บทความพิเศษ • Special Article

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ภาวัลย์ สุทนต์, อรวรรณ พงศ์รวีวรรณ
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย

Postoperative Round

Phawan Suton, Orawan Pongraweewan
Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก โดยบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางวิสัญญีเป็นการติดตามเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การรายงานผลการระงับความรู้สึกและการให้การพยาบาลเบื้องต้นด้วยแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทั้งแบบนอนพักในโรงพยาบาลและกลับบ้านหลังผ่าตัด การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังการได้ยาระงับความรู้สึกแต่ละชนิดช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองและปลอดภัยจากผลข้างเคียง สามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการทางวิสัญญี

คำสำคัญ: การเยี่ยมผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก, ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี

Postoperative round by anesthesia team is a process to evaluate anesthetic complications which leading to feedback to anesthesia team and appropriate care. Anesthesia-related complication record form was using for both admission and day-case patient. The information provided to the patients about the way to taking care of themselves after anesthesia could help to prevent the complications and improve patients' satisfaction.

Keywords: Anesthesia-related complication, Postoperative Round

วิสัญญีสาร 2563; 46(2): 119-24. • Thai J Anesthesiol 2020; 46(2): 119-24.

การให้การดูแลหลังการระงับความรู้สึกให้ลุล่วงไปได้ด้วยดีประกอบไปด้วยขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้นและย้ายกลับหอผู้ป่วยหรือกลับบ้าน การให้บริการทางวิสัญญีจึงควรมีความต่อเนื่องไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึก โดยมีบริการไปเยี่ยมอาการผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด (postoperative round) หากผู้ป่วยมีปัญหาเกิดขึ้นจากการให้ยาระงับความรู้สึกหรือการผ่าตัดจะช่วยให้การดูแลแก้ไขทำได้อย่างทันท่วงที จากการวิจัยของ Garfield และคณะ[1] พบว่าภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบมากที่สุด คือ คลื่นไส้อาเจียน และ ภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่อยู่ในทีมให้บริการระงับความรู้สึกที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้แก่ วิสัญญีแพทย์ แพทย์ประจำบ้านวิสัญญีหรือวิสัญญีพยาบาลที่ร่วมให้ยาระงับความรู้สึกควรเป็นผู้ไปทำการเยี่ยมหลังการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยรายนั้นๆ[2-4] เวลาที่เหมาะสมในการเยี่ยมหลังการระงับความรู้สึก คือช่วงเวลาหลังจากสิ้นสุดการให้ยาระงับความรู้สึกและผู้ป่วยเริ่มตื่นจากการให้ยาระงับความรู้สึกต่อเนื่องมาจนถึงเวลาที่ยาที่ใช้ในการให้ การระงับความรู้สึกหมดฤทธิ์ไป ซึ่งมักอยู่ในช่วงเวลา 12-24 ชั่วโมงหลังออกจากห้องผ่าตัด การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและทีมวิสัญญีในช่วงเวลานี้จะทำให้ได้ประโยชน์สูงสุดโดยที่ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามและตระหนักถึงบทบาทของทีมวิสัญญีได้[5] ซึ่งตามข้อกำหนดของ American Society of Anesthesiologist กำหนดให้เยี่ยมผู้ป่วยทุกรายหลังได้รับการระงับความรู้สึก แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล เช่น Royal college of anaesthetists of

Correspondence to: Assoc. Prof. Orawan Pongraweewan, M.D., E-mail: o.pongraweewan@gmail.com
Received 1 Aug 2019, Revised 11 Sep 2019, Accepted 12 Sep 2019

England จะเลือกเยี่ยมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (American Society of Anaesthesiologists' (ASA) classification of Physical Health class III, IV or V) ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับปวดหลังผ่าตัดโดยการได้ยาหยดต่อเนื่องทางช่องเหนือไขสันหลังหรือทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยที่มีสายน้ำเกลือเข้าทางหลอดเลือดดำขนาดใหญ่และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมหลังการระงับความรู้สึก[2-3]

ทีมวิสัญญีจะติดตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้บริการทางวิสัญญีและแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ทีมจะให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกซึ่งจะมีผลต่อการได้รับบริการระงับความรู้สึกในอนาคตแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจยาก ภาวะไข้สูงอย่างร้ายแรง (malignant hyperthermia) การแพ้ยาดมสลบ เพื่อประเมินปัญหา ความเข้าใจ การรับรู้ และความคาดหวังเกี่ยวกับอาการและความเจ็บปวดของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการบริการทางวิสัญญี นอกจากนี้ยังต้องประเมินสภาวะของผู้ป่วยว่ายังคงทำงานได้เท่ากับสภาวะก่อนการผ่าตัดหรือไม่ ข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมจะช่วยให้ทีมวิสัญญีผู้ให้บริการสามารถนำมาปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานในการ ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ได้ครบถ้วนต่อเนื่อง เป็นหลักฐานทางกฎหมายและเป็นประโยชน์ในการศึกษาการวิเคราะห์ วิจัย และการรายงานด้านสถิติ

วิธีการเยี่ยมหลังการระงับความรู้สึก

1. **กรณีเป็นผู้ป่วยนอก**[6]

1.1 การโทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยและการบริการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านทางโทรศัพท์

การโทรติดตามอาการหลังผ่าตัดจะเป็นการประกันคุณภาพการบริการได้ หากผู้ป่วยไม่อยู่ควรทิ้งข้อความติดต่อกลับไว้ หรือถามญาติผู้ป่วยแทน คำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามเฉพาะเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด หรือ ใช้แบบประเมิน 24-FAQ (24-Hour Function Ability Question) เพื่อประเมินการตระหนักรู้ ความสามารถในการทำงาน และความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทางวิสัญญี เป็นต้น หน่วยงานที่ให้บริการตอบคำถาม ควรตอบข้อซักถาม ของผู้ป่วยและญาติในรายที่มีข้อสงสัยหรือมีปัญหาที่เกิดจากการผ่าตัดหรือการให้ยาระงับความรู้สึก ควรอยู่ในบริเวณเข้าถึงได้ง่าย ใกล้ห้องฉุกเฉิน และสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ง่าย ควรให้บริการที่เป็นมิตร ทันสมัยและกระตือรือร้นต่อข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยเสมอ

1.2 การใช้แบบสอบถาม

เป็นวิธีที่ได้มาตรฐานมากกว่าวิธีโทรศัพท์ อาจนำติดตัวผู้ป่วยไปหรือ ส่งให้หลังจากวันผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น หรือ 1-2 สัปดาห์ แล้วแต่วัตถุประสงค์ เหมาะกับคำถามบางประเภท เช่น ลักษณะการหายของแผล การติดเชื้อ ความก้าวหน้าการทำกายภาพบำบัดหรือความพึงพอใจในการให้บริการ เช่น Post-discharge Surgical Recovery scale (PSR scale) เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาเพื่อให้ผู้ป่วยได้ประเมินอาการ ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเองขณะพักฟื้นอยู่ที่บ้าน โดยหัวข้อที่ประเมินจะเป็นเรื่องของภาวะสุขภาพ กิจกรรมที่ทำความอ่อนล้า สมรรถภาพในการทำงาน และความคาดหวัง เป็นต้น

2. **กรณีเป็นผู้ป่วยในนอนติดตามดูอาการในโรงพยาบาล**[2-3]

การเยี่ยมหลังการระงับความรู้สึก เป็นอีกบทบาทหนึ่งของวิสัญญีพยาบาล ผู้เยี่ยมควรให้ความเคารพผู้ป่วยตามหลักการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยแจ้งชื่อ-สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยทุกรายเป็นอย่างดี ตามความเหมาะสมกับอาการหรือโรคที่เป็น ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมด้วยความสุภาพ ปราศจากการบังคับขู่เข็ญ ล่วงเกิน รักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วย เคารพในความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาหรือพิธีกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ทีมวิสัญญีจะประเมินปัญหาและให้การดูแลแก้ไขตามความเหมาะสมโดยการทำงานเป็นทีมร่วมกับศัลยแพทย์ ประเมินปัญหาและอาการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและประสานกับทีมผู้ให้การดูแล เมื่อพบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกจะรายงานกลับไปยังทีมผู้ให้การระงับความรู้สึกทันที เพื่อประสานงานและให้การรักษาต่อไป

การประเมินภาวะแทรกซ้อน หลังการให้ยาระงับความรู้สึก ช่วยให้สามารถประเมิน ติดตามและวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีได้รวดเร็วขึ้น และช่วยให้การป้องกันและแก้ไขทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีทั้งชนิดไม่รุนแรงและชนิดรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนชนิดไม่รุนแรง (minor complications) ได้แก่ การบาดเจ็บบริเวณตา (eye trauma) และบริเวณระบบทางหายใจ (airway trauma) ปวดกล้ามเนื้อ (muscle pain) เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนชนิดรุนแรง (major complications)[5-6] ได้แก่ ภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure) หัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ต้องทำการช่วยฟื้นคืนชีพ มีอาการโคม่าใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดหรือมากกว่า กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ใส่ท่อหายใจซ้ำโดยไม่ได้วางแผน (unplanned re-intubation) การต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

48 ชั่วโมง หรือมากกว่า ปอดอักเสบ (pneumonia) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ภาวะติดเชื้อ(infection) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นต้น นอกจากนี้ทีมยังให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ อธิบายให้เห็นความสำคัญของการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เพื่อการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อและข้อ ฝึกการหายใจ การไอแนะนำ การ ผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยไม่ขัดต่อภาวะความเจ็บป่วย การบรรเทาความเจ็บปวดอย่างเพียงพอ มีประสิทธิภาพ และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี[7]

แบบประเมินที่นิยมใช้และมีการศึกษาวิจัยสนับสนุน ได้แก่

1. 24-FAQ (24-Hour Function Ability Question) เหมาะสำหรับ ambulatory anesthesia[8]

2. QoR-40 (quality of Recovery) เป็นการประเมิน Physical comfort, Physical independence, Pain, Emotional state, Psychological support[9]ซึ่งมีการดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยใช้ชื่อ QoR-35

3. Thai AIMS (The Thai Anesthesia Incident Monitoring Study) เป็นแบบสำรวจเพื่อเก็บอุบัติการณ์ผลข้างเคียงจากการให้ยาระงับความรู้สึกของโรงพยาบาลรัฐกว่า 30 โรงพยาบาลในไทย เป็นการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากการให้ยาระงับความรู้สึก

4. SAVES (Siriraj severity of anesthetic adverse event evaluation scale) เป็นแบบฟอร์มที่ใช้ใน ภาควิชาวิสัญญี โรงพยาบาลศิริราช แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีมักมีความคล้ายคลึงกัน แต่อาจมีบางหัวข้อที่เป็นเหตุการณ์ที่สำคัญที่มีอุบัติการณ์การเกิดไม่เหมือนกันในแต่ละโรงพยาบาล เช่น SAVES จะเก็บเรื่องการบาดเจ็บที่เกิดจากการกระแทกบริเวณริมฝีปาก(lips trauma) ดวงตาได้รับความเสียหาย (eye injury) และความบกพร่องของเครื่องมือร่วมด้วย (equipment malfunction) แต่ยังขาดการเก็บข้อมูลเรื่อง โรคลิ่มเลือดอุดกั้นในปอด (pulmonary embolism) ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเกิดภาวะไข้สูงอย่างร้ายแรง (suspected malignant hyperthermia) ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (suspected emergence delirium) การให้ยาผู้ป่วยผิดคน (drug error) การผ่าตัดผิดตำแหน่ง เป็นต้น

การประเมินความพึงพอใจ[10-12]

เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางวิสัญญี ในหลายแบบประเมินที่ใช้จะเป็นการประเมินรอบด้าน มุ่งเน้นถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการศึกษาพบว่าการไปเยี่ยมหลังการระงับความรู้สึก แม้เพียง 1 ครั้ง โดยบุคลากรทางวิสัญญีก็สามารถเพิ่มความพึงพอใจในการให้บริการได้ และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างการไปเยี่ยมหลังการระงับความรู้สึก โดยวิสัญญีแพทย์ผู้ให้การระงับความรู้สึกกับวิสัญญีพยาบาล พบว่าไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจในการให้บริการวิสัญญี[13-15] ที่นิยมนำมาใช้ ได้แก่ Modified Iowa Satisfaction in Anesthesia Scale (ISAS) และ The Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

เป็นแนวทางในการแนะนำผู้ป่วยไปปฏิบัติหลังได้รับการระงับความรู้สึกในวิธีต่างๆ ที่ได้รับ เพื่อความสุขสบายและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

1. การควบคุมความเจ็บปวด[16]

การระงับปวดที่ดีจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะการเกิดลิ่มเลือดที่ขาและช่วยให้สามารถเคลื่อนไหวได้เร็วหลังการผ่าตัด ในปัจจุบันนิยมใช้การระงับปวดหลายวิธีร่วมกัน (multimodal analgesia) โดยการใช้ยาหลายชนิด ที่ออกฤทธิ์แตกต่างกันร่วมกับการระงับปวดโดยไม่ใช้ยา ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยยังไม่ตื่นจากยาระงับความรู้สึก ต้องงดน้ำงดอาหาร การระงับปวดโดยใช้ยาจึงนิยมใช้เป็นแบบฉีดทางสายน้ำเกลือ เข้ากล้ามเนื้อหรือทางสายให้ยาระงับความรู้สึก บริเวณเส้นประสาทหรือไขสันหลัง เป็นต้น ผู้ป่วยที่ใช้ยาแก้ปวดชนิดรับประทานควรรับประทานยาแก้ปวดให้เพียงพอที่จะสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ อย่ารอให้ปวดมากจึงรับประทานยา การเคลื่อนไหวจะเป็นการส่งเสริมการฟื้นตัวและ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ควรดื่มน้ำให้เพียงพอร่วมกับยาแก้ปวดเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและท้องผูก สำหรับการระงับปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีทางเลือกเพื่อส่งเสริมให้ยาแก้ปวดได้ผลดีขึ้น ไม่สามารถทดแทนการใช้ยาโดยตรง ประกอบด้วย การบริหารกล้ามเนื้อ การประคบร้อน ประคบเย็น การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า การบำบัดทางจิตวิทยา การเบี่ยงเบน ความสนใจเช่น กิจกรรมบำบัด การร้องเพลง นั่งสมาธิ

2. การไอที่ถูกวิธี[17-22]

การไอและการหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นวิธีที่จะช่วยให้ประสิทธิภาพของปอดทำงานได้ดีตามปกติหลังการผ่าตัด ทำให้ปอดขยายตัวและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากการให้ยาระงับความรู้สึกเช่น ปอดอักเสบ ภาวะปอดแฟบ การกุมบริเวณแผลด้วยมือหรือใช้หมอนประคองบริเวณแผลจะช่วยลดแรงกระแทก ณ ตำแหน่งบาดแผล ยังมีผลลด ความเจ็บปวด

ขณะไอ และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการแยกของแผลผ่าตัด ขณะผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลการดูดเสมหะอาจจะช่วยให้ลดเสมหะได้ แต่การไอด้วยตัวผู้ป่วยเองเป็นวิธีที่กำจัดเสมหะได้ดีที่สุดซึ่งปฏิบัติได้โดย หายใจเข้าลึกๆ กลั้นหายใจ ไว้ชั่วครู่แล้วค่อยๆ ปล่อยลมหายใจออกช้าๆ ทำซ้ำอีก 5 ครั้ง กุมบริเวณแผลผ่าตัดแล้วไอออกมาแรงๆ ปฏิบัติเช่นเดิมทุก 1-2 ชั่วโมง หากไอหรือจามแล้วผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ควรรีบปรึกษาแพทย์ ได้แก่ เห็นรอยแยกของขอบแผล แม้จะเป็นขนาดเล็ก มีเลือดปนออกมาในเสมหะ รู้สึกเหนื่อยมากและต้องใช้แรงมากในการไอแบบมีประสิทธิภาพ หายใจลำบาก เป็นต้น

3. **การเดินออกกำลังกาย**[17-22]

ควรให้ผู้ป่วยเริ่มเดินหรือพลิกตะแคงตัวหลังผ่าตัด (early ambulate) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา (deep vein thrombosis) ปอดอักเสบ ท้องผูก แนะนำให้เดินทุก 1-2 ชั่วโมง หากไม่เป็นข้อห้ามในการรักษา ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดที่จะทำให้การทำงานของร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ กลับมาได้ตามปกติ

4. **คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน**[23-25]

4.1 Regional anesthesia

ความรู้สึกรับสัมผัสจะเริ่มกลับมาใน 1-4 ชั่วโมงหลังการฉีดยาชาแบบไม่มีการใส่สายให้ยาต่อเนื่อง ในระยะนี้อาจรู้สึกเสียวเหมือนเป็นเหน็บ การลุกนั่งบนเตียงควรกระทำอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ จากการที่ระบบประสาทอัตโนมัติยังไม่กลับมาทำงานตามปกติ หากต้องการลงจากเตียงในครั้งแรกควรมีคนคอยประคองเสมอเพื่อป้องกันอาการหน้ามืดหรือเดินเซซึ่งอาจนำไปสู่การพลัดตกหกล้มผลข้างเคียงอื่นๆ หลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ อาการคันจาก neuraxial opioid ปัสสาวะลำบาก ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะขณะที่เปลี่ยนจากท่านอนเป็นนั่งหรือยืน เมื่อนอนราบแล้วหายปวดศีรษะมักเกิดจากการมีการรั่วของน้ำไขสันหลัง ที่เรียกว่า post dural puncture headache จำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อมาร่วมประเมินอาการและให้การรักษาในทันที

การสูญเสียการรับสัมผัสความรู้สึกหลังทำ spinal block อาจเกิดขึ้นได้เป็นวัน แต่อาการเหล่านี้มักหาย ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยมีโอกาสสูญเสียการรับความรู้สึกแบบถาวรได้ 1 คนต่อ 5000 คนที่มารับความรู้สึกใน ช่องน้ำไขสันหลัง อาการปวดบั้นเอวหรือคอ มักมีอาการในช่วง 1-2 วันหลังผ่าตัดหรือปวดบริเวณขา แขน เพิ่มขึ้น ใน 2-3 วันหลังผ่าตัด อาการปวดจะดีขึ้นใน 2-3 วันแรกหลังผ่าตัดหรือล่าช้าไปนาน 10-14 วันได้ กรณีได้รับยาทาง ช่องไขสันหลัง หรือรอบเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงขาหรือแขน แล้วรู้สึกหนักหรือชาบริเวณขาหรือแขนมาก ควรรีบแจ้งให้ แพทย์ผู้ดูแลทราบทันที

4.2 Peripheral nerve block

การฉีดยาชาตามเส้นประสาทส่วนต่างๆของร่างกายจะมีผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหว ความปวด และการรับความรู้สึกต่างๆ ทำให้รู้สึกชาได้นาน 2- 36 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับปริมาณและชนิดยาชาที่ใช้ในการฉีด ซึ่งวิสัญญีแพทย์จะเป็นผู้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ายามีฤทธิ์อยู่นานเท่าไร โดยระดับการชาจะลดลง กล้ามเนื้อเริ่มกลับมาทำงาน เมื่อการรับรู้ความรู้สึกเริ่มกลับมา ผู้ป่วยควรเริ่มรับประทานยาแก้ปวดตามที่แพทย์สั่งล่วงหน้า 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันความปวด หากความรู้สึกชายังคงอยู่เกิน 48 ชั่วโมง ควรปรึกษาแพทย์ทันที ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนควรระมัดระวังอวัยวะที่รู้สึกชา ดังนี้

4.2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาบริเวณขาและเท้าไม่ควรลงน้ำหนักจนกว่าอาการชาจะหายไปหรือแพทย์อนุญาต ควรมีคนช่วยพยุงขณะยืน หรือเริ่มเคลื่อนไหว ควรใช้ไม้ค้ำยันร่วมกับ การพยุงเดินจนกว่าขาจะหายชาดีแล้ว

4.2.2 ได้รับการฉีดยาชาบริแขนผู้ป่วยจะต้องใช้ผ้าคล้องแขน (arm sling) เพื่อประคองแขนไว้จนกว่าจะหายชาหรือแพทย์อนุญาต ควรใช้หมอนรองแขนและศอกขณะนั่งหรือนอนศีรษะสูง

4.2.3 ได้รับการระงับความรู้สึกบริเวณไหล่ (supraclavicular และ interscalene block) ผู้ป่วยอาจรู้สึกหายใจติดขัดบ้างเล็กน้อย ตาพร่ามัว รูม่านตาไม่เท่ากัน ใบหน้าไม่สมมาตร เกิดจากการกระจายของยาชาไปยังปมประสาทซิมพาเทติกบริเวณคอ (stellate sympathetic ganglion) อาการเหล่านี้จะหายไปเมื่อยาชาหมดฤทธิ์ภายใน 12 ชั่วโมง หากอาการหายใจติดขัดมีมากผิดปกติ ควรรีบปรึกษาแพทย์ทันที

สรุป

Postoperative round ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญถึงแม้ว่าในระหว่างระงับความรู้สึกจะไม่มีความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้นเลย เพราะเราไม่สามารถคาดการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการระงับความรู้สึก นอกจากนี้ยังถือเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างแท้จริงในด้านการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกและการดูแลตัวเองหลังผ่าตัด

Appendix **ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีของราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทย** (Thai AIMS)

ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี (วงได้มากกว่า 1 ที่) 1=ระหว่างผ่าตัด 2=ในห้องพักฟื้น 3=ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด				☐ ไม่มีใน 1 ☐ ไม่มีใน 2 ☐ ไม่มีใน RR ☐ ไม่มีใน 3 ☐ มี (กรอกเหตุการณ์หน้า 2)			
Pulmonary Aspiration	1	2	3	Nerve injuries	1	2	3
Pulmonary embolism (Suspected)	1	2	3	Transfusion Mismatch	1	2	3
Esophageal intubate (early+late)	1	2	-	Suspected MI / Ischemia	1	2	3
Endobronchial intubation (early+late)	1	2	-	Cardiac Arrest	1	2	3
Desaturation (< 85 หรือ<90...3 min)	1	2	3	Death (all causes)	1	2	3
Re-intubation	1	2	3	Suspected Malignant Hyperthemia	1	2	3
Difficult intubation (>3 ครั้ง/>10 นาที)	1	2	-	Anaphylaxis / Anaphylactoid Reaction / Allergy	1	2	3
Severe arrhythmia : AF c RVR, 2 or 3 AV block, VT,VF, HR <40	1	1	1	Drug Error	1	2	-
Failed Intubation	1	2	-	Equipment Malfunction / Failure	1	2	-
Total Spinal Block	1	2	-	Suspected Emergency Delirium	1	2	-
Awareness (during GA)	1	2	3	Wrong patient, site, surgery	1	-	-
Coma/ CVA/ Convulsion	1	2	3				

จากการศึกษาเรื่อง Perioperative and anesthetic adverse event in Thailand (PAAD THAI) incident reporting study: Anesthetic profile and outcomes

เอกสารอ้างอิง

1. Garfield JM, Garfield FB, Kodali B, Sarin P, Liu X, Vacanti JC. A postoperative visit reveals a significant number of complication underdetect in the PACU. Perioperative Care and Operating Room Management Journal 2016;2:38-46.
2. Guide for Novice trainee: Postoperative Visit. [Internet]. [Accessed 10 May 2016]. Available from: https://www.e-lfh.org.uk/e-learning-sessions/rcoa-novice/home.html
3. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข : มาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญี 2539;83-304 [Internet]. [Accessed 6 September 2019] Available from: http://www.nurseanest.org/prouctdata/1339299051.pdf
4. American association of nurse anesthetise. Postanesthesia Care Standards for the Certified Registered Nurse Anesthetist. [Internet]. 2012. [Accessed 11 May 2016]. Available from: http://www.cspsteam.org/s/PPM-PACU-Standards-bp62.pdf
5. Bajwa SJS, Takrouri MSM. Post-operative anesthesia round: Need of the Hour. Anesth Essays Res 2013;7:291-3.
6. The Joint Commission Accreditation Manual for Hospitals American Society of Post Anesthesia Nurses: Standards of Post Anesthesia Nursing Practice (2014). [Internet]. [Accessed 12 May 2016]. Available from: http://www.asahg.org/standard-guideline/standards-for-postanesthesia-care
7. Allvin R, Ehnfors M, Rawal N, Svensson E, Idvall E. Development of a questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery: content validity and intra-patient reliability. J Eval Clin Pract 2009;15:411-9.
8. Hogue SL, Reese PR, Colopy M, et al. Assessing a tool to measure patient functional ability after outpatient surgery. Anesth Analg 2000;91:97-106.
9. Myles P, Weitkamp B, Jones K, Melick J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative recovery score: QoR40. Br J Anaesth 2000;84:11-5.
10. Pitimana-aree S, Udompanthurak S, Lapmahapaisan S, Tareerath M, Wangdee A. Validity and reliability of quality of recovery-35 Thai version: a prospective questionnaire-based study. BMC Anesthesiol 2015;16:64.
11. Saal D, Heidegger T, Nuebling M, Germann R. Does a postoperative visit increase patient satisfaction with anaesthesia care. Br J Anesth 011;10:703-9.
12. Bezerril M, Fernandes C, Souza RV, et al. Assessing patient satisfaction with cataract surgery under topical anesthesia supplemented by intracameral lidocaine combined with sedation. Arq Bras Oftalmol 2013;76:345-9.
13. Zvara D, Nelson JM, Brooker RF, Mathes DD, Petrozza P, Anderson MT. The Importance of the postoperative anesthetic visit: Do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition department of aesthesia? Anesth Analg 1996;83:793-7.
14. Dexter F, Aker J, Wright W. Development of a measure of Patient Satisfaction with monitor anesthesia care : The Iowa Satisfaction with Anesthesia scale. Anesthesiol 1997;87: 865-73.

15. Schiff JH, Fornaschon AS, Frankenhauser S, et al. The Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire. Anaesthesia 2008;63:1096-104.
16. กรวีร์ พสุธาชาติ. การระงับปวดหลังผ่าตัด. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2544:หน้า 419-23.
17. Hyder JA, Bohman K, Kor DJ, et al. Anesthesia care transitions and risk of postoperative complications. Anest Analg 2016;122:134-44.
18. Royal collage of Anaesthetists important-complications-of-anaesthesia. [Internet]. 2011. [Accessed 12 May 2016]. Available from http://www. patient.info/doctor.important-complications-of-anaesthesia.
19. Ronald D, Miller M, Manuel C, Pardo Jr. Basic of Anaesthesia. 6th ed. California: Elsevier Print; 2011:2: p13-17.
20. Raeder J. Ambulatory surgery and anesthesia. In: Clinical Ambulatory Anesthesia. Cambridge: Cambridge University Press; 2010: p126-27.
21. How to Prepare For Surgery. [Internet]. [Accessed 13 May 2016]. Available from http://www. Royal Collage of Anaesthetist
22. Patient Discharge Handout. [Internet]. [Accessed 10 April 2016]. Available from http://www.medicalcenter.osu.edu
23. Wright I. Peripheral nerve block in outpatient surgery setting. AORN J 2011;94:59-74.
24. ASC Durango's discharge instructions for peripheral nerve block. [Internet]. 2010. [Access 12 May 2016]. Available from https://www.beckersasc.com/asc-accreditation-and-patient-safety/sample-discharge-instructions-for-peripheral-nerve-block-patients.html
25. Your-spinal-anaesthetic. [Internet]. 2014. [Access 11 April 2016]. Available https://www.rcoa.ac.uk/system/files/03-YourSpinal.pdf
26. Charuluxananan S, Sriraj W, Punjasawadwong Y, et al. Perioperative and anesthetic adverse events in Thailand (PAAD Thai) incident reporting study: anesthetic profiles and outcomes. Asian Biomedicine 2017;11:21-32.