การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการเริ่มรับประทานอาหารเร็วกว่าปกติ และตามขั้นตอนแบบเดิมในสตรีภายหลังการผ่าตัดคลอด ที่โรงพยาบาลนครปฐม

A Comparative Study of Early Feeding versus Conventional Feeding in Patients Undergoing Cesarean Section in Nakhonpathom Hospital

ชญาดา วรสถิตย์ พ.บ.,
ว.ว.สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม
จังหวัดนครปฐม

Chayada Worasatit M.D.,
Thai Board of Obstetrics and Gynecology
Division of Obstetrics and Gynecology
Nakhonpathom Hospital
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบการกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้ อาการข้างเคียง และความพึงพอใจ ระหว่างการเริ่มรับประทานอาหารเร็วกว่าปกติและตามขั้นตอนแบบเดิมในสตรีภายหลังการผ่าตัดคลอด

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมนี้ ทำการวิจัยกับสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐมจำนวน 120 คน โดยการสุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 60 คน กลุ่มหนึ่งได้รับอาหารภายหลังการผ่าตัดคลอดเร็วกว่าปกติที่เคยปฏิบัติ ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งได้รับอาหารตามขั้นตอนแบบเดิม กลุ่มที่รับประทานอาหารเร็วกว่าปกติได้รับน้ำดื่มภายในเวลา 2-6 ชั่วโมงหลังภายหลังการผ่าตัด มื้อถัดไปเป็นอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ได้รับอาหารตามขั้นตอนแบบเดิมจะเริ่มจิบน้ำได้ 20-24 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด มื้อถัดไปเป็นอาหารเหลว อาหารอ่อน และในวันถัดไปจะได้รับอาหารธรรมดา

ผลการศึกษา: ผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสองกลุ่มนี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน อายุ ภาวะมีบุตร อายุครรภ์ ระยะเวลาการผ่าตัด การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด น้ำหนักทารกแรกเกิด และข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วมีระยะเวลาที่เริ่มมีการผายลมครั้งแรกเร็วกว่า มีจำนวนสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่มีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวในเช้าวันรุ่งขึ้นภายหลังการผ่าตัดมากกว่า ระยะเวลาที่เริ่มลุกลงเดินเร็วกว่า ระยะเวลาที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและสวนคาสายสวนปัสสาวะสั้นกว่า ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานอาหารธรรมดาเร็วกว่า และมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่า ซึ่งแตกต่างอย่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) กับสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่เริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม ส่วนระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลนั้นไม่แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองกลุ่ม และไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดในเรื่องอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายในท้อง ท้องอืด และ มีไข้ (p-value < .05)

สรุป: การให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดเริ่มรับประทานอาหารเร็วกว่าปกติภายหลังการผ่าตัดคลอดนั้น พบว่าลำไส้กลับมาทำงานตามปกติเร็วกว่า สามารถลุกลงเดินได้เร็วกว่า ระยะเวลาที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและสวนคาสายสวนปัสสาวะสั้นกว่า ระยะเวลาเริ่มรับประทานอาหารธรรมดาเร็วกว่า มีความพึงพอใจมากกว่า โดยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหารเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ผ่าตัดคลอด เริ่มรับประทานอาหารเร็ว
วารสารแพทย์เขต 4-5 2563 ; 39(3) : 404-413.

Abstract

Objective: The aim was to compare returns of bowel movement, adverse effects, and satisfaction of the pateints postoperative early feeding versus conventional feeding in cesarean section.

Method: This randomized controlled trial was conducted on 120 pregnant women who underwent cesarean section in Nakhonpathom Hospital. All participants were randomized into 2 groups. One group initiated early feeding in 2-6 hours after cesarean sections while the other group had conventional feeding 20-24 hours after cesarean section. Feeding in both groups started with water followed by liquid diet, soft diet, and regular diet consecutively.

