

เอกสารนี้ไม่สามารถใช้อ้างอิงทางกฎหมายได้เนื่องจากการปฏิบัติต้องปรับตามสถานการณ์

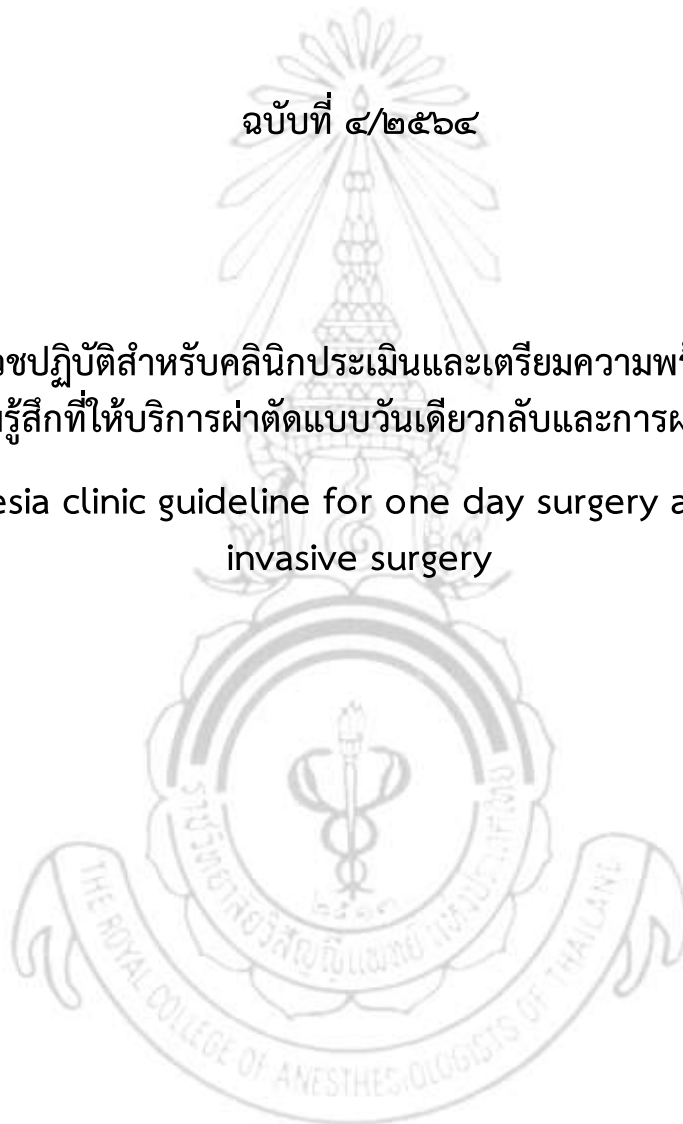


ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

ฉบับที่ ๔/๒๕๖๔

เรื่อง แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการ  
ระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก

Pre-anesthesia clinic guideline for one day surgery and minimally  
invasive surgery



## 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 มีมาตรฐานและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีหน่วยงานหรือห้องตรวจเป็นคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (pre-anesthesia clinic; PAC) เพื่อประเมินสุขภาพ ความเสี่ยง และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ ทั้งร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด

แนวทางเวชปฏิบัตินี้คณะผู้จัดทำได้ดำเนินการภายใต้กำกับของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย แนวทางนี้อาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม หากมีผลการศึกษายืนยันการรักษาที่แตกต่าง รวมถึงเทคโนโลยีใหม่ๆ ต่อไปในอนาคต อนึ่ง คณะผู้จัดทำไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติแต่อย่างใด

## คำจำกัดความ

คลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (pre-anesthesia clinic; PAC) หมายถึง หน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนการผ่าตัดหรือหัตถการโดยบุคลากรทางวิสัญญี

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one day surgery; ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการหรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า 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 วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล ร่วมกับบุคลากรการแพทย์อื่น ๆ ถ้าวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ประเมิน ควรสามารถขอปรึกษาวิสัญญีแพทย์ได้

## ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยมาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด (รูปที่ 1)

**ขั้นตอนที่ 1** เมื่อผู้ป่วยได้รับการวางแผนให้เข้ารับการผ่าตัด แพทย์เจ้าของไข้ควรพิจารณารวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม ควรพิจารณาจาก อายุ โรคและความผิดปกติต่าง ๆ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ และชนิดการผ่าตัด ปัจจุบันราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยได้ออกแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อเป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า อย่างไรก็ตามแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ใช่ข้อบังคับ ผู้ปฏิบัติงานสามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และเหตุผลที่สมควรโดยใช้วิจารณญาณอย่างเหมาะสม โรงพยาบาล/สถานพยาบาลอาจปรับแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยฯ เพื่อเป็นแนวทางหรือข้อแนะนำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นให้เข้ากับการบริหารของสถานพยาบาลนั้น ๆ ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเล็กที่มีความเสี่ยงต่ำ จึงควรส่งตรวจเฉพาะที่มีข้อบ่งชี้จากปัจจัยตัวผู้ป่วยแต่ละราย

**ขั้นตอนที่ 2** แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมฯ เพื่อประเมิน เตรียมความพร้อม และให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก รายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ “แนวปฏิบัติการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วย”

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

**ขั้นตอนที่ 4** คลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมฯ อาจส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ เช่น ผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมประจำวันไม่ได้ มีโรคประจำตัวที่ยังควบคุมได้ไม่ดี ตรวจร่างกายพบ ความดันเลือดมากกว่า 180/110 มม.ปรอท ตรวจพบเสียงฟู่ของหัวใจ (murmur) เสียงหายใจผิดปกติ ความรู้สึกตัว (consciousness) ผิดปกติ หรือพบความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) จำนวนเกล็ดเลือด (platelet count) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) หรือภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) โดยอาจพิจารณาส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจเพื่อตรวจสอบสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย (exercise stress test) หรือบันทึกภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงขณะกระตุ้นหัวใจให้เกิดความเครียด (stress echocardiography) อายุรแพทย์โรคปอดเพื่อตรวจสอบสมรรถภาพปอด (pulmonary function test) หรืออัลตราซาวด์หลอดเลือดเพื่อตรวจหลอดเลือดดำด้วยเครื่องความถี่สูง (vascular Doppler) ตามความเหมาะสม

อย่างไรก็ดีคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมฯ ต้องคำนึงถึงระยะเวลาที่ต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไปเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้จากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นหรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพิ่มเติม โดยพิจารณาจากชนิดและความรีบด่วนของการผ่าตัด ความเสี่ยง และตัดสินใจอย่างเหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 5** หากผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นหรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพิ่มเติม ก็สามารถส่งผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์เจ้าของไข้เพื่อทราบผลการประเมินก่อนผ่าตัดและนัดผ่าตัดได้เป็นลำดับถัดไป



รูปที่ 1 ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยมาคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

## แนวปฏิบัติการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วย

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรม (functional capacity) ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในอดีต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจยาก การคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดมาก ประวัติการใช้ยา อาหารเสริมและสมุนไพร การแพ้ยา การตีเมเหล้า สูบบุหรี่ ประวัติภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกในครอบครัว เช่น malignant hyperthermia
2. ประเมินระดับความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคประจำตัว รวมทั้งการรักษาที่ได้รับ
3. ประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน
  - 3.1. ประเมิน ความเสี่ยงตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) physical status classification (ภาคผนวก1)
  - 3.2. ประเมินความเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากอุดกั้น (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 หากต้องใส่ท่อช่วยหายใจอาจชักนำให้เกิดการติดเชื้อสู่ปอด ควรเลื่อนการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนออกไปอย่างน้อย 4 สัปดาห์
5. ประสานงานในการส่งปรึกษาอายุรแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ
  - 5.1. เมื่อพบความผิดปกติจากการ ชักประวัติ ตรวจร่างกายหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เพื่อร่วมประเมินและพิจารณาส่งตรวจพิเศษอื่น ๆ
  - 5.2. เพื่อควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและแก้ไขภาวะผิดปกติอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พร้อมก่อนรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เช่น ควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แก้ไขภาวะชืด ปรับสมดุลเกลือแร่ในร่างกายให้ปกติ
6. แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หยุดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัด 4-8 สัปดาห์ หยุดดื่มสุร่าก่อนผ่าตัด 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. ยาชนิดอื่น ๆ ควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษาหรือแพทย์เฉพาะทางตามระบบที่ผู้ป่วยมีปัญหาพร้อมพิจารณา

8. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก ตามแนวทางพัฒนาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก ของ ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562
9. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่างและหลังการผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมแจกเอกสารคำแนะนำ
10. บันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกลงในเวชระเบียน

### คำแนะนำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS

1. **ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย** ควรพิจารณาเลือกผู้ป่วยดังนี้
  - 1.1. ASA class 1 หมายถึงผู้ป่วยที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว
  - 1.2. ASA class 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว แต่สามารถควบคุมได้ดีและไม่มีการทำลายของอวัยวะ เป้าหมาย (end organ damage) เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี (systolic blood pressure <180 มม.ปรอท และ diastolic blood pressure <110 มม.ปรอท) หรือ โรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี
  - 1.3. ไม่มีความเสี่ยงสูงในการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจยาก การเสี่ยงสำลักอาหารเข้าสู่ปอด (pulmonary aspiration) การเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea)
  - 1.4. ไม่มีประวัติแพ้ยาชา แพ้ยาสลบ
  - 1.5. ไม่มีประวัติ malignant hyperthermia ในครอบครัว
  - 1.6. เด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด จะต้องมียุ่ postconceptual age (PCA) มากกว่า 60 สัปดาห์
2. **ปัจจัยจากการผ่าตัด** การผ่าตัดที่เหมาะสมสำหรับทำแบบวันเดียวกลับควรเป็น
  - 2.1. เป็นการผ่าตัดที่เสียเลือดน้อย
  - 2.2. เป็นการผ่าตัดที่ทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดระดับน้อยถึงปานกลาง และสามารถระงับปวดได้ด้วยยา รับประทาน
3. **ปัจจัยด้านสังคม** คือ
  - 3.1. มีญาติหรือผู้ดูแลที่บ้าน
  - 3.2. ผู้ป่วยและญาติสามารถสื่อสารได้ดี มีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด
  - 3.3. บ้านไม่ห่างไกลกับสถานพยาบาล และเดินทางไปได้สะดวก
  - 3.4. มีโทรศัพท์เพื่อติดต่อสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน

### คำแนะนำการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติที่มารับการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดแบบ ODS และ MIS

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนการระงับความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญเพื่อผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความวิตกกังวล ทำให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ควรจัดทำเป็นเอกสารแจกให้ผู้ป่วยและญาติประกอบคำอธิบาย สาระสำคัญควรประกอบด้วย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยทราบชนิดของการให้ความรู้สึก ข้อดี ข้อจำกัด ตลอดจนความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้ง การฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึก

2. การเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS ที่ผู้ป่วยและญาติต้องเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเอง
  - 2.1. การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำย่อยหรือเศษอาหารจากกระเพาะอาหารเข้าไปสู่ปอดระหว่างการได้รับยาระงับความรู้สึก ควรระบุเวลาและชนิดอาหารที่ผู้ป่วยงดตามบริบทของผู้ป่วยให้ชัดเจน

