

Emergency Surgical Management of Upper Airway Obstruction: Perioperative Nursing Roles

Supavadee Deecharoen, R.N.^{1*}, Natnarun Klaewklong, M.N.S., R.N.²

¹Perioperative Nursing Division, Department of Nursing Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; ²Department of Adult and Geriatric Nursing, Princess Ajarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal Academy, Bangkok 10210, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2025;18(4):229-234.

ABSTRACT

The upper respiratory tract comprises the nasal cavities, paranasal sinuses, oral cavity, pharynx, and larynx. Any dysfunction, anatomical abnormality, or pathological lesion within these structures can lead to partial or complete upper airway obstruction. This condition can occur suddenly (acute) or develop progressively (chronic) and poses a significant threat to the patient's ability to ventilate and oxygenate adequately. Common clinical manifestations include dyspnea, respiratory distress, stridor, restlessness, cyanosis, and in severe cases, loss of consciousness. Without immediate medical intervention, upper airway obstruction can rapidly progress to respiratory failure and death. Emergency tracheostomy is considered a definitive and life-saving surgical procedure in managing critical airway obstructions, especially when endotracheal intubation is not feasible. Perioperative nurses play a pivotal role in the management of patients requiring emergency tracheostomy. Their responsibilities extend beyond routine surgical preparation to include rapid assessment of airway compromise, early recognition of signs and symptoms, and effective communication with the multidisciplinary team. Furthermore, perioperative nurses are responsible for ensuring the availability and functionality of specialized surgical instruments and airway management equipment under urgent conditions. Their preparedness directly influences the efficiency of surgical intervention and patient outcomes. This article highlights the essential perioperative nursing roles in emergency airway management, emphasizing the importance of clinical competency, critical thinking, and teamwork. Timely, coordinated nursing care significantly contributes to reducing complications, improving patient safety, and enhancing survival rates in patients with upper airway obstruction.

Keywords: Upper airway obstruction; emergency surgery; airway management; critical care; nursing role

*Correspondence to: Supavadee Deecharoen

Email: sd_supavadee@outlook.com

Received: 25 June 2025

Revised: 9 July 2025

Accepted: 24 September 2025

<https://dx.doi.org/10.33192/smb.v18i4.276207>

การดูแลผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน: บทบาทพยาบาล

สุภาวดี ดีเจริญ^{1*}, ณัฐธินันท์ แคล้วคล่อง²

¹งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย, ²ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ กรุงเทพมหานคร 10210 ประเทศไทย.

บทคัดย่อ

ทางเดินหายใจส่วนบนประกอบด้วยโพรงจมูก โพรงไซนัส ช่องปาก คอหอย และกล่องเสียง ความผิดปกติของโครงสร้างหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในบริเวณดังกล่าว อาจส่งผลให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนบนทั้งแบบอุดตันบางส่วนหรือทั้งหมด การอุดตันทางเดินหายใจอาจเกิดขึ้นเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนของร่างกายอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักแสดงอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก มีเสียงหวีดขณะหายใจ กระสับกระส่าย ซีดวคล้ำ และในกรณีรุนแรงอาจหมดสติ หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที อาจนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวและเสียชีวิต การผ่าตัดเปิดหลอดลมฉุกเฉิน (emergency tracheostomy) เป็นหัตถการสำคัญที่ช่วยเปิดทางเดินหายใจอย่างรวดเร็วและปลอดภัย โดยเฉพาะเมื่อไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจทางปากหรือจมูกได้ พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดตันเฉียบพลัน หน้าที่สำคัญประกอบด้วย การประเมินอาการอย่างรวดเร็ว การสังเกตสัญญาณเตือน การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยหายใจให้พร้อมใช้งานทันที รวมถึงการสื่อสารประสานงานกับทีมผ่าตัดและทีมวิสัญญีอย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นไปตามมาตรฐานทางการพยาบาล ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต

คำสำคัญ: ทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน; การผ่าตัดเปิดทางเดินหายใจแบบฉุกเฉิน; การจัดการทางเดินหายใจ; การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต; บทบาทพยาบาล

บทนำ

ภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันแบบฉุกเฉิน เกิดจากการตีบแคบหรืออุดตันทางเดินหายใจส่วนบน มักเกี่ยวข้องกับการอักเสบ การติดเชื้อ หรือการบาดเจ็บของโครงสร้างทางเดินหายใจ ที่เกิดความผิดปกติ ขัดขวางการไหลของออกซิเจนจากโพรงจมูก คอหอย กล่องเสียง หลอดลม ไปยังปอด ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนและเสียชีวิตได้ การดูแลผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันแบบฉุกเฉิน ขั้นตอนการซักประวัติถึงการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง จึงมีความสำคัญต่อการวินิจฉัย และวางแผนการรักษาเป็นอย่างมาก แพทย์ต้องประเมินด้วยความรวดเร็วและแม่นยำ พยาบาลต้องมีความเชี่ยวชาญ สามารถประเมินภาวะทางเดินหายใจอุดตัน วางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่วยชีวิตได้รวดเร็วที่สุด บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถให้ประวัติได้เนื่องจากมีอาการเหนื่อย ไม่สามารถพูดประโยคให้สมบูรณ์

ได้ แพทย์หรือพยาบาลผู้ซักประวัติ อาจต้องอาศัยญาติหรือผู้เห็นเหตุการณ์เพื่อขอประวัติที่เกี่ยวข้อง การวินิจฉัยการอุดตันทางเดินหายใจต้องได้รับการตรวจร่างกายบริเวณศีรษะและคออย่างละเอียด เพื่อหาพยาธิสภาพที่อาจทำให้เกิดการกีดขวางภายนอกในโครงสร้างทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่มีการอุดตันทางเดินหายใจแบบฉุกเฉิน เกิดจากสาเหตุ เช่น พยาธิสภาพที่ผิดปกติ หรือการบาดเจ็บของอวัยวะในระบบทางเดินหายใจ การกลืนสิ่งแปลกปลอม อาการแพ้อย่างรุนแรง เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีอาการหายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด หายใจไม่ออก กระวนกระวาย สับสน ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้ามีสีซีดวคล้ำ หมดสติ และหัวใจหยุดเต้น³ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การดูแลขณะผ่าตัด และการดูแลภายหลังการผ่าตัดอย่างถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

การรักษาผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันแบบฉุกเฉิน

1. การใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้กล้องแบบยืดหยุ่น (fiber optic flexible laryngoscope) ขณะตื่น

ในกรณีที่มีการอุดตันทางเดินหายใจระดับช่องปากหรือคอหอย แพทย์จะสอดท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) เข้าไปในกล้องแบบยืดหยุ่น⁴ (fiber optic flexible scope) กล้องแบบยืดหยุ่นที่ใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว จะส่องผ่านโพรงจมูกไปที่ระดับกล่องเสียงในขณะที่ผู้ป่วยนั่งตัวตรง มีการพ่นยาชา 1% Xylocaine without adrenaline 1 มิลลิลิตร ผ่านช่องด้านข้างของกล้องแบบยืดหยุ่นไปที่สายเสียง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกชา ป้องกันการหดเกร็งของกล่องเสียง เมื่อสายเสียงเปิด กล้องแบบยืดหยุ่นจะผ่านระดับของสายเสียง จากนั้นแพทย์ผู้ช่วยจึงดันท่อช่วยหายใจผ่านสายเสียงลงไป เมื่อได้รับระดับความลึกของท่อช่วยหายใจที่เหมาะสมแล้ว วัสดุญูทำการติดท่อช่วยหายใจที่มุมปาก จากนั้นจึงให้ยาสลบแก่ผู้ป่วย เตรียมทำหัตถการต่อไป

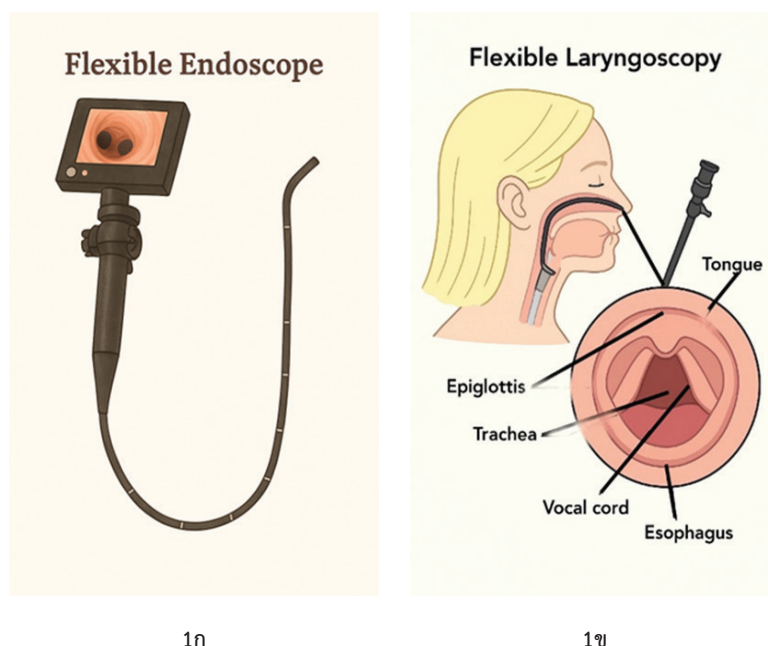
2. การเจาะช่องคอด้วยเข็ม (needle cricothyroidotomy)

เป็นหัตถการที่ใช้ เมื่อวิธีการรักษาผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจอุดตันแบบฉุกเฉินอื่น ๆ ไม่สำเร็จ ผู้ป่วยไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจหรือให้ออกซิเจนได้ การผ่าตัดเปิดทางเดินหายใจทันทีจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง แพทย์ผู้ทำผ่าตัดต้องมีความชำนาญและ

มีความแม่นยำในกายวิภาค พยาบาลห้องผ่าตัด และวิสัญญีแพทย์ ต้องมีความเชี่ยวชาญในหัตถการเตรียมการช่วยเหลือได้ทันเวลาที่เพื่อให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยได้รับออกซิเจนโดยเร็วที่สุด การผ่าตัดทำได้โดยการใช้เข็มเปิดน้ำเกลือ เบอร์ 14 G เจาะผ่านเยื่อหุ้มคริโคไทรอยด์ (cricothyroid membrane)⁵ ซึ่งเป็นเยื่อที่อยู่ระหว่างกระดูกอ่อนไทรอยด์ (thyroid cartilage) และคริคอยด์ (cricoid) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน และหายใจได้^{6,7}

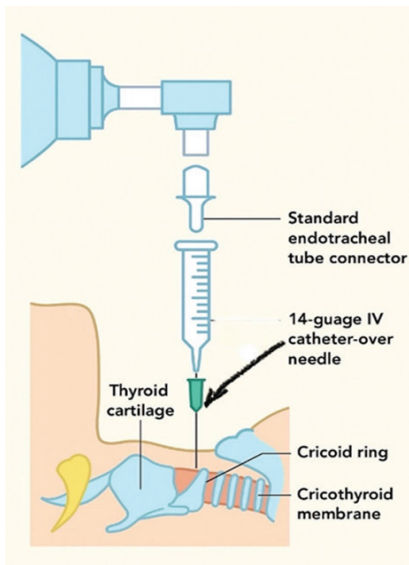
3. การเจาะคอ (tracheostomy)

ในกรณีที่ทางเดินหายใจอุดตันเฉียบพลัน การเปิดท่อช่วยหายใจฉุกเฉินหมายถึงการสร้างช่องทางติดต่อระหว่างหลอดลมกับผิวหนังบริเวณด้านหน้าของลำคอ ทำให้อากาศสามารถผ่านเข้าสู่ปอด โดยไม่ต้องผ่านช่องจมูก แพทย์จะคลำจุดสังเกตในตำแหน่งผ่าตัด เช่น รอยบากของต่อมไทรอยด์ รอยบากของกระดูกอก และรอยบากของกระดูกอ่อนคริคอยด์ (cricoid cartilage) ซึ่งเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างกล่องเสียงและหลอดลม โดยแพทย์จะเจาะผ่านช่องระหว่างกระดูกอ่อนวงแหวน (cricoid ring) ที่ 1 และ 2 มีเส้นเลือดที่ต้องระมัดระวังคือ หลอดเลือดแดงอินโนมินาต (innominate artery) ซึ่งเป็นหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ที่แตกแขนงออกมาจากส่วนโค้งของหลอดเลือดแดงใหญ่ (aortic arch) โดยจะมีแผลที่ผิวหนังอยู่ต่ำกว่าตำแหน่งกระดูกคริคอยด์ 1 - 2 เซนติเมตร แล้วจึงใส่ท่อเจาะคอ⁸ เพื่อให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย⁹



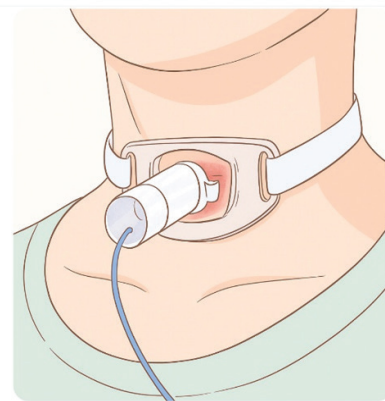
ภาพที่ 1 กล้องแบบยืดหยุ่น (fiber optic flexible laryngoscope) (1ก) การส่องกล้องแบบยืดหยุ่น (1ข)

ที่มา: สุภาวดี ตีเจริญ หน่วยผ่าตัดโสต นาสิก ลาริงซ์ งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล

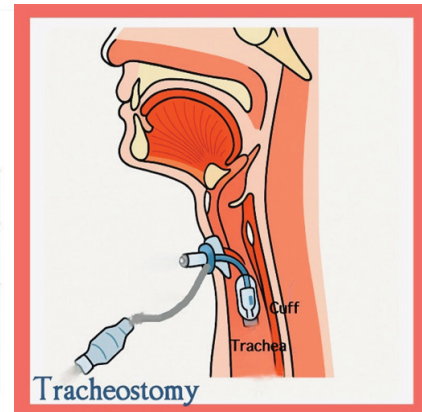


ภาพที่ 2 การเจาะช่องคอด้วยเข็ม (needle cricothyroidotomy)

ที่มา: สุภาวดี ดีเจริญ หน่วยผ่าตัดโสต นาสิก ลาริงซ์ งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล



3ก



3ข

ภาพที่ 3 การเจาะคอ (tracheostomy) (3ก) ตำแหน่งของท่อเจาะคอ (tracheostomy tube) (3ข)

ที่มา: สุภาวดี ดีเจริญ หน่วยผ่าตัดโสต นาสิก ลาริงซ์ งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจอุดกั้นแบบฉุกเฉิน

การผ่าตัดผู้ป่วยภาวะหายใจอุดกั้นแบบฉุกเฉิน เป็นการผ่าตัดที่ต้องให้การรักษารวดเร็ว และแม่นยำ เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยให้เร็วที่สุด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีความรู้ทางด้านกายวิภาคของทางเดินหายใจส่วนบนเพื่อประเมินผู้ป่วย สามารถระบุอาการหายใจลำบากด้วยความรวดเร็ว ติดตามอาการและบันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม โดยความรวดเร็ว มีทักษะในการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อส่งผู้ป่วยมายังห้องผ่าตัดโดยเร็ว รวมถึงการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ โดยบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยภาวะหายใจอุดกั้นแบบฉุกเฉิน แบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

1.1) เตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ในการผ่าตัด เช่น การเตรียมเซตเจาะคอ (set emergency tracheostomy) เซตกล้องส่องทางเดินหายใจส่วนบนแบบแข็ง (set rigid bronchoscope emergency) กล้องส่องทางเดินหายใจส่วนบนแบบยืดหยุ่น (flexible laryngoscope) ท่อช่วยหายใจขนาดต่าง ๆ จัดให้พร้อมหยิบใช้งานอยู่เสมอ หน่วยผ่าตัดโสต นาสิก ลาริงซ์ โรงพยาบาลศิริราช มีแนวทางปฏิบัติโดยการจัดเครื่องมือฉุกเฉินดังกล่าว เตรียมพร้อมใช้งานอยู่หลังห้องผ่าตัดที่ใช้เซตที่จัดเตรียมไว้สำหรับเคส

ฉุกเฉิน เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้งาน พยาบาลประจำห้องผ่าตัดมีหน้าที่ตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ และวันหมดอายุของหลอดเชื้อในตอนเช้าของทุกวัน

1.2) ประสานงานกับหน่วยงานต้นทาง ในการส่งผู้ป่วยมายังห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ทักษะในการสื่อสาร ชักประวัติข้อมูลของผู้ป่วยด้วยความรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา หากผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด โอกาสรอดชีวิตก็จะเพิ่มขึ้น สำหรับหน่วยผ่าตัดโสต นาสิก ลาริงซ์ โรงพยาบาลศิริราช มีตัวชี้วัด (Key performance indicator; KPI) เรื่องการประกันเวลาในการส่งผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นแบบฉุกเฉิน จากแผนกผู้ป่วยนอกโสต นาสิก ลาริงซ์ มายังห้องผ่าตัด ต้องอยู่ในระยะเวลา 40 นาทีหลังมีคำสั่งการรักษา รายงานประจำปีสถิติอัตราผู้ป่วยนอกที่ได้รับการผ่าตัดเจาะท่อหลอดลมคอภายใน 40 นาทีหลังมีคำสั่งการรักษา ของภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2568) พบว่าสถิติเดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2568 เป็นไปตามเป้าหมายคือ ร้อยละ 100

2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

2.1) ประเมินสภาพผู้ป่วย สามารถระบุอาการหายใจอุดกั้นได้อย่างรวดเร็ว เช่น หายใจลำบากมีหอบเหนื่อย หายใจมีเสียงหวีด (stridor) ริมฝีปาก และปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ สับสน กระสับกระส่าย^{10,11} เป็นต้น

2.2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา

2.3) ชักประวัติผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้เนื่องจากเหนื่อย หายใจลำบาก พยาบาลห้องผ่าตัดต้องชักประวัติจากญาติ

ด้วยความรวดเร็ว ให้ได้ข้อมูลครบถ้วนโดยใช้ภาษาสุภาพที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย โดยการซักประวัติต้องสอบถามถึงรอยโรคบริเวณ กระดูกต้นคอของผู้ป่วย เนื่องจากการผ่าตัดเจาะคอต้องจัดทำเย ศีรษะและคอของผู้ป่วย (Rose's position) จึงต้องระวังเป็นอย่าง มาก

2.4) เตรียมญาติผู้ป่วย ในการดำเนินเรื่องต่าง ๆ แทน ผู้ป่วย พร้อมทั้งสอบถามเบอร์โทรศัพท์ของญาติ ไว้เพื่อติดต่อใน สถานการณ์ฉุกเฉิน

2.5) ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารทางการแพทย์ ใบ ยินยอมรับการรักษา (consent form) โดยระบุรายละเอียดในการ ผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น วิธีการดมยาสลบ ลงวันเดือน ปีที่แจ้งให้ชัดเจน เนื่องจากการเจาะคอเป็นการเปลี่ยนแปลงการ หายใจและมีผลกระทบต่อสภาพลักษณะของผู้ป่วย ผู้ป่วยหรือญาติจึง ต้องทำความเข้าใจ ยินยอม และลงนามรับทราบให้เรียบร้อย

2.6) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง กรณีผ่าตัดเจาะคอที่ได้รับ การระงับความรู้สึกด้วยยาชาเฉพาะที่ หน่วยผ่าตัดโสต นาสิก ลาริงซ์ โรงพยาบาลศิริราช มีการใช้ลูกบอลเสียงให้ผู้ป่วยบิบบเพื่อให้อาสาสมัคร เป็นการสื่อสารบอกความเจ็บปวดของผู้ป่วย หากรู้สึกปวดมากขึ้นให้ บิบบลูกบอลเสียง แพทย์จะพิจารณาฉีดยาชาเพิ่มให้ตามความเหมาะสม

การพยาบาลระยะผ่าตัด

1. ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยเพื่อเตรียมการจัดท่า ทำผ่าตัด เจาะศีรษะและคอของผู้ป่วย (Rose's position) โดยใช้ หมอนซิลิโคนรองศีรษะ (head ring) และใช้หมอนซิลิโคนแบบยาว (shoulder roll) รองไหล่ผู้ป่วย เพื่อให้ส่วนของหลอดลมบริเวณ ลำคอ เห็นได้ชัดและง่ายต่อการเจาะคอ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหา ทางเดินหายใจอุดกั้นแบบฉุกเฉิน อาจไม่สามารถนอนราบในท่า เจาะคอได้ อาจจำเป็นต้องเจาะคอในท่านั่ง หรือท่านอนยกศีรษะสูง พร้อมทั้งดูแลหนุนตามปุ่มกระดูกต่าง ๆ เพื่อลดการกดทับ ในกรณีที่ ผ่าตัดเจาะคอแบบยาชาเฉพาะที่ หน่วยผ่าตัดโสต นาสิก ลาริงซ์ โรงพยาบาลศิริราช มีการนำนวัตกรรมที่ผลิตขึ้นใช้ภายในหน่วยงาน เป็นโครงเหล็กรูปตัว L สอดในตำแหน่งหัวเตียงผ่าตัด ทำหน้าที่เป็น ฉากกั้นบริเวณศีรษะ ไม่ให้ผ้าคลุมหน้าผู้ป่วยในระหว่างผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอึดอัดจากผ้าคลุมหน้า และสามารถมองเห็นสีหน้า ลักษณะการหายใจของผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยได้

2. ตรวจสอบความพร้อม และความปราศจากเชื้อของ เครื่องมือ โดยตรวจสอบตัวบ่งชี้ทางเคมีภายใน (internal indicator) ในท่อเครื่องมือทุกชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดให้ผ่านกระบวนการทำให้ ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน จัดโต๊ะเครื่องมือให้พร้อมใช้งานด้วย ความรวดเร็ว นับจำนวนผ้าซับโลหิต และของมีคม กับพยาบาลช่วย เหลือรอบนอกให้ครบถ้วน จัดโต๊ะ Bronchoscope emergency

แยกไว้เตรียมพร้อมใช้งาน เตรียมท่อช่วยหายใจ (tracheostomy tube) ขนาดต่าง ๆ ให้ตรงกับความต้องการใช้งานของแพทย์

3. สังเกตสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ สีหน้าของผู้ป่วย ผ่านทางฉากกั้นบริเวณหัวเตียง ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะ คออย่างเร่งด่วนโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ ผู้ป่วยจะมีอาการอยู่ไม่นิ่ง กระ สับกระส่าย หลอดลมคอจะเคลื่อนไหวตลอดเวลา ประกอบกับแรง กดเบียดจากเครื่องมือลงไปบนลำคอผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด ทรมาน อาจทำให้การเจาะคอสำเร็จได้ยาก ทีมผ่าตัดจึงต้องแจ้งผู้ ป่วยถึงขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญ เช่น (บอกให้ผู้ป่วยอยู่นิ่ง ไม่ขยับ ตัวไปมา) ขณะที่กำลังเปิดทางเดินหายใจในการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้การเจาะคอสำเร็จได้

4. ประสานงานกับวิสัญญีแพทย์ระหว่างผ่าตัด ในขั้น ตอนการเปิดหลอดลมคอ เพื่อลดความเข้มข้นออกซิเจน ป้องกัน การเกิดไฟไหม้ทางเดินหายใจ (airway fire)¹² หลังจากเปิดทางเดิน หายใจ ในขั้นตอนการเตรียมใส่ท่อช่วยหายใจ (tracheostomy tube) พยาบาลส่งผ่าตัดแจ้งวิสัญญีแพทย์ ก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ วิสัญญีแพทย์จะเตรียมเปลี่ยนทางให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย มาให้ทาง Tracheostomy tube แทนภายหลังใส่ท่อเรียบร้อยแล้ว

5. ดูแลแผล ทำความสะอาดแผล ใส่ผ้ารองท่อเจาะคอ ดูแลท่อเจาะคอ ใส่ท่อชั้นใน (inner tube) และตรวจสอบตัวถุงลม ส่วนปลายท่อ (cuff) ไม่ให้รั่วซึม สังเกตว่าเลือดสดซึมออกมาหรือไม่ หากมีเลือดสดออกมาต้องรายงานแพทย์ทันที

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

1. นับจำนวนผ้าซับโลหิต และของมีคมกับพยาบาลช่วย เหลือรอบนอกให้ครบถ้วน

2. ดูแลปิดผ้ารองท่อเจาะคอ และไหมเย็บ (silk 3/0) ที่ ใช้ยึดเปิดช่องหลอดลมโดยจะปล่อยปลายของไหมเย็บยาวลงมาถึง บริเวณหน้าอกของผู้ป่วย ปิดยึดด้วยพลาสติกใส ระมัดระวังไม่ให้ไหมเย็บ หลุดเนื่องจาก Silk 3/0 เป็นตัวช่วยดึงแผลเปิดทางเดินหายใจของ ท่อหลอดลม หาก Tracheostomy tube เลื่อนหลุด จะทำให้การ ใส่กลับเข้าไปยากขึ้น

3. สังเกตปริมาณเลือดออก รอยเลือดที่ซึมบริเวณผ้ารอง ท่อเจาะคอ หากเป็นเลือดสดต้องเฝ้าระวังถึงตำแหน่งเลือดที่ออก จากเส้นเลือดแดงใหญ่ (innominate artery) อาจรุนแรงและถึงแก่ ชีวิตได้ ให้รีบรายงานแพทย์ทันที

4. สังเกตลมรั่วใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema)^{13,14,15} โดยผู้ป่วยจะมีผิวหนังบวม ในบริเวณที่มีลมรั่วใต้ผิวหนัง เมื่อกดผิวหนังบริเวณนั้นจะมีเสียงกรอบแกรบ ต้องระวังภาวะ แทรกซ้อน เช่น การกดหลอดลม ทำให้หลอดลมตีบแคบได้ เป็นต้น หากพบ Subcutaneous emphysema แพทย์จะทำเครื่องหมาย

แสดงขอบเขตของการเกิด Subcutaneous emphysema ไว้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องสังเกตขอบเขตการเกิด หากมีการขยายขอบเขตเพิ่มมากขึ้นให้รายงานแพทย์ทันที

5. สรุปสถานะของผู้ป่วยก่อนออกจากห้องผ่าตัด บันทึกลงในเอกสารแบบบันทึกทางการพยาบาลในห้องผ่าตัด (perioperative nursing record) เช่น ปริมาณเลือดที่สูญเสียไปในขณะผ่าตัด ปริมาณสารน้ำ เลือดหรือสารประกอบของเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ ปริมาณปัสสาวะ ชนิด และปริมาณของวัสดุห้ามเลือดที่บรรจุอยู่ในแผล รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด โดยบันทึกให้เรียบร้อยก่อนส่งผู้ป่วยไปยังห้องพักรอดูอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

สรุป

การดูแลผู้ป่วยภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันแบบฉุนเฉียว เป็นการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่ต้องอาศัยความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล เริ่มตั้งแต่การให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปสังเกตอาการที่ห้องพักรอดูอาการหลังผ่าตัด การพยาบาลดังกล่าวพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ในเรื่องพยาธิสรีรวิทยาของโรค การประเมินผู้ป่วย สามารถระบุอาการหายใจลำบากได้ด้วยควมรวดเร็ว และแม่นยำ มีทักษะการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการส่งผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดอย่างรวดเร็ว และปลอดภัย เตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างในการผ่าตัดให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา ยึดหลักการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการผ่าตัด และกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว

อภิปรายผล

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ควรมีการส่งเสริมการฝึกอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (basic life support; BLS) และการช่วยชีวิตขั้นสูง (advanced cardiovascular life support; ACLS) เป็นประจำ ในกรณีของภาวะทางเดินหายใจอุดตันควรเน้นฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์เพื่อเปิดทางเดินหายใจโดยใช้เทคนิคที่เหมาะสม หน่วยฉุกเฉินควรมีอุปกรณ์สำหรับการช่วยหายใจ เช่น Laryngoscope, endotracheal tube, ambu bag และ surgical airway set เตรียมพร้อมใช้งานอยู่เสมอ มีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน พร้อมเข้าถึงสถานการณ์ได้ทันที นอกจากนี้ควรมีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน เพื่อศึกษาหาแนวโน้ม และนำมาปรับปรุงแนวทางการรักษาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Cramer N, Jabbour N, Tavarez MM, Taylor RS. Foreign Body Aspiration (Archived) In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
2. Ojeda Rodriguez JA, Ladd M, Brandis D. Abdominal Thrust Maneuver. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
3. ชลธิชา ศรีวานิชภูมิ. ทางเดินหายใจส่วนต้นอุดตันเฉียบพลัน. พะเยา. พิมพ์ดี เซ็นเตอร์ พลัส. 2564.
4. Shamim F, Jangda I, Ikram M. Successful Airway Management Using Awake Videolaryngoscopy for a Rare Thyroid Cancer with Grade III Goitre and Intra-Tracheal Invasion. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2020 Apr;48(2):156-159.
5. Chang JE, Kim H, Won D, Lee JM, Kim TK, Min SW, Hwang JY. Comparison of the Conventional Downward and Modified Upward Laryngeal Handshake Techniques to Identify the Cricothyroid Membrane: A Randomized, Comparative Study. Anesth Analg. 2021;133(5):1288-1295.
6. Bye R, St Clair T, Delorenzo A, Bowles KA, Smith K. Needle Cricothyroidotomy by Intensive Care Paramedics. Prehosp Disaster Med. 2022 Oct;37(5):625-629.
7. Berger-Estilita J, Wenzel V, Luedi MM, Riva T. A Primer for Pediatric Emergency Front-of-the-Neck Access. A A Pract. 2021;15(4):e01444.
8. Raimonde AJ, Westhoven N, Winters R. Tracheostomy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
9. Cathain EO, GaffeyMM. Upper Airway Obstruction. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
10. Goodloe JM, Soulek J. Foreign bodies. In: Walls RM, ed. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 51.
11. Rose E. Pediatric upper airway obstruction and infections. In: Walls RM, ed. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 162.
12. ภาควิสัญญูวิทยา. แนวทางปฏิบัติเรื่อง: การเตรียมเครื่องมือและการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาด้วยวิธี Micro-surgery โดยใช้ Laser ในการผ่าตัดกล่องเสียงและหลอดลม. ภาควิสัญญูวิทยา คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล; 2566.
13. Cardoso FS, Passos RM. Subcutaneous emphysema everywhere! (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38383246/>) Med Intensiva (Engl Ed). 2024;48(9):557-8.
14. National Library of Medicine (U.S.). Subcutaneous emphysema. Available from: <https://medlineplus.gov/ency/article/003286.htm>
15. Rasiah S, Whitchurch M. Severe Subcutaneous Emphysema. N Engl J Med. 2022 Sep 1;387(9):e18.