Results: Demographic characteristics of both groups including age, parity, gestational age, operative time, blood loss, neonatal birth weight, and indication for cesarean section were insignificantly different. Patients with early feeding had significantly less time to flatus, more presence of bowel sound at next morning, less time to ambulation, less duration of intravenous fluid hydration and Foley catheterization, and less time to regular diet (p-value < .001) compared to those with conventional feeding. Moreover, those with early feeding were more satisfied. In terms of hospitalization and adverse effects including nausea, vomiting, abdominal discomfort, ileus, and fever were not significantly different (p-value > .05) between two groups.

Conclusion: Early feeding in cesarean section resulted in earlier gastrointestinal functions, earlier ambulation, less duration of intravenous fluid hydration and Foley catherization, less time to regular diet, and were more satisfied without increased adverse outcomes.

Keywords : cesarean section, early feeding
Received : July 16 , 2020 Revised : July 20 , 2020 Accepted. : August 21 , 2020
Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 404-413.

บทนำ

การผ่าตัดคลอดเป็นการผ่าตัดที่ทำกันมากที่สุดในโลก[1] และเพิ่มมากขึ้นในทั่วทุกภูมิภาคของโลก กล่าวคือประมาณร้อยละ 31.6 และร้อยละ 32.5 ของการคลอดในประเทศสหรัฐอเมริกา[2] และในประเทศไทย[3] ตามลำดับ การผ่าตัดคลอดถือว่าเป็นการผ่าตัดช่องท้อง (abdominal surgery) อย่างหนึ่ง การดูแลภายหลังการผ่าตัดด้วยการให้สารน้ำและอาหารเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ การเรียนการสอนที่ผ่านมาเรื่องข้อกำหนดอาหาร (diet regimen) ภายหลังการผ่าตัดก็คือ การงดน้ำงดอาหารทางปากเป็นเวลา 24 ชั่วโมง จนกว่าจะฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้หรือว่าสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดผายลมแล้วจึงเริ่มรับประทานอาหาร[4] ทั้งนี้ก็เนื่องจากกลัวว่าจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องอืดภายหลังการผ่าตัด (postoperative ileus) นั่นเอง[4-5] แต่การเริ่มผายลมนั้นอาจจะไม่ใช่เป็นสิ่งแรกที่บ่งชี้ว่ามีการกลับมาทำงานของลำไส้ เพราะมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการเริ่มรับประทานอาหารเร็วนั้นปลอดภัยก่อนที่จะกลับมามีการผายลม[6]

ถึงแม้ว่าภาวะท้องอืดจะพบได้บ่อยในการผ่าตัดช่องท้องทั่วๆไป แต่การผ่าตัดคลอดนั้นกลับพบไม่บ่อยนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการผ่าตัดคลอดใช้เวลาในการผ่าตัดไม่นาน รบกวนลำไส้น้อยมากเมื่อเทียบกับการผ่าตัดช่องท้องอื่นๆ เป็นการผ่าตัดในสตรีที่อายุไม่มาก เป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่ใช่เป็นการเจ็บป่วยจากโรค (medical problem) ทำให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดทนต่อการผ่าตัดได้ดี[7-8]

การดูแลสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดของสูตินรีแพทย์แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันไปบ้างตามชนิดของการผ่าตัด แต่สิ่งหนึ่งที่สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่มีธรรมเนียมการปฏิบัติที่คล้ายคลึงกันก็คือ เรื่องการเริ่มให้อาหารแก่สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดนั้น จะเริ่มให้หลังจากที่ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้และผายลมแล้ว[9]

อย่างไรก็ตามแนวทางการปฏิบัติเรื่องการเริ่มรับประทานอาหารนี้ได้มีการทดลองทางคลินิก (clinical trials)[9-12] ทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review)[4] บ่งชี้ว่าการเริ่มรับประทานอาหารเร็วภายหลังการผ่าตัดคลอดนั้นปลอดภัยและมีประโยชน์ กล่าวคือมีการกลับมาทำงานของลำไส้เร็วกว่า สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดสามารถลุกลงเดิน (ambulate) ได้เร็วกว่า กลับบ้านได้เร็วกว่า ลดความต้องการยาแก้ปวด ตลอดจนลดการติดเชื้อ

