บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไทรอยด์ขึ้นตาที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกเบ้าตา

Nurses' role in caring for patients with Thyroid Eye Disease receiving the Orbital Decompression

ศศิวิมล ดีคำ และ รสธร ประสิทธิ์โชคชัย

Sasiwimon Deekum and Rosathon Prasitchokchai

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

ภาวะไทรอยด์ขึ้นตาเป็นภาวะแทรกซ้อนทางตาที่รุนแรงจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการมองเห็น สภาวะจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การผ่าตัดกระดูกเบ้าตาเป็นมาตรฐานการรักษาที่สำคัญเพื่อป้องกันความพิการทางการมองเห็น แนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงลึกสำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยผสานองค์ความรู้จากพยาธิสรีรวิทยา การประเมินทางคลินิก และผลกระทบทางจิตใจ มุ่งเน้นการดูแลแบบบูรณาการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ผสานเข้ากับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไทรอยด์ขึ้นตาที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกเบ้าตาครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดที่เน้นการประเมินทางคลินิก และการประเมินความพร้อมก่อนการดมยาสลบ ระยะหลังผ่าตัดที่ให้ความสำคัญสูงสุดกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤต โดยเฉพาะภาวะเลือดออกหลังลูกตา และภาวะน้ำไขสันหลังรั่ว ควบคู่กับการพยาบาลทางจิตใจ ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งผ่านการดูแล บูรณการร่วมกับเทคนิคการสอนกลับ เน้นระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ เน้นย้ำการงดสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด และการสนับสนุนทางจิตใจเพื่อการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตระยะยาว การบูรณาการความรู้ทางคลินิกนี้ช่วยเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการประเมินความเสี่ยง ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมผลลัพธ์การรักษาแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: การผ่าตัดกระดูกเบ้าตา, การดูแลที่ไร้รอยต่อ, วิธีการสอนกลับ, ไทรอยด์ขึ้นตา

Abstract

Thyroid Eye Disease (TED) is a severe ocular complication arising from an autoimmune disorder, directly impacting patients' vision, psychological well-being, and overall quality of life of patients. Orbital decompression surgery serves as a crucial standard treatment to prevent visual impairment. The in-depth nursing practice guidelines for ward nurses by integrating knowledge from pathophysiology, clinical

Corresponding author E-mail: Sasiwimon.dek@mahidol.ac.th

วันที่รับบทความ: 5 เมษายน 2569 วันที่แก้ไขบทความ: 5 มิถุนายน 2569 วันที่ตอบรับบทความ: 6 มิถุนายน 2569

assessment, and psychological impacts. It primarily focuses on evidence-based integrated care combined with a holistic patient care approach. The role of the nurse in caring for TED patients undergoing orbital decompression encompasses the preoperative phase, which emphasizes clinical assessment and pre-anesthetic readiness evaluation. During the postoperative phase, the utmost priority is placed on the vigilant monitoring of critical complications, particularly retrobulbar hemorrhage and cerebrospinal fluid (CSF) leakage alongside psychological nursing care and discharge planning. By applying a transitional care model integrated with the teach-back method, the approach emphasizes a seamless care delivery system, strictly advocates for absolute smoking cessation, and provides psychological support to restore long-term quality of life. The integration of this clinical knowledge enhances nurses' competencies in risk assessment, minimizes complications, and effectively promotes holistic treatment outcomes, ultimately enabling patients to resume a high-quality of life.

Keywords: Orbital Decompression, Seamless Care, Teach- Back Method, Thyroid Eye Disease

บทนำ

ภาวะไทรอยด์ขึ้นตา (Thyroid Eye Disease [TED]) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางตาที่รุนแรงจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการมองเห็น สภาวะจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ แนวทางการปฏิบัติทางคลินิกในปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษาร่วมกันทั้งการจัดการระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดการอักเสบ การผ่าตัดเพื่อขยายพื้นที่เบ้าตา และฟื้นฟูโครงสร้างใบหน้า (Bartalena et al., 2021)

จากการศึกษาทางคลินิกแบบย้อนหลัง ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศไทยโดย Lekskul และคณะ (2021) พบว่าผู้ป่วยไทรอยด์ขึ้นตาที่มีภาวะตาเหล่ถึงร้อยละ 43.3 มีประวัติการเข้ารับการผ่าตัดขยายเบ้าตามาก่อน สถิตินี้สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อการลุกลามของโรคเข้าสู่ระยะที่คุกคามการมองเห็น หรือมีตาโปนจนเสียบุคลิกภาพ การผ่าตัดกระดูกเบ้าตาเพื่อนำกระดูกผนังเบ้าตาหรือไขมันออกถือเป็นหัตถการมาตรฐานที่สำคัญในการรักษาเพื่อลดความดันในเบ้าตา ป้องกันความพิการทางการมองเห็น (Braun et al., 2017) และแก้ไขภาวะตาโปนช่วยปรับแต่งใบหน้าให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา การตรวจทางคลินิก และสังเคราะห์บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวม ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและการจัดการภาวะแทรกซ้อน และการวางแผนจำหน่ายที่มุ่งเน้นการส่งผ่านการดูแลที่ไร้รอยต่อ (seamless care) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

พยาธิสรีรวิทยา

โครงสร้างเบ้าตามีปริมาตรจำกัดคงที่ประมาณ 30 มิลลิลิตร ถูกปิดล้อมด้วยผนังกระดูก ภายในโพรงกระดูกที่ปิดล้อมนี้บรรจุลูกตา กล้ามเนื้อนอกลูกตา เส้นประสาท และเนื้อเยื่อไขมัน หากกล้ามเนื้อตามีความผิดปกติจะทำให้ไม่สามารถกลอกตาได้อย่างสมบูรณ์ อาจมีการดึงรั้งทำให้เกิดตาเขได้ กล้ามเนื้อกลุ่ม rectus โดยเฉพาะ inferior rectus เป็นมัดที่พบความผิดปกติได้มากที่สุด (กนกกาญจน์ ภมรประวัติ, 2564)

ไทรอยด์ขึ้นตาเกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันโดยแอนติบอดี (TSH-receptor antibodies) เข้ามาจับกับตัวรับที่อยู่บนเซลล์ไฟโบรบลาสต์ (fibroblasts) บริเวณหลังลูกตากระตุ้นให้เกิดการอักเสบ และหลั่งสาร

ไกลโคซามิโนไกลแคน (glycosaminoglycans) มาสะสมบริเวณกล้ามเนื้อตาและเนื้อเยื่อไขมัน และขยายขนาดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Kulbay et al., 2024) ทำให้ความดันในเบ้าตาสูงขึ้น ดันลูกตาให้ยื่นออกมาด้านหน้าเกิดภาวะตาโปน (proptosis) กล้ามเนื้อตาตึงตัวทำให้กลอกตาไม่รอบ เกิดภาพซ้อน และหากแรงดันนี้สูงจนไปกดทับเส้นประสาทตา (optic nerve) จะนำไปสู่ภาวะคุกคามการมองเห็นซึ่งเป็นข้อบ่งชี้สำคัญที่ต้องได้รับการผ่าตัดขยายเบ้าตาเพื่อระบายความดันนี้ออก

พยาบาลต้องวิเคราะห์และประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ได้แก่ 1) ผลกระทบทางร่างกาย เสี่ยงต่อภาวะกระจกตาอักเสบ สูญเสียการมองเห็น และปวดตารุนแรง (Burch et al., 2022; Johnson et al., 2021) 2) ผลกระทบทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของใบหน้าทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความเคารพในตนเอง เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า และ 3) ผลกระทบทางการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยมักปลีกตัวออกจากสังคม พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน และให้การสนับสนุนทางจิตใจอย่างใกล้ชิด ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ (Li & Sun., 2024)

การตรวจทางคลินิก

การประเมิน และการวินิจฉัยทางคลินิกก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยไทรอยด์ขึ้นตาที่จะเข้ารับการผ่าตัดกระดูกเบ้าตามีเป้าหมายสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ประเมินความรุนแรงของโรค เพื่อวางแผนการผ่าตัด 2) ค้นหาภาวะคุกคามการมองเห็นที่ต้องผ่าตัดด่วน และ 3) ประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนการดมยาสลบ โดยแพทย์จะทำการส่งตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์และภูมิคุ้มกัน เช่น TRAb และอิมมูโนโกลบูลินชนิดกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid-stimulating immunoglobulin) เป็นต้น ร่วมกับการประเมินระดับความรุนแรงของโรคด้วยเครื่องมือมาตรฐาน คือ Clinical Activity Score (CAS) ซึ่งประเมินตามกลุ่มอาการของอาการปวด รอยแดงและอาการบวม และอาการและอาการแสดง 7 ข้อโดยมีแนวทางการประเมินสำหรับพยาบาลดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 การประเมินความรุนแรงของโรคด้วย CAS และแนวทางการประเมินสำหรับพยาบาล

