



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 1 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล กองการพยาบาล รพ. พระมงกุฎเกล้า ในการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube: ETT) และท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy Tube: TT) ได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

นโยบาย

บุคลากรทางการพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ ได้อย่างถูกต้องปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ขอบเขต

แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 18 ปี

คำจำกัดความ

ทารกแรกเกิด หมายถึง เด็กทารกแรกเกิดถึงอายุ 28 วัน

เด็กเล็ก หมายถึง เด็กที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า/เท่ากับ 20 Kg และ/หรืออายุน้อยกว่า 3 ปี

เด็กโต หมายถึง เด็กที่น้ำหนักตัวมากกว่า 20 Kg และ/หรืออายุมากกว่า 3 ปี

ผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube : ETT) หมายถึง ผู้ป่วยอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 18 ปี ที่มีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งมีข้อบ่งชี้ของการใส่ท่อช่วยหายใจดังนี้

1. ผู้ป่วยมีปัญหาระบบหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถ Maintain airway ได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจเช่น Myasthenia gravis, Guillain-Barre syndrome ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่ศูนย์ควบคุมการหายใจ เป็นต้น
3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบหัวใจล้มเหลว เช่น ในภาวะ Cardiopulmonary arrest ภาวะช็อกอย่างรุนแรง
4. ผู้ป่วยที่ทำหัตถการ เช่น หลังการดมยาสลบ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

ผู้ป่วยเด็กใส่ท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy Tube : TT) หมายถึง ผู้ป่วยอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 18 ปี ที่ต้องการสร้างทางติดต่อระหว่างหลอดลมกับผิวหนังบริเวณด้านหน้าของลำคอ ทำให้อากาศสามารถผ่านเข้าสู่ปอดโดยไม่ต้องผ่านช่องจมูกและลำคอส่วนบนซึ่งมีข้อบ่งชี้ของการใส่ท่อหลอดลมคอ ดังนี้

1. เพื่อบรรเทาการอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งทำให้อากาศไม่สามารถผ่านจากจมูกไปสู่ปอดได้ ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น
2. เพื่อให้ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานได้โดยไม่มีผลข้างเคียงของการที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ
3. เพื่อสามารถดูดเสมหะในท่อลมและหลอดลมได้ดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่ไม่รู้สติ, ผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อในปอด หรือผู้ป่วยเด็กที่มีเสมหะคั่งและไม่สามารถไอออกมาเองได้

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038	หน้า : 2 / 16 วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558 แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568
เรื่อง :	การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ	ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

4. เพื่อช่วยปกป้องทางเดินหายใจส่วนล่างในผู้ป่วยที่มีการสำลักเลือด, เสมหะ หรือสิ่งอาเจียน หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถไอได้ เช่น ผู้ป่วยอัมพาต หรือ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว

หน้าที่ความรับผิดชอบ

พยาบาล : เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจ/ท่อหลอดลมคอ ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผู้ช่วยพยาบาลและ/หรือพนักงานช่วยการพยาบาล: ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจ/ท่อหลอดลมคอ ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. การพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

1.1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ

1.1.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเด็กหรือผู้ปกครองเข้าใจถึงความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ

1.1.2 ให้ผู้ปกครองเซ็นใบยินยอมการใส่ท่อช่วยหายใจ

1.1.3 เตรียมอุปกรณ์สำหรับดูดเสมหะและอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ (ภาคผนวก ก)

1.1.4 เลือกขนาดท่อช่วยหายใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (ภาคผนวก ก) และ Test cuff ของท่อช่วยหายใจ

โดยใช้ Syringe ดันลมเข้า 3 ml เพื่อตรวจสอบว่ามีการรั่วของ Cuff หรือไม่

1.1.5 ใส่ Stylet guide wire ขนาดที่เหมาะสมเข้าไปในท่อช่วยหายใจ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ

1.1.6 หล่อลื่นปลายท่อช่วยหายใจด้วย Lubricant gel

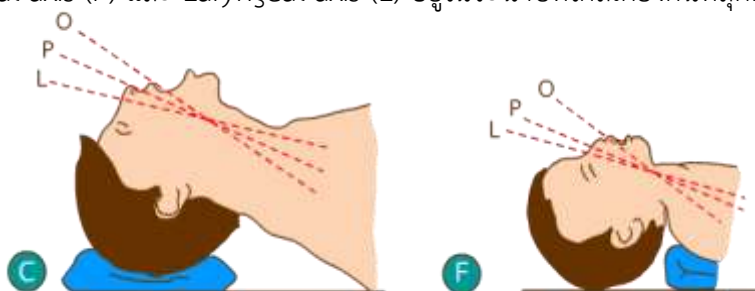
1.1.7 ตรวจสอบการทำงานของ Laryngoscope โดยการทดสอบความสว่างของหลอดไฟ

