

สรุปความรู้จากการประชุม เรื่อง “แนวโน้มนโยบายการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะ” ในระหว่างวันที่ 9-10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)

รศ.ดร.นพ.วรุฒม์ โล่ห์สิริวัฒน์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

แนวคิดการใช้ ERAS ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมเริ่มต้นปี พ.ศ. 2542 ในยุโรปและอเมริกา ปัจจุบันได้มีการพัฒนา ERAS อย่างต่อเนื่องและมีการใช้อย่างแพร่หลาย รวมถึงการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะ (radical cystectomy) โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

- Preoperative education and detailed counseling: ให้คำปรึกษาและแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
- Preoperative optimization of general conditions: การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อตรวจและรักษาโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการตายหลังผ่าตัด
- Avoidance of mechanical bowel preparation: อาจไม่จำเป็นยกเว้นต่อผ่าตัดไส้ตรงหรือการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในขณะผ่าตัดเท่านั้น
- Avoidance of prolong starvation and fasting: ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า clear fluid เพียง 2 ชั่วโมงและงดอาหาร 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัดก็ปลอดภัยเพียงพอที่ผู้ป่วยจะได้รับการดมยาสลบได้
- Preoperative carbohydrate loading: การให้ผู้ป่วยดื่มสารน้ำที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง สามารถลดอาการหิวและกระหายน้ำ ลดความเครียดความกังวล และสามารถลดภาวะ insulin resistance หลังผ่าตัดได้
- Adequate hydration: ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกราย ควรอยู่ในภาวะ normovolemia
- Selective use of pre-anesthetic medication: กรณีจำเป็นควรเป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้น ไม่ทำให้ผู้ป่วยง่วงซึมมาก
- Anti-thrombotic prophylaxis: ผู้ป่วยไทยที่มีความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดไม่มาก อาจพิจารณาใช้ intermittent pneumatic compression ขณะผ่าตัดและ graded compression elastic stocking หลังผ่าตัด
- Antimicrobial prophylaxis: โดยทั่วไปใช้ยาปฏิชีวนะครั้งเดียวก่อนผ่าตัดก็เพียงพอ
- Skin preparation: ไม่จำเป็นต้องโกนขนบริเวณที่ทำผ่าตัด หากจำเป็น ควรใช้ surgical clipping แทนมีดโกน และควรทำใน OR

ขณะผ่าตัด

- Standard anesthetic protocol:
- Prophylaxis of postoperative nausea and vomiting (PONV):
- Surgical incision: ศัลยแพทย์ควรเลือกตำแหน่ง โดยให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยที่สุด
- Laparoscopic surgery: การส่องกล้องทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง
- Avoidance of nasogastric tube and drain
- Preventing intraoperative hypothermia:
- Goal-directed fluid therapy: การควบคุมปริมาณสารน้ำที่ให้อาหารในขณะผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ normovolemia

ระยะหลังผ่าตัด

- Multimodal analgesia: ยาแก้ปวดหลายอย่างร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับปวด และพยายามควบคุมระดับความปวดให้ไม่เกิน 3 จากคะแนนเต็ม 10 (numerical rating scale)
- Early enteral feeding and ambulation: ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้เร็ว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว
- Schedule removal of catheter: เอาสายสวนปัสสาวะออกในวันที่ 2-3 หลังผ่าตัด (ถ้าทำได้)
- Discharge criteria and follow-up: อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกคงที่หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถเคลื่อนไหวและดูแลตัวเองได้ดี สามารถควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัดได้ด้วยยารับประทาน และมี family support ที่ดี อาจโทรถามอาการหลังผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว 2-3

สรุป ERAS มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในทุกกระบวน สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว และระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลสั้นลง นอกจากนั้นแล้วความร่วมมือกันของทีมรักษา (multidisciplinary team) และการทำให้ผู้ป่วยตระหนักว่าผู้ป่วยก็มีบทบาทสำคัญ (patient's role & responsibility) ในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้วย