

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินและเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีผลลดอัตราการ เลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

Preoperative Evaluation and Visits Reduce Operating Room Cancellations in Paholpolpayuhasena Hospital

อภิญญา จิมพาลี พ.บ.,ว.ว. วิสัญญีวิทยา

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี

Onkanya Chimpalee M.D.,

Thai Board of Anesthesiology

Division of Anesthesiology

Paholpolpayuhasena hospital, Kanchanaburi Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการประเมินและเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีผลการลดอัตราการเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีตารางผ่าตัดโดยรับบริการทางวิสัญญีในเวลาราชการ จากแฟ้มเวชระเบียนของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาดังแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2550 จำนวน 7,399 ราย โดยไม่นับรวมผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดฉุกเฉินและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยวิสัญญีพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวน 2,672 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเลื่อนผ่าตัดทั้งหมด 409 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.53 เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มที่ได้รับการประเมินและเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีการลดลงของการเลื่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการเลื่อนผ่าตัดในกลุ่มนี้ คิดเป็นร้อยละ 2.7 แต่กลุ่มที่ไม่ได้ประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัดมีการเลื่อนผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 7.08 ส่วนสาเหตุที่พบมากที่สุดของการเลื่อนผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งหมดนั้น ได้แก่ ภาวะปัญหาโรคทางกายของผู้ป่วยเอง คิดเป็นร้อยละ 33.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัดนั้น ภาวะการไม่พร้อมของผู้ป่วยหรือมีโรคแทรกซ้อนก่อนวันผ่าตัดเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 และในกลุ่มที่เหลือคือกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินและเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดก็พบว่าสาเหตุหลักของการเลื่อนผ่าตัดได้แก่ภาวะปัญหาโรคทางกายของผู้ป่วยเอง คิดเป็นร้อยละ 35.8 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ได้มีการศึกษาแยกตามแผนกของการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมทั่วไปมีการเลื่อนผ่าตัดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 และทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ABSTRACT

A retrospective study of 7,399 inpatients were scheduled for operation at Paholpolpayuhasena Hospital during 1 October 2004 - 30 September 2007. Outpatients and emergency cases were excluded. Preanesthetic evaluation records and cancellation of operation records were reviewed to determine the

reduction of surgical cancellation from preanesthetic evaluation and visitting. This study showed that 409 cases or 5.53% were cancelled for surgery in that time. The group of patients who received preanesthetic evaluation were cancelled only 2.7% compared with the other group were cancelled 7.08%, so there had a statistical significantly difference. The most common cause in this study was medical problem (33.5%). The most common cause in non-preanesthetic evaluation group were medical problem too (35.8%) but in preanesthetic evaluation group were acute illness and incomplete preparation of patients (38%) and there had statistically significant in both groups. In this study found that General surgery patients were the most patients who were cancelled surgery in both non-preanesthetic and preanesthetic evaluation groups and there had no significant difference in statistic.

บทนำ

ในปัจจุบันพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นมาก ทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องคำนึงถึงการควบคุมค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม โรงพยาบาลทุกแห่งมีค่าใช้จ่ายในแต่ละแผนกต่างกัน แต่ในส่วนที่มีค่าใช้จ่ายมากเป็นส่วนแรก ๆ ของโรงพยาบาลได้แก่ค่าใช้จ่ายในห้องผ่าตัด ซึ่งใช้งบประมาณสูงมากในแต่ละวัน ได้มีการศึกษาถึงสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในห้องผ่าตัดสูงพบว่ามีหลายสาเหตุและปัจจัยมากมาย การเลื่อนผ่าตัดนั้นก็เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในปริมาณมากในแต่ละรายที่เลื่อนผ่าตัดรวมทั้งเสียเวลาอีกด้วย ในสหรัฐอเมริกาได้มีการคิดค่าใช้จ่ายต่อรายต่อชั่วโมงในการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยพบว่าโดยเฉลี่ยจะเสียค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ 1,400-1,700 USD^{3,7-10} จึงทำให้มีการศึกษาถึงอัตราการเลื่อนผ่าตัด สาเหตุและวิธีที่จะลดอัตราการเลื่อนผ่าตัด^{1,3,7,10,11-14} จากการศึกษาพบว่า การประเมินและเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีผลลดอัตราการเลื่อนผ่าตัด^{1,3,7-10} การประเมินและเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนั้นมีจุดประสงค์และประโยชน์หลายประการ^{2,4-5} ได้แก่ การลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายจากการผ่าตัด ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั้งในเรื่องของการระงับความรู้สึกและเรื่องผ่าตัดรวมทั้งวิธีปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดด้วย ประเมินประวัติการรักษาโรคต่าง ๆ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการปรึกษาแพทย์ในแผนกที่จำเป็นของผู้ป่วยรวมทั้งสภาวะจิตใจก่อนผ่าตัดด้วย นอกจากนี้ยัง

ต้องดูเรื่องเอกสารการยินยอมผ่าตัดซึ่งสำคัญมากในปัจจุบันที่สำคัญยังต้องวางแผนวิธีการระงับความรู้สึกที่เหมาะสมและปลอดภัยที่สุดให้แก่ผู้ป่วยรวมทั้งคำนึงถึงค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลอีกด้วย เนื่องด้วยเหตุผลและความจำเป็นที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดจึงทำให้การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยลดอัตราการเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาล

ส่วนสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดนั้นมีหลายสาเหตุ โดยแบ่งได้หลายแบบแล้วแต่การศึกษา¹¹⁻¹⁴ ส่วนมากสาเหตุการเลื่อนผ่าตัดจะเกิดจากผู้ป่วยเองทั้งโรคของผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดไม่สมบูรณ์ และมีสาเหตุจากเอกสารการยินยอมผ่าตัดไม่พร้อม และสาเหตุจากแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดไม่พร้อมด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงแผนกต่าง ๆ ของการผ่าตัดและการเลื่อนผ่าตัดของแต่ละแผนก¹¹⁻¹⁴ ก็มีผลการศึกษาแตกต่างกันไปตามขนาดและความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาและพัฒนาการตั้งคลินิกเพื่อการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกรายโดยเฉพาะพบว่าได้ผลดีมากในทุกด้าน^{1-4,6,9,10} ส่วนในประเทศไทยมีการริเริ่มจัดตั้งขึ้นบ้างเป็นบางแห่งในโรงเรียนแพทย์แต่ก็ยังไม่สมบูรณ์ และแพร่หลายมากนักก็ต้องทำการพัฒนาต่อไป การประเมินและเยี่ยมผ่าตัดในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาที่ทำโดยแผนกวิสัญญีวิทยานั้นพบว่ายังไม่ครอบคลุมทั้งหมดโดยมีเหตุและปัจจัยดังจะกล่าวต่อไป แต่ก็พบ

ว่ามีประโยชน์มาก นอกจากการประเมินก่อนผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นถึงการประเมินหลังผ่าตัดอีกด้วย ซึ่งจะได้ทราบถึงความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งก็ควรที่จะศึกษาต่อไปในอนาคต

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาย้อนหลังโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ที่มีตารางผ่าตัดในเวลาราชการและมารับบริการทางวิสัญญีตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 - 30 กันยายน 2550 รวม 3 ปี โดยไม่นับรวมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่มาผ่าตัดฉุกเฉิน พบมีผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 7,399 ราย และได้รวบรวมข้อมูลการประเมินและเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของแผนกวิสัญญีวิทยาพบมีผู้ป่วย 2,627 รายที่ได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 35.5 และรวบรวมข้อมูลการเลื่อนผ่าตัดของห้องผ่าตัดซึ่งมีจำนวน 6 ห้อง พบมีผู้ป่วยเลื่อนผ่าตัดทั้งหมด 409 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.53 เป็นการเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัด 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7 และกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัด 338 รายคิดเป็นร้อยละ 7.08 นอกจากนี้ยังรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกายก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งหมด จัดแบ่งตาม ASA physical status อายุ ของผู้ป่วยทั้งหมด มาร่วมแปลผลการศึกษาด้วย การศึกษานี้ยังได้รวบรวมถึงสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา รวมทั้งปริมาณการเลื่อนผ่าตัดของแต่ละแผนกด้วย

จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้วิธี Pearson Chi Square จากโปรแกรม SPSS โดยถือค่า $p\text{-value} < 0.05$ ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ และได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

ในระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2547 - 30 กันยายน 2550 มีผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีตารางการ

ผ่าตัดในเวลาราชการทั้งหมด 7,399 ราย ในจำนวนนี้ไม่รวมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัดมี 2,627 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.5 ผู้ป่วยทั้งหมดที่มีการเลื่อนผ่าตัด 409 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.53 ตามตารางที่ 1 จากการศึกษาพบว่า ในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัดทั้งหมด มีผู้ป่วยที่ต้องเลื่อนผ่าตัด 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัดต้องเลื่อนผ่าตัด 338 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.08 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันทางสถิติพบว่า การเลื่อนผ่าตัดมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีผลของสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหรือ ASA classification พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ได้ประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วย ASA class I ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่แข็งแรงดี มีจำนวนร้อยละ 55.32 แต่ในกลุ่มที่ได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัด ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วย ASA class II มีจำนวนร้อยละ 43.36 และยังพบว่า มีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่อยู่ใน ASA classification ที่มากกว่าในกลุ่มแรกด้วย และยังมีอายุเฉลี่ย 62 ± 16.3 ปี ซึ่งมากกว่าในกลุ่มแรกที่มีอายุเฉลี่ย 45.3 ± 20.2 ปี และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันทางสถิติพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

นอกจากนี้ยังได้ศึกษาสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดเปรียบเทียบกัน 2 กลุ่มพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัด มีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยมีโรคอื่น ๆแทรกในเข้าวันผ่าตัดหรือเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมมากที่สุดเท่ากับร้อยละ 38 สาเหตุรองลงมาคือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติเท่ากับร้อยละ 29.6 และยังมีสาเหตุจากโรคทางกายของผู้ป่วยทำให้ไม่พร้อมในการผ่าตัด อีกร้อยละ 22.5 นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากแพทย์ไม่ว่าง ทำไม่ทันอีกร้อยละ 4.2 และอุปกรณ์และเครื่องมือไม่พร้อม ไม่มี ICU อีกร้อยละ 2.8 และสาเหตุอื่น ๆ อีก ร้อยละ 2.8

สำหรับในกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินและเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่าการเลื่อนผ่าตัดในกลุ่มนี้มีสาเหตุ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยในระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2547 - 30 ก.ย. 2550

จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2547- 30 ก.ย. 2550	จำนวนผู้ป่วย / ราย (%)
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีตารางผ่าตัดในเวลาราชการ	7,399 (100)
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีการเลื่อนผ่าตัด	409 (5.53)
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	2,627 (35.5)

จากโรคทางกายของผู้ป่วยทำให้ไม่พร้อมในการผ่าตัดมากที่สุด คือร้อยละ 35.8 รองลงมามีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยมีโรคอื่น ๆแทรกในเข้าวันผ่าตัดหรือเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมเท่ากับร้อยละ 25.15 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติเท่ากับร้อยละ 18.9 สาเหตุจากแพทย์ไม่ว่างร้อยละ 12.4 ความไม่พร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือห้องผ่าตัดไม่ว่าง ห้อง ICU เต็มเต็ม คิดเป็นร้อยละ 4.7 และสาเหตุอื่น ๆ อีกร้อยละ 2.96 เมื่อนำทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบกันพบว่าสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีสาเหตุสำคัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามตารางที่ 3

