมประสาทที่ถูกตัด และมีการกดทับหรือเสียดสี การแก้ไข คือ การใช้เนื้อเยื่อปิดเส้นประสาทในขณะที่ผ่าตัด และลดการเสียดสีบริเวณปลายตอขา ลดความไวของเส้นประสาทต่อการถูกกระตุ้น (desensitization) โดยการเคาะ นวดคลึง หรือใช้เครื่องมือทางกายภาพ เช่น อัลตราซาวนด์ หรือ TENS ถ้ามีอาการมากอาจต้องผ่าตัดเพื่อเอาปมประสาทออก

5. ปัญหาความเจ็บปวด แบ่งเป็น ความเจ็บปวดที่ตื้อๆ และความเจ็บปวดหลอน

5.1 การเจ็บปวดที่ตื้อๆ (stumb pain) เช่น มีการติดเชื้อที่ตื้อๆ ติดเชื้อที่แผล การระคายเคืองปมประสาท หรือกระดูกงอก

5.2 ความเจ็บปวดหลอน (phantom pain)

ความรู้สึกหลอน (phantom sensation) เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยหลังการตัดแขนขา ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอวัยวะที่ถูกตัดไปแล้วอยู่โดยไม่รู้สึกรู้หาย และจะค่อย ๆ รู้สึกว่าแขนหรือขาค่อย ๆ หดสั้นจนหายไปมากที่สุด แต่ไม่ค่อยพบความรู้สึกหลอนในผู้ป่วยเด็กที่ถูกตัดแขนขา โดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 4 ปี ผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยที่แขนขาขาดแต่กำเนิด หรือผู้ป่วยที่มีแขนขาขาดก่อนถูกตัด เช่น โรคเรื้อน เป็นต้น ถ้าความรู้สึกหลอนมีอาการรุนแรงจนก่อให้เกิดความเจ็บปวด ถือว่าเป็นภาวะผิดปกติ เรียกว่าความเจ็บปวดหลอน (phantom pain) มักพบในรายที่การบาดเจ็บเป็นเวลานานจึงตัดขา โดยที่มีอาการเจ็บปวดหลอนทั้งขาหรือตามแนวเส้นประสาทเส้นใดเส้นหนึ่ง พบอาการรุนแรงในระยะแรกของการตัดขาได้ร้อยละ 5 - 10

ลักษณะความเจ็บปวดหลอนแบ่งได้เป็น 4 แบบ คือ

- รู้สึกกล้ามเนื้อเกร็งตัว พบได้บ่อย เมื่อขยับขาจะรู้สึกดีขึ้น การรักษาให้ผู้ป่วย บริหารขาทั้ง 2 ข้างพร้อม ๆ กัน นวดหรือเคาะเบา ๆ ที่ตื้อๆ
- รู้สึกคล้ายไฟฟ้าช็อต มีอาการแปลบ เป็นระยะสั้น ๆ ประมาณ 2-3 วินาที อาจพบร่วมกับความรู้สึกหลอนลักษณะอื่นได้ ลดความไวของการถูกกระตุ้นเส้นประสาท ด้วยความเย็นหรือการใช้ความร้อนลึก เช่น อ้อตราชาวน้ำ ตามแนวเส้นประสาท
- รู้สึกแสบร้อน เป็นลักษณะที่รุนแรงที่สุด อาจมีผิวหนังเปลี่ยนสี เป็นสีม่วงหรือสีแดงเมื่อโดนลมจะมีอาการมากขึ้น
- รู้สึกตื้อๆถูกบีบเค้น

การป้องกันการเกิดภาวะเจ็บปวดหลอน

- เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุ และระดับของการตัดขา รวมทั้งการเกิดความรู้สึกหลอนหลังผ่าตัด เพื่อคลายความกังวล และให้ผู้ป่วยเพิ่มความระมัดระวัง ไม่ลุกยืนโดยใช้ขาที่ถูกตัด
- ตรวจตื้อๆอย่างสม่ำเสมอ เพื่อดูความผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ถ้าแผลผ่าตัดดี แนะนำให้ นวดตื้อๆเบา ๆ
- แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้าง พร้อม ๆ กัน
- เน้นการพันตื้อๆด้วยผ้ายืดด้วยวิธีการที่ถูกต้องเพื่อให้ตื้อๆเข้ารูป ผู้ป่วยสามารถใส่ขาเทียมได้เร็ว