กลุ่มอาการ	อาการและอาการแสดง	แนวทางการประเมินสำหรับพยาบาล
อาการปวด	1. ปวดเบ้าตาโดยไม่ได้เคลื่อนไหว	ซักประวัติและประเมินระดับความปวด ขณะผู้ป่วยพัก
	2. ปวดเมื่อกลอกตา	ให้ผู้ป่วยกลอกตาขึ้น-ลง ซ้าย-ขวา แล้วสอบถามอาการปวด
รอยแดง	3. เปลือกตาแดง	สังเกตสีของผิวหนังบริเวณเปลือกตาเทียบกับบริเวณอื่น
	4. เยื่อบุตาแดง	ใช้ไฟฉายตรวจดูความแดงของเยื่อบุตาขาว
อาการบวม	5. เปลือกตาบวม	สังเกตความหนาตัวของเปลือกตาบนและล่าง
	6. เยื่อบุตาบวม	ตรวจดูการโป่งพองของเยื่อบุตาขาว (อาจมีลักษณะคล้ายถุงน้ำ)
	7. บริเวณหัวตาบวม	สังเกตติ่งเนื้อเยื่อบริเวณหัวตาว่ามีขนาดใหญ่หรือบวมเป่งหรือไม่
การให้คะแนน		ข้อละ 1 คะแนน
ความหมายของคะแนนรวม		คะแนน ≥ 3 = ระยะลุกลาม คะแนน < 3 = ระยะสงบ
การทำงานของดวงตาบกพร่อง		การมองเห็นลดลง ≥ 1 บรรทัด บนแผนภูมิสเนลเลนภายใน 1-3 เดือน
		การเคลื่อนไหวของดวงตาลดลง ≥ 5องศา ภายใน 1-3 เดือนที่ผ่านมา

แหล่งข้อมูล: (Bartalena et al., 2021; Jain et al., 2021)

นอกจากนี้ยังมีการนำแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมแพทย์ต่อมไร้ท่อแห่งยุโรป (EUGOGO) (Bartalena et al., 2021; Ciarmatori et al., 2025) เครื่องมือวัดความโปนของลูกตา การตรวจตาบอดสี (Hertel exophthalmometer) การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสี ได้แก่ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography [CT]) หรือการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging [MRI]) บริเวณเบ้าตา เป็นต้น ในการประเมินข้อมูลที่ได้จากการถ่ายภาพรังสีแสดงเกี่ยวกับปริมาณและการกระจายตัวของการขยายตัวของเนื้อเยื่อในเบ้าตา (กล้ามเนื้อหนาขึ้น และปริมาณไขมันเพิ่มขึ้น ในระยะลุกลามจะมีขยายตัวของกล้ามเนื้อตาร่วมกับการเคลื่อนไหวลูกตาที่ถูกจำกัดแต่ยังเห็นการยืดตัวของกล้ามเนื้อตา ต่างจากในระยะสงบที่พบว่าความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อตาลดลง ทำให้ไม่สามารถกลอกตาได้สุดตามการเคลื่อนไหวของดวงตา

การดำเนินโรคของโรคไทรอยด์ขึ้นตา อธิบายได้ด้วยแนวคิด Rundle's curve (Maurya et al., 2021) ซึ่งแบ่งวงจรของโรคเป็น 2 ระยะที่มีความแตกต่างกันในพยาธิสภาพ และแนวทางการรักษาอย่างชัดเจน

1. **ระยะลุกลาม** (active phase) พบในระยะ 1-2 ปีแรก เป็นช่วงที่ความรุนแรงของโรคพุ่งขึ้นสูงอย่างรวดเร็ว มีการอักเสบบริเวณเนื้อเยื่อรอบตวงตา ปวดตา และตาโปนอย่างเห็นได้ชัด เป้าหมายของการรักษาคือ การหยุดยั้งการอักเสบให้เร็วที่สุดเพื่อป้องกันความเสียหายของเนื้อเยื่อ และการมองเห็น แนวทางปฏิบัติของ EUGOGO แนะนำให้ใช้สเตียรอยด์ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำร่วมกับยากดภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง (Bartalena et al., 2021) ปัจจุบันมีการใช้ยารักษาแบบมุ่งเป้าที่เข้าไปยับยั้งการอักเสบระดับเซลล์ เพื่อเปลี่ยนทิศทางการดำเนินโรคไม่ให้ลุกลามอีกด้วย (ณัษฐา จองพิศาล, 2561)

2. **ระยะสงบ** (inactive phase) เป็นระยะที่การอักเสบลดลง อาการบวมแดงทุเลาลง เนื้อเยื่อที่เคยอักเสบจะถูกแทนที่ด้วยพังผืด ความเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้กล้ามเนื้อตาขาดความยืดหยุ่นและนำไปสู่ความผิดปกติทางโครงสร้างอย่างถาวร เช่น ภาวะตาเข และมีภาพซ้อน (Burch et al., 2022) การใช้ยาเพื่อลดการอักเสบในระยะนี้จึงมักไม่ตอบสนอง แนวทางของ EUGOGO แนะนำให้เปลี่ยนการจัดการโรคไปสู่การทำศัลยกรรมฟื้นฟูตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ การผ่าตัดกระดูกเบ้าตาในรายที่มีอาการตาโปนหรือหลับตาไม่สนิท การผ่าตัดกล้ามเนื้อตาในรายที่มีอาการตาเขหรือเห็นภาพซ้อน และการผ่าตัดตกแต่งเปลือกตา ในรายที่มีอาการเปลือกตาถอยร่น เพื่อแก้ไขโครงสร้างที่ผิดปกติให้กลับมาใกล้เคียงเดิมมากที่สุด

