

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

Nurses's Role in Enhanced Recovery After Spinal Surgery

สดสวย ทองมหา ประภาพร จงใจักดิ์*

Sodsuy Thongmaha Prapaporn Jongjaipagdee*

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

โรคทางกระดูกสันหลังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หากอาการรุนแรง จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกสันหลัง ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ด้วยเหตุนี้การนำแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) มาใช้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้รวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและขับเคลื่อนแนวทางการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (ERAS) ในทุกระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดจนจำหน่ายกลับบ้าน บทบาทเหล่านี้ครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การให้ความรู้ คำแนะนำและการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนผ่าตัด รวมถึงการป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังเน้นถึงการจัดการความปวดแบบผสมผสาน การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการประยุกต์ใช้แนวทางการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูปัญหาได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล, การผ่าตัดกระดูกสันหลัง, การส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

Abstract

Spinal disorders are conditions that significantly affect both the physical and mental well-being of patients. In severe cases, surgical intervention is required to correct structural abnormalities of the spine. Such procedures are considered major surgeries and carry a high risk of complications. Therefore, the implementation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol is crucial. Its primary goal is to promote faster recovery, reduce postoperative complications, shorten hospital stays, and decrease healthcare costs. Nurses play a vital role in promoting and driving the ERAS approach throughout all phases of care, preoperative, intraoperative, and postoperative, up to the point of discharge. Their responsibilities include assessment, education, guidance, and nursing care to ensure patients are well-prepared for surgery. They are also essential in preventing and reducing complications during and after the procedure. Additionally, the ERAS protocol emphasizes multimodal pain management, nutritional support, postoperative rehabilitation, and preparation for discharge. Nurses are key personnel in applying ERAS principles to achieve the best possible

Corresponding Author: *E-mail:pjongjaipagdee@gmail.com

วันที่รับ (Received) 19 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 21 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 3 ส.ค. 2568

outcomes for patients and their families. Through their involvement, patients can recover more quickly and enjoy a better quality of life.

Keyword : nurses's role, spinal surgery, enhanced recovery after spinal surgery

บทนำ

โรคทางกระดูกสันหลังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น คุณภาพชีวิต ลดลง สถิติในปี ค.ศ.2020 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคทางกระดูกสันหลัง 619 ล้านคน (ร้อยละ 10) และมีแนวโน้มจะสูงถึง 843 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050¹ ผู้ป่วยโรคทางกระดูกสันหลังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการปวด อาการชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่างกายเคลื่อนไหวได้จำกัด ในบางรายอาจถึงขั้นสูญเสียการควบคุมระบบขับถ่าย (Cauda equina syndrome) ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อร่างกาย แต่ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ หากอาการรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้รักษาความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกสันหลัง ซึ่งมีทั้งวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open spine surgery) และการผ่าตัดที่ทำให้เนื้อเยื่อเกิดการบาดเจ็บน้อย (Minimally invasive surgery : MIS) ซึ่งทั้ง 2 วิธี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด (Surgical site infection) ปอดแฟบ (Lung atelectasis) ปอดติดเชื้อ (Pneumonia) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism : VTE) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery : ERAS) มีหลักการเพื่อลดการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดจากการผ่าตัด (Stress responses) ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด² มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ³ รวมทั้งคำแนะนำจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ⁴ พบผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่ดีในการลดอาการปวดหลังผ่าตัด ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล²⁻⁴ ด้วยเหตุนี้ผู้เขียนจึงมีความสนใจที่จะเขียนบทความวิชาการฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยจะนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์สู่การปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสม

แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังนี้เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative) ระยะผ่าตัด (Intraoperative) และระยะหลังผ่าตัด (Postoperative) โดยมีบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม โรคร่วม ปัจจัยเสี่ยงหรือความผิดปกติที่อาจส่งผลกระทบต่อ การผ่าตัด แล้วปรับแก้ไขความผิดปกตินั้น (Optimization) ให้อยู่ในเกณฑ์ที่พร้อมจะเข้ารับการผ่าตัดมากที่สุด แบ่งเป็นระยะก่อนเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลและระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัด

1.1 ระยะก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Prehospital) ระยะนี้เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเข้ามารักษาในโรงพยาบาล มีแนวทางดังนี้

1.1.1 การให้ความรู้ คำแนะนำก่อนผ่าตัด (Preoperative education and counseling) พยาบาลควรให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ เกิดความพึงพอใจ และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของตนเองได้ นอกจากนี้ยังช่วยจัดการกับความกลัว ลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ซึ่งส่งผลดีต่อระยะหลังผ่าตัด โดยช่วยลดอาการปวด และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล²⁻⁴

1.1.2. การประเมินและเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative optimization) พยาบาลมีบทบาทในการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและแก้ไขความผิดปกติดังนี้

1.1.2.1 การประเมินโรคร่วม (Comorbidity assessment) การประเมินความผิดปกติจากโรคร่วมถือเป็นขั้นตอนเชิงรุกที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย พยาบาลควรรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุมรวมทั้งการประเมินสภาพร่างกายและการประเมินผลกระทบของโรคร่วมโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มักมีโรคร่วมที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น โรคอ้วน โรคหัวใจ และหลอดเลือด เมื่อพบความผิดปกติพยาบาลมีบทบาทในการประสานงานและส่งต่อข้อมูลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ปรับแก้ไขความผิดปกตินั้น เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด⁵

1.1.2.2 การแนะนำหยุดสูบบุหรี่ (Smoking cessation) การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อหลังผ่าตัด รวมถึงการที่กระดูกสันหลังเชื่อมติดกันช้าหรือไม่ติด และการเกิดหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนมากขึ้น พยาบาลมีบทบาทให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย 4 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด^{3,4} หากไม่สามารถงดสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง แนะนำและนัดหมายให้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

1.1.2.3 การแนะนำหยุดดื่มสุรา (Alcohol cessation) การดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและทางเดินหายใจ ภาวะสับสนเฉียบพลัน การติดเชื้อหลังการผ่าตัด ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำ พยาบาลมีบทบาทให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราอย่างน้อย 4-8 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด⁴

1.1.2.4 การจัดการภาวะโลหิตจาง (Anemia management) ภาวะโลหิตจางก่อนผ่าตัดส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะหัวใจวาย หัวใจขาดเลือด การติดเชื้อหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดติดเชื้อ ระยะเวลาอนโรพยาบาลนานขึ้น ดังนั้น เพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว ผู้ป่วยที่มีระดับฮีโมโกลบิน (Hb) ต่ำกว่า 13g/dL พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานกับแพทย์เพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางก่อนผ่าตัด เช่น การให้ผลิตภัณฑ์เสริมธาตุเหล็ก การให้ยาธาตุเหล็กในรูปแบบรับประทานหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ⁴

1.1.2.5 การประเมินและส่งเสริมภาวะโภชนาการ (Nutrition evaluation and supplementation) มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ ระดับ

อัลบูมินในเลือดต่ำ ระดับทรานสเฟอร์รินต่ำและจำนวนลิมโฟไซต์ต่ำ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น ระยะเวลาอนโรพยาบาลนานขึ้น อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน และอัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังสูงขึ้น⁶ พยาบาลมีบทบาทในการประเมินและให้คำแนะนำด้านโภชนาการ โดยแนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการผ่าตัดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

1.2 ระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัด (Preoperative) ระยะนี้เป็นการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาลจนถึงก่อนเข้าห้องผ่าตัด มีแนวทางดังนี้

1.2.1 การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด (Preoperative fasting) เพื่อลดปริมาณสารคัดหลั่งและลดความเป็นกรดในกระเพาะอาหารระหว่างการผ่าตัด ช่วยป้องกันความเสี่ยงการสำลักลงปอด แนวทางปฏิบัติของสมาคมวิสัญญีวิทยาแห่งยุโรปและสมาคมวิสัญญีวิทยาแห่งอเมริกา แนะนำว่าสามารถรับประทานอาหารได้ 6 ชั่วโมง และสามารถดื่มของเหลวใส เช่น น้ำหรือกาแฟดำ ได้ถึง 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัดที่ต้องดมยาสลบ⁷ ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทในการวางแผนการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีแพทย์ โดยกำหนดระยะเวลาเป็นรายบุคคลไม่ควรถือปฏิบัติให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดตั้งแต่เที่ยงคืน

1.2.2 การควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสม (Blood glucose monitoring) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดสูงขึ้น ดังนั้นควรตรวจติดตามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยทุกรายก่อนผ่าตัด ให้อยู่ในช่วง 80-180 mg/dL และระดับ HbA1C ให้ต่ำกว่า 8%⁸ พยาบาลมีบทบาทในการร่วมประเมิน ตรวจติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นไปตามแผนการรักษา

1.2.3 การให้ยาระงับปวดก่อนผ่าตัด (Preemptive analgesia) ควรเริ่มให้ยาระงับปวดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อลดการใช้ยาและผลข้างเคียงจากยากลุ่มโอปิออยด์^{3,4} การให้ยาระงับปวดก่อนผ่าตัด ควรให้ยาก่อนลงมีดผ่าตัด 1-2 ชั่วโมง กลุ่มยาที่ใช้กันทั่วไป ได้แก่ อะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และกาบาเพนตินอยด์ (Gabapentinoid) พยาบาลมีบทบาทในการให้ยาระงับปวด

ก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษาและอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม

2. ระยะผ่าตัด (Intraoperative) มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการตอบสนองต่อความเครียดของร่างกายระหว่างการผ่าตัด (Stress minimization) มีแนวทางดังนี้

2.1 การป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด (Antimicrobial prophylaxis) มีรายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Surgical site infection) ตั้งแต่ร้อยละ 0.7-16 ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น⁹ พยาบาลมีบทบาทในการป้องกันโดยการเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อไอโอดีนที่มีแอลกอฮอล์เป็นตัวทำละลาย (Alcohol-base iodine) หรือสารละลายคลอร์เฮกซิดีน (Chlorhexidine solution) ในรายที่จำเป็นต้องกำจัดขนให้ใช้ Clipper กำจัดขนภายใน 1-2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด รวมทั้งการให้ยาปฏิชีวนะ 1-2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัดและให้ยาชำระล้างผ่าตัดกรณีการผ่าตัดใช้เวลานาน⁴

2.2 การป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia prevention) ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ แผลหายช้า การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และภาวะสั่นหลังการผ่าตัด (Postoperative shivering) ส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้าลงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น²⁻⁴ พยาบาลมีบทบาทในการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้โดยการให้น้ำเกลือที่อุ่นทางหลอดเลือดและใช้เครื่องให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยแรงลม (Convective warming device) หรือผ้าห่มอุ่น¹¹

2.3 การดูแลให้สารน้ำอย่างเหมาะสม (Optimal fluid management) เป็นสิ่งสำคัญในการลำเลียงออกซิเจนไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปริมาณเลือดสำรองของหัวใจและไตต่ำ ควรรักษาระดับความดันเลือดและค่าเม็ดเลือดแดงให้เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงอวัยวะจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ร่างกายกลับมาทำงานได้ตามปกติ²⁻⁴ พยาบาลมีบทบาทในการประเมินและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ควบคุมอัตราการให้สารน้ำ ติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำและสื่อสารกับทีมแพทย์เมื่อมีความผิดปกติ

2.4 การดูแลสายสวนปัสสาวะ (Urinary catheter management) การใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณปัสสาวะและประเมินระบบไหลเวียนเลือด แต่การใส่เป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ

ระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะในกรณีที่เป็นการผ่าตัดแบบ MIS และการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 1-2 ระดับ²⁻⁴ พยาบาลมีบทบาทให้การดูแลตามหลัก CAUTI Bundle ประเมินความจำเป็นในการคาสายสวนปัสสาวะและพิจารณาถอดสายสวนปัสสาวะทันทีเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้

2.5 การดูแลสายระบายเลือด (Surgical drain management) การใส่สายระบายเลือดหลังผ่าตัดช่วยลดภาวะของการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและการเกิดเลือดออกในช่องไขสันหลัง จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ไม่ว่าจะใส่สายระบายเลือดหรือไม่¹² ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการใส่สายระบายเลือดในกรณีที่เป็นการผ่าตัดแบบ MIS และการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 1-2 ระดับ พยาบาลมีบทบาทในการประเมินปริมาณและลักษณะของเลือด รวมทั้งดูแลให้เป็นระบบปิด/สุญญากาศ ไม่หัก ปั๊ม งอ และสื่อสารทีมแพทย์เพื่อพิจารณาถอดสายระบายเลือดทันทีเมื่อไม่จำเป็น²⁻⁴

2.6 การป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea vomiting prevention) อาการนี้เป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยเพศหญิง ผู้ป่วยที่มีประวัติอาการเมาเรือหรือมีประวัติคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด การใช้ยาโอปิออยด์และไนโตรสออกไซด์ในช่วงก่อนและหลังการผ่าตัดยังเพิ่มความเสี่ยงอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด อาการคลื่นไส้ อาเจียนทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ รับประทานอาหารได้ล่าช้า พยาบาลมีบทบาทในการประเมินปัจจัยเสี่ยงของอาการ ให้ความรู้และคำแนะนำในการจัดการอาการ รวมทั้งให้ยาตามแผนการรักษาโดยให้ยาเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยทุกรายและให้ยารักษาคนละกลุ่มเมื่อมีอาการ²⁻⁴

2.7 การป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism prophylaxis) VTE ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังผ่าตัด พบมากในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมากกว่า 4 ระดับ ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่า 130 นาที ผู้ที่อายุมากกว่า 70 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันเลือดสูงและโรคกระดูกสันหลังเสื่อม พยาบาลมีบทบาทในการประเมินและป้องกันการเกิดภาวะ VTE โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อเท้า เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำให้ใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น อุปกรณ์ช่วยบีบรัดน่องเป็นจังหวะด้วยลมหรือถุงน่องรัดขา

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงพยาบาลร่วมประเมินกับแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Low molecular weight heparin) ตามแผนการรักษา^{3,4,8}

3. ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันหรือกลับไปทำงานได้อย่างปกติ (Normalization) มีแนวทางดังนี้

3.1 การจัดการความปวดหลังผ่าตัด (Postoperative pain management) ควรให้ความสำคัญกับการจัดการความปวด 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดตามแนวทางการจัดการความปวดโดยใช้ยาแบบผสมผสานคือการให้ยาหลายกลุ่มที่มีกลไกการออกฤทธิ์ต่างกันแต่เสริมฤทธิ์กันเพื่อให้การระงับปวดหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพและลดอาการไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย^{13,14} 1) ยากลุ่ม Acetaminophen 2) ยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs หรือ Cyclooxygenase-2 inhibitors: COX-2) 3) ยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เป็นยาหลักในการระงับปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นยาที่ระงับปวดได้ดี แต่มีอาการไม่พึงประสงค์ เช่น วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน 4) ยากลุ่มกาบาเพนตินอยด์ (Gabapentinoid) ออกฤทธิ์ระงับปวดที่มีสาเหตุมาจากเส้นประสาท (Neuropathic pain)¹⁴ 5) ยานีโฟแพม (Nefopam) เป็นยาที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์และกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ไม่มีฤทธิ์สงบประสาท กดการหายใจและไม่ทำให้เสพติด¹⁴ พยาบาลมีบทบาทในการประเมินและจัดการความปวดโดยการบริหารยาลดปวดทั้ง ชนิด ขนาด และระยะห่างของมียาให้มีความเหมาะสม รวมทั้งติดตามและจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น การใช้ความเย็น การนวด การใช้ดนตรีและการทำสมาธิ ช่วยลดความสนใจต่อความเจ็บปวด สามารถลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵

3.2 การเริ่มรับประทานอาหารทางปากโดยเร็วที่สุดหลังผ่าตัด (Early oral nutrition) เพื่อให้การทำงานของลำไส้ฟื้นตัวเร็วขึ้น ผู้ป่วยได้รับโภชนาการที่เพียงพอต่อการฟื้นตัวและลดภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อแผลผ่าตัด⁶ ซึ่งต่างจากแนวปฏิบัติเดิมที่ให้น้ำและอาหารเป็นเวลานาน พยาบาลมีบทบาทในการประเมินความพร้อมก่อนเริ่มรับประทานอาหาร จัดทำนั่งและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมให้คำแนะนำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหาร

จากปริมาณน้อย ๆ และค่อย ๆ เพิ่มปริมาณขึ้นตามลำดับ ประเมินอาการผิดปกติหลังรับประทานอาหาร เช่น อาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน หากมีอาการให้ปรึกษาทีมแพทย์เพื่อประเมินและวางแผนการรักษาต่อไป

3.3 ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Early mobilization) ควรเริ่มทำกิจกรรมได้ทันทีหลังการผ่าตัดหากไม่มีข้อจำกัด เพื่อลดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่งเสริมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น VTE ปอดแฟบ ปอดติดเชื้อ²⁻⁴ พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้คำแนะนำ ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย วางแผน กระตุ้นและช่วยเหลือการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การลุกยืน การเดิน พร้อมทั้งประเมินอาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด เสริมพลังให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้อย่างมั่นใจ รวมทั้งติดตามและประเมินสภาพอย่างต่อเนื่อง

3.4 การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (Discharge planning) เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อออกจากโรงพยาบาลและลดการกลับมารักษาซ้ำ พยาบาลมีบทบาทในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตามหลัก D-METHOD โดยให้ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด การใช้ยา การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน การจัดการภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การเตรียมความพร้อมของครอบครัว และให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว

3.5 การติดตามและพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement and audit) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น พยาบาลมีบทบาทในการร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการติดตามผลลัพธ์การดูแลและปรับปรุงมาตรฐานเพื่อให้เกิดการพัฒนาและเกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น²⁻⁴

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด บทบาทพยาบาลตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดแบ่งตามช่วงเวลาแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดแบ่งตามช่วงเวลา

หัวข้อ	บทบาทพยาบาลตามแนวทาง การส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด	Pre operative		Merge cell	Postoperative
		Prehospital	Admission		
1. การให้ความรู้ คำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัด	• ให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับแผนการรักษา การผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อลดความวิตกกังวล	✓	✓	✓	✓
	• การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การหายใจลึกและการไอ การบริหารปอด การบริหารข้อเท้า กายบริหาร	✓	✓		✓
	• ให้คำแนะนำการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน ผู้ดูแลหลัก และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ	✓	✓		✓
2. การประเมินและเตรียม ความพร้อมก่อนผ่าตัด	• ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ โรคร่วม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแก้ไขความผิดปกติ • แนะนำหยุดดื่มสุรา หยุดสูบบุหรี่หรือส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่	✓	✓		
3. การประเมินและส่งเสริม ภาวะโภชนาการ	• ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ ติดตามระดับอัลบูมินในเลือด ดัชนีมวลกาย • ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง	✓	✓		✓
4. การงดน้ำและอาหาร ก่อนผ่าตัด	• วางแผนและให้คำแนะนำการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด ร่วมกับวิสัญญีแพทย์ตามความเหมาะสม	✓	✓		
5. การควบคุมระดับน้ำตาล ให้เหมาะสม	• ประเมิน ตรวจติดตาม ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ระหว่าง 80-180 mg/dL, HbA1c ให้ต่ำกว่า 8%	✓	✓	✓	✓
6. การจัดการความปวด	• ให้ยาระงับปวดก่อนผ่าตัด 1-2 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา		✓		
	• ประเมินความปวด/ประเมินซ้ำหลังจัดการความปวด			✓	✓
	• การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา				
7. การป้องกันการติดเชื้อ บริเวณแผลผ่าตัด	• เตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ • ใช้ Clipper กำจัดขนภายใน 1-2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด • ให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1-2 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด		✓		
8. การป้องกันภาวะ อุณหภูมิร่างกายต่ำ	• ดูแลให้น้ำเกลือที่อุ่นทางหลอดเลือด • ใช้เครื่องให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยแรงลมหรือผ้าห่มอุ่น			✓	
9. การดูแลให้สารน้ำ อย่างเหมาะสม	• ประเมิน ควบคุมและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก • ติดตาม ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำ			✓	✓
10. การดูแลสายสวนปัสสาวะ	• ดูแลสายสวนปัสสาวะตามหลัก CAUTI Bundle • ถอดสายสวนปัสสาวะทันทีเมื่อไม่จำเป็น			✓	✓

หัวข้อ	บทบาทพยาบาลตามแนวทาง การส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด	Pre operative		Merge cell	Postoperative
		Prehospital	Admission		
11. การดูแลสายระบายเลือด	• ดูแลให้เป็นระบบปิด/สุญญากาศ ไม่หัก พับ งอ • ประเมินปริมาณและลักษณะของเลือด • ถอดสายระบายเลือดทันทีเมื่อไม่จำเป็น			✓	✓
12. การป้องกันอาการ คลื่นไส้อาเจียน	• ประเมินปัจจัยเสี่ยงของอาการคลื่นไส้อาเจียน • ให้คำแนะนำในการจัดการอาการ เช่น สูดดมน้ำมันหอมระเหย เคี้ยวหมากฝรั่ง • ให้อาหารเพื่อป้องกันและรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน			✓	✓
13. การป้องกันการเกิดภาวะ ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ	• ประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมิน Caprini score • ให้คำแนะนำและส่งเสริมการบริหารข้อเท้า • ใส่ IPC หรือถุงน่องรัดขาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ • ให้อาหารเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง			✓	✓
14. การเริ่มรับประทานอาหาร ทางปากโดยเร็ว หลังผ่าตัด	• ประเมินความพร้อมก่อนเริ่มรับประทานอาหาร • ดูแลจัดท่านั่งและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม • ประเมินอาการผิดปกติหลังรับประทานอาหาร				✓
15. การส่งเสริมการ เคลื่อนไหวร่างกายและ การทำกิจกรรมต่าง ๆ	• ให้คำแนะนำการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรม • ประเมินความพร้อมด้านร่างกายก่อนเริ่มกิจกรรม • กระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่สุด เช่น การลุกนั่ง ยืน เดิน การช่วยเหลือตนเอง • เสริมพลังให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้อย่างมั่นใจ • ติดตามและประเมินสภาพอย่างต่อเนื่อง				✓
16. การเตรียมความพร้อม ก่อนจำหน่าย	• ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามหลัก D-METHOD • การเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการช่วยดูแลผู้ป่วย	✓	✓		✓
17. ติดตามและพัฒนา การดูแลอย่างต่อเนื่อง	• ติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง • พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ	✓	✓	✓	✓

บทสรุป

พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังในทุกระยะการผ่าตัด เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดและลดการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดจากการผ่าตัด โดยการประเมินและแก้ไขความผิดปกติของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การให้ความรู้คำแนะนำเพื่อให้เข้าใจแผนการรักษา การจัดการความเจ็บปวดอย่างมี

ประสิทธิภาพ การป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การส่งเสริมการเคลื่อนไหว การเสริมพลัง รวมทั้งการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ บทบาทเหล่านี้สำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดการปวดหลังผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

References

1. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2025: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023;5(6):e316-329.
2. Bansal T, Sharan AD, & Garg B. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in spine surgery. *Journal of clinical orthopaedics and trauma.* 2022;31(8):101944.
3. Dietz N, Sharma M, Adams S, Alhourani A, Ugiliweneza B, Wang D, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) for spine surgery: a systematic review. *World neurosurgery.* 2019;130(10):415-26.
4. Debono B, Wainwright TW, Wang MY, Sigmundsson FG, Yang MMH, Smid-Nanninga H, et al. Consensus statement for perioperative care in lumbar spinal fusion: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *The spine journal.* 2021; 21(5): 729-52.
5. Zarina S. Ali, Tracy S. Ma, Ali K. Ozturk, Neil R. Malhotra, James M. Schuster, Paul J. Marcotte, et al. Pre-optimization of spinal surgery patients: Development of a neurosurgical enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol. *Clinical Neurology and Neurosurgery.* 2018;164(1):142-53.
6. Adogwa O, Elsamadicy AA, Mehta AI, Cheng J, Bagley CA, & Karikari IO. Preoperative nutritional status is an independent predictor of 30-day hospital readmission after elective spine surgery. *Spine.* 2016;41(17):1400-4.
7. ASA task Force. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the american society of anesthesiologists task force on preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. *Anesthesiology.* 2017; 126(3):376-93.
8. Meyrat R, Vivian E, Sridhar A, Gulden RH, Bruce S, Martinez A, et al. Development of multidisciplinary, evidenced-based protocol recommendations and implementation strategies for anterior lumbar interbody fusion surgery following a literature review. *Medicine.* 2023;102(47):e36142.
9. Spina NT, Aleem IS, Nassr A, & Lawrence BD. Surgical site infections in spine surgery: preoperative prevention strategies to minimize risk. *Global spine journal.* 2018;8(4 Suppl): 31S-6S.
10. Sekerak R, Mostafa E, Morris MT, Nessim A, Vira A, & Sharan A. Comparative outcome analysis of spinal anesthesia versus general anesthesia in lumbar fusion surgery. *Journal of clinical orthopaedics and trauma.* 2021;13(2):122-6.
11. Simegn GD, Bayable SD, & Fetene MB. Prevention and management of perioperative hypothermia in adult elective surgical patients: a systematic review. *Annals of medicine and surgery.* 2021;72(12):103059.
12. Patel SB, Griffiths-Jones W, Jones CS, Samartzis D, Clarke AJ, Khan S, et al. The current state of the evidence for the use of drains in spinal surgery: systematic review. *European spine journal.* 2017;26(11):2729-38.

13. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand and Thai Association for the Study of Pain. Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management. 2nded. Bangkok. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand and Thai Association for the Study of Pain; 2019. (in Thai)
14. Singhatanadgige W. Minimally Invasive Transforaminal Lumbar Interbody Fusion. 1sted. Bangkok. Chulalongkorn University press; 2022. (in Thai)
15. Konthiang K, Varee A, & Niramom P. The Role of Holistic Nurses in Integrative Non-Pharmacological Pain Management. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3): 73-81. (in Thai)