ส่วนการศึกษาถึงการเลื่อนผ่าตัดตามแผนกนั้นพบว่า จำนวนผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมทั่วไปนั้นมีผู้ป่วยมากที่สุด คือ 2,455 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.18 รองลงมาเป็นแผนก สูติ-นรีเวช กระดูกและข้อ ทางเดินปัสสาวะ หู คอ จมูก จักษุ และใบหน้าและช่องปาก ตามลำดับ ตามแผนภูมิที่ 1 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัด พบว่ามีการเลื่อนผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมทั่วไปมากที่สุด คือ 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.1 น้อยที่สุดคือหู คอ จมูก และจักษุ เท่ากันที่ แผนกละ 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1.4 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัดแผนกที่มีการเลื่อนผ่าตัดมากที่สุดได้แก่ศัลยกรรมทั่วไป มีจำนวน 154 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.56 และแผนกที่น้อยที่สุดคือจักษุมี 5 รายคิดเป็นร้อยละ 1.48

และเมื่อนำทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบกันพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า การเลื่อนผ่าตัดนั้นมีอุบัติการณ์ที่ต่างกันในแต่ละการศึกษาของแต่ละแห่งซึ่งมีตั้งแต่ร้อยละ 5-30^{1,3,8,10,11,13-14} ทั้งนี้ น่าจะเป็นผลจากมีความแตกต่างทางด้านประชากร เชื้อชาติ ระบบทางการแพทย์และสาธารณสุขของแต่ละประเทศ สำหรับในประเทศไทย การเลื่อนผ่าตัดร้อยละ 5.53 นั้นถือว่าเป็นอัตราที่ไม่มาก แต่ก็มีความสำคัญเพราะมีผลทำให้มีการเสียค่าใช้จ่ายเช่นการเตรียมเครื่องมือแล้วไม่ได้ใช้ ต้องทำวิธีปราศจากเชื้อให้กับเครื่องมือเหล่านั้นใหม่ บางครั้งอาจต้องทิ้งอุปกรณ์บางชนิดเช่นใบมีดผ่าตัด ไหมเย็บแผล น้ำยาทำความสะอาด แผล เป็นต้น^{1,2}

จากการศึกษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา การเลื่อนผ่าตัดที่มีน้อยอาจเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลทั่วไปจึงทำให้ศักยภาพของการผ่าตัดยังไม่เท่ากับโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงเรียนแพทย์จึงทำให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาที่ยุ่ยากเช่นการผ่าตัดโรคหัวใจ โรคทางสมอง โรคในเด็กเล็ก จึงได้ถูกส่งตัวไปรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าวแทน ดังนั้น ผู้ป่วยที่จะต้องเลื่อนผ่าตัดจากโรคที่ยุ่ยากและรุนแรงจึงไม่มาก¹²⁻¹⁴ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีตาราง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีการเลื่อนผ่าตัดในเวลาราชการ

ปัจจัยที่ศึกษา	ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับ การประเมินก่อนผ่าตัด จำนวน = 2,627 ราย	ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับ การประเมินก่อนผ่าตัด จำนวน = 4,772 ราย	P Value
- ผู้ป่วยที่เลื่อนการผ่าตัด, ราย (%)			< 0.05
เลื่อนผ่าตัด	71 (2.7)	338 (7.08)	
ผ่าตัดตามตาราง	2,556 (97.3)	4,434 (92.98)	
- สภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบ่งตาม American Society of Anes- thesiologists (ASA)			< 0.05
ASA physical status, ราย (%)			
I	644 (24.51)	2,640 (55.32)	
II	1,137 (43.28)	1,685 (35.31)	
III	818 (31.14)	420 (8.8)	
IV	28 (1.06)	22 (0.46)	
V	0	5 (0.1)	
อายุ (ปี), MEAN $\pm$ SD	62.7 $\pm$ 16.3	45.2 $\pm$ 20.2	< 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสาเหตุต่าง ๆ ของการเลื่อนผ่าตัด

