

แบบประเมินภาวะหยุดหายใจขณะหลับ STOP-Bang ฉบับภาษาไทย⁶

ส่วนสูง _____ ซม., น้ำหนัก _____ กก.

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

เส้นรอบวงคอ _____ ซม.

1. Snoring

คุณนอนกรนดังหรือไม่? (ดังกว่าเสียงพุดคุย หรือ ดังพอที่จะได้ยินออกไปนอนห้อง) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. Tired

คุณมักจะรู้สึกอ่อนเพลีย ล้า หรือ ง่วงนอนในระหว่างกลางวันบ่อย ๆ หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. Observed

มีคนเคยสังเกตเห็นว่าคุณหยุดหายใจขณะที่คุณหลับอยู่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4. Blood pressure

คุณมีความดันโลหิตสูง หรือกำลังรักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

5. BMI

ดัชนีมวลกายมากกว่า 35 หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

6. Age

อายุมากกว่า 50 ปี หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

7. Neck circumference

เส้นรอบวงคอมากกว่า 40 ซม. หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

8. Gender

เป็นเพศชายหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

High risk of OSA: answering yes to three or more items

Low risk of OSA: answering yes to less than three items