



การลดความเสี่ยงจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก REDUCING THE RISKS OF NASOGASTRIC TUBES

เตือนใจ เจริญบุตร¹

Taunjai Jaroenbootra

¹พันตำรวจเอกหญิง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
Faculty of Nursing Western University

บทคัดย่อ

การใส่สายยางให้อาหารทางจมูกเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พบได้บ่อยและมีความเสี่ยงหรือมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายยางเข้าทางรูจมูกจนถึงกระเพาะอาหาร เช่น ไซนัสอักเสบ การระคายเคืองเยื่อหูทางเดินหายใจ สายยางทะลุหลอดอาหาร ภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ทางเดินหายใจอุดตัน ปอดอักเสบจากการสำลัก หรือการติดเชื้อที่ปอด เป็นต้น ซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ขณะใส่และถอดสายยางให้อาหาร แม้จะมีรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูกจำนวนไม่มาก แต่พบว่าเมื่อเกิดขึ้นแล้วมีโอกาสเกิดความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใส่สายยางให้อาหารทางจมูกควรลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่การพิจารณาเหตุผลในการใส่สายยางให้อาหาร การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลในการลดความเสี่ยงและบอกเหตุผลในการปฏิบัติ การตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารทางจมูก และการดูแลสายยางให้อาหารทางจมูก เพื่อความปลอดภัย ลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิต ปรับปรุงความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติที่ได้รับการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความมั่นใจในการดูแล ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

คำสำคัญ : การลดความเสี่ยงจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

Abstract

Inserting a nasogastric tube is a common nursing activity. The patient with nasogastric tube may be at risk or has the chance of complications from it, such as sinusitis, respiratory tract irritation, esophagus perforation, pneumothorax, airway obstruction, aspiration pneumonia, or the infection of the lungs, which these risks can occur while inserting and removing the nasogastric tube. Despite there are not many risk reports of inserting nasogastric tube, the death can happen. So nurses should reduce these probable risks. The methods to reduce risks are: selecting the reasons to insert the nasogastric tube, documenting about nursing in reducing risks, and finding the reason to practice. Moreover, checking the position of the nasogastric tube, caring the feeding tube for safety, reducing morbidity and mortality rates, and improving patients' and their relatives' satisfaction can lead to the confidence in the administration, reduce the cost of care, and increase the quality of patients' lives.

Keywords : reducing the risks of nasogastric tube

บทนำ

อุบัติการณ์ความเสี่ยงและอันตรายจากการให้อาหารทางสายยางทางจมูกในปัจจุบันพบว่า ไม่ได้เกิดขึ้นจากการใส่สายยางให้อาหารผิดตำแหน่งแล้วทำให้เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) เพียงอย่างเดียว แต่การใส่สายยางให้อาหารมีโอกาสเกิดความเสี่ยงที่เป็นอันตรายได้ตั้งแต่ในขณะใส่และถอดสายยางให้อาหารทางจมูกซึ่งอาจทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้จากรายงานอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูกพบว่า มีโอกาสเสียชีวิตได้จำนวนร้อยละ 0.3 จากภาวะปอดอักเสบ (pneumonitis) หลอดอาหารทะลุ (esophageal perforation) ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure) ลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) และการบาดเจ็บของหลอดลม (trachea bronchopleural injury) ซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้มีมากขึ้นในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับท่อหลอดลม และผู้ที่เป็นมะเร็งในทางเดินหายใจส่วนต้น (Rassias, Ball, & Corwin 1998 อ้างถึงใน Joseph, Shenoy, Harshan, & Shanmukhappa, 2014) แม้ว่าความเสี่ยงนั้นจะพบได้ค่อนข้างน้อย แต่เมื่อเกิดแล้วจะมีความรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการป้องกันความเสี่ยงดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยตลอดการรักษาพยาบาล บทความนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอข้อพิจารณาเพื่อประกอบการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

การใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (nasogastric tube: NG tube)

การใส่สายยางให้อาหารทางจมูกเป็นการใส่สายยางผ่านเข้าทางรูจมูกด้านใดด้านหนึ่งถึง

กระเพาะอาหาร (สุปราณี เสนาดีสัย และ วรณภา ประไพพานิช, 2554) ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาเรื่องการได้รับสารอาหารในรายที่มีปัญหาการให้อาหารทางปาก และการทำงานของระบบทางเดินอาหารอยู่ในเกณฑ์ดี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการหรือในกรณีที่มีภาวะพร่องหรือทุพโภชนาการแล้วจะเป็นการบำบัดเพื่อให้หายจากภาวะดังกล่าว (รวิวรรณ ศรีเพ็ญ, 2557)