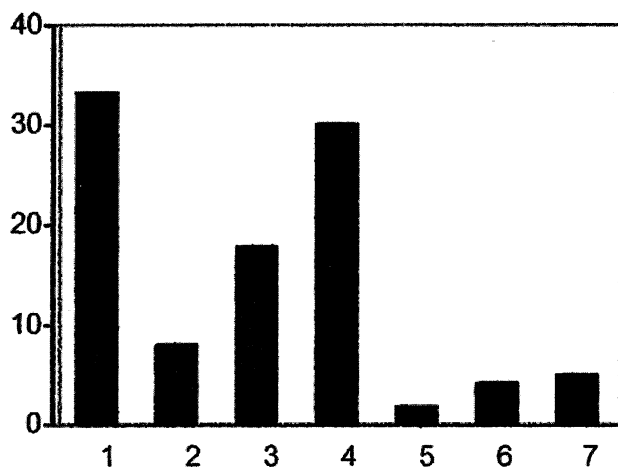
สาเหตุของการเลื่อนผ่าตัด	ผู้ป่วยที่เลื่อนผ่าตัดและ ได้รับการประเมินก่อนผ่าตัด ราย (%)	ผู้ป่วยที่เลื่อนผ่าตัดและ ไม่ได้รับการประเมินก่อนผ่าตัด ราย (%)	P Value
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ	21 (29.6)	64 (18.93)	< 0.05
- ปัญหาทางอายุรกรรม	16 (22.5)	121 (35.8)	
- อาการป่วยกะทันหัน, ผู้ป่วยไม่พร้อม และไม่ยินยอม	27 (38)	85 (25.15)	
- แพทย์ไม่ว่าง, ทำไม่ทัน	3 (4.22)	42 (59.15)	
- อุปกรณ์, เครื่องมือไม่พร้อม	2 (2.82)	16 (22.54)	
ห้องผ่าตัดไม่ว่าง, ไอ.ซี.ยู. ไม่ว่าง			
- อื่น ๆ	2 (2.82)	10 (2.96)	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผู้ป่วยแยกตามแผนกผ่าตัด

แผนกการผ่าตัด	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ราย (%)	ผู้ป่วยที่เลื่อนผ่าตัดและ ได้รับการประเมินก่อนผ่าตัด ราย (%)	ผู้ป่วยที่เลื่อนผ่าตัดและ ไม่ได้รับการประเมินก่อนผ่าตัด ราย (%)	P Value
ศัลยกรรมทั่วไป	2,455 (33.18)	37 (52.11)	154 (45.56)	> 0.05
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	594 (8.03)	14 (19.72)	95 (28.11)	
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	1,315 (17.77)	9 (12.67)	31 (9.17)	
สูติ-นรีเวช	2,225 (30.07)	6 (8.45)	35 (10.35)	
ศัลยกรรมใบหน้า และช่องปาก	134 (1.81)	3 (4.23)	6 (1.78)	
ศัลยกรรมตา	308 (4.16)	1 (1.40)	5 (1.48)	
ศัลยกรรมหู คอ จมูก	368 (4.97)	1 (1.40)	12 (3.55)	

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามแผนกการผ่าตัด

จำนวนผู้ป่วย(%)



1. ศัลยกรรมทั่วไป
2. ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
3. ศัลยกรรมกระดูกและข้อ
4. สูติ-นรีเวช
5. ศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า
6. ตา
7. หู คอ จมูก

ผ่าตัดนั้นมีเพียงร้อยละ 35.5 เท่านั้นที่ได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัด ซึ่งถือได้ว่าเป็นเกณฑ์ที่ไม่สูงนัก แต่ก็เพียงพอที่จะทำให้การเลื่อนผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. ประเมินอัตราเสี่ยงจากการผ่าตัดโดยสัมพันธ์กับโรคของผู้ป่วย และดูการดำเนินโรคและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมถ้ายังไม่สมบูรณ์ก็ต้องส่งตรวจเพิ่มหรือถ้าพบปัญหาใหม่ของผู้ป่วยก็ต้องทำการแก้ไขโดยอาจส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ในแผนกที่เป็นปัญหานั้น