การผ่าตัดกระดูกเบ้าตา ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดกระดูกเบ้าตา จากแนวทางของสมาคมต่อมไร้ท่ออเมริกาและยุโรป (ATA-ETA) ปี 2022 (Burch et al., 2022) มี 2 กรณีหลัก ได้แก่ 1) กรณีฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยที่มีเส้นประสาทตาถูกกดทับที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดการกดทับและป้องกันเส้นประสาทตาขาดเลือด และ 2) กรณีเพื่อการฟื้นฟูสภาพ พิจารณาเมื่อผู้ป่วยมีคะแนน CAS < 3 (ระยะสงบ) เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน สำหรับผู้ป่วยที่มีตาโปนรุนแรงจนเสี่ยงต่อกระจกตาเป็นแผลหรือสูญเสียภาพลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญ (Bartalena et al., 2021) จากการศึกษาของ Rezar-Dreindl และคณะ (2022) พบว่าเป้าหมายของการผ่าตัดลดแรงดันในเบ้าตาคือการลดแรงดันเนื้อเยื่อในเบ้าตา ฟื้นฟูการมองเห็นและการทำงานของกล้ามเนื้อนอกลูกตา และลดภาวะตาโปน

การผ่าตัดกระดูกเบ้าตา (orbital decompression) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มพื้นที่ในเบ้าตาให้ลูกตาสามารถถอยกลับเข้าไปในตำแหน่งปกติได้ โดยแบ่งออกเป็น 2 เทคนิคหลัก ได้แก่ **1) การผ่าตัดลดปริมาตรไขมัน** (fat decompression) ซึ่งเป็นการตัดเอาเนื้อเยื่อไขมันหลังลูกตาที่บวมน้ำออกบางส่วน เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีตาโปนในระดับปานกลาง

และ 2) **การผ่าตัดเอาผนังกระดูกเบ้าตาออก** (bony decompression) เพื่อขยายพื้นที่ให้ลูกตาและเนื้อเยื่อถอยร่นไปด้านหลังได้ ซึ่งอาจทำผนังเดียวหรือหลายผนังร่วมกัน

บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวม

บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมบทบาทพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัด และการจัดการภาวะแทรกซ้อน และการวางแผนจำหน่าย ดังต่อไปนี้

ในระยะก่อนผ่าตัด เป็นช่วงเวลาสำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อลดความเสี่ยง และป้องกันภาวะแทรกซ้อน พยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้

1. **การประเมินทางคลินิกเชิงลึก** พยาบาลต้องประเมินและบันทึกระดับการมองเห็น (visual acuity) ลานสายตา และการมองเห็นสีเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

2. **การประเมินความพร้อมทั่วไปก่อนการดมยาสลบ** พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมทางร่างกายตามมาตรฐาน (กนกกาญจน์ ภมรประวัติ, 2564) ดังนี้

2.1 การเจาะเลือดมาตรฐาน CBC (ดูภาวะซีด/ติดเชื้อ), Electrolytes, BUN/ Creatinine และที่สำคัญที่สุดคือ Coagulation studies (PT, PTT, INR) เพื่อประเมินการแข็งตัวของเลือด เนื่องจากเบ้าตามีเส้นเลือดมาก หากเลือดหยุดยากจะเสี่ยงต่อภาวะ Retrobulbar hematoma

2.2 การตรวจภาพทางรังสีทรวงอก และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินความพร้อมของหัวใจ และปอด

2.3 การประเมินด้านจิตสังคม และการจัดการความคาดหวัง พยาบาลควรประเมินระดับความวิตกกังวล และเผชิญภาวะสูญเสียความภูมิใจจากใบหน้าที่ผิดรูป (Schovanek et al., 2025) เพื่อคัดกรองผู้ป่วยและวางแผนการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับญาติ พยาบาลต้องอธิบายให้เข้าใจถึงผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของการผ่าตัด และอาการบวมช้ำรอบดวงตา ภาพซ้อนชั่วคราวจากการปรับตำแหน่งของกล้ามเนื้อตาที่ต้องเกิดขึ้นหลังผ่าตัด (กนกกาญจน์ ภมรประวัติ, 2564) เพื่อลดความวิตกกังวลหรือตื่นตระหนก

3. **การให้คำแนะนำ** พยาบาลควรให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการเตรียมตัวผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำ งดอาหารตามแผนการรักษา และสอนเทคนิคการหายใจเพื่อลดความวิตกกังวล

ในระยะหลังผ่าตัดและการจัดการภาวะแทรกซ้อน ในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ถือเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดโดยมีเป้าหมายหลัก คือ การพยาบาลที่ “ ปกป้องการมองเห็น ” และ “ ลดอาการบวมปวดรุนแรง ” เพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตทางจักษุ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญ ดังนี้

1. **การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกหลังลูกตา** (retrobulbar hemorrhage) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางจักษุที่รุนแรง ส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงเส้นประสาทตาถูกบีบรัดหากขาดเลือด อาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที พยาบาลและจักษุแพทย์ต้องร่วมกันตรวจประเมินทางประสาทจักษุทุก 1-4 ชั่วโมง สัญญาณเตือนฉุกเฉินคือ ปวดตารุนแรงเฉียบพลันภายหลังการรับประทานยาแก้ปวดแล้วแต่อาการยังไม่ทุเลา ตาโปนตึงอย่างรวดเร็ว การมองเห็นลดลง และรูม่านตาตอบสนองต่อแสงลดลง หากพบอาการดังกล่าวต้องจัดให้นอนศีรษะสูง รายงานแพทย์ งดน้ำ งดอาหาร และเตรียมอุปกรณ์สำหรับตัดเปิดหางตา (lateral canthotomy) ไว้ปลายเตียงผู้ป่วย หรือนำผู้ป่วยกลับเข้าห้องผ่าตัดเพื่อระบายเลือดออกได้ทันท่วงที (Park et al., 2021)

2. **การเฝ้าระวังภาวะน้ำไขสันหลังรั่ว** (cerebrospinal fluid [CSF] leak) อาจเกิดขึ้นกรณีที่แพทย์เลาะกระดูกผนังเบ้าตาด้านในหรือบนที่ติดกับฐานสมองแล้วเกิดการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมอง พยาบาลต้องสังเกตว่ามีน้ำใสไหลออกจากจมูก หรือผู้ป่วยบ่นว่ามีรสเค็ม/หวานไหลลงคอร่วมกับปวดศีรษะรุนแรง หากพบต้องให้ผู้ป่วยนอนราบ ห้ามสั่งน้ำมูก และรายงานแพทย์ทันที

3. **การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนเฉพาะที่**ตามตำแหน่งกระดูกเบ้าตาที่ถูกตัดออก (site-specific complication)

3.1 เฝ้าระวังเลือดกำเดาไหล และต้องเน้นย้ำห้ามผู้ป่วยสั่งน้ำมูกอย่างเด็ดขาด เพราะอาจทำให้ลมดันเข้าไปในเบ้าตาและเกิดการติดเชื้อได้ ในกรณีที่มีการเจาะผนังกระดูกด้านในซึ่งติดกับโพรงไซนัส

3.2 ประเมิน และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาจมีอาการชาบริเวณแก้ม ริมฝีปากบน หรือฟันบนในซีกที่ผ่าตัดซึ่งมักเป็นภาวะชั่วคราว และจะค่อย ๆ ดีขึ้น ในกรณีที่มีการเจาะพื้นกระดูกเบ้าตา ซึ่งมีเส้นประสาทรับความรู้สึกบริเวณใบหน้าพาดผ่าน

3.3 เฝ้าระวังอาการบวมตึงบริเวณขมับและหางตาในกรณีที่มีการเจาะผนังกระดูกด้านนอกซึ่งมักทำในกรณีที่มีอาการรุนแรงมาก เพื่อพื้นที่ให้มากที่สุด บริเวณนี้มีความแข็งแรงทนทาน

4. **การประเมินการทำงานของระบบประสาทตา** โดยใช้เครื่องมือเพื่อประเมิน 4 องค์ประกอบหลัก (Park et al., 2021) ดังนี้

4.1 การประเมินการตอบสนองของรูม่านตาใช้ไฟฉายทดสอบด้วยวิธี swinging flashlight test เพื่อประเมินภาวะรูม่านตาตอบสนองต่อแสงผิดปกติ (Relative Afferent Pupillary Defect [RAPD]) ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนสำคัญว่าเส้นประสาทตากำลังถูกกดทับ

4.2 การประเมินความคมชัดของการมองเห็นใช้แผ่นทดสอบสายตาแบบพกพาหรือการให้นับนิ้วมือเพื่อเฝ้าระวังภาวะการมองเห็นที่ลดลงอย่างรวดเร็ว

4.3 การประเมินการมองเห็นสีใช้วัตถุสีแดงสด เช่น จุกขวดยาหยอดตาสีแดง เป็นต้น ให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบการมองเห็นสีทีละข้าง หากสีแดงดูซีดจางลง อาจบ่งชี้ความผิดปกติของการทำงานของเส้นประสาทตา

4.4 การประเมินความตึงปวดและการเคลื่อนไหวลูกตา ใช้นิ้วมือของผู้ประเมินคลำสัมผัสเปลือกตาเบา ๆ เพื่อประเมินความตึงแข็ง หรือการโปนตึงอย่างรวดเร็วร่วมกับการประเมินระดับความปวด และให้ผู้ป่วยกลอกตา (Park et al., 2021)

5. **การควบคุมความดันในเบ้าตา** พยาบาลควรเฝ้าระวังป้องกันปัจจัยที่อาจเพิ่มความดันในเบ้าตา เช่น คลื่นไส้อาเจียน ไอ จาม เบ่งถ่าย และการสั่งน้ำมูก พร้อมทั้งให้ยาต้านการอาเจียนตามแผนการรักษา และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยงดไอ ตาม เบ่ง หรือสั่งน้ำมูก (Jefferis et al., 2018)

6. **การจัดการความปวด บวม และการจัดท่า** ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด ประคบเย็นบริเวณรอบดวงตาในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเพื่อช่วยลดอาการบวม และบริหารยาแก้ปวดตามแผนการรักษาแพทย์

7. **การดูแลแผลผ่าตัด และการปกป้องกระจกตา** เช็ดทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือปลอดเชื้อ ห้ามแผลโดนน้ำจนกว่าจะทำการตัดไหม อาจมีอาการหลับตาไม่สนิท (Lagophthalmos) ส่งผลให้กระจกตาแห้งและเป็นแผลได้ พยาบาลต้องดูแลป้ายยา หยอดน้ำตาเทียม หากหลับตาไม่สนิทในเวลากลางคืนอาจใช้เทปช่วงดึงเปลือกตาลงเพื่อให้หลับตาได้สนิท (tape lid) และใช้ที่ครอบตาปิดเวลานอนเพื่อรักษากระจกตาให้ชุ่มชื้น (กนกกาญจน์ ภมรประวัติ, 2564)

8. **การรับมือกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์หลังผ่าตัด** ไทรอยด์ขึ้นตาส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อภาพลักษณ์ (Schovanek et al., 2025) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Badri และคณะ (2024) พบว่าการผ่าตัดลดแรงดันในเบ้าตาและการผ่าตัดแก้ไขตาเหล่หรือตกแต่งเปลือกตามีส่วนช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับรูปลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประคับประคองจิตใจ ดังนี้

8.1 การให้ข้อมูลเชิงรุกเกี่ยวกับการฟื้นตัว โดยอธิบายว่าอาการบวมช้ำหลังผ่าตัดเป็นภาวะชั่วคราว

ที่พบได้ตามปกติ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนความรู้สึก และซักถามข้อกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของรูปลักษณ์ เพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมการปรับตัวทางจิตสังคม (Jefferis et al., 2018; Al-Badri et al., 2024)

8.2 การใช้ทักษะการฟังอย่างใส่ใจ และสะท้อนความรู้สึกไม่ตัดสินอารมณ์ผู้ป่วย จัดกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจทางเสียง เช่น เปิดเพลง เพื่อดึงความสนใจออกจากความกังวล (Li & Sun, 2024)

8.3 การช่วยผู้ป่วยปรับมุมมองจากรูปลักษณ์ภายนอก มาสู่หน้าที่ของอวัยวะ สะท้อนความสำเร็จของการผ่าตัดในการลดความดันเบ้าตา เพื่อรักษาเส้นประสาทตา พร้อมให้กำลังใจเพื่อเพิ่มความเคารพในตนเอง (Al-Badri et al., 2024)

8.4 การเน้นย้ำญาติก่อนเข้าเยี่ยมเพื่อควบคุมสีหน้าไม่ให้แสดงความตกใจ แนะนำผู้ป่วยใช้วิธีพรางรูปลักษณ์ เช่น สวมแว่นตากันแดด เมื่อออกไปข้างนอก เป็นต้น

8.5 การสอนเทคนิคการหายใจ หากพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ร้องไห้ไม่หยุด พยาบาลต้องรายงานแพทย์เพื่อประสานงานส่งต่อทีมจิตเวชทันที

การวางแผนจำหน่าย พยาบาลได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งผ่านการดูแลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และงานวิจัยสนับสนุนว่าให้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่า คือ รูปแบบการส่งผ่านการดูแล (Care transitions program) ซึ่งประเมินผลผ่านเครื่องมือ แบบประเมินคุณภาพการดูแล ฉบับ 3 ข้อ (3-Item Care Transitions Measure: CTM-3) (Coleman et al., 2006) บูรณาการควบคู่กับการใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach-back method) เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และญาติอย่างแท้จริง เนื่องจากความเครียดและปัจจัยสิ่งแวดล้อมหลังผ่าตัดอาจทำให้ความสามารถในการจดจำข้อมูลลดลง พยาบาลจึงจัดกระบวนการวางแผนจำหน่ายโดยมุ่งเน้นระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อผ่าน 3 มิติสำคัญ และปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Coleman et al., 2006; Gonçalves-Bradley et al., 2022; ณัฏฐธิดา พัฒนจักร และคณะ,2565) โดยบูรณาการเนื้อหาทางจักษุ ดังนี้

1. มิติด้านการส่งเสริมศักยภาพในการจัดการตนเอง พยาบาลมุ่งเน้นการทบทวนความเข้าใจในบทบาทของยาและการปฏิบัติตน โดยใช้เทคนิค Teach-back ให้ผู้ป่วยหรือญาติสาธิตการหยอดน้ำตาเทียม การป้ายยาตาอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันกระจกตาอักเสบ ตลอดจนการเน้นย้ำท่านอนหนุนศีรษะสูง 30-45 องศา (Coleman et al., 2006; Gonçalves-Bradley et al., 2022) และข้อห้ามในการเพิ่มแรงดันในเบ้าตา เช่น การงดไอ จาม เบ่งถ่าย หรือการก้มศีรษะต่ำกว่าระดับเอว (Jefferis et al., 2018)

2. มิติด้านการสร้างความตระหนักรู้ต่ออาการแทรกซ้อนและสัญญาณเตือนวิกฤต พยาบาลใช้คำถามปลายเปิดทวนสอบความรู้ผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน โดยเฉพาะภาวะเลือดออกหลังลูกตา ได้แก่ อาการปวดตาเฉียบพลัน ตาโปนยื่นอย่างรวดเร็วหรือตามัวลง (Ciarmatori et al., 2025: Park et al., 2021) ผู้ป่วยต้องทราบว่าต้องรีบกลับมาโรงพยาบาลทันทีโดยไม่ต้องรอวันนัด หากมีน้ำใสไหลออกจากจมูกหรือลงคอ ซึ่งอาจมีภาวะน้ำไขสันหลังรั่วหลังผ่าตัด (Jefferis et al., 2018)

3. มิติด้านการปรับสภาพแวดล้อมและการสนับสนุนทางจิตสังคม พยาบาลร่วมมือกับญาติในการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม เน้นย้ำการงดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุดที่ทำให้โรคกลับมาเป็นซ้ำและลดทอนความสำเร็จของการผ่าตัด (Lim et al., 2021) พร้อมประเมิน และคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยให้ญาติเป็นแรงสนับสนุนทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้าสู่สังคมได้ดีขึ้น

บทสรุป

โรคไทรอยด์ขึ้นตาเป็นภาวะที่คุกคามทั้งการมองเห็นและอัตลักษณ์ของผู้ป่วย การผ่าตัดกระดูกเบ้าตาเป็นหัตถการที่ช่วยรักษาการมองเห็นและฟื้นฟูบุคลิกภาพ บทบาทของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่ง ตั้งแต่การเตรียมความพร้อม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนวิกฤต การพยาบาลทางจิตใจด้วยเทคนิค Teach-back การนำองค์ความรู้เหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิก จะช่วยยกระดับคุณภาพบริการ คืนการมองเห็นและรอยยิ้มให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

กนกกาญจน์ ภมรประวัติ. (2564). *จักษุวิทยาสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 3).สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ณัฏฐธิดา พัฒนจักร, มะลิวรรณ ศิลารัตน์, และ วาสนา รวยสูงเนิน. (2565). บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: กรณีศึกษา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40*(4), Article e260257.

ณัษฐา จองพิศาล. (2561). การศึกษาทบทวนผลการใช้ยารักษาแบบมุ่งเป้าในการรักษาภาวะตาโปนในโรคไทรอยด์. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 62*(3), 223-234.

Al-Badri, W. K. W., Jellema, H. M., Potvin, A. R. G. G., van Nispen, R. M. A., Bisschop, P. H., & Saeed, P. (2024). Psychological aspects of Graves' ophthalmopathy. *Endocrine Connections, 13*(9), Article e240259. https://doi.org/10.1530/EC-24-0259

Bartalena, L., Kahaly, G. J., Baldeschi, L., Dayan, C. M., Eckstein, A., Marcocci, C., Marinò, M., Vaidya, B., Wiersinga, W. M., & EUGOGO. (2021). The 2021 European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO) clinical practice guidelines for the medical management of Graves' orbitopathy. *European Journal of Endocrinology, 185*(4), G43-G67. https://doi.org/10.1530/EJE-21-0479

Braun, T. L., Bhadkamkar, M. A., Jubbal, K. T., Weber, A. C., & Marx, D. P. (2017). Orbital decompression for thyroid eye disease. *Seminars in Plastic Surgery, 31*(1), 40-45. https://doi.org/10.1055/s-0037-1598192

Burch, H. B., Perros, P., Bednarczuk, T., Cooper, D. S., Dolman, P. J., Leung, A. M., Mombaerts, I., Salvi, M., & Stan, M. N. (2022). Management of thyroid eye disease: A consensus statement by the American Thyroid Association and the European Thyroid Association. *Thyroid: Official Journal of the American Thyroid Association, 32*(12), 1439-1470. https://doi.org/10.1089/thy.2022.0251

Ciarmatori, N., Quaranta Leoni, F., & Quaranta Leoni, F. M. (2025). Redefining treatment paradigms in thyroid eye disease: Current and future therapeutic strategies. *Journal of Clinical Medicine, 14*(15), 5528. https://doi.org/10.3390/jcm14155528

Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. J. (2006). The care transitions measure: Results of a cross-sectional study. *Archives of Internal Medicine, 166*(17), 1822-1828. https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822

Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2022). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*(2), CD000313. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6

Jain, A. P., Jaru-Ampornpan, P., & Douglas, R. S. (2021). Thyroid eye disease: Redefining its management -A review. *Clinical & Experimental Ophthalmology, 49*(2), 203-211. https://doi.org/10.1111/ceo.13899

Jefferis, J. M., Jones, R. K., Currie, Z. I., Tan, J. H., & Salvi, S. M. (2018). Orbital decompression for thyroid eye disease: Methods, outcomes, and complications. *Eye (London, England), 32*(3), 626-636. https://doi.org/10.1038/eye.2017.260

Johnson, B. T., Jameyfield, E., & Aakalu, V. K. (2021). Optic neuropathy and diplopia from thyroid eye disease: Update on pathophysiology and treatment. *Current Opinion in Neurology, 34*(1), 116-121. https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000894

Kulbay, M., Tanya, S. M., Tuli, N., Dahoud, J., Dahoud, A., Alsaleh, F., Arthurs, B., & El-Hadad, C. (2024). A comprehensive review of thyroid eye disease pathogenesis: From immune dysregulations to novel diagnostic and therapeutic approaches. *International Journal of Molecular Sciences, 25*(21), Article 11628. https://doi.org/10.3390/ijms252111628

Lekskul, A., Tangtammaruk, P., & Wuthisiri, W. (2021). The outcome of one-to-four muscle surgery by intraoperative relaxed muscle positioning with adjustable suture technique in thyroid eye disease. *Clinical Ophthalmology, 15*, 3833-3839. https://doi.org/10.2147/OPTH.S333377

Li, J., & Sun, R. (2024). An observation study of the effect of " Internet + Nursing " on psychological status and quality of life of patients with thyroid eye disease. *Medicine, 103*(17), Article e37974. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000037974

Lim, S. Y., Lee, Y. J., Lee, J. Y., & Yoon, J. S. (2021). The effect of smoking on thyroid eye disease: A systematic review and meta-analysis. *Ophthalmic Epidemiology, 28*(6), 481-490. https://doi.org/10.1080/09286586.2021.1883707

Maurya, R. P., R, A. P., Kadir, S. M. U., Singh, V. P., Das, D., Gupta, S., Agrawal, S., Singh,V., & Roy, M. (2021). Recent advances in thyroid eye disease: An overview. *IP International Journal of Ocular Oncology and Oculoplasty, 7*(2), 117-130. https://doi.org/10.18231/j/ijooo.2021.027

Park, J. H., Kim, I., & Son, J. H. (2021). Incidence and management of retrobulbar hemorrhage after blowout fracture repair. *BMC Ophthalmology, 21*(1), 186. https://doi.org/10.1186/s12886-021-01943-1

Rezar-Dreindl, S., Papp, A., Baumann, A., Neumayer, T., Eibenberger, K., Stifter, E., & Schmidt-Erfurth, U. (2022). Management of patients with dysthyroid optic neuropathy treated with intravenous corticosteroids and/or orbital decompression surgery. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology, 260*(11), 3683-3691. https://doi.org/10.1007/s00417-022-05732-4

Schovanek, J., Radvansky, M., Karhanova, M., Bolacka, M., Pekarova, K., Dohnal, R., Kudelka, M., Kriegova, E., & Karasek, D. (2025). Long-term impact of thyroid eye disease on quality of life: Insights from a retrospective cohort study. *Endocrine Practice, 31*(5), 123-130. https://doi.org/10.1016/j.eprac.2025.02.003