



แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการรับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

มิ่งขวัญ วงษ์ยังสิน¹, อุ่มจิต วิทยาไพโรจน์², สมบูรณ์ เทียนทอง³, พณรัตน์ รัตนสุวรรณ², พรอรุณ เจริญราช³, นุชนารถ บุญจึงมงคล⁴, สุดสยาม มานูวงศ์⁵, อรกัญญา ฉิมพาลี⁶, วัลภา อานันทสกุลกุล⁷, ปิณณวิษณุ เบญจวลีชัยมาส⁸, จิตกัญญา ดวงรัตน์¹, สุวิมล ต่างวิวัฒน์¹, สุวรรณี สุระเศณีวงศ์¹, ประภา รัตนไชย⁹

¹ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

²ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย

³ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย

⁴ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประเทศไทย

⁵ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประเทศไทย

⁶กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ประเทศไทย

⁷ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

⁸ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประเทศไทย

⁹กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลหาดใหญ่ ประเทศไทย

Pre-anesthesia Clinic Guideline for One Day Surgery and Minimally Invasive Surgery by the Royal College of Anesthesiologists of Thailand

Mingkwon Wongyingsinn¹, Aumjit Wittayapairoj², Somboon Thienthong³, Panaratana Ratanasuwan², Pornarun Charoenraj³, Nuchanart Bunchungmongkol⁴, Sudsayam Manuwong⁵, Onkanya Chimpalee⁶, Vanlapa Arnuntasupakul⁷, Pannawit Benjhawaleemas⁸, Tithiganya Duangrat¹, Suwimon Tangwiwat¹, Suwannee Suraseranivongse¹, Prapa Ratanachai⁹

¹Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand

²Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand

³Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand

⁴Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Thailand

⁵Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Thammasat University, Thailand

⁶Department of Anesthesiology, Paholpolpayuhasena Hospital, Thailand

⁷Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Thailand

⁸Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Thailand

⁹Department of Anesthesiology, Hatyai Hospital, Thailand

ปัจจุบันคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการรับความรู้สึกเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนการผ่าตัด ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยจึงได้จัดทำแนวทางนี้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดตั้งและให้บริการของคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการรับความรู้สึก

In the present, pre-anesthesia clinics (PAC) play an important role in assessing and preparing patients and their relatives prior to surgery. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand (RCAT) established this guideline aimed to guide the establishment and provision of clinical evaluation and preparation before one day

Received 5 May 2021, Revised 14 May 2021, Accepted 15 May 2021.

Correspondence to: Nuchanart Bunchungmongkol, M.D., E-mail: nutchb@gmail.com

สำหรับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเลื่อนหรืองดผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ลดการปรึกษาอายุรแพทย์แบบรีบด่วนก่อนผ่าตัด และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

คำสำคัญ: การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, การผ่าตัดแผลเล็ก, คลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก, แนวทางเวชปฏิบัติ

วิทยุสาร 2564; 47(4): 388-94. • Thai J Anesthesiol 2021; 47(4): 388-94.

บทนำ

เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one day surgery; ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (minimally invasive surgery; MIS) เป็นนโยบายส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย 4.0 ที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นและให้ความสำคัญ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่มีคุณภาพ เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคิวผ่าตัด ลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยของประเทศ ประหยัดเวลาของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นเพื่อให้ระบบบริการ ODS และ MIS มีมาตรฐานและคุณภาพปลอดภัยแก่ผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานหรือห้องตรวจเป็นคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (pre-anesthesia clinic; PAC) เพื่อประเมินสุขภาพ ความเสี่ยง และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด

แนวทางเวชปฏิบัตินี้คณะผู้จัดทำได้ดำเนินการภายใต้กำกับของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย แนวทางนี้อาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม หากมีผลการศึกษายืนยันการรักษาที่แตกต่าง รวมถึงเทคโนโลยีใหม่ๆ ต่อบุคลากรในอนาคต อนึ่ง คณะผู้จัดทำไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติแต่อย่างใด

คำจำกัดความ

คลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (pre-anesthesia clinic; PAC) หมายถึงหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนการผ่าตัดหรือหัตถการโดยบุคลากรทางวิสัญญี

surgery and minimally invasive surgery. The objective is to reduce the incidence of cancellation or postponement of the surgeries due to patients' factors, reduce hospitalized duration and urgent medical consultation prior to surgery, and increase patients and relatives' satisfaction.

Keywords: guideline, minimally invasive surgery, one day surgery, pre-anesthesia clinic

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one day surgery; ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทันทีหัตถการหรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการหรือผ่าตัด หรืออยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน 24 ชั่วโมง

การผ่าตัดแผลเล็ก (minimally invasive surgery; MIS) หมายถึง การผ่าตัดผ่านกล้อง ได้แก่ laparoscopic cholecystectomy, laparoscopic colectomy, laparoscopic hysterectomy, video-assisted thoracic surgery

วัตถุประสงค์

เป็นแนวทางสำหรับการจัดตั้งและให้บริการของคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดแบบ ODS และ MIS เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเลื่อนหรืองดผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อม ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ลดการปรึกษาอายุรแพทย์แบบรีบด่วนก่อนผ่าตัด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วงระหว่างและหลังผ่าตัด และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

โครงสร้าง

1. **สถานที่** อาจจัดตั้งเป็นห้องตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกโดยมีมาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมเช่นเดียวกับแผนกผู้ป่วยนอก หรือใช้พื้นที่บริเวณแผนกห้องผ่าตัดจัดเป็นสัดส่วนในการให้บริการ
2. **บุคลากร** วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลร่วมกับบุคลากรการแพทย์อื่นๆ ถ้าวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ประเมิน ควรสามารถขอปรึกษาวิสัญญีแพทย์ได้

ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยมาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก (รูปที่ 1)

ขั้นตอนที่ 1 เมื่อผู้ป่วยได้รับการวางแผนให้เข้ารับการผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้ควรพิจารณารวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม ควรพิจารณาจาก อายุ โรคและความผิดปกติต่างๆ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ และชนิดการผ่าตัด ปัจจุบันราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยได้ออกแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อเป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า อย่างไรก็ตามแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ใช่ข้อบังคับ ผู้ปฏิบัติงานสามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และเหตุผลที่เหมาะสมโดยใช้วิจารณญาณอย่างเหมาะสม โรงพยาบาล/สถานพยาบาลอาจปรับแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยฯ เพื่อเป็นแนวทางหรือข้อแนะนำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นให้เข้ากับบริบทของสถานพยาบาลนั้นๆ ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเล็กที่มีความเสี่ยงต่ำ จึงควรส่งตรวจเฉพาะที่มีข้อบ่งชี้จากปัจจัยตัวผู้ป่วยแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 2 แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อประเมินเตรียมความพร้อม และให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก รายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ “แนวปฏิบัติการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วย”

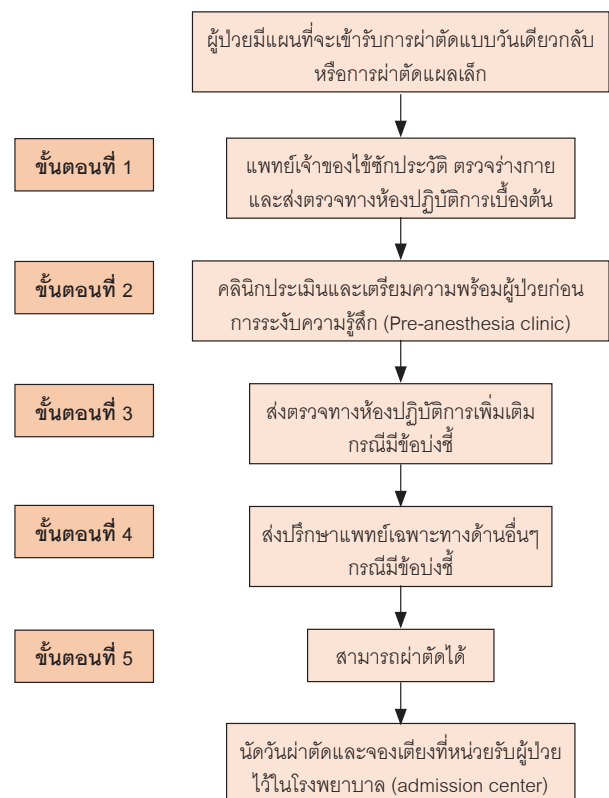
ขั้นตอนที่ 3 คลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมฯ อาจพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ เช่น การตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (coagulogram) ในผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกผิดปกติหรือเลือดหยุดยาก การตรวจค่าการทำงานของตับ (liver function test) ในผู้ป่วยที่ตรวจร่างกายพบอาการตัวเหลือง ตาเหลือง เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 คลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมฯ อาจส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านอื่นๆ ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ เช่น ผู้ป่วยที่ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ มีโรคประจำตัวที่ยังควบคุมได้ไม่ดี ตรวจร่างกายพบ ความดันเลือดมากกว่า 180/110 มม.ปรอท ตรวจพบเสียงฟู่ของหัวใจ (murmur) เสียงหายใจผิดปกติ ความรู้สึกตัว (consciousness) ผิดปกติ หรือพบความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) จำนวนเกล็ดเลือด (platelet count) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) หรือ

ภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) โดยอาจพิจารณาส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจเพื่อตรวจสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย (exercise stress test) หรือบันทึกภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงขณะกระตุ้นหัวใจให้เกิดความเครียด (stress echocardiography) อายุรแพทย์โรคปอดเพื่อตรวจสมรรถภาพปอด (pulmonary function test) หรือศัลยแพทย์หลอดเลือดเพื่อตรวจหลอดเลือดดำด้วยเครื่องความถี่สูง (vascular doppler) ตามความเหมาะสม

อย่างไรก็ดีคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมฯ ต้องคำนึงถึงระยะเวลาที่ต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไปเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้จากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นหรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพิ่มเติม โดยพิจารณาจากชนิดและความรีบด่วนของการผ่าตัด ความเสี่ยง และตัดสินใจอย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 5 หากผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นหรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพิ่มเติมก็สามารถส่งผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์เจ้าของไข้เพื่อทราบผลการประเมินก่อนผ่าตัดและนัดผ่าตัดได้เป็นลำดับถัดไป



รูปที่ 1 ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยมาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

แนวปฏิบัติการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วย

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรม (functional capacity) ประวัติการผ่าตัดและการรับรู้ความรู้สึก ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในอดีต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจยาก การคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดมาก ประวัติการใช้ยา อาหารเสริมและสมุนไพร การแพ้ยา การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ประวัติภาวะแทรกซ้อนจากการรับรู้ความรู้สึกในครอบครัว เช่น malignant hyperthermia

2. ประเมินระดับความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคประจำตัว รวมทั้งการรักษาที่ได้รับ

3. ประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3.1 ประเมินความเสี่ยงตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) physical status classification (ภาคผนวก)

3.2 ประเมินความเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea, OSA) เช่น ใช้แบบสอบถาม STOP-BANG เป็นเครื่องมือคัดกรอง

3.3 ประเมินทางหายใจ เพื่อประเมินโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจยาก

3.4 ประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจหรือมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ประเมินตามแนวทางของ ACC/AHA ปี ค.ศ. 2014 หรือ ESC/ESA ปี ค.ศ. 2014

4. ประเมินการติดเชื้อทางหายใจส่วนต้นก่อนผ่าตัดโดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหายใจ เช่น หลอดลมตีบเกร็ง หากต้องใส่ท่อช่วยหายใจอาจชักนำให้เกิดการติดเชื้อปอด ควรเลื่อนการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนออกไปอย่างน้อย 4 สัปดาห์

5. ประสานงานในการส่งปรึกษาอายุรแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทางด้านอื่นๆ

5.1 เมื่อพบความผิดปกติจากการ ชักประวัติ ตรวจร่างกายหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เพื่อร่วมประเมินและพิจารณาส่งตรวจพิเศษอื่นๆ

5.2 เพื่อควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและแก้ไขภาวะผิดปกติอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พร้อมก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เช่น ควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แก้ไขภาวะซีด ปรับสมดุลเกลือแร่ในร่างกายให้ปกติ

6. แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หยุดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัด 4-8 สัปดาห์ หยุดดื่มสุราก่อนผ่าตัด 2-8 สัปดาห์

7. ให้คำแนะนำด้านการจัดการยาที่ผู้ป่วยใช้ ดังนี้

7.1 ยาที่ควรให้จนถึงเช้าวันผ่าตัด ได้แก่ ยากลุ่ม beta-blocker ยากลุ่ม calcium channel blocker

7.2 ยาที่ควรงดเช้าวันผ่าตัด ได้แก่ ยาเบาหวานกลุ่ม sulfonylurea ยา metformin ยากลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) และ angiotensin receptor blocker (ARB) ที่ทานเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง และยาขับปัสสาวะ

7.3 ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ควรพิจารณาร่วมกับศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ ถึงข้อบ่งชี้ของการใช้ยา ผลดีและผลเสียของการหยุดยาและการทานยาต่อ

7.4 ยาชนิดอื่นๆ ควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษาหรือแพทย์เฉพาะทางตามระบบที่ผู้ป่วยมีปัญหาพร้อมพิจารณา

8. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก ตามแนวทางพัฒนาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562

9. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่างและหลังการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมแจกเอกสารคำแนะนำ

10. บันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยก่อนการรับรู้ความรู้สึกลงในเวชระเบียน

คำแนะนำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS*

1. ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ควรพิจารณาเลือกผู้ป่วยดังนี้

1.1 ASA class 1 หมายถึงผู้ป่วยที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว

1.2 ASA class 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว แต่ควบคุมอาการได้ดี ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะใดๆ สามารถทำกิจวัตรได้ดี เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี (systolic blood pressure <180 มม.ปรอท และ diastolic blood pressure <110 มม.ปรอท) หรือโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี

1.3 ไม่มีความเสี่ยงสูงในการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจยาก การเสี่ยงล้าล้าอาหารเข้าสู่

*มิ่งขวัญ วงษ์ยั้งสิน. การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก. ใน: มานี รักษาเกียรติศักดิ์, และคณะ. บรรณาธิการ. การประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง; 2563. หน้า 1-26.

ปอด (pulmonary aspiration) การเกิดภาวะหยุดหายใจ
ขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea)

1.4 ไม่มีประวัติแพ้ยาชา แพ้ยาสลบ

1.5 ไม่มีประวัติ malignant hyperthermia
ในครอบครัว

1.6 เด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด จะต้องมียายุ
postconceptual age (PCA) มากกว่า 60 สัปดาห์

2. **ปัจจัยจากการผ่าตัด** การผ่าตัดที่เหมาะสมสำหรับทำ
แบบวันเดียวกลับควรเป็น

2.1 เป็นการผ่าตัดที่เสียเลือดน้อย

2.2 เป็นการผ่าตัดที่ทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัด
ระดับน้อยถึงปานกลาง และสามารถระงับปวดได้ด้วยยา
ระงับ

3. **ปัจจัยด้านสังคม** คือ

3.1 มีญาติหรือผู้ดูแลที่บ้าน

3.2 ผู้ป่วยและญาติสามารถสื่อสารได้ดี มีความ
เข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด

3.3 บ้านไม่ห่างไกลกับสถานพยาบาล และเดินทาง
ไปมาได้สะดวก

3.4 มีโทรศัพท์เพื่อติดต่อสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน

คำแนะนำการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติที่มารับ การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัด แบบ ODS และ MIS

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนการระงับความรู้สึก
เป็นส่วนสำคัญเพื่อผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถปฏิบัติ
ตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความวิตกกังวล ทำให้เกิดความ
ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ควรจัดทำเป็นเอกสารแจกให้ผู้ป่วยและ
ญาติประกอบคำอธิบาย สารสำคัญควรประกอบด้วย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วย
ทราบชนิดของการให้ความรู้สึกรู้สึก ข้อดี ข้อจำกัด ตลอดจนความ
เสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้ง การฟื้นตัวจาก
การระงับความรู้สึก

2. การเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึก โดยเฉพาะ
ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS ที่ผู้ป่วยและญาติต้อง
เตรียมตัวก่อนผ่าตัดเอง

2.1 การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการ
สูดสำลักน้ำย่อยหรือเศษอาหารจากกระเพาะอาหารเข้าไปสู่
ปอดระหว่างการได้รับยาระงับความรู้สึก ควรระบุเวลาและ
ชนิดอาหารที่ให้ผู้ป่วยงดตามบริบทของผู้ป่วยให้ชัดเจน

ชนิดของน้ำและอาหารที่รับประทาน	ระยะเวลาก่อนการ ระงับความรู้สึก
ของเหลวใส (clear fluids)	ให้ได้ถึง 2 ชั่วโมง
ได้แก่ น้ำเปล่า น้ำหวาน น้ำผลไม้ไม่มีกาก	
นมแม่ (breast milk)	ให้ได้ถึง 4 ชั่วโมง
นมผง นมวัว นมชนิดต่างๆ (infant formula, nonhuman milk)	ให้ได้ถึง 6 ชั่วโมง
อาหารมื้อเบา (light meals)	ให้ได้ถึง 6 ชั่วโมง
ได้แก่ ขนมปัง ข้าวต้มเปล่าไม่มีเนื้อสัตว์	
อาหารมื้อหนัก (meat/fatty solid meals)	ให้ได้ถึง 8 ชั่วโมง
ได้แก่ อาหารที่มีเนื้อวัว เนื้อหมู อาหารทอด	
อาหารที่มีไขมันสูง	
รวมถึงการรับประทานอาหารในปริมาณมาก	

2.2 ในกรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ต้องแจ้งยาที่ต้อง
งดก่อนผ่าตัดและยาที่ต้องรับประทานต่อเนื่องจนถึงวันผ่าตัด

2.3 ควรหยุดสูบบุหรี่ 4-8 สัปดาห์ ก่อนผ่าตัด เพื่อ
ช่วยให้เยื่อปอดหลวมทำงานได้ดีขึ้น ชีพสมเหตุดีขึ้นและลด
ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ

2.4 ควรหยุดดื่มสุรา 2-8 สัปดาห์ ก่อนผ่าตัด

2.5 กรณีผู้ป่วยมีอาการ ไข้ ไอ มีน้ำมูก 2-4 สัปดาห์
ก่อนวันผ่าตัด ควรติดต่อคลินิกประเมินความพร้อมและ
เตรียมผู้ป่วยฯ เพื่อประเมินว่าจำเป็นต้องเลื่อนการผ่าตัด
หรือไม่

2.6 สำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS ต้อง
แจ้งเพิ่มเติม ให้เตรียมญาติหรือผู้ที่สามารถดูแลผู้ป่วยขณะ
เดินทางกลับบ้านและพักฟื้นที่บ้านด้วย

3. การปฏิบัติตัวและการดูแลหลังการระงับความรู้สึก

3.1 การจัดการความปวดหลังผ่าตัด การทานอาหาร
การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อช่วยให้ฟื้นตัวเร็ว การบริหารการ
หายใจ

3.2 สำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS ต้อง
แจ้งการปฏิบัติตัวเพิ่มเติมดังนี้

3.2.1 กรณีได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป
หรือได้รับยากล่อมประสาท จะมีผลต่อการตัดสินใจในช่วง
24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยไม่ควรขับรถ ทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์
ตัดสินใจเกี่ยวกับเอกสารทางกฎหมาย ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่

3.2.2 กรณีได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน
ระหว่างที่ยังรู้สึกชาอยู่ ผู้ป่วยควรป้องกันมิให้ส่วนของร่างกาย
ถูกกดหรือถูกของร้อนจัด/เย็นจัด

3.2.3 อาการผิดปกติที่ญาติควรติดต่อสถานพยาบาล
• อาการปวดที่มากขึ้นและไม่สามารถ
บรรเทาด้วยยาแก้ปวดที่ได้รับ

• มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากจนไม่สามารถกินอาหารหรือและดื่มน้ำได้

• ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้

• แผลมีเลือดออกชุ่มผ้าปิดแผล

3.2.4 เบอร์โทรศัพท์ของสถานพยาบาลที่มารับการผ่าตัดและสถานพยาบาลใกล้บ้านที่ญาติจะสามารถติดต่อได้ถ้ามีอาการผิดปกติหลังผ่าตัด

4. เบอร์โทรศัพท์ของคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมฯ เพื่อติดต่อสอบถามเมื่อมีข้อสงสัยในการเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึก

บรรณานุกรม

1. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand. Guidance for patient information about anesthesia 2019
2. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand. Practice advisory for preanesthesia evaluation 2019
3. Bailey CR, Ahuja M, Bartholomew K, et al. Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. Anaesthesia 2019;74:778-92.
4. Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines. J Am Coll Cardiol 2014;64:e77-137.

5. Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). Eur Heart J 2014;35:2383-431.
6. Tan A, Yin JD, Tan LW, van Dam RM, Cheung YY, Lee CH. Predicting obstructive sleep apnea using the STOP-Bang questionnaire in the general population. Sleep medicine 2016;27:66-71.

บรรณานุกรม (เฉพาะส่วนผนวก)

1. Abouleish AE, Leib ML, Cohen NH. ASA provides examples to each ASA physical status class. ASA Monitor 2015;79:38-9.
2. Hurwitz EE, Simon M, Vinta SR, et al. Adding examples to the ASA-Physical Status classification improves correct assignments to patients. Anesthesiology 2017;126:614-22.
3. Mayhew D, Mendonca V, Murthy BVS. A review of ASA physical status-historical perspectives and modern developments. Anaesthesia 2019;74:373-9.
4. Leahy I, Berry JG, Johnson C, Crofton C, Staffa S, Ferrari LR. Does the current ASA physical status classification represent the chronic disease burden in children undergoing general anesthesia? Anesth Analg 2019;129:1175-80.
5. Ferrari LR, Leahy I, Staffa S, et al. One size does not fit all: A perspective on the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification for pediatric patients. Anesth Analg 2020;130:1685-92.
6. Ferrari LR, Leahy I, Staffa SJ, Berry JG. The Pediatric Specific American Society of Anesthesiologists Physical Status Score: A Multi-center Study. Anesth Analg 2021;132:807-17.

ภาคผนวก

การประเมินความเสี่ยงตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) physical status (PS) classification
(* เพิ่ม “E” หมายถึงผ่าตัดฉุกเฉิน)

ASA PS	คำจำกัดความ	Adult Examples, Including, but not Limited to:	Pediatric Examples, Including but not Limited to:	Obstetric Examples, Including but not Limited to:
ASA I	A normal healthy patient	Healthy, non-smoking, no or minimal alcohol use	Healthy (no acute or chronic disease), normal BMI percentile for age	
ASA II	A patient with mild systemic disease	Mild diseases only without substantive functional limitations. Current smoker, social alcohol drinker, pregnancy, obesity (30<BMI<40), well-controlled DM/HTN, mild lung disease	Asymptomatic congenital cardiac disease, well controlled dysrhythmias, asthma without exacerbation, well controlled epilepsy, non-insulin dependent diabetes mellitus, abnormal BMI percentile for age, mild/moderate OSA, oncologic state in remission, autism with mild limitations	Normal pregnancy, well controlled gestational HTN, controlled preeclampsia without severe features, diet-controlled gestational DM.
ASA III	A patient with severe systemic disease	Substantive functional limitations; One or more moderate to severe diseases. Poorly controlled DM or HTN, COPD, morbid obesity (BMI ≥40), active hepatitis, alcohol dependence or abuse, implanted pacemaker, moderate reduction of ejection fraction, ESRD undergoing regularly scheduled dialysis, history (>3 months) of MI, CVA, TIA, or CAD/stents.	Uncorrected stable congenital cardiac abnormality, asthma with exacerbation, poorly controlled epilepsy, insulin dependent diabetes mellitus, morbid obesity, malnutrition, severe OSA, oncologic state, renal failure, muscular dystrophy, cystic fibrosis, history of organ transplantation, brain/spinal cord malformation, symptomatic hydrocephalus, premature infant PCA <60 weeks, autism with severe limitations, metabolic disease, difficult airway, long term parenteral nutrition. Full term infants <6 weeks of age.	Preeclampsia with severe features, gestational DM with complications or high insulin requirements, a thrombophilic disease requiring anticoagulation.
ASA IV	A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life	Recent (<3 months) MI, CVA, TIA or CAD/stents, ongoing cardiac ischemia or severe valve dysfunction, severe reduction of ejection fraction, shock, sepsis, DIC, ARD or ESRD not undergoing regularly scheduled dialysis	Symptomatic congenital cardiac abnormality, congestive heart failure, active sequelae of prematurity, acute hypoxic-ischemic encephalopathy, shock, sepsis, disseminated intravascular coagulation, automatic implantable cardioverter-defibrillator, ventilator dependence, endocrinopathy, severe trauma, severe respiratory distress, advanced oncologic state.	Preeclampsia with severe features complicated by HELLP or other adverse event, peripartum cardio-myopathy with EF <40, uncorrected/decompensated heart disease, acquired or congenital.
ASA V	A moribund patient who is not expected to survive without the operation	Ruptured abdominal/thoracic aneurysm, massive trauma, intracranial bleed with mass effect, ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or multiple organ/system dysfunction	Massive trauma, intracranial hemorrhage with mass effect, patient requiring ECMO, respiratory failure or arrest, malignant hypertension, decompensated congestive heart failure, hepatic encephalopathy, ischemic bowel or multiple organ/system dysfunction.	Uterine rupture.

ASA VI: A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes