

## การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

วรรณี องค์วิเศษไพบูลย์ \* วท.บ. (พยาบาล & ผดุงครรภ์) ศม.ม. (สิงแวดล้อมศึกษา)

**บทคัดย่อ:** ห้องพักฟื้นเป็นสถานที่ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการได้รับการระงับความรู้สึกและหลังการผ่าตัด ซึ่งในระยะแรกที่ผู้ป่วยยังเข้าห้องพักฟื้นถือว่าเป็นช่วงวิกฤต ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลประจำห้องพักฟื้นที่ได้รับการฝึกฝนให้มีความรู้ความชำนาญมาเป็นอย่างดี เพื่อที่จะสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและรายงานแพทย์ได้ทันที ทั้งนี้เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น เป็นการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ฟื้นกลับสู่สภาวะเดิมอย่างปลอดภัยมากที่สุด จนสามารถกลับหอผู้ป่วยหรือกลับบ้านได้ บทความนี้มีจุดประสงค์เพื่อเสนอแนวทางในการนำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภายหลังการได้รับการระงับความรู้สึกมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น นอกจากนี้ในบทความยังได้มีการนำเสนอทบทวนหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลประจำห้องพักฟื้น เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น ภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาที่พบบ่อยภายหลังการได้รับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด แนวทางการป้องกันแก้ไข ตลอดจนเกณฑ์ในการ判断ผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น จากห้องพักฟื้นโดยใช้ Modified Aldrete's Post Anesthetic Recovery Score

**คำสำคัญ:** ห้องพักฟื้น Modified Aldrete's Post Anesthetic Recovery Score

ภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์ในการ判断ผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น

---

\*วิสัญญาพยาบาล ภาควิชาวิสัญญาเวทียา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทนำ

ห้องพักฟื้นหลังการให้ยาจะช่วยลดความรู้สึกเป็นสถานที่ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หลังออกมานาจากห้องผ่าตัดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและอยู่ในสภาพที่ผู้ป่วยจะกลับหอผู้ป่วยหรือกลับบ้านได้โดยไม่ต้องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการระงับความรู้สึก และการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหรือปัญหาที่พบบ่อยในห้องพักฟื้น<sup>1</sup> ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาเกี่ยวกับทางเดินหายใจ ความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตสูงภาวะเลือดออกผิดปกติจากแผลผ่าตัด ปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกตัวและภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจ ซึ่งปัญหาแทรกซ้อนเหล่านี้เกี่ยวข้องกับโรคและสภาพของผู้ป่วยก่อนมารับการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด การผ่าตัดฉุกเฉินและประเภทของการผ่าตัด โดยทั่วไปห้องพักฟื้นมักจะอยู่ในบริเวณใกล้เคียง หรือติดกับห้องผ่าตัด เพื่อช่วยให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดแก่ไขปัญหาทันท่วงทีศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ เข้ามาดูแลผู้ป่วยได้สะดวกและรวดเร็ว เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น<sup>2</sup> ห้องพักฟื้นต้องสะอาดและมีแสงสว่างเพียงพอที่จะสามารถมองเห็น การเปลี่ยนแปลงสีผิวของ ผู้ป่วยได้ชัดเจน มีการหมุนเวียนอากาศดี ควบคุมอุณหภูมิห้องอยู่ในระหว่าง 21°ซ สิ่ง 24°ซ มีความชื้นสัมพัทธ์ 40% - 60% มีอุปกรณ์ครบครันในการเฝ้าระวังผู้ป่วย<sup>3,4</sup> มีการบริหารจัดการการทำงานของบุคลากรในห้องพักฟื้นอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้การดำเนินงานมีความคล่องตัวและประหยัดค่าใช้จ่าย พยาบาลประจำห้องพักฟื้นควรเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนให้มีความรู้ความชำนาญมาเป็นอย่างดีเพื่อดูแลผู้ป่วย โดยปกติควรมีอย่างน้อย 1 คนต่อผู้ป่วย 3 คน และหากเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นสามารถจัดการช่วยเหลือและ

รายงานแพทย์ได้ทันทีเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องและรวดเร็ว<sup>5</sup>

การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่ทำงานในห้องพักฟื้น ซึ่งพยาบาลกลุ่มนี้จะเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญ มีทักษะที่เพียงพอและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกและหลังผ่าตัดทันทีได้เป็นอย่างดี ดังนั้น วัตถุประสงค์ของบทความนี้ เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ฟื้นจากการระงับความรู้สึกให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาจะช่วยลดความรู้สึกระหว่างการผ่าตัด หรือจากโรคเดิมของผู้ป่วยก่อนเข้าห้องกลับหอผู้ป่วยหรือกลับบ้าน

## หลักการของการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

ห้องพักฟื้นเป็นสถานที่แรกที่ผู้ป่วยนานนอนพักรักษาหลังการผ่าตัด เพื่อให้ได้รับการประเมินอาการจากพยาบาลดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นนี้ จะต้องทราบถึงองค์ประกอบของห้องพักฟื้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและฟื้นหายจากการได้รับการระงับความรู้สึก สามารถจำหน่ายกลับหอผู้ป่วยและบ้านได้องค์ประกอบและสิ่งที่ควรรู้มีดังต่อไปนี้

## อุปกรณ์เครื่องใช้ในห้องพักฟื้น<sup>1,4,7</sup>

อุปกรณ์ที่ใช้ในห้องพักฟื้นมีหลายอย่าง ดังนั้นพยาบาลประจำห้องพักฟื้นจะต้องจัดเตรียมและตรวจสอบให้ครบพร้อมใช้งานเป็นประจำทุกวัน ได้แก่

1. อุปกรณ์เกี่ยวกับการให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย เช่น เครื่องช่วยหายใจ หรือ รถให้ยาสลบ (anesthetic

## การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

machine) ระบบ pipeline หรือ oxygen tank, mask, ventilating bag, ห่อช่วยหายใจ, pharyngeal airway และ laryngoscope เป็นต้น

2. อุปกรณ์ที่ใช้ในการฉุกเฉินหรือการช่วยชีวิต ซึ่งจัดแยกต่างหากเป็นรถเข็นที่เคลื่อนที่ได้สะดวก (emergency cart)

3. อุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะ (เครื่องดูดเสมหะ พร้อมสายดูดเสมหะ)

4. อุปกรณ์การเฝ้าเตือนสัญญาณชีพผู้ป่วย (Monitoring) เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องตรวจปริมาณออกซิเจน ในหลอดเลือดแดง (Pulse oximeter) อุปกรณ์การทำ cardiopulmonary resuscitation ที่พร้อมใช้งานได้ทุกเวลา อุปกรณ์สำหรับวัดอุณหภูมิ เช่น thermometer

5. อุปกรณ์สำหรับให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น กระบอกฉีดยา เข็ม และสายน้ำเกลือ

6. อุปกรณ์อื่นๆ เช่น ผ้าห่ม ที่แขนขวดน้ำเกลือ ชามรูปไต ถุงมือ หน้อนอน

7. ยาชนิดต่างๆ ที่จำเป็น เช่น ยาสำหรับแก้ถูกชี้ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ (neostigmine) ยาตึงหลอดเลือดดำ (vasopresser) ยาขยายหลอดลม (bronchodilator) ยาแก้ปวดและยาสำหรับ cardiopulmonary resuscitation

### เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น<sup>4,5</sup>

ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) หรือแบบชาเฉพาะส่วนของร่างกาย (Regional anesthesia)<sup>4,5,8</sup> จะได้รับการส่งตัวมาพักอยู่ที่ห้องพักฟื้นภายหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น ส่วนผู้ป่วยบางรายที่ออกจากห้องผ่าตัดแล้วลังกลับห้องผู้ป่วยหรือหน่วยบำบัดวิกฤตโดยตรง (Intensive Care

Unit) โดยไม่ต้องพักอยู่ในห้องพักฟื้น ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับยาเฉพาะที่ (local anesthesia) เพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อและในห้องพักฟื้นไม่มีห้องแยก เนพาะจัดไว้ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระหว่างการผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดใหญ่และผ่าตัดนาน ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดท้องออกและหัวใจ ผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งผู้ที่มีสภาวะต่างๆ ยังไม่คงที่ เช่น ระดับการรู้สึกตัว ความดันโลหิต และการเต้นของหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดในสถานที่ที่มีอุปกรณ์การเฝ้าเตือนสัญญาณชีพและอุปกรณ์การรักษาที่ดี และพร้อมกว่าห้องพักฟื้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นช่วงวิกฤตนี้ไปได้อย่างปลอดภัย

### มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก<sup>7,8</sup>

American Society of Anesthesiologists House of Delegates ได้กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกไว้ในเดือน ตุลาคม 2537 โดย มาตรฐานดังกล่าวเนี่ยสามารถนำไปใช้ได้กับทุกโรงพยาบาลโดยพิจารณาถึงความเหมาะสมของทีมงานผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น เป็นต้นว่า วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลประจำห้องผ่าตัด ผู้ช่วยพยาบาล มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภายหลังการได้รับการระงับความรู้สึกตามที่ American Society of Anesthesiologists House of Delegates มีดังนี้

มาตรฐานที่ 1 : ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) แบบชาเฉพาะส่วนของร่างกาย (regional anesthesia) หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับเพียง monitor anesthesia care ควรได้รับการดูแลดังนี้

## วรรณี องค์วิเศษไพบูลย์

1. เข้าห้องพักฟื้น (PACU = Post Anesthetic Care Unit) หรือ สถานที่ที่จัดไว้เทียบเท่า PACU ยกเว้นผู้ป่วยที่วิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์มีความเห็นว่าไม่จำเป็นต้องเข้าห้องพักฟื้นและให้ส่งกลับหอผู้ป่วย หรือหน่วยบำบัดวิกฤตโดยตรง

2. ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการดูแลเฝ้าอาการอย่างใกล้ชิดจากผลของการระงับความรู้สึกที่ใช้จนผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย

3. มีการกำหนดรูปแบบของอุปกรณ์และคุณสมบัติของบุคลากรที่ประจำห้องพักฟื้น

มาตรฐานที่ 2 : การย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น ผู้ให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย มีหน้าที่ส่งผู้ป่วยโดยเดินตามไปส่ง และอยู่ในตำแหน่งเดียวกันของผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังอาการและการแสดงอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง และช่วยแก้ปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 3 : เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้นควรได้รับการประเมินรับช่วงการดูแลต่อโดยพยาบาลประจำห้องพักฟื้น (PACU) โดยพิจารณาจากรายงานและการบันทึกการให้ยาและความรู้สึกของผู้ให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด อีกทั้งผู้ให้การระงับความรู้สึกควรเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยในห้องพักฟื้นจนคงที่ และส่งต่อให้พยาบาลประจำห้องพักฟื้นรับช่วงการดูแลผู้ป่วยต่อได้อย่างปลอดภัย

มาตรฐานที่ 4 : ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากห้องผ่าตัดจนถึงห้องพักฟื้น ดังนี้

1. ได้รับการเฝ้าสังเกตอาการและเฝ้าระวังในเรื่องปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด และอุณหภูมิร่างกาย

2. มีการบันทึกรายงานสัญญาณชีพ และอาการในแบบบันทึกอย่างถูกต้องเหมาะสม

3. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนในห้องพักฟื้นควรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของวิสัญญีแพทย์

4. มีนโยบายในการบริหารจัดการภาวะแทรกซ้อนและการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องพักฟื้น

มาตรฐานที่ 5 : การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นเมื่อลักษณะที่ ดังนี้

1. มีการกำหนดเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นแตกต่างกันตามความเหมาะสมของสถานที่ที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักฟื้นต่อ เช่น หอผู้ป่วย หน่วยบำบัดวิกฤตหรือแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

2. ในกรณีที่ผู้ทำหน้าที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นที่ไม่ใช่แพทย์ พยาบาลประจำห้องพักฟื้น จะสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นได้ต่อ เมื่อผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การจำหน่ายตามมาตรฐานที่กำหนดไว้และต้องบันทึกชื่อแพทย์ผู้ดูแลรับผิดชอบห้องพักฟื้นลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยประจำห้องพักฟื้น

หน้าที่หลักของพยาบาลประจำห้องพักฟื้น<sup>9</sup> มีดังนี้

1. เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์และยาใหม่ สภาพดีพร้อมใช้งาน

2. รับทราบข้อมูลผู้ป่วย และประเมินผู้ป่วยร่วมกับผู้ให้การระงับความรู้สึกที่มาส่งผู้ป่วย วางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาและข้อมูลที่ได้รับ

3. ดูแลเฝ้าระวังสัญญาณชีพ อาการแทรกซ้อนของผู้ป่วย รายงานวิสัญญีแพทย์และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์และแผนการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

4. บันทึกข้อมูลและอาการของผู้ป่วย ตลอดจนให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยจนพื้นรู้สึกตัวและปลอดภัย

## การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

จากการแพร่กระจายของ ประสานงานกับพยาบาลประจำห้องผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

5. ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่อื่น เช่น ผู้ช่วยพยาบาลผู้เข้าฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล พยาบาลประจำห้องผู้ตัดที่ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเข้ามาปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น เกี่ยวกับการดูแลพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นตลอดจนการใช้อุปกรณ์เฝ้าระวังต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

### หลักการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น<sup>1,4,11,15</sup>

ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์การรับเข้าห้องพักฟื้น จะได้รับการดูแลอย่างดีและใกล้ชิดจากพยาบาลประจำห้องพักฟื้น ซึ่งหลักการดูแลผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้

1. ให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้น 40% และมีความชื้นทางหน้ากาก

2. วัดสัญญาณชีพ (vital signs) บันทึกลงแบบบันทึกประจำตัวผู้ป่วยทุก 5 นาที นาน 30 นาที ถ้าปกติต่อไปบันทึกทุก 10 นาที จนกว่าผู้ป่วยตื่นเต็มที่ถ้าผิดปกติให้วัดที่เข้มตามความเหมาะสม

3. วัดปริมาณออกซิเจนในหลอดเลือดแดงตลอดเวลาด้วย pulse oximeter ( $\text{SpO}_2$ ) ลงบันทึกทุก 5 นาที ค่าปกติของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง ( $\text{SpO}_2$ ) ต้องมีค่ามากกว่า 92% ขณะหายใจในอากาศปกติ

4. สังเกตลักษณะการหายใจของผู้ป่วย (เช่น อัตราการหายใจ ความลึกของการหายใจ) ถ้าผู้ป่วยยังคงนอนหลับต้องเฝ้าระวังและดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนตะแคง หรือทำหัดหัว Head tilt, Chin lift

5. ประเมินผู้ป่วย และให้คะแนนตาม PACU Scoring System (Modified Aldrete's Scoring System)

บันทึกข้อมูลผู้ป่วย สัญญาณชีพ อาการและเหตุการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยลงในแบบบันทึกประจำตัวผู้ป่วย

6. ดูแลและสนับสนุนทางด้านจิตใจและการรวมตัวเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความปลอดภัย เช่น การให้ข้อมูล ให้กำลังใจโดยการสัมผัส การรักษาร่างกายให้อ่อนอุ่น การจัดท่านอน การลดความปวด เป็นต้น

7. ตรวจดูการไหลของสารน้ำต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย และออกแบบจาระการไห้มีปริมาณที่เหมาะสม

8. รายงานวิสัญญีแพทย์เมื่อมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดแพล คลื่นไส้อาเจียน เลือดออกมากและให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

9. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องตามแผนการพยาบาลทั้งนี้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เมื่อกลับบ้านหรือกลับห้องผู้ป่วย

10. ติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำห้องผู้ป่วย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นไปตามแผนการดูแลรักษาพยาบาล

11. ส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือย้ายกลับห้องผู้ป่วย เมื่อประเมินอาการผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามการให้คะแนนของ Modified Aldrete's Scoring System

ระยะของการฟื้นตัวหลังการได้รับยา劑รับ

ความรู้สึก<sup>1,2,10</sup> แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 Early recovery ( Recovery of vital reflex ) คือ ระยะตั้งแต่สิ้นสุดการให้การระงับความรู้สึกจนถึงผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวสามารถหายใจได้เองและมี protective airway reflexes ในระยะนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้น ซึ่งมีเครื่องเฝ้าสัญญาณชีพและบุคลากรที่มีความรู้และ

## วรรณี องค์วิเศษไพบูลย์

ทักษะสามารถช่วยประดับประดับของระบบไหลเวียนเลือด  
ระบบทาง เ dinathy ใจและการพยาบาลอื่นๆ ได้อย่างมี  
ประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 Intermediate recovery เป็นระยะที่  
ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยเริ่มนิ่งคิด  
สมองสามารถสั่งงานง่ายๆ ได้ กล้ามเนื้อต่างๆ ทำงาน  
ตามสมองสั่งได้อย่างราบรื่นพอกครารและขับตัวเองได้ดี  
ระยะนี้ลึกล้ำเมื่อผู้ป่วยกลับห้องผู้ป่วยหรือกลับบ้านได้

ระยะที่ 3 Full recovery เป็นระยะที่ผู้ป่วย  
สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ อาจใช้  
เวลาเป็นวันหรือสัปดาห์

เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น<sup>1,3,6,11</sup>  
(Discharge Criteria)

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นต้องแน่ใจ  
ในความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีการนำเอาระบบ  
การให้คะแนนแบบ Modified Aldrete's Post Anesthetic  
Recovery Score ที่สมาคมวิสัญญีแพทย์ระดับสากลสร้าง  
ขึ้นมาใช้ช่วยในการประเมินสภาพผู้ป่วยในห้องพักฟื้น  
ซึ่ง Modified Aldrete's Post Anesthetic Recovery Score  
ประกอบด้วยองค์ประกอบอยู่ 5 อย่าง ได้แก่ activity,  
respiration, circulation, consciousness, และ  
oxygenation ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Modified Aldrete's Post Anesthetic Recovery Score<sup>3,11,12</sup>

รายการประเมิน	พฤติกรรม/อาการ	คะแนน
1. Activity		
1.1 General anesthesia	ยกแขนขาเองได้ 4 ข้าง	2
	ยกแขนขาเองได้ 2 ข้าง	1
	ไม่สามารถขยับแขนขา	0
1.2 Regional anesthesia	ยกแขนขาเองได้ตามปกติ	2
	ขยับได้ตามแนวร Rubin	1
	ขยับไม่ได้เลย	0
2. Respiration		
	หายใจปกติ หายใจเข้าลึก และไอได้ดี	2
	หายใจหอบหรือหายใจตื้นช้า	1
	หายใจเองไม่ได้ หรือ หยุดหายใจ	0
3. Circulation		
	ความดันเลือดปกติหรือสูงต่ำไม่เกิน 20% ของเดิม	2
	ความดันเลือดสูงหรือต่ำในช่วง 20%-50% ของเดิม	1
	ความดันเลือดสูงหรือต่ำมากเกิน 50% ของเดิมก่อนผ่าตัด 0	0

## การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

**ตารางที่ 1 Modified Aldrete's Post Anesthetic Recovery Score<sup>3,11,12</sup> (ต่อ)**

รายการประเมิน	พฤติกรรม/อาการ	คะแนน
4. Consciousness		
	ตื่นรู้สึกตัวดี 2	
	ตื่นเมื่อเรียก 1	
	เรียกไม่ตอบสนอง 0	
5 Oxygenation		
	$\text{SpO}_2 > 92\%$ หากใจในอากาศปกติ 2	
	$\text{SpO}_2 > 90\%$ เมื่อหายใจด้วยออกซิเจน 1	
	$\text{SpO}_2 < 90\%$ เมื่อหายใจด้วยออกซิเจน 0	

เกณฑ์กำหนดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นไม่มีการกำหนดไว้อย่างแน่นอน โดยทั่วไปจะอยู่ที่ประมาณ 1 ชั่วโมง หรือประเมินจากสภาพของผู้ป่วยว่าอยู่ในสภาพที่เหมาะสมและปลอดภัยพร้อมที่จะเคลื่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้น โดยเกณฑ์ที่ใช้ปฏิบัติกัน มีดังนี้

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีทำตามคำสั่งได้ ลืมตาได้เอง (spontaneous eye opening)

2. ระบบหายใจต้องมีอัตราการหายใจปกติ และเพียงพอ มีปริมาณออกซิเจนในหลอดเลือดแดงเพียงพอ คือมากกว่า 92% ในอากาศปกติ มี protective airway reflexes ปกติ

3. ชีพจร ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ การเต้นหัวใจและหายใจดี

4. ไม่มีภาวะอุณหภูมิของร่างกายต่ำหรือหนาวสั่น

5. ได้รับยาบรรจับปวดที่เพียงพอ

6. อยู่ในสภาพที่ค่อนข้างสบาย เช่น ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดปัสสาวะ

7. ได้คะแนน Modified Aldrete's Post Anesthetic Recovery Score เต็ม 10 คะแนนหรือมีพฤติกรรมและอาการแสดงเท่ากับก่อนมารับการรับจำความรู้สึกหากได้คะแนนต่ำกว่า 10 คะแนนหรือมีอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความสงสัยในความปลอดภัย ควรปรึกษาร่วมกับวิสัญญีแพทย์เพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วย ก่อนจะจำหน่ายออกจากการห้องพักฟื้น ผู้ป่วยที่ได้รับ regional anesthesia ควรรอให้หมดอาการชา ก่อนกลับห้องผู้ป่วย เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการชาที่หลงเหลืออยู่

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหรือปัญหาที่พบบ่อยในห้องพักฟื้น<sup>4,5,7, 15</sup>

ภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาที่พบในห้องพักฟื้น มีหลายปัญหา แต่ที่สำคัญหรือพบบ่อย เช่น อ ฯ และพยาบาลประจำห้องพักฟื้นควรทราบและวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ทันท่วงที เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ มีดังต่อไปนี้

**1. ปัญหาระบบทางเดินหายใจ** <sup>5, 7</sup> อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินหายใจในห้องพักฟื้น โดยทั่วไปจะพบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไป<sup>5, 7</sup> (general anesthesia) ซึ่งพบอัตราการเกิด 3%-76% เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะยังมีอาการครั่งหลับครั่งตื่นในระยะแรกที่ย้ายเข้ามาพักในห้องพักฟื้น หากภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจเกิดขึ้นแล้ว ไม่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังหรือไม่ได้รับการดูแลแก้ไขทันทีจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ได้แก่ ทางเดินหายใจถูกอุดกั้น (airway obstruction) จากลิ้นตากหรือมีเสมหะในลำคอ ภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุของ การขาดออกซิเจนที่พบบ่อยที่สุดจะได้ยืนยันผู้ป่วยกรน ให้การพยาบาลโดยจัดท่าผู้ป่วยให้นอนตะแคงหรือทำ หัวต่อหัว head tilt, chin lift และดูดเสมหะในลำคอ ให้หมด ถ้าอาการแสดงดังกล่าวซึ่งไม่ได้ขึ้น ให้ช่วยผู้ป่วยโดยเปิดทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการใส่ Oropharyngeal หรือ nasopharyngeal airway ส่วนในผู้ป่วยที่มีการหดเกร็งของกล่องเสียง (laryngospasm) หรือมีการบวมของกล่องเสียง (glottic edema) ผู้ป่วยจะแสดงอาการหายใจไม่สะดวก หายใจมีเสียง stridor ให้การพยาบาลช่วยเหลือโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนราบ มีหมอนหนุนใต้หลัง หน้าแหงน เพื่อช่วยเปิดทางเดินหายใจให้โล่งร่วมกับการให้ออกซิเจนหรืออาจต้องช่วยผู้ป่วยหายใจด้วย positive pressure ventilation ในบางราย วิสัยญี่แพทาย์อาจพิจารณาให้ยาลดบวม เป็นต้นว่า dexamethasone หรือให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อจำพวก succinylcholine ในรายที่มีการหดเกร็งของกล่องเสียง (laryngospasm) ร่วมด้วยอาการผู้ป่วยจะดีขึ้น

สำหรับผู้ป่วยที่ขาดออกซิเจนในเลือด<sup>4</sup> (hypoxemia) จะมีอาการความดันโลหิตสูง ซึ่งจริงๆ เห็นได้จาก กระสับกระส่าย เช่น เนื่องจากมีออกซิเจนในเลือดต่ำลง หรืออัตราการหายใจไม่สม่ำเสมอ มี

อาการในปอดต่ำกว่าปกติ (hypoventilation) อาการแสดงเหล่านี้มักมีสาเหตุมาจากถุงลมยาระงับความรู้สึกติดค้าง เช่น ยาดมสลบ (Inhalation agent) ยา narcotic หรือยาหย่อนกล้ามเนื้อที่ทำให้กดการหายใจ หรือทำให้การทำงานของปอดลดลง ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) มีอาการในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) มีการแข็งตัวของก้อนเลือดในปอด (pulmonary embolism) มีภาวะชีด (anemia) แนวทางการให้การพยาบาล มีดังนี้ จัดให้ผู้ป่วยนอนราบมีหมอนหนุนใต้หลัง หน้าแหงน อาจตรงหรือเอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง ให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย ติดตามเฝ้าระวังระดับออกซิเจนในเลือดแดงจาก pulse oximeter สังเกตลักษณะการหายใจ (เช่น อัตราการหายใจ ความลึกของการหายใจ) หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึกๆ ในรายที่ยังฟื้นรู้สึกตัวจากยาระงับความรู้สึกไม่ดี ซึ่งส่วนมากใช้เวลา 5-10 นาที ผู้ป่วยจะฟื้นรู้สึกตัวดีขึ้นและมีลักษณะการหายใจที่ปกติ ถ้าหากให้การช่วยเหลือดังกล่าวข้างต้นแล้วอาการแสดงของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นการให้ออกซิเจนทั้งชนิด mask และ endotracheal tube ร่วมกับการช่วยหายใจเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาให้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รายงานปัญหาและปรึกษาร่วมกับวิสัญญีแพทย์เพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วยพร้อมทั้งหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจน จากนั้นให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์และตามแผนการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้แก่ผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยปลอดภัยกลับสู่สภาวะเดิมก่อน มารับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก หรือโกล์เดิง กับสภาวะเดิมของผู้ป่วยมากที่สุด

**2. ปัญหาระบบการไหลเวียนของเลือด** <sup>16, 17</sup> ภาวะที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) และการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ (arrhythmia) สามารถ

## การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะนอนพักรักษาอยู่ในห้องพักฟื้น ส่วนมากเป็นภาวะที่รีบด่วนต้องการการการเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด และต้องการการแก้ไขทันที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงอื่น ๆ ที่ตามมา<sup>16</sup> เช่น cerebral ischemia, cerebral hemorrhage, renal failure หรือ myocardial ischemia รวมถึง acute cardiac arrest โดยที่ภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) พบร้อยละ 27 % ซึ่งมีสาเหตุจากผลของยาสลบที่ยังหลงเหลืออยู่ เช่น ยาดมสลบ (inhalation agent) ถูกซึ้งของยาจากการทำ spinal หรือ epidural มีผลทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด (vasodilatation) ภาวะพร่องน้ำที่สืบเนื่องมาจากผู้ป่วยต้องดื่มน้ำและงดอาหารเป็นเวลานานร่วมกับการสูญเสียน้ำและเลือดจากเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในระหว่างการผ่าตัด ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการป้องกันและแก้ไขตั้งแต่ ก่อนมารับการผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังการผ่าตัดด้วยการได้รับสารน้ำและเลือดที่พอเพียง ขณะนอนพักในห้องพักฟื้นผู้ป่วยต้องได้รับการเฝ้าระวังติดตามลักษณะชีพจริงวัดค่า hematocrit ให้ออกซิเจน จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบ ยกเท้าสูง เพื่อให้เลือดไหลกลับสู่หัวใจเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งพยาบาลต้องประเมินและค้นหาสาเหตุตลอดจนให้การพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

อีกกรณีหนึ่งคือ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension)<sup>16, 17</sup> เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ประมาณ 1.1 % เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะของร่างกาย (หัวใจ และสมอง) ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน สาเหตุที่พบบ่อยคือ ความไม่สุขสบายและความปวด ภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) และได้รับสารน้ำมากเกินไป นอกจากนี้อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงมาก่อนแล้วไม่ได้รับการแนะนำให้รับประทานยาลดความดันโลหิตสูงก่อนมารับการผ่าตัด วิสัยญี่แพทย์จะเป็น

ผู้พิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยแต่ละรายตามความเหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่จะให้ยาหยดทางจมูกหรือยาอมใต้ลิ้น พยาบาลต้องเฝ้าระวังติดตามลักษณะอาการจากการวัดลักษณะชีพจนความดันโลหิตของผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกลับความดันโลหิตเดิมของผู้ป่วยก่อนมารับการระงับความรู้สึกและรับการผ่าตัดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (arrhythmia)<sup>4, 16, 17</sup> เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ประมาณ 1.4 % ส่วนมากเป็นชนิดไม่รุนแรงและไม่ต้องรักษา แต่อาจเป็นอาการแสดงเริ่มแรกของภาวะผิดปกติที่ร้ายแรงได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจมาก่อนที่จะมารับการระงับความรู้สึกและรับการผ่าตัด ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่อาจเกิดเนื่องจากหลั่ง catecholamine จากความวิตกกังวล ความหวาดกลัว ความเจ็บปวด อาการตื่นเต้นตกใจ การผ่าตัด ภาวะพร่องน้ำ กระเพาะปัสสาวะโป่ง ภาวะ hypoxemia ภาวะ hypercarbia ภาวะ acidosis electrolyte imbalance ผลของยาสลบที่ตกลงอยู่ ( เช่น ยาดมสลบ ยาชาเฉพาะที่ ยา atropine ยา prostigmine ) ภาวะพร่องเลือดและชีด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการเฝ้าระวังติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ (E.K.G.) ซึ่งเป็นวิธีการสำคัญที่จะตรวจสอบคันหัวใจ ที่เกิดขึ้นในระยะแรก ๆ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลและให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องขณะพักอยู่ในห้องพักฟื้น รวมถึงการส่งต่อปัญหาของผู้ป่วยให้ทีมงานที่ร่วมดูแลรับผิดชอบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป

3. ปัญหาคลื่นไส้อาเจียนและความปวด<sup>3, 9</sup> เป็นอาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยมีอัตราการเกิดสูงถึง 14 %-82 % เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่มารับการระงับความ

รู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยนอกต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล อาการคลื่นไส้อาเจียนมีส่วนเกี่ยวข้องกับความปวดความวิตกกังวล ความดันโลหิตต่ำ และ vagal reaction ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนสืบเนื่องมาจาก ความวิตกกังวลนั้นผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดจากพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมพร้อมรับกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น ในกรณีที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมกับภาวะความดันโลหิตต่ำต้องดำเนินถึงการให้สารน้ำและเกลือแร่มากขึ้น<sup>15</sup> เมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป วิสัญญีแพทย์จะพิจารณาให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน เช่น Plasil หรือ Ondanzetron และสังเกตอาการอย่างน้อยครึ่งชั่วโมงหลังให้ยาสำหรับผู้ป่วยในและ 1 ชั่วโมงสำหรับผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากหลังการผ่าตัดวิสัญญีแพทย์จะพิจารณาให้ยา劑งับปวดทางเส้นเลือดดำ เช่น Fentanyl Morphine หรือ Pethidine ร่วมกับการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาระงับปวด ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน จ่วงซึม และกดการหายใจ อย่างน้อยครึ่งชั่วโมง หลังให้ยาสำหรับผู้ป่วยใน และ 1 ชั่วโมงสำหรับผู้ป่วยนอก

### สรุป

การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นเป็นงานบริการที่สำคัญของพยาบาล อีกทั้งต้องอาศัยอุปกรณ์ในการเฝ้าเตือนและอุปกรณ์การรักษาที่ดี บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ความชำนาญ มีการสังเกตเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ต้องเข้าใจและรู้จักใช้เกณฑ์มาตรฐานในการพิจารณาหยุดผู้ป่วย รวมทั้งป้องกันวินิจฉัยปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะที่ผู้ป่วยฟื้นจากการได้รับการระงับความรู้สึกแต่ยังไม่สามารถช่วยตัวเองได้ตลอด พยาบาลที่อยู่ในห้อง

พักฟื้นสามารถประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพตามแผนการรักษา ประเมินผลการให้การพยาบาลจนคิดว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัยและสามารถลุกนั่งผู้ป่วยกลับห้องพักฟื้น หรือกลับบ้านได้

### กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รศ. ประคง อินทรสมบัติ รศ.ดร. ยุพาริน ศิริโพธิ์งาม และ อ.ดร. มนี อาภาณนทกุล ที่กรุณามอบคำชี้แนะและพิจารณาตรวจสอบให้กับทีมงาน สมบูรณ์มากขึ้นของกราบขอบพระคุณ รศ. พนิจบรีชานนท์ ที่ช่วยแนะนำการเขียนบทความนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สุปรารถ นิรุตติศาสน์. การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ใน วิจิตร์มา ชินะโชติ, สุวรรณี สุรเศรษฐีวงศ์, บรรณาธิการ . ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ แห่งประเทศไทย. กรุงเทพ: พ.อ. ลิฟวิ่ง, 2544: 275 – 285.
2. Aitkenhead AR, Smith G. Postoperative care. Textbook of Anesthesia. 3<sup>rd</sup> ed . New York: Churchill Livingstone, 1996: 407 – 434.
3. ปิยมาศ สิริธรรมย์. การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ใน วิชัย อิทธิชัยกุล, ปรีดา บุญบูรพา, บรรณาธิการ. ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ แห่งประเทศไทย. กรุงเทพ: ทองพูลการพิมพ์, 2546: 275 – 285.
4. รากรณ์ ໄວคุล. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ใน มยธิ วงศินานุกร, อಮรา พานิช, บรรณาธิการ. ตำราวิสัญญีวิทยา ภาควิชัวลิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: โรงพิมพ์ไทยนำ, 2528: 305 – 318.

## การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

5. Frost EAM. **Post anesthesia care unit current practice.** 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: The C.V. Mosby, 1990.
6. Vender JS, Spiess BD. **Postanesthesia care.** Philadelphia: W.B. Saunders, 1992 .
7. Feeley TW, Macario A. **The postanesthesia care unit.** In Miller RD, ed . Anesthesia 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000: 2302 – 22.
8. House of Delegates on October 19, 1994. **Standards for postanesthesia care.** Available from: URL: <http://www.basicdocument.care/>
9. วารสาร ไอคุล. วรรณวิทยา ทองสุข. แนวทางการดูแลรักษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังให้ยาอะนีสติกในห้องพักฟื้น. เอกสารพัฒนาคุณภาพงาน ภาควิชา วิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2544.
10. เพลินจิตต์ ศิริวันสามัคธ. การดูแลผู้ป่วยหลังให้ยาอะนีสติก. เอกสารประกอบการสอน สำหรับนักศึกษาแพทย์ปี 5 ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2540
11. Pinnock C, Lin T, Smith T. **Fundamentals of anesthesia.** Great Britain: Asford Colour, 1999 .
12. Twersky RS. **Recovery and discharge of the ambulatory anesthesia patient.** ASA annual refresher course lectures 2002; 275: 1 – 7.
13. Hatfield A , Tronson M. **The complete recovery room book.** 2<sup>nd</sup> ed. Oxford : Oxford University Press, 1996.
14. ศิริวรรณ จิราธิธรรม. **Post anesthetic care.** เอกสารประกอบการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ ปี 5 ภาควิชา วิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2542
15. Burden N. **Ambulatory surgical nursing.** Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.
16. สุนีย์ดัน คงเสริปวงศ์. ภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังผ่าตัด. ใน จิตima ชินะโชติ, แสลงโสม ปิยะวรรณ์, บรรณาธิการ. วิสัญญีวิทยาระดับพื้นฐาน. กรุงเทพ: บริษัท พี.เอ. อิพริ่ง จำกัด, 2541: 461 – 472.
17. Noyer JR, Oyos . **Cardiovascular system.** In Brown M, Brown EM, editors. **Comprehensive postanesthesia care.** Baltimore: Williams and Wilkins, 1997: 117 – 33.

# Nursing Care for Patients in the Post Anesthetic Care Unit (PACU)

Wannee Ongvisetpaiboon \* BSc. (Nursing & Midwifery), MEd. (Environmental)

**Abstract:** The Post Anesthetic Care Unit (PACU) is an extremely crucial unit to monitor and supervise patients continuously and closely after anesthesia and surgery. The immediate postoperative period is absolutely critical. Therefore, it is essential for these patients to be monitored and supervised by well-trained and experienced nursing personnel in postoperative assessment and intervention to prevent postoperative complications. Post anesthesia recovery implies that the patients should return to their preoperative status or to the highest level of function of which they are capable postoperatively and further, could be transferred to their wards or be back home. The purpose of this publication is to present clinical practice guidelines for post anesthetic recovery to monitor and supervise patients in a Post Anesthetic Care Unit (PACU). Moreover, the roles of nurses in a recovery room, admission criteria to the PACU, complications or problems associated with anesthesia and surgery, clinical practice guidelines, and discharge criteria based on Modified Aldrete's Post Anesthetic Recovery Score are also discussed.

**Keywords:** Post Anesthetic Care Unit (PACU), Modified Aldrete's Post Anesthetic Recovery Score, complications, discharge criteria.

---

\* Anesthetist nurse, Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.