

การกำหนดแนวทางการป้องกันสายให้อาหารหลุด

เสาวนา ปิยะพิสุทธิ์* วท.บ (พยาบาล)

ดรุณี ชุณหะวัต* ค.ม.

บทคัดย่อ การให้อาหารทางสายให้อาหารเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นในผู้ป่วยจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคทางจักษุ โสตา เพราะเป็นทางเลือกแรกในการให้อาหารเมื่อผู้ป่วยรับประทานเองไม่ได้ ปรากฏว่ายังมีผู้ป่วยหลายรายที่สายให้อาหารหลุดจากสาเหตุต่างๆ เป็นอุปสรรคต่อการได้รับอาหารของผู้ป่วยได้เพียงพอ คณะผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหานี้จึงได้ศึกษาสาเหตุของสายให้อาหารหลุดจากกรณีตัวอย่าง พบว่าการหลุดของสายนั้นเกิดจาก ภาวะการขาดดุลของอิเล็กโทรลิตส์ การช้อย่น อาเจียน ไอ การดึงออกของผู้ป่วยเนื่องจากความปวด รำคาญ หรือถูกดึงรั้งขณะให้การพยาบาล แล้วได้กำหนดแนวทางการป้องกันสายให้อาหารหลุด และนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่สายให้อาหาร จากจมูกถึงกระเพาะอาหารจำนวน 31 ราย ซึ่งรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจักษุ-โสตฯ โรงพยาบาลรามธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2540 ถึงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2540 จากการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดพบว่ามีผู้ป่วยสายให้อาหารหลุด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.68 ซึ่งน้อยกว่าที่มีรายงานไว้ และคงอยู่ที่ตัวผู้ป่วยได้นานกว่า เกิดจากภาวะขาดดุลอิเล็กโทรลิตส์ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 และการช้อย่นประกอบกับความเหนียวของพลาสติกไม่เพียงพอ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.22 ไม่พบสายให้อาหารหลุดเนื่องจากการดึงรั้งขณะทำการพยาบาล หรือผู้ป่วยที่ดึงสายให้อาหารออก เนื่องจากไม่สุขสบายหรือเจ็บจากการใส่สายให้อาหาร สรุปการศึกษาครั้งนี้ แนวทางการป้องกันให้อาหารหลุดสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ในการดูแลผู้ป่วยที่สายให้อาหาร และได้เสนอการปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น รามาธิบดีพยาบาลสาร 2541; 4(2):176-89.

คำสำคัญ : สายให้อาหาร การป้องกันสายให้อาหารหลุด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การให้อาหารทางสายให้อาหาร (Nasogastric feeding) เป็นวิธีการให้อาหารผ่านทางสายถึงกระเพาะอาหารโดยตรงเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา

ในการรับประทานทางปาก แต่ระบบทางเดินอาหารยังทำงานอยู่ในเกณฑ์ดีสามารถย่อยและดูดซึมอาหารได้¹⁻² เช่น ผู้ป่วยที่กลืนอาหารลำบากเคี้ยวอาหารไม่ได้ กลืนแล้วสำลัก ร่างกายอ่อนเพลีย

* พยาบาลวิชาชีพ, ** รองศาสตราจารย์ งานพยาบาลจักษุ-โสตฯ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

มาก รับประทานอาหารไม่ได้หรือได้ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวเนื่องจากโรคทางสมอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรกระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด³ เกิดรูรั่วของแผลผ่าตัดกล่องเสียง (pharyngo-cutaneous fistula) ซึ่งยังไม่พร้อมที่จะให้อาหารทางปาก^{2,4} ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารจะมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมาก ขณะที่ใส่สายอาหารเข้าทางจมูกจะเกิดความปวด และผู้ป่วยจะวิตกกังวล กลัวว่าจะเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ และเป็นสิ่งที่น่าเกลียดสำหรับตนเองหรือบุคคลใกล้เคียงในครอบครัว รู้สึกหงุดหงิดที่ไม่ได้ใช้ลิ้นสัมผัสอาหาร คุณภาพการดำรงชีวิตประจำวันลดลง ผู้ป่วยบางคนไม่เข้าใจเหตุผลที่ต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร และไม่แน่ใจว่าจะอยู่ในสภานี้นานเท่าไร ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับพฤติกรรมการให้อาหารทางสายให้อาหาร ไม่ยอมให้ความร่วมมือหรือผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้สึกตัวดีจะดึงสายให้อาหารออก สาเหตุที่ทำให้สายให้อาหารหลุดนั้น จากการศึกษาของ Metheny, Spies & Eisenberg พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการไอ ระดับความรู้สึกตัวลดลง และมีการดูดเสมหะ เกิดการเคลื่อนที่ของสายให้อาหารมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีสิ่งต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น มีนัยสำคัญ และพบว่าประมาณ 1 ใน 3 เกิดจากการที่ผู้ป่วยดึงออก และจากการดึงรั้งขณะทำการพยาบาล⁵ นอกจากนี้การมีสิ่งระคายเคืองในจมูก เช่น มีสิ่งคัดหลั่งในช่องจมูกจะทำให้เกิดอาการจาม⁶ ซึ่งเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สายให้อาหารหลุดได้ การที่สายให้อาหารหลุดมีผลกระทบ

