

## อัตราและการวิเคราะห์สาเหตุของการงดผ่าตัดที่มาจากยาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

วุฒิรัตน์ ธรรมวุฒิ<sup>1</sup>, มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup>ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาอัตราและสาเหตุของการงดผ่าตัดที่มาจากยาในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบนัดไว้ล่วงหน้า รวมทั้งวิเคราะห์รายละเอียดของกลุ่มยาที่เป็นสาเหตุของการงดผ่าตัด **วิธีวิจัย:** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2563 ข้อมูลและสาเหตุของการงดผ่าตัดจากยานามาจากระบบนัดหมายและจัดตารางการผ่าตัดของโรงพยาบาล การศึกษาวิเคราะห์เหตุผลและรายละเอียดของการงดผ่าตัดที่มีสาเหตุจากยา สาเหตุการงดผ่าตัดทั้งหมดถูกจัดเป็นปัจจัยจากผู้ป่วยและ/หรือปัจจัยจากระบบโรงพยาบาล **ผลการวิจัย:** จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษานี้เท่ากับ 321 ราย อัตราการงดผ่าตัดที่มาจากยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบนัดไว้ล่วงหน้า เท่ากับร้อยละ 2.7 เป็นอัตราการงดผ่าตัดจากยาด้านเกล็ดเลือดร้อยละ 83 จากยาด้านการแข็งตัวของเลือดร้อยละ 4.0 และจากผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือวิตามินร้อยละ 10.9 สาเหตุของการงดผ่าตัดเกิดจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วยอย่างเดีย্বর้อยละ 29.9 (ผู้ป่วยไม่ได้งดยาก่อนผ่าตัดโดยที่มีหลักฐานการบันทึกคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในเวชระเบียนผู้ป่วยแล้ว) จากระบบโรงพยาบาลอย่างเดีย্বর้อยละ 64.5 (ไม่มีบันทึกข้อมูลการให้คำแนะนำเรื่องการหยุดยาหรือจัดการยาก่อนผ่าตัดในเวชระเบียน) ในขณะที่ร้อยละ 5.6 เกิดจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วยร่วมกับปัจจัยของระบบโรงพยาบาล **สรุป:** การงดผ่าตัดที่มีสาเหตุจากยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบนัดไว้ล่วงหน้าเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ กลยุทธ์ที่ช่วยลดการงดผ่าตัด ได้แก่ การประสานรายการยา การคัดกรองยาที่มีผลทำให้เลือดออกมากระหว่างการผ่าตัด และการสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบที่ต้องหยุดยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร และวิตามินใดก่อนผ่าตัดภายในระยะเวลาที่กำหนดอย่างชัดเจน

**คำสำคัญ:** การงดผ่าตัด สาเหตุของการงดผ่าตัด การงดผ่าตัดที่มีสาเหตุมาจากยา

รับต้นฉบับ: 1 มี.ค. 2566, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 26 เม.ย. 2566, รั้งลงตีพิมพ์: 30 เม.ย. 2566

ผู้ประสานงานบทความ: มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ถนนพหลโยธิน เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700 E-mail: mingkwan.won@mahidol.ac.th

## Rate and Cause Analysis of Surgical Case Cancellation Related to Medications in a University Hospital

Wuttirat Thummawut<sup>1</sup>, Mingkwan Wongyingsinn<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pharmacy Department, Siriraj Hospital, Mahidol University

<sup>2</sup>Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

### Abstract

**Objectives:** To determine the rate and cause of surgical case cancellation related to medications in elective surgery, and to analyze drug groups being the causes of surgery case cancellation. **Methods:** A retrospective study was conducted from January 1, 2014 to December 31, 2020. Data and reasons for case cancellation related to medication were retrieved from the Operative Scheduling System (OSS) of the Hospital. The reasons for cancellation and detail on medication group-related cancellations were analyzed. All cancellation causes were classified as patient factors and/or factors related to system within the Hospital. **Results:** Number of patients participating in this study was 321. The rate of surgical case cancellation related to medications in elective surgery was 2.7%. The cancellation rate related to antiplatelets accounted for 83% of the cases, while that related to anticoagulants was 4%. Dietary supplements, herbs and vitamins accounted for 10.9% of the cancellation cases. The reasons for cancellations related to patients factor alone accounted for 29.9% of the cases (patients did not stop taking medicine before proceeding an operation with documented evidences in medical records that an advice was given by medical personnel). The reasons for cancellations involved factors related to system within the Hospital accounted for 64.5% (no documented evidences in medical records for recommendations on drug discontinuation and its management, while 5.6% of surgical case cancellations were caused by both patient factors and factors related to system within the Hospital. **Conclusion:** The medication associated case cancellation in elective surgery is considered preventable. Strategies to reduce surgical cancellation include medication reconciliation, screening of medications with potential high-risk of bleeding during surgery, and clear communication to patients that they must discontinue particular medications, dietary supplements, herbs and vitamins before having surgery within a certain time frame.

**Keywords:** surgery case cancellation, reasons for surgery cancellation, medication associated surgery cancellation

## บทนำ

การงดผ่าตัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในแง่การเสียเวลาและเพิ่มค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาล สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ และเพิ่มความเครียดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (1) รวมทั้งส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลในแง่ของการสูญเสียเปลืองของทรัพยากร และเพิ่มต้นทุนของโรงพยาบาล อัตราการงดผ่าตัดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่แสดงถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการห้องผ่าตัด การงดผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัดตามระยะเวลาที่กำหนดตามตารางการผ่าตัด (2) สาเหตุของการงดผ่าตัดมีได้หลายสาเหตุทั้งจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วยและจากระบบการจัดการภายในองค์กร (3, 4)

ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้ศึกษาเพื่อหาอุบัติการณ์การงดผ่าตัดและรายงานอัตราที่แตกต่างกัน ได้แก่ ร้อยละ 11.9 ในประเทศออสเตรเลีย ร้อยละ 12.4 ในประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 5.2 ในสหราชอาณาจักร ร้อยละ 9.8 ในประเทศสิงคโปร์ และร้อยละ 4.1-18.7 ในประเทศไทย (1, 2, 5, 6) ข้อมูลของโรงพยาบาลศิริราชรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2561 พบอัตราการงดผ่าตัดในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบนัดไว้ล่วงหน้า (elective surgery) ร้อยละ 5.7 ซึ่งแบ่งเป็นสาเหตุจากความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนผ่าตัด (pre-operative drug error) ร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยใน และร้อยละ 1.8 ในผู้ป่วยนอก ตามลำดับ (7) อย่างไรก็ตามในการศึกษาเหล่านี้ไม่มีการกล่าวถึงรายละเอียดของยาที่เป็นสาเหตุของการงดผ่าตัด

จากการศึกษาของ Pinto และคณะ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีประวัติการใช้ยาต่อเนื่องเพื่อรักษาโรคประมาณร้อยละ 44 (8) และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรคจะมีรายการยาที่ใช้ประจำมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการประเมินจากศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์เพื่อจัดการเรื่องยาก่อนผ่าตัดอย่างเหมาะสม การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการเรื่องยาก่อนผ่าตัดหรือดยาบางรายการก่อนผ่าตัด หรือได้ข้อมูลดังกล่าวไม่ครบถ้วนอาจจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อตัวผู้ป่วยและส่งผลให้เกิดการงดผ่าตัดได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการกล่าวถึงข้อมูลการงดผ่าตัดที่มีสาเหตุเนื่องจากยาก่อนข้างจำกัด มีเพียงการศึกษาของ Pinto และคณะ ที่รายงานอัตราการงดผ่าตัดที่มีสาเหตุจากการจัดการการใช้ยาโรคเรื้อรังไม่เหมาะสมร้อยละ 2.4 และสาเหตุหลักของการงดผ่าตัด ได้แก่ การใช้ยาต้านเกล็ด

เลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดจนถึงวันผ่าตัด ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สาเหตุรากของการจัดการยาผิดพลาดนั้นพบว่ามักเกิดจากการที่ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำของวิสัญญีแพทย์ผิด และการขาดระบบการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสมก่อนการผ่าตัด (8)

อัตราการงดผ่าตัดและสาเหตุของการงดผ่าตัดเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศิริราช จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบว่ายังคงมีรายงานอุบัติการณ์การงดผ่าตัดด้วยสาเหตุจากยาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันยังไม่มีมีการนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุรากของปัญหา (root cause analysis) เพื่อหาแนวทางป้องกันเชิงระบบ ประกอบกับปัจจุบันเภสัชกรในโรงพยาบาลศิริราชมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยที่ศูนย์ Siriraj Integrated Preoperative And Prehabilitation Center (SiPAP) ซึ่งเป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีหน้าที่รับผิดชอบการประเมินโรคประจำตัวของผู้ป่วย ให้ความรู้และแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต สร้างเสริมสมรรถภาพร่างกาย และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย โรคประจำตัว และจิตใจ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมเข้ารับการผ่าตัดก่อนที่จะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล โดยจะให้บริการแก่ผู้ป่วยที่วางแผนผ่าตัดและต้องการการบริการทางวิสัญญี บุคลากรภายในศูนย์ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ อายุรแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ซึ่งเภสัชกรมีหน้าที่หลักในการประสานรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ประจำ (medication reconciliation) โดยการซักประวัติโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง คั่นหารายการยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรที่มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกที่อาจจำเป็นต้องงดก่อนผ่าตัด และส่งต่อข้อมูลดังกล่าวให้กับทีมแพทย์เพื่อร่วมประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราและสาเหตุของการงดผ่าตัดที่มีสาเหตุมาจากยาในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบนัดไว้ล่วงหน้า รวมทั้งวิเคราะห์รายละเอียดของกลุ่มยาที่เป็นสาเหตุของการงดผ่าตัด เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาแนวทางการประเมินและให้ข้อมูลการจัดการเรื่องยาก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไปในอนาคต

## วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยเริ่มศึกษาหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่ Si 1041/2021

### ระบบของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดแบบนัดไว้ล่วงหน้า (scheduled elective surgery) ในโรงพยาบาลศิริราชถูกบรรจุรายชื่อเข้าในระบบนัดหมายและจัดตารางการผ่าตัดอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลที่ชื่อ Operative Scheduling System หรือ OSS โดยแพทย์เจ้าของไข้สามารถบรรจุรายชื่อผู้ป่วยเข้าในระบบล่วงหน้าได้จนถึง 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด กรณีผู้ป่วยมารับการผ่าตัดฉุกเฉิน (emergency surgery) หรือการผ่าตัดเร่งด่วน (urgency surgery) ภายใน 24 ชั่วโมง แพทย์เจ้าของไข้สามารถติดต่อทีมผู้จัดการห้องผ่าตัด (operating room manager หรือ OR manager) เพื่อยืนยันและบรรจุรายชื่อผู้ป่วยในระบบ OSS รายละเอียดที่ต้องระบุเมื่อบรรจุรายชื่อผู้ป่วยเข้าในระบบนัดหมาย ได้แก่ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย เลขที่โรงพยาบาล การผ่าตัดที่วางแผนไว้ วันที่และเวลาเริ่มผ่าตัด และระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการผ่าตัด ระบบ OSS นี้ให้บริการแก่ศัลยแพทย์และแพทย์ที่ทำหัตถการทุกสาขาในโรงพยาบาลศิริราช

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดหรือทำหัตถการแบบนัดไว้ล่วงหน้าและได้รับการงดผ่าตัด ซึ่งหมายถึงการที่ผู้ป่วยไม่ได้ผ่าตัดตามวันที่กำหนดในระบบ OSS ของโรงพยาบาล เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ที่วางแผนเข้ารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการแบบนัดไว้ล่วงหน้าในโรงพยาบาลศิริราชและได้รับการงดผ่าตัดจากข้อมูลของระบบ OSS ของโรงพยาบาล การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2563 (ระยะเวลา 7 ปี) โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลย้อนหลังในเวชระเบียน ไม่มีการบันทึกข้อมูลการงดผ่าตัดในเวชระเบียน หรือมีข้อมูลซ้ำ ผู้ป่วยที่มีรายชื่อในระบบ OSS 1 ครั้ง จะมีการงดผ่าตัดได้ 1 ครั้ง เท่านั้น

เนื่องจากไม่มีการศึกษาเรื่องนี้ในอดีต การคำนวณขนาดตัวอย่างจึงใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนในประชากร

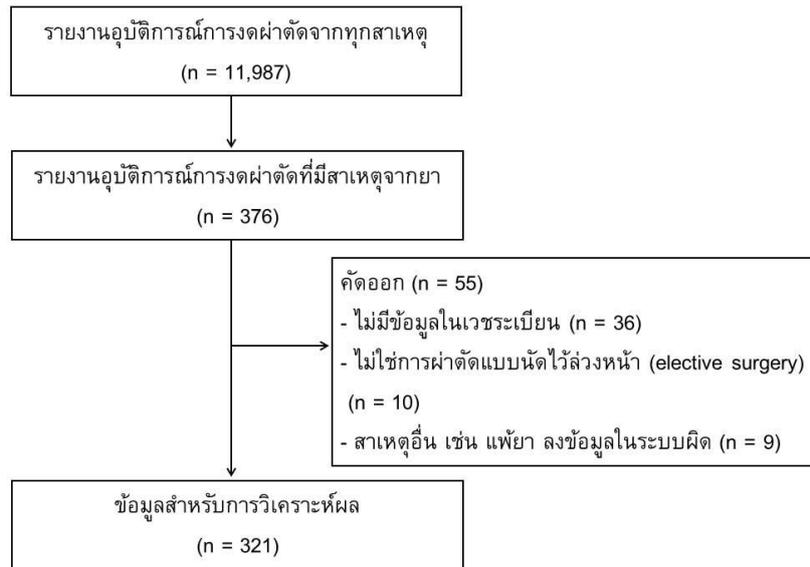
กลุ่มเดียว โดยประมาณว่าสาเหตุของการงดผ่าตัดมาจากตัวผู้ป่วยเองร้อยละ 50 การศึกษากำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval, 95% CI) และค่าความผิดพลาดในการประมาณค่าที่ร้อยละ 5 การคำนวณได้จำนวนผู้ป่วยที่งดผ่าตัดจากสาเหตุทางยา 385 ราย

### การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยมีการงดผ่าตัดและสาเหตุของการงดผ่าตัดจากระบบ OSS ของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการบันทึกในระบบและระบุว่าสาเหตุของการงดผ่าตัดเกิดจากยาจะถูกสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยไม่มีการติดต่อสัมภาษณ์หรือสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว รูปแบบการผ่าตัด (แบบผู้ป่วยนอก/แบบผู้ป่วยใน) หน่วยบริการการผ่าตัด ประวัติการส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์ที่คลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก หรือ Preanesthesia Assessment Clinic (PAC) ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ชื่อยาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือวิตามินที่เป็นสาเหตุการงดผ่าตัด และเหตุผลของความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนผ่าตัด จากนั้นคณะผู้วิจัยวิเคราะห์เหตุผลและจำแนกสาเหตุออกเป็น 1) ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยไม่ได้งดยา ก่อนผ่าตัดหรืองดยาไม่ครบระยะตามเวลาที่ได้รับคำแนะนำ โดยมีหลักฐานการบันทึกคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ได้แจ้งรายชื่อยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือสมุนไพรขณะที่ได้คำแนะนำเรื่องยาก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือสมุนไพรเพิ่มเติมหลังจากได้รับคำแนะนำเรื่องยาก่อนผ่าตัดแล้ว 2) ปัจจัยจากระบบโรงพยาบาล หมายถึง ระบบโรงพยาบาลที่ไม่ได้ดำเนินการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น อาทิ ไม่มีการบันทึกข้อมูลการทบทวนรายการยาและค้นหายาที่จำเป็นต้องงดก่อนผ่าตัดในเวชระเบียน ไม่มีบันทึกข้อมูลการให้คำแนะนำเรื่องการหยุดยาหรือจัดการยาก่อนผ่าตัดในเวชระเบียน หรือ 3) ปัจจัยทั้ง 2 อย่างร่วมกัน

การวิเคราะห์เหตุผลและจำแนกสาเหตุใช้การประเมินจากผู้วิจัย 2 คน หากความเห็นจากผู้วิจัย 2 คนไม่สอดคล้องกัน จะมีการอภิปรายเพิ่มเติมเพื่อหาข้อสรุป หากไม่สามารถหาข้อสรุปได้ จะขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 3 มาตัดสิน



**รูปที่ 1.** จำนวนผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนของการศึกษา

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Statistical Package for the Social Science ( SPSS) version 18.0 ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงเป็นความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณแสดงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย**

จากข้อมูลในระบบ OSS ของโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ธันวาคม 2563 พบรายงานการงดผ่าตัดผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 11,987 ราย และเป็น การงดผ่าตัดที่มีสาเหตุจากยาจำนวน 376 ราย ข้อมูลของผู้ป่วย ถูกคัดออกจากการศึกษาจำนวน 55 ราย และมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งสิ้น 321 ราย (รูปที่ 1) ผู้ป่วยที่ถูกนำมาวิเคราะห์ข้อมูล มีผู้ป่วย 8 ราย ถูกงดผ่าตัดเนื่องจาก ยา 2 ครั้ง ซึ่งเป็นการผ่าตัดต่างช่วงเวลาที่ไม่มีความ เกี่ยวพันกัน และผู้ป่วย 305 ราย ถูกงดผ่าตัดครั้งเดียว ซึ่ง คิดเป็นอัตราการงดผ่าตัดที่มีสาเหตุจากยาเท่ากับร้อยละ 2.7 จากผู้ป่วยงดผ่าตัดทั้งหมดในโรงพยาบาล

**ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย**

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ถูกงดผ่าตัดและมี สาเหตุจากยา รูปแบบการผ่าตัด และจำนวนครั้งของการส่ง ประิษาวิสัญญีแพทย์ที่คลินิก PAC แสดงอยู่ในตารางที่ 1 จากจำนวนผู้ป่วยที่งดผ่าตัดที่มีสาเหตุจากยาทั้งสิ้น 321

ราย สัดส่วนของเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง (173:148, ร้อยละ 54: 46) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ถูกงดผ่าตัด คือ 68 ปี

**ตารางที่ 1.** ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่งดผ่าตัดและมีสาเหตุ จากยา รูปแบบการผ่าตัด และประวัติการส่งปรึกษาคลินิก ประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (N = 321)

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ: ชาย	173	53.9
อายุ: เฉลี่ย: 68 ปี ± 12.5 ปี		
< 18 ปี	3	0.9
18 – 65 ปี	127	39.6
> 65 ปี	191	59.5
โรคประจำตัว <sup>1</sup>		
โรคความดันโลหิตสูง	237	73.8
โรคเบาหวาน	146	45.5
โรคไขมันในเลือดสูง	202	62.9
โรคหลอดเลือดหัวใจ	66	20.6
โรคหลอดเลือดสมอง	36	11.2
รูปแบบการผ่าตัด		
การผ่าตัดแบบผู้ป่วยใน	183	57.0
การผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก	138	43.0
การส่งปรึกษาคลินิก PAC <sup>2</sup>	40	12.5

1: ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค  
2: คลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

(ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.5 ปี และพิสัยอายุระหว่าง 4 ถึง 85 ปี) และเป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) ประมาณร้อยละ 60 จากจำนวนผู้ป่วยที่ถูกงดผ่าตัดทั้งหมด สัดส่วนการงดผ่าตัดใกล้เคียงกันระหว่างผู้ป่วยที่วางแผนผ่าตัดแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 57: ร้อยละ 43) ในขณะที่มีผู้ป่วยเพียง 42 ราย (ร้อยละ 13) ที่ได้รับการส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์ที่คลินิก PAC

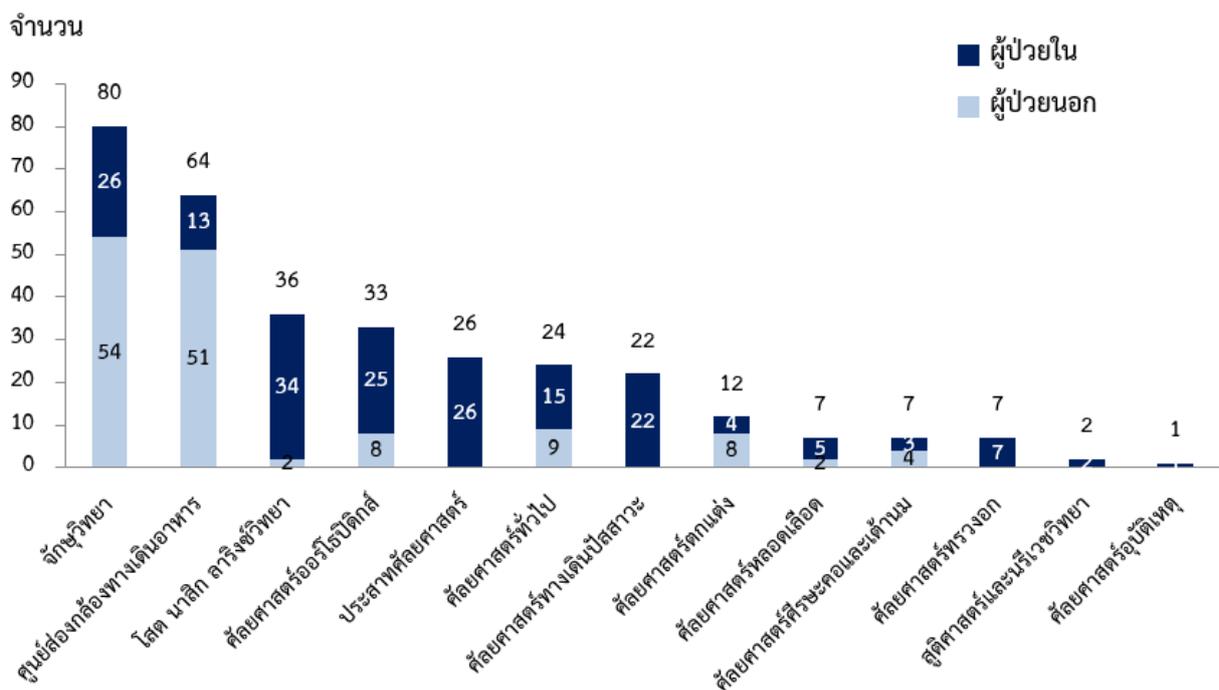
### หน่วยบริการที่งดผ่าตัด

หน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ถูกงดผ่าตัดด้วยสาเหตุจากยา 3 ลำดับสูงสุด ได้แก่ หน่วยผ่าตัดจักษุ (80 ราย) ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร (64 ราย) และโสต นาสิก ลาริงซ์ (36 ราย) หากพิจารณาตามรูปแบบการผ่าตัดพบว่า หน่วยผ่าตัดที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ถูกงดผ่าตัดแบบผู้ป่วยในมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โสต นาสิก ลาริงซ์ (34 ราย) จักษุ (26 ราย) และประสาทศัลยศาสตร์ (26 ราย) ในขณะที่หน่วยผ่าตัดที่มีจำนวนการงดผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก 3 ลำดับแรก ได้แก่ จักษุ (54 ราย) ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร (51 ราย) และศัลยศาสตร์ทั่วไป (9 ราย) (รูปที่ 2) สำหรับหน่วยผ่าตัดประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ทางเดินปัสสาวะ ศัลยศาสตร์ทรวงอก ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ และสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา พบการงดผ่าตัดเฉพาะในผู้ป่วยในเท่านั้น

### สาเหตุของการงดผ่าตัด

สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยถูกงดผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ได้งดยาที่จำเป็นต้องงดก่อนผ่าตัด ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 81.9 สาเหตุรอง ได้แก่ การไม่ได้งดผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือวิตามินที่มีผลต่อการผ่าตัด (ร้อยละ 10.9) นอกจากนี้ยังมีรายงานการงดผ่าตัดเหตุการณ์จากระดับความสะอาดของลำไส้ที่ไม่เพียงพออันเนื่องมาจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาระบายที่ใช้เตรียมลำไส้เพื่อส่องกล้องทางเดินอาหาร (ร้อยละ 6.5) การรับประทานยา ibuprofen ซึ่งเป็นยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) ต่อเนื่องนานกว่า 7 วันก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 0.3) และการขาดยารักษาวัณโรคสูตร Isoniazid (I), Rifampicin (R), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E) นานกว่า 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 0.3) (ตารางที่ 2)

จากข้อมูลผู้ป่วย 263 รายที่ไม่ได้งดยาและผู้ป่วย 35 รายที่ไม่ได้งดผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือวิตามินก่อนผ่าตัดนั้น มีสาเหตุจากยาทั้งสิ้น 274 ครั้งจากผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 22 ครั้ง จากสมุนไพร 11 ครั้ง และจากวิตามิน 5 ครั้ง รายละเอียดยาที่ผู้ป่วยไม่ได้งดก่อนผ่าตัดและเป็นสาเหตุของการงดผ่าตัดดังแสดงในตารางที่ 3 การไม่ได้งดยาด้านเกล็ดเลือดเป็นสาเหตุที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง (258 ครั้งหรือร้อยละ 83) โดยยาด้านเกล็ดเลือด



รูปที่ 2. จำนวนผู้ป่วยที่ถูกงดผ่าตัดที่มีสาเหตุจากยาในช่วงเวลา 7 ปี แบ่งตามหน่วยบริการการผ่าตัด

**ตารางที่ 2.** สาเหตุการงดผ่าตัดทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับยา (N = 321)

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้งดยาก่อนผ่าตัด	263	81.9
ไม่ได้งดผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือวิตามินที่มีผลต่อการผ่าตัด	35	10.9
เกิดอาการข้างเคียงจากยาละลายลิ่มเลือดที่รับประทาน	21	6.5
ใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAID นานกว่า 7 วันก่อนผ่าตัด	1	0.3
ขาดยารักษาโรคมากกว่า 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด	1	0.3

แอสไพรินเป็นสาเหตุการงดผ่าตัดที่พบมากที่สุด (214 ครั้ง หรือร้อยละ 68.8) มีผู้ป่วยที่ถูกงดผ่าตัดจากการไม่ได้งดยา 2 ชนิด จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 4.2) ซึ่งเป็นการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิดร่วมกันหรือ dual antiplatelet therapy (DAPT) จำนวน 9 ราย (ยา aspirin ร่วมกับ cilostazol 2 ราย และยา aspirin ร่วมกับ clopidogrel 7 ราย) และเป็นการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด จำนวน 2 ราย (ยา aspirin ร่วมกับ dabigatran 1 ราย และยา aspirin ร่วมกับ enoxaparin 1 ราย)

ในขณะที่ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร และวิตามิน 5 ลำดับแรกที่เป็นสาเหตุของการงดผ่าตัด ได้แก่ น้ำมันปลา เห็ดหลินจือ สมุนไพรจีนต้ม วิตามินอี และงิงเช่า (ตารางที่ 3) มีผู้ป่วย 7 ราย (ร้อยละ 20) ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือวิตามินมากกว่า 1 รายการ พบการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือวิตามินเฉลี่ย 1.1 รายการต่อคน แหล่งที่มาของยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และวิตามิน ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช (ร้อยละ 55.9) โรงพยาบาลอื่น (ร้อยละ 43.3) และร้านยา (ร้อยละ 0.7) ตามลำดับ

**ปัจจัยที่ทำให้ต้องงดผ่าตัด**

เมื่อนำเหตุผลของการงดผ่าตัดในผู้ป่วยทั้ง 321 รายในการศึกษานี้มาวิเคราะห์ พบว่า สาเหตุจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วยร้อยละ 29.9 เช่น ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการงดยา ก่อนผ่าตัด ทั้งที่มีการซักประวัติยาที่

จำเป็นต้องงดและได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการงดยา ก่อนผ่าตัดจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว หรือผู้ป่วยให้ข้อมูล

**ตารางที่ 3.** ชื่อยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร และวิตามินที่ผู้ป่วยไม่ได้งดก่อนผ่าตัดและเป็นสาเหตุของการงดผ่าตัด

ยา-ผลิตภัณฑ์ที่เป็นสาเหตุ	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
ยาต้านเกล็ดเลือด	258	83.0
aspirin	214	68.8
clopidogrel	31	10.0
cilostazol	10	3.2
dipyridamole	1	0.3
ticlopidine	1	0.3
ยาต้านเกล็ดเลือดที่ไม่ทราบชื่อ	1	0.3
ยาต้านการแข็งตัวของเลือด	12	3.9
warfarin	6	1.9
enoxaparin	4	1.3
dabigatran	1	0.3
rivaroxaban	1	0.3
ยาอื่น ๆ	4	1.3
silymarin	2	0.6
pentoxifylline	2	0.6
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	22	7.1
น้ำมันปลา	8	2.6
เห็ดหลินจือ	5	1.6
งิงเช่า	4	1.3
โสม	1	0.3
แอสตาแซนทีน	1	0.3
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร G-oil	1	0.3
น้ำมันงาดำ	1	0.3
น้ำมันอินคา	1	0.3
สมุนไพร	11	3.5
สมุนไพรจีนต้ม	4	1.3
ยาสมุนไพรโบราณ	4	1.3
ขมิ้นชัน	1	0.3
กระท่อม	1	0.3
น้ำมันกัญชา	1	0.3
วิตามิน	5	1.6
วิตามินอี	4	1.3
สังกะสีและวิตามินรวม (Z-Bec)	1	0.3

ยาไม่ครบถ้วน ส่วนสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยด้านระบบของโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 64.5 เช่น ไม่มีการทบทวนประวัติการใช้ยา ไม่มีการค้นหาที่มีความเสี่ยงสูงที่จำเป็นต้องงดก่อนผ่าตัด หรือไม่มีการให้คำแนะนำเรื่องการจัดการเรื่องยาก่อนผ่าตัด ในขณะที่อีกร้อยละ 5.6 เกิดจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วยและระบบโรงพยาบาลร่วมกัน รายละเอียดของเหตุผลการงดผ่าตัดแยกตามปัจจัยที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยและจากระบบโรงพยาบาลแสดงในตารางที่ 4

### การอภิปรายผล

อัตราการงดผ่าตัดที่มีสาเหตุเนื่องจากยาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดไว้ล่วงหน้าเท่ากับร้อยละ 2.7 โดย

เป็นอัตราการงดผ่าตัดจากยาต้านเกล็ดเลือดร้อยละ 83 จากยาต้านการแข็งตัวของเลือดร้อยละ 4 และจากผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือวิตามินร้อยละ 10.9 สาเหตุของการงดผ่าตัดเกิดจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วยอย่างเดียวยังร้อยละ 29.9 จากระบบโรงพยาบาลอย่างเดียวร้อยละ 64.5 ในขณะที่ร้อยละ 5.6 เกิดจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วยและปัจจัยจากระบบโรงพยาบาลร่วมกัน อัตราการงดผ่าตัดเนื่องจากยาที่พบในการศึกษานี้ (ร้อยละ 2.7) ใกล้เคียงกับร้อยละ 2.4 ที่พบจากการศึกษาในประเทศสเปนที่รายงานอัตราการงดผ่าตัดที่มีสาเหตุจากการจัดการด้านยาไม่เหมาะสม (8) ในขณะที่การศึกษาในประเทศสวีเดนรายงานอัตราการงดผ่าตัดจากความคลาดเคลื่อนทางยาถึงร้อยละ 5 จากการงด

**ตารางที่ 4.** เหตุผลของการงดผ่าตัดแยกตามปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยและปัจจัยจากระบบโรงพยาบาล

เหตุผลของการงดผ่าตัด	จำนวนครั้ง
<b>ปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วย</b>	
ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนผ่าตัด	
1. ไม่ได้งดยาก่อนผ่าตัด	64
2. กินยาระบายไม่หมด กินผิดวัน หรือเกิดอาการข้างเคียงจากการกินยาระบายทำให้กินต่อไม่ได้	21
3. ไม่ได้งดผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือวิตามินที่มีผลต่อการผ่าตัด	13
4. งดยามาแต่ระยะเวลาไม่ถูกต้อง	12
5. ผู้ป่วยหยุดยาผิดชนิด (หยุดยาอื่นแทนยาต้านเกล็ดเลือด)	2
6. ขาดยารักษาวัณโรคมากกว่า 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด	1
อื่น ๆ	
7. ผู้ป่วยแจ้งข้อมูลยาไม่ครบถ้วน	22
8. ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด/ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหลังจากที่ได้รับคำแนะนำก่อนผ่าตัด	4
9. ใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAID นานกว่า 7 วันก่อนผ่าตัด	1
<b>ปัจจัยจากระบบโรงพยาบาล</b>	
1. ไม่มีบันทึกการให้คำแนะนำเรื่องการจัดการเรื่องยา (กรณีต้องหยุดยาก่อนผ่าตัด) และข้อแนะนำอื่น ๆ ลงในเวชระเบียน	188
2. ไม่มีประวัติการทบทวนรายการยาและค้นหาที่จำเป็นต้องงดก่อนผ่าตัด	180
4. บุคลากรทางการแพทย์ซักประวัติไม่พบยาที่จำเป็นต้องงดก่อนผ่าตัด หรือซักประวัติได้ไม่ครบถ้วน	33
5. มีการส่งปรึกษาหลายแผนก ไม่มีการบันทึกเรื่องการงดยาก่อนผ่าตัด	9
6. ระหว่างนอนโรงพยาบาล มีการสั่งยาต้านเกล็ดเลือดก่อนผ่าตัด	1
7. การแจ้งรายละเอียดการหยุดยาคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะการหยุดยา warfarin และการวางแผน bridging ก่อนผ่าตัด (แจ้งว่าให้หยุด warfarin 3 วันก่อนผ่าตัด ความต้องการที่แท้จริงคือ ให้หยุด 3 วันก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและ bridging enoxaparin 48 ชั่วโมง และหยุด enoxaparin 24 ชั่วโมง ก่อนลงมีด)	1
8. แพทย์เปลี่ยนแปลงคำสั่งการงดยาต้านเกล็ดเลือด (ก่อนผ่าตัดให้งดยาต้านเกล็ดเลือด 1 ชนิด แต่เมื่อมาผ่าตัดให้งดยาต้านเกล็ดเลือดทั้ง 2 ชนิด)	1

ผ่าตัดทั้งหมด (9) นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 60 ที่ถูกงดผ่าตัดด้วยสาเหตุจากยา เป็น ผู้ป่วยสูงอายุ หรืออายุมากกว่า 65 ปี โดยหน่วยบริการการ ผ่าตัดที่พบจำนวนผู้ป่วยที่ถูกงดผ่าตัดทั้งในภาพรวมและ จำนวนผู้ป่วยที่ถูกงดผ่าตัดที่มีสาเหตุจากยาสูงเป็น 4 ลำดับแรก มีความสอดคล้องกันกับการศึกษาในปี พ.ศ 2561 (7) ซึ่งได้แก่ ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร หน่วย ผ่าตัดจักษุ ออร์โธปิดิกส์ และโสต นาสิก ลาริงค์

ยาที่พบว่ามีการจัดการไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุ หลักของการงดผ่าตัด ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้าน การแข็งตัวของเลือด ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาที่ผ่านมา (8, 10) ดังนั้นการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ควรมีการคัดกรองการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านการ แข็งตัวของเลือด หากผู้ป่วยใช้ยากลุ่มดังกล่าว ศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ต้องประเมินความเสี่ยงจากตัวผู้ป่วย การ ผ่าตัด และการระับความรู้สึกร่วมกัน และพิจารณาถึงความเหมาะสมของการใช้ยาต่อเนื่องหรือหยุดยาก่อนผ่าตัด และสื่อสารข้อมูลระหว่างสหสาขาวิชาชีพโดยการบันทึกใน เวชระเบียนให้ชัดเจนผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำสำหรับยา ทุกรายการที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ รวมทั้งระบุชนิดยาและ วันที่ต้องเริ่มหยุดยาให้ชัดเจนในกรณีที่ต้องหยุดยาก่อน ผ่าตัด

ผลการศึกษารายงานรายการสมุนไพรและ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหลายชนิดที่เป็นสาเหตุของการงด ผ่าตัด เนื่องจากปัจจุบัน คนไทยมีความสนใจในการบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพทางเลือกและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพิ่มขึ้น การศึกษาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างร้อยละ 33.1 มีการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบำรุงร่างกาย (ร้อยละ 44.1) ผู้ป่วย ร้อยละ 79.7 รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารร่วมกับยา แผนปัจจุบัน และร้อยละ 93.7 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีการแจ้ง เรื่องนี้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษา ผลิตภัณฑ์ เสริมอาหารที่กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคมากที่สุด คือถึงเช่า สกัด (ร้อยละ 21) คอลลาเจน (ร้อยละ 14) น้ำมันปลา (ร้อย ละ 9.1) แป๊ะก๊วย (ร้อยละ 7.7) เห็ดหลินจือ (ร้อยละ 7) (11) โดยสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารข้างต้นเพิ่ม ความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกหากผู้ป่วยต้องเข้ารับการ ผ่าตัดได้

การศึกษาสาเหตุของการงดผ่าตัดส่วนใหญ่มัก วิเคราะห์ในภาพรวมของแต่ละโรงพยาบาล การศึกษาของ

de Lorenzo-Pinto และคณะได้วิเคราะห์สาเหตุของการงด ผ่าตัดที่เกิดจากการจัดการยาเรื้อรังไม่เหมาะสม และพบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจคำแนะนำของวิสัญญีแพทย์ผิดและขาด การประเมินก่อนผ่าตัด เหตุผลดังกล่าวทำให้เกิดการจัดการ ยาที่ผิดพลาด (8) การศึกษาของ Caesar และคณะแสดงให้เห็นว่า การงดผ่าตัดที่มีสาเหตุจากการไม่ได้หยุดยาก่อน ผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ในขณะที่อีกร้อย ละ 20 เป็นผลโดยตรงจากการประเมินก่อนการผ่าตัดที่ บกพร่องและระบบการจัดการขององค์กรที่ไม่ดี (9) อย่างไร ก็ดีเมื่อวิเคราะห์เหตุผลของการงดผ่าตัดในผู้ป่วยทั้ง 321 รายในการศึกษานี้ กลับพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก ปัจจัยจากระบบโรงพยาบาล (ร้อยละ 64.5) เช่น ไม่มีการ ทบทวนประวัติการใช้ยา ไม่มีการค้นหายาที่มีความเสี่ยงสูง ที่จำเป็นต้องงดก่อนผ่าตัด ไม่มีการให้คำแนะนำเรื่องการ จัดการเรื้อรังก่อนผ่าตัด ในขณะที่มีสาเหตุจากปัจจัยตัว ผู้ป่วยเองร้อยละ 29.9 เช่น ผู้ป่วยให้ข้อมูลยาไม่ครบถ้วน หรือไม่มียาตามคำแนะนำก่อนผ่าตัดทั้งที่ได้รับคำแนะนำ แล้ว ข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หลังจากอธิบาย ข้อมูลทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยแล้ว ข้อมูลร้อยละ 40-80 จะ ถูกลืมในทันที และข้อมูลที่ผู้ป่วยจำได้นั้นมีความถูกต้องไม่ ถึงครึ่ง (12-14) และเมื่อให้ข้อมูลทางการแพทย์มากขึ้นจะ ทำให้ผู้ป่วยจำข้อมูลได้ถูกต้องลดลง (15) แต่ละองค์กรจึง ควรมีการยุทธวิธีที่ใช้สื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจำข้อมูล เกี่ยวกับยาได้ถูกต้องและยาวนานมากขึ้น (14) เช่น การให้ คำแนะนำด้วยวาจาควบคู่ไปกับการเขียนที่เป็นลายลักษณ์ อักษร (เช่น อาจเขียนระบุบนหน้าซองยาที่ต้องหยุดก่อน ผ่าตัด) รวมทั้งระยะเวลาที่ต้องหยุดก่อนผ่าตัดหรือระบุวันที่ ที่ต้องงดยา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ถูกต้องและสามารถ ทบทวนคำแนะนำนั้นได้

นอกจากนี้กลยุทธ์ที่การศึกษานี้ขอเสนอเพื่อ ช่วยป้องกันการงดผ่าตัดที่มีสาเหตุจากยา ได้แก่ 1) การ ประสานรายการยา (medication reconciliation) ในวันที่ แพทย์ศัลยกรรมนัดวันเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัด ควรมีการซัก ประวัติเรื่องยา โดยเฉพาะการคัดกรองยาที่มีผลทำให้ เลือดออกมากระหว่างการผ่าตัด 2) การส่งผู้ป่วยมาที่คลินิก PAC เพื่อประเมินสุขภาพ ความเสี่ยง และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดโดย บุคลากรทางวิสัญญี ซึ่งพบว่าการมีคลินิกประเมินและ เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดช่วยลดอัตราการงดผ่าตัดได้ (16-18) 3) วิธีการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์กับ

ผู้ป่วยหากต้องมีการหยุดยา ก่อนผ่าตัด ควรทำโดยให้แพทย์เขียนชื่อยาที่ต้องการให้หยุดก่อนผ่าตัด และระบุวันเวลาของการหยุดยาให้ชัดเจนลงในเวชระเบียน เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์อื่นสามารถทราบข้อมูลและให้คำแนะนำได้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยในการให้คำแนะนำกับผู้ป่วยควรให้คำแนะนำด้วยวาจา ร่วมกับการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร (อาจะระบุบนหน้าของยาที่ต้องหยุดก่อนผ่าตัด) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ถูกต้อง 4) การให้คำแนะนำเรื่องยา และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยทุกรายที่มีแผนผ่าตัดควรเป็นแนวทางเดียวกัน อาทิ การแนะนำให้หยุดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรทุกชนิดอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด 5) การสร้างระบบการแจ้งเตือน เช่น การโทรศัพท์ การส่งข้อความในการแจ้งรายละเอียดข้อควรปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด (19) เช่น การแจ้งเตือนให้หยุดยาก่อนผ่าตัดก่อนวันที่ผู้ป่วยต้องหยุดยาจริง 1 วัน 6) การขยายบทบาทของเภสัชกรร่วมดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (8) เช่น การประสานรายการยาที่คลินิก PAC ซึ่งสามารถช่วยป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยเฉพาะในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดได้ (20) และหากสามารถเชื่อมโยงข้อมูลยาจากการประเมินที่หน่วยประเมินก่อนผ่าตัด สูการสั่งยา (pre admission medication order) ของวิสัญญีแพทย์ จะช่วยลดการเกิดความแตกต่างของรายการยาแบบไม่ตั้งใจ (unintentional discrepancy) เป็นการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้ (21) นอกจากนี้เภสัชกรอาจเพิ่มบริการในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีคำถามเรื่อง การจัดการยาก่อนการผ่าตัดทางโทรศัพท์ โดยให้ข้อมูลตามคำแนะนำของแพทย์ที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน (8)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยอาจไม่ครบถ้วน เช่น มีการระบุสาเหตุที่ทำให้ต้องเลื่อนผ่าตัดแต่ไม่มีข้อมูลรายการยาที่เกี่ยวข้องหรือเป็นสาเหตุของการงดผ่าตัด ดังจะเห็นว่ามีข้อมูลสูญหาย (missing data) ร้อยละ 14.6 ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อน หรือผู้ป่วยมีสาเหตุการงดผ่าตัดมากกว่า 1 สาเหตุ แต่มีการบันทึกรายละเอียดไว้ไม่ครบถ้วน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการบันทึกในระบบและระบุว่าสาเหตุของการงดผ่าตัดเกิดจากยาจะถูกสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยไม่มีการสัมภาษณ์หรือสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง ข้อมูลที่ได้จึงอาจมี recall bias หรือ misclassification bias

ขึ้นอยู่กับผู้บันทึกข้อมูลเข้าในระบบ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้

## สรุปผล

ยาต้านเกล็ดเลือดและยาละลายลิ่มเลือดเป็นสาเหตุหลักของการงดผ่าตัดที่มีสาเหตุมาจากยา การงดผ่าตัดที่มีสาเหตุมาจากยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบนัดไว้ล่วงหน้าเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ กลยุทธ์ที่ช่วยลดการงดผ่าตัด อาทิ การประสานรายการยา การคัดกรองการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ที่มีผลทำให้เลือดออกมากระหว่างการผ่าตัด และการสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบว่าต้องหยุดยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร และวิตามินใดก่อนผ่าตัด ภายในระยะเวลาที่กำหนดอย่างชัดเจน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.จุพาลักษณ์ โกมลตรี หน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถานส่งเสริมงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และ นางสาวชลธิชา จิวรัตน์ พงศ์ นักปฏิบัติการวิจัย หน่วยวิจัยและวิชาการ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่สนับสนุนงานวิจัยชิ้นนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Tan AL, Chiew CJ, Wang S, Abdullah HR, Lam SS, Ong ME, et al. Risk factors and reasons for cancellation within 24 h of scheduled elective surgery in an academic medical centre: A cohort study. *Int J Surg* 2019; 66: 72-8.
2. Kaeotawee A, Bunmas N, Chomtong W. Incidence and causes of elective surgery cancellations in Songklanagarind hospital. *Songklanagarind Medical Journal* 2014; 32: 327-38. .
3. Sanjay P, Dodds A, Miller E, Arumugam PJ, Woodward A. Cancelled elective operations: an observational study from a district general hospital. *J Health Organ Manag.* 2007; 21: 54-8.
4. Farasatkish R, Aghdaii N, Azarfarin R, Yazdanian F. Can preoperative anesthesia consultation clinic help to reduce operating room cancellation rate of

- cardiac surgery on the day of surgery? Middle East J Anaesthesiol. 2009; 20: 93-6.
5. Cholvisudhi P, leelanukorn R, Charulaxananun S, Punyarachum K, Tugsuknirund S. Study of postpone ment or cancellation of elective anesthesia cases in King Vhulalongkorn Memorial Hospital. Thai Journal of Anesthesiology 2010; 36: 32-41.
  6. Wongkampuan R, Atthamaethakul W. Cause of post poning or cancelling sugeries of pre-appointment patients, Ratchaburi hospital. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2019; 14: 125-38.
  7. Luckanachanthachote C, Phumchaitheerachort J, Wongyingsinn M. Elective surgical case cancella tions at Siriraj Hospital, a Thai university hospital: identification and evaluation of the reasons. J Med Assoc Thai. 2018; 101: 9.
  8. de Lorenzo-Pinto A, Ortega-Navarro C, Ribed A, Giménez-Manzorro Á, Ibáñez-García S, de Miguel-Guijarro Á, et al. Cancellations of elective surgical procedures due to inadequate management of chronic medications. J Clin Pharm Ther 2019; 44: 561-4.
  9. Caesar U, Karlsson J, Olsson L-E, Samuelsson K, Hansson-Olofsson E. Incidence and root causes of cancellations for elective orthopaedic procedures: a single center experience of 17,625 consecutive cases. Patient Saf Surg 2014; 8: 24. doi.org/10.1186 /1754-9493-8-24
  10. Bass E, Gill P. Report into "on the day cancella tions" for plastic surgery in patients who failed to stop their medication. BMJ Qual Improv Rep. 2014; 3: u2 0476 2.w2037.
  11. Watsanaphitranon O. Behavior of dietary supple ment consumption of patients with non-communi cable diseases in Samut Songkhram [master thesis]. Nakhonpathom: Silpakorn University; 2020.
  12. Kessels RP. Patients' memory for medical informa- tion. J R Soc Med. 2003; 96: 219-22.
  13. Sandberg EH, Sharma R, Sandberg WS. Deficits in retention for verbally presented medical information. Anesthesiology. 2012; 117: 772-9.
  14. Vetter TR, Downing ME, Vanlandingham SC, Noles KM, Boudreaux AM. Predictors of patient medication compliance on the day of surgery and the effects of providing patients with standardized yet simplified medication instructions. Anesthesiology. 2014; 121: 29-35.
  15. McGuire LC. Remembering what the doctor said: organization and adults' memory for medical information. Exp Aging Res. 1996; 22: 403-28.
  16. Nelson O, Quinn TD, Arriaga AF, Hepner DL, Lipsitz SR, Cooper Z, et al. A model for better leveraging the point of preoperative assessment: patients and providers look beyond operative indications when making decisions. A A Case Rep. 2016; 6: 241-8.
  17. Hines S, Munday J, Kynoch K. Effectiveness of nurse-led preoperative assessment services for elective surgery: a systematic review update. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015; 13: 279-317.
  18. Wongyingsinn M, Wittayapairoj A, Thienthong S, Ratanasuwan P, Charoenraj P, Bunchungmongkol N, et al. Pre-anesthesia clinic guideline for one day surgery and minimally invasive surgery by the Royal College of Anesthesiologists of Thailand. Thai Journal of Anesthesiology 2021; 47: 388-94.
  19. Gaucher S, Boutron I, Marchand-Maillet F, Baron G, Douard R, Béthoux JP. Assessment of a standardized pre-operative telephone checklist designed to avoid late cancellation of ambulatory surgery: The AMBUPROG multicenter randomized controlled trial. PLoS One. 2016; 11: e0147194.
  20. Haddad N, Paranjpe R, Rizk E, Basit SA, McNamara C, Okoro E, et al. Value of pharmacy services in an outpatient, preoperative, anesthesia clinic. J Am Pharm Assoc 2020; 60: e264-e78.

21. Renaudin A, Leguelinel-Blache G, Choukroun C, Lefauconnier A, Boisson C, Kinowski J-M, et al. Impact of a preoperative pharmaceutical consultation in scheduled orthopedic surgery on

admission: a prospective observational study. *BMC Health Serv Res.* 2020; 20: 747. doi: 10.1186/s12913-020-05623-6.