

การช่วยให้ฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดท้องทำคลอด (ตอนที่ 1)

Enhanced Recovery After Cesarean Delivery (Part 1)



รศ.พญ.จิตติมา สุนทรสัจ

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คำนำ

การช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery, ERAS) มีการนำมาใช้ในการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ ผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ ผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ผ่าตัดมะเร็งทางนรีเวชกรรม ผ่าตัดระบบท่อน้ำดีและตับ⁽¹⁻³⁾ พบว่ามีประโยชน์ เช่น ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมาอยู่โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่าย ทำให้คุณภาพของการดูแลรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น ในทางสูติกรรม การผ่าตัดที่ทำบ่อยที่สุด คือการผ่าตัดท้องทำคลอด ERAS สามารถนำมาใช้ได้ทั้งการผ่าตัดที่วางแผนไว้แล้วกับการผ่าตัดฉุกเฉิน

การให้ข้อมูล ความรู้และคำปรึกษาตั้งแต่ฝากครรภ์ (Antenatal preadmission information, education, and counselling)

การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดท้องทำคลอดแก่ผู้ป่วยและสามีหรือญาติมีความสำคัญ กรณีที่เป็นการผ่าตัดที่วางแผนไว้ล่วงหน้า จะมีเวลาในการให้คำอธิบายและคำปรึกษา ข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย ความจำเป็นหรือข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ชนิดและวิธีการผ่าตัด การระงับความรู้สึกและความเจ็บปวด เวลา ระยะเวลา ประโยชน์ ความเสี่ยง ทางเลือกอื่น ๆ ของการรักษา การดูแลรักษาหลังผ่าตัด การดูแลทารกหลังคลอด ถ้าทารกจำเป็นต้องมีการดูแลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ (neonatal intensive care unit) ควรให้กุมารแพทย์มาให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติด้วย

ไม่ควรทำการผ่าตัดท้องทำคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หากไม่มีการประเมินถึงประโยชน์และอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกอย่างรอบคอบ ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของการผ่าตัด เช่น การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้อง การติดเชื้อหลังผ่าตัด ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดและความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น ความเสี่ยงต่อมดลูกแตก รกเกาะผิดปกติ และเปรียบเทียบกับประโยชน์และความเสี่ยงของการคลอดเองทางช่องคลอด ผลต่อทารกทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดตามหลังการผ่าตัดท้องทำคลอด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจก่อนเลือกวิธีการคลอด

สรุปข้อมูลที่ควรให้แก่ผู้ป่วยและญาติ มีดังนี้

1. เหตุผลหรือข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดทำคลอด
2. ตำแหน่งและชนิดของแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง
3. วิธีการเย็บปิดแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง
4. วิธีการป้องกันหรือลดการติดเชื้อหลังผ่าตัด ทั้งที่แผลหน้าท้อง มดลูก อุ้งเชิงกราน กระเพาะปัสสาวะ โอกาสเกิดการติดเชื้อประมาณร้อยละ 3-15^(2,3)
5. ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคลิ่มเลือดอุดตันและการให้ยาเพื่อป้องกัน นอกเหนือจากการใส่ elastic stockings หรือ sequential compression devices ความซุกของโรคนี้นี้ประมาณ 0.5-2.2 ต่อสตรีตั้งครรภ์ 1,000 ราย โดยความซุกของโรคลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำประมาณ 1-2 ต่อ 1,000 ราย และร้อยละ 80 เกิดก่อนคลอด ร้อยละ 20-25 จะเป็นลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด⁽⁴⁾ ร้อยละ 40-60 เกิดช่วงหลังคลอด⁽⁵⁾
6. ช่วงเวลาที่จะให้น้ำและอาหารก่อนผ่าตัด เวลาที่จะเริ่มรับประทานอาหารหลังผ่าตัด
7. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

สรุปคำแนะนำ

1. ควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการดูแลก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัดทำคลอดไม่ว่าจะทำผ่าตัดแบบวางแผนไว้ล่วงหน้าหรือผ่าตัดฉุกเฉิน (evidence level: very low/ recommendation grade: strong)

2. ไม่แนะนำให้ผ่าตัดทำคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หากไม่มีการประเมินประโยชน์และความเสี่ยงต่อทั้งมารดาและทารกอย่างชัดเจน (evidence level: very low/ recommendations grade: strong)

การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. การให้ยาก่อนระงับความรู้สึก (Preanesthetic medications)

การให้ยากลุ่ม antacids จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิด aspiration pneumonitis ยาที่แนะนำ คือ nonparticulate sodium citrate เพื่อลดความเป็นกรดของ gastric secretion ร่วมกับยากลุ่ม histamine H2 receptor antagonists เช่น ranitidine จะออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะ

ไม่ให้ยากลุ่ม sedation เพราะจะส่งผลเสียต่อมารดาทำให้รบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อหลังผ่าตัด ในทารกจะรบกวนการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายและมีคะแนน Apgar ต่ำ

สรุปคำแนะนำ

1. ควรให้ยากลุ่ม antacids และ histamine H2 receptor antagonists ก่อนผ่าตัดเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด aspiration pneumonitis (evidence level: low/ recommendation grade: strong)

2. ไม่ให้ยากลุ่ม sedation ก่อนผ่าตัดเพราะจะส่งผลเสียต่อทั้งมารดาและทารก (evidence level: low/ recommendation grade: strong)

2. การเตรียมลำไส้ (Bowel preparation)

มีการศึกษา 1 เรื่อง พบว่า การเตรียมลำไส้ด้วยวิธีสวนก่อนผ่าตัดทำคลอด ไม่มีประโยชน์⁽⁶⁾

สรุปคำแนะนำ

ไม่แนะนำให้เตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัดไม่ว่าจะใช้ยารับประทานหรือสวน (evidence level: high/ recommendation grade: strong)

3. การงดน้ำและอาหาร (Fasting)

Cochrane review สรุปว่า การอดอาหารช่วงสั้น ๆ ไม่เพิ่มปริมาณหรือลดความเป็นกรดของสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหาร ไม่เพิ่มภาวะแทรกซ้อนใด ๆ⁽⁷⁾ ในปี ค.ศ. 2011 มีแนวทางเวชปฏิบัติของ The European Society of Anaesthesiology แนะนำให้ผู้ป่วยทั้งผู้ใหญ่และเด็กดื่มน้ำหรือของเหลวใสได้จนถึง 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัดแบบที่วางแผนไว้ซึ่งรวมทั้งการผ่าตัดทำคลอดด้วย และห้ามรับประทานอาหารแข็ง 6 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด⁽⁸⁾ ไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับการงดน้ำและอาหารในผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำคลอด

สรุปคำแนะนำ

1. ให้ดื่มน้ำ น้ำผลไม้ที่ไม่มีแอลกอฮอล์ น้ำชาหรือกาแฟดำ ได้จนถึง 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด (evidence level: high/ recommendation grade: strong)

2. อาจจะได้รับประทานอาหารอ่อน ๆ ได้จนถึง 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด (evidence level: high/ recommendation grade: strong)

4. การลดความเสี่ยงด้านมารดา (Maternal comorbidity optimization)

ควรแก้ไขหรือควบคุมปัจจัยด้านมารดาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการผ่าตัดทำคลอด เช่น อ้วน (body mass index > 40 kg/m²) ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ซีด สูบบุหรี่

เอกสารอ้างอิง

1. Steenhagen E. Enhanced recovery after surgery: It's time to change practice! *Nutr Clin Pract* 2016;31:18–29.
2. Elias KM. Understanding enhanced recovery after surgery guidelines: An introductory approach. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2017;27:871–5.
3. Bisch SP, Wells T, Gramlich L, et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in gynecologic oncology: System-wide implementation and audit leads to improved value and patient outcomes. *Gynecol Oncol* 2018;15:117–23.
4. Panda S, Begley C, Daly D. Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: a systematic review and metanalysis of qualitative, quantitative and mixed methods studies. *PLoS ONE* 2018;13:e0200941.
5. Nelson G, Altman A, Nick A, et al. Guidelines for pre- and intraoperative care in gynecologic/oncology surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations-part I. *Gynecol Oncol* 2016;140:313–22.
6. Lurie S, Baider C, Glickman H, Golan A, Sadan O. Are enemas given before cesarean section useful? A prospective randomized controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2012;163:27–9.
7. Brady MC, Kinn S, Stuart P, Ness V. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;4:CD004423.
8. Smith I, Kranke P, Murat I, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2011;28:556–69.

.....