

## แนวปฏิบัติทางคลินิก

เรื่อง แนวทางการส่งขอปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัด (medical consultation)  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ้างอิง มินิโอบายและแนวปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร	รหัสเอกสาร : นย 004/2567	หน้า .....-.....
<p>ครั้งที่ 1</p> <p>ผู้เขียน / เรียบเรียง</p> <p>1. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาล (มกราคม/ 2567)</p> <p>ผู้เสนอ ..... (รศ.พญ. นุชนารถ บุญจึงมงคล :ประธาน PCT Preanesthesia assessment service ภาควิชาวิสัญญีวิทยา )</p> <p>ผู้รับรอง ..... ( รศ.นพ. ธนวัฒน์ วัฒนสินธ์ : QMR )</p> <p>ผู้อนุมัติ ..... ( ผศ.นพ.นเรนทร์ โชติรสนิรมิต : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล )</p> <p>ผู้อนุมัติ ..... ( ศ.(เชี่ยวชาญพิเศษ)นพ.บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ : คณบดี )</p>	<p>ครั้งที่ 2</p> <p>ผู้เขียน / เรียบเรียง</p> <p>1.</p> <p>ผู้เสนอ ..... ( ..... )</p> <p>ผู้รับรอง ..... ( ..... : QMR )</p> <p>ผู้อนุมัติ ..... ( ..... : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล )</p> <p>ผู้อนุมัติ ..... ( ..... : คณบดี )</p>	

## 1. วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกันของศัลยแพทย์ อายุร แพทย์ และวิสัญญีแพทย์ อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางอายุรกรรม
2. เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะเกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนในระหว่างและหลังการให้ยาระงับ ความรู้สึก ให้ได้รับการประเมินปัญหาและความเสี่ยงจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
3. เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม
4. เพื่อวางแผนในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างและหลังการผ่าตัด
5. เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนในระหว่างและหลังผ่าตัด
6. เพื่อลดการเลื่อนผ่าตัดจากปัญหาสภาพผู้ป่วยไม่พร้อม

## 2. ขอบเขต

- 2.1 แนวทางนี้ช่วยวิสัญญีแพทย์ในการพิจารณาส่งผู้ป่วยจากคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Pre-anesthesia assessment clinic, PAC) เพื่อปรึกษาอายุรแพทย์ ตามข้อบ่งชี้
- 2.2 แนวทางนี้ช่วยแพทย์ผ่าตัดในการพิจารณาส่งผู้ป่วยเพื่อปรึกษาอายุรแพทย์ กรณีไม่ผ่าน PAC

### 3. แนวทางการปฏิบัติ

1. กรณีผู้ป่วยนอกที่วิสัญญีแพทย์หรือศัลยแพทย์ต้องการปรึกษาอายุรแพทย์ สามารถส่งผู้ป่วยพบ อายุรแพทย์ได้ที่
  - 1.1. ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป เบอร์ 9 (OPD 9) ซึ่งจัดให้มีแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ambulatory rotation ประจำทุกวันเพื่อรับปรึกษาประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative consultation) ทั้งจาก PAC และจากศัลยแพทย์ผ่านการส่งปรึกษาด้วยระบบเดิม โดยใช้ข้อบ่งชี้ ดังตารางด้านล่าง (หมายเหตุ: ขอให้ส่งผู้ป่วยที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลตรวจทางรังสีวิทยาพร้อมแล้วมาที่ OPD 9 ก่อน 15.00 น. ของแต่ละวัน ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีการจำกัดจำนวนผู้ป่วยที่รับปรึกษา แต่อย่างไรก็ตามจะพิจารณารับผู้ป่วยตามศักยภาพของ OPD 9 คือ 220 รายต่อวัน)
  - 1.2. วิสัญญีแพทย์ประจำห้องตรวจ PAC หรือ ศัลยแพทย์เจ้าของไข้ สามารถปรึกษาแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ambulatory rotation ที่ OPD 9 ผ่านทางโทรศัพท์ก่อนได้ในกรณีที่ เป็นความผิดปกติเพียงเล็กน้อยโดยใช้ข้อบ่งชี้เดียวกัน หรือต้องการส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อขอคิวพิเศษหรือไม่แน่ใจในแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความสะดวก ปลอดภัย และประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก
  - 1.3. กรณีผู้ป่วยติดตามการรักษาโรคประจำตัวที่ห้องตรวจอายุรกรรมเฉพาะทางของโรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่อยู่แล้ว แต่ยังไม่มีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขอให้ส่งผู้ป่วยปรึกษาที่ห้องตรวจอายุรกรรมเฉพาะทางนั้น ๆ โดยตรง หากมีหลายห้องตรวจที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยอาจพิจารณาส่ง OPD 9 พบแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 ambulatory rotation
  - 1.4. กรณีที่ต้องการส่งตรวจเพิ่มเติมและขอคิวพิเศษ หรือไม่แน่ใจในแนวทางการดูแลผู้ป่วย แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 ambulatory rotation จะปรึกษาแพทย์ประจำบ้านต่อยอดตามรายชื่อ ที่ภาควิชา (post-grad) จัดเตรียมไว้
2. กรณีผู้ป่วยคิวแทรก และไม่สามารถส่งผู้ป่วยประเมินและเตรียมความพร้อมที่ PAC ได้ก่อนวันผ่าตัด ให้ปฏิบัติดังนี้
  - 2.1. ขอให้ศัลยแพทย์คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อยเป็นผู้ป่วยคิวแทรก
  - 2.2. ขอให้ศัลยแพทย์ส่งปรึกษาหน่วยวิชาต่าง ๆ ของอายุรศาสตร์ตามโรคของผู้ป่วย ในเวลาราชการ เป็นทางเลือกแรก เพื่อไปประเมินผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย
  - 2.3. หากมีความจำเป็นต้องส่งปรึกษาอายุรแพทย์นอกเวลาราชการ ให้ปฏิบัติดังนี้
    - 2.3.1. ให้วิสัญญีแพทย์ มาร่วมประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด
    - 2.3.2. หากวิสัญญีแพทย์ (ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์) ประเมินแล้วพบว่ามีความเสี่ยงทางอายุรศาสตร์ ที่ต้องการอายุรแพทย์ร่วมดูแลก่อนการผ่าตัด ขอให้ ศัลยแพทย์เจ้าของไข้ เป็นผู้ส่งปรึกษาแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 อายุรศาสตร์ที่อยู่เวรคืนนั้นผ่านระบบ E-Consult และทางโทรศัพท์
    - 2.3.3. หากแพทย์วิสัญญี ประเมินแล้วมีความเร่งด่วนของโรคต่อมไร้ท่อ (urgency endocrine condition) เช่น ภาวะ hyperglycemia ให้ ศัลยแพทย์เจ้าของไข้ ปรึกษาแพทย์ประจำบ้านต่อยอดหน่วยวิชาต่อมไร้ท่อ (Fellow Endocrine) ได้โดยตรง (สามารถติดต่อขอทราบชื่อแพทย์และเบอร์ติดต่อได้ที่แผนกฉุกเฉิน)

ข้อบ่งชี้การส่งปรึกษาอายุรแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยมีโรคประจำตัว

โรคที่ควรปรึกษาก่อนผ่าตัด	โรคที่ไม่ต้องปรึกษาก่อนผ่าตัด
โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uncontrolled hypertension: SBP <math>\geq</math> 180 mmHg หรือ DBP <math>\geq</math> 110 mmHg ทุกกรณี</li> <li>- กรณี Elective surgery (schedule &gt;1 month) ถ้า SBP &gt; 160 mmHg พิจารณาปรึกษาเพื่อปรับยา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypertension ที่ระดับ SBP<math>\leq</math>160 mmHg ทุกกรณี</li> <li>- Hypertension ที่ระดับ BP&lt;180/110 mmHg ในกรณี time-sensitive surgery (schedule &lt; 1 month)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coronary artery disease รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด coronary artery bypass graft หรือได้รับ cardiac intervention เช่น balloon angioplasty, stent แล้ว และมี worsening symptoms (ie. chest pain, dyspnea, edema)</li> <li>- Coronary artery disease ที่รับประทาน antiplatelet 2 ตัว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coronary artery disease รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด coronary artery bypass graft หรือได้รับ cardiac intervention เช่น balloon angioplasty, stent แล้ว ที่ไม่มีอาการผิดปกติ (stable condition) การหยุดยาด้านเกล็ดเลือดให้ปฏิบัติตามแนวทางคำแนะนำการหยุดยาด้านเกล็ดเลือดก่อนการผ่าตัด (กรณีรับประทานตัวเดียว: antiplatelet monotherapy) ของโรงพยาบาล</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Known case severe valvular heart disease</li> <li>- Known case mild to moderate valvular disease ที่มี worsening symptom (ie. dyspnea, edema)</li> <li>- ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด mechanical valve</li> <li>- ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด bioprosthetic valve หรือ valve repair ที่มี worsening symptom (ie. dyspnea, edema)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asymptomatic, mild to moderate valvular heart disease</li> <li>- ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด bioprosthetic valve หรือ valve repair ที่ไม่มีอาการผิดปกติ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heart failure NYHA III-IV หรือมี worsening symptoms (ie. dyspnea, edema)</li> <li>- Heart failure ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยและรักษา น้อยกว่า 3 เดือน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heart failure NYHA I-II ที่ได้รับการรักษามา อย่างน้อย 3 เดือน ไม่มีอาการผิดปกติ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Congenital heart disease/ cardiomyopathy/ pulmonary arterial hypertension</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atrial fibrillation ที่ on oral anticoagulant therapy และมีความจำเป็นต้องหยุดยาก่อนผ่าตัด</li> <li>- Atrial fibrillation ที่ ventricular rate<math>\geq</math>110 bpm</li> <li>- Atrial fibrillation first diagnosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atrial fibrillation ที่ไม่ได้ on anticoagulant therapy หรือ on oral anticoagulant ที่จะเข้ารับการผ่าตัดที่ความเสี่ยงเลือดออกต่ำมาก (minimal bleeding risk) ที่ไม่มีความจำเป็นต้องหยุดยา oral anticoagulant</li> <li>- Atrial fibrillation ที่ ventricular rate&lt;110 bpm และไม่มีอาการผิดปกติ</li> </ul>

โรคที่ควรปรึกษาก่อนผ่าตัด	โรคที่ไม่ต้องปรึกษาก่อนผ่าตัด
<p>- Implantable cardiac electronic devices (pacemaker, defibrillator, cardiac resynchronization therapy)</p> <p>▪ Abnormal ECG ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Symptomatic</u> sinus bradycardia</li> <li>- <u>Symptomatic</u> AV block</li> <li>- Second-degree AV block Mobitz II</li> <li>- High grade or complete AV block</li> <li>- Left bundle branch block (LBBB)</li> <li>- QT interval prolongation (QTc &gt;460 msec)</li> <li>- Abnormal Q wave in contiguous leads <math>\geq 3</math> leads</li> </ul>	<p>▪ ECG ที่ไม่ต้องปรึกษาก่อนผ่าตัด ดังนี้ (ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ หรือ ตรวจร่างกายผิดปกติ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Asymptomatic</u> sinus bradycardia</li> <li>- <u>Asymptomatic</u> first-degree AV block</li> <li>- <u>Asymptomatic</u> second-degree AV block Mobitz I</li> <li>- Right bundle branch block (RBBB)</li> <li>- Left fascicular block.</li> <li>- Left ventricular hypertrophy.</li> <li>- ST-T abnormalities, including T wave inversion.</li> <li>- Premature atrial contraction (PAC)</li> <li>- Premature ventricular contraction (PVC)</li> </ul> <p>Abnormal Q wave &lt; 3 leads</p>
<p>- มีอาการที่สงสัยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาการเจ็บอก อาการหอบเหนื่อย อาการบวม อาการหมดสติ</p> <p>- ตรวจร่างกายได้ new cardiac murmur โดยไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจมาก่อน</p>	
<p>- Abnormal CXR พบ cardiomegaly with cardiothoracic ratio &gt; 60%</p>	<p>- Mild cardiomegaly with cardiothoracic ratio &lt; 60% ที่ไม่มีอาการ</p>
โรคทางระบบหายใจ	
<p>COPD: มีอาการกำเริบใน 1 ปีที่ผ่านมา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recent acute exacerbation within 1 yr, high symptoms (mMRC <math>\geq 2</math>, CAT <math>\geq 10</math>, inadequate Rx), low lung function (FEV1 &lt; 50%), Comorbidity (Cardiovascular)</li> <li>- COPD treated by other hospital and high-risk Surgery (upper abdomen, thoracic, head and neck surgery)</li> </ul> <p>Asthma: มีอาการกำเริบใน 1 ปีที่ผ่านมา</p> <p>Recent acute exacerbation within 1 yr,</p>	<p>ไม่ตรงตามเกณฑ์ด้านซ้ายมือ</p>

โรคที่ควรปรึกษาก่อนผ่าตัด	โรคที่ไม่ต้องปรึกษาก่อนผ่าตัด
Partially or uncontrolled (ACT < 20), symptomatic without previous Inhale Corticosteroid Rx, Comorbid (cardiovascular) TB: Active TB; drug sensitive (smear positive with Rx less than 2 wks) or DRTB Active acute pulmonary infection Interstitial Lung Disease: symptomatic (Dyspnea, pre-op SpO <sub>2</sub> ≤ 94% room air)	
<b>โรคระบบประสาท</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Undergoing high bleeding risk surgery <b>ที่มี</b>                ความจำเป็นต้องหยุดยา antithrombotic                agents ก่อนผ่าตัด</li> <li>- มีประวัติ TIA/stroke ภายใน 6 – 9 เดือน ก่อน                ผ่าตัด</li> <li>- Symptomatic TIA/stroke due to                extracranial carotid artery stenosis &gt;70%                ภายใน 6 เดือนก่อนผ่าตัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asymptomatic carotid artery stenosis/bruit</li> <li>- มีประวัติ TIA/stroke ใช้ aspirin และเข้ารับการผ่าตัด                ที่มี minimal bleeding risk ที่ไม่จำเป็นต้องหยุด                aspirin</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรคลมชัก on antiepileptic drug</li> </ul>	Resolved epilepsy (ผู้ป่วยไม่มีอาการชักติดต่อกัน 10 ปี หลังหยุดยากันชักแล้ว 5 ปี)
ผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่ได้รับยา pyridostigmine (for myasthenia gravis), corticosteroids, immunosuppressive drugs เช่น azathioprine, methotrexate, mycophenolate เป็นต้น	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรคพาร์กินสันที่ใช้ยา MAO-B inhibitor                (rasagiline) เพียงชนิดเดียว</li> <li>- NPO &gt; 48 Hr.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยารับประทาน levodopa                (levomet®, madopar®, sinemet®) และ/หรือ                COMT inhibitor (entacapone), ยาเม็ดรวม                (stalevo®), ยา dopamine agonists (piribedil,                pramipexole, ropinirole) ให้พิจารณาใช้ยา                ต่อเนื่องจนถึงเข้าวันผ่าตัด (ร่วมกับน้ำปริมาณน้อย)                และกลับมารับประทานยาทันทีหลัง off NPO</li> <li>- ยาแผ่นแปะ rotigotine ให้ใช้ต่อเนื่องระหว่าง NPO                ได้</li> </ul>

โรคที่ควรปรึกษาก่อนผ่าตัด	โรคที่ไม่ต้องปรึกษาก่อนผ่าตัด
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ยา MAO-B inhibitor (rasagiline, safinamide) ที่ใช้ร่วมกับยาอื่น ให้พิจารณาหยุดยานี้ก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์ แล้วให้กลับมารับประทานยาทันทีหลัง off NPO (aware serotonin syndrome)</li> </ul>
โรคระบบไต	
<ol style="list-style-type: none"> <li>ภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน Acute Kidney Injury               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cr เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 0.3 มก./ดล.ในเวลา 2 วัน</li> <li>- Cr เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ในเวลา 7 วัน</li> <li>- ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 mL/kg/h อย่างน้อย 6 ชั่วโมง</li> </ul> </li> <li>โรคไตเรื้อรัง chronic kidney disease (CKD)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วย CKD ระยะ 4 ขึ้นไป (eGFR &lt; 30 mL/min)</li> <li>- ผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงมากกว่าร้อยละ 25</li> <li>- ผู้ป่วยปลูกถ่ายไต</li> </ul> </li> <li>ผู้ป่วยโรคไตที่ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน</li> </ol>	ผู้ป่วย CKD ระยะ 1-3 (eGFR $\geq$ 30 mL/min) ที่มี eGFR ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 25
<p>ผู้ป่วยที่มีผลเลือดโคโรลีย์ทีในเลือดก่อนผ่าตัดผิดปกติอย่างมาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Na &lt;125 หรือ &gt;150 mmol/L</li> <li>- K &lt;3 หรือ &gt;6 mmol/L</li> <li>- Ca &lt;7 หรือ &gt;12 mg/dL (ที่ยังไม่ทราบสาเหตุ)</li> </ul>	ผู้ป่วยที่มีผลเลือดโคโรลีย์ทีในเลือดก่อนผ่าตัดผิดปกติเล็กน้อย เจ้าของไข้สามารถแก้ไขให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติได้
โรคระบบต่อมไร้ท่อ	
<p>เบาหวาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เบาหวานชนิดที่ 1</li> <li>- เบาหวานใช้ยาฉีดอินซูลิน</li> <li>- เบาหวานใช้ insulin pump</li> <li>- เบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ใช้ insu</li> <li>- เบาหวานที่มี eGFR &lt; 30 mL/min/1.73m<sup>2</sup></li> </ul> <p>*ถ้า control ได้ดี ให้ปรึกษา เมื่อ admit ถ้า control ไม่ได้ ให้ปรึกษา OPD 9</p>	<p>-เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลได้ (FBS &lt; 180 mg/dL หรือ A1C &lt; 8.5%) และ กินยาเบาหวาน/ ฉีด GLP1RA# และ ผ่าตัด low/ intermediate risk surgery และ หลังผ่าตัด NPO &lt; 24 ชม</p> <p>*สามารถเตรียมการผ่าตัด โดยใช้ protocol DM for surgery โดยแพทย์ผ่าตัด</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- HbA1c ล่าสุด &gt; 8.5% หรือ FBS &gt; 180 mg/dL อย่างน้อย 2 ครั้ง</li> </ul> <p>*ปรึกษา OPD 9</p>	

โรคที่ควรปรึกษาก่อนผ่าตัด	โรคที่ไม่ต้องปรึกษาก่อนผ่าตัด
<p>เมื่อผลแลปวัน admit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasting blood glucose &gt; 180 mg/dL 1 ครั้ง</li> <li>- Fasting blood glucose &lt; 70 mg/dL</li> <li>- Random blood glucose &gt; 250 mg/dL</li> <li>- การผ่าตัด major surgery หรือคาดการณ์การผ่าตัดมากกว่า 6 ชั่วโมง</li> <li>- การผ่าตัดที่เกี่ยวกับทางเดินอาหาร หรือคาดว่า จะ NPO หลังผ่าตัด มากกว่า 24 ชม</li> </ul> <p>*Notify in admission อย่างน้อย 24 ชม ก่อนการผ่าตัดหรือทันทีที่ผู้ป่วย admit (ไม่ต้อง consult at OPD 9)</p>	
<p>ไทรอยด์เป็นพิษ หรือ ไทรอยด์พร่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Overt thyrotoxicosis (TSH ต่ำ, FT3 และ FT4 สูง)</li> <li>- Overt hypothyroidism (TSH สูง, FT3 และ FT4 ต่ำ)</li> <li>- TFT ผิดปกติ 2 ค่าขึ้นไป</li> </ul> <p>ปรึกษาก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 เดือน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TFT มี FT4 และ FT3 ปกติ</li> </ul> <p>และ ผู้ป่วย thyrotoxicosis ที่รับประทานยาอยู่โดยคาดว่า NPO ไม่เกิน 72 ชม หรือ ผู้ป่วย hypothyroidism ที่รับประทานยาอยู่โดยคาดว่า NPO ไม่เกิน 7 วัน</p> <p>ให้รับประทานยาเดิมจนถึงวันผ่าตัด และกลับมารับประทานยาเมื่อ off NPO</p> <p>Note: TSH ผิดปกติตัวเดียว ให้ตรวจซ้ำก่อน d/c หากยังผิดปกติดอยู่ ให้นำไปปรึกษา OPD 9/ OPD21 Endocrine</p>
<p>โรคต่อมใต้สมอง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผ่าตัด acromegaly</li> <li>- ผ่าตัด pituitary Cushing's disease</li> <li>- ผ่าตัด non-functioning pituitary adenoma</li> <li>- ผ่าตัด intracranial tumor อื่นๆ ที่กดเบียด pituitary</li> </ul> <p>ปรึกษาก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 เดือน</p>	
<p>โรคต่อมพาราไทรอยด์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preoperative parathyroid adenoma</li> </ul> <p>ปรึกษาก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 เดือน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ca ปกติ : ให้รับประทานยาเดิมจนถึงวันผ่าตัด และกลับมารับประทานยาเมื่อ off NPO</li> </ul>
<p>โรคต่อมหมวกไต</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pheochromocytoma</li> <li>- Adrenal incidentaloma, adenoma ที่ไม่เคยตรวจฮอร์โมน</li> <li>- สงสัย Cushing's syndrome (Cushingoid appearance)</li> </ul>	

โรคที่ควรปรึกษาก่อนผ่าตัด	โรคที่ไม่ต้องปรึกษาก่อนผ่าตัด
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adrenal Cushing's syndrome</li> <li>- Primary hyperaldosteronism</li> <li>- ผ่าตัด adrenalectomy ที่ไม่เคยพบ endocrinologist มาก่อน</li> <li>- ผ่าตัด bilateral adrenalectomy</li> <li>- ใช้สารหรือยาที่สงสัยว่ามีส่วนประกอบของ สเตียรอยด์</li> </ul> <p>ปรึกษาก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 เดือน</p> <p>*กรณีเป็นผู้ป่วยอายุรกรรมของสวนดอก ขอความกรุณาพิจารณา notify เจ้าของไข้เดิม</p> <p>*หากเป็นผู้ป่วยที่รับยา steroids จากแผนกอื่น หรือโรงพยาบาลอื่น notify Endocrine</p>	
<b>โรคติดเชื้อ</b>	
<p>ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง</p> <p>1. Emergency Surgery</p> <p>แนวทางการปฏิบัติ: ให้หยุดยาต้านไวรัสเพื่อเตรียมผ่าตัดได้ทันที และส่ง consult ในเวลาตามปกติ</p> <p>หากผู้ป่วยรับประทานยาได้ ให้รับประทานยาสูตรเดิมที่รับประทานเป็นประจำอยู่แล้ว</p> <p>2. Elective surgery</p> <p>แนวทางการปฏิบัติ: เมื่อคาดว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นจะต้องหยุดยาต้านไวรัสก่อนและ/หรือหลังผ่าตัดนานเกินกว่า 72 ชั่วโมง ให้ปรึกษาแพทย์โรคติดเชื้ออย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด (ส่ง consult ล่วงหน้าเป็น OPD case)</p> <p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หากผู้ป่วยมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติและไม่แน่ใจว่าต้องปรับยาหรือไม่ ให้ส่งใบ consult ในเวลาตามปกติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หากไม่ได้มีความจำเป็นต้องหยุดยาเกิน 72 ชั่วโมงระหว่างการนอนโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยรับประทานยาสูตรเดิม และพบอายุรแพทย์โรคติดเชื้อตามนัดปกติ ย้ำให้ผู้ป่วยแจ้งกับแพทย์ว่ามีการนอน รพ. และขาดยาเพียงระยะเวลาสั้นๆ</li> <li>- ไม่มีความจำเป็นต้องส่งตรวจ CD4 หรือ HIV viral load ก่อนการผ่าตัด เว้นแต่มีข้อบ่งชี้อื่นๆตามความเห็นของอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ</li> </ul>
<b>โรกระบบโลหิต</b>	



โรคที่ควรปรึกษาก่อนผ่าตัด	โรคที่ไม่ต้องปรึกษาก่อนผ่าตัด
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีประวัติเลือดออกง่ายหยุดยาก หรือมีประวัติครอบครัวที่มีโรคเลือดออกหยุดยาก</li> <li>- รับประทานกลุ่ม anti- coagulant ได้แก่ warfarin หรือ Direct oral anticoagulant (DOAC)</li> <li>- Abnormal coagulation test (PT หรือ aPTT) ตรวจพบความผิดปกติทางระบบโลหิตวิทยา ก่อนผ่าตัด ได้แก่ hemoglobin &lt; 8 mg% หรือ platelet count &lt; 75,000 /<math>\mu</math>L หรือ absolute neutrophil count &lt;1,000 /<math>\mu</math>L ที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด</li> </ul>	
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับยา immunosuppressive	
ให้ปรึกษาก่อนทุกราย	

แบบบันทึกประวัติการสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและการปรับปรุงแก้ไข  
เรื่อง “เรื่อง แนวทางการส่งขอปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนผ่าตัด (medical consultation)”  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มาตรฐานฉบับนี้			เหตุผลในการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงมาตรฐาน						เปลี่ยนแปลง การปฏิบัติ	
มาตรฐาน ใหม่	ปรับรูปแบบ Re-formatted	ปรับปรุง ใหม่ Revised	แก้ไข / เพิ่มเติม ข้อความที่ จำเป็น	แก้ไขให้ สอดคล้อง กับ มาตรฐาน	ปรับเปลี่ยน กฎระเบียบ	มีความเสี่ยง	เป็นความรู้ / วิทยาการใหม่	เพิ่ม ประสิทธิภาพ	Yes	No
/										
การปรับปรุงแก้ไข : นโยบายและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉบับนี้ จะปรับเปลี่ยน / ปรับปรุงแก้ไขทุก 2 ปี หรือเมื่อมีความจำเป็น										
วัน/เดือน/ปี ที่สร้างครั้งแรก : วันที่ มกราคม 2567										
วัน/เดือน/ปี ที่เผยแพร่ : วันที่ มกราคม 2567										
วัน/เดือน/ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข 1 :										
File Name : Policy_CMU_การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด										