วารสาร Mahidol R2R e-Journal ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน-ธันวาคม 2569
Received: April 4, 2024, Revised: September 9, 2025, Accepted: December 22, 2025
http://doi.org/10.14456/jmu.2026.29

การพยาบาลวิสัญญีระยะก่อนรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดขากรรไกรร่วมกับการจัดฟัน

Preoperative anesthetic nursing care for patient undergoing orthognathic surgery

รุ่งทิวา แก้วกัลยา[1] และ อนุชาติ สนมศรี[1*]
Rungtiwa Kaewkunlaya[1] and Anuchart Sanomsri[1*]

บทคัดย่อ

ภาวะการสบฟันผิดปกติที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของกระดูกขากรรไกร ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการจัดฟันเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องอาศัยการผ่าตัดขากรรไกรร่วมกับการจัดฟัน ซึ่งเป็นการรักษาเพื่อปรับโครงสร้างใบหน้าและขากรรไกรให้ใกล้เคียงภาวะปกติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีรูปลักษณ์ของใบหน้าที่สมส่วนและสวยงามมากขึ้น การผ่าตัดดังกล่าวจัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ต้องดำเนินการภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการระงับความรู้สึก เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก และการฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกล่าช้า

ด้วยเหตุนี้ การพยาบาลวิสัญญีในระยะก่อนการรับการระงับความรู้สึกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครอบคลุม และเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการวางแผนดูแลรักษาตลอดจนลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการระงับความรู้สึกและหลังการผ่าตัด อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ : การเตรียมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก; การพยาบาลวิสัญญี; การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

---

[1] หน่วยวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพ 10400
[1]Anesthesiology Unit, Dental Hospital, Faculty of Dentistry, Mahidol University, Bangkok 10400
* Corresponding Author: e-mail: anuchart.san@mahidol.ac.th

วารสาร Mahidol R2R e-Journal ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน-ธันวาคม 2569
Received: April 4, 2024, Revised: September 9, 2025, Accepted: December 22, 2025
http://doi.org/10.14456/jmu.2026.29

Abstract

Nowadays, orthodontic treatment alone cannot achieve the treatment of malocclusion. Orthognathic surgery is a corrective jaw surgery that aims to re-align jaw and correct related jaw abnormalities or skeletal deformities. Orthognathic surgery is a major surgery under general anesthesia that can cause complications such as respiratory complications, difficult airway and delayed emergence.

To minimize the complication of the operation and general anesthesia, in preoperative period the patient should be evaluated, prepared and informed about physical and mental preparation, risks and complications of general anesthesia.

Keywords: Preanesthetic evaluation; Anesthetic nursing care; General anesthesia

บทนำ

การประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (Preanesthetic Evaluation and Preparation) เป็นขั้นตอนสำคัญที่มีบทบาทโดยตรงในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในลักษณะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือทำให้เกิดความพิการของอวัยวะบางส่วน การดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบช่วยให้สามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการระงับความรู้สึก ได้แก่ ระยะก่อน ระหว่าง และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก รวมถึงในระยะพักฟื้นที่หอผู้ป่วย ซึ่งล้วนมีส่วนสำคัญในการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วย

นอกจากนี้ การเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมยังส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการระงับความรู้สึก การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางการจัดการอย่างเหมาะสม การตอบคำถามเพื่อคลายความกังวลและความกลัวจากความไม่รู้ ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีสภาพจิตใจที่พร้อมมากขึ้น ซึ่งสามารถลดผลกระทบทางพยาธิสรีรวิทยาที่เกิดจากความเครียด เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลอย่างมาก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการวิสัญญีของโรงพยาบาล

ขอบเขตของเรื่อง

บทความนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลการพยาบาลระยะก่อนรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดขากรรไกรร่วมกับการจัดฟัน ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและได้รับประโยชน์สูงสุด พร้อมทั้งวิสัญญีพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องตรวจร่างกายหน่วยวิสัญญีวิทยา มีแนวทางการปฏิบัติงานให้เป็นไปในทางเดียวกัน และเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการวิสัญญีอีกด้วย

คำจำกัดความหรือนิยาม

1. การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) หมายถึง การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่เห็นหรือไม่ได้ยินระหว่างการผ่าตัดหรือการทำหัตถการ ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำหรือยาดมสลบผ่านทางหน้ากาก หรือท่อหายใจ

2. การประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (Preanesthetic evaluation) หมายถึง ขั้นตอนกระบวนการตั้งแต่การทบทวนเวชระเบียน ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

วารสาร Mahidol R2R e-Journal ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน-ธันวาคม 2569
Received: April 4, 2024, Revised: September 9, 2025, Accepted: December 22, 2025
http://doi.org/10.14456/jmu.2026.29

3. การบริการพยาบาลวิสัญญี หมายถึง การบริการพยาบาลวิสัญญีตามมาตรฐานการบริการวิสัญญี สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญี โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนรับการระงับความรู้สึก ระยะให้การระงับความรู้สึก และระยะหลังการระงับความรู้สึก โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลผ่าตัดและทีมแพทย์ผ่าตัด (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

4. การผ่าตัดขากรรไกรร่วมกับการจัดฟัน (Orthognathic surgery) คือ การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรและจัดเรียงตำแหน่งของกระดูกขากรรไกรและฟันให้อยู่ในตำแหน่งใหม่ที่สมดุลในการสบฟัน และเพิ่มความสวยงามของรูปหน้า การผ่าตัดขากรรไกรเป็นทางเลือกในการแก้ไขการสบฟันผิดปกติที่ไม่สามารถแก้ไขด้วยการจัดฟันเพียงอย่างเดียว โดยทั่วไปผู้ป่วยมักได้รับการติดเครื่องมือเพื่อแก้ไขการสบฟันก่อนการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทันตแพทย์จัดฟันจำเป็นต้องทำงานร่วมกับทันตแพทย์ผ่าตัดช่องปากและกระดูกขากรรไกร เพื่อร่วมกันวางแผนการรักษา การผ่าตัดกระดูกขากรรไกรควรทำเมื่อผู้ป่วยหยุดการเจริญเติบโต ซึ่งอายุประมาณ 18 ปี ในผู้หญิง และ 20 ปี ในผู้ชาย (เวทัส ศักดิ์เดชยนต์, (ม.ป.ป.))

5. ภาวะนอนกรนหยุดหายใจหรือภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea, OSA) เกิดจากการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ในบางกรณีเกิดจากโครงสร้างของกระดูกขากรรไกร รักษาได้ด้วยการผ่าตัดแก้ไข ข้อบ่งชี้สำคัญในการผ่าตัดมี 2 ประการ ได้แก่

- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรและการสบฟัน เช่น กระดูกขากรรไกรล่างมีขนาดเล็กทำให้ช่องทางเดินหายใจแคบ สามารถผ่าตัดแก้ไขโดยการเลื่อนกระดูกขากรรไกรล่างออกร่วมกับการจัดฟัน
- ผู้ป่วยที่มีภาวะนอนกรนหยุดหายใจระดับรุนแรง รักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผลและตรวจพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาของช่องทางเดินหายใจส่วนต้นแคบ ผ่าตัดแก้ไขโดยการขยับเลื่อนกระดูกขากรรไกรบนและล่างออกมา (maxillomandibular advancement, MMA) โดยคงความสัมพันธ์ของการสบฟันเดิมไว้ การผ่าตัดนี้จะเป็นการขยายทางเดินหายใจส่วนบนในหลายมิติ ตั้งแต่ระดับหลังโพรงจมูกเพดานอ่อน โคนลิ้น คอหอย และช่วยเพิ่มการตึงตัวของกล้ามเนื้อเพดานและลิ้น (โรงพยาบาลรามาธิบดี, ศูนย์โรคการนอนหลับ, (ม.ป.ป.))

เนื้อเรื่อง

การผ่าตัดขากรรไกรสองข้าง หรือที่เรียกว่า Two-jaw surgery ซึ่งมักประกอบด้วยการทำ Le Fort I osteotomy และ Bilateral Sagittal Split Ramus Osteotomy (BSSRO) เป็นหัตถการที่ใช้ในการรักษาภาวะผิดปกติของโครงสร้างขากรรไกรร่วมกับการจัดฟัน มีลักษณะเฉพาะที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการวางแผนและการให้การระงับความรู้สึก การดูแลผู้ป่วยในหัตถการดังกล่าวจึงมีความท้าทายและซับซ้อนมากกว่าการผ่าตัดทั่วไป โดยเฉพาะในด้านการจัดการทางเดินหายใจ การควบคุมการเสียเลือด และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

1. การจัดการทางเดินหายใจ (Airway Management)

การผ่าตัดขากรรไกรสองข้างเกี่ยวข้องโดยตรงกับบริเวณช่องปากและโครงสร้างใบหน้า ผู้ป่วยมักมีโครงสร้างทางกายวิภาคที่ผิดปกติ เช่น ภาวะคางยื่น (prognathism) หรือคางสั้น (retrognathism) รวมถึงภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea, OSA) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการช่วยหายใจและใส่ท่อหายใจยาก (difficult airway) โดยทั่วไปจะใช้ท่อหายใจทางจมูก (nasal endotracheal tube) เพื่อให้พื้นที่ในช่องปากเปิดโล่งสำหรับการผ่าตัด หากคาดการณ์ว่าจะใส่ท่อหายใจยาก อาจต้องเตรียมใช้เทคนิค fiberoptic bronchoscope นอกจากนี้ หลังการผ่าตัดยังมีความเสี่ยงสูงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจจากการบวม เลือด หรือลวดที่ยึดขากรรไกร (intermaxillary fixation) จึงต้องวางแผนการถอดท่อหายใจ (Extubation Plan) อย่างรอบคอบ

2. การควบคุมการเสียเลือด

การผ่าตัดขากรรไกรเกี่ยวข้องกับการตัดกระดูกขากรรไกรบน Le Fort I osteotomy มีแนวโน้มเสียเลือดมาก จึงจำเป็นต้องใช้เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกแบบควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำ (controlled hypotension) เพื่อช่วยลดการสูญเสียเลือด ในขณะที่การผ่าตัดทั่วไปหลายชนิดไม่ได้ต้องการ

วารสาร Mahidol R2R e-Journal ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน-ธันวาคม 2569
Received: April 4, 2024, Revised: September 9, 2025, Accepted: December 22, 2025
http://doi.org/10.14456/jmu.2026.29

การควบคุมลักษณะนี้อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้การเตรียมเลือดและการประเมิน hematocrit ก่อนผ่าตัดเป็นขั้นตอนสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม

3. การจัดท่าผ่าตัดและการดูแลระหว่างผ่าตัด

ก่อนเริ่มการระงับความรู้สึก ในการผ่าตัดขากรรไกร ผู้ป่วยจะถูกจัดในท่า Fowler's position (ศีรษะสูงเล็กน้อย) เพื่อลดการบวมและป้องกันการสำลักเลือด การดูดเลือดและน้ำลายต้องมีประสิทธิภาพสูง และทีมวิสัญญีต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง hemodynamic อย่างใกล้ชิดตลอดการผ่าตัด

4. การดูแลหลังผ่าตัด (Postoperative Care)

ความเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจหลังผ่าตัดขากรรไกรสองข้างมีมากกว่าผ่าตัดทั่วไป เนื่องจากการบวมของเนื้อเยื่อ การเสียเลือดสะสม และการตรึงขากรรไกร จึงอาจจำเป็นต้องเลื่อนการถอดท่อหายใจออกไปจนกว่าจะมั่นใจในความปลอดภัยของทางเดินหายใจ การจัดเตรียมเครื่องมือช่วยหายใจฉุกเฉิน เช่น laryngeal mask airway (LMA), cricothyrotomy set ควรพร้อมใช้งาน การควบคุมความปวดต้องใช้ยาที่เหมาะสมเพื่อลดผลกระทบต่อการหายใจ โดยมักหลีกเลี่ยง opioids ขนาดสูงในช่วงแรก

5. ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะ

การผ่าตัดขากรรไกรอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉพาะ เช่น การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท trigeminal หรือ facial nerve รวมถึงปัญหาทางทันตกรรม เช่น การสบฟันผิดปกติหลังการตรึงกระดูกขากรรไกร จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมทันตแพทย์และทีมวิสัญญีในการวางแผนระยะยาว

การประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก

การประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดขากรรไกรร่วมกับการจัดฟัน ซึ่งมักเป็นการผ่าตัดใหญ่ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป การประเมินด้านร่างกายและจิตใจอย่างครอบคลุมส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและความราบรื่นในการให้ยาระงับความรู้สึก โดยวิสัญญีแพทย์และทีมสหสาขาควรดำเนินการประเมินอย่างรอบด้าน รวมถึงพิจารณาการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ เพื่อใช้ประกอบการวางแผนดูแลและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

1. การซักประวัติ

การซักประวัติควรครอบคลุมทั้งข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ใบส่งตัว หรือข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

1.1 ประวัติโรคประจำตัว ครอบคลุมถึงชื่อโรค อาการ ความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน ประวัติการรักษาและยาที่ใช้ประจำ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคหอบหืดควรได้รับการวางแผนดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากมีโอกาสเกิดหลอดลมหดเกร็งขณะใส่ท่อช่วยหายใจ จำเป็นต้องทบทวนการใช้ยาและผลข้างเคียง เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์, 2557; ศิริพร ปิติมานะอารี และคณะ, 2556)

1.2 ประวัติการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน เช่น การใส่ท่อหายใจยาก คลื่นไส้อาเจียน การฟื้นตัวช้าจากยาสลบ หรือการบาดเจ็บของเส้นประสาท ซึ่งล้วนมีผลต่อการวางแผนระงับความรู้สึกในปัจจุบัน

1.3 ประวัติแพ้ยาและอาหาร ควรซักถามอาการแสดงของการแพ้ เช่น ผื่นคัน ลมพิษ อาการบวม หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ หรือหัวใจหยุดเต้น โดยเฉพาะการแพ้ยากลุ่มปฏิชีวนะที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยผ่าตัด (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

1.4 การใช้ยา สารเสพติด สุรา และบุหรี่ ควรซักประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่โดยละเอียด ผู้ป่วยควรงดสูบบุหรี่อย่างน้อย 8 สัปดาห์ และงดสุราเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหายใจ ทั้งยังส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (ธาริทพย์ ประณุทนรพาล และคณะ, 2563)

1.5 ประวัติครอบครัว เกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น โรคทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา เช่น **malignant hyperthermia** หรือภาวะขาดเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการสลายยาคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงยืดเยื้อหลังผ่าตัด

1.6 ประวัติเกี่ยวกับโรคของระบบต่าง ๆ

ระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ, ระบบหายใจ เช่น โรคหอบหืด COPD นอนกรน, ระบบประสาท เช่น ลมชัก อัมพาต การใช้ยาทางจิตเวช, ระบบต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน ไทรอยด์ ต่อมอดรีนาล, ระบบเลือด เช่น ภาวะซีด โรคเลือดผิดปกติ, ระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคตับ ตัวเหลือง,

วารสาร Mahidol R2R e-Journal ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน-ธันวาคม 2569
Received: April 4, 2024, Revised: September 9, 2025, Accepted: December 22, 2025
http://doi.org/10.14456/jmu.2026.29

ระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่ว ไตวาย, ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคข้อ , อื่นๆ เช่น การตั้งครรภ์ ประวัติเคมีบำบัดหรือรังสีบำบัด (นลินี โกวิทวนาวงษ์ และคณะ, 2552; น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์, 2557)

2. การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เป็นกระบวนการสำคัญในการประเมินความพร้อมและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการระงับความรู้สึก โดยจะตรวจอย่างเป็นระบบตั้งแต่ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ สีของเปลือกตา ริมฝีปาก การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และตรวจสัญญาณชีพ (vital signs) ประกอบด้วย ความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอุณหภูมิร่างกาย นอกจากนี้ยังรวมถึงการฟังเสียงหัวใจและปอด รวมถึงการประเมินหลอดเลือดดำสำหรับการสอดสายสวน (catheterization)

2.1 การประเมินทางเดินหายใจ (airway assessment)

เป็นขั้นตอนสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกขากรรไกร ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการใส่ท่อหายใจยาก (difficult intubation) หรือการช่วยหายใจผ่านหน้ากากยาก (difficult mask ventilation) การประเมินประกอบด้วยหลายวิธี ได้แก่

• ลักษณะทั่วไปของใบหน้า: เช่น คอสั้น คางสั้น ฟันหน้ายื่น หรือแก้มตอบ

• ภายในช่องปาก: ตรวจลิ้น เพดานปาก ฟันปลอม เนื้องอกในช่องปาก

• การเคลื่อนไหวของกระดูกต้นคอ: ทดสอบความสามารถในการก้มเงย โดยวัดมุมการเคลื่อนไหว (ควรมากกว่า 90 องศา) และการเหยียดข้อต่อ atlanto-occipital (AO joint) ควรมากกว่า 35 องศา

• ความโล่งของจมูก (patency of nares): เพื่อประเมินการใส่ท่อผ่านทางจมูก

• ระยะระหว่างกระดูกอ่อนไทรอยด์ถึงปลายคาง (thyromental distance): ควรมากกว่า 6.5 ซม. (หรือประมาณ 3 นิ้วมือ)

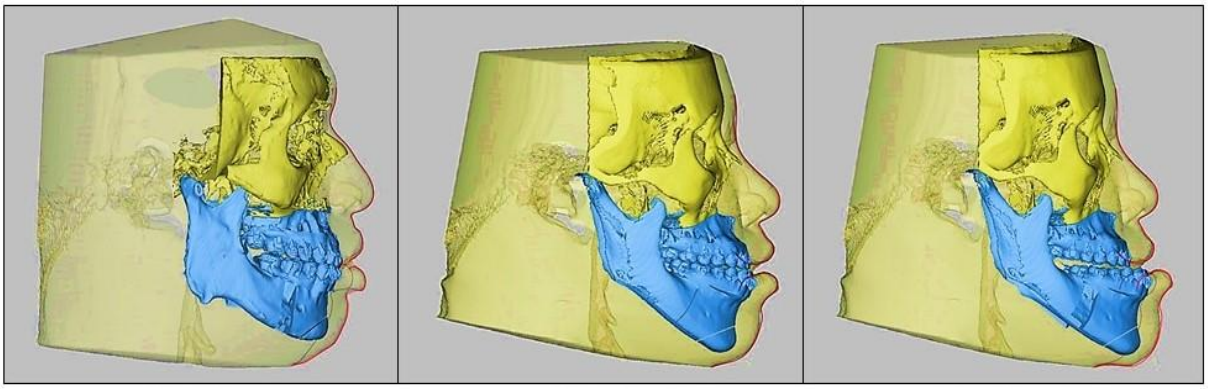
• ระยะห่างระหว่างฟันบนกับฟันล่าง (inter-incisor distance): ควรมากกว่า 4 ซม. เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาในการใส่ท่อหายใจ (บุศรา ศิริวันสาณฑ์ และคณะ, 2556) ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 การประเมินทางเดินหายใจ ภาพโดยอนุชาติ สนมศรี วันที่ 20 เมษายน 2568

วารสาร Mahidol R2R e-Journal ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน-ธันวาคม 2569
Received: April 4, 2024, Revised: September 9, 2025, Accepted: December 22, 2025
http://doi.org/10.14456/jmu.2026.29

• ลักษณะการสบฟัน: ประเมินลักษณะโครงสร้างขากรรไกร (Skeletal Class I–III) ซึ่งมีผลต่อการใส่เครื่องมือ laryngoscope (ธิดา เอื้อกฤดาธิการ, 2545) ดังรูปที่ 2

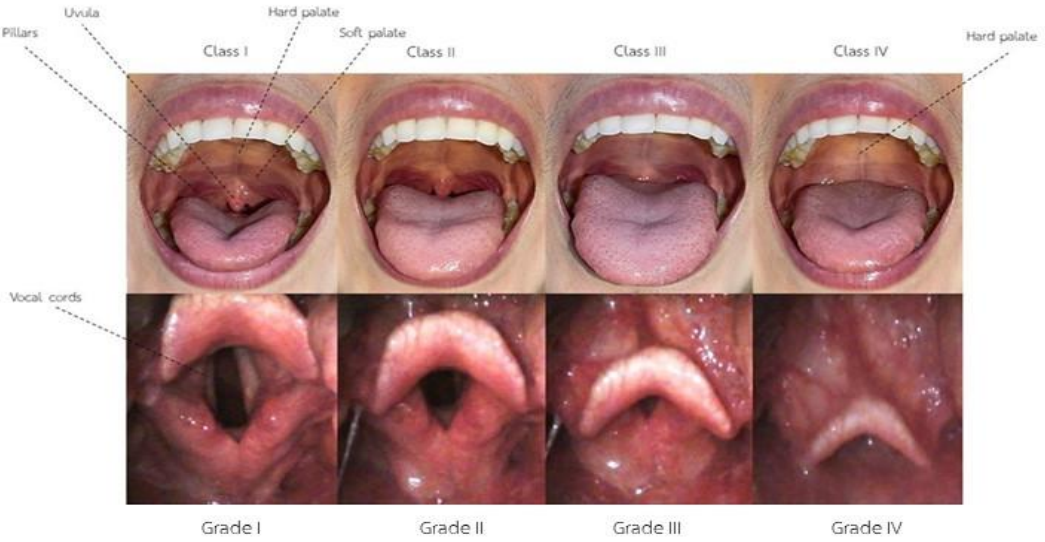


รูปที่ 2 โครงสร้างขากรรไกรประเภทที่ 1 (Skeletal class I) เป็นความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่างในแนวหน้าหลังปกติ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีฟันหน้ายื่นมากอาจมีผลทำให้การใส่ laryngoscope ลำบาก ควรเตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อหายใจยาก เช่น video laryngoscope ภาพโดยเจตน์สฤษฎ์ ติตถะสิริ วันที่ 14 มกราคม 2566

• Mallampati classification: ใช้ประเมินขนาดลิ้นและช่องปาก แบ่งออกเป็น 4 ชั้น ตั้งแต่ Class I ถึง IV โดย Class III–IV มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อยากสูงกว่าถึง 10–30 เท่า โดยมีรายละเอียดดังนี้

- Class I คือ มองเห็น tonsillar pillars, uvula, fauces (ทางเชื่อมจากในช่องปากไปสู่ pharynx) และ soft palate
- Class II คือ มองเห็น uvula, fauces และ soft palate
- Class III คือ มองเห็น soft palate และ hard palate
- Class IV คือ มองเห็นแต่ hard palate

(ธิดา เอื้อกฤดาธิการ, 2545) ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 เปรียบเทียบระหว่าง Mallampati classification และ laryngoscopic view
ภาพถ่ายโดยอนุชาติ สนมศรี วันที่ 16 มกราคม 2566

วารสาร Mahidol R2R e-Journal ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน-ธันวาคม 2569
Received: April 4, 2024, Revised: September 9, 2025, Accepted: December 22, 2025
http://doi.org/10.14456/jmu.2026.29

2.2 การตรวจประเมินระบบหัวใจ ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความสามารถในการออกกำลังกายของผู้ป่วยตาม National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand (2025) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ ดังนี้

- **Class I:** ไม่มีอาการเหนื่อยจากกิจกรรมทั่วไป
- **Class II:** เหนื่อยเมื่อมีกิจกรรมปานกลาง
- **Class III:** เหนื่อยจากกิจกรรมเบา
- **Class IV:** เหนื่อยแม้อยู่เฉย ๆ หรือพักผ่อน

หากผู้ป่วยจัดอยู่ใน Class II ขึ้นไป ควรพิจารณารายงานผลการประเมินต่อวิสัญญีแพทย์เพื่อวางแผนการดูแลอย่างใกล้ชิด

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือด การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยพิจารณาเป็นรายบุคคลตามข้อบ่งชี้ที่ได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย วิสัญญีแพทย์จะเป็นผู้ประเมินความจำเป็นในการส่งตรวจแต่ละรายการ โดยมีแนวทางแนะนำเบื้องต้นจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อแนะนำการส่งตรวจห้องปฏิบัติการ

รายละเอียดรายบุคคล	CBC	CXR	EKG	E lytes	BUN/Cr	FBS	Coag	LFT
1. อายุ < 45 ปี แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว	√							
2. อายุ ≥ 45 ปี แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว	√	√	√					
3. อายุ ≥ 60 ปี แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว	√	√	√	√	√	√		
4. ผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกง่าย หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด	√	√	√	√	√	√	√	
5. ผู้ป่วยโรคตับ	√	√	√	√	√	√	√	√
6. การส่งตรวจอื่นๆ ตามข้อบ่งชี้จากประวัติการตรวจร่างกาย								

3.1 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) แนะนำในผู้ป่วยตั้งแต่วัยรุ่น (15 ปีขึ้นไป) ที่มีประวัติหรืออาการทางระบบหายใจ และผู้ที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดใหญ่

3.2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) ควรทำในผู้ป่วยอายุ ≥45 ปี หรือมีประวัติเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือผู้ป่วยโรคเบาหวาน (นลินี โกวิทวนาวงษ์ และคณะ, 2552; น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์, 2557)

4. การประเมินโดย ASA Physical Status Classification

หลังจากประเมินข้อมูลทางคลินิกแล้ว จะจัดระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยตามระบบ ASA Classification เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการระงับความรู้สึก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ASA classification (American Society of Anesthesiologists, 2026)

ASA classification	สภาพของผู้ป่วย
Class 1	ผู้ป่วยแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ นอกจากโรคที่มารับการผ่าตัดและไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ไม่ตั้งครรภ์ อายุ <65 ปี
Class 2	ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ควบคุมอาการได้ดี ไม่สูญเสียการทำงานของอวัยวะใด ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (ไม่มี end organ damage) ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ควบคุมได้ ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ตั้งครรภ์ปกติ ดื่มสุรา
Class 3	ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี และมีผลทำให้อวัยวะใดวัยวะหนึ่งเสื่อมหน้าที่ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (diabetic nephropathy) ผู้ป่วยไตวายที่ต้องฟอกเลือด และมีความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง เป็นต้น

Received: April 4, 2024, Revised: September 9, 2025, Accepted: December 22, 2025
http://doi.org/10.14456/jmu.2026.29

ASA classification	สภาพของผู้ป่วย
Class 4	ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่มีอาการรุนแรง มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง เช่น ผู้ป่วยมี severe sepsis, unstable angina หรือ decompensated heart failure เป็นต้น
Class 5	ผู้ป่วยที่มีโรคซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ใน 24 ชั่วโมง
Class 6	ผู้ป่วยสมองตาย เป็น donor สำหรับการเปลี่ยนอวัยวะ

หมายเหตุ หากเป็นการผ่าตัดกรณีฉุกเฉินจะใช้สัญลักษณ์ E ตามหลัง ASA classification

5. การประเมินน้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เพื่อการคำนวณขนาดยาที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มี BMI สูงหรือต่ำผิดปกติ ต้องอาศัยข้อมูลทางกายภาพ และเพื่อประเมินการช่วยหายใจและใส่ท่อหายใจยาก โดยเฉพาะผู้ที่มี BMI สูง จะมีไขมันสะสมบริเวณใบหน้า คอ และทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้กายวิภาคเปลี่ยนแปลง เป็นอุปสรรคต่อการช่วยหายใจและใส่ท่อหายใจ เนื่องจากการเข้ารับการผ่าตัด Two-jaws surgery เป็นการผ่าตัดแบบ Elective case จึงแนะนำให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึก เพื่อความปลอดภัยและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน

6. การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ ควรอธิบายขั้นตอนและวิธีการระงับความรู้สึกตั้งแต่ก่อน ระหว่างและหลังการระงับความรู้สึก รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและลดความวิตกกังวล

7. การงดน้ำและอาหารทางปาก ผู้ป่วยต้องงดอาหารและเครื่องดื่มก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันการสูดสำลัก ดังแนวทางในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การงดน้ำงดอาหาร (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

ชนิดของน้ำและอาหารที่รับประทาน	ระยะเวลาก่อนการระงับความรู้สึก
ของเหลวใส (clear liquids) เช่น น้ำ น้ำหวาน ชา กาแฟดำ	2 ชั่วโมง
นมแม่ (breast milk)	4 ชั่วโมง
นมผง นมวัว นมชนิดต่างๆ (infant formula)	6 ชั่วโมง
อาหารมื้อเบา (light meals) เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก	6 ชั่วโมง
อาหารมื้อหนัก (meat/fatty solid meals) เช่น อาหารทอด อาหารมัน เนื้อสัตว์	8 ชั่วโมง

8. การใช้ยาประจำวัน ควรซักประวัติการใช้ยาและพิจารณาว่ายาใดควรหยุดหรือสามารถรับประทานในวันผ่าตัดได้ เช่น ยาลดความดัน ยากันชัก ยาขยายหลอดลม ควรทำตามคำแนะนำของวิสัญญีแพทย์

9. การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก ควรให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับกระบวนการ ระยะเวลา ข้อดี-ข้อเสีย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562; ศิริพร ปิติมานะอารี และคณะ, 2556)

10. การลงนามในหนังสือยินยอม (Informed Consent) ก่อนการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ ความเสี่ยง และทางเลือกอื่นๆ อย่างครบถ้วน และลงนามในหนังสือยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 30 ปี น้ำหนัก 89 กก. สูง 168 ซม. (BMI 31.53) วินิจฉัย skeletal class II asymmetry วางแผนผ่าตัด Lefort I osteotomy ร่วมกับ Bilateral sagittal split ramus osteotomy และ Genioplasty ASA class 2 โดยมีโรคโลหิตจาง อ้วน และภาวะ obstructive sleep apnea ระดับปานกลาง

อาการสำคัญ มารับการผ่าตัดขากรรไกรตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

- มีปัญหาการสบฟัน เคี้ยวอาหารไม่ขาด
- จัดฟันมาแล้ว 2 ปี ตามคำแนะนำทันตแพทย์
- มีโลหิตจาง ไม่มีประวัติแพ้ยา
- ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา
- มารดามีโรคโลหิตจาง

Received: April 4, 2024, Revised: September 9, 2025, Accepted: December 22, 2025
http://doi.org/10.14456/jmu.2026.29

การตรวจร่างกาย

- สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36.5℃ ชีพจร 106 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/90 mmHg
- น้ำหนักเพิ่ม 2 กก. ใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกเหนื่อยและเพลียบ่อย
- ผิวหนังและระบบต่าง ๆ ปกติ ยกเว้นมีภาวะซีดและเส้นรอบคอ 51 ซม.
- ช่องปาก ไม่มีฟันผุ มีเลือดออกตามไรฟันบางครั้ง มีเครื่องมือจัดฟัน
- ระบบทางเดินหายใจ ไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหารและระบบประสาทปกติ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- Hb 10.5 mg/dL, Hct 31.1%
- Sleep test: Apnea-Hypopnea Index (AHI) 28 ครั้ง/ชั่วโมง

การพยาบาลก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยวิตกกังวล

- ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยกังวลและกลัว เนื่องจากประสบการณ์ผ่าตัดครั้งก่อนที่ไม่ดี
- วัตถุประสงค์: คลายความวิตกกังวลและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
- กิจกรรม:
  1. อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก
  2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทีมแพทย์และการดูแลหลังผ่าตัด
  3. เปิดโอกาสให้ซักถามและให้กำลังใจ
  4. ให้เซ็นใบยินยอม
- ผลการประเมิน: ผู้ป่วยเข้าใจและพร้อมเข้ารับการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2: เสี่ยงขาดออกซิเจนและสำลัก

- ข้อมูลสนับสนุน: BMI 31.53, OSA, Mallampati class 3, SpO2 95 %
- วัตถุประสงค์: ป้องกันภาวะขาดออกซิเจนและสำลัก
- กิจกรรม:
  1. ตรวจสอบการงดน้ำและอาหารครบ 8 ชั่วโมง
  2. เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจ เช่น Video laryngoscope, LMA
  3. ดูแลเครื่องช่วยหายใจไม่ให้เกิดปัญหา
  4. จัดท่า Ramp position
  5. ให้สูดดมออกซิเจน 100% ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
  6. ติดตาม SpO2, CO2, ความดันโลหิต และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
  7. ดูแลการให้ออกซิเจนในระหว่างระงับความรู้สึก
- ผลการประเมิน: สามารถใส่ท่อหายใจได้ปลอดภัย ไม่มีภาวะสำลักหรือพร่องออกซิเจน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3: ความคาดหวังผลลัพธ์สวยงามเกินจริง

- ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเชื่อว่าการผ่าตัดจะทำให้ใบหน้าสวยขึ้นมากและเพิ่มรายได้
- วัตถุประสงค์: ปรับความคาดหวังให้เหมาะสม และเสริมสร้างความมั่นใจ
- กิจกรรม:
  1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและฟังความรู้สึกของผู้ป่วย
  2. อธิบายเป้าหมายของการผ่าตัดเน้นแก้ไขการสบฟัน ไม่ใช่แค่ความสวยงาม
  3. เปิดโอกาสให้ถามคำถามและให้กำลังใจ
- ผลการประเมิน: ผู้ป่วยยอมรับและมีทัศนคติที่เหมาะสม

สรุป

การประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดขากรรไกรร่วมกับการจัดฟันมีความสำคัญอย่างยิ่ง ช่วยลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัย รวมทั้งคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ดวงดี รัมมะศักดิ์ ผู้ควบคุมหน่วยวิสัญญีวิทยา ที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหาให้ถูกต้องสมบูรณ์ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งสนับสนุนบทความนี้เป็นอย่างดี ขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยวิสัญญีและหน่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

Received: April 4, 2024, Revised: September 9, 2025, Accepted: December 22, 2025
http://doi.org/10.14456/jmu.2026.29

เอกสารอ้างอิง

บุศรา ศิริวันสาณฑ์, อังกาบ ปราการรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, และ ปฏิภาณ ตุ่มทอง. (2556). การดูแลทางหายใจตำราวิสัญญีวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 4). เอ-พลัสพริ้น.

ธารทิพย์ ประณุทนรพาล, มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน, มานี รักษาเกียรติศักดิ์, อรอุมา ชัยวัฒน์, พัชรียา นิวัฒน์ภูมินทร์ และ อาจบดินทร์ วินิจกุล. (2563). การหยุดสูบบุหรี่ (พิมพ์ครั้งที่ 1). พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

ธิดา เอื้อกฤดาธิการ. (2545, 9 กันยายน). การใส่ท่อท่อช่วยหายใจ. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. https://anyflip.com/ksore/hkoq/basic

นลินี โกวิทวนาวงศ์, วิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัช ชาญชญานนท์, ศสิกานต์ นิมมานรัชต์, และ ธิดา เอื้อกฤดาธิการ. (2552). การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชานเมืองการพิมพ์.

น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์. (2557). การประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์-ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562, 17 มิถุนายน). คำแนะนำทางเวชปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก. https://rcat.org/cpgs/

_____. (2564, 22 กุมภาพันธ์). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการงดน้ำและอาหารก่อนได้รับการผ่าตัดและหัตถการ. https://rcat.org/cpgs/

ศูนย์โรคการนอนหลับ. (ม.ป.ป.). การรักษาโรคการนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับ. คณะแพทยศาสตร์-โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. https://www.rama.mahidol.ac.th/sleep_disorders/th

ศิริพร ปิติมานะอารี, อังกาบ ปราการรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, และ ปฏิภาณ ตุ่มทอง. (2556). การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (พิมพ์ครั้งที่ 4). เอ-พลัสพริ้น.

เวทัส ศักดิ์เดชยนต์. (ม.ป.ป.). การผ่าตัดขากรรไกรร่วมกับการจัดฟัน https://drwatusjawsurgery.com/jaw-surgery/

American Society of Anesthesiologists. (2026, April 1). American Society of Anesthesiologists Statement on ASA physical status classification system. Anesthesiology Open 1(1):p e0002 https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-asa-physical-status-classification-system

Kaur, H., et al. (2017). Anesthetic considerations in orthognathic surgery. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery, 16*(1), 3–10. https://doi.org/10.1007/s12663-016-0913-1

National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand. (2025, May 21). *New York Heart Association (NYHA) classification*. https://www.heartfoundation.org.au/For professionals/heart-online