1.1.8 เตรียมผ้าผูกยึดข้อมือที่มีขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก (ภาคผนวก ข)

1.1.9 จัดเรียงอุปกรณ์ต่างๆ ให้มีความพร้อม หยิบง่าย ใช้งานสะดวก

1.1.10 จัดท่าผู้ป่วยเด็กขณะใส่ท่อช่วยหายใจเด็กเล็กใช้ผ้าหนุนไหล่ เด็กโตใช้ผ้าหนุนศีรษะโดยจัดท่าเพื่อให้

Oral axis (O), Pharyngeal axis (P) และ Laryngeal axis (L) อยู่ในระนาบที่ใกล้เคียงกันที่สุดตามภาพด้านล่าง



ภาพแสดงวิธีการจัดท่าเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจเด็กโต (มากกว่า 3 ปี) และเด็กเล็ก (น้อยกว่า 3 ปี)

1.2 การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

1.2.1 ดูแลให้ยา Sedation ก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจตามแผนการรักษา

1.2.2 ติดตามค่าสัญญาณชีพ ได้แก่ SpO₂, Heart rate หรือ Pulse rate, Blood pressure หลังให้ยา

Sedation



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 3 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

1.2.3 ช่วยหายใจโดยการทำให้ Bag mask ventilation โดยเปิด Oxygen flow 10-15 LPM เพื่อป้องกัน

การเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ

1.2.4 เมื่อค่าออกซิเจนปกติหรือคงที่ ช่วยแพทย์ทำการใส่ท่อช่วยหายใจ

1.2.5 ช่วยแพทย์ทำการตรวจสอบตำแหน่งของ Endotracheal tube โดยทำการตรวจดังนี้

- ดู Chest movement ทั้งสองข้าง
- ฟังปอด 2 ข้างทั้ง Upper & Lower
- ฟังที่ Stomach

1.2.6 ติดตาม SpO₂, Heart rate, Abdominal distension หลังการใส่ท่อช่วยหายใจ

1.2.7 ใช้พลาสติก Y หรือรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า 2 ชั้น ยึดตรึงท่อช่วยหายใจกับริมฝีปากผู้ป่วยเด็ก

1.2.8 ตัดความยาวของ Endotracheal tube ด้วยกรรไกร Sterile โดยให้ระดับของ Endotracheal tube อยู่เหนือริมฝีปากประมาณ 4 ซม.

1.2.9 ต่อ Endotracheal tube เข้ากับเครื่องช่วยหายใจ

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังใส่ท่อช่วยหายใจ

1.3.1 ตรวจสอบตำแหน่งของ Endotracheal tube โดยการติดตาม Chest X-ray เพื่อดูตำแหน่งของ Endotracheal tube ว่าเหมาะสมหรือไม่ โดยตำแหน่งของปลาย Endotracheal tube ควรอยู่ตรงกลางระหว่าง Thoracic inlet และ Carina และเมื่อได้ตำแหน่งที่เหมาะสมแล้วกำหนดตำแหน่งให้ชัดเจน เพื่อใช้ในการตรวจสอบและป้องกันการเลื่อนหลุดของ Endotracheal tube

1.3.2 ใส่ Orogastric tube หรือ Nasogastric tube เพื่อระบายลมในกระเพาะอาหาร ป้องกันการเกิด Gastric distension

1.3.3 บันทึกรายละเอียดของสาเหตุ ปัญหาของการใส่ท่อช่วยหายใจ รวมทั้งการปรับค่าเครื่องช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ SpO₂ สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยภายหลังการใส่ท่อ ช่วยหายใจในแบบบันทึก การพยาบาล

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

2.1 จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม โดยปรับย้ายเตียงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ให้อยู่ใกล้กับการดูแลของเจ้าหน้าที่

2.2 การให้ยา Sedation: ประเมินความปวดและความพอใจของยา Sedation โดยใช้ Sedation score และ Pain score [FLACC, NIPS, NRS, FACES] (ตามรายละเอียดในระเบียบปฏิบัติ PMK-WND-033)

2.3 การผูกยึดผู้ป่วย

2.3.1 อธิบายให้ผู้ปกครองทราบเกี่ยวกับความจำเป็นของการผูกยึด และให้ผู้ปกครองเซ็นใบยินยอมการผูกยึด



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 4 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

2.3.2 เลือกใช้อุปกรณ์ผูกยึดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก (ภาคผนวก ข) เด็กทารกใช้ผ้า Wrap ที่แขนทั้งสองข้าง เด็กเล็กใช้ผ้าสำหรับเด็กเล็กผูกยึดแขนทั้ง 2 ข้างเด็กโตพิจารณาผูกยึดโดยประเมินตาม Motor Activity Assessment Scale (MAAS)

2.3.3 จัดท่าผู้ป่วยให้สบาย และประเมินตำแหน่งที่ผูกยึดผู้ป่วยทุก 2 ชม.

2.4 การยึดตรึงท่อช่วยหายใจและการดูแลท่อช่วยหายใจ

2.4.1 ยึดตรึงท่อช่วยหายใจ โดยใช้พลาสติกสูตร Y 2 ชั้น สำหรับยึดตรึงท่อช่วยหายใจขนาด 2.5– 4.5 Fr. และพลาสติกสูตรสี่เหลี่ยมผืนผ้า 2 ชั้นสำหรับยึดตรึงท่อช่วยหายใจขนาด ≥ 5 Fr. (ภาคผนวก ค)

2.4.2 มีป้ายติดที่หัวเตียงผู้ป่วย เพื่อระบุขนาด ตำแหน่งมุมปาก และวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

2.4.3 ตรวจสอบพลาสติกที่ยึดตรึงท่อช่วยหายใจทุกครั้ง เมื่อเข้าไปดูแลผู้ป่วยถ้าเปียกชื้นหรืออยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมให้เปลี่ยนพลาสติกทันที

2.4.4 ในเด็กกรณีใส่ท่อช่วยหายใจที่มี Cuff ตรวจสอบ Cuff pressure ทุก 8 ชม.ปรับปริมาตรลมใน Cuff ให้อยู่ในช่วงปกติ 20 –30 cmH₂O หรือ 15 – 25 mmHg

2.4.5 ปรับที่แขวนสายวงจรท่อช่วยหายใจให้เหมาะสมและจัดสายไม่ให้ตึงรั้ง หรือพับงอ และลือคล้อ เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเคลื่อนของเครื่องช่วยหายใจ

2.5 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

2.5.1 เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจให้กับผู้ป่วย กรณีท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดสามารถใส่ใหม่ได้ทันที (ภาคผนวก ก)

2.5.2 ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจและประสิทธิภาพของพลาสติกที่ใช้ยึดตรึงท่อช่วยหายใจ หากพบตำแหน่งไม่เหมาะสม/พลาสติกเปียกชื้น ให้ทำการแก้ไขก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2.5.3 ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ระมัดระวัง อย่าให้ท่อช่วยหายใจถูกตึงรั้ง

2.5.4 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยควรใช้ Mobile ventilator

2.6 การดูแลสภาพจิตใจ:

2.6.1 กรณีทารก/ เด็กเล็ก

1) จัดให้ทารกนอนในที่นอนรังกเพื่อให้ทารกรู้สึกสบายเหมือนอยู่ในครรภ์มารดา

2) จัดสิ่งแวดล้อมให้ทารกรู้สึกสบายปลอดภัย ได้แก่ ตั้งอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม ลดการรบกวนทารกจากแสง/เสียง โดยใช้ผ้าคลุมตัวบ วมัดระวังขณะปิด/ เปิดตัวบ วมรวมทั้งการลดเสียง Alarm ต่างๆ

3) ส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก เช่น การพูดคุย การสัมผัส การส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเด็กจากการใส่อุปกรณ์ต่างๆ

2.6.2 กรณีเด็กโต

1) ค้นหาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุการท่อเลื่อนหลุดก่อนกำหนด แก้ไขและรายงานแพทย์ รวมทั้งส่งต่อข้อมูลให้เวรต่อไปทราบ



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 5 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

2) พุดคุยซักถามความรู้สึกความต้องการ และให้กำลังใจผู้ป่วย

3) ประเมินสภาพผู้ป่วย ใช้วิธีการสื่อสารที่เข้าใจกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ปกครอง เช่น กระดานให้ผู้ป่วยเขียนภาพพลิก โดยให้ผู้ป่วยชี้บอกความต้องการ/การปฏิเสธ โดยให้ผู้ป่วยพยักหน้าหรือส่ายหน้า

4) สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น กวักมือเรียก พยักหน้าเรียก มองพยาบาล ต้องประเมินผู้ป่วยพร้อมซักถามปัญหาและความต้องการ

5) ให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับ กิจกรรม และสภาพแวดล้อม เช่น เวลา สถานที่ บุคคลที่ให้การดูแล

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจให้ปฏิบัติตาม

VAP Bundle : WHAPO (รายละเอียดในภาคผนวก ง)

4. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อเจาะคอ (Tracheostomy tube)

4.1 หลังผ่าตัดใส่ท่อเจาะคอ แพทย์ ENT จะเป็นผู้ทำแผล และห้ามเปลี่ยนเชือกผูกรัดท่อเจาะคอก่อนที่แพทย์จะ Stitch off เนื่องจากการสร้างทางเชื่อมระหว่างท่อหลอดลมและผิวหนังบริเวณลำคอยังไม่ชัดเจน

4.2 กรณีที่ท่อเจาะคอเลื่อนหลุดก่อน Stitch off ให้พยาบาลช่วย Hold mask พร้อมรายงานกุมารแพทย์ เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ในระหว่างรอแพทย์ ENT visit case

4.3 การทำแผล

4.3.1 จัดทำผู้ป่วยนอนหงายราบใช้ผ้าหนูนไต้หัวไหล่ในเด็กเล็ก และหนูนไต้ท้ายทอยในเด็กโต เพื่อให้คอแหงนเล็กน้อย

4.3.2 ผูกยึดเด็กไม่ให้ดิ้นก่อนทำแผล โดยการท่อนิ้วเด็กถ้าเป็นเด็กเล็ก และใช้ผ้าผูกยึดแขนขากรณีเป็นเด็กโต

4.3.3 ใส่ถุงมือ Sterile ใช้นิ้วโป้งและนิ้วชี้ของมือข้างที่ไม่ถนัด จับยึดปีกทั้ง 2 ข้างของ Tracheostomy tube

4.3.4 ดึง Y-gauze ออกอย่างนุ่มนวลทีละด้าน โดยหันศีรษะของผู้ป่วยไปด้านตรงกันข้ามกับด้านที่ต้องการดึง Y-gauze ออก

4.3.4 ทำแผลด้วย 0.9% NSS

4.3.5 ใช้ Y-gauze รองใต้ Tracheostomy tube โดยสอดเข้าไปทีละข้าง และหันศีรษะของผู้ป่วยไปด้านตรงกันข้ามกับด้านที่ต้องการใส่ Y-gauze

4.4 ใช้เชือกหรือผ้าผูกยึดข้อต่อเครื่องช่วยหายใจส่วนที่ต่อกับ Tracheostomy tube เพื่อป้องกัน Circuit ของท่อช่วยหายใจดึงรั้ง Tracheostomy tube

4.5 ตรวจสอบความแน่น/หลวมของเชือกผูกรัดท่อเจาะคอ เวนละ 2 ครั้ง (ทุก 4-6 ชม.) ความแน่นของเชือกผูกรัดท่อเจาะคอที่เหมาะสม คือ สามารถสอดนิ้วก้อยเข้าไปได้และพอดี ไม่หลวมจนเกินไปหากพบแน่น/หลวม ให้เปลี่ยนเชือกผูกมัดใหม่ การเปลี่ยนเชือกผูกรัดท่อเจาะคอตามภาคผนวก จ

5. แนวทางการบันทึกรายงานอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (ภาคผนวก ฉ)

บันทึกอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในระบบสารสนเทศ ทุกระดับความรุนแรงพร้อมวิเคราะห์ปัจจัยส่งเสริม และสาเหตุของอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 6 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

ตัวชี้วัดคุณภาพ

1. อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ มี 2 ตัวชี้วัด แบ่งตาม Level of harm ดังนี้
 - 1.1 Level of harm ระดับ C – D เป้าหมาย < 0.20 ครั้ง/ 100 วันใส่ท่อช่วยหายใจ
 - 1.2 Level of harm ระดับ E – I เป้าหมาย < 0.16 ครั้ง/ 100 วันใส่ท่อช่วยหายใจ
2. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 90

เอกสารอ้างอิง

กัลยาณี คูศิริวิเชียร, และแสงแข ขำนาญนกิจ. (2559). การให้หัวน้ำนมของมารดาตนเองทางช่องปากแก่ทารกน้ำหนักน้อยมาก: ความเป็นไปได้ ผลทางคลินิก และความปลอดภัย. เวชสารทหารบก, 69(2), 65-71.

กฤติยาณี ปันตธานัง, และนิลารรณ ฉันทะปริดา. (2560). การศึกษาสถานการณ์การเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ โดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยเด็กทารกระยะวิกฤต (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลการพยาบาลเด็ก). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดุสิต สถาวร, จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, และนวลปราง ปราบพาล. (2554). *Manual of Pediatric Mechanical Ventilation*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์

สุกัญญา โพนนอก, อาภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย รักติวงศ์. (2558). การเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติที่ปรับปรุงจากหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 26(2), 94-106.

ปารยะ อาศนะเสน. (2559). การเจาะคอ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สุภาวดี กิจเวชเจริญ, และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2562). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการสำลักในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอและสายยางให้อาหาร (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Jayashree, R.(2017). *Prevention and treatment of neonatal nosocomial infections*. Mater Health, Neonatology and Perinatology, 3:5, 1-11.