2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยละเอียดในวิธีการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เช่นการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด การฝึกการหายใจหลังผ่าตัดและต้องวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสมและปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยด้วย

3. ดูเอกสารในการเตรียมผ่าตัดให้ครบถ้วน

4. ดูรายละเอียดในการเตรียมผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีประจำเดือนหรือไม่เพราะพบว่าเป็นสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดที่พบได้ เป็นหวัดหรือไม่ ถ้าในรายที่ต้องการห้อง ICU หลังผ่าตัดก็ต้องทำการตรวจสอบว่าพร้อมหรือไม่ด้วย เป็นต้น

ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัดโดยวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด เมื่อพบปัญหาทางด้านระงับความรู้สึกก็จะปรึกษาวิสัญญีแพทย์แต่ถ้าพบปัญหาทางด้านการเตรียมผ่าตัดก็จะปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ แต่ก็มีอุปสรรคทำให้การประเมินผู้ป่วยมีจำนวนไม่ได้มากนักเนื่องจาก

1. มีความล่าช้าในการส่งใบผ่าตัดทำให้รู้ตารางผ่าตัดนอกเวลาราชการ

2. ผู้ป่วยไม่มานอนโรงพยาบาลในเวลาราชการ

3. บุคลากรน้อยในบางครั้งมีการผ่าตัดมากในเวลาราชการทำให้ไม่มีบุคลากรไปเยี่ยมผู้ป่วยได้

4. ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีตารางผ่าตัดในวันจันทร์ของ

ทุกสัปดาห์มักจะ Admit ในวันหยุดทำให้ไม่มีบุคลากรไปประเมินผู้ป่วย จากสาเหตุข้างต้นทำให้การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมดจึงสมควรได้รับการปรับปรุงและแก้ไขต่อไป

ความสำคัญของการประเมินผู้ป่วยนอกจากจะช่วยลดอัตราการเลื่อนผ่าตัดแล้ว ยังมีการศึกษาพบว่าสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตจากการระงับความรู้สึกได้อีกด้วย^{2,15-17} นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็นลงได้^{8,5,15-18} และทำให้ผู้ป่วยรับบริการที่รพ. มีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย^{4,19}

มีการศึกษาถึงการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประมาณ 2-30 วันก่อนผ่าตัดเปรียบเทียบกับ 1 วันก่อนผ่าตัด³ แต่ทำในผู้ป่วยนอกพบว่าการเลื่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน และพบว่ามีประโยชน์โดยสามารถลดเวลาที่ต้องมานอนโรงพยาบาลลงได้มาก เนื่องจากปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไขไปก่อนแล้วแต่มีข้อเสีย คือการเกิดของปัญหาใหม่ที่ทำให้ต้องเลื่อนผ่าตัดออกไป

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาคาณิกประเมินผู้ป่วยโดยตรงซึ่งพบว่าได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีตารางผ่าตัดทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาล และมีความคุ้มค่าในด้านงบประมาณและลดการเลื่อนผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ^{1,3,6-10} มีการทำอย่างแพร่หลายในหลายประเทศทั่วโลก ส่วนในประเทศไทยยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

จากผลการศึกษาของรายงานนี้ได้แสดงถึง ASA physical status และอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการประเมินก่อนผ่าตัดนั้น มีค่าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมิน แสดงว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีโรคประจำตัวและอายุมากกว่า ทำให้เห็นว่าการประเมินผู้ป่วยมีความสำคัญจึงได้ส่งใบผ่าตัดล่วงหน้าและครบถ้วน เพราะผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มากขึ้น^{2,5,15-18} และอาจต้องปรึกษาแพทย์หลายแผนกเพื่อแก้ไขปัญหของโรคประจำตัวของผู้ป่วย และในผู้ป่วยบางรายอาจ

จำเป็นต้องใช้ห้อง ICU หลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการประเมินอย่างครบถ้วนมากกว่า และในกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยและ ASA physical status น้อยกว่า เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีร่างกายแข็งแรงกว่าทำให้เห็นความสำคัญของการประเมินผู้ป่วยลดลง^{1,15,16} ดังนั้นจึงต้องให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ว่าการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจำเป็นสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่มารับการผ่าตัด

ส่วนสาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดในการศึกษานี้พบว่ามีสาเหตุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินก่อนผ่าตัดนั้นในบางรายมีปัญหาโรคทางกายมากแม้ว่าจะเป็นส่วนน้อยของกลุ่มแต่ก็ต้องมีการประเมินอย่างละเอียดดังนั้นจึงเป็นสาเหตุหลักในการเลื่อนผ่าตัด แต่ในกลุ่มที่ได้รับการประเมินก่อนผ่าตัดนั้นสาเหตุสำคัญคือ ภาวะโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นที่ก่อนผ่าตัดและมาทราบในเวลาที่ผ่าตัด วิธีที่จะแก้ไขก็คือต้องให้ความรู้แก่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยที่ตึกหรือผู้ป่วยเองให้ทราบถึงปัญหาที่จะทำให้เกิดการเลื่อนผ่าตัด เช่น มีไข้ เป็นหวัด และมีประจำเดือน แล้วทำการแจ้งล่วงหน้าเพื่อที่จะได้ทำการเลื่อนผ่าตัดได้ทันเวลา ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ที่รองลงมาทำให้เกิดคล้าย ๆ กันในการศึกษาในต่างประเทศ¹¹⁻¹⁴

สำหรับการเลื่อนผ่าตัดตามแผนของการผ่าตัดนั้นก็แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา¹¹⁻¹⁴ ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมทั่วไปเป็นผู้ป่วยที่มีอัตราการเลื่อนผ่าตัดมากที่สุดในทั้ง 2 กลุ่มอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับการผ่าตัดมากที่สุดก็เป็นได้ จึงควรทำการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อไป

ผลที่ได้จากการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁻³ แต่ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มารับบริการทางวิสัญญีเท่านั้น ซึ่งน่าจะมีผลการศึกษาที่แตกต่างกันในผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่มารับบริการโดยวิธีให้ยาชาเฉพาะที่¹⁻⁵ ดังนั้นจึงต้องทำการ

ศึกษาต่อเนื่องต่อไป และควรมีการพัฒนาประสิทธิภาพการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และควรปรับปรุงการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดร่วมด้วย