ในปี พ.ศ. 2554 สมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งยุโรป (European Society of Anaesthesiology) ได้สนับสนุนการเริ่มรับประทานอาหารเร็วภายการหลังผ่าตัด โดยได้ออกเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติด้วย[13]

อย่างไรก็ตามแพทย์บางกลุ่มยังยึดถือการปฏิบัติแบบดั้งเดิมอยู่ แม้ว่าจะมีข้อปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based protocol) เช่นในประเทศปากีสถานที่พบว่าร้อยละ 61.6 ของสูตินรีแพทย์เชื่อว่าการเริ่มรับประทานอาหารที่เป็นของแข็ง (solid diet) ภายหลังการผ่าตัดจะนำไปสู่ภาวะท้องอืด[14]

การวิจัยทดลองเพิ่มเติมมีความจำเป็น เพื่อให้มีหลักฐานมากขึ้นว่าการเริ่มรับประทานอาหารเร็วหลังการผ่าตัดคลอดมีข้อดี ข้อเสีย และเป็นประโยชน์ต่อสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดหรือไม่ อย่างไร เพื่อให้แพทย์ผู้ดูแลสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดมีความมั่นใจถึงข้อดี ข้อเสีย และประโยชน์ที่สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดจะได้รับมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้ อาการข้างเคียง และความพึงพอใจ ระหว่างการเริ่มรับประทานอาหารเร็วกว่าปกติและตามขั้นตอนแบบเดิมในสตรีภายหลังการผ่าตัดคลอด

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลนครปฐม เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ทำการศึกษากับสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐมระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 กลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 18 ปี และอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการอธิบายถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย และลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการผ่าตัดคลอดโดยสูตินรีแพทย์ และปฏิบัติตามแนวทางวิธีการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลนครปฐม มีเกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดมยาสลบ (general anesthesia) การผ่าตัดที่มีการบาดเจ็บต่อลำไส้ (bowel injury) กลุ่มตัวอย่างภายหลังผ่าตัดคลอดที่มีความจำเป็นต้องงดน้ำงดอาหารมากกว่า 2-6 ชั่วโมง เช่น ครรภ์เป็นพิษ หรือตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น

ภายหลังผ่าตัดคลอด กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสุ่มแบบบล็อก (block randomization) เป็นสองกลุ่ม กลุ่มที่หนึ่งจะได้รับน้ำดื่มภายใน 2-6 ชั่วโมง ตามด้วยอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่สองจะเริ่มรับประทานอาหารแบบเดิมคืองดน้ำงดอาหารประมาณ 20-24 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะเริ่มจิบน้ำ แล้วตามด้วยอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาในวันถัดไป หากกลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารได้มากกว่าร้อยละ 80 ของอาหารทั้งหมดในมื้อนั้นถือว่ากลุ่มตัวอย่างรับอาหารได้ ระยะเวลาของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เริ่มนับตั้งแต่เย็บปิดแผลผ่าตัดเสร็จไปจนถึงเมื่อหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จะหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเมื่อสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดสามารถรับประทานอาหารเหลวได้ดี สายสวนปัสสาวะจะเอาออกเมื่อหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแล้ว การกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้ หมายถึง การตรวจพบครั้งแรกของเสียงลำไส้เคลื่อนไหวภายหลังผ่าตัด ท้องอืด (mild ileus) หมายถึงรู้สึกไม่สบายในท้อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร่วมกับมีการลดลงหรือฟังไม่ได้ยินเสียงลำไส้ ท้องอืดรุนแรง (severe ileus) หมายถึงท้องอืดแน่นมาก (marked abdominal distention) ร่วมกับมีอาเจียนมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 24 ชั่วโมง สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดต้องการการสอดสายยางเข้าทางรูจมูกไปยังกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) หรือมีภาพถ่ายทางรังสีบ่งชี้ว่ามีภาวะท้องอืดแน่นมาก ไข้หลังผ่าตัดหมายถึงอุณหภูมิร่างกาย ≥ 38.3° C ภายหลังจากการผ่าตัด 24 ชั่วโมงไปแล้วมากกว่า 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง แผลผ่าตัดติดเชื้อหมายถึงมีการอักเสบติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ความพึงพอใจของสตรีภายหลังผ่าตัดคลอด วัดระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ระดับความพึงพอใจ 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด ระดับความพึงพอใจ 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก ระดับความพึงพอใจ 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง ระดับความพึงพอใจ 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย ระดับความพึงพอใจ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

