



Volume 8, Supplement 1, 2004 ISSN 1329 - 1874

# Best Practice Supplement

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับนักวิชาชีพด้านสุขภาพ

## การจัดการผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดโดยไม่มีมารับไว้ในโรงพยาบาลก่อน และหลังการรักษา

(Management of the Day Surgery Patient)

### แหล่งข้อมูล

เอกสารนี้จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 3 ชั้น โดยฝ่ายการพยาบาล มหาวิทยาลัยลาโทรปและ กลุ่มผู้มีความสนใจงานบริการผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดโดยไม่มีมารับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการรักษา (the day surgery) สมาพันธ์พยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาวิคตอเรีย (Australian Nursing Federation [ANF], Victorian Branch)

### ความเป็นมา

นิยามการผ่าตัดโดยไม่มีมารับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการรักษา (day surgery) ในเอกสารนี้ หมายถึง การจัดการทำการรักษาที่ได้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในคืนก่อนและหลังการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเช่นนี้อาจรับบริการจากศูนย์บริการผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดโดยไม่มีมารับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการรักษา (the day surgery centers) หรือหน่วยบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล ตัวอย่างการรักษาลักษณะเช่นนี้ ได้แก่ การผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ การรักษาทางนรีเวช การผ่าตัดตา การผ่าตัดตกแต่ง รวมถึงการผ่าตัดอื่นๆและการตรวจต่างๆ

ตั้งแต่ราว ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา การรักษาด้วยการผ่าตัดโดยไม่มีมารับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการรักษาได้เริ่มขึ้นและแพร่หลายในประเทศที่พัฒนาแล้ว การผ่าตัดลักษณะเช่นนี้ถึง

ประมาณครึ่งหนึ่งของการผ่าตัดทั้งหมด แม้จะพบว่า การผ่าตัดเช่นนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยผ่านพ้นกระบวนการการรักษาได้รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย แต่ก็มีผลอันไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความจำกัดในการควบคุมภาวะคลื่นไส้อาเจียน และความเจ็บปวด ทั้งที่เป็นภาวะการดูแลของสมาชิกในครอบครัวและแหล่งบริการในสังคมอื่น<sup>5</sup> กลวิธีที่สถานบริการผู้ป่วยลักษณะเช่นนี้จะต้องจัดกระทำเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่าย และให้การสนับสนุนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ประกอบไปด้วย การเตรียมผ่าตัด การดูแลระยะผ่าตัด และการดูแลหลังการผ่าตัด ครอบคลุม การประเมินและเฝ้าระวัง การจำหน่าย การติดตามอาการทางโทรศัพท์ ภายหลังการจำหน่าย

### การดูแลก่อนการรับไว้ในโรงพยาบาล (pre-admission care)

การประเมินผู้ป่วยที่รับการรักษาในลักษณะเช่นนี้ อย่างละเอียดนั้น มีข้อจำกัดอย่างมาก ศูนย์บริการต่างๆ ได้มีการจัดทำระบบที่ครอบคลุมการประเมินก่อนการผ่าตัดไว้ล่วงหน้าก่อนการผ่าตัด 1 สัปดาห์หรือมากกว่า ซึ่งอาจกระทำที่คลินิกก่อนการรับไว้ในโรงพยาบาล ในวันที่นัดหมายการผ่าตัด และ/หรือกระทำโดยใช้โทรศัพท์ การเตรียมและการประเมินในระยะก่อนการผ่าตัดที่เหมาะสมจะช่วยให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จในเชิงผลลัพธ์<sup>6</sup> นอกจากนี้การประเมินยังช่วยคัดแยกผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมกับการผ่าตัด ช่วยลดการบอกเลิกการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น

การประเมินในระยะก่อนการผ่าตัดมักกระทำร่วมไปกับการสอนก่อนผ่าตัด ซึ่งการสอนสามารถกระทำได้หลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาตัวต่อตัว การเยี่ยมชมหน่วยบริการต่างๆ การประชุมกลุ่ม หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป้าหมายการให้ความรู้นั้นก็เพื่อลดความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด ประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว และข้อมูลจำเพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน<sup>7</sup>

### ผลการศึกษา

แม้จะไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการบริการผู้ป่วยลักษณะเช่นนี้จากแหล่งต่างๆ แต่จากการศึกษาเชิงสำรวจงานหนึ่งที่ศึกษาผลการให้บริการที่คลินิกก่อนการรับไว้ในโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจเป็นอย่างมาก การมารับบริการทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ช่วยให้สภาพจิตใจดีขึ้น ทั้งยังทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจกระบวนการเข้ารับการรักษาลักษณะเช่นนี้ดีขึ้น นอกจากนี้ความเข้าใจถึงความสำคัญของการงดสารอาหารและน้ำทางปากก่อนการผ่าตัด และความพึงพอใจในการสอนหลังการผ่าตัดก็ยิ่งดีขึ้นด้วย

จากการศึกษางานหนึ่งพบว่า การคัดกรองโดยการติดต่อทางโทรศัพท์ในระยะก่อนผ่าตัดหรือการประเมินด้วยแบบสอบถามนั้นเป็นวิธีที่สามารถลดอัตราการเลื่อนนัดหรือยกเลิกการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาอีกงานหนึ่งพบว่า ประสิทธิภาพระหว่างการติดต่อทางโทรศัพท์ก่อนการผ่าตัดกับการติดต่อทางโทรศัพท์ที่รวมกับการเยี่ยมบ้านก่อนการผ่าตัดลดอัตราการบอกล้มการผ่าตัดนั้นไม่แตกต่างกัน

จนถึงปัจจุบันงานวิจัยที่สะท้อนรูปแบบที่เหมาะสมยังมีน้อย ในส่วนของข้อบ่งชี้ในระยะก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล (pre-admission criteria) และแนวปฏิบัติข้อบ่งชี้การคัดกรอง (screening criteria guidelines) ที่กำหนดโดยชมรมแพทย์วิสัญญีแห่งสหราชอาณาจักรอังกฤษและสาธารณรัฐไอร์แลนด์ (Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland) ระบุว่าในระยะก่อนการรับไว้ในโรงพยาบาลนั้นจะต้องให้ความสำคัญสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่ ความยินยอมของผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัด เช่นนี้ ความเป็นไปได้ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ความสามารถเข้าถึงได้โดยโทรศัพท์ และสถานการณ์ในบ้านของผู้ป่วย นอกจากนี้แนวปฏิบัติต่างๆ ยังได้เน้นว่าผู้ป่วยจะต้องมีความสามารถในการเข้าใจกระบวนการรักษา มีสภาพร่างกายที่ดี และมีน้ำหนักเหมาะสมด้วย

ข้อมูลเชิงประจักษ์ข้างต้นมีระดับความน่าเชื่อถือ ระดับ 2 และ 3.2<sup>2</sup>

### **การดูแลหลังการรับไว้ในโรงพยาบาล (post-admission care)**

ประโยชน์การผ่าตัดโดยไม่มี การรับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการรักษานี้มีหลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วยผ่านพ้นการรักษาเร็วขึ้น มีเวลาการผ่าตัดที่แน่นอน ลดความต้องการกำลังพยาบาลวิชาชีพในยามวิกาลและวันสุดสัปดาห์ ลดการรอผ่าตัด ประหยัดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และทำให้ระยะการรอของเด็กและคนชราสั้นลง ลดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>5</sup> สำหรับข้อเสียของบริการการผ่าตัดโดยไม่มี การรับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการรักษา ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการดมยาสลบหากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเร็วเกินไป การคลื่นไส้อาเจียน การควบคุมความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอ การพักที่บ้านไม่เพียงพอ และการเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวและแหล่งบริการทางสังคม จากการศึกษาที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว การดูแลและการบริการการผ่าตัดโดยไม่มี การรับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการรักษาในทุกรายละเอียดจึงจำเป็นต้องกระทำอย่างละเอียดและกวัดขันมากที่สุด ซึ่งต้องครอบคลุมการดูแลก่อนการผ่าตัด การดูแลระยะผ่าตัด การดูแลหลังการผ่าตัด ได้แก่ การประเมินและเฝ้าระวัง การจำหน่าย และการนัดมาตรวจตามนัด

### **ผลการศึกษา**

การศึกษาจากการทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่าง และควบคุม (randomised-controlled trial) งานหนึ่งสนับสนุนผลการใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) ในการลดความวิตกกังวลในระยะก่อนการผ่าตัด และความต้องการการกรู๊ยาสลบในระยะผ่าตัด ในด้านการจัดการเกี่ยวกับยาสลบ แนวปฏิบัติ และการศึกษาเชิงสำรวจ รวมทั้งข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญต่างสนับสนุนว่าการงดสารอาหารและน้ำก่อนการผ่าตัดเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (local anaesthetic) นั้นไม่มีความจำเป็นอีกต่อไป โดยที่ศัลยแพทย์และทีมวิสัญญีจะยังคงผ่าตัดภายใต้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในรายที่ผู้ป่วยได้รับอาหารทางปาก

นอกจากนั้นยังพบว่าอุณหภูมิกายที่วัดที่เยื่อแก้วหู (tympanic temperature) นั้นไม่มีประโยชน์ในการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยอีกต่อไป แต่ควรใช้ระบบการให้คะแนนเพื่อจำหน่ายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก (the Post-Anaesthetic Discharge Scoring System) แทนในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนนั้นก็สมควรจำหน่ายผู้ป่วยในวันถัดไป โดยต้องมีความยืดหยุ่นของเวลาการจำหน่ายเพื่อลดอัตราการกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่คาดคิด ในการศึกษาติดตามความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากที่รู้สึกว่าคุณสมบัติที่ได้รับก่อนการผ่าตัดนั้นไม่เพียงพอ และไม่สนองตอบเพียงพอแก่ความต้องการของเขา ในเรื่องสิ่งคาดหวังจากการผ่าตัด การดูแลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ข้อมูลเชิงประจักษ์ข้างต้นมีระดับความน่าเชื่อถือ ระดับ 2<sup>3</sup>

### การผสมผสานเจ้าหน้าที่

แต่เดิมห้องผ่าตัดจะมีเจ้าหน้าที่ที่ส่วนใหญ่เป็นแพทย์และพยาบาล ในช่วงระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา ได้มีตำแหน่งใหม่ ๆ เช่น ผู้ช่วยในห้องผ่าตัด (operating room assistants) และเจ้าหน้าที่เทคนิคด้านวิสัญญี (anaesthetic technicians) เกิดขึ้นเพื่อสนองตอบต่อการใช้เทคนิคขั้นสูงในการผ่าตัดและทำหัตถการ (advanced in surgical and procedural techniques) ความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย ความต้องการของสังคมที่มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย

### ผลการศึกษา

จากงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพสูงพอที่จะสนับสนุนความสัมพันธ์ของคุณภาพผลลัพธ์ด้านสุขภาพกับทักษะที่หลากหลาย (skill mix) ระดับเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ของแหล่งให้บริการต่างๆ งานวิจัยในด้านนี้จึงมีความจำเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สร้างจากข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ แนวปฏิบัติที่ใช้กันอยู่แม้จะขาดความน่าเชื่อถือแต่ในปัจจุบันก็ยังเป็นหลักฐานที่ดีที่สุดเท่าที่มี