ทั้งต่อผู้ป่วยและระบบการทำงานของเจ้าหน้าที่ ทัวให้อาหารได้รับอาหารไม่เพียงพอ ผู้ป่วยต้องถูกใส่สายให้อาหารใหม่ซึ่งจะเกิดความไม่สุขสบายขณะใส่ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดกล่องเสียงหากสายให้อาหารหลุดจะไม่สามารถใส่ใหม่ได้ เพราะอาจเกิดกระทบกระเทือนต่อแผลที่เย็บไว้ บางรายต้องเปลี่ยนไปให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ (sepsis) และหลอดเลือดดำอักเสบ⁷ การที่สายให้อาหารหลุดทำให้แพทย์และพยาบาลต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้อาหารอย่างเพียงพอ เป็นเหตุให้แพทย์และพยาบาลมีเวลาในการดูแลปัญหาอื่นๆ ของผู้ป่วยน้อยลง และจากการศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารของเจ้าหน้าที่พยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี โดย รุจิเรศ ธนุรักษ์ และลักษณี มีนะนันท์ พบว่ากิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลสายให้อาหารที่อยู่ในตำแหน่งเดิมยังเป็นกิจกรรมที่ต้องปรับปรุง⁸ ดังนั้นการพยาบาลที่มีการวางแผนป้องกันสายให้อาหารหลุดและกระทำอย่างต่อเนื่อง จะช่วยป้องกันการเลื่อนหลุดของสายให้อาหารได้ สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุจูงใจที่ทำให้คณะผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจที่จะศึกษาหาแนวทางในการป้องกันสายให้อาหารหลุด เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารต่อไป

การกำหนดแนวทางการป้องกันสายให้อาหารหลุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสาเหตุการหลุดของสายให้อาหาร
2. เพื่อกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันสายให้อาหารหลุด
3. เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันสายให้อาหารหลุด

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาสาเหตุของการหลุดของสายให้อาหารในผู้ป่วย 6 ราย ในหอผู้ป่วยจักษุ-โสตฯ งานการพยาบาลจักษุ โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา เป็นกรณีตัวอย่าง
2. กำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันสายให้อาหารหลุดโดย
 - 2.1 กำหนดแนวทางตามสาเหตุที่พบจากกรณีตัวอย่าง
 - 2.2 ศึกษาแนวทางการป้องกันสายให้อาหารหลุดจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัย
 - 2.3 กำหนดวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันสายให้อาหารหลุด
 - 2.4 นำวิธีการปฏิบัติที่กำหนดไว้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
 - 2.5 นำวิธีการมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
 - 2.6 นำวิธีการที่กำหนดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารจำนวน 31 ราย

การศึกษกรณีตัวอย่าง

จากการศึกษกรณีตัวอย่างที่สายให้อาหารหลุด จำนวน 6 ราย พบว่าผู้ป่วยกรณีตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 5 รายใน 6 ราย มีอายุเกิน 60 ปี อายุเฉลี่ย 69.16 ปี ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นโรคมะเร็งศีรษะและคอ สาเหตุในการใส่สายให้อาหาร พบว่า 4 ราย ใส่สายให้อาหารหลังผ่าตัดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดในปากและคอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้อาหารเพียงพอ ไม่เจ็บคอเวลากินและป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ส่วนอีก 1 รายผู้ป่วยซึมระดับความรู้สึกตัวลดลง และอีก 1 รายเป็นมะเร็งก้อนใหญ่ทำให้เจ็บเวลากินอาหาร ผู้ป่วยกินลำบากได้รับอาหารไม่เพียงพอ ส่วนระยะเวลาหลุดของสายให้อาหารนั้นแตกต่างกัน ตั้งแต่ 1-6 วัน หลังใส่ 2 ราย หลุด 2 ครั้ง ในวันที่ 3 หลังใส่ 1 ราย หลุดในวันที่ 1 1 รายหลุดในวันที่ 4 1 รายหลุด 2 ครั้งแต่ละครั้งหลุดในวันที่ 1 และ 1 รายหลุด 3 ครั้งหลังใส่ 4 วัน 5 วัน และ 6 วัน ตามลำดับการหลุดนั้นโดยเฉลี่ยเกิดขึ้นในวันที่ 3 เมื่อพิจารณาสาเหตุที่สายให้อาหารหลุด สรุปได้ว่าเกิดจากผู้ป่วยไม่ค่อยรู้สึกตัว เนื่องจากมีภาวะขาดสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte imbalance) รู้สึกไม่สุขสบาย เจ็บ รำคาญ จึงดึงสายออก ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ปฏิเสธการรักษาไม่ต้องการได้อาหาร สายให้อาหารเลื่อนหลุดเนื่องจากพลาสติกขาดความเหนียว มีสิ่งคัดหลั่งเช่น น้ำมูก เสมหะมากทำให้โอ จาม และเกิดการดึงรั้งขณะให้การดูแลผู้ป่วย ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้ป่วย โรค สาเหตุที่ต้องใส่สายยางให้อาหาร วันที่สายให้อาหารหลุด และสาเหตุที่หลุด

ผู้ป่วย	เพศ /อายุ	การวินิจฉัยโรค	เหตุผลที่ใส่	วันที่หลุดหลังใส่	เหตุที่หลุด
1.	หญิง/69 ปี	CA Larynx	Post-op TLG • Drain gastric content • ป้องกันแผลติดเชื้อ • ป้องกันขาดสารอาหาร	3 วัน	1. โอมี่เสมหะมาก 2. พลาสเตอร์หลุด 3. เริ่มลุกจากเตียง มีการดึงรั้ง
2.	หญิง/77 ปี	CA Buccal mucosa	• กลืนลำบากหลังทำ Photo Dynamic Therapy • เจ็บคอมาก	1 วัน	1. นอนหลับและดึงออกโดยไม่รู้สีกตัว 2. มีเสมหะ และไอบามาก 3. เป็นหวัดและจาม
3.	ชาย/71 ปี	CA larynx	• เจ็บคอมากขณะกลืนอาหาร • ได้อาหารไม่เพียงพอ	หลุด 3 ครั้ง 4 วัน 5 วัน 6 วัน	ครั้งที่ 1 ขาดสมดุลของอิเล็กโทรลัยต์ มี hyponatremia และ hypochloremia ครั้งที่ 2 ซึมเศร้ารำคาญ หงุดหงิด ครั้งที่ 3 เจ็บคอมากจึงดึงออก
4.	ชาย/47 ปี	CA Naso pharynx & Brain Metastasis	• ผู้ป่วยซึม ระดับความรู้สึกตัวลดลง กลืนอาหารไม่ได้	4 วัน	1. ขาดสมดุลของอิเล็กโทรลัยต์ มี hyponatremia และ hypokalemia 2. ผู้ป่วยดึงออกเองโดยไม่รู้ตัว
5.	ชาย/77 ปี	CA Soft palate	• หลังทำผ่าตัด Palato-plasty & RND	3 วัน	1. ตื่นนอนขึ้นรู้สึก รำคาญปวดแผล ไม่สุขสบาย จึงดึงออก ขณะที่ระดับความรู้สึกตัวปกติ
6.	หญิง/64 ปี	CA Lip	• หลังทำผ่าตัด Wide Excision มีการติดเชื้อของแผลและแผลแยก	2 ครั้ง 1 วัน 1 วัน	ครั้งที่ 1 สายให้อาหารดึงรั้งพันกับเสาให้สารน้ำ และหลุดขณะญาติเข็นเสาให้สารน้ำ ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยดึงออกเพราะเสาค้างงอ จึงสนใจที่จะเจ็บ ไม่สบายในคอ

TLG = Total laryngectomy

RND = Radical neck dissection

การกำหนดแนวทางการป้องกันสายให้อาหารหลุด

หลังจากได้ศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อรวบรวมสาเหตุที่สายให้อาหารหลุดที่พบในหอผู้ป่วย จักษุ-โสตฯ ศึกษาสาเหตุที่สายหลุดและวิธีการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆแล้ว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันสายให้อาหารหลุดตามสาเหตุที่พบ และได้นำแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันสายให้อาหารหลุดที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะได้แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันสายให้อาหารหลุดดังนี้

แนวทางการปฏิบัติก่อนผู้ป่วยได้รับการใส่สายให้อาหาร

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเหตุผลและความจำเป็นในการให้อาหารทางสายให้อาหาร
2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพของสายให้อาหารที่อยู่ในร่างกาย และเหตุผลในการใช้พลาสติกหรือแถบผ้าเพื่อช่วยยึดสายให้อาหารไม่ให้หลุด และป้องกันการกระแทกกระเทือนต่อเนื้อเยื่อและหลอดเลือดบริเวณจมูก
3. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อการใส่สายให้อาหาร และการให้อาหารทางสายให้อาหาร หากรับรู้ว่าเป็นเรื่องน่ากลัว อันตราย น่าเกลียด หรือเป็นสิ่งไม่ดีต่อสุขภาพเกินความเป็นจริงจะต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติม

แนวทางการปฏิบัติขณะผู้ป่วยได้รับการใส่สายให้อาหาร

1. บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าขณะมีสายให้อาหารคาอยู่ถ้ารู้สึกรำคาญมาก เจ็บจมูก เจ็บคอ แนะนำให้แจ้งให้พยาบาลทราบเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป ห้ามดึงสายให้อาหารออกเอง
2. จัดให้ผู้ป่วยและญาติได้พบกับผู้ป่วยรายอื่นในหอผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพได้ดีขึ้น
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าจะมีส่วนร่วมในการป้องกันสายให้อาหารหลุด โดยการตรวจสอบพลาสติก หรือแถบผ้าที่ยึดสายให้อาหาร หากมีการเลื่อนจากตำแหน่งเดิมจะต้องรีบแจ้งให้พยาบาลทราบ
4. ดูแลไม่ให้สายให้อาหารถูกดึงรั้งขณะให้การพยาบาล เช่น ขณะเช็ดตัว พลิกตัว เคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือทำกิจกรรมอื่นๆ
5. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติจับสายให้อาหารไม่ให้ดึงรั้งขณะเคลื่อนไหว หรือทำ กิจกรรมต่างๆ
6. พยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยได้กลั้วคอบ่อยๆ หากไม่มีข้อห้ามในการกลืน ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำแข็ง จิบน้ำบ้าง และทาปากด้วยครีมทาปาก
7. แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดรอบรูจมูกให้แห้งทุก 8 ชั่วโมง โดยใช้กระจกอันเล็กส่องหน้าแล้วใช้ไม้พันสำลีชุบ Normal saline พอหมาดๆ เช็ดสิ่งคัดหลั่งในโพรงจมูก รอบสายให้อาหาร ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกัดตัวหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ พยาบาลต้องทำกิจกรรมนี้แทน

8. พยาบาลตรวจสอบผิวหนัง และเยื่อเมือกบริเวณจมูกที่ใส่สายให้อาหารทุก 8 ชั่วโมง

9. ก่อนให้อาหารประเมินสภาพว่างของกระเพาะอาหาร โดยการใช้กระบอกให้อาหารดูด gastric content ถ้ามีอาหารเหลือค้างเกิน 50 ม.ล. ต้องงดให้อาหารในมื้อนั้น

10. ประเมินตำแหน่งของสายให้อาหาร โดยต้นลมเข้าไปในสายให้อาหารประมาณ 10 -15 ม.ล. แล้วใช้หูฟัง ฟังที่หน้าท้องส่วนบน ถ้าสายอยู่ในกระเพาะอาหารจะได้ยินเสียงผ่านของลม

11. ผู้ป่วยที่มีเสมหะมากหรือมีท่อนหายใจ จะต้องดูดเสมหะออกให้หมดก่อนให้อาหาร และงดการดูดเสมหะหลังให้อาหารอย่างน้อย 30 นาที เพื่อป้องกันการไอ และสำลัก

12. หลังให้อาหารดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 45 องศา อย่างน้อย 30 นาที เพื่อป้องกันการสำลัก ในรายที่มีข้อจำกัดในการยกศีรษะสูงไม่ได้จะให้ผู้ป่วยนอนตะแคงขวา

13. หากผู้ป่วยอาเจียนจะต้องได้รับการช่วยเหลือทันที และดูแลไม่ให้สายยางให้อาหารหลุด

14. มีการบันทึกจำนวนน้ำและอาหารที่ผู้ป่วยได้รับแต่ละมื้ออย่างละเอียด และประเมินจำนวนอาหาร และน้ำที่ได้รับใน 24 ชั่วโมง

15. ประเมินภาวะการขาดสมดุลของอิเล็กโทรลัยต์ โดยการสังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึม สับสน เหวลระครั้ง และติดตามผลอิเล็กโทรลัยต์ ทุกครั้งที่มีการเจาะ

16. ดูแลสุขภาพทั่วไป หากเป็นหวัด ไข้ มีเสมหะมาก จะต้องรายงานแพทย์เพื่อได้รับการแก้ไข

17. ผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หรืออยู่ในภาวะสับสน อาจจำเป็นต้องผูกมัดข้อมือไว้เป็นครั้งคราว ในขณะที่ไม่มีคนเฝ้า พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความจำเป็นในการผูกมัดข้อมือ

18. อนุญาตให้ญาติผู้ป่วยอยู่เฝ้าผู้ป่วยตามความเหมาะสม และแนะนำให้เฝ้าระวังเป็นพิเศษ

19. ตรวจพลาสติกหรือแถบผ้าที่ผูกยึดสายให้อาหารทุก 8 ชั่วโมง หากสายให้อาหารเคลื่อนหรือพลาสติกหลุด จะต้องเปลี่ยนใหม่ทันที โดยปฏิบัติดังนี้ (รูปที่ 1)

19.1 ใช้พลาสติกกว้าง 1 นิ้ว ตัดพลาสติกยาวประมาณ 2 นิ้ว

19.2 แบ่งครึ่งพลาสติกตามยาว โดยตัดแบ่งครึ่งยาวประมาณ 1 นิ้ว

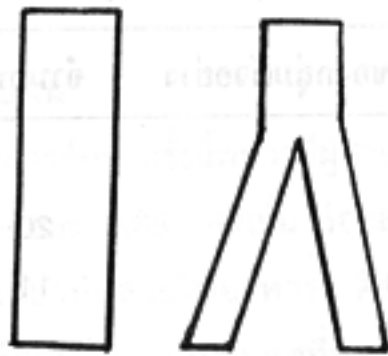
19.3 ใช้ทิงเจอร์เบนซอียดทาบริเวณตั้งจุมูกส่วนปลาย แล้วใช้พลาสติกด้านที่ไม่ได้แบ่งครึ่งปิดลงบนตั้งจุมูก ส่วนปลายที่แบ่งครึ่งทั้งสองพันกับสายให้อาหารให้แน่น

19.4 ในกรณีที่ใช้ผ้าแถบ (cord tape) จะต้องปฏิบัติตามข้อ 19.1-19.3 ก่อน แล้วใช้ผ้าแถบผูกรอบสายยางบริเวณปลายจุมูก แล้วอ้อมมาผูกไว้บริเวณท้ายทอย โดยให้ผ้าแถบอยู่สูงเหนือใบหู อย่าผูกแน่นเกินไปจะทำให้ผู้ป่วย

การกำหนดแนวทางการป้องกันสายให้อาหารหลุด

รู้สึกเจ็บ และเกิดแผลกดทับบริเวณใบหู ดังรูป
ที่ 1 และต้องตรวจว่าพลาสติกยังคงติดอยู่กับ
สายให้อาหาร (เนื่องจากบางครั้งพลาสติกยังติด
แน่นกับผิวหนังผู้ป่วย แต่หลุดจากสายให้อาหาร)

20. จัดเก็บสายให้อาหารส่วนที่อยู่
นอกร่างกายผู้ป่วย โดยคล้องสายให้อาหาร ติด
ด้วยพลาสติกที่ข้างโหนกแก้มหรือคล้องที่ใบหู
แล้วมัดด้วยเชือกมัดติดกับเสื้อดัง รูปที่ 2



รูปที่ 1 วิธีติดพลาสติก



รูปที่ 2 การจัดเก็บสายให้อาหารส่วนที่อยู่นอกร่างกาย

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกัน
สายให้อาหารหลุดที่สร้างขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย
ที่ใส่สายให้อาหาร ในหอผู้ป่วยจักษุ-โสตฯ ตั้งแต่
วันที่ 1 มิถุนายน 2540 ถึง วันที่ 25 พฤศจิกายน
2540 โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่
พยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแนวทางที่
กำหนดไว้ ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี คณะผู้

วิจัย บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรค อายุ เพศ ในวันที่เริ่มใส่สายให้อาหาร ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร วิธีปฏิบัติตัวในขณะที่มีสายให้อาหาร และบันทึกวันที่เอาสายให้อาหารออก จำนวนวันที่คาสายให้อาหาร จำนวนครั้งที่สายให้อาหารหลุด สาเหตุที่สายให้อาหารหลุด โดยเก็บข้อมูลจากประวัติผู้ป่วย บันทึกการตรวจและคำสั่งการรักษาของแพทย์ บันทึกการพยาบาล การซักถามผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้งหมด 31 ราย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 26-81 ปี เฉลี่ย 56.38 ปี เป็นเพศชาย 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.52 เพศหญิง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.48 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งศีรษะและคอ ซึ่งรวมมะเร็งกล่องเสียงด้วย ร้อยละ 87.09 (27 ราย) ร้อยละ 64.52 (20 ราย) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด นอกจากนี้พบว่าสาเหตุที่ต้องใส่สายให้อาหารเพราะผู้ป่วยมีปัญหาของระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 12.90 (4 ราย) และผู้ป่วยโรคทางตาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 3.23 (1 ราย) ดังตารางที่ 2

จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหาร ตามแนวทางการป้องกันสายให้อาหารหลุด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่ามีผู้ป่วย 3 ราย คือ ร้อยละ 9.68 ที่สายให้อาหารหลุด 2 รายหลุดหลังใส่ 5 และ 7 วัน เนื่องจากผู้ป่วยเกิดภาวะขาดสมดุลของสารอิเล็กโทรลัยท์ อีก 1 รายหลุดหลัง

ใส่ 4 วัน หลุดเนื่องจากผู้ป่วยเกิดการขย้อนในขณะให้อาหาร ประกอบกับพลาสติกไม่เหนียวพอ และพบว่าสายให้อาหารคาอยู่ในร่างกายผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนานเฉลี่ย 12.61 วัน โดยไม่หลุด มีผู้ป่วย 2 ราย ที่แพทย์จำหน่ายกลับบ้านพร้อมสายให้อาหาร และไม่มีผู้ป่วยรายใดที่สายให้อาหารหลุดเกิน 1 ครั้ง ดัง ตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามเพศ อายุ โรค การรักษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	64.52
หญิง	11	35.48
อายุ		
21-30	3	9.68
31-40	4	12.90
41-50	1	3.23
51-60	6	19.35
61-70	12	38.71
71-80	4	12.90
81-90	1	3.23
โรคที่เป็น		
มะเร็งกล่องเสียง	16	51.61
มะเร็งศีรษะและคอ		
ยกเว้นกล่องเสียง	11	35.48
โรคอื่นๆ	4	12.90
การรักษา		
ผ่าตัด	20	64.52
ไม่ผ่าตัด	11	35.48

การกำหนดแนวทางการป้องกันสายให้อาหารหลุด

ตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ป่วยที่สายให้อาหารหลุด วันที่หลุด และสาเหตุที่หลุด

ผู้ป่วยรายที่	เพศ	อายุ (ปี)	โรค	วันที่หลุด	สาเหตุที่หลุด
1	ชาย	62	มะเร็งกล่องเสียง	7	ขาดสมดุลของอีเล็กโทรลย์ท์
2	ชาย	71	มะเร็งกล่องเสียง	5	ขาดสมดุลของอีเล็กโทรลย์ท์
3	ชาย	81	มะเร็งกล่องเสียง หลังตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด	4	เกิดการขย้อนขณะได้รับอาหาร ทางสายให้อาหาร และพลาสติกหลุด

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่สายให้อาหารหลุดร้อยละ 9.68 นอกนั้น ร้อยละ 90.32 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสายให้อาหาร คือไม่มีการเลื่อนหลุดหรืออุดตัน และสาเหตุที่สายให้อาหารหลุดในผู้ป่วย 2 ราย เกิดจากภาวะขาดสมดุลของอีเล็กโทรลย์ท์ คือผู้ป่วยมีค่าโซเดียม 126 และ 131 mmol/L เป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยสับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง¹⁰ จึงดึงสายให้อาหารออกโดยไม่รู้ตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Metheny และคณะ⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงจะมีการเลื่อนหลุดของสายให้อาหารมากกว่าผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวปกติ และระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเลื่อนหลุดของสายให้อาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยอีก 1 ราย สายให้อาหารหลุดเนื่องจากการขย้อนประกอบกับพลาสติกไม่เหนียวพอ จากสาเหตุดังกล่าวจะเห็นว่าการหลุดของสายให้อาหารนั้นมีหลายกรณี หรือสาเหตุ

ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้โดยการปฏิบัติการพยาบาล เพราะพยาบาลมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยที่สายให้อาหาร การดูแลไม่ให้สายให้อาหารหลุด เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ไม่เสียเวลาการทำงานของแพทย์ และพยาบาลที่จะต้องใส่สายให้อาหารใหม่ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดในช่องปากและคอ การป้องกันไม่ให้สายให้อาหารหลุดนับว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพราะหากสายให้อาหารหลุดแล้วจะไม่สามารถใส่ใหม่อีกได้ เพราะอาจทำให้เกิดการแยกของแผลเย็บ⁴ ผู้ป่วยจึงต้องได้อาหารทางหลอดเลือดดำจนกว่าแผลผ่าตัดจะหาย ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของหลอดเลือดหรือภาวะอื่น ๆ⁷ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องพัฒนาศักยภาพ และประสิทธิภาพในการพยาบาลมากขึ้น โดยการเข้มงวดในการป้องกันสายให้อาหารหลุด ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารคาไว้ ประเมินปัญหาที่อาจเป็น

สาเหตุให้สายให้อาหารหลุดในผู้ป่วยแต่ละรายและวางแผนป้องกัน แต่กรณีที่เกิดจากการขาดสมดุลของอิเล็กโทรลัยต์และผู้ป่วยดึงสายให้อาหารออกโดยไม่รู้ตัวนั้น จะเห็นได้ว่าพบได้มากกว่าสาเหตุอื่นๆ ทั้งในการเก็บข้อมูลเบื้องต้น และการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขร่วมกัน ทั้งแพทย์ พยาบาล และบางครั้งต้องอาศัยญาติผู้ป่วยด้วย การที่พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยที่ขาดภาวะสมดุลของอิเล็กโทรลัยต์จากอาการแสดง เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน ชัก ระดับความรู้สึกตัวลดลง¹⁰ อาจป้องกันผู้ป่วยดึงสายให้อาหารออกไม่ทัน เพราะกว่าผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ ดังกล่าว ผู้ป่วยมักเกิดการขาดอิเล็กโทรลัยต์อย่างรุนแรงแล้ว ซึ่งผู้ป่วยบางคนทั้งดอาหารมานานอาจเกิดภาวะขาดสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ตั้งแต่วันแรกๆ ที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร จึงจำเป็นที่จะต้องตรวจเลือดเพื่อประเมินค่าอิเล็กโทรลัยต์ก่อนเริ่มให้อาหารทางสายให้อาหาร และเฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด² ดังนั้นจึงจำเป็นต้องวางแผนร่วมกับแพทย์ในการประเมินภาวะขาดสมดุลของอิเล็กโทรลัยต์จากผลเลือด และอาการแสดงของผู้ป่วยแก้ไขภาวะขาดสมดุลทันทีที่พบ โดยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารทดแทนอย่างเหมาะสม ประเมินอาการและติดตามผลการตรวจเป็นระยะร่วมมือกับเจ้าหน้าที่พยาบาลและญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สิ่งเหล่านี้พยาบาลสามารถกระทำได้ในขอบเขตของวิชาชีพ ส่วนผู้ป่วยอีกรายที่สายให้อาหารหลุด เนื่องจากผู้ป่วยขยอนในขณะที่

ได้รับอาหารโดยวิธีการให้อาหารเหลวใส่ขวดแขวนไว้ตลอดเวลาปล่อยให้อาหารไหลเข้าไปตามสายให้อาหารประกอบด้วยพลาสติกเอร์โมเนียมพอ ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถป้องกันได้ แม้ว่าในแนวทางการป้องกันสายให้อาหารหลุดจะได้กำหนดการตรวจสอบพลาสติกเอร์ไวท์ทุก 8 ชั่วโมงแล้วก็ตาม แต่แรงขยอนเกิดจากการไหลของอาหารเหลวที่เร็วมากเกินไป ทำให้ความดันในกระเพาะอาหารสูงกว่าความดันในหลอดอาหารส่วนล่างขณะที่กระเพาะอาหารบีบรัดเกร็งตัวทำให้เกิดการไหลย้อนกลับของอาหารออกจากหลอดอาหารอย่างแรง¹¹ ทำให้เกิดการขยอนซึ่งเป็นเหตุให้สายอาหารเคลื่อนหลุด Arrowsmith² ได้เสนอแนะว่า ควรใช้พลาสติกเอร์ที่นิ่ม เช่น Mefix tape ส่วนพลาสติกเอร์ที่แข็ง เช่น Sleek tape ควรใช้ชิ้นเล็กๆ เพื่อช่วยให้ Mefix tape ติดดีขึ้น และแนะนำให้เปลี่ยนพลาสติกเอร์วันละครั้ง

ผลการวิจัยพบว่าสายให้อาหารอยู่ในร่างกายผู้ป่วยได้นานเฉลี่ย 12.60 วัน โดยไม่หลุดหรืออุดตัน มีการหลุดเพียง 1 ครั้ง ในแต่ละราย ภายหลังจากที่พยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันสายให้อาหารหลุดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และพบว่าจำนวนครั้งที่หลุดในผู้ป่วยแต่ละรายน้อยกว่าที่พบในกรณีตัวอย่างก่อนการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันสายให้อาหารหลุด ซึ่งพบว่าผู้ป่วย 2 ใน 6 ราย ที่สายให้อาหารหลุด 2-3 ครั้ง และผลการวิจัยไม่พบว่าผู้ป่วยรายใดดึงสายให้อาหารออกเนื่องจากรู้สึกเจ็บ หรือรำคาญ ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยได้แนะนำและย้าให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการ

การกำหนดแนวทางการป้องกันสายให้อาหารหลุด

ป้องกันสายให้อาหารหลุดตั้งแต่วันแรกที่ใส่สายให้อาหาร ตลอดจนได้ดูแลเรื่องความปวดตามแนวทางที่กำหนด เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของพรรณวดี พุชวัฒน์ และคณะ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้อาหารทางสายให้อาหารจะเกิดปัญหาจากสายให้อาหารร้อยละ 17.50 ในจำนวนนี้สายให้อาหารหลุดหรือเลื่อนมากที่สุดถึงร้อยละ 11.25 แต่เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วยค่าไคสแคว์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) และจากการศึกษาของพรรณวดี พุชวัฒน์ พบว่ามักเกิดใน 2 วันแรก ซึ่งพบว่าหลุดเร็วกว่าผลการศึกษาในครั้งนี้ จึงกล่าวได้ว่าหากพยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันสายให้อาหารหลุดอย่างเคร่งครัดแล้ว จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่สายให้อาหารหลุด และช่วยให้สายให้อาหารอยู่ในร่างกายผู้ป่วยได้นานมากขึ้น

โดยสรุป การใช้แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันสายให้อาหารหลุดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นสามารถป้องกันสายให้อาหารหลุดได้ โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถรับรู้คำแนะนำ และมีส่วนร่วมในการป้องกันสายให้อาหารหลุดได้ ส่วนในกรณีที่เกิดภาวะขาดสมดุลของอิเล็กโทรลัยต์ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง สะท้อนให้เห็นว่าการประเมินผู้ป่วยในเรื่องนี้ยังไม่เพียงพอพยาบาลจะต้องร่วมมือกับแพทย์ในการป้องกันไม่ให้เกิด หากผู้ป่วยเกิดภาวะดังกล่าวพยาบาลจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งรีบแก้ไขภาวะขาดสมดุลอย่างรีบด่วนด้วย นอกจากนี้ควรเพิ่ม

ความเอาใจใส่ในเรื่องอัตราการไหลของอาหารไม่ให้เร็วเกินไปซึ่งควรใช้การให้อาหารแบบหยดเป็นม็อย (intermittent-drip method) และการกำหนดมาตรการ ให้เปลี่ยนพลาสติกทุกวันด้วย

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยนำร่อง (pilot study) เพื่อกำหนดแนวทางป้องกันสายให้อาหารหลุด ที่จะมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล จึงศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่มากนักและไม่ได้ศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ฉะนั้นอาจมีข้อจำกัดอยู่บ้างควรทำการศึกษาในระยะยาวต่อไป

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 41.93 (13 ราย) เป็นผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเอาก้อนเสียงออกทั้งหมด ซึ่งเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ของหอผู้ป่วย จักษุ-โสตฯ ที่ต้องให้อาหารทางสายให้อาหารเมื่อแบ่งตามชนิดของโรค ทั้งนี้เพราะเชื่อว่าการให้อาหารทางสายให้อาหารจะช่วยให้ผู้ป่วยได้อาหารอย่างเพียงพอ เพื่อให้แผลผ่าตัดได้พักและเป็นการลดอัตราการเกิด pharyngo-cutaneous fistula^{2,12-13} ซึ่งโดยทั่วไปจะคาสายให้อาหารไว้สำหรับให้อาหารตั้งแต่ 7-10 วัน¹²⁻¹⁴ แต่ในปัจจุบันมีหลายสถาบันที่เริ่มให้ผู้ป่วยได้อาหารทางปากตั้งแต่วันที่ 3 หลังผ่าตัด และพบว่าการเกิด Pharyngo cutaneous fistula ไม่มากไปกว่าผู้ป่วยที่คาสายให้อาหารไว้หลายวัน และทำให้ผู้ป่วยสบายใจมากกว่าที่ให้อาหารทางสายให้อาหารเป็นเวลาหลายวัน ทั้งยังลดเวลาที่ผู้

ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลอีกด้วย¹³⁻¹⁴ จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยเห็นว่าหากมีการพิจารณาใส่สายให้อาหารลดน้อยลงสำหรับผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด ในโรงพยาบาลรามธิบดี จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารลงอย่างมาก อย่างไรก็ตามควรจะต้องพิจารณาความเหมาะสมอื่นๆ ประกอบ โดยเฉพาะปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับ ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมดของโรงพยาบาลรามธิบดีมีความจำเป็นในการให้อาหารทางสายให้อาหารน้อยลง จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหารในหอผู้ป่วยจักษุ-โสตฯ จะลดจำนวนลงไปมาก เป็นผลให้พยาบาลได้มีเวลาดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้อาหารทางสายให้อาหารมากขึ้น ซึ่งจะสามารถป้องกันการหลุดของสายให้อาหารได้มากขึ้นด้วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร. พรรณวดี พุฒวัฒน์ ที่กรุณาตรวจสอบแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันสายให้อาหารหลุด ตรวจสอบต้นฉบับและแก้ไขรายงานการวิจัยครั้งนี้ให้สมบูรณ์มากขึ้น คุณจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ คุณ จุติพร แดงฉาย ผศ. สุจินดา ริมศรีทอง ที่กรุณาตรวจสอบแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันสายให้อาหารหลุด และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย จักษุ-โสตฯ สามัญชาย สามัญหญิง และพิเศษ แผนกงานการพยาบาลจักษุ โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

และเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและร่วมมือในการเก็บข้อมูลด้วยดียิ่ง ตลอดจนผู้ป่วยทุกคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ขวัญตา เกิดชูชื่น ที่กรุณาให้กำลังใจและสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พรรณวดี พุฒวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร. ใน สุปาณี เสนาดิสัย. บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน: แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุดทอง. 2540:526.
2. Arrowsmith H. Nursing management of patients receiving a nasogastric feed. *Britis Journal of Nursing*. 1993; 2:1053-8.
3. Dawson EJ, Hanraha KA, Means ME, Reese JL, Clearman B. Development of an enteral feeding protocol. *ORL-Head and Neck Nursing*. 1996; 14:15-7.
4. ดรุณี ชุณหะวัต. บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยโรคหูคอ จมูก. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง, 2539:175-82.
5. Metheny NA, Spies M, Eisenberg P. Frequency of nasoenteral tube displacement and associate risk factors. *Research in Nursing and Health*. 1986; 9:241-7.
6. Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL. *Otolaryngology volume 1 : Basic science and relate principle*. 3rd ed. London: W.B. Saunders Company,1991:324
7. Pulling R. The right place. *Canadian Nurse*. 1992;28:29-30.

การกำหนดแนวทางการป้องกันสายให้อาหารหลุด

8. รุจิเรศ ธนุรักษ์ และ ลักษณะ มีเนนันทน์. คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 2539; 2:21-32.
9. พรณวดี พุฒวัฒน์, วิชัย ต้นไพจิตร และ ประพจน์ คล่องสู้ศึก. ปัญหาในการให้อาหารทางสายให้อาหารของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระยะหลังผ่าตัด. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 2539; 2:5-19.
10. Dudex GS. *Nutrition handbook of nurse practice*. Philadelphia: J.B Lippincott Company, 1987:162-3,423.
11. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC. *Principles of Surgery*. 6th ed. USA : Mcgraw-Hill, Inc, 1969 : 1132
12. Aprigliano F. Use of the nasogastric tube after total laryngectomy is it truly necessary? *Annual Otolaryngology Rhinology Laryngology*. 1990; 9:513-4.
13. Haynes VL. Caring for laryngectomy patient. *American Journal of Nursing*. 1996; 96:16B-16K.
14. Akyol MU, Ozeden C, Celikkanat S. Early oral feeding after total laryngectomy. *ENT Journal*. 1995; January:28-30.

บรรณานุกรม

1. สมจิตร หนูเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร:ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง. 2535
2. Berne RM, Lery NM. *Physiology*. Toronto: Mosby Year Book, 1993:630-3.
3. Brunner LS, Suddarth DS. *The Lippincott manual of nursing practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1972:385.

A guide to prevent nasogastric tube displacement

Sauwana Piyapisut* B.Sc (Nursing)

Darunee Junhavat* RN. M.Ed.

Abstract Nasogastric tube feeding is practiced in many eye-ear nose and throat patients and it is used as the first choice for artificial nutrition support in the patients who have intact gastrointestinal function but cannot eat. However tube displacement are often occurred due to many factors; regurgitation, sneezing, coughing, pulling out by patient because of discomfort and pain, electrolyte imbalance, traction during nursing practice, and loosing of adhesive plaster. The guide to prevent nasogastric tube displacement was developed by the researchers and implemented to 31 EENT patients who were retained nasogastric tube during June 1997 to November 1997 in Ramathibodi Hospital. The results revealed that there was nasogastric tube displaced in 3 patients (9.68 %). The factors effect tube displacement for two patients were electrolyte imbalance and one patient from regurgitation and loosing of the plaster. There was no tube displacement that pulling out by the patient because of discomfort or pain or traction during nursing practice. The suggestion to improve this guide was reported for better patient's care. Rama Nurs J 1998; 4(2):176-89.

Keyword: nasogastric tube, the prevention of nasogastric tube displacement.

* Professional Nurse, ** Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, RamathibodiHospital, Mahidol University.