6. ปัญหาทางจิตใจ พบบ่อยในผู้ป่วยตัดขาจากอุบัติเหตุ เพราะเกิดขึ้นอย่างกะทันหันไม่มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน ในผู้ป่วยที่ตัดขาจากหลอดเลือดอุดตันหรือภาวะเนื้องอกมักกลัวว่าจะถูกตัดขาอีกข้างด้วย ผู้ป่วยตัดขาส่วนใหญ่สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ โดยการใช้ขาเทียม แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งไม่สามารถใส่ขาเทียมได้ แต่ก็สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามสมควร

กายอุปกรณ์เทียมของขา

กายอุปกรณ์เทียมเป็นอุปกรณ์ที่นำมาใช้ทดแทนอวัยวะของร่างกายที่ขาดหายไปทำให้ ร่างกายมีความมั่นคง และเกิดความสมดุลขณะยืน แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ ขาเทียมใต้เข่า และขาเทียมเหนือเข่า ในที่นี้จะเลือกเฉพาะขาเทียม ใต้เข่าซึ่งพบได้บ่อย

ส่วนประกอบของขาเทียม ได้แก่

1. เท้าเทียม (prosthetic foot)
 2. ข้อต่อ (joint)
 3. แขนขา (shank)
 4. เบ้า (socket)
 5. ที่ยึดขาเทียม (suspension foot)
1. **เท้าเทียม** แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ ชนิดไม่มีข้อเท้า ที่นิยมใช้คือ SACH foot (solid ankle cushion heel) และ ชนิดมีข้อเท้า อาจเป็น single axis หรือ multiple axis

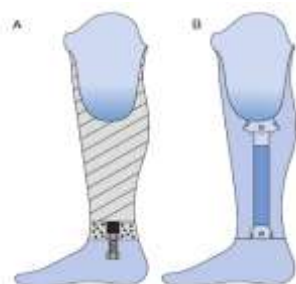
SACH foot



2. **แขนขา (shank)** เป็นส่วนต่อระหว่างเท้าเทียมและเบ้าขา มี 2 ระบบคือ

2.1 ระบบ endoskeletal ประกอบด้วยแกนโลหะห่อหุ้มด้วยโฟมหรือฟองน้ำ ข้อดีคือ น้ำหนักเบา สวยงาม

2.2 ระบบ exoskeletal ทำด้วยไม้หรือโฟมสังเคราะห์ แล้วนำมาเคลือบด้วย polyester resin ข้อดีคือมีความทนทาน

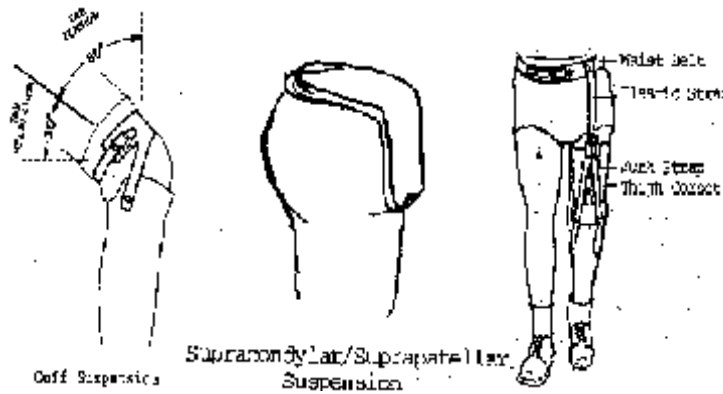


(A) Exoskeletal

(B) Endoskeletal

3. **เบ้า (socket)** ที่นิยมใช้คือ เบ้าแบบยึดรับใต้สะบ้า (patellar tendon bearing socket) ซึ่งจะรับน้ำหนักผ่านเอ็นกระดูกสะบ้า

4. ที่ยึดขาเทียม (suspension) เป็นส่วนประกอบในการยึดขาเทียมกับตอขาไม่ให้หลุดออกจากกัน ใ้บ่อยคือ supracondylar cuff suspension จะมีสายยึดโอบรอบต้นขาเหนือต่อ femoral condyle ของกระดูกต้นขา และกระดูกสะบ้า ส่วนระบบอื่น ๆ เช่น supracondylar suspension , supracondylar/suprapatella suspension หรือ thigh corset + knee hinges



ขาเทียมชั่วคราว คือ ขาเทียมที่ทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยตัดขาได้ใส่ชั่วคราวหลังขาแผลหายดีแล้ว แต่ตอขายังไม่เข้ารูป วัสดุที่ใช้ทำอาจเป็น ปูน ไม้ หรือ พลาสติก โลหะ ขาเทียมชนิดนี้ราคาถูกแต่รูปทรงไม่ค่อยสวยงาม ประโยชน์ของการใส่ขาเทียมชนิดนี้ได้แก่ ทำให้ตอขาบุบวม และเข้ารูปได้เร็ว , ทำให้ผู้ป่วยเดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน , ทำให้กล้ามเนื้อได้ทำงาน , ผลต่อจิตใจผู้ป่วย , ช่วยลดปัญหาปวดจากภาวะหลอน , ใช้ในผู้ป่วยที่มีข้อสงสัยว่าจะใช้ขาเทียมถาวรได้หรือไม่

ปัญหาที่เกิดหลังการใส่ขาเทียม และการป้องกันรักษา⁵

1. รอยแผลถลอกที่ตอขา จึงควรตรวจตอขาทุกวัน ถ้าเกิดแผลแล้วให้แก้ไขโดยการปรับเปลี่ยนเบ้าขาเทียม
2. การติดเชื้อที่ผิวหนัง อาจเป็นจากเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อราก็ได้ เกิดจากการไม่รักษาความสะอาด มีเหงื่อออกมาก ขนาดเบ้าไม่พอดี รักษาโดยการทำความสะอาดบริเวณที่ติดเชื้อ ให้ส่วนตอขาแห้งเสมอ ให้อาบน้ำที่สะอาดและเหมาะสมและอาจพิจารณาพักการใช้ขาเทียมชั่วคราว
3. ผิวหนังอักเสบจากการสัมผัส (contact dermatitis) จากสารที่ใช้ทำเบ้าเทียม รักษาโดยใช้ยาทาสเตียรอยด์และสาเหตุ
4. เจ็บและมีรอยขีดจากการกดทับ เป็นได้จากแนวรับน้ำหนักไม่ถูกต้อง แก้ไขโดยการปรับแนวรับน้ำหนักใหม่ หรือมีกระดูกงอก (bone spur) ให้แก้ไขโดยการปรับเปลี่ยนเบ้าขาเทียมหรือผ่าตัดแก้ไข
5. เจ็บบริเวณรอยแผลผ่าตัดจากแรงเสียดสีต่อรอยแผลเป็น การนวดแบบ (deep massage) จะช่วยป้องกันการยึดติดของรอยแผลเป็นต่อเนื้อเยื่อข้างล่างได้
6. ก้อนปมประสาทที่เจ็บ (painful neuroma) บริเวณปลายตอขา แก้ไขโดยการปรับเปลี่ยนเบ้าขาเทียม การฉีดยาชาเฉพาะที่ หรือการผ่าตัด
7. ลักษณะการเดินผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นได้จากตัวผู้ป่วยเองหรือจากส่วนประกอบขาเทียม ซึ่งต้องนำมาวิเคราะห์และแก้ไขเป็นส่วน ๆ ไป

การดูแลรักษาขาเทียม

1. ทำความสะอาดพื้นผิวด้านในของเบ้าขาเทียมทุกวันโดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นผสมสบู่ หรือสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดให้ทั่ว แล้วใช้ผ้าแห้งเช็ดอีกครั้งทิ้งไว้ให้แห้ง
2. รักษาส่วนของเท้าที่เป็น SACH foot โดยหลีกเลี่ยงการใส่ลุยน้ำ ปกติเท้าชนิดนี้ จะมีอายุการใช้งานประมาณ 2.5 ปี

เอกสาร อ้างอิง

1. วิไล มนต์ศิริวิทยา, อารมย์ ชุนถาษี. การฟื้นฟูผู้ป่วยแขนขาขาด : ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 3 2539 : 795-811.
2. พัชรวิมล คุณต์นิรติศัยกุล . เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยที่ถูกตัดขา.คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ พิมพ์ครั้งที่ 2 .บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด , 2543: 259-269.
3. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ฝ่ายกาย .สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , 2547.
4. <http://www.prosthesesfoundation.or.th/> 20 พฤษภาคม 2558
5. ประมุข ทรวงจักรแก้ว .กายอุปกรณ์เทียมของขา.คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ พิมพ์ครั้งที่ 2 .บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด , 2543: 125-133.
6. Huang ME, Miller LA, Lipschutz R,Kuiken TA. Rehabilitation and prosthetic restoration in lower limb amputation Braddom RL . Physical medicine and rehabilitation 4 th ed. WB Saunders. Philadelphia; 2011:277-316.