การขาดงานวิจัย/การศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของประเด็นอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในสถานบริการการผ่าตัดโดยไม่มีมารับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการรักษา ซึ่งปัจจุบันอัตรากำลังนั้นคิดตามจำนวนผู้ป่วยมากกว่าความซับซ้อนของสภาพผู้ป่วย จากประสบการณ์ที่ทำตามกันมาและความต้องการรักษาไว้ซึ่งขอบเขตงานวิชาชีพแต่ละวิชาชีพจึงทำให้การกำหนดกำลังคนเป็นในลักษณะที่ต้องการความชำนาญจากหลากหลายวิชาชีพพร้อมกันและหลายระดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมในเอกสารนี้เสนอให้มีการคำนวณและจัดอัตรากำลังในสถานบริการการผ่าตัดโดยไม่มีมารับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการรักษาให้เหมาะสม เพื่อจะสามารถสนองตอบความต้องการด้านอัตรากำลังและระบบบริการ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาผลการจัดอัตรากำลังต่อผลลัพธ์ ข้อมูลเชิงประจักษ์ข้างต้นมีระดับความน่าเชื่อถือ ระดับ 4<sup>4</sup>

## การนำไปปฏิบัติ

### ระยะก่อนการรับไว้ในโรงพยาบาล (pre-admission)

1. ติดต่อผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัดทางโทรศัพท์ เพื่อย้ำวันเวลาดำเนินการรับประทานทางปาก และคัดกรองความเจ็บป่วยที่อาจทำให้ต้องเลื่อนการผ่าตัด
2. จัดตั้งคลินิกให้บริการการดูแลก่อนการรับไว้ในโรงพยาบาล (per-admission clinics) โดยการติดต่อผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัดทางโทรศัพท์จะสามารถลดความวิตกกังวล เพิ่มความเข้าใจและความพึงพอใจของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยจะต้องผ่านการคัดกรองความเหมาะสมในความสามารถที่จะผ่านข้อบ่งชี้การประเมินได้

### การดูแลหลังการรับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงการจำหน่าย (post-admission to discharge)

1. ในบริเวณที่รอการผ่าตัดควรมีสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย ได้แก่ เพลง โทรทัศน์ นิตยสาร เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
2. ควรทดลองใช้ระบบการให้คะแนนเพื่อจำหน่ายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก (the Post-Anaesthetic Discharge Scoring System) เป็นทางเลือกประกอบข้อบ่งชี้ทางคลินิกในการจำหน่ายผู้ป่วย (clinical discharge criteria) ที่ใช้อยู่
3. ควรมีความยืดหยุ่นเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วย หากต้องการลดอัตราการกลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลหลังจากนั้น
4. ควรจัดการผ่าตัดที่คาดว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดในลำดับหลัง
5. ก่อนการผ่าตัดควรมั่นใจว่าผู้ป่วยมีการเตรียมการเดินทางกลับบ้านไว้พร้อมและจะมีผู้ให้ความช่วยเหลือคอยดูแลที่บ้าน

6. ควรให้ข้อมูลเฉพาะรายเกี่ยวกับสิ่งคาดหวังจากการผ่าตัด การดูแลขณะรับไว้ในโรงพยาบาล และการจำหน่าย
7. ข้อมูลที่ให้ขณะผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดโดยไม่มีกรรับไว้ในโรงพยาบาลก่อนและหลังการรักษาต้องเป็นข้อมูลเฉพาะที่มีรายละเอียดที่ครอบคลุมเรื่องของความเจ็บปวดและความไม่สบาย
8. แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการงดสารอาหารและน้ำก่อนการผ่าตัด น่าที่จะต้องมีการปรับปรุงให้ทันสมัยทันการค้นพบใหม่ ๆ

#### การผสมผสานเจ้าหน้าที่

1. เนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงต้องการการวิจัย/การศึกษาเพื่อการพัฒนาในประเด็นนี้อย่างรวดเร็ว
2. ภาระงาน (ซึ่งเป็นผลรวมความซับซ้อนของความต้องการการดูแล) มีความสำคัญในการกำหนดอัตรากำลังวิชาชีพต่าง ๆ ระดับต่าง ๆ ที่มีความเหมาะสม