เมื่อเสร็จจากการผ่าตัดและกลับถึงหอผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลนครปฐมเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม และจะได้รับแบบฟอร์มเพื่อบันทึก เวลาที่เริ่มผายลม เวลาที่เริ่มลุกลงเดิน ภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกไม่สบายในท้อง ท้องอืด หรืออาการผิดปกติอื่นๆ และวันสุดท้ายก่อนกลับบ้านสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดจะประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดจะได้รับการตรวจเยี่ยมวันละสองครั้งหรือมากกว่านี้ถ้าเป็นไปได้ หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และจะ

ได้การรับสอบถามถึงอาการต่างๆ ลงบันทึกในแบบฟอร์ม ในเช้าวันรุ่งขึ้นภายหลังการผ่าตัดผู้วิจัยจะฟังเสียงลำไส้เคลื่อนไหวด้วยหูฟัง (stethoscope) ทางหน้าท้องของสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดเป็นเวลา 1 นาที ระยะเวลาการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ระยะเวลาการสวนคาสายสวนปัสสาวะ ระยะเวลาเริ่มรับประทานอาหารและระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการบันทึกไว้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการศึกษาก่อนหน้านี้[15] มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 ราย พบว่าระยะเวลาที่ลำไส้กลับมาทำงานในสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่เริ่มให้รับประทานเร็ว คือ 7.8 ± 2.9 ชั่วโมง ในขณะที่ ระยะเวลาที่ลำไส้กลับมาทำงานในสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่เริ่มให้รับประทานอาหารแบบเดิม คือ 11.7±5 ชั่วโมง *p*-value < .0001 การคำนวณทางสถิติ[16] พบว่าจะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับกลุ่มละ 18 ราย ดังนั้นขนาดตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดที่ต้องการในการศึกษานี้เท่ากับ 36 ราย เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูล และความคลาดเคลื่อนของการศึกษาประมาณร้อยละ 20 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประมาณ 44 ราย แต่การวิจัยในครั้งนี้นอกจากวัตถุประสงค์หลักเรื่องการกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้แล้ว ผู้วิจัยยังได้ศึกษาวัตถุประสงค์รองเรื่องภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในการเริ่มรับประทานอาหารเร็วภายหลังผ่าตัดคลอดด้วย ผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่าควรจะใช้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่จะทำให้ข้อมูลในการคำนวณทางสถิติมีความถูกต้องแม่นยำมากกว่ากลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จึงได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 60 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 ราย

การวิเคราะห์ทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 22 ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลและบรรยายลักษณะข้อมูล และใช้สถิติ t-test ในการทดสอบความแตกต่างหรือเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม *p*-value < .05 ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 60 ราย ได้รับการสุ่มให้เริ่มรับประทานอาหารเร็ว ส่วนอีก 60 ราย ได้รับการสุ่มให้เริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 ราย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดต้องออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดการวิจัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดและระยะพักฟื้น ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม เช่น อายุ ภาวะการมีบุตร อายุครรภ์ ระยะเวลาผ่าตัด การคาดคะเนการเสียเลือด และน้ำหนักของทารกแรกเกิด พบว่าไม่มีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value > .05) ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

	เริ่มรับประทานอาหารเร็ว (n=60)	เริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม (n=60)	*P*-value
อายุ (ปี)*	28.8 ± 5.7	27.3 ± 6.1	.197
ภาวะการมีบุตร (จำนวน)**	35	38	.460
อายุครรภ์ (สัปดาห์)*	39.2 ± 1.2	39.2 ± 1.0	.918
เวลาการผ่าตัด (นาที)*	35.1 ± 8.2	33.4 ± 8.2	.280
คาดคะเนการเสียเลือด (มล.)*	500.0 ±144.4	493.3 ± 126.0	.788
น้ำหนักทารก (กรัม)*	3,159.0 ±380.5	3,149.6 ±475.7	.906

หมายเหตุ ; * รายงานเป็น mean ± SD, ** จำนวนของสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีบุตร

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด เช่น เคยผ่าตัดคลอด มีการผิดสัดส่วนระหว่างทารกกับอุ้งเชิงกรานของมารดา ปากมดลูกไม่พร้อม ทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติ เป็นต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value > .05) ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด

	เริ่มรับประทานอาหารเร็ว (n=60)(ร้อยละ)	**เริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม (n=60)(ร้อยละ)**	***P*-value**
เคยผ่าตัดคลอด	30 (50.0)	27 (45.0)	.587
มีการผิดสัดส่วนระหว่างทารกกับ-อุ้งเชิงกรานของมารดา	13 (21.7)	15 (25.0)	.669
ปากมดลูกไม่พร้อม	4 (6.6)	5 (8.3)	.732
ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ	3 (5.0)	4 (6.7)	.700
อื่น ๆ	10 (16.7)	9 (15.0)	.805

เปรียบเทียบกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วและเริ่มรับประทานแบบเดิม สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วมีระยะเวลาที่เริ่มมีการผายลมครั้งแรกเร็วกว่า มีจำนวนสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่มีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวในเช้าวันรุ่งขึ้นภายหลังการผ่าตัดมากกว่า ระยะเวลาที่เริ่มลุกลงเดินเร็วกว่าระยะเวลาที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและสวนคาสายสวนปัสสาวะสั้นกว่า ระยะเวลาเริ่มรับประทานอาหารธรรมดาเร็วกว่า และมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่า ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value < .001) ส่วนระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลนั้นไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม มีผลลัพธ์ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ภายหลังการผ่าตัดคลอด

	เริ่มรับประทานอาหารเร็ว (n=60)	**เริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม (n=60)**	***P*-value**
ระยะเวลาเริ่มผายลม (ชม.)*	12.8 ± 2.0	22.7 ± 1.0	<.001
มีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวในเช้าวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัด (ร้อยละ)	85	45	<.001
ระยะเวลาเริ่มลุกลงเดิน (ชม.)*	12.2 ± 1.9	23.6 ± 1.7	<.001
ระยะเวลาการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ชม.)*	11.7 ± 1.9	21.9 ± 1.6	<.001
ระยะเวลาสวนคาสายสวนปัสสาวะ (ชม.)*	12.3 ± 1.9	22.8 ± 1.8	<.001
ระยะเวลางดน้ำงดอาหาร (ชม.)*	4.6 ± 1.2	21.5 ± 0.9	<.001
ระยะเวลาเริ่มอาหารธรรมดา (ชม.)*	13.9 ± 2.1	44.7 ± 2.7	<.001
ระยะเวลาพักรักษาในรพ. (ชม.)*	72.6 ± 1.3	73.2 ± 2.3	.104
ความพึงพอใจ (1-5 คะแนน)*	4.8 ± 0.4	4.2 ± 0.6	<.001

หมายเหตุ *รายงานเป็น mean ± SD

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดคลอดนั้น พบว่า อาการคลื่นไส้เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด รองลงมาคืออาเจียน รู้สึกไม่สบายในท้อง ท้องอืดเล็กน้อย มีไข้ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง (p-value > .05) ไม่มีสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดรายใดมีภาวะท้องอืดรุนแรงและไม่พบแผลผ่าตัดติดเชื้อ ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดคลอด

	เริ่มรับประทานอาหารเร็ว (n=60)(ร้อยละ)	เริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม (n=60)(ร้อยละ)	*P*-value
คลื่นไส้	10 (16.7)	9 (15.0)	.805
อาเจียน	7 (11.7)	6 (10.0)	.771
รู้สึกไม่สบายท้อง	4 (6.7)	5 (8.3)	.732
ท้องอืด	1 (1.7)	1 (1.7)	.999
มีไข้	3 (5.0)	2 (3.3)	.651
แผลผ่าตัดติดเชื้อ	0 (0.0)	0 (0.0)	-

