



การพยาบาลผู้ป่วยระดับความรู้สึกแบบรัฐติเพื่อผ่าตัดนำสิ่งอุดตัน ภายในหลอดเลือดแดงคาโรติด: กรณีศึกษา

อนัญพร อยู่คง

Corresponding author E-mail: kaipom130300@gmail.com

(Received: July 24, 2026; Revised: August 30, 2026; Accepted: August 31, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพยาบาลผู้ป่วยระดับความรู้สึกแบบรัฐติเพื่อผ่าตัดนำสิ่งอุดตันภายในหลอดเลือดแดงคาโรติดตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและได้รับการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต้องบูรณาการแนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะการระงับความรู้สึก และระยะฟื้นฟู

ผลการศึกษา พบว่า การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดเน้นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนระยะการระงับความรู้สึกซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระบบประสาท ระบบหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิตจึงต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และระยะฟื้นฟูพยาบาลมีบทบาทในการเสริมแรงทางจิตใจร่วมกับการฟื้นฟูสภาพ ร่างกายที่เน้นการท่ายากภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด การวางแผนตรวจตามนัดเพื่อฟื้นฟुर่างกายอย่างต่อเนื่อง และส่งต่อข้อมูลเพื่อวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

ดังนั้นพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาจึงควรเน้นการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในระหว่างการระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเน้นติดตามต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู ซึ่งจะสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลด้านวิสัญญีอย่างมีมาตรฐานต่อไป

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตัน การระงับความรู้สึกแบบรัฐติ การผ่าตัดนำสิ่งอุดตันภายในหลอดเลือดแดงคาโรติด



Nursing Care for Patients Under Anesthesia Conscious for Surgical Removal of an Atherosclerotic Plaque in the Carotid Artery: A Case Study

Ananyaporn Yukong

This case study aimed to examine the nursing care of a patient undergoing carotid endarterectomy under conscious sedation, with a focus on the role of the nurse anesthetist. A patient with complex health conditions who was at high risk of perioperative complications was selected for the study. Such a patient requires comprehensive care through multidisciplinary collaboration, in which professional nurses play a crucial role in providing close and continuous care. Nursing care was guided by the integration of relevant concepts and theories with the five-step nursing process: health assessment, nursing diagnosis, nursing care planning, nursing implementation, and nursing evaluation. The nursing process was applied throughout three phases of care: the preoperative phase, the conscious sedation phase, and the recovery phase.

The findings demonstrated that preoperative nursing care focused on preparing the patient both physically and psychologically for surgery. During conscious sedation, when the patient was at risk of neurological, respiratory, and cardiovascular complications, close observation and continuous monitoring were essential for the early detection and prevention of adverse events. During the recovery phase, nurses played an important role in providing psychological support and promoting physical rehabilitation, with an emphasis on physical therapy, occupational therapy, follow-up appointment planning to ensure continuity of rehabilitation, and effective transfer of patient information to facilitate multidisciplinary planning for follow-up home visits.

In conclusion, nursing care for patients undergoing carotid endarterectomy under conscious sedation should emphasize comprehensive preoperative preparation, close monitoring during conscious sedation to prevent potential complications, and continuity of care throughout the recovery period. The findings from this case study may serve as a basis for developing standardized nursing care guidelines and enhancing the quality and effectiveness of anesthetic nursing practice.

Keywords: Carotid artery stenosis, Conscious sedation, Carotid endarterectomy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการระยะยาวโดยข้อมูลจาก World Health Organization (WHO) และ American Heart Association (AHA) ระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก (กระทรวงสาธารณสุข, 2567; ทศพล ประภัสโร, 2562) ในประเทศไทยพบแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 รายงานว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสมมากกว่า 300,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 50,000 รายต่อปี (วิจิตร สันชะโห และคณะ, 2569) ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ (Carotid Artery Stenosis; CAS) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับการตีบมากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อ Cerebral Ischemia และ Recurrent Stroke อย่างมีนัยสำคัญ (Benjamin et al., 2019) พยาธิสภาพที่สำคัญเกิดจากกระบวนการหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเกี่ยวข้องปัจจัยสำคัญของการเกิดโรค ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในหลอดเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ และโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วม ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิด Transient Ischemic Attack (TIA) และ Ischemic Stroke (Kleindorfer et al., 2021) สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง เมื่อพิจารณาข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 3 ปี ย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2566 - 2568) จังหวัดราชบุรี พบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 5.13, 4.82, 4.85 ตามลำดับ และโรงพยาบาลราชบุรี พบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 5.64, 6.84, และ 5.96 ตามลำดับ (Ratchaburi Hospital, 2025) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่รอดชีวิต และโอกาสเกิดความพิการที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศ

การรักษาโดยการผ่าตัดเอาคราบไขมันออกจากหลอดเลือดแดงคาโรติด (Carotid Endarterectomy; CEA) ถือว่าเป็นมาตรฐานการรักษาในผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตันอย่างรุนแรง (Symptomatic Severe Carotid Stenosis) โดยงานวิจัยที่สำคัญ ได้แก่ North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) และ European Carotid Surgery Trial (ECST) แสดงให้เห็นว่า CEA สามารถลดความเสี่ยงการเกิดการ stroke ซ้ำ ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Lewis et al., 2008; Libby, 2002) ปัจจุบันแนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines) ที่จัดทำโดย European Society for Vascular Surgery (ESVS) ปี 2023 แนะนำว่า CEA เป็นการรักษาขั้นแรก (first-line treatment) ในผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อดำเนินการภายใน 14 วัน หลังเกิดอาการทางระบบประสาท (North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators, 1991) โดย CEA เป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันการไหลเวียนโลหิตในสมอง (Cerebral perfusion) โดยตรงจึงมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในระยะรอบผ่าตัด (Perioperative stroke), ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และภาวะระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวที่ไม่คงที่ (Hemodynamic compromise) (Naylor et al., 2023) การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินระบบประสาท การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต



(Hemodynamic Changes) การจัดการทางเดินหายใจ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนตลอด Perioperative Period (ระยะรอบการผ่าตัด) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพที่ลดโอกาสเสียชีวิตและการ

จากข้อมูลข้างต้นผู้ศึกษาในฐานะผู้จัดการรายกรณีและเป็นพยาบาลวิสัญญีประจำที่กลุ่มงาน การพยาบาลวิสัญญีเห็นความสำคัญในการพัฒนาความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยโรคภาวะ หลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ (Carotid Artery Stenosis; CAS) ที่ได้รับการระบุความรู้สึกแบบรู้สึกเพื่อผ่าตัด นำสิ่งอุดตันภายในหลอดเลือดแดงคาโรติดออก (Atherosclerotic-plaque) Carotid Endarterectomy เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด ลดอัตราการ การตาย ความพิการ ลดภาวะ แทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ซึ่งจะส่งผลให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยระบุความรู้สึกแบบรู้สึกเพื่อผ่าตัดนำสิ่งอุดตันภายในหลอดเลือดแดง คาโรติดตามบทบาทของพยาบาลวิสัญญี

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษามูลการพยาบาลการระบุความรู้สึกแบบรู้สึกเพื่อผ่าตัดนำสิ่งอุดตันภายในหลอดเลือดแดง คาโรติดออกในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีความซับซ้อน จำนวน 1 ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี หอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกและหลอดเลือด ตั้งแต่วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2568- 28 กุมภาพันธ์ 2568

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบตันที่มารับการผ่าตัดนำสิ่งอุดตันภายในหลอดเลือดแดง คาโรติด (Carotid Endarterectomy: CEA) โดยระบุความรู้สึกแบบรู้สึก ซึ่งมีความซับซ้อนในการดูแล จำนวน 1 ราย และขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ และทำหนังสือยื่นเรื่องกับฝ่ายจริยธรรมของโรงพยาบาลราชบุรี
2. รวบรวมข้อมูล ประวัติการรักษาจากเวชระเบียน ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและญาติ สังเกตพฤติกรรม รวมทั้งศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. นำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในกระบวนการพยาบาล ต่างๆ ซึ่งมีความซับซ้อน ร่วมกับ วิสัญญีแพทย์, ศัลยแพทย์ และทีมห้องผ่าตัด ในการดูแลผู้ป่วย
4. เรียบเรียงผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษา โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการ และการประเมินผล และสรุปวางแผนการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการผ่าตัด ระยะผ่าตัด หลังผ่าตัดและฟื้นฟู
5. นำเอกสารที่เรียบเรียงเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง และปรับปรุงก่อนเผยแพร่

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาอยู่ ในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นอกเขตต่างจังหวัด) โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไผมันในเลือดสูง รับประทานยาที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ร่วมกับโรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่ปี 10 ปี



น้ำหนัก 49 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร ดรรชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) 21.78 กิโลกรัมต่อตารางเมตรรูปร่างสัทัด ผู้ป่วยรู้สึกตัว ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power) grad 5 ทั้งแขนและขาประเมิน (Glasgow Coma Scale : GCS) ได้ E4M6V5 Pupil 3 mm. RTLBEมีภาวะ Recurrent TIA with 6 เดือน Lt side ส่งตรวจเพิ่มด้วยการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือด (Call to Action: CTA) ผลการตรวจ พบว่า Severe Right CCA stenosis

อาการสำคัญ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดภายในตีบตัน แพทย์นัดมารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดเปิดหลอดเลือดแดงคาโรติดเพื่อนำคราบไขมันออก (Carotid Endarterectomy: CEA)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

2 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาล ขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรงมากขึ้น ยกไม่ขึ้น แต่ยังพอดีนได้บ้าง มีมุมปากซ้ายตก ลิ้นแข็งเล็กน้อย E4M6V5 pupil 3 mm RTLBE Lt Facial Palsy Upper Motor การประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power) ทั้งแขนและขา grade 5 ไปตรวจที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดภายในตีบตันจึงส่งตัวมารักษาโรงพยาบาลราชบุรี แพทย์จึงนัดผ่าตัด

10 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยตรวจพบความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์อย่างต่อเนื่อง ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยแขนขาซีกซ้าย อ่อนแรง เป็นนาน 10 นาที แล้วหายเอง รักษาที่โรงพยาบาลบางสะพานน้อยส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Brain) พักรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วัน แพทย์อายุรกรรมระบบประสาทของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRIX และ MRA Brain with Carotid Artery: ผล MRI และ MRA คือ 70% stenosis Lt cavernous ICA, 50-69% Stenosis Lt Carotid Bulb, 70% Stenosis Rt Cervical ICA แพทย์อายุรกรรมระบบประสาทให้รับประทานยาการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิดร่วมกัน (Dual Antiplatelet Therapy) และส่งต่อผ่าตัดเปิดหลอดเลือดแดงคาโรติดนำคราบไขมันออก (Carotid Endarterectomy: CEA) ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด ขอรักษาด้วยการทานยาก่อน

การวินิจฉัยครั้งแรก : มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบ (70% Stenosis Lt Cavernous ICA, 50-69% Stenosis Lt Carotid bulb, 70% Stenosis Rt Cervical ICA)

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Rt Common carotid Artery Stenosis (Rt CCA Stenosis)

อาการแรกเริ่ม

ผู้ป่วยชายรู้ตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ถามตอบเข้าใจ E4M6V5 Coma score 15 ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power) แขนและขาทั้ง 2 ข้าง 5 Pupil 3 mm RTLBE สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 71 - 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 118/80 มิลลิเมตรปรอท

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

วิสัญญีพยาบาลตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด การวางแผนเพื่อให้การระงับความรู้สึกแบบรู้สติ และขั้นตอนต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยและญาติประเมินสัญญาณชีพ ระดับความ



รู้สึกตัว และอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยก่อน เข้าห้องผ่าตัด โดยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย

- 1.1 ระบุตัวผู้ป่วย โดยการสอบถามชื่อนามสกุล และอายุของผู้ป่วยให้ตรงกับป้ายข้อมือ
- 1.2 ตรวจสอบความพร้อมของหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษา (Consent Form)
- 1.3 ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจการหายใจ ค่าออกซิเจนในเลือด และอุณหภูมิร่างกาย เป็นต้น
- 1.4 ประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale; GCS หากพบผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น พูดไม่ได้หรือพูดไม่ชัด แขนหรือขาอ่อนแรงครึ่งซีก ตามัวหรือมองไม่เห็นชั่วขณะในตาข้างเดียว เป็นต้น รายงานแพทย์ทราบทันที
- 1.5 สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนเวลาผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักและอาเจียนของเศษอาหารเข้าปอด
- 1.6 ชักประวัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ประวัติโรคประจำตัว ตรวจสอบสารน้ำและยาที่ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษา ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) และยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) และการเตรียมยาปฏิชีวนะ
- 1.8. ประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด พยาบาลแนะนำตัวอธิบายและชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงการพยาบาลทางวิสัญญี พร้อมให้คำแนะนำ

2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะให้ยาระงับความรู้สึก

- 2.1 การประเมินและติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ประกอบด้วย
 - 2.1.1 ติดตาม ECG, BP, SpO₂, ET CO₂ อย่างต่อเนื่อง มักใส่ Arterial Line เพื่อวัดความดันโดยตรงภายในหลอดเลือดแดง และติดตามความเปลี่ยนแปลงแบบทันที และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ
 - 2.1.2 เตรียมยาและอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับใช้การระงับความรู้สึกให้พร้อม สามารถให้ยาระงับความรู้สึกได้ทันที วิสัญญีแพทย์และทีมผ่าตัด เริ่มให้การระงับความรู้สึกโดยวิธี Total Intravenous Anesthesia (TIVA) ร่วมกับการทำ Intermediate Cervical Plexus Block
 - 2.1.3 การจัดทำในการผ่าตัดโดยการนอนหงายให้ศีรษะและลำคออยู่ในท่านอนเงยหน้า (Head extension) และก้มหน้า (Neck flexion) หันศีรษะไปฝั่งตรงข้ามด้านที่จะทำผ่าตัด โดยจัดให้ศีรษะอยู่สูงกว่าอกเป็นมุมประมาณ 20 องศา เพื่อให้เข้าถึงบริเวณที่จะผ่าตัดสะดวกขึ้น
- 2.2 การดูแลทางเดินหายใจ การให้ออกซิเจนและประเมินรักษาระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) ให้ปกติ
- 2.3 การเฝ้าระวังภาวะสมองขาดเลือด ติดตาม Neurological Monitoring ตามแผนหรือประเมินการรู้สึก หากใช้การระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน (Regional anesthesia) ให้สังเกตสัญญาณผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงมาก การเปลี่ยนแปลงขนาดรูม่านตา (Pupil Change) กล้ามเนื้อมีอาการอ่อนแรง (Motor Weakness)
- 2.4 การดูแลให้ได้รับยาและสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเตรียมยา Vasoactive เช่น Phenylephrine / Norepinephrine ไว้ และดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา Anticoagulant Heparin ตามแผนการรักษา และ เฝ้าระวังภาวะปริมาตรเลือดหรือของเหลวในร่างกายต่ำกว่า

ปกติ (Hypovolemia) และ ภาวะน้ำหรือของเหลวเกินในร่างกาย (Fluid Overload) ตรวจสอบ Anticoagulant/Heparin ตามแผนการรักษา

2.5 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด เฝาระวัง ภาวะ Stroke/TIA หัวใจขาดเลือด (Cardiac Ischemia) หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหลังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Myocardial Infarction Arrhythmia) ภาวะทางเดินหายใจบวม (Airway edema) หรือภาวะก้อนเลือดคั่งบริเวณลำคอ (Neck Hematoma) และภาวะระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ (Hemodynamic Instability)

3. การพยาบาลหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

3.1 การพยาบาลหลังการให้ยาระงับความรู้สึก เป็นการเฝาระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านระดับความรู้สึกตัว ได้แก่ ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเปลี่ยนแปลง และเฝาระวังภาวะสมองขาดเลือด 2) ด้านการหายใจ ได้แก่ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ (Airway Obstruction) โดยประเมินการหายใจและอาการผิดปกติหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การหายใจปกติไม่มีอาการคอบวม (Neck Swelling) หายใจไม่มีเสียงผิดปกติแบบ Stridor การเตรียมอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางเดินหายใจ (Airway Emergency) และติดตามการหายใจอย่างใกล้ชิด 3) ด้านภาวะเลือดออกผิดปกติ ได้แก่ ภาวะก้อนเลือดคั่งบริเวณลำคอ (Neck Hematoma) และไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ (Bleeding) 4) ด้านความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ประเมินความเจ็บปวดและบรรเทาอาการด้วยการให้ยาลดปวด เมื่อไม่พบความผิดปกติให้ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)

3.2 การเฝาระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง (Stroke) หลังผ่าตัดอาจเกิดจากการมีลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงหรือต่ำผิดปกติจากการที่เลือดไปสมองเพิ่มขึ้นอย่างมาก ภาวะเลือดออกใต้แผล (Surgical Wound Hematoma) และภาวะหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction)

3.3 แนวทางการป้องกันและการเฝาระวังภาวะแทรกซ้อน

3.3.1 ประเมินระบบประสาท (Neurologic Monitoring) โดยประเมิน GCS ทุก 1 – 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง พูดไม่ได้ อาการชา อ่อนแรง ปากหรือหน้าเบี้ยว พูดไม่ชัด ให้รีบรายงานแพทย์

3.3.2 เฝาระวังความดันโลหิตอย่างใกล้ชิดทุก 15-30 นาที ในช่วง 4-6 ชั่วโมงแรก โดยค่าความดัน Systolic ระหว่าง 140 - 160 มิลลิเมตรปรอท หรือเท่ากับความดันก่อนผ่าตัด

3.3.3 การสังเกตและเฝาระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท บริเวณคอ เช่น เสียงแหบ กลืนลำบาก เป็นต้น

3.3.4 การเฝาระวังภาวะเลือดคั่งที่แผลผ่าตัด โดยประเมินบริเวณแผลผ่าตัด

3.4 การฟื้นฟูและการดูแลหลังผ่าตัดในระยะยาว

3.4.1 การฟื้นฟูร่างกาย (Rehabilitation) โดยการประเมินสมรรถภาพการเคลื่อนไหว การพูด การกลืน ส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ฟื้นฟูด้านจิตสังคม (Psychosocial Support) การส่งต่อสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

3.4.2 การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ (Secondary Prevention) การควบคุมโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การปรับพฤติกรรมสุขภาพโดย เลิกสูบบุหรี่หรือออกกำลังกาย การติดตามและประเมินสม่ำเสมอหลังผ่าตัด



วินิจฉัยการพยาบาล

1. ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น บอกว่ากลัวการผ่าตัด กลัวไม่ฟื้น และนอนไม่หลับ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ยิ้มแย้ม รับฟังคำอธิบายอย่างตั้งใจ
2. ผู้ป่วยสามารถบอกขั้นตอนการเตรียมตัวและการผ่าตัดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกและขั้นตอนการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก รวมทั้งให้ข้อมูลถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
2. ให้ข้อมูลเรื่องความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการระงับความรู้สึก อุปกรณ์ในการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงความพร้อมของทีมและให้คำแนะนำการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อมูล ในส่วนที่วิตกกังวลหรือมีข้อสงสัยในขอบเขตที่สามารถตอบได้ และให้กำลังใจสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล พูดคุยตอบข้อซักถามด้วยสีหน้า ยิ้มแย้ม เข้าใจและยอมรับการผ่าตัด พร้อมทั้งบอกว่ามีใจในการดูแลของทีมวิสัญญีของโรงพยาบาลราชบุรี ผู้ป่วยนอนหลับได้

ข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าภาวะเส้นเลือดแดงใหญ่คอโรติดตีตัน ประมาณ 70%
2. มีอาการอัมพาตชั่วคราวซ้ำๆ ภายใน 1 ปี

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 – 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 10-20 ครั้ง/นาที ความดันเปลี่ยนแปลงไม่เกิน ร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม
2. ประเมิน Glasgow Coma Scale ไม่ลดลงเกิน 2 คะแนน จากค่าเดิมของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ ด้วยการประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) สัญญาณชีพ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และอาการแสดงของระบบการไหลเวียนโลหิตผิดปกติ หากพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที



2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อเพิ่มการไหลกลับของหลอดเลือดดำจากศีรษะเข้าสู่หัวใจได้ดี ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยพับเอียงศีรษะมากเกินไป เพื่อป้องกันการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ

3. ติดตามการได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ยาลดความดันโลหิต แนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง แขนขา อ่อนแรง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง หายใจหอบเหนื่อยให้รีบแจ้งพยาบาลทราบทันที

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS เท่ากับ 15 (E4M6V5) ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงเร็วทั้ง 2 ข้าง กำลังกล้ามเนื้อปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ Muscle power Grade 5) ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการชักเกร็งหรือกระตุก สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 71 - 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 118/80 มิลลิเมตรปรอท

การพยาบาลระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจเอง ให้ Oxygen Cannula 4 ลิตร/ นาที ในการจัดทำท่าผ่าตัดผู้ป่วยนอนหงาย ศีรษะเล็กน้อย
2. การระงับความรู้สึกมีการให้ยาทางหลอดเลือดดำหลายอย่างผสมผสานกัน ทั้งยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้มีผลให้เกิดการหายใจได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการคล้ำบริเวณริมฝีปาก เล็บมือเล็บเท้า หน้าอกบวม และปึกจมูกบานเวลาหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) มากกว่าหรือเท่ากับ 95 % สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ผู้ป่วยหายใจได้เอง สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิระหว่าง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 -100 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 10-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน ร้อยละ 20

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย และตรวจวัดสัญญาณชีพ
2. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับ Oxygen Cannula 4 ลิตร/ นาที
3. สังเกตอาการผิดปกติเพื่อประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น อัตราและลักษณะของการหายใจ หายใจบริเวณหน้าอกบวม กล้ามเนื้อบริเวณคอยุบลง หรือหายใจปึกจมูกบาน หรือฟังจากเสียงหายใจที่มีความผิดปกติ เช่น เสียงวี๊ด เสียงครืดคราดหรือเสียงกรน สังเกตสีของผิวหนังและเยื่อต่าง ๆ ได้แก่ สีคล้ำบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า ถ้าพบความผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้นต้องรายงานแพทย์ทันที
4. เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจและตรวจสอบความพร้อมใช้ ได้แก่ เครื่องให้ยาดมสลบ Laryngoscope, ท่อช่วยหายใจ, Laryngeal Mask Airway, Oral Airway, Nasal Airway และยาที่จำเป็น



ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า แดงดี ทรวงอกขยายขึ้นลงเป็นปกติ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 - 100 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 10 - 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/ 80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก สูดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 30 - 36 มิลลิเมตรปรอท

ข้อที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะยาชาเป็นพิษ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการฉีดยาชาบริเวณเส้นประสาทที่รับรู้ความรู้สึกเจ็บบริเวณตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด Intermediate Cervical Plexus Block ด้วย 0.75 % Ropivacaine 5 มิลลิลิตร เท่ากับ 37.5 มิลลิกรัม

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการเกิดภาวะยาชาเป็นพิษ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากการเกิดภาวะยาชาเป็นพิษ ไม่มีอาการชารอบปาก ลิ้นชา เห็นภาพชัด มีเสียงในหู เวียนศีรษะ

2. ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 60 - 100 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือช่วยชีวิต (Advanced Cardiac Life Support) และยาสำคัญต่างๆ เช่น Benzodiazepine สำหรับหยุดชัก Epinephrine, Amiodarone สำหรับเพิ่มความดันและรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และเตรียมยา 20% Lipid Emulsion สำหรับแก้ฤทธิ์ของยาชาไว้

2. ตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนเปิดใช้ และคำนวณปริมาณการใช้ยาเฉพาะที่แต่ละชนิดตามขนาดที่ถูกต้องเหมาะสม บันทึกชนิด ขนาดและปริมาณของยาชา รวมถึงตำแหน่งที่วิสัญญีแพทย์ฉีดยาลงในแบบบันทึกทุกครั้ง

3. เฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของภาวะยาชาเป็นพิษอย่างน้อย 30 นาที หลังการ Block พร้อมลงบันทึกทุก 5 นาที ซึ่งอาการและอาการแสดงของภาวะยาชาเป็นพิษทางระบบประสาท ได้แก่ ชารอบปาก ลิ้นชา เห็นภาพซ้อน มีเสียงในหู เวียนศีรษะ อาการแสดงทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ ได้แก่ ความดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ ตามด้วยความดันเลือดต่ำ หัวใจเต้นช้าและภาวะหัวใจหยุดเต้น ในกรณีผู้ป่วยได้รับยาตามสลับจะสังเกตอาการผิดปกติได้เฉพาะสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลง

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะยาชาเป็นพิษทั้งทางระบบประสาท ระบบหลอดเลือดและหัวใจ

ข้อที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อช็อคเนื่องจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ได้รับการผ่าตัดเปิดเส้นเลือดแดงใหญ่ และการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อน



ใช้เวลาผ่าตัดนาน 4-5 ชั่วโมง

2. บริเวณที่ผ่าตัดเป็นเส้นเลือดแดงใหญ่บริเวณคอและมีเส้นเลือดอื่นๆ ไกล่บริเวณที่ผ่าตัด
วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะช็อคเนื่องจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค ได้แก่ เวียนศีรษะ หน้ามืด หายใจเร็ว สับสน ผิวหนังและมือเท้าเย็น ชีต และเหงื่อออกมาก

2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิระหว่าง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน ร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม

3. เสียเลือดจากการผ่าตัดไม่เกิน 400 มิลลิลิตร (ไม่เกินร้อยละ 20 ของ Blood Volume) ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) อยู่ในเกณฑ์ปกติ 36% – 45%

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยเข็มเบอร์ 16 และ 20 ที่แขนซ้าย
2. เฝ้ารอติดตามสัญญาณชีพในขณะที่ผ่าตัด เตรียมอุปกรณ์และช่วยวิสัญญีแพทย์ใส่สายสวนหลอดเลือดแดง (A-line) เพื่อวัดความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงโดยตรง
3. ประเมินภาวะช็อค โดยดูจากปริมาณของโลหิตในขวดดูดสุญญากาศ (Suction) และผ้าซับโลหิต รวมถึงบริเวณที่ผ่าตัด ติดตามการผ่าตัดอย่างใกล้ชิดพร้อมทั้งให้สารน้ำเพื่อทดแทนการเสียเลือดและติดตามประเมินค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) เป็นระยะ ๆ

4. ประสานงานกับทางธนาคารเลือดเพื่อจัดเตรียมเลือดให้พร้อมใช้ได้ทันทีที่ต้องการ

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค เสียเลือดจากการผ่าตัด 200 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเลือด เท่ากับ 33 % สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 72-102 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 14-16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/90-190/100 มิลลิเมตรปรอท ได้รับสารน้ำ เป็น Acetar 1,000 cc @ drip 100 ml/hr. Intake 850 มิลลิลิตร ปัสสาวะ 600 มิลลิลิตร

ข้อที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากของเสียกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนขณะ

ดำเนินการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีบได้รับการผ่าตัดเปิดเส้นเลือดแดงใหญ่ระหว่างการทำการผ่าตัดมีการ clamp เส้นเลือดเพื่อให้สามารถทำการผ่าตัดได้

2. การผ่าตัดใช้ระยะเวลา 4-5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บจากของเสียกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนขณะดำเนินการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจน และประเมินซ้ำทุก 15 นาที
2. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก เวียนศีรษะ หัวใจเต้นผิดปกติ (PVCs, VT,



VF) การบรรเทาปวดแบบเฉียบพลัน (Pain relief sudden) หลังภาวะ Reperfusion ซึ่งเป็นสัญญาณว่ากล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดแล้ว

3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) และตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย โพแทสเซียม (K^+) การตรวจ CK-MB, Troponin

4. ติดตามประเมินสมดุลของสารน้ำในร่างกาย (Fluid Balance) เพื่อลดภาวะไตและป้องกันภาวะน้ำเกิน (Fluid Overload)

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmia) อาการเจ็บหน้าอกลดลง ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130/90 มิลลิเมตรปรอท

ข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ขณะผ่าตัดไม่สามารถคลุมผ้าห่มลมร้อนและผ้าปลอดเชื้อได้ ใช้การคลุมด้วยพลาสติกใสเพื่อให้มองเห็นการเคลื่อนไหวของแขนขาของผู้ป่วยในช่วงการกระตุ้นสมองเพื่อทดสอบ

2. ห้องผ่าตัดมีการเปิดเครื่องปรับอากาศอุณหภูมิ 20 - 22 องศาเซลเซียส และใช้ระยะเวลาการผ่าตัดนานถึง 4-5 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำระหว่างการระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายไม่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการหนาวสั่น ปลายมือปลายเท้าไม่เย็นและไม่มีสีคล้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามอุณหภูมิเพื่อตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัด บันทึกทุก 15 นาที ให้ความอบอุ่นโดยปูผ้าห่มลมร้อนแบบวางใต้ตัว (Underbody) ใช้เครื่องเป่าลมร้อนและคลุมด้วยตัวผู้ป่วยด้วยแผ่นพลาสติกใส โดยตั้งอุณหภูมิของเครื่องเป่าลมร้อนไว้ที่ 43 องศาเซลเซียส

2. ดูแลไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นเพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกาย โดยใช้แผ่นพลาสติกใสคลุมบริเวณที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด และเมื่อทดสอบเสร็จดูแลห่มผ้าห่มลมร้อนบนตัวผู้ป่วย

3. ติดตามอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยตลอดเวลา อุณหภูมิร่างกายทุกชนิดก่อนให้ผู้ป่วย และรายงานแพทย์ทราบเมื่อเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

การประเมินผลการพยาบาล

ช่วงแรกของการผ่าตัดมีปัญหาเรื่องอุณหภูมิร่างกายต่ำอยู่ในช่วง 34.5 - 35.7 องศาเซลเซียส ปลายมือ ปลายเท้าเย็น หลังให้ความอบอุ่นโดยปูผ้าห่มลมร้อนแบบวางใต้ตัว และใช้เครื่องเป่าลมร้อนคู่กับปูผ้าห่มลมร้อนแบบวางบนตัว และตั้งอุณหภูมิของเครื่องเป่าลมร้อนสูงสุดที่ 43 องศาเซลเซียส อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึง 37.2 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น ปลายมือปลายเท้าไม่เย็น



การพยาบาลระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเปิดหลอดเลือดแดงบริเวณมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่
2. ผู้ป่วยสับสนมาสุขสบาย บอกปวดแผล pain score 5 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น มีอาการปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยบอกปวดแผลลดลง pain score 0-3 คะแนน
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ และนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวด โดยสังเกตและสอบถามระดับความรุนแรง ลักษณะความเจ็บปวด
2. ตรวจสอบสัญญาณชีพ อธิบายสาเหตุของความเจ็บปวดและแผนการรักษาของแพทย์
3. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยสุขสบายโดยให้ท่านศีรษะสูง 30 องศา พร้อมห่มผ้าให้ความอบอุ่น
4. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์ และติดตามอาการข้างเคียง
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและลดสิ่งรบกวนกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด
6. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สอนการทำเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation

Technique) เพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น การหายใจช้า ๆ เป็นจังหวะ การทำสมาธิ เพื่อให้ผ่อนคลาย ลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์และเบี่ยงเบนความสนใจ

การประเมินผลการพยาบาล

หลังได้รับยาแก้ปวด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่นขึ้น ปวดแผลลดลง pain score 3 คะแนน พักหลับได้ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 136/92 มิลลิเมตรปรอท

ข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าวิตกกังวล ซักถามอาการหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการรักษาและอาการแขนขาอ่อนแรง เมื่อไปเยี่ยมหลังผ่าตัด
2. ผู้ป่วยไม่สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้ม
2. ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้



3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการติดตามการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. พุดคุยให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามรวมทั้งระบายความรู้สึก
2. พุดคุยอธิบายแนวทางการรักษาเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและคลายกังวล
3. แนะนำวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานยาตามแผน

การรักษาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การพักผ่อน งดดื่มเหล้าและงดสูบบุหรี่ การทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก อาเจียน ชักเกร็ง การเคลื่อนไหวช้าลง ระดับการรับรู้ลดลง แผลผ่าตัดอักเสบให้รีบมาพบแพทย์ก่อนนัด และเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อความเข้าใจ

การประเมินผลการพยาบาล

หลังพุดคุยให้คำแนะนำ ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้มมากขึ้น ให้มีส่วนร่วมในการรักษา สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้

การติดตามเยี่ยมหลังรับความรู้สึก

การติดตามเยี่ยมวันที่ 1 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4M6V5 pupil 3 mm. RTLBE แขนขาข้างขวา grade 5 และแขนขาซ้าย grade 5 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 - 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 170/100 - 150/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง (O₂ Sat) 98 - 100% On Nicardipine (1:5) ⑤ drip 20 ml/hr แผลที่คอ บวม ไม่ปวด ไม่มีเสียงแหบ ศัลยแพทย์ตรวจเย็บอาการให้ผ่าตัดซ้ำเนื่องจากเกิดก้อนเลือดคั่งที่แผลผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดเอาเลือดคั่งออกสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ความเข้มข้นของเลือด เท่ากับ 28% วิสัญญีแพทย์ให้ PRC 1 ยูนิต ⑤ drip ระหว่างให้เลือดไม่พบความผิดปกติ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 82- 98 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที และความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120-130/ 60-70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98 - 100 เปอร์เซ็นต์ ส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

การติดตามเยี่ยมวันที่ 2 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หลังผ่าตัด 2 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4M6V5 pupil 3 mm. RTLBE แขนขาข้างขวา grade 5 และแขนขาซ้าย grade 5 อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 70-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 - 150/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98 - 99 เปอร์เซ็นต์ On Nicardipine (1:5) ⑤ drip 5 ml/hr แผลคอไม่บวม ไม่ปวด ไม่มีเสียง เริ่มทานอาหารอ่อนได้

การติดตามเยี่ยมวันที่ 3 ผู้ป่วยย้ายจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมมาอยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4M6V5 pupil 3 mm. RTLBE แขนขาข้างขวา grade 5 และแขนขาซ้าย grade 5 ความดันโลหิต 130/80 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60-90 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98 - 99 เปอร์เซ็นต์ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที แผลที่คอไม่บวม มีอาการความดันโลหิตรับประทาน ติดตามการเย็บจนถึงจำหน่าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4M6V5 แขนขาข้างขวา grade 5 และแขนขาซ้าย grade 5 พุดชัดเจนดี รับประทานอาหารได้ สัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอาการบวมแดง ไม่ปวดแผล ได้ยาตามแผนการรักษา ส่งฝึกทำกายภาพโดยนักกายภาพบำบัด ได้รับการวางแผนการจำหน่ายจากพยาบาลหอผู้ป่วย บุตรมารับกลับบ้าน รวมระยะเวลาที่อยู่วิทยาบาล 10 วัน

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี มีประวัติ 2 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาล มีขา 2 ข้างอ่อนแรงมากขึ้น ยกไม่ขึ้น แต่ยังสามารถเดินได้ มุมปากซ้ายตก ลิ้นแข็งเล็กน้อย E4M6V5 pupil 3 mm RTLBE Lt Facial palsy ประเมิน Muscle power ทั้งแขนและขา grade 5 ไปตรวจที่โรงพยาบาลประจำบ้าน พบว่า ภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดภายในตีตันจึงส่งตัวมารักษาโรงพยาบาลราชบุรี การวินิจฉัยครั้งแรกภาวะหลอดเลือดแดงคาโรติดตีตัน (70% Stenosis Lt Cavernous ICA, 50-69% Stenosis Lt Carotid bulb, 70% Stenosis Rt Cervical ICA) การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Rt Common carotid Artery Stenosis (Rt CCA Stenosis) แพทย์อายุรกรรมระบบประสาท start ยา DAPT 3 เดือน แล้วส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลราชบุรีเพื่อผ่าตัด Carotid Endarterectomy (CEA) แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด ต่อมาผู้ป่วยมีอาการ recurrent TIA จึงได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Carotid Endarterectomy (CEA) แบบรู้สึกตัว หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4M6V5 pupil 3 mm. RTLBE แขนขาข้างขวาและซ้าย grade 5 อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 170/100-150/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98 - 100 เปอร์เซ็นต์ On Nicardipine (1:5) ⑤ drip 10 mL/hr ผลที่คอบวมไม่ปวด ไม่มีเสียงแหบ ศัลยแพทย์ตรวจเย็บอาการให้ผ่าตัดซ้ำเนื่องจากเกิดก้อนเลือดคั่งที่แผลผ่าตัด ควบคุมความดันโลหิตผู้ป่วยด้วย Nicardipine (1:5) ⑤ drip 20 mL/hr สัญญาณชีพปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 82- 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120-130/60-70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98 - 100 เปอร์เซ็นต์ ส่งผู้ป่วยกลับตึก ติดตามการเย็บจนถึงจำหน่าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4M6V5 พุดชัดเจบดี แขนขาข้างขวาและข้างซ้าย grade 5 รับประทานอาหารได้ สัญญาณชีพปกติ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอาการบวมแดง ไม่ปวดแผล ได้ยาตามแผนการรักษา ส่งฝึกทำกายภาพโดยนักกายภาพบำบัด ได้รับการวางแผนการจำหน่ายจากพยาบาลหอผู้ป่วย รวมระยะเวลาที่อยู๋โรงพยาบาล 10 วัน และนัดมาตรวจติดตามอาการซ้ำอีก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระดับความรู้สึกแบบรู้สึกเพื่อผ่าตัดนำสิ่งอุดตันภายในหลอดเลือดแดงคาโรติดออกเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในการพยาบาลผู้ป่วยระดับความรู้สึกแบบรู้สึกเพื่อผ่าตัดนำสิ่งอุดตันภายในหลอดเลือดแดงคาโรติดออกแก่วิสัญญพยาบาล เช่น การประเมินภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องส่งต่อ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้การระดับความรู้สึก เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานสถิติโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
- ทศพล ประภัสโร. (2562). Risk & benefit of carotid endarterectomy VS stenting: Conclusion from clinical trials. ในปิยนุช พุตระกูล, ณัฐวุฒิ เสริมสาธณสวัสดิ์, และคามิน ชินศักดิ์ชัย (บ.ก.), ศัลยศาสตร์หลอดเลือดประยุกต์ เล่ม 6: Decision making in vascular surgery (น. 93-117). สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.



- วิจิตร สักกะโท ญัฐวฒ พ่วงพันธุ์งาม และวุฒิชัย แสงประกาย. (2569). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหลอดเลือดแดงคอโรติดในระยะผ่าตัด: บทความทบทวนวรรณกรรม. *วารสารเวชบันทึกศิริราช*, 19(1), 28–36.
<https://doi.org/10.33192/smb.v19i1.276022>
- Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., et al. (2019). Heart disease and stroke statistics—2019 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 139(10), e56–e528.
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., Kamel, H., Kernan, W. N., Kittner, S. J., Leira, E. C., Lennon, O., Meschia, J. F., Oviagele, B., Prabhakaran, S., Richards, C. T., Rodriguez-Yañez, M., Saver, J. L., Sheth, K. N., & Williams, L. S. (2021). 2021 guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52(7), e364–e467.
<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375>
- Lewis, S. C., Warlow, C. P., Bodenham, A. R., Colam, B., Rothwell, P. M., & GALA Trial Collaborative Group. (2008). General anaesthesia versus local anaesthesia for carotid surgery (GALA): A multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet*, 372(9656), 2132–2142. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61699-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61699-4)
- Libby, P. (2002). Inflammation in atherosclerosis. *Nature*, 420(6917), 868–874.
<https://doi.org/10.1038/nature01323>
- Naylor, A. R., Ricco, J.-B., de Borst, G. J., Debus, S., de Haro, J., Halliday, A., Hamilton, G., Kakisis, J., Kakkos, S., Lepidi, S., Markus, H. S., McCabe, D. J. H., Roy, J., Sillesen, H., van den Berg, J. C., & Vermassen, F. (2023). Editor’s choice—Management of atherosclerotic carotid and vertebral artery disease: 2023 clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 65(1), 7–111. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2022.04.011>
- North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. (1991). Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. *The New England Journal of Medicine*, 325(7), 445–453.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199108153250701>