สรุป

จากการศึกษา การเลื่อนผ่าตัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา พบว่าเกิดจากหลายสาเหตุที่พบมากที่สุดได้แก่เกิดจากภาวะโรคของผู้ป่วยเองทำให้ไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัด และการเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมทั่วไปพบมากที่สุด การเลื่อนผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 5.53 แต่เมื่อศึกษาในผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินและเยี่ยมก่อนผ่าตัดพบว่าการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการเลื่อนผ่าตัดลดลงเหลือร้อยละ 2.7 จึงสรุปได้ว่าการประเมินและเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความสำคัญและประโยชน์อย่างมากต่อโรงพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาให้มีการประเมินและเยี่ยมผู้ป่วยให้ได้ครอบคลุมในทุกรายที่มาผ่าตัดและอาจพัฒนาให้มีระบบคลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้ในอนาคต นอกจากนี้ยังควรพัฒนาการประเมินและเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดอีกด้วย นอกจากนี้ควรจะมีการลดสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกิดจากผู้ป่วย เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ ไม่พร้อม ห้องผ่าตัดไม่พร้อม ICU เต็ม สาเหตุจากแพทย์ เป็นต้น เพื่อเป็นการลดความสูญเสียของโรงพยาบาลทั้งงบประมาณและเวลา และจะเป็นการเพิ่มความประทับใจการบริการให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สุพิทย อึ้งวิจารณ์ปัญญา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา ที่สนับสนุนและอนุญาตให้ทำการศึกษาและเผยแพร่รายงานการศึกษานี้ ขอขอบคุณ คุณอวยพร จงสกุล หัวหน้างานวิสัญญีพยาบาล และ คุณวราวุธ ศรีพรรณ หัวหน้างานพยาบาล ห้องผ่าตัดที่กรุณาช่วยรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Ferschi MB, Avery T, Sweitzer BJ, Dezheng H, Glick DB. Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays. *Anesthesiology* 2005 ; 103 ; 855-9.
2. Roizen MF. Preoperative laboratory testing ; necessary or overkill? *Can J Anesth.* 2004 ; 51 ; R13-R13.
3. Pollard JB, Leslie O. Early outpatient preoperative anesthesia assessment ; Does it help to reduce operating room cancellations? *Anesth Anal* 1999 ; 89 ; 502-5.
4. Hepner DL, Bader AM, Hurwitz S, Gustafson M, Tsen LC. Patient satisfaction with preoperative assessment in a preoperative assessment testing clinic. *Anesth Analg* 2004 ; 98 ; 1099-105
5. Kopp VJ. Preoperative preparation value, perspective and practice in patient care. *Anesthesiol Clin North Am* 2000 ; 18 ; 551-74.
6. Fischer SP. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. *Anesthesiology* 1996 ; 85 ; 190-206.
7. Dexter F, Marcon E, Epstein RH, Ledolter J. Validation of statistical methods to compare cancellation rates on the day of surgery. *Anesth Analg* 2005 ; 101 ; 465-73.
8. Foss JF, Apfelbaum J. Economics preoperative evaluation clinics. *Curr Opin Anesthesiol* 2001 ; 14 ; 550-62.
9. Pollard JB, Zboray AL, Mazze RI. Economic benefits attributed to opening preoperative evaluation clinic for outpatients. *Anesth Analg* 1996 ; 83 ; 407-10.
10. Correll DJ, Bader AM, Hull MW, Cindy H, Tsen LC, Hepner DL. Value of preoperative clinic visits in identifying issues with potential on operating room efficiency. *Anesthesiology* 2006 ; 105 ; 1254-9.
11. Lacqua MJ, Evans JT. Cancelled elective surgery : an evaluation. *Am Surg* 1994 ; 60 ; 809-11.
12. Schofield WN, Rubin G, Piza M. Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referred hospital. *Medical J Australia* 2005 ; 182 ; 612-5.
13. Jonnalagadda R, Walrond ER, Hariharan S. Evaluation of the reasons for cancellation and delays of surgical procedures in a developing country. *Int Clin Pract* 2005 ; 59 ; 716-20.
14. Hand R, Levin P, Stanziola A. The causes of cancelled elective surgery. *Am J Med Qual* 1990 ; 5 ; 2-6.
15. Cohen MM, Duncan PG. Physical status score and trends in anesthetic complication. *J Clin Epidemiol* 1988 ; 41 ; 83.
16. Narr BJ, Warner ME, Schroeder DR, Warner MA. Outcomes of patients with no laboratory assessment before anesthesia and a surgical procedure. *Mayo Clin Proc* 1997 ; 72 ; 505-9.
17. Kaplan EB, Sheiner LB, Boeckmann AJ. The usefulness of preoperative laboratory screening. *JAMA* 1985 ; 253 ; 3576.
18. Mancuso CA. Impact of new guidelines on physician's ordering of preoperative tests. *J Gen Intern Med* 1999 ; 14 ; 166-72.
19. Donald F, Masha M. Measuring patient satisfaction with anesthesia care ; a review of current methodology. *Anesth Analg* 1998 ; 87(5) : 1089-98.