**แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย**

**เรื่อง การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดคลอด**

**RTCOG Clinical Practice Guideline**

**เรื่อง Enhanced Recovery After Cesarean Delivery (ERAC)**

**เอกสารหมายเลข** **OB 69 – 042**

**จัดทำโดย** **คณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก พ.ศ. 2568 – 2570**

**คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2568 - 2570**

**วันที่อนุมัติต้นฉบับ** **16 มกราคม พ.ศ. 2569**

**คำนำ**

แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อพิจารณาสำหรับแพทย์และผู้รับบริการทางการแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะต่อสถานการณ์ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้อาศัยหลักฐานทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ในปัจจุบันเป็นส่วนประกอบ แนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อบังคับให้แพทย์ปฏิบัติหรือยกเลิกการปฏิบัติ วิธีการดูแลรักษาผู้รับบริการทางการแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนตามบริบท ทรัพยากร ข้อจำกัดของสถานที่ให้บริการ สภาวะของผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา หรือผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ดังนั้นการไม่ปฏิบัติตามแนวทางนี้มิได้ถือเป็นการทำเวชปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่อย่างไร แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้มิได้มีวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการทางกฎหมาย

**ความเป็นมา**

การผ่าตัดคลอด เป็นหัตถการทางสูติศาสตร์ที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ในกรณีที่การคลอดทางช่องคลอดไม่สามารถทำได้หรือมีความเสี่ยงสูง ปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก สำหรับประเทศไทยอัตราการผ่าคลอดในปี พ.ศ. 2568 คิดเป็นร้อยละ 43.5 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ที่มีอัตราการผ่าคลอดร้อยละ 36.1[1] สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดด้วยข้อบ่งชี้ต่าง ๆ อาจได้รับการดูแลที่มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด ความพร้อมของสถานพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งในระยะก่อนคลอด ระหว่างผ่าตัดคลอด และหลังผ่าตัด ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อการฟื้นตัวของสตรีตั้งครรภ์ในระยะหลังคลอด

ในปัจจุบันมีแนวทางการดูแลรักษาที่เรียกว่า “Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)” หรือ “การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด” ซึ่งเป็นการรวบรวมการดูแลรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีผลการรักษาที่ดีขึ้น สามารถลดจำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาล ลดการใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม opioid[2,3] ลดภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจในการรับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ในกรณีของการผ่าตัดคลอดเรียกว่า “Enhanced Recovery After Cesarean Delivery (ERAC)”[4] หรือ “การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดคลอด” ซึ่งกระบวนการดูแลที่จะส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนี้ จะครอบคลุมตั้งแต่ในระยะก่อนคลอดไปจนถึงหลังคลอด และอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ได้แก่ สูตินรีแพทย์ วิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์ แพทย์ในสาขาวิชาอื่นที่ร่วมดูแลกรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีโรคร่วม พยาบาลที่ให้การดูแลทางด้านสูติกรรม วิสัญญีพยาบาล รวมถึงตัวสตรีตั้งครรภ์เองด้วย

อนึ่งแนวทางเวชปฏิบัตินี้ทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยออกเผยแพร่ เพื่อเป็นประโยชน์ให้สมาชิกราชวิทยาลัยและบุคลากรทางการแพทย์ได้ยึดเป็นแนวทางปฏิบัติเบื้องต้น ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้ตามสถานการณ์

**การดูแลในระยะก่อนคลอด**

การส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่าตัดนั้นเริ่มต้นตั้งแต่ในระยะก่อนคลอด ด้วยการฝากครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ การให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดควรมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ กรณีที่การผ่าตัดคลอดทำโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจน สตรีตั้งครรภ์ต้องรับทราบ

ข้อดีและข้อเสียของทางเลือกในการผ่าตัดคลอดเทียบกับการคลอดทางช่องคลอด โดยต้องให้ข้อมูลความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากการผ่าตัดคลอดทั้งในระยะสั้น เช่น การเสียเลือด การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน แผลติดเชื้อ การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง และผลในระยะยาว เช่น มดลูกแตกหรือรกเกาะลึกในครรภ์ถัดไป เป็นต้น[4]

คำแนะนำสำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะก่อนคลอด

1. กรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีภาวะหรือโรคร่วม ควรได้รับการดูแลรักษาให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ก่อนการผ่าตัดคลอด ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแล ภาวะที่พบบ่อย เช่น
    - โลหิตจาง ควรได้รับการหาสาเหตุและแก้ไขก่อนคลอด[5] (สามารถศึกษาเพิ่มเติมในแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2568)
    - โรคอ้วน สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกาย (body mass index หรือ BMI) มาก ควรควบคุมน้ำหนักให้เพิ่มในระหว่างตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ที่แนะนำ[6] โดยอาศัยทั้งการรับประทานอาหารและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม[4] (สามารถศึกษาเพิ่มเติมในแนวทางเวชปฏิบัติภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2567)
    - ความดันโลหิตสูง กรณีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ ควรได้รับยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท[4,7]
    - เบาหวาน ทั้งกรณีที่เป็นมาก่อนตั้งครรภ์และได้รับการวินิจฉัยระหว่างตั้งครรภ์ ควรได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายให้ระดับ fasting blood glucose < 95 mg%, 1-hour postprandial < 140 mg% และ 2-hour postprandial < 120 mg%[4,8]
2. การเตรียมหน้าท้องก่อนการผ่าตัด[4]

    แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ที่จะเข้ารับการผ่าตัด อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทั้งตัวด้วยสบู่ หรืออาจใช้น้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนประกอบของ 2% chlorhexidine gluconate คืนก่อนผ่าตัด หรือเช้าวันผ่าตัด และไม่ควรโกนขนบริเวณหน้าท้องหรือหัวหน่าวด้วยมีดโกน หากจำเป็นต้องทำการกำจัดขนบริเวณที่จะทำการผ่าตัด ควรใช้เครื่องโกนขนไฟฟ้าแทน

3. การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด

การงดน้ำและอาหาร มีเป้าหมายเพื่อลดโอกาสการสำลักอาหารในระหว่างการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม การอดอาหารเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะ hypoglycemia, hypovolemia, ketoacidosis และมีความพึงพอใจลดลง ดังนั้น American Society of Anesthesiologists และ Enhanced Recovery After Surgery Society จึงแนะนำให้ผู้เข้ารับการผ่าตัดงดอาหารประมาณ 6 - 8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด แต่สามารถดื่มเครื่องดื่มที่เป็นน้ำใส เช่น น้ำเปล่า น้ำผลไม้ชนิดไม่มีกาก ชาหรือกาแฟที่ไม่ใส่นม หรือเครื่องดื่มที่เป็น carbohydrate-containing clear liquids ปริมาณไม่เกิน 400 มิลลิลิตร ได้จนถึง 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด[4,9] อย่างไรก็ตาม คำแนะนำนี้อาจใช้ไม่ได้ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีภาวะที่อาจทำให้มีอาหารค้างในกระเพาะนานกว่าปกติ (delayed gastric emptying) เช่น มีภาวะเบาหวาน น้ำหนักเกิน หรือกำลังใช้ยากลุ่ม glucagon-like-peptide-1 receptor agonists[4,10]

**การดูแลในระยะผ่าตัดคลอด**

1. การทำความสะอาดหน้าท้องและช่องคลอดในห้องผ่าตัด

การทำความสะอาดหน้าท้องแนะนำให้ใช้น้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนประกอบของ chlorhexidine gluconate ส่วนการทำความสะอาดช่องคลอดนั้น แนะนำให้ทำในกรณีเป็นการผ่าตัดที่ไม่ได้นัดหมายล่วงหน้า (non-elective surgery) เช่น ผ่าตัดหลังจากมีการเจ็บครรภ์คลอดหรือน้ำเดินมาแล้ว โดยอาจใช้เป็นน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนประกอบของ chlorhexidine gluconate หรือ povidone iodine ก็ได้[11]

2. การให้ยาปฏิชีวนะ

การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ควรให้ตั้งแต่ก่อนลงมีดผ่าตัดโดยไม่จำเป็นต้องรอให้คลอดทารกก่อน จะสามารถลดการเกิดการติดเชื้อที่มดลูกและแผลผ่าตัดได้ดีกว่า[12] แนะนำให้ทำภายใน 60 นาที ก่อนลงมีดผ่าตัด ยาที่แนะนำในกรณีทั่วไปคือ cefazolin 1-2 ก.[11,13] และมีข้อแนะนำเพิ่มเติมดังนี้

- กรณี non-elective surgery เช่น ผ่าตัดหลังจากมีการเจ็บครรภ์คลอดหรือน้ำเดินมาแล้ว ให้เพิ่มยา azithromycin 500 มก. ทางเส้นเลือดดำควบคู่ไปด้วย[11,13]
- ให้ยาเพิ่มอีก 1 ครั้ง หากการผ่าตัดใช้เวลานานเกิน 2 เท่าของค่าครึ่งชีวิต (half-life) ของยา เช่น ในกรณีของยา cefazolin คือผ่าตัดนานเกิน 4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดมากกว่า 1,500 มล.[11]
- กรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีประวัติแพ้ยากลุ่ม penicillin แบบรุนแรง เช่น มีภาวะ anaphylaxis หรือ angioedema ให้ยา clindamycin 900 มก. ร่วมกับยา gentamicin 5 มก./กก.[13]
- กรณีที่สตรีตั้งครรภ์น้ำหนักมากกว่า 80 กก. ให้เพิ่มขนาดยา cefazolin เป็น 2 ก. (หรือ 3 ก. ถ้าน้ำหนักมากกว่า 120 กก.) และพิจารณาให้ยา azithromycin 500 มก. ทางเส้นเลือดดำควบคู่ด้วย [11,13] นอกจากนี้ยังควรให้ยา cephalexin 500 มก. ร่วมกับ metronidazole 500 มก. รับประทานทุก 8 ชั่วโมงต่ออีก 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด [11,14]

3. การให้ยาแก้อาเจียน

ควรให้ยาแก้อาเจียนในระหว่างผ่าตัด เพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในช่วงหลังผ่าตัด โดยให้ยากลุ่ม 5HT3 antagonist (ondansetron) คู่กับ dexamethasone หรือ metoclopramide[11]

4. การป้องกันและแก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำและการรักษาอุณหภูมิกายให้เหมาะสม

ให้ควบคุมความดันโลหิตและปริมาณสารน้ำในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และรักษาอุณหภูมิร่างกายให้อบอุ่นโดยใช้สารน้ำที่ทำให้อุ่นแล้ว (warmed intravenous fluid) ร่วมกับ forced air warming ตั้งแต่ก่อนเริ่มการผ่าตัด[11]

5. การให้ยาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

แนะนำให้ใช้ยาเพียง 1 ชนิดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ยากลุ่มที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก คือ oxytocin หรือ carbetocin[11] นอกจากนี้ยังสามารถใช้ misoprostol ได้[15] เป็นตัวเลือกถัดมา โดยขนาดยาที่แนะนำโดย World Health Organization (WHO) ในกรณีทั่วไปคือ

- Oxytocin 10 ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำช้า ๆ
- Carbetocin 100 มคก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำนานกว่า 1 นาที
- Misoprostol 400 – 600 มคก. รับประทาน

นอกจากนี้มีคำแนะนำเพิ่มเติมว่าในการให้ยา oxytocin เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในกรณีผ่าตัดคลอด สามารถใช้ยาในขนาดต่ำกว่าขนาดปกติที่ให้ในการคลอดทางช่องคลอดได้ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา โดยที่ผลการป้องกันการตกเลือดไม่แตกต่างกัน ขนาดยาที่แนะนำคือ oxytocin bolus 1 ยูนิต (กรณีผ่าตัดคลอดแบบ elective) หรือ 3 ยูนิต (กรณีผ่าตัดคลอดหลังจากมีการเจ็บครรภ์แล้ว) ควบคู่กับการให้ oxytocin infusion และให้ซ้ำได้อีก 3 ยูนิต ห่างจากครั้งแรก 2 นาที หากมดลูกยังแข็งตัวไม่ดี[10,11,16]

กรณีที่มดลูกยังแข็งตัวไม่ดี หรือมีการตกเลือดหลังคลอด ให้การรักษาเพิ่มเติมตามคำแนะนำการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด[17] (สามารถศึกษาเพิ่มเติมในแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด ปี พ.ศ. 2568)

6. การระงับปวด

แนะนำให้ใช้วิธีการระงับปวดตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปตั้งแต่ก่อนเริ่มหรือระหว่างการผ่าตัด เพื่อช่วยลดการใช้ systemic opioid วิธีการที่สามารถทำได้ ได้แก่[10,11]

- Intrathecal morphine หรือ fentanyl
- ให้รับประทาน acetaminophen 975 - 1000 มก. ก่อนผ่าตัดหรือระหว่างการผ่าตัด
- ให้ยาฉีดกลุ่ม non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ก่อนสิ้นสุดการผ่าตัด
- กรณีไม่ได้ intrathecal opioid ให้พิจารณาใช้การระงับปวดเฉพาะที่เช่น การฉีดยาชาบริเวณแผลผ่าตัด หรือทำ fascial plane blocks เช่น transversus abdominis plane block เป็นต้น

7. การดูแลทารกแรกคลอดแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin care)

การดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อ คือการนำทารกหลังคลอดที่เช็ดตัวจนแห้งสนิทแล้ววางคว่ำลงบนหน้าอกเปลือยของมารดาโดยไม่ต้องมีผ้าห่อหุ้มร่างกาย[18] มีการศึกษาว่า การทำ skin-to-skin care ตั้งแต่ในห้องผ่าตัด ภายใน 60 นาที และใช้ระยะเวลามากกว่า 60 นาที จะเพิ่มโอกาสที่มารดาจะให้นมแม่ได้สำเร็จมากขึ้น จึงแนะนำให้ทำโดยเร็วที่สุด[11]

อย่างไรก็ตาม การดูแลแบบนี้มีข้อควรระวังอยู่บ้าง เช่น ทารกต้องได้รับการประเมินแล้วว่าไม่ต้องได้รับการช่วยเหลือเพิ่มเติม ขั้นตอนการทำ skin-to-skin care อาจไปรบกวนกระบวนการดูแลมารดา อาจต้องเตรียมล่วงหน้าในการขยับอุปกรณ์หรือสาย monitor ต่าง ๆ ให้มีพื้นที่ให้ทารกสามารถสัมผัสบนตัวมารดาได้ และอาจต้องใช้บุคลากรเพิ่มเติมในการดูแล เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องระวังเรื่องการรักษาอุณหภูมิร่างกายของทารกด้วยการใช้ forced air warmer หรือผ้าห่มที่ผ่านการอุ่นมาก่อนคลุมไปบนตัวมารดาและทารก[10]

**การดูแลในระยะหลังผ่าตัดคลอด**

1. การเริ่มรับประทานน้ำและอาหาร

การให้เริ่มรับประทานอาหารทางปาก (oral intake) โดยเร็วหลังการผ่าตัด มีประโยชน์ในการส่งเสริมให้ลำไส้กลับมาทำงานได้เร็วขึ้น ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล โดยไม่มีผลเสียต่อผู้ป่วย ตั้งแต่ภายใน 60 นาทีหลังการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดเริ่มจิบน้ำหรือน้ำแข็งได้[10] อาจเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ใน post-anesthetic care unit ได้เลย หากผู้ป่วยรับประทานได้โดยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน สามารถปรับเป็นอาหารอ่อนไปจนถึงอาหารปกติได้ตามความต้องการของผู้ป่วย[10,19] และส่งเสริมให้ลำไส้กลับมาทำงานได้เร็วขึ้น โดยจำกัดการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioid เท่าที่จำเป็น[10]

2. ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วหลังผ่าตัด ด้วยกระบวนการต่าง ๆ ได้แก่[10,19]

   - ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่ 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หากไม่มีข้อบ่งห้าม ควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวออกจากเตียงภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด
   - ถอดสายน้ำเกลือและสายสวนปัสสาวะเมื่อหมดข้อบ่งชี้ เพื่อลดปัจจัยที่จำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย

3. การให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัด ใช้หลักการ stepwise multimodal approach คือใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน เพื่อลดการใช้ systemic opioid และผลข้างเคียงของ opioid ดังนี้[10,19]

   - ให้ยากลุ่ม non-opioid 2 ชนิด รับประทานตามกำหนดเวลา เช่น acetaminophen 650 - 1,000 มก. ร่วมกับ ibuprofen 600 มก. ทุก 6 ชั่วโมง
   - ใช้ยากลุ่ม opioid ชนิดรับประทานเพิ่มเติมกรณีที่ไม่สามารถระงับปวดได้เพียงพอด้วยยากลุ่ม non-opioid

4. การป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันบริเวณขา

เนื่องจากการตั้งครรภ์และการผ่าตัดคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน (venous thromboembolism หรือ VTE) จึงแนะนำให้ป้องกันการเกิด VTE ด้วยการใช้ compression stockings หรือเครื่อง pneumatic compression และพิจารณาใช้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในกรณีที่มีความเสี่ยงอื่นเพิ่มเติมหรือประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด VTE[19] จากเครื่องมือประเมินต่าง ๆ เช่น แบบประเมินความเสี่ยงโดย Royal College of Obstetricians and Gynaecologist Consensus Bundle on Venous Thromboembolism[20] อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือใดในการประเมินความเสี่ยงของการเกิด VTE ที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประโยชน์ในกลุ่มประชากรที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ จึงแนะนำให้สถานพยาบาลกำหนดแนวทางการประเมินความเสี่ยงที่เหมาะสมและทำให้เป็นระบบในสถาบันของตนเอง[21]

5. การแก้ไขภาวะโลหิตจางหลังคลอด

ควรให้ยาธาตุเหล็กเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจาง และพิจารณาให้เลือดเมื่อระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7 ก./ดล. หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการจากภาวะโลหิตจาง[19] เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม เป็นต้น

6. การดูแลอื่น ๆ

- การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกเหนือจากการดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อในห้องผ่าตัดแล้ว สตรีหลังคลอดยังควรได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในการให้นมบุตรอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอด โดยควรมีบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะสำหรับการให้ความช่วยเหลือในการให้นมบุตรเมื่อจำเป็น[19]
- ส่งเสริมให้สตรีหลังคลอดได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ด้วยการจัดเวลาในการเข้าตรวจเยี่ยมของแพทย์ การวัดสัญญาณชีพ การให้ยา หรือการทำหัตถการต่าง ๆ ทั้งในมารดาและทารกให้สอดคล้องกันเพื่อลดการรบกวนโดยไม่จำเป็น[10,19]

**ตารางสรุปคำแนะนำการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด**

| หัวข้อ | คำแนะนำ | หมายเหตุ |
|---|---|---|
| การดูแลระยะก่อนคลอด | | |
| การให้ข้อมูลและข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด | ให้ข้อมูลข้อดี–ข้อเสียของการคลอดทางช่องคลอดเทียบกับการผ่าตัดคลอด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจโดยมีข้อมูลครบถ้วน | |
| การจัดการภาวะโลหิตจาง | ตรวจหาสาเหตุและให้การรักษา เช่น ให้ธาตุเหล็กหรือรักษาโรคต้นเหตุ | |
| การจัดการภาวะอ้วน | ควบคุมน้ำหนักตามเกณฑ์แนะนำ โดยเน้นโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสม | |
| การควบคุมความดันโลหิต | ควบคุมให้ BP <140/90 mmHg ด้วยยาที่เหมาะสม | |
| การควบคุมเบาหวาน | ควบคุมระดับน้ำตาลให้ FBS <95 mg%, 1hr PP <140 mg%, 2hr PP <120 mg% | |
| การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด | อาบน้ำด้วยสบู่หรือ 2% chlorhexidine ก่อนผ่าตัด หลีกเลี่ยงการโกนขนด้วยมีดโกน ใช้เครื่องโกนไฟฟ้าแทน | |
| การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด | งดอาหาร 6 – 8 ชม. ดื่มน้ำใสหรือเครื่องดื่มที่มีคาร์โบไฮเดรตได้ถึง 2 ชม. ก่อนผ่าตัด | หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานหรือ delayed gastric emptying |
| การดูแลระหว่างผ่าตัดคลอด | | |
| การทำความสะอาดหน้าท้องและช่องคลอด | ทำความสะอาดหน้าท้องด้วย 2% chlorhexidine กรณี non-elective surgery เพิ่มการทำความสะอาดช่องคลอด ด้วย 2% chlorhexidine หรือ povidone iodine | |
| การให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ | - ให้ cefazolin 1–2 g ภายใน 60 นาที ก่อนลงมีด<br>- เพิ่ม azithromycin 500 mg กรณี non-elective surgery<br>- ให้ยาซ้ำหากผ่าตัด > 4 ชั่วโมง หรือ blood loss > 1500 ml | กรณีน้ำหนักมากเพิ่ม cefazolin เป็น 2-3 g เพิ่ม azithromycin 500 mg และให้ยา cephalexin 500 mg ร่วมกับ metronidazole 500 mg |

| | | |
|---|---|---|
| | - ให้ clindamycin 900 mg ร่วมกับ gentamicin 5 mg/kg กรณีแพ้ยากลุ่ม penicillin | รับประทานทุก 8 ชม. ต่อ 48 ชม. หลังผ่าตัด |
| การให้ยาแก้อาเจียน | ใช้ ondansetron ร่วมกับ dexamethasone หรือ metoclopramide | |
| การควบคุมความดันโลหิตและอุณหภูมิ | รักษาความดันและอุณหภูมิให้ปกติ ใช้ warmed IV fluid และ forced air warming | |
| การให้ยาป้องกันการตกเลือดหลังคลอด | เลือกใช้ oxytocin 10 IU IM/IV หรือ carbetocin 100 mcg IM/IV หรือ misoprostol 400-600 mcg PO | อาจเลือกใช้ oxytocin bolus 1–3 IU ร่วมกับการให้ oxytocin IV infusion |
| การระงับปวด | ใช้ multimodal analgesia เช่น intrathecal morphine ร่วมกับ acetaminophen PO หรือ NSAIDs IV | ใช้การฉีดยาชาที่แผลหรือทำ fascial block กรณีไม่ได้ intrathecal morphine |
| การดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin care) | วางทารกบนหน้าอกมารดาภายใน 60 นาทีหลังคลอด เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ | ต้องประเมินความพร้อมของทารกและทีม |
| การดูแลระยะหลังผ่าตัดคลอด | | |
| การเริ่มรับประทานอาหาร | เริ่มจิบน้ำได้ภายใน 60 นาทีหลังผ่าตัด หากไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ให้เพิ่มอาหารได้ตามลำดับ | |
| การเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว | ประเมินภายใน 6 ชม. หลังผ่าตัด ถ้าไม่มีข้อห้าม กระตุ้นให้ลุกนั่งหรือเดิน ถอดสายที่ไม่จำเป็น | ควรมีผู้ดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ |
| การระงับปวดหลังผ่าตัด | ใช้ยา non-opioid 2 ชนิด เช่น paracetamol ร่วมกับ ibuprofen เป็นหลัก เพิ่ม opioid เมื่อจำเป็น | ให้ยา non-opioid ตามเวลา ไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยขอ |
| การป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (VTE) | ใช้ compression stockings หรือ pneumatic compression พิจารณาให้ยาในรายเสี่ยงสูง | ประเมินความเสี่ยงตามแนวทางของแต่ละสถาบัน |
| การแก้ไขภาวะโลหิตจาง | ให้ธาตุเหล็กเสริม และพิจารณาให้เลือดเมื่อ Hb <7 g/dL หรือมีอาการ | |
| การส่งเสริมการให้นมบุตร | ส่งเสริมต่อเนื่องหลังคลอด มีผู้เชี่ยวชาญช่วยดูแลและแก้ไขปัญหาการให้นม | |
| การส่งเสริมการพักผ่อน | จัดตารางการดูแลมารดาและทารกให้สอดคล้อง ลดการรบกวนโดยไม่จำเป็น | |

## สรุป

การผ่าตัดคลอด เป็นหัตถการทางสูติศาสตร์ที่มีความสำคัญในการให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ให้ปลอดภัยและแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ได้รวบรวมคำแนะนำที่เกี่ยวข้องในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด เพื่อการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดคลอด (ERAC) ตั้งแต่ในระยะก่อนคลอดไปจนถึงหลังการผ่าตัด ตามแนวทางเพื่อเป็นแนวปฏิบัติให้บุคลากรทางการแพทย์และสถานพยาบาล โดยสามารถนำไปปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาลนั้น ๆ นอกจากนี้อาจต้องมีการขยายแนวทางการดูแลให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มการตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงที่ได้รับการผ่าตัดคลอด (cesarean section with comorbidity) เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานใกล้เคียงกัน โดยหวังว่าจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีผลการรักษาที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงเพิ่มความพึงพอใจในการรับการรักษาในโรงพยาบาล

**เอกสารอ้างอิง**


1. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการผ่าท้องคลอด [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 17]. Available from: https://cmi.moph.go.th/isp/sp_obs/index?menu_id=6
2. Pinho B, Costa A. Impact of enhanced recovery after surgery (ERAS) guidelines implementation in cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2024;292:201–9.
3. Sultan P, Sharawi N, Blake L, Habib AS, Brookfield KF, Carvalho B. Impact of enhanced recovery after cesarean delivery on maternal outcomes: a systematic review and meta-analysis. Anaesth Crit Care Pain Med. 2021;40:100935.
4. Wilson RD, Monks DT, Sharawi N, Bamber J, Panelli DM, Sauro KM, et al. Guidelines for antenatal and preoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations (part 1)—2025 update. Am J Obstet Gynecol. 2025;232(Suppl):S0002-9378(25)00020-1.
5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ (RTCOG Clinical Practice Guideline: Prevention and Management of Anemia in Pregnancy). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2568.
6. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่องภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์ (RTCOG Clinical Practice Guideline: Obesity in Pregnancy). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2567.
7. Tita AT, Szychowski JM, Boggess K, Dugoff L, Sibai B, Lawrence K, et al. Treatment for mild chronic hypertension during pregnancy. N Engl J Med. 2022;386:1781–92. doi:10.1056/NEJMoa2201295
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 190: Gestational diabetes mellitus. Obstet Gynecol. 2018;131:e49–64.

9. Joshi GP, Abdelmalak BB, Weigel WA, Harbell MW, Kuo CI, Soriano SG, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for preoperative fasting: carbohydrate-containing clear liquids with or without protein, chewing gum, and pediatric fasting duration—A modular update of the 2017 guidelines. Anesthesiology. 2023;138:132–51.
10. Bollag L, Lim G, Sultan P, Habib AS, Landau R, Zakowski M, et al. Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology: consensus statement and recommendations for enhanced recovery after cesarean. Anesth Analg. 2021;132:1352–69.
11. Caughey AB, Sultan P, Monks DT, Sharawi N, Bamber J, Panelli DM, et al. Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations (part 2)—2025 update. Am J Obstet Gynecol. 2025;232(Suppl):S0002-9378(25)00121-8.
12. Zeng S, Liu Y, Chen M, Ruan T, Lu W, Liu X. Timing of intravenous prophylactic antibiotic agents for cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Surg Infect (Larchmt). 2023;24:303–10.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 199: Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery. Obstet Gynecol. 2018;132:e103–19.
14. Tara F, Danesteh S, Rezaee M, Geraylow KR, Moodi Ghalibaf A, Moeindarbari S. Effectiveness of postoperative oral administration of cephalexin and metronidazole on surgical site infection among obese women undergoing cesarean section: a randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study—phase III. Antimicrob Resist Infect Control. 2022;11:150.
15. World Health Organization. Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage. Web annexes: evidence base [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Oct 17]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/383092
16. Heesen M, Carvalho B, Carvalho JCA, Duvekot JJ, Dyer RA, Lucas DN, et al. International consensus statement on the use of uterotonic agents during caesarean section. Anaesthesia. 2019;74:1305–19.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 183: Postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2017;130:e168–86.

18. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016:CD003519.
19. Sultan P, Monks DT, Sharawi N, Bamber J, Panelli DM, Sauro KM, et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations (part 3)—2025 update. Am J Obstet Gynecol. 2025;232(Suppl):S0002-9378(25)00071-7.
20. D'Alton ME, Friedman AM, Smiley RM, Montgomery DM, Paidas MJ, D'Oria R, et al. National Partnership for Maternal Safety: consensus bundle on venous thromboembolism. Obstet Gynecol. 2016;128:688–98.
21. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 196: Thromboembolism in pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;132:e1–17.