วัตถุประสงค์ของการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

1. เพื่อเป็นทางสำหรับให้อาหาร น้ำ หรือ ยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองทางปาก
2. ลดแรงดันในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ โดยเฉพาะในรายที่มีแก๊สในกระเพาะอาหารแล้วทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ นอกจากนี้ยังช่วยในการระบายสารคัดหลั่งในระบบทางเดินอาหารเช่น น้ำย่อย หรือน้ำดี (bile) เป็นต้น
3. เพื่อดูดเอาสิ่งตกค้างหรือสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหาร (gastric content) ไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. เพื่อสวนล้างกระเพาะอาหาร (gastric lavage) ซึ่งมักทำในกรณีที่ผู้ป่วยกินสารพิษเข้าไปทางปาก หรือในรายที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นทั้งที่เป็นเลือดสดหรือเลือดเก่า (coffee ground)

ความเสี่ยงจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก
(Durai, Venkatraman, & Ng, 2009)

1. สายยางเข้าไปในปอด อาจทำให้ผู้ป่วยสำลักอาหารเข้าไปในปอด เกิดภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) ทางเดินหายใจอุดตัน (airway obstruction) ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) หรือเกิดการติดเชื้อที่ปอด ถ้าเป็นรุนแรงมากอาจทำให้เกิดภาวะช็อคและเสียชีวิตได้ ซึ่งหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เกิดการสำลักอาหารคือ สายยางให้อาหารไม่อยู่ในตำแหน่งหรือกระเพาะอาหารว่างช้า (delayed gastric

emptying time) ซึ่งอาหารไหลผ่านจากกระเพาะอาหารสู่ลำไส้เล็กช้าลง ทำให้มีอาหารตกค้างจำนวนมาก จึงเกิดแรงดันในช่องท้องจนดันมาที่หลอดอาหารและผู้ป่วยสำลักอาหารออกมาในที่สุด

2. สายยางเข้าไปในทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการระคายเคืองและไออย่างรุนแรง

3. สายยางหักพับในคอหรือหลอดอาหาร

4. สายยางทำให้เยื่อหูทางเดินหายใจได้รับบาดเจ็บเกิดการติดเชื้อและอาจทำให้เกิดไซนัสอักเสบ

5. สายยางเข้าไปในสมอง ทะลุเข้าไปในฐานของกะโหลกศีรษะ ทำให้เกิดภาวะความดันในช่องโพรงกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure: IICP)

6. สายยางทะลุหลอดอาหาร ซึ่งพบในรายที่เป็นโรคของหลอดอาหารทะลุมาก่อน แต่พบได้น้อย

7. เกิดฝีหลังคอหอย (retropharyngeal abscess) และทำให้เกิดปัญหากลืนลำบาก

8. น้ำย่อยในกระเพาะอาหารไหลย้อนเข้าหลอดอาหาร ทำให้เสี่ยงต่อการสำลัก เกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ และมีความเสี่ยงสูงขึ้นหากให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยในขณะนอนราบ เพราะจะทำให้เกิดการแสบร้อนยอดอก (heartburn)

9. เกิดต่อมน้ำลายอักเสบ (parotitis) จากช่องปากไม่สะอาด แบคทีเรียในช่องปากเข้าไปในต่อมน้ำลาย (parotid gland) ทำให้เกิดการติดเชื้อที่ต่อมน้ำลาย

หากประสบการณ์และความรู้ของผู้ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกมีน้อย จะทำให้ขาดความตระหนักและมีโอกาสเกิดความไม่มีปลอดภัย ในขณะที่และหลังใส่สายยางให้อาหาร

วิธีการลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

1. การพิจารณาเหตุผลในการใส่สายยางให้อาหารว่าเหมาะกับผู้ป่วยหรือไม่ โดยรายที่มีความจำเป็นต้องใส่สายยางให้อาหาร ได้แก่