วิจารณ์

จากรายงานการศึกษาทดลองทางคลินิกและการทบทวนอย่างเป็นระบบ บ่งชี้ว่าการเริ่มรับประทานอาหารเร็วหลังผ่าตัดนั้นปลอดภัยและมีประโยชน์ต่อสตรีภายหลังผ่าตัดคลอด[5,7-8,10,12] การเริ่มรับประทานอาหารเร็วภายใน 8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดพบว่าจะทำให้ลำไส้กลับมาทำงานเร็วกว่า เริ่มรับประทานอาหารธรรมดาได้เร็วกว่า[10,12,17-18]

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วมีระยะเวลาเริ่มกลับมามีการผายลมครั้งแรกเร็วกว่า มีจำนวนสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่มีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวในเช้าวันรุ่งขึ้นมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้[4,7-10,12,18,20] โดยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องอืด เพิ่มมากขึ้น แสดงว่าสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดรับอาหารได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้[4,8-10,12,18,20] แต่แตกต่างจากงานวิจัยในสิงคโปร์ที่พบว่า สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วนั้นมีอาการคลื่นไส้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่างานวิจัยดังกล่าวนี้ให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดเริ่มดื่มน้ำผลไม้ตั้งแต่เวลา 30 นาทีภายหลังผ่าตัดคลอด[7]

สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วสามารถลุกลงเดินได้เร็วกว่า งดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและเอาสายสวนปัสสาวะออกได้เร็วกว่า ระยะเวลาเริ่มกลับมารับประทานอาหารธรรมดาเร็วกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้[12,19,20] ซึ่งก็น่าจะเป็นผลมาจากว่า เมื่อสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่รับประทานอาหารได้ดีก็ไม่มีความจำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอีกต่อไป จึงสามารถลุกเดินได้สะดวกขึ้น การเริ่มรับประทานอาหารเร็วจึงเป็นความสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลสตรีภายหลังผ่าตัดคลอด ที่อาจจะทำให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

ระยะเวลาที่พักรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากว่าในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีแนวทางการปฏิบัติคือ จะอนุญาตให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดออกจากโรงพยาบาลได้เมื่อผ่านการผ่าตัดไปแล้ว 72 ชั่วโมง ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่นๆก่อนหน้านี้ที่พบว่าระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงอย่างมี

นัยสำคัญในกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็ว[7-10,12,18] ถ้ามีงานวิจัยออกมามากขึ้นและสนับสนุนว่า การเริ่มรับประทานอาหารเร็วทำให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดฟื้นตัวได้เร็วขึ้น แนวทางการให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดกลับบ้านอาจจะมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนให้เร็วขึ้นเพื่อให้เกิดความเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป ซึ่งก็น่าจะเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายอีกด้วย

ความพึงพอใจของต่อการดูแลหลังคลอดพบว่าสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้[7,14,17] แต่บางงานวิจัยพบว่าความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน[19] แต่จำนวนงานวิจัยที่ประเมินความพึงพอใจของสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดยังมีไม่มากนัก น่าจะได้มีงานวิจัยในเรื่องนี้เพิ่มเติมอีก

งานวิจัยในครั้งนี้พบว่า สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วและเริ่มรับประทานอาหารแบบเดิม มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆเช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน รู้สึกไม่สบายในท้อง ท้องอืด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > .05) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านๆ มา[4,9-10,15,17-18,20]

ระยะเวลาที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วนั้นจากงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีการระบุเวลาที่แน่นอนแตกต่างกันไปตามแต่ละงานวิจัย ส่วนใหญ่เริ่มรับประทานภายใน 8 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด บางงานวิจัยเริ่มดื่มน้ำผลไม้ 30 นาทีภายหลังการผ่าตัดคลอด[7] หรือให้ดื่มน้ำผลไม้ภายหลังการผ่าตัดคลอดทันทีถ้าสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดรู้สึกกระหาย[9] แต่การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่ง และอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ มักเกิดขึ้นภายใน 2 ชั่วโมงแรกภายหลังการคลอด จึงได้ให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มรับประทานอาหารภายหลังการผ่าตัดคลอดไปแล้ว 2 ชั่วโมง

ควรจะได้มีการศึกษาต่อไปถึงระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะเริ่มต้นรับประทานอาหาร ชนิดของอาหารควรจะรับประทานอาหารอะไร ปัจจัยอื่นๆก็ควรนำมาพิจารณาด้วยเช่น เป็นการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินหรือการนัดผ่าตัดคลอด ชนิดของยาที่ใช้ในการผ่าตัด เช่น ใช้ยาชาเฉพาะส่วน (regional anesthesia) หรือว่าดมยาสลบ (general anesthesia) ก็ควรนำมาพิจารณาด้วยเช่นกัน

เมื่อปี 2560 มีงานวิจัยว่าเสียงของลำไส้ (bowel sounds) นั้นไม่สัมพันธ์กับการผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel movement) หรือว่าความสามารถในการรับอาหารทางปาก (tolerance of oral in take) ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง[21] ผลการวิจัยนี้แตกต่างไปจากความเชื่อและการปฏิบัติที่ผ่านมาเป็นระยะเวลายาวนาน การฟังเสียงของลำไส้ที่เคลื่อนไหวภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง และการเริ่มรับประทานอาหารคงจะต้องมีการศึกษากันต่อไปอีกเพื่อให้มีข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้แบ่งแยกกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยว่าเป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน (emergency) หรือเป็นการนัดผ่าตัด (elective) ซึ่งอาจจะมีระยะเวลาการงดน้ำงดอาหารก่อนการผ่าตัดแตกต่างกันไปบ้าง อาจจะมีผลต่อการกลับมาทำงานของลำไส้และภาวะแทรกซ้อนต่างๆภายหลังการผ่าตัดได้ อีกทั้งผู้วิจัยเลือกทำการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ในเช้าวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัด เนื่องจากเห็นว่าเป็นวิธีที่แพทย์ปฏิบัติกันตามปกติทั่วไปนั้น สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดในช่วงเวลาที่แตกต่างกันอาจมีผลต่อการกลับมาทำงานของลำไส้ที่แตกต่างกันออกไปได้

กล่าวโดยสรุป สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่เริ่มรับประทานอาหารเร็ว มีจำนวนสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดที่มีเสียงลำไส้เคลื่อนไหวในเช้าวันรุ่งขึ้นมากกว่า มีระยะเวลาที่เริ่มกลับมามีการผายลมครั้งแรกเร็วกว่า เวลาที่เริ่มลุกลงเดินเร็วกว่า ระยะเวลาที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและสวนคาสายสวนปัสสาวะสั้นกว่า ระยะเวลาเริ่มกลับมารับประทานอาหารธรรมดาเร็วกว่า มีความพึงพอใจมากกว่า ไม่พบว่ามีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหาร การให้สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดเริ่มรับประทานอาหารเร็วน่าจะมีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีความหิวหรือมีความกระหาย

สรุป

การเริ่มรับประทานอาหารเร็วภายหลังการผ่าตัดคลอด พบว่าลำไส้กลับมาทำงานเร็วกว่า และไม่พบภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหารเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณสุนีย์ เนตรภิญโญ คุณลักขณา บัวสมบูรณ์ และคุณสัณห์จิรา นิตย์แสวง เจ้าหน้าที่ห้องคลอด เจ้าหน้าที่ตึกหลังคลอด ตลอดจนเจ้าหน้าที่กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรมทุกท่านที่ช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Gregory KD, Jackson S, Korst L, et al. Cesarean versus vaginal delivery whose risks? whose benefit?. Am J Perinatol. 2012; 29(1): 7-18. doi: 10.1055/s-0031-1285829.
2. Hehir MP, Ananth CV, Siddiq Z, et al. Cesarean delivery in the United States 2005 through 2014: a population-based analysis using the Robson 10-Group Classification System. Am J Obstet Gynecol. 2018; 219(1): e105-11. doi: 10.1016/j.ajog.2018.04.012.
3. Liabsuetrakul T, Sukmanee J, Thungthong J, et al. Trend of Cesarean Section Rates and Correlations with Adverse Maternal and Neonatal Outcomes: A Secondary Analysis of Thai Universal Coverage Scheme Data. AJP Rep. 2019; 9(4): e328-36. doi: 10.1055/s-0039-1697656.
4. Hsu YY, Hung HY, Chang SC, et al. Early oral intake and gastrointestinal function after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2013 Obstet Gynecol. 2013; 121(6): 1327-34. doi: 10.1097/AOG.0b013e318293698c.
5. Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PH, et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. Br J Surg. 2006; 93(7): 800–9. doi: 10.1002/bjs.5384.
6. Pearl ML, Frandina M, Mahler L, et al. A randomized controlled trial of a regular diet as the first meal in gynecologic oncology patients undergoing intraabdominal surgery. Obstet Gynecol. 2002; 100(2): 230-4. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02067-7.
7. Teoh WHL, Shah MK, Mah CL. A randomized controlled trial on beneficial effects of early feeding post-caesarean delivery under regional anesthesia. Singapore Med J. 2007; 48(2): 152–7.
8. Adupa D, Wandabwa J, Kiondo P. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after caesarean delivery in Mulago Hospital. East Afr Med J. 2003; 80(7): 345-50. doi: 10.4314/eamj.v80i7.8716.
9. Rabbo SA. Early oral hydration: a novel regimen for management after elective cesarean section. J Obstet Gynaecol (Tokyo 1995). 1995; 21(6): 563–7. doi: 10.1111/j.1447-0756.1995.tb00913.x.
10. Patolia DS, Hilliard RL, Toy EC, et al. Early feeding after cesarean: randomized trial. Obstet Gynecol. 2001; 98(1): 113–6. doi: 10.1016/s0029-7844(01)01387-4.

11. Burrows WR, Gingo Jr AJ, Rose SM, et al. Safety and efficacy of early postoperative solid food consumption after cesarean section. J Reprod Med. 1995; 40(6): 463–7.
12. Chantarasorn V, Tannirandorn Y. A comparative study of early postoperative feeding versus conventional feeding for patients undergoing cesarean section; a randomized controlled trial. J Med Assoc Thai. 2006; 89(Suppl 4): 11–16.
13. 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(8): 556–69. doi: 10.1097/EJA.0b013e3283495ba1.
14. Masood SN, Siddiqui IA, Masood MF, et al. To assess the practices about initiation of oral maternal feeding after cesarean section under regional anesthesia. Pak J Med Sci. 2011; 27(5): 996-1000.
15. Jalilian N, Ghadami MR. Randomized clinical trial comparing post operative outcomes of early versus late feeding after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2014; 40(6): 1649-52. doi: 10.1111/jog.12246.
16. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V, McNeil E. n4Studies: Sample Size Calculation for an Epidemiological Study on a Smart Device. Siriraj Med J. 2016; 68: 160-70.
17. Bar G, Sheiner E, Lezerovizt A, et al. Early maternal feeding following caesarean delivery: a prospective randomised study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008; 87(1): 68–71. doi: 10.1080/00016340701778849.
18. Orji EO, Olabode TO, Kuti O, et al. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after cesarean section. J Matern Fetal Neonatal Med. 2009; 22(1): 65–71. doi: 10.1080/14767050802430826.
19. Guo J, Long S, Li H, et al. Early versus delayed oral feeding for patients after cesarean. Int J Gynaecol Obstet. 2015; 128(2): 100–5. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.07.039.
20. Mawson AL, Bumrungphuet S, Manonai J. A randomized controlled trial comparing early versus late oral feeding after cesarean section under regional anesthesia. Int J Womens Health. 2019; 11: 519-25. doi: 10.2147/IJWH.S222922.
21. Read TE, Brozovich M, Andujar JE, et al. Bowel Sounds Are Not Associated With Flatus, Bowel Movement, or Tolerance of Oral Intake in Patients After Major Abdominal Surgery. Dis Colon Rectum. 2017; 60(6): 608-13. doi: 10.1097/DCR.0000000000000829.