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

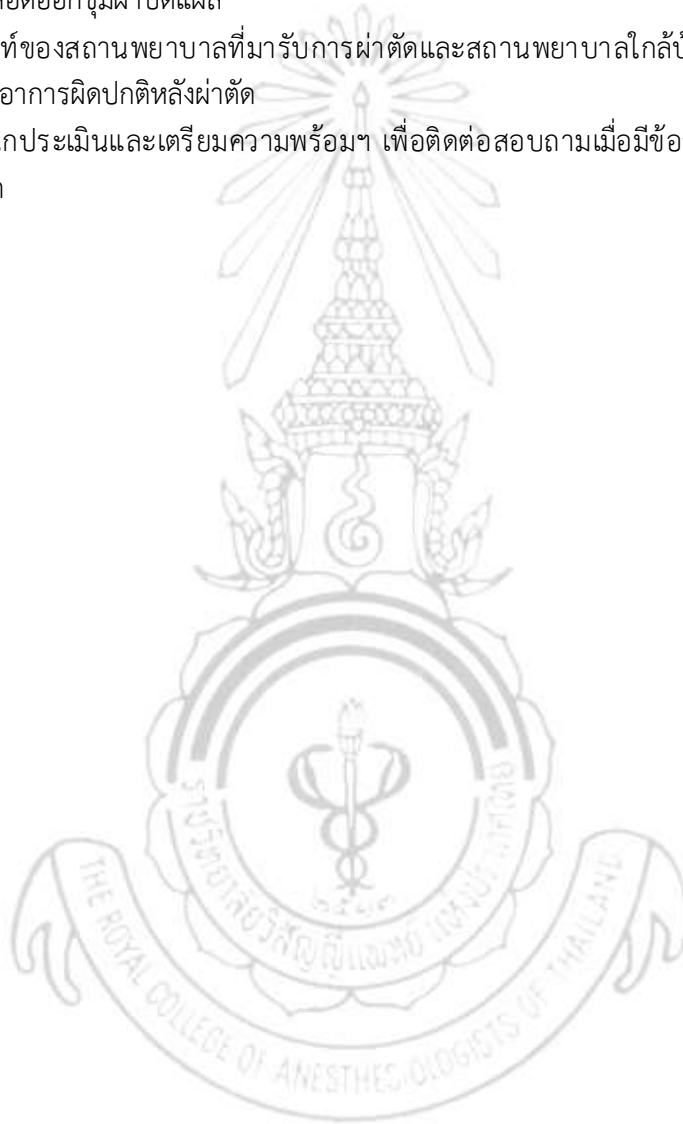
- 2.2. ในกรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ต้องแจ้งยาที่ต้องงดก่อนผ่าตัดและยาที่ต้องรับประทานต่อเนื่องจนถึงวันผ่าตัด
- 2.3. ควรหยุดสูบบุหรี่ 4-8 สัปดาห์ ก่อนผ่าตัด เพื่อช่วยให้เยื่อปอดลดการทำงานได้ดีขึ้น ขับเสมหะดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ
- 2.4. ควรหยุดดื่มสุรา 2-8 สัปดาห์ ก่อนผ่าตัด
- 2.5. กรณีผู้ป่วยมีอาการ ใช้ ไอ มีน้ำมูก 2-4 สัปดาห์ ก่อนวันผ่าตัด ควรติดต่อคลินิกประเมินความพร้อมและเตรียมผู้ป่วยๆ เพื่อประเมินว่าจำเป็นต้องเลื่อนการผ่าตัดหรือไม่
- 2.6. สำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS ต้องแจ้งเพิ่มเติม ให้เตรียมญาติหรือผู้ที่สามารถดูแลผู้ป่วยขณะเดินทางกลับบ้านและพักฟื้นที่บ้านด้วย
3. การปฏิบัติตัวและการดูแลหลังการระงับความรู้สึก
  - 3.1. การจัดการความปวดหลังผ่าตัด การทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อช่วยให้ฟื้นตัวเร็ว การบริหารการหายใจ
  - 3.2. สำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบ ODS ต้องแจ้งการปฏิบัติตัวเพิ่มเติมดังนี้
    - 3.2.1. กรณีได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป หรือได้รับยากล่อมประสาท จะมีผลต่อการตัดสินใจในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยไม่ควรขับรถ ทำงานเกี่ยวกับเครื่องยนต์ ตัดสินใจเกี่ยวกับเอกสารทางกฎหมาย ต้มสุราหรือสูบบุหรี่
    - 3.2.2. กรณีได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน ระหว่างที่ยังรู้สึกชาอยู่ ผู้ป่วยควรป้องกันมิให้ส่วนของร่างกายถูกกดหรือถูกของร้อนจัด/เย็นจัด

3.2.3.อาการผิดปกติที่ญาติควรติดต่อสถานพยาบาล

- อาการปวดที่มากขึ้นและไม่สามารถบรรเทาด้วยยาแก้ปวดที่ได้รับ
- มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากจนไม่สามารถกินอาหารหรือและดื่มน้ำได้
- ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้
- แผลมีเลือดออกชุ่มผ้าปิดแผล

3.2.4. เบอร์โทรศัพท์ของสถานพยาบาลที่มารับการผ่าตัดและสถานพยาบาลใกล้บ้านที่ญาติจะสามารถติดต่อได้ถ้ามีอาการผิดปกติหลังผ่าตัด

4. เบอร์โทรศัพท์ของคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมๆ เพื่อติดต่อสอบถามเมื่อมีข้อสงสัยในการเตรียมตัวก่อนการระงับความรู้สึก





ภาคผนวก 1 การประเมินความเสี่ยงตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) physical status (PS) classification

ASA	คำจำกัดความ	ตัวอย่างในผู้ป่วยผู้ใหญ่	ตัวอย่างในผู้ป่วยเด็ก	ตัวอย่างในผู้ป่วยสูติกรรม
ASA class 1	ผู้ป่วยที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Healthy, non-smoking, no or minimal alcohol use</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Healthy (no acute or chronic disease), normal BMI percentile for age</li> </ul>	
ASA class 2	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอยู่ในระดับรุนแรงน้อยและควบคุมได้ดี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mild diseases only without substantive functional limitations</li> <li>- Current smoker</li> <li>- Social alcohol drinker</li> <li>- Obesity (30&lt;BMI&lt;40)</li> <li>- Well-controlled DM/HTN</li> <li>- Mild lung disease</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asymptomatic congenital cardiac disease</li> <li>- Well controlled dysrhythmias</li> <li>- Asthma without exacerbation</li> <li>- Well controlled epilepsy</li> <li>- Non-insulin dependent DM</li> <li>- Abnormal BMI percentile for age</li> <li>- Mild/moderate OSA</li> <li>- Oncologic state in remission</li> <li>- Autism with mild limitations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal pregnancy</li> <li>- Well controlled gestational HTN</li> <li>- Diet-controlled gestational DM</li> <li>- Controlled preeclampsia without severe features</li> </ul>
ASA class 3	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ควบคุมได้ไม่ดี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Substantive functional limitations</li> <li>- Poorly controlled DM, HTN, COPD</li> <li>- Morbid obesity (BMI ≥40)</li> <li>- Active hepatitis</li> <li>- Alcohol dependence or abuse</li> <li>- Implanted pacemaker</li> <li>- Moderate reduction of ejection fraction</li> <li>- ESRD undergoing regularly scheduled dialysis</li> <li>- History (&gt;3 months) of MI, CVA, TIA, or CAD/stents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uncorrected stable congenital cardiac abnormality</li> <li>- Asthma with exacerbation</li> <li>- Poorly controlled epilepsy</li> <li>- insulin dependent DM</li> <li>- Morbid obesity</li> <li>- Malnutrition</li> <li>- Severe OSA</li> <li>- Oncologic state</li> <li>- Renal failure</li> <li>- History of organ transplantation</li> <li>- Brain/spinal cord malformation</li> <li>- Symptomatic hydrocephalus</li> <li>- Premature infant PCA &lt;60 weeks</li> <li>- Autism with severe limitations</li> <li>- Metabolic disease</li> <li>- Difficult airway</li> <li>- Long term parenteral nutrition.</li> <li>- Full infants &lt;6 weeks of age.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preeclampsia with severe features</li> <li>- DM with complications or high insulin requirements</li> <li>- Thrombophilic disease requiring anticoagulation</li> </ul>

ภาคผนวก 1 การประเมินความเสี่ยงตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) physical status (PS) classification (ต่อ)

