

## การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด

อาภัสสร รัศมีเพื่อง\* พย.บ.

**บทคัดย่อ:** ภาวะท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดอาการน้ำตาเอ่อไหล ในเด็กแรก โดยผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 สามารถหายได้เองโดยไม่ต้องรับการรักษาในช่วงชubb ปีแรก การให้การดูแลแบบประดับประดง เช่น การเช็ดทำความสะอาดเปลือกตา การนวดถุงน้ำตา และใช้ยาปฏิชีวนะแบบหยดหรือป้ายตาเป็นครั้งคราวเมื่อมีขึ้นมาก จะช่วยให้ท่อน้ำตา เปิดได้ เองมากขึ้น และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้ อายุรักษ์ตามควรได้รับการตรวจโดยจักษุแพทย์ เพื่อวินิจฉัยแยกโรคจากสาเหตุที่ร้ายแรงอื่น เช่น ต้อหินแต่กำเนิด กระจากตา ձ อกเสบ ม่านตาอักเสบซึ่งอาจมาด้วยอาการน้ำตาไหลได้ แม้จะพบได้น้อยผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้ ควรได้รับการดูแลรักษา ในเด็กที่อายุครบหนึ่งปีแล้วยังมีอาการอยู่ จำเป็นต้องได้รับการรักษา โดยการแยกท่อน้ำตา ซึ่งมีผลการรักษาที่ดี และอัตราการหายสูง ถ้าการแยกท่อน้ำตาไม่ได้ผล ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดรักษาต่อไป เช่น การใส่ท่อชิลิโคนหรือการผ่าเปิดช่องระบายน้ำตาใหม่ เป็นต้น

**คำสำคัญ:** ท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด การนวดถุงน้ำตา การแยกท่อน้ำตา การใส่ท่อชิลิโคน

---

\*พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด

### บทนำ

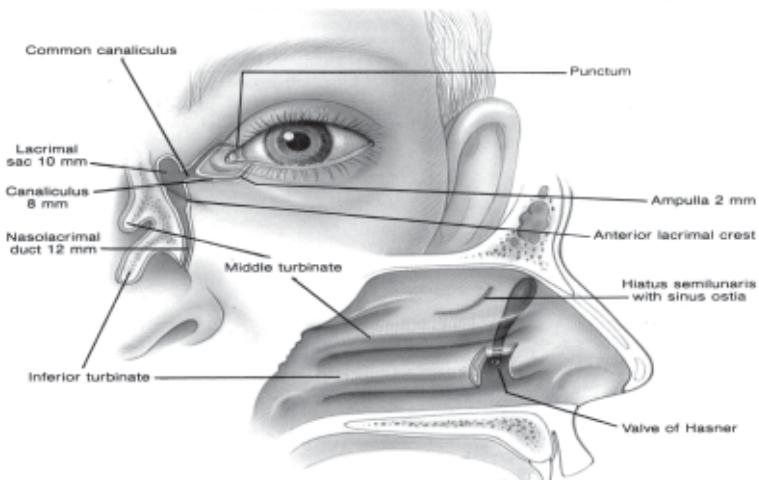
อาการตาและ หรือน้ำตาเอ่อ宦ลดตลอดเวลา (epiphora) ในเด็กแรก เป็นอาการที่พบบ่อยมาก อาการหนึ่ง ที่ผู้ป่วยเด็กถูกนำมาพบเจักษ์แพทย์ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด (congenital nasolacrimal duct obstruction) การเข้าใจ ถึงสาเหตุและการดำเนินโรค จะเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### การเกิดและการดำเนินโรค

ที่ 1 จะไม่เปิดอย่างสมบูรณ์จนกว่าเด็กจะคลอด แต่อาจ ยังพบร่องปิดกั้นของเนื้อยื่อที่ปลายเปิด ของท่อน้ำตา ที่เปิดสู่โพรงจมูก (valve of Hasner) ในเด็กแรกเกิดสูงถึงร้อยละ 30-70 ซึ่งถ้าภาวะนี้ยัง ดำเนินต่อไปใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังคลอด พ่อแม่จะ สังเกตพบว่า เด็กมีอาการน้ำตาเอօ宦ลดตลอดเวลา อาการจะเพิ่มมากขึ้นในช่วง 1-2 เดือนแรก อาจมีหรือ ไม่มีขั้นตอนร่วมด้วยก็ได้

พบอุบัติการณ์นี้ประมาณร้อยละ 2-6 ของเด็ก คลอดครบกำหนด (Cassady, 1952; Kushner, 1982; Robb, 1994)

โดยทั่วไปท่อน้ำตา (nasolacrimal duct) ดังภาพ



ภาพที่ 1 Normal anatomy of the lacrimal excretory system

(จาก Orbit, Eyelids, and Lacrimal System, 2003-2004:250 )

ภาวะท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิดนี้สามารถหายได้ เองเป็นส่วนใหญ่โดยไม่ต้องทำการรักษา (spontaneous resolution) ประมาณร้อยละ 70 หายเมื่ออายุได้ 3-6 เดือน กว่าร้อยละ 90 จะหายเป็นปกติเมื่อเด็ก

อายุได้หนึ่งปี และพบว่าการหายของโรคไม่มีความ สัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการและอาการแสดง แต่สัมพันธ์กับอายุ โดยเมื่ออายุเกิน 1 ปีไปแล้ว พบร่วม โอกาสหายเองจะลดลง (Kushner, 1982; MacEwen,

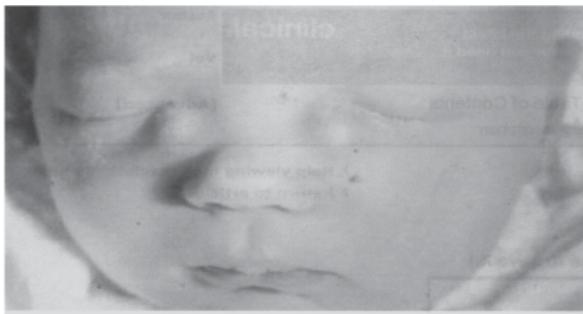
& Young, 1991; Nelson, Calhoun, & Menduke, 1985; Nucci, Capoferri, Alfarano, & Brancato, 1989; Paul, 1958; Peterson, & Rob, 1978; Price, 1947; Robb, 1994; Young, MacEwen, & Ogston, 1996)

### อาการ อาการแสดง และการดูแลผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตัน

อาการ อาการแสดงที่เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิดคือ การมีน้ำตาเอ่อ宦ตตลอดเวลา และมีขี้ตาเป็นมูกเป็นหนอง (mucopurulent discharge) มีประวัติเปลือกตาติด ลิมตาไยากเวลาตื่นนอน ซึ่งสังเกตพบได้ภายใน 1-2 เดือนแรก หลังคลอด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการในตาข้างเดียว แม้จะมีบางรายงาน พนเป็นในตาทั้ง 2 ข้างได้ถึงร้อยละ 20 (MacEwen, & Young, 1991) อาจมีอาการเพิ่มมากขึ้น ถ้ามีการบวมของเยื่อบุโพรงจมูก เช่น เวลาที่

เด็กเป็นหวัด โดยทั่วไปจะไม่มีลักษณะที่บ่งชี้ถึงการอักเสบที่ตาเยื่อบุตาจะขาวแม้ว่าอาจจะมีการติดเชื้อแทรก (secondary conjunctivitis, blepharitis) ทำให้มีขี้ตามาก และเยื่อบุตาแดงได้บ้างเป็นครั้งคราว ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ลิมตาสูญเสงลำบาก ขยายตาบ่อย เยื่อบุรอบกระ睫ตาดำแดงมาก ต้องนึกถึงโรคที่มีความรุนแรง แม้จะพบรอยด้าน้อย เช่น ต้อหินแต่กำเนิด (Congenital Glaucoma), กระ睫ตาดำหรือม่านตาอักเสบ (keratitis or uveitis) เป็นต้น ถ้าไม่แน่ใจว่าใช่ท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิดหรือไม่ ควรส่งปรึกษาจักษุแพทย์

ภาวะแทรกซ้อน อาจพบมีก้อนไม่อักเสบบริเวณหัวตา (dacyrocystocele) ดังภาพที่ 2 ใต้ต่อ medial canthus หรือเกิดการอับเสบบริเวณถุงน้ำตา (dacryocystitis) ดังภาพที่ 2 ทำให้ผิวหนังบริเวณหัวตาบวมแดงกดเจ็บถ้ามีการติดเชื้อรุนแรงในท่อระบายน้ำตาจนลามไปเนื้อเยื่อรอบดวงตา (periorbital cellulitis) ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางตาในเด็กเล็กที่ต้องได้รับการรักษาทันที



dacyrocystocele



dacyocystitis

ภาพที่ 2 ก้อนไม่อักเสบบริเวณหัวตา (dacyrocystocele) และการอับเสบบริเวณถุงน้ำตา (dacryocystitis)

จาก The National Ophthalmic Activities

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถหายได้เองภายในช่วงปีแรก ดังนั้น จึงควรอธิบายให้ฟังแม่ หรือ

ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจถึงการพยากรณ์โรค เน้นการดูแลเช็คทำความสะอาดดีเพื่อลดการติดเชื้อ แต่ถ้าหากหายแล้วมีการติดเชื้อซ้ำๆ แนะนำให้พบแพทย์ทันที

## การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด

น้ำต้มสุกไม่ให้มีขี้ตามากage ซึ่งจะทำให้เกิดการระคายเคือง และมีโอกาสเกิดการติดเชื้อแทรกได้นบอย สามารถให้การรักษาได้โดยการหยดยาปฎิชีวนะ เมื่อมีขี้ตา หรือ มีการอักเสบที่เปลือกตา

### การนวดถุงน้ำตา ( Lacrimal sac massage )

การนวดถุงน้ำตาอย่างถูกวิธีจะช่วยเพิ่มปริมาณน้ำตา (tear column) ในท่อระบายน้ำตา ช่วยเพิ่มแรงดันไปด้านหลังท่อเปิดได้ เป็นผลทำให้อัตราการหายเพิ่มขึ้น (Crigler, 1923; Kushner, 1982; Foster, Katowitz, & Heymon, 1996) นอกจากนี้ การนวดยังช่วยระบายน้ำตา และเมือกที่คั่งค้างออกจากถุงน้ำตาทางรูเปิด puncta ทำให้เข็ดทำความสะอาดสะอาดง่าย ช่วยลดโอกาสการเกิดติดเชื้อแทรกได้

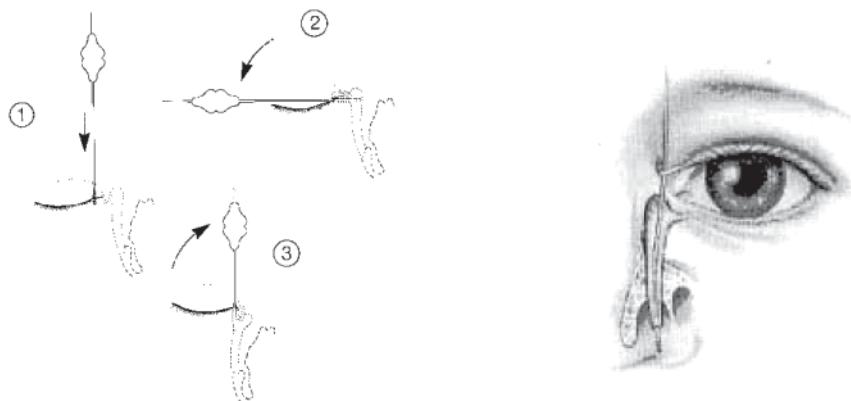
พยาบาลสามารถสอนวิธีการนวดถุงน้ำตาให้แก่ผู้ดูแลเพื่อนำไปนวดให้แก่ผู้ป่วยได้ วิธีการนวดที่ได้ผลดีที่สุด คือ การนวดแบบ hydrostatic force โดยการกดปิดท่อน้ำตา common canaliculus ขณะที่เพิ่มแรงกดดันลงบนถุงน้ำตา โดยวางนิ้วชี้ลงบน medial canthus ดันนิ้วไปทางด้านหลัง(posterior direction) จนรู้สึกว่าปลายนิ้วเข้าไปในช่องว่างหลัง inferior medial orbital rim หรือ anterior lacrimal creast ( การกดลงบน กระดูกหน้าต่อ lacrimal fossa ไม่ได้ประโยชน์ เพราะกระดูกจะป้องกันถุงน้ำตาจากแรงดันจากการนวด ) ค่อยๆ เพิ่มแรงกดลงล่าง เข้าใน (downward and medially) เพื่อให้เกิดแรงดันน้ำตาไปตามท่อระบายน้ำตาสู่ปลายท่อที่มีเนื้อเยื่ออุดอยู่ จนปลายท่อเปิดออกได้ ควรนวดติดต่อกัน 3-5 ครั้ง ประมาณวันละ 2-3 รอบทุกวัน จนกว่าอาการน้ำตาเอ่อ宦จะหายไป (Crigler, 1923)

ตั้งนั้นการดูแลผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด จึงมุ่งเน้นที่การดูแลแบบประคับประคอง เฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ถ้าอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจนถึงอายุ 6 เดือน หรือเกิดมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นควรลุ้นปรึกษาจักษุแพทย์ เพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป

### การรักษาโดยจักษุแพทย์

- การแยกท่อน้ำตา (nasolacrimal duct probing) ไม่มีข้อกำหนดที่แน่นอนว่าเมื่อใดควรเริ่มให้การรักษาด้วยวิธีแยกท่อน้ำตา ถึงแม้ว่าตามการดำเนินโรคเด็กที่เป็นโรคนี้มากกว่าร้อยละ 90 สามารถหายได้เอง เมื่ออายุ 1 ปี จักษุแพทย์บางท่านเลือกที่จะเริ่มแยกท่อน้ำตาตั้งแต่เด็กอายุ 6-8 เดือน (Koke, 1950; Kushner, 1982; Baker, 1985; Kassoff, & Meyer, 1995) โดยทั่วไปจะทำการรักษาด้วยการแยกท่อน้ำตาในช่วงอายุ 12-15 เดือน ความสำเร็จในการรักษาสูงถึงร้อยละ 97 ถ้าทำก่อนอายุ 13 เดือน และลดลงเหลือร้อยละ 76.4 ในช่วงอายุ 13-18 เดือน หลังอายุ 24 เดือน ความสำเร็จในการรักษาเหลือร้อยละ 33.3 (Katowitz, & Welsh, 1987) บางการศึกษารายงานความสำเร็จจากการเริ่มแยกท่อน้ำตาในช่วงอายุ 1-10 ปี ได้สูงถึงร้อยละ 90 (อาภัทรสา เล็กสกุล และคณะ, 2003; EI-Mansouri, & Calhoun, 1986; Robb, 1989)

ถ้าหลังจากการแยกท่อน้ำตาแล้ว 6 สัปดาห์ ยังมีน้ำตาเอ่อ宦หาย การแยกท่อน้ำตาครั้งที่ 2 เป็นทางเลือกหนึ่ง ก่อนที่จะสรุปว่า การรักษาด้วย วิธีนี้ไม่ได้ผล



รูปที่ 2 Probing ( รูปจาก Jaeger & Tasman , 1998:23 )

- การขยายห่อน้ำตาด้วย Balloon (Balloon catheter dilation) เป็นวิธีที่มีประโยชน์และให้ผลสำเร็จสูงในการรักษาเด็กที่อายุมากกว่า 12 เดือน และไม่หายจากการแยกท่อน้ำตา หรือการใส่ห่อชิลลิโคน (Becker, Berry, & Keller, 1996; Hutcheson, Drack, & Lambert, 1997)

- ใส่ห่อชิลลิโคน (silicone tubing) ในรายที่แยกท่อน้ำตาไม่ได้ผล สามารถให้การรักษาต่อไปโดยการใส่ห่อชิลลิโคนค่าวิโน่ในห่องระบายน้ำตา ตามวิธีของ Crawford (1990) โดยทั่วไปจะค่าห่อชิลลิโคนไว้ประมาณ 6-12 เดือน แม้ว่าอาการน้ำตาอุดจะเริ่มหายหลัง 6 สัปดาห์ (Leone, & Vangert, 1990; Piest, & Katowitz, 1991)

- การผ่าตัด Dacryocystorhinostomy เด็กที่ไม่หายจากการใส่ห่อชิลลิโคน อาจต้องรับการผ่าตัดทำช่องทางระบายน้ำตาใหม่ โดยการกรอกระดูกบริเวณ lacrimal fossa เปิดเข้าในโพรงจมูก ซึ่งผลการผ่าตัดในเด็กจะให้ผลการรักษาไม่ต่ำกว่า 90% เมื่อจากในเด็กยังมีการเจริญของกระดูกใบหน้า และมีแนวโน้มในการเกิดเยื่อพังผืดที่แผล (scar tissue) สูง มีผลสำเร็จในการผ่าตัดประมาณร้อยละ 88 (Nowinski, Flanagan, & Mauriello, 1985)

สรุป สาเหตุใหญ่ของการเกิดอาการตาและน้ำตาอุดอ่อนในทารก คือ ภาวะท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิดซึ่งโดยปกติแล้วสามารถหายเองได้ โดยไม่ต้องได้รับการรักษาเฉพาะ หรือผ่าตัด แต่ถ้าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ก็มีวิธีรักษาแบบต่าง ๆ ตามความรุนแรงของโรคที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้

## การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดท่อน้ำตาในห้องผ่าตัด (เรณู อาจสาลี และ กันยา ออประเสริฐ, 2535; คณะกรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด, 2544)

พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผ่าตัด โดยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

### 1. ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<b>ปัจจัยจากผู้ป่วย</b> 1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการผ่าตัด	1.1 ประเมินความพร้อม ของผู้ป่วยโดยดู ประวัติจากเวชระเบียน และผลการตรวจ ต่าง ๆ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>ประวัติการเจ็บป่วยและการ ผ่าตัด ในปัจจุบันและในอดีต</li> <li>โรคประจำตัว</li> <li>ประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี</li> <li>ยาที่ใช้ประจำ</li> <li>ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ</li> <li>ผลการตรวจวัดสัญญาณชีพ</li> <li>ใบเซ็นอนุญาตยินยอมให้ผ่าตัด</li> </ul> 1.2 ตรวจสอบการเตรียมผู้ป่วยเกี่ยวกับ <ul style="list-style-type: none"> <li>บริเวณผ่าตัด</li> <li>การได้รับยาและสารน้ำก่อนผ่าตัด</li> <li>การดูแลและอาหารตามแผนการรักษา</li> <li>การเปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับการผ่าตัด</li> </ul> 1.3 ประเมินสภาวะร่างกายทั่วไปเกี่ยวกับ <ul style="list-style-type: none"> <li>ภาวะการรู้สึกตัวและการรับรู้</li> <li>การเจ็บป่วยที่มีผลต่อการผ่าตัด เช่น มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ลุ่นต้นหรือไม่</li> </ul>	1.1 ผู้ป่วยได้รับการ ตรวจสอบ เอกสาร และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับการผ่าตัด ครบถ้วน ถูกต้องพร้อม ที่จะทำการผ่าตัด

## อาภัสร รัศมีเพื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<p>2. วิตกกังวลเกี่ยวนื่องจากการพลัดพรากจากผู้ปักครองและความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม</p> <p><b>ปัจจัยจากญาติ</b></p> <p>1. วิตกกังวลเกี่ยวนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการทำการผ่าตัด</p>	<p>2.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วย แนะนำตนเองเรียกชื่อเล่นของผู้ป่วย เล่นกับเด็กและพาไปดูสถานที่ต่างๆ ในห้องผ่าตัด</p> <p>2.2 ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยจากการพูดคุย และการสังเกตพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมาก</p> <p>2.3 จัดสภาพแวดล้อมบริเวณรอบผ่าตัดให้เงียบสงบไม่มีเสียงรบกวน</p> <p>2.4 ไม่ละทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง ขณะรอการผ่าตัดโดยให้อยู่กับผู้ปักครองจนกระทั้งถึงเวลาผ่าตัด และอนุญาตให้เข้าไปส่งผู้ป่วยในห้องผ่าตัดได้</p> <p>1.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ปักครอง โดยเข้าไปพูดคุย แนะนำตัวและบุคลากรในทีมผ่าตัด</p> <p>1.2 ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ปักครองจากการซักถาม และสังเกตพฤติกรรม</p>	<p>2.1 ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ พูดเล่น หัวเราะ ยิ้มแย้ม</p> <p>2.2 ผู้ป่วยได้รับการประเมิน สภาวะจิตใจ และได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>2.3 สภาพแวดล้อมบริเวณรอบผ่าตัดสงบ ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ก่อนเข้าห้องผ่าตัด</p> <p>2.4 ผู้ป่วยไม่ลุกทิ้งให้ออยตามลำพัง</p> <p>1.1 ผู้ปักครองให้ความไว้วางใจ สนับสนุน กับปัญหาและความรู้สึก</p> <p>1.2 ผู้ปักครองคงความวิตกกังวล โดยให้ความร่วมมือในการพยาบาล</p>

## การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
2. วิตกกังวลเกี่ยวนื่องจากการพลัดพราจากบุตร	<p>1.3 ตอบข้อข้องใจ ตลอดจนให้กำลังใจ หลีกเลี่ยงคำพูดที่เพิ่มความกังวล</p> <p>1.4 อธิบายขั้นตอนเกี่ยวกับการทำผ่าตัดอย่างคร่าวๆ ระยะเวลาในการทำผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดและ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด</p> <p>2.1 อนุญาตให้ผู้ปักครองอยู่ด้วยตนเองจนกระทั่งถึงเวลาผ่าตัดและให้เข้าไปล่วงในห้องผ่าตัดได้</p> <p>2.2 จัดสภาพแวดล้อมบริเวณรอบผ่าตัดให้เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน</p>	<p>1.3 ผู้ปักครองรับฟังและสนใจชักถาม</p> <p>1.4 ผู้ปักครองเข้าใจและขอข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับขั้นตอน การผ่าตัด</p> <p>2.1 ผู้ปักครองคลายความวิตกกังวล สืบท้ายมั่น แม้มพูดคุยเล่นกับบุตรได้</p>
<b>ปัจจัยจากเจ้าหน้าที่</b>		
1. มีโอกาสเกิดอันตรายจาก อุบัติเหตุต่างๆ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>• การผิดพลาดในการนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด</li> <li>• อุบัติเหตุขณะรอผ่าตัด</li> <li>• การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถนอนไปเตียงผ่าตัด</li> </ul>	<p>1.1 ตรวจสอบ นามสกุล ให้ตรงกับตัวผู้ป่วย ตรงกับเวชระเบียน และ ตรงตามตารางผ่าตัด</p> <p>1.2 ประเมินสภาวะ ร่างกายและระดับความรู้สึกของผู้ป่วย</p> <p>1.3 ดอยด์และผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ควรให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง</p> <p>1.4 ห้ามผู้ป่วยที่ได้รับยาสำก่อนยา劑จับความรู้สึก (Premedication) ลุกขึ้นจากเตียงหรือรถนอนโดยปราศจากเจ้าหน้าที่</p> <p>1.5 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง <ul style="list-style-type: none"> <li>• ขณะเคลื่อนย้ายต้องล็อคเตียงและรถนอนให้เรียบร้อย</li> <li>• ยกขวา กันเดียงขึ้นลงตลอดเวลา</li> <li>• ขณะเคลื่อนย้ายระวังอยาให้แขนหรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งออกนอกรถนอน</li> <li>• ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวต้องประคองศีรษะ</li> </ul> </p>	<p>1.1 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้องตามแผนการรักษา</p> <p>1.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับ สภาวะความเจ็บป่วย</p> <p>1.3 ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุขณะผ่าตัด</p> <p>1.4 ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการเคลื่อนย้าย</p>

## อาภัสร รัศมีเพื่อง

### 2. ระยะขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<b>ปัจจัยจากผู้ป่วย</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีโอกาสได้รับอันตรายจากการแพ้น้ำยาและสารเคมี</li> <li>มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุตกเตียง และภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 หลีกเลี่ยงการให้น้ำยาและสารเคมีที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้</li> <li>1.2 สังเกตอาการผิดปกติภายนอกการใช้น้ำยาและสารเคมี</li> <li>1.3 ตรวจสอบวันหมดอายุของน้ำยาและสารเคมี</li> <li>1.4 ใช้น้ำยาและสารเคมีให้ถูก乎ทั้งชนิดขนาดความเข้มข้นและวิธีการใช้</li> <li>2.1 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง</li> <li>2.2 ป้องกันการตกเตียงโดยใช้เครื่องผูกยึดลำตัว แขน และไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง</li> <li>2.3 จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ถูกต้องเหมาะสมกับการผ่าตัด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ผู้ป่วยไม่มีอาการระคายเคืองหรืออาการแพ้น้ำยาและสารเคมี</li> <li>2.1 ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียงในขณะผ่าตัด</li> <li>2.2 ผู้ป่วยไม่ตกเตียง และไม่เกิดอันตรายจากการใช้เครื่องผูกยึดต่างๆ โดยมีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด</li> <li>2.3 ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</li> </ol>
<b>ปัจจัยจากเจ้าหน้าที่</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีโอกาสเกิดการติดเชื้อขณะผ่าตัด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ปฏิบัติตามกฎระเบียบของห้องผ่าตัด และเทคนิคปลอดเชื้อย่างเคร่งครัด</li> <li>1.2 การเตรียมความสะอาดเฉพาะที่การฟอกผิวนัง และทายาระงับเชื้อถูกต้องตามเทคนิค</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผ่าตัดสะอาดและถูกต้อง</li> <li>1.2 ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติถูกต้องตามเทคนิคปลอดเชื้อ</li> </ol>

## การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<p>2. มีโอกาสได้รับอุบัติเหตุจากเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด</p> <p>ปัจจัยจากสภาพแวดล้อม</p> <p>1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่เกิดจากสภาพแวดล้อม</p> <p>2. มีโอกาสเกิดการลดต่ำลงของอุณหภูมิร่างกาย</p>	<p>1.3 ประเมินด้วยการฟังกระหายของผู้นurse ของในห้อง โดยหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวพูดคุย และเดินเข้าออกห้องผ่าตัดโดยไม่จำเป็น</p> <p>2.1 ตรวจสอบประสิทธิภาพเครื่องมือทุกชิ้น ก่อนใช้กับผู้ป่วยทุกครั้ง</p> <p>2.2 ตรวจสอบประสิทธิภาพและการทำงานของเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชิ้นก่อนใช้ทุกครั้ง</p> <p>2.3 ปรับระดับความแรงของเครื่องใช้ไฟฟ้าให้เหมาะสมกับตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด</p> <p>2.4 ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือที่มีความแหลมคมและเครื่องจีไฟฟ้า</p> <p>1.1 แบ่งพื้นที่ส่วนที่สะอาดและไม่สะอาด ออกรากกันโดยเด็ดขาด</p> <p>1.2 รักษาความสะอาดของห้องผ่าตัดให้อยู่ในสภาพปลอดเชื้อตลอดเวลา</p> <p>1.3 ทำความสะอาดห้องผ่าตัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ก่อนและหลังการผ่าตัด ในแต่ละวัน โดย <ul style="list-style-type: none"> <li>• ดูแลให้มีการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคถูกทำความสะอาดพื้นห้อง</li> <li>• ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคทำความสะอาดโต๊ะผ่าตัด ไฟส่องผ่าตัด เตียงและเครื่องใช้อื่นๆ ประจำห้องผ่าตัด ตลอดจนผนังห้องโดยรอบให้ทั่ว</li> </ul> </p> <p>2.1 ปรับอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง 25-28 องศาเซลเซียส</p>	<p>2.1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด ไม่มีรอยไหมจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า</p> <p>1.1 พื้นที่ในห้องผ่าตัดมีความสะอาดตามเทคนิคปลอดเชื้อและพร้อมที่จะทำการผ่าตัด</p> <p>2.1 อุณหภูมิในห้องผ่าตัด เหมาะสมและผิวนังผู้ป่วยอุ่นแห้งเป็นลีชมพุ</p> <p>2.2 ร่างกายผู้ป่วยอบอุ่น เพียงพอและพร้อมที่จะทำการผ่าตัดได้</p>

## อาภัสร รัคเมตีเพื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	<p>2.2 สามทวนและผ้าเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน</p> <p>2.3 คลุมบริเวณผ่าตัด โดยเปิดเฉพาะส่วนที่จำเป็น</p> <p>2.4 ลดระยะเวลาการผ่าตัด โดยเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อม</p>	

### 3. ระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<b>ปัจจัยจากผู้ป่วย</b> <p>1. มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน</p> <p>2. เสียงต่อการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ</p>	<p>1.1 ให้ออกซิเจน Mask 5L/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสโลหิต</p> <p>1.2 สังเกตลักษณะสีผิว ริมฝีปาก เล็บ ถ้ามีการเปลี่ยนสีคล้ำลง ต้องรีบให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ทันที</p> <p>1.3 บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจนกว่าอาการจะคงที่ใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด</p> <p>2.1 จัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนตะแคง หรือนอนหงายให้หมอนหนุนใต้ठोลีเยิงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อลดเลือดเสียง การล้าักษของผู้ป่วยที่มีเสmen น้ำลายมากให้เหลืออยู่ได้</p> <p>2.2 ดูดเสmen หรือน้ำลายออกจากปากและลำคอให้หมดในผู้ป่วยที่มีเสียงหายใจผิดปกติ</p> <p>2.3 บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจนกว่าอาการจะคงที่ใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ลักษณะชีพจร เบ้าเร็วเต้นไม่สม่ำเสมอ ควรรายงานแพทย์ทันที</p>	<p>1.1 การหายใจของผู้ป่วยปกติและเลี้ยงลมหายใจเข้า-ออกปกติ</p> <p>1.2 ลักษณะสีผิว ริมฝีปาก และเล็บของผู้ป่วยเป็นสีชมพู</p> <p>1.3 อัตราการหายใจและชีพจรของผู้ป่วยปกติ</p> <p>2.1 ไม่มีการล้าักษ มีทางเดินหายใจโล่ง ปราศจากลิ่งอุดกั้น</p> <p>2.2 สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ</p>

## การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำตາอุดตันแต่กำเนิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
3. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุตกรเตียง	3.1 ในระยะที่ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบ อาจดื่น อาละวาด โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กควรดูแลอย่างใกล้ชิดไม่ควรทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง 3.2 ดึงไม้กันเตียงขึ้นทุกด้าน เพื่อป้องกันการตกเตียง	3.1 ไม่เกิดอุบัติเหตุ ตกเตียง
4. มีโอกาสเกิดภาวะการขาดสารน้ำ	3.3 อนุญาตให้ยาตี้เข้ามายื่นเป็นเพื่อนผู้ป่วย เพื่อคลายความกลัวและความวิตกกังวล 4.1 ดูแลการให้สารน้ำให้เพียงพอตามแผนการรักษาให้ถูกต้องทั้งอัตราการหยด และจำนวน 4.2 ดูแลให้เข้มอยู่ในตลอดเลือด โดยการ ตรึงแน่นไม่เลื่อนหลุด และลังเกต ผิวนังโดยรอบเพื่อดูการรั่วออกนอก ตลอดเลือด	4.1 ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอ 4.2 เข้มไม่เลื่อนหลุดจาก หลอดเลือดและไม่มีอาการผิดปกติรอบ ๆ บริเวณที่ให้สารน้ำ
5. มีโอกาสเกิดการปวดแผล บริเวณที่ทำการผ่าตัด	5.1 ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยจาก การลังเกตหรือสอบถาม ถ้าผู้ป่วยปวด แปลให้รายงานแพทย์ 5.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาอะจัน ความปวด ควรประเมินอาการปวดเป็นระยะๆ และ การให้ยาชา ควรรอให้ระยะการออกฤทธิ์ สูงสุดของยาผ่านพ้นไปก่อน	5.1 ผู้ป่วยไม่บ่นปวดแผล สามารถนอนพักได้ และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอะจันปวด
6. มีโอกาสเกิดภาวะสูญเสียเลือด ภายในหลังการผ่าตัด	5.3 ลังเกตอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากยาที่ให้ 6.1 ลังเกตบริเวณแผลที่ทำการผ่าตัดและ ผ้าปิดแผล 6.2 บันทึกชีพจร ความดันโลหิต ทุก 15 นาที ถ้าพบว่าความดันโลหิตลดลง ชีพจร เบ้า-เร็ว และผิวนังเย็นชื้น ต้องรายงานแพทย์ทันที	6.1 ผ้าปิดแผลแห้งไม่มีเลือดซึมออกมากเพิ่มมากขึ้น 6.2 ชีพจรและความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปกติ

## อาภัสร รัคเมติเท่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
<p><b>ปัจจัยจากสภาพแวดล้อม</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีโอกาสเกิดการลดต่ำของ อุณหภูมิร่างกาย</li> <li>ไม่สุขสบายเกี่ยวนื่องจาก สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ปรับอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง 25-28 องศาเซลเซียส</li> <li>ไม่เปิดเผยแพร่ร่างกายเด็กเกินความจำเป็น และห่มผ้า เพื่อป้องกันการสูญเสีย ความร้อน</li> <li>จัดสภาพแวดล้อมในห้องพักพื้นให้ สะอาดเรียบร้อย เงียบสงบปราศจาก กลิ่นและเสียงรบกวน</li> <li>เปลี่ยนอุริยางทให้ผู้ป่วยตามความ เหมาะสม</li> <li>ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสม เพื่อ ป้องกันการกดทับ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ล้มผัสตัวอุ่น ไม่มี อาการหนาวสั่น อุณหภูมิ ของผู้ป่วย ปกติ</li> <li>2.1 ผู้ป่วยสงบไม่กระสับ กระส่าย นอนพักได้</li> <li>2.2 ผู้ป่วยนอนในท่าที่ สบาย แขน ขาไม่ลูก กดทับ</li> </ol>

### การย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักพื้น

#### เกณฑ์การประเมิน

- ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต อยู่ในระดับ ปกติ
- ฟันจากยานสลบและรู้สึกตัวดี
- มีการเคลื่อนไหวร่างกายและเปลี่ยนอุริยางท ได้เอง
- ไม่มีอาการปวดแผล

#### การปฏิบัติและกิจกรรมการพยาบาล

- ตรวจสอบชีพจร การหายใจและความดัน โลหิตว่าเข้าสู่ระดับปกติคงที่นานเกิน 30 นาที
- ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย
  - สามารถไอและบ้วนเสมหะได้
  - มีการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนอุริยางทได้เอง หรือทำตามคำสั่งได้
  - รู้สึกตัวดีหรือปลุกให้ตื่นได้ง่าย

- สังเกตลักษณะผิวหนังมีสีชมพู อุ่น แห้งปกติไม่มี เหงื่ออออกหรือตัวเย็น
- ประเมินว่าผู้ป่วยไม่มีความเจ็บปวดที่รุนแรงโดย สังเกตหรือซักถาม
- ประสานงานกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย โดยรายงาน ให้ทราบถึงอาการของผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นจะต้องเตรียมสำหรับผู้ป่วยก่อน ส่งกลับหอผู้ป่วย
- ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย จนถึงหอผู้ป่วยโดยมีเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา
- ในการย้ายที่หอผู้ป่วยกลับบ้าน ต้องตรวจสอบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการมึนงง และไม่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ทบทวนการปฏิบัติหลังผ่าตัด การมาพบแพทย์ตามนัด อาการผิดปกติที่ควร มาพบแพทย์ก่อนนัด

## การพยาบาลผู้ป่วยท่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด

### สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดห่อน้ำตาอุดตันแต่กำเนิด ทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลัง ผ่าตัดเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล พยาบาลจะต้อง ให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ใน การปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัด เพื่อ ทำความรู้จักคุณเคย และให้คำแนะนำ เกี่ยวกับสภาพ แวดล้อมภายในห้องผ่าตัด ขั้นตอนต่าง ๆ ของการผ่าตัด การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด และเปิด โอลก้าสให้ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งความความดับข้องใจต่าง ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาร่วมแผนการให้การพยาบาล ผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัดให้เหมาะสมกับสภาพ ผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งในขณะรอผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด เช่น การจัดท่าให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย และ ระยะหลังผ่าตัดทันทีในห้องพักฟื้น เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากการแทรกซ้อนต่าง ๆ ของการได้ยาระงับ ความรู้สึก และการผ่าตัด อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยได้รับ ความสุขสนายทั้งด้านร่างกายและจิตใจจนพ้นจาก ภาวะวิกฤต สามารถจาน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งต่อ ผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยได้

### กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.น.พ.ทวีกิจ นิมรันธ์ ผศ.พ.ญ. อาภาทรสา เล็กสกุล และ ร.ศ. พินิจ ปรีชานนท์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะนำพิจารณาตรวจอากาศให้กับความ สมบูรณ์มากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- เรณู อาจสาลี, และ กันยา ออประเสริฐ. (2535). การพยาบาล ทางห้องผ่าตัด. คณะกรรมการพัฒนาตำราพยาบาล ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- อาภาทรสา เล็กสกุล, ทวีกิจ นิมรันธ์, และ พลกฤษณ์ สุขวัชรินทร์. (2003). ระดับผลสำเร็จของการแยก ห่อน้ำตาครั้งแรกในเด็กอายุมากกว่าปีที่มีห่อน้ำตาอุดตัน ตั้งแต่กำเนิด. *The Thai Journal of Ophthalmology*, 17(2), 139-43.
- คณะกรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัด. (2544). เอกสารคำสอน วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1. มาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัด การพยาบาลผู้ใหญ่ 1 RANS 255. การพยาบาลผ่าตัด. หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ:ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- Baker, J.D. (1985). Treatment of congenital nasolacrimal duct obstruction. *Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 22, 34-6
- Becker, B., Berry, F.D., & Keller, H. (1996). Balloon catheter dilation for treatment of congenital nasolacrimalduct obstruction. *American Journal of Ophthalmology*, 121, 304-9.
- Cassady, J.V. (1952). Developmental anatomy of the nasolacrimal duct. *Archives of Ophthalmology*, 47, 141-58.
- Crawford, J.S. (1990). Interbation of the lacrimal System. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, 21, 90.
- Crigler, L.W. (1923). The treatment of congenital dacryocystitis . *Journal of the American Society of Plastic Surgeons*, 81, 23-4.
- EI-Monsoury, J., & Calhoun, J.H., et al. (1996). Results of late probing for congenital nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmology* , 93, 1052.

## ອາກົ້ສສຮ ຮັຄມືເພື່ອງ

- Foster, J.A., Katowitz, J.A., & Heymon, S. (1996). Results of dacryoscintigraphy in massage of the congenitally blocked nasolacrimal duct. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, 12 (1), 32-7.
- Hutcheson, K.A., Drack, A.V., & Lambert, S.R. (1997). Balloon dilation for treatment of resistant nasolacrimal duct obstruction. *Journal of the American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 1, 241.
- Jaeger, E.A., & Tasman, W. (1998). *Duane's ophthalmology*. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins.
- Kassoff, J., & Meyer, D.R. (1995). Early office-base VS late hospital based nasolacrimal duct probing. A clinical decision analysis. *Archives of Ophthalmology*, 113, 1168
- Katowitz, J.A., & Welsh, M.G. (1987). Timing of initial probing and irrigation in congenital nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmology*, 94, 698-705.
- Koke, M.P. (1950). Treatment of occlude nasolacrimal ducts in infants. *Archives of Ophthalmology*, 750.
- Kushner, B.J. (1982). Congenital nasolacrimal duct obstruction. *Archives of Ophthalmology*, 100, 597-600.
- Leone, C.R., & Vangert, J.V. (1990). The success rate silicone intubation in congenital lacrimal obstruction. *Ophthalmic Surgery*, 21, 90.
- MacEwen, C.J., & Young, J.D.H. (1991). Epiphora during the first year of life. *Eye*, 5, 596-600.
- Nelson, L.B., Calhoun, J.H., & Menduke, H. (1985). Medical management of congenital nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmology*, 92, 1187-90.
- Nowinski ,T.S., Flanagan, J.C., & Mauriello, J. (1985). Pediatric dacrocystorhinostomy. *Archives of Ophthalmology*, 103, 1226.
- Nucci, P., Capoferri, C., Alfarano, R., & Brancato, R. (1989). Conservative management of nasolacrimal duct obstruction. *Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 26, 39-43.
- Orbit, Eyelids and Lacrimal System. (2003-2004). *Basic and clinical science course*, 7, 250.
- Paul, T.O. (1958). Medical management of congenital nasolacrimal duct obstruction. *Journal of Pediatrics*, 22, 68-70.
- Peterson, R.A., & Rob, R.M. (1978). The course of congenital obstruction of the naso-lacrimal duct. *Journal of Pediatric Ophthalmology*, 15, 246-50.
- Piest, K.L., & Katowitz, J.A. (1991). Treatment of congenital nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmology Clinic of North America*, 3, 201.
- Price, H.W. (1947). Dacryostenosis. *Journal of Pediatrics*, 30, 302-5.
- Robb, R.M. (1994). Tearing abnormalities. In S.J. Isenberg (Ed.), *The eye in infancy*. (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 248-253). St.Louis: Mosby.
- The National Ophthalmic Activities. Congenital Anomalies, from <http://www.tnoa.net/congenital/congenital.htm>
- Young, J.D.H., MacEwen, C.J., & Ogston, S.A. (1996). Congenital nasolacrimal duct obstruction in the second year of life, multicentre trial of management. *Eye*, 10, 484-91.

## Nursing Care for Congenital Nasolacrimal Duct Obstruction

Arpussorn Russameefeong\**B.N.*

**Abstract:** Congenital nasolacrimal duct obstruction is a primary cause of excessive tearing or epiphora in infants. More than 90% of them are spontaneous resolution during the first 12 months of life. Conservative management including lids cleaning, massage of the lacrimal sac and intermittent use of topical antibiotic ointment or drops, promotes lacrimal drainage patency and prevents secondary infection. Initial eye doctor consultation may be necessary for differential diagnosis from occasional serious diseases such as congenital glaucoma, keratitis and uveitis etc. Persistence of symptoms after the first birthday of affected child requires treatment by lacrimal probing that is highly effective in maintaining patency. Definitive surgery, such as silicone intubation, or dacryocystorhinostomy, is recommended if lacrimal probing fails to resolve the problem.

**Keyword :** Nasolacrimal duct obstruction, Lacrimal sac massage, Probing, Silicone intubation

---

\*Professional Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University