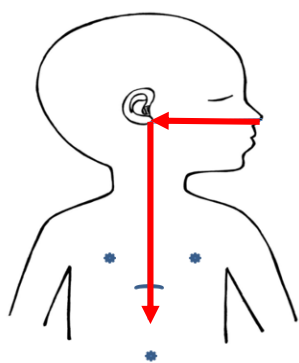
1) มีความเสี่ยงในการสำลักสูง 2) กระเพาะอาหารไม่ทำงาน 3) มีการไหลย้อนของน้ำย่อยในกระเพาะอาหารขึ้นไปในหลอดอาหาร 4) กระเพาะอาหารส่วนต้นตีบ 5) มีการบาดเจ็บบริเวณจมูกหรือได้รับการผ่าตัดบริเวณจมูกหรือมีติ่งเนื้ออุดตันบริเวณจมูก 6) ฐานกะโหลกแตก (Best, 2005) และ 7) ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร หรือต้องให้กระเพาะอาหารว่าง หรืออยู่ในระหว่างการวางแผนผ่าตัดอวัยวะที่เกี่ยวข้องซึ่งต้องการใส่สายยางให้อาหาร

2. บันทึกข้อมูลทางการแพทย์ในการลดความเสี่ยงและบอกเหตุผลในการปฏิบัติ โดยบันทึกดังนี้ 1) รายละเอียดของการประเมินก่อนใส่สายยางให้อาหารทางจมูก 2) การตัดสินใจโดยแพทย์อย่างน้อย 1 คน ประเมินอย่างรอบคอบจากความเสี่ยงและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ เช่น ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากไม่ได้มา 24 ชั่วโมง เนื่องจากมีปัญหาการกลืน หรือจากการเป็นอัมพาต เป็นต้น และได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าหากรับประทานอาหาร น้ำ และยาทางปาก จะเกิดอันตราย จึงมีแผนการรักษาให้ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และได้ประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยแล้ว 3) การใส่สายยางให้อาหาร อาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และใส่ยากในรายที่มีอวัยวะผิดปกติ เช่น หลอดอาหารมีรูเปิด หรือมีพยาธิสภาพอื่น ๆ ได้แก่ ฐานกะโหลกแตก เป็นต้น หากผู้ป่วยมีภาวะเหล่านี้หรือเป็นที่น่าสงสัย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญควรให้ความช่วยเหลือ และใส่สายยางให้อาหารด้วยวิธีพิเศษแทนการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

3. การใส่สายยางให้อาหารทางจมูกในกรณีไม่เร่งด่วน และพบปัญหาในขณะที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกควรรอและขอความช่วยเหลือจากผู้มีประสบการณ์มากกว่า ถ้าใส่สายไม่ได้ ไม่ควรพยายามดันจนสายลงไปหรือบางรายอาจมีเลือดออกได้ แต่ควรบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ประกอบกับเหตุผลที่ทำให้การตัดสินใจยังไม่ใส่สายยางให้อาหารนั้นไว้ แต่ในกรณีเร่งด่วนให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการใส่สายยางให้อาหารทางจมูกของโรงพยาบาลนั้น ๆ

การวัดสายยางให้อาหารทางจมูกก่อนใส่วัดจากปลายจมูกถึงดึ่งหู และจากดึ่งหูถึงลิ้นปี่ ซึ่งเรียกว่า การวัด NEX (Nose-Ear-Xiphoid) หลังใส่ควรบันทึกความยาวของสายยางและตรวจสอบก่อนให้อาหารแต่ละมื้อ หรือแต่ละครั้ง และสำหรับเด็กทารกการวัดความยาวของสายยาง เรียกว่า NEMU (Nose, Ear, Mid-Umbilicus) คือ วัดจากปลายจมูกถึงดึ่งหู และจากดึ่งหูไปยังจุดกึ่งกลางระหว่างลิ้นปี่และสะดือ (Lyman, Yaworksi, Duesing, & Moore, 2016) ดังภาพ 1



ภาพ 1 การวัดสายยางให้อาหารสำหรับทารก

4. ตรวจสอบตำแหน่งของสายว่าอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่ก่อนให้อาหารทุกครั้ง (สุปราณี เสนาดีสัย และ วรณภา ประไพพานิช, 2554) ในปัจจุบันนิยมทำการทำตรวจสอบข้างเดียว โดยการดูดสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหาร และการฟังตำแหน่งของปลายสายด้วยหูฟัง (stethoscope) สำหรับสายยางให้อาหารบางรุ่นสามารถตรวจสอบโดยการถ่ายภาพรังสี (X-ray) ซึ่งจะเห็นสายยางให้อาหารได้ตลอดทั้งเส้น และมีเครื่องหมายบอกตำแหน่งที่มองเห็นได้ด้วยสายตา ซึ่งสอดคล้องกับ The American Association of Critical-Care Nurses (AACN) (2005) แนะนำให้ใช้วิธีถ่ายภาพรังสีในรายที่ใส่สายโดยไม่เห็นทางเดินอาหาร ซึ่งถือว่าเป็นมาตรฐานการปฏิบัติ (Metheny, 2006 อ้างถึงใน Stepter, 2012) อย่างไรก็ตามยังไม่มีวิธีการตรวจสอบสายยางให้อาหารที่เป็นมาตรฐานสากล เพราะแต่ละวิธีมีข้อจำกัด สำหรับวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการตรวจสอบนั้นมีทั้งข้อดีและข้อจำกัด (Rahimi, Farhadi, Ashtarian, & Changaei, 2015; William & Leslie, 2004 อ้างถึงใน Stepter, 2012) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อดีและข้อจำกัดของวิธีการตรวจสอบตำแหน่งของการใส่สายยางให้อาหาร

วิธี	การตรวจสอบ	ข้อดี	ข้อจำกัด
1	สังเกตอาการและอาการแสดงของการหายใจ เช่น การไอ การหายใจลำบาก หรือภาวะเขียว (cyanosis) เป็นต้น	เป็นสัญญาณเตือนว่าอาจเกิดการสำลักอาหารเข้าปอด หรือเกิดการอุดตันทางเดินหายใจขณะให้อาหารทางสายยาง ซึ่งอาจสันนิษฐานได้ว่า ปลายสายของสายยางให้อาหารไม่ได้อยู่ในกระเพาะอาหาร	ยังไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าสายยางให้อาหารอาจเข้าไปอยู่ในปอด

วิธี	การตรวจสอบ	ข้อดี	ข้อจำกัด
2	การฟังด้วยหูฟัง (stethoscope)	เป็นวิธีการที่นิยมมากที่สุด เพราะทำได้ง่าย และราคาถูกลง	ยังมีความน่าเชื่อถือไม่ถึงร้อยละ 100 เพราะแม้ว่าสายยางให้อาหารจะอยู่ในปอด ก็อาจได้ยินเสียงลมที่ดันเข้าไปได้ (Shalmovitz & Shah, 2010)
3	สังเกตลักษณะของสิ่งส่งตรวจ	-	ยังไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างสิ่งส่งตรวจจากทางเดินหายใจและกระเพาะอาหารได้ชัดเจน (Taylor, Manara, & Brown, 2010)
4	การทดสอบค่าความเป็นกรด-ด่าง ของสิ่งส่งตรวจจากกระเพาะอาหาร (gastric content)	ช่วยยืนยันตำแหน่งของสายยางให้อาหารว่าอยู่ในกระเพาะอาหารได้เมื่อสิ่งส่งตรวจจากกระเพาะอาหารมีค่าความเป็นกรด-ด่างอยู่ที่ $\text{pH} \leq 4.0$	วิธีนี้ยังไม่เหมาะสมและมีประโยชน์น้อย เมื่อผู้ป่วยได้รับยาลดกรด หรือเก็บสิ่งส่งตรวจจากกระเพาะอาหารไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่า วิธีการให้อาหารแบบเป็นระยะกับแบบให้อย่างต่อเนื่อง มีผลต่อค่าความเป็นกรด-ด่างของสิ่งส่งตรวจในกระเพาะอาหาร (Stepter, 2012)
5	ใส่สายยางโดยใช้อุปกรณ์ที่เห็นสายได้โดยตรง	วิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง แพทย์จะใส่สายยางให้อาหาร โดยใช้ fiberoptic endoscope หรือ laryngoscope	วิธีนี้มีค่าใช้จ่ายสูง และทำให้การให้อาหารทางสายยางล่าช้า มีความเสี่ยงจากการส่องกล้อง และต้องไปทำภายนอกหอบผู้ป่วย (Windle, Beddow, Hall, Wright, & Sundar, 2010)
6	การวัดความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ (capnography) และการตรวจความเข้มของสี (colorimetry)	วิธีนี้ประหยัดเวลา ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มความปลอดภัย (Metheny, Meert, & Clouse, 2007)	ปัจจุบันพบว่า มีข้อขัดแย้งจากผลการตรวจคาร์บอนไดออกไซด์กับการที่สายยางขด/ม้วนในปากและคอหอย และจากการศึกษาพบว่า การวัดความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ระดับตำแหน่งสายในกระเพาะอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 16 (American Association of Critical Care Nurses: AACN, 2005)

วิธี	การตรวจสอบ	ข้อดี	ข้อจำกัด
7	การตรวจสอบด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic detection)	วิธีนี้ตรวจสอบพบตำแหน่งของสายยางได้ผลร้อยละ 100 ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถระบุตำแหน่งของสายยางที่แท้จริงได้	ผลการตรวจไม่สมบูรณ์ ไม่ต่อเนื่อง ติความยาก และต้องใช้เทคโนโลยีในการตรวจ ทำให้มีราคาแพง
8	ถ่ายภาพรังสี (X-ray)	ถือเป็นมาตรฐานทองคำ (gold standard) เพราะสามารถมองเห็นกายวิภาคของอวัยวะตำแหน่งของสายยางได้ และราคาถูกกว่าการตรวจสอบด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า	หากใช้เป็นประจำจะทำให้การให้อาหารทางสายยางล่าช้า เพิ่มโอกาสในการได้รับรังสี และมีความค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Best, 2005)

5. ตรวจสอบว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่ ในระยะเวลาต่าง ๆ ได้แก่ 1) ก่อนใส่ครั้งแรก 2) ก่อนการให้อาหารแต่ละมื้อ 3) ก่อนการให้ยา 4) หลังพบอาการไอ อาเจียน หรือเกร็ง 5) เมื่อพบว่าพาสเตอร์ติดสายยางหลุด หรือพบว่าสายยางยาวออกมาเกินจากจุดเดิม 6) เมื่อพบอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นใหม่หรือไม่สามารถอธิบายได้ หรือความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดลดต่ำลงหลังจากดูดเสมหะ 7) เมื่อเห็นสายยางภายนอกยาวขึ้น 8) กรณีให้อาหารแบบต่อเนื่องควรตรวจสอบวันละครั้ง 9) เมื่อผู้ป่วยบ่นว่าไม่สบาย หรือมีอาการขย้อนขึ้นมาในปากหรือคอ 10) เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการแสดงของการหายใจลำบาก หายใจมีเสียงดัง หรือมีเสียงวี๊ด เขียว และ 11) เมื่อมีการย้ายผู้ป่วยไปแผนกอื่น ให้ตรวจสอบก่อนเริ่มให้อาหาร

6. ระวังระดับน้ำไม่ไหลผ่านเข้าสู่ร่างกายทางสายยางให้อาหาร โดยถ้าผ่านเข้าไปได้ควรให้มีปริมาณน้อยที่สุด เพื่อป้องกันท้องอืด ท้องเฟ้อ

7. ควรเปลี่ยนสายยางให้อาหารอย่างน้อยทุก 1 เดือน หรือเมื่อพบการชำรุดหรือสายยางมีความสกปรก

8. ควรเปลี่ยนรูจมูกในการใส่สายยางให้อาหารทางจมูกทุกครั้งที่ต้องเปลี่ยนสายยางใหม่ แต่ทั้งนี้ให้นิ่งถึงพยาธิสภาพของโรคและอาการ

ของผู้ป่วยประกอบการตัดสินใจเปลี่ยนรูจมูก เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น เพราะบางรายมีพยาธิสภาพในโพรงจมูกและช่องปากทำให้ใส่รูจมูกได้ข้างเดียว

9. ควรเปลี่ยนพาสเตอร์ที่ติดสายยางให้อาหารกับจมูกทุกวัน หรือเมื่อพบการดิ่งรั้ง หรือการเปื่อยขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

10. จัดความสูงของหัวเตียงและท่าของผู้ป่วยให้ศีรษะสูง 30-45 องศา ในขณะที่ให้อาหาร และหลังให้อาหาร อย่างน้อย 30 นาที เพื่อลดความเสี่ยงในการสำลักอาหารเข้าปอด

11. ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ pressure cuff ให้มีความดันอยู่ระหว่าง 25-30 cmH₂O ร่วมกับการดูดน้ำลายและเสมหะในปากตามปกติ จะช่วยลดโอกาสในการเกิดการสำลักอาหารเข้าปอด (Stepter, 2012)

12. ระยะเวลาในการใส่สายยางให้อาหารควรให้ในระยะสั้นคือ 6-8 สัปดาห์ เพื่อป้องกันอันตรายหรือความเสี่ยงจากการใส่สายยางให้อาหารในระยะยาว (Fletcher, 2011)

13. ทบทวนการใส่สายยางให้อาหารทางจมูกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก

สรุป

ความเสี่ยงจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูกสามารถพบได้น้อย แต่เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นแล้วจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการตรวจสอบสายยางว่าอยู่ในกระเพาะอาหารวิธีใดที่ทำแล้วได้ผลที่เชื่อถือร้อยละ 100 หรือได้ผลดีที่สุดโดยไม่มีข้อจำกัด ไม่แพง และทำให้เสียเวลาในการให้อาหารน้อย ดังนั้นหากต้องการตรวจสอบว่าสายยางให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่ที่บริเวณข้างเตียง ควรใช้วิธีการตรวจสอบหลาย ๆ วิธีร่วมกัน แต่ต้องคำนึงถึงอันตรายต่อผู้ป่วย ความจำเป็น และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารทางจมูกตามวิธีการลดความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการจัดการคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่เน้นผลลัพธ์คือความปลอดภัย ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากการใส่สายยางให้อาหารทางจมูกโดยใช้การบันทึกเอกสารการดูแลเพื่อเป็นข้อมูลในการพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิต ปรับปรุงความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการใส่สายยางให้อาหารทางจมูกนำไปสู่การเพิ่มความมั่นใจในการดูแล ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- รวิวรรณ ศรีเพ็ญ. (2557). บทที่ 6 การประเมินและการดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้รับสารอาหารและสารน้ำ (assessment and caring of a client's nutritional problem). ใน สุมาลี โพธิ์ทอง, เน่งน้อย สมเจริญ, และ อภิสร่า จังพานิช, *การพยาบาลพื้นฐาน เล่ม 1 (fundamental of nursing I)* (หน้า 174). กรุงเทพฯ: บริษัท บพิธการพิมพ์ จำกัด.
- สุปราณี เสนาดิสัย และ วรณภา ประไพพานิช. (2554). บทที่ 19 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร. ใน *การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 13, หน้า 549-566). กรุงเทพฯ: บริษัท จุฑาทอง จำกัด.
- American Association of Critical Care Nurses (AACN). (2005). *Practice alert-Verification of feeding tube placement*. Retrieved from [http://classic.aacn.org/AACN/practiceAlert.nsf/Files/VOFTP/\\$file/Verification%20of%20Feeding%20Tube%20Placement%2005-2005.pdf](http://classic.aacn.org/AACN/practiceAlert.nsf/Files/VOFTP/$file/Verification%20of%20Feeding%20Tube%20Placement%2005-2005.pdf)
- Best, C. (2005). Caring for the patient with a nasogastric tube. *Nursing Standard*, 20(3), 59-65.
- Durai, R., Venkatraman, R., & Ng, P. C. H. (2009). Nasogastric tubes 2: Risks and Guidance on Avoiding and Dealing with Complications. *Nursing Times*, 105(17), 14-16.
- Fletcher, J. (2011). Nutrition: Safe practice in adult enteral tube feeding. *British Journal of Nursing*, 20(9), 1236-1239.
- Joseph, T. T., Shenoy, L., Harshan, A., & Shanmukhappa, S. M. (2014). Rare complication of nasogastric tube insertion. *Anesthesia, Essays, and Researches*, 8(1), 118-119.
- Metheny, N. A., Meert, K. L., & Clouse, R. E. (2007). Complications related to feeding tube placement. *Current Opinion in Gastroenterol*. 23(2), 178-182.
- National Patient Safety Agency. (2011). *Patient safety alert NPSA/2011/PSA002: Reducing the harm caused by misplaced nasogastric feeding tubes in adults, children, and infants*. Retrieved from <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=129697>
- Rahimi, M., Farhadi, K., Ashtarian, H., & Changaei, F. (2015). Confirming nasogastric tube position: methods & restriction: A narrative review. *Mazujnms*, 2(1), 55-62.
- Shalmovitz, G. Z., & Shah, N. R. (2010). Nasogastric tube. *emedicine*. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/80925-overview>
- Stepter, C. R. (2012). Maintaining placement of temporary enteral feeding tubes in adults: A critical appraisal of the evidence. *MEDSURG Nursing*, 21(2), 61-69.
- Taylor, S. J., Manara, A. R., & Brown, J. (2010). Treating delayed gastric emptying in critical illness: Metoclopramide, Erythromycin and bedside (Cortrak) nasointestinal tube placement. *Journal Parenteral Enteral Nutrition*, 34(3), 289-294.
- Windle, E. M., Beddow, D., Hall, E., Wright, J., & Sundar, N. (2010). Implementation of an electromagnetic imaging system to facilitate nasogastric and post-pyloric feeding tube placement in patients with and without critical illness. *Journal Human Nutrition Dietetics*, 23(1), 61-68.