ASA	คำจำกัดความ	ตัวอย่างในผู้ป่วยผู้ใหญ่	ตัวอย่างในผู้ป่วยเด็ก	ตัวอย่างในผู้ป่วยสูติกรรม
ASA class 4	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่มีความรุนแรง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recent (&lt;3 months) MI, CVA, TIA or CAD/stents</li> <li>- Ongoing cardiac ischemia or severe valve dysfunction</li> <li>- Severe reduction of ejection fraction</li> <li>- Shock, sepsis, DIC, ARD</li> <li>- ESRD not undergoing regularly scheduled dialysis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptomatic congenital cardiac abnormality</li> <li>- Congestive heart failure</li> <li>- Active sequelae of prematurity</li> <li>- Acute hypoxic-ischemic encephalopathy</li> <li>- Shock, sepsis, DIC</li> <li>- Automatic implantable cardioverter-defibrillator</li> <li>- Ventilator dependence</li> <li>- Endocrinopathy</li> <li>- Severe trauma</li> <li>- Severe respiratory distress</li> <li>- Advanced oncologic state</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preeclampsia with severe features complicated by HELLP or other adverse events</li> <li>- Peripartum cardiomyopathy with EF &lt;40</li> <li>- Uncorrected/ decompensated acquired or congenital heart disease,</li> </ul>
ASA class 5	ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากและมีโอกาสเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruptured abdominal/ thoracic aneurysm</li> <li>- Massive trauma</li> <li>- Intracranial bleed with mass effect</li> <li>- Ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or multiple organ/system dysfunction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Massive trauma, intracranial hemorrhage with mass effect</li> <li>- Patient requiring ECMO</li> <li>- Respiratory failure or arrest</li> <li>- Malignant hypertension</li> <li>- Decompensated congestive heart failure</li> <li>- Hepatic encephalopathy</li> <li>- Ischemic bowel or multiple organ/system dysfunction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uterine rupture</li> </ul>
ASA class 6	ผู้ป่วยภาวะสมองตายหรือการบริจาควัย		-	-

\* การเพิ่ม "E" หมายถึงการผ่าตัดฉุกเฉิน

## เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก (Guidance for patient information about anesthesia) ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562
2. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. คำแนะนำทางเวชปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (Practice advisory for preanesthesia evaluation) ประกาศราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562
3. มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน. การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก. ใน: มานี รักษาเกียรติศักดิ์, อรุณา ชัยวัฒน์, มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน, พัชรียา นีวัฒน์ภูมิมนตรี, อาจบดีนทร์ วินิจกุล, บรรณาธิการ. การประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 หน้า 1-26.
4. Bailey CR, Ahuja M, Bartholomew K, Bew S, Forbes L, Lipp A, Montgomery J, Russon K, Potparic O, Stocker M. Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. *Anaesthesia*. 2019 Jun;74(6):778-792.
5. Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, Barnason SA, Beckman JA, Bozkurt B, 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. *Am. J. Cardiol.* 2014;64:e77-e137.
6. Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, Anker S, Botker HE, Hert SD, 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.
7. 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.
8. ASO, Anesthesiologists. ASA Physical Status Classification System. ASA House of Delegates, 2014 [updated December 13, 2020] Available from: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>.

## คณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก

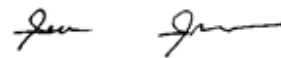
### ที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. ศ.พญ.สุวรรณี สุระเศรณีวงศ์ | ประธานราชวิทยาลัยและที่ปรึกษา          |
| 2. พญ.ประภา รัตนไชย           | โรงพยาบาลหาดใหญ่                       |
| 3. รศ.พญ.สุวิมล ต่างวิวัฒน์   | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล             |
| 4. รศ.พญ.มิ่งขวัญ วงษ์ยี่งสิน | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล             |
| 5. ผศ.พญ.ฐิติกัญญา ดวงรัตน์   | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล             |
| 6. ศ.นพ.สมบุรณ์ เทียนทอง      | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น       |
| 7. ผศ.พญ.อุ้มจิต วิทยาไพโรจน์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น       |
| 8. ผศ.พญ.พรอรุณ เจริญราช      | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย    |
| 9. รศ.พญ.วัลภา อานันทศุภกุล   | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี        |
| 10. รศ.พญ.นุชนารถ บุญจิ่งมงคล | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่     |
| 11. รศ.พญ.พนารัตน์ รัตนสุวรรณ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น       |
| 12. นพ.ปณิตวิชญ์ เบญจวลีย์มาศ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 13. ผศ.นพ.สุตสยาม มานวงศ์     | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์    |
| 14. พญ.อรกัญญา ฉิมพาลี        | โรงพยาบาลพลพยุหเสนา                    |
| 15. พญ.สุจิตรา ทองทิพย์       | โรงพยาบาลอุดรธานี                      |
| 16. นพ.พงศ์พัฒน์ สัตโยภาส     | โรงพยาบาลนครพิงค์                      |

ประกาศนี้ใช้ตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

ลงชื่อ



(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์)  
ประธานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย