

## 中藥麻醉(或手術)延後暨取消的要件 (201610)

### 一. 總則

1. 本規範目的為減少手術室中之麻醉或手術取消，以增加手術室利用率。麻醉部醫師於術前訪視時，若病人的檢查並未完成；或訪視後，發生之病情變化等，而考慮延後或取消麻醉時，爰訂定此規範以便遵循。
2. 原則上，本規範所列舉情形之病人，其手術應延後或取消，僅於例外時照常進行。
  - 「例外」指與麻醉主治醫師就個案狀況討論後，若麻醉主治醫師同意時，始直接進行手術。
  - 若本規範未列舉之病人直接進行手術有顯然危及病人安全之可能時，仍應考慮延後或取消手術。

### 二. 心血管系統：

1. 新發生之胸悶、胸痛、昏厥(Syncope)、呼吸窘迫。
2. 心電圖之發現<sup>[1]</sup>：
  - 二度二以上之房室傳導阻滯
  - Ventricular arrhythmia
  - Supraventricular tachyarrhythmia
  - New onset ST-T changes
3. 心臟超音波之發現：
  - Moderate 以上程度之 Valvular stenosis/regurgitation
  - Pulmonary hypertension: RV hypertrophy、RV systolic pressure/SBP >0.66、mean PA pressure >40 等情形時，應提前會診麻醉部醫師<sup>[2]</sup>。
  - 任何 ejection fraction <30%且進行非心臟手術之病人。
4. 與手術目的無關的 Decompensated heart failure<sup>[1]</sup>。
5. CAD<sup>[1]</sup>：
  - 放置 Drug-eluting stent 的病人應於支架置放至少 180 天後，才考慮進行手術。若情況允許，最好應延至一年後才手術。
  - 放置 Bare metal stent 的病人應等候至少 30 天。
  - 單純進行 balloon angioplasty 的病人應至少等候兩週。
6. 高血壓：
  - 使用 beta blocker、ACEI、ARB 的病人不要停藥，術前應照常使用<sup>[1]</sup>。
  - Hypertensive Crisis: SBP >180mmHg 或 DBP >110mmHg 的病人應延後手術，並於等候期間時，調整降壓藥物。請勿於術前開立 Adalat (Nifedipine)，已有許多個案報告指出於此狀況下使用短效型 calcium channel blocker 時，易造成病人 CVA<sup>[3]</sup>。

### 三. 糖尿病及血糖：

1. HbA<sub>1c</sub> >9% 的病人應延後常規手術<sup>[4]</sup>。
2. 高血糖合併 dehydration, DKA 或 HHS 的病人, 若與手術目的無關時, 應延後常規手術。血糖監測值大於 300mg/dL 時, 應鑑別診斷是否有 DKA 或 HHS 之情形<sup>[5]</sup>。
3. 血糖監測值 >400mg/dL 的病人應延後常規手術<sup>[5]</sup>。

### 四. 腎功能、電解質及酸中毒：

1. 急性變化之酸血症 (pH<7.35) 的病人應延後常規手術。
2. 血鉀 5.5meq/L 以上且非為檢體溶血的病人應延後常規手術。若有檢體溶血情形, 應於術前重新檢測。
3. Moderate to severe hyponatremia (<130meq/L) 的病人應延後手術<sup>[6]</sup>。

### 五. 意識狀態改變：

1. 若病人接受常規手術且有急性意識狀態改變 (GCS 掉分)時, 應延後手術。需查明原因且治療後, 再進行手術。

### 六. 肝功能指數：

1. 若病人 AST >200 或 ALT >200、且原因不明確、與手術目的無關時, 應延後並查明原因後, 再進行手術。

### 七. Reference:

- [1] 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery: Executive Summary.
- [2] Ramakrishna G, Sprung J, Ravi BS, et al. Impact of Pulmonary Hypertension on the Outcomes of Noncardiac Surgery --- Predictors of Perioperative Morbidity and Mortality. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:1691-9
- [3] Schwartz M, Naschitz JE, Yeshurun D, et al. Oral Nifedipine in the Treatment of Hypertensive Urgency: Cerebrovascular Accident Following a Single Dose. *Arch Intern Med* 1990;150(3):686-687
- [4] Miller JD, Richman DC. Preoperative Evaluation of Patients with Diabetes Mellitus. *Anesthesiology Clin* 2016;34:155-169
- [5] Alexanian SM, McDonnell ME, Akhtar S. Creating a Perioperative Glycemic Control Program. *Anesthesiol Res Pract* 2011;2011:465974

[6] Leung AA, McAlister FA, Rogers SO Jr, et al. Preoperative Hyponatremia and Perioperative Complications. *Arch Intern Med* 2012;172(19).