

การศึกษาประสิทธิผลการให้ยาตามแนวทางป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียน หลังผ่าตัด ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ศศิวิมล พงศ์จรรยากุล¹, ธิรดา จิมอาษา¹, วรณัฐ แต่ศิริ¹, เบญจจิต เกตุคล้าย¹, วราภรณ์ เขื่อนอินทร์¹, มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์¹
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002

Effectiveness of Clinical Practice Guideline for the Prevention of Post Operative Nausea and Vomiting (PONV) in Srinagarind Hospital.

Pongjanyakul S¹, Jimarsa T¹, Taesiri W¹, Gatekhlay B¹, Chau-In W¹, Wongswadiwat M¹.

Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, KhonKaen University 40002

หลักการและวัตถุประสงค์: ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (PONV) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นและความพึงพอใจของผู้ป่วยลดลง การศึกษาจำเป็นต้องการศึกษาประสิทธิผลของการให้ยาตามแนวทางป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยศึกษาข้อมูลจากแบบบันทึกการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ หลังประกาศใช้แนวทางป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2554 โดยบันทึกข้อมูล ดังนี้ เพศ อายุ American Society of Anesthesiology (ASA) classification ประเภทของการผ่าตัด ระยะที่เกิดอุบัติการณ์ ระดับความรุนแรงของ PONV และการปฏิบัติตามแนวทางของผู้ปฏิบัติงาน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และติดตามประเมินผลปัญหาและอุปสรรคในการนำไปใช้งานจริง

ผลการศึกษา: จากแบบบันทึกการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีผู้รับบริการจำนวน 3,329 ราย พบปัจจัยเสี่ยงสูงในการเกิด PONV 482 ราย (ร้อยละ 14.5) กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone ร่วมกับ ondansetron ตามแนวทางไม่เกิดภาวะ PONV ร้อยละ 89.0 (95% CI 85.2- 92.8) และไม่เกิดภาวะ PONV ระดับรุนแรง ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับยาตามแนวทางไม่เกิดภาวะ PONV ร้อยละ 77.4 (95% CI 71.8- 83.0) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.002) และเกิดภาวะ PONV ระดับรุนแรงร้อยละ 1.8

Background and objective: Postoperative nausea and vomiting (PONV) is the most common complication that occurs within the first 24 hours after anesthesia. This problem can lead to morbidity affects patients in the length of hospital stay, which could reduce customer satisfaction. The aim of this study was to assess the effectiveness of clinical practice guidelines for the prevention of PONV in high-risk groups.

Methods: This was a retrospective descriptive study, the data were collected from post anesthesia records of Srinagarind hospital. The approach adopted for the prevention of postoperative nausea and vomiting in patients at high risk groups. The data were collected from May to July 2011. The incidence of PONV to record the gender, age, American Society of Anesthesiology (ASA) classification, type of surgery, phase of an incident, the severity of PONV and whether the guideline was followed. The data was analyzed and monitoring problems encountered in real applications.

Results: All 3,329 patients underwent general anesthesia, the high risk group were 482 patients (14.5%). Eighty nine (95 %CI 85.2 – 92.8) of the study group compared with 77.4% (95%CI 71.8 – 83.0) of the controlled group was no incidence of PONV with statistic significance (p-value 0.002). There was no severe PONV in the study group, when compared with controlled group (1.8%).

*Corresponding author:

ศศิวิมล พงศ์จรรยากุล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ต.ในเมือง อ.เมือง จ. ขอนแก่น, 40002 ประเทศไทย E-mail: spongja@gmail.com

สรุป: การใช้ยา dexamethasone ร่วมกับ ondansetron ตามแนวทางมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ในช่วง 24 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัดได้

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ, แนวทางการป้องกันภาวะคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด

Conclusion: This study showed that dexamethasone and ondansetron are effective drugs for the prevention of PONV in high risk groups within 24 hours periods.

Keywords: Effectiveness, Clinical Practice Guideline for Prevention Postoperative Nausea and Vomiting

ศรีนครินทร์เวชสาร 2558; 30 (3): 250-255 . ♦ Srinagarind Med J 2015; 30 (3): 250-255.

บทนำ

อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (postoperative nausea vomiting: PONV) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ถึงร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด¹⁻⁴ ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย เกิดแรงดันขึ้นที่บริเวณแผลผ่าตัด อาจเกิดแผลแยกหรือเลือดออกใต้ชั้นผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัดรวมถึงเพิ่มความเสี่ยงในการสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลม จากฤทธิ์ ของยาระงับความรู้สึกที่ยังหลงเหลือ ทำให้ airway reflex ทำงานไม่สมบูรณ์และถ้ามีอาการ PONV อยู่ยาวนานอาจทำให้ขาดสารน้ำ และเกลือแร่ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ส่งผลให้การจำหน่ายกลับบ้านล่าช้าออกไป ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่มาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก อาจจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า^{1,2,4,5} ซึ่งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้สร้างแนวทางการป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงขึ้น ดังนี้ 1) เพศหญิง อายุ 15 – 50 ปี 2) ไม่สูบบุหรี่ 3) ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ ทั่วไป 4) มีประวัติ PONV หรือเมารถ เมาเรือ 5) ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องหรือผ่าตัดหูหรือผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ถ้ามีปัจจัยเสี่ยง 3 ใน 5 ข้อหรือมีข้อ 4 หรือ 5 ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงจะให้ยา dexamethasone 4 มิลลิกรัม และ ondansetron 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำก่อนเสร็จผ่าตัด 30 นาที กรณีมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน การทำงานของไตลดลง หรือผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น leukemia, sepsis ให้เฉพาะยา ondansetron 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำก่อนเสร็จผ่าตัด 30 นาที⁶ (แผนภูมิที่ 1) ซึ่งแนวทางนี้ได้ทดลองใช้ในหน่วยงานแล้ว ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงต้องการตรวจสอบประสิทธิภาพของการให้ยาตามแนวทาง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง การศึกษานี้ได้ รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE 541051 โดยศึกษา ข้อมูลจากแบบบันทึกการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและ รายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดใน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ หลังประกาศใช้แนวทางคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยเก็บ ข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 โดยที่มียุทธวิธีซึ่งเป็นวิสัยศัลยกรรมจำนวน 4 คนที่ได้รับการชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด และเลือกแบบบันทึก ของผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะ PONV เพื่อบันทึกข้อมูล ดังนี้ เพศ อายุ วิธีการระงับความรู้สึก American Society of Anesthesiology (ASA) classification ประเภทของการผ่าตัด ระยะที่เกิดอุบัติการณ์ ระดับความรุนแรงของ PONV และการปฏิบัติตามแนวทางของผู้ปฏิบัติงานนำข้อมูลที่ได้อาภิเคราะห์ และติดตามประเมินผลปัญหา และอุปสรรคในการนำไปใช้งานจริง โดยภาควิชาฯ ได้กำหนดเป้าหมายการเกิดภาวะ PONV ระดับรุนแรงขึ้นเมื่อ ปี พ.ศ. 2554 เป็นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 :10,000

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจากอุบัติการณ์เกิดภาวะ PONV ร้อยละ 25 ยอมรับความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาด ตัวอย่างจำนวน 289 ราย แต่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วยในช่วงเวลา 3 เดือน ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 482 ราย

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. ระดับการเกิด PONV แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ
 - 1) None คือ ไม่มีอาการ
 - 2) Mild คือมีอาการคลื่นไส้เล็กน้อย ไม่ต้องการการรักษา

- 3) Moderate คือมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนร่วมด้วย และต้องการการรักษา
 - 4) Severe คือมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนร่วมด้วย ได้รับการรักษาโดยให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน มากกว่า 1 ครั้ง
2. ระยะที่เกิด PONV แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ
- 1) ในห้องพักฟื้น
 - 2) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย (ประเมิน อาการ PONV ที่หอผู้ป่วย โดยวิสัญญีพยาบาลที่เยี่ยมอาการหลังการระงับความรู้สึกภายใน 24 ชั่วโมงโดยไม่ได้ระยะเวลา)
3. ประสิทธิภาพของการให้ยา หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการป้องกันภาวะ PONV ตามแนวทางสามารถลดจำนวนผู้ป่วยและความรุนแรงของการเกิดภาวะ PONV
- การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ นำเสนอในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบทางสถิติ โดยใช้ chi-square test (ค่า p ที่น้อยกว่า 0.05 ถือเป็นนัยสำคัญ) โดยโปรแกรม SPSS (version 19.0)

ผลการศึกษา

จากแบบบันทึกการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีผู้รับบริการจำนวน 3,329 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดจำนวน 482 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด (ไม่มี missing data) พบในเพศหญิงมากที่สุด 458 ราย (ร้อยละ 95) โดยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 39.9 ± 12.6 ปี และเมื่อแบ่งตาม ASA Physical status classification พบว่าเป็นผู้ป่วย ASA class 1 จำนวน 269 ราย (ร้อยละ 55.8) (ตารางที่ 1)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับยาตามแนวทางที่กำหนดขึ้นทั้งหมด 482 ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับยาตามแนวทางจำนวน 265 ราย (ร้อยละ 55) และไม่พบภาวะ PONV ระดับรุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนผู้ป่วยจำนวน 217 ราย (ร้อยละ 45) ไม่ได้รับยาหรือได้รับยาแตกต่างจากแนวทางที่กำหนด ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 69.6 ไม่ได้รับยาป้องกันการเกิดภาวะ PONV เลย มีผู้ป่วยร้อยละ 30.4 ได้รับยาขนาดแตกต่างจากแนวทางและเกิดภาวะ PONV ระดับรุนแรงจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 1.8) (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาช่วงเวลาที่เกิดภาวะ PONV พบว่าเกิดในช่วงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วยมากที่สุด 70 ราย (ร้อยละ 89.7) (ตารางที่ 3)

ส่วนชนิดของการผ่าตัดที่เกิดภาวะ PONV ระดับรุนแรงมากที่สุดคือ การผ่าตัดเต้านม การผ่าตัดตาและการผ่าตัด maxillo facial (ตารางที่ 4)

Table 1 Demographic data of high risk patients

Data	High risk patients (n = 482)
Sex : n (%)	
Male	24 (5.0)
Female	458 (95.0)
Age (yr): mean ± SD	39.9 ± 12.6
ASA class: n (%)	
1	269 (55.8)
2	196 (40.7)
3	17 (3.5)

Table 2 Number of PONV patients after application of prevention PONV guideline in high risk group

Severity of PONV	ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง (n = 482)	
	ผู้ป่วยที่ได้รับยา ตามแนวทาง n = 265 n (%)	ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา ตามแนวทาง n = 217 n (%)
None*	236 (89.0)	168 (77.4)
Mild	15 (5.7)	21 (9.7)
Moderate	14 (5.3)	24 (11.1)
Severe	0	4 (1.8)

PONV = post operative nausea and vomiting

* Eighty nine percent (95 % CI 85.2 – 92.8) of the study group compared with 77.4% (95% CI 71.8 – 83.0) of the controlled group was no incidence of PONV with statistic significance (p = 0.002), chi-square test.

Table 3 Incidence of PONV within 24 hours

Severity of PONV	Post-operative period	
	PACU: n (%)	24 hours post-operative: n (%)
Mild	2 (2.6)	34 (43.6)
Moderate	6 (7.7)	32 (41.0)
Severe	0	4 (5.1)
Total	8 (10.3)	70 (89.7)

PACU = post anesthesia care unit, 24 hours postoperative
= post-operative within 24 hours at ward

Table 4 Severity of PONV related to site of operation

Site of operation	Severity of PONV: n (%)			
	none	mild	moderate	severe
1. Breast	23 (4.8)	3 (0.6)	1 (0.2)	2 (0.4)
2. Eye	13 (2.7)	1 (0.2)	0	1 (0.2)
3. Maxillofacial	21 (4.4)	1 (0.2)	5 (1.0)	1 (0.2)
4. Upper abdomen	6 (1.2)	1 (0.2)	0	0
5. Lower abdomen	82 (17.0)	5 (1.0)	6 (1.2)	0
6. Laparoscopic surgery	102 (21.2)	7 (1.5)	5 (1.0)	0
7. Thyroid	54 (11.2)	7 (1.5)	6 (1.2)	0
8. Ear	14 (2.9)	3 (0.6)	2 (0.4)	0
9. Spine	9 (1.9)	2 (0.4)	3 (0.6)	0
10. Extremity	21 (4.4)	0	5 (1.0)	0
11. Others	59 (12.2)	6 (1.2)	5 (1.0)	0
Total	404 (83.8)	36 (7.5)	38 (7.9)	4 (0.8)

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาตามแนวทางนั้นไม่พบภาวะ PONV ในระดับรุนแรงรวมถึงสามารถป้องกันการเกิดภาวะ PONV ได้ถึงร้อยละ 89 ซึ่งการให้ยาป้องกันการเกิดภาวะ PONV ก็เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดการเกิดและลดระดับความรุนแรง แต่ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะ PONV ได้ เช่น การใช้ anesthetics volatile, nitrous oxide ในการระับความรู้สึก การใช้ยาระงับปวดระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงระยะเวลาในการผ่าตัดตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ควบคุมได้ยาก ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาตามแนวทางพบภาวะ PONV ระดับรุนแรงร้อยละ 1.8 และพบภาวะ PONV ระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมากกว่ากลุ่มที่ได้ยาตามแนวทาง จากการศึกษาพบว่า dexamethasone 4 มิลลิกรัม ร่วมกับยา ondansetron 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำช่วยลดจำนวนและอัตราการเกิดภาวะ PONV ระดับรุนแรงได้

ส่วนช่วงเวลาที่เกิดภาวะ PONV เกิดในช่วงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วยถึงร้อยละ 89.7 คณะผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงร่วมกันสร้างแนวทางการรักษาภาวะ PONV ในห้องพักรักษาและต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยชั้น (แผนภูมิที่ 2) ซึ่งควรมีการศึกษาประสิทธิภาพและปัญหาการใช้แนวทางนี้ต่อไป

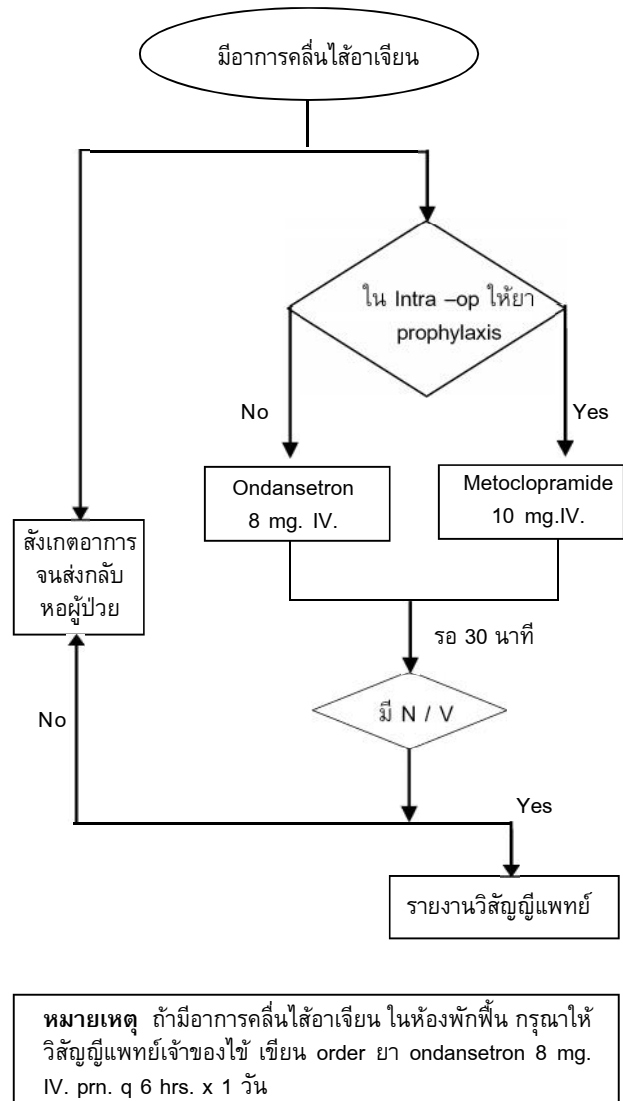
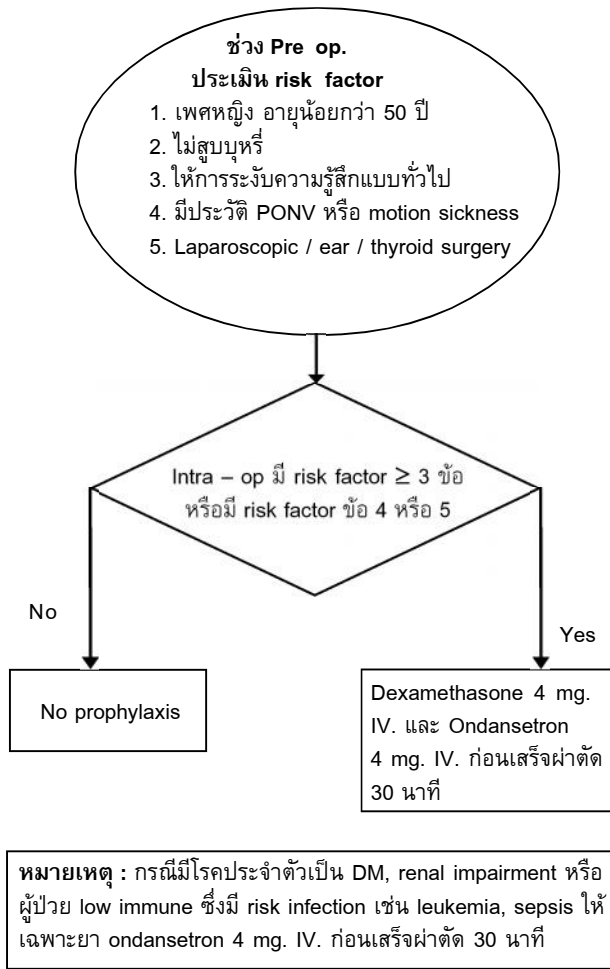
Gan และคณะ^{2,7} ได้ศึกษาการเกิดภาวะ PONV กับชนิดของการผ่าตัดพบว่า การผ่าตัดเต้านม การผ่าตัดตา มีความเสี่ยงสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งคณะผู้วิจัยจะนำข้อมูลนี้มาปรับปรุงแนวทางให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

ในกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทาง คือไม่ได้รับยาป้องกันการเกิด PONV เลยหรือได้ยาขนาดแตกต่างจากแนวทางจากการสอบถามเหตุผลบุคลากรที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง

ทั้งที่ได้ประกาศใช้แล้วพบว่า ส่วนใหญ่คือ ลืม ยุ่ง และบางคนไม่ทราบว่า มีแนวทาง แต่มีผู้ป่วยบางกลุ่ม (ร้อยละ 30.4) ได้รับยาแตกต่างจากแนวทาง โดยได้รับยาตั้งนี้ dexamethasone อย่างเดียวร้อยละ 42.4 ได้ยา ondansetron อย่างเดียวร้อยละ 22.7 และได้ยา dexamethasone ร่วมกับยา ondansetron แต่ขนาดยาแตกต่างจากแนวทางร้อยละ 18.2 ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าเกิดภาวะ PONV ระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 10.6 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาตามแนวทางที่พบว่า มีภาวะ PONV ระดับปานกลางเพียงร้อยละ 5.3 และไม่เกิดภาวะ PONV ระดับรุนแรง แสดงให้เห็นว่าการให้ยาตามแนวทางสามารถลดระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะ PONV ได้ ทางคณะผู้วิจัยจึงพยายามหาวิธีที่จะทำให้นุเคราะห์ปฏิบัติตามแนวทางให้มากขึ้น ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการศึกษา

หลังการประชาสัมพันธ์การใช้แนวทางการป้องกันภาวะ PONV เมื่อเดือนมีนาคม 2554 คณะผู้วิจัยได้กำหนด KPI ของภาควิชาฯ ขึ้นดังนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะ PONV ระดับรุนแรง \leq 35:10,000 ซึ่งในปี พ.ศ. 2555 และ 2556 พบว่าเกิดอุบัติการณ์ PONV ระดับรุนแรง 32.6 และ 29.2:10,000 ตามลำดับ ซึ่งอุบัติการณ์ลดลงเป็นที่น่าพอใจ แต่อย่างไรก็ดีเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและพัฒนางานบริการให้ดียิ่งขึ้น ควรลดอัตราการเกิดภาวะ PONV ระดับปานกลางด้วย

Gan และคณะ^{2,4} ได้ศึกษาพบว่าขนาดและระยะเวลาในการให้ยาเพื่อป้องกัน PONV คือ ondansetron ขนาด 4-8 มิลลิกรัม ให้ขณะเสร็จผ่าตัดและ dexamethasone ขนาด 4-10 มิลลิกรัม ให้ขณะเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก สามารถป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดได้ ในผู้ป่วย



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (PONV) ในผู้ป่วยอายุ ≥ 15 ปี

ที่มีความเสี่ยงสูง ควรได้ยาร่วมกัน 2 ชนิดซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน^๑ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

จากการศึกษาเมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายในการให้ยาตามแนวทาง พบว่าเฉพาะค่ายาทั้งสองชนิดรวมกัน 15 บาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการมาก

สรุป

การใช้ยา dexamethasone ร่วมกับ ondansetron ตามแนวทาง มีประสิทธิผลในการป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดได้

แผนภูมิที่ 2 แนวทางการรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (PONV) ในห้องพักรฟื้นในผู้ป่วยอายุ ≥ 15 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และคุณแก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ นักวิชาการศึกษา หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติและการนำเสนอข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Wongswadiwat M. Postoperative nausea and vomiting: An update. *Srinagarind Med J* 2000; 15: 283 - 7.
2. Gan TJ, Meyer T, Apfel CC, Chung F, Davis PJ, Eubanks S, et al. Consensus guidelines for managing postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2003; 97: 62-71.
3. Deane Y, Valentine RGN. An audit of nausea and vomiting in a post anesthetic care unit. *British J Anesthetic & Recovery Nursing* 2005; 6: 4-6.
4. Gan TJ, Meyer T, Apfel CC, Chung F, Davis PJ, Habib AS, et al. Society for ambulatory anesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2007; 105:1615-28.
5. The American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN). ASPAN'S evidence-based clinical practice guideline for the prevention and/or management of PONV/PDND. *J PeriAnesthesia Nursing* 2006; 21: 230- 50.
6. Jimarsa T, Pongjanyakul S, Taesiri W, Gatekhlai B, Chau-In W, Wongswadiwat M. Developing a Guideline for the prevention of Postoperative Nausea and Vomiting after general anesthesia in Srinagarind Hospital. *Thai Journal of Anesthesiology*. 2014; 40: 97-106.
7. Gan TJ. Risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2006; 102: 1884 - 98.
8. Apfel CC, Laara E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting. *Anesthesiology* 1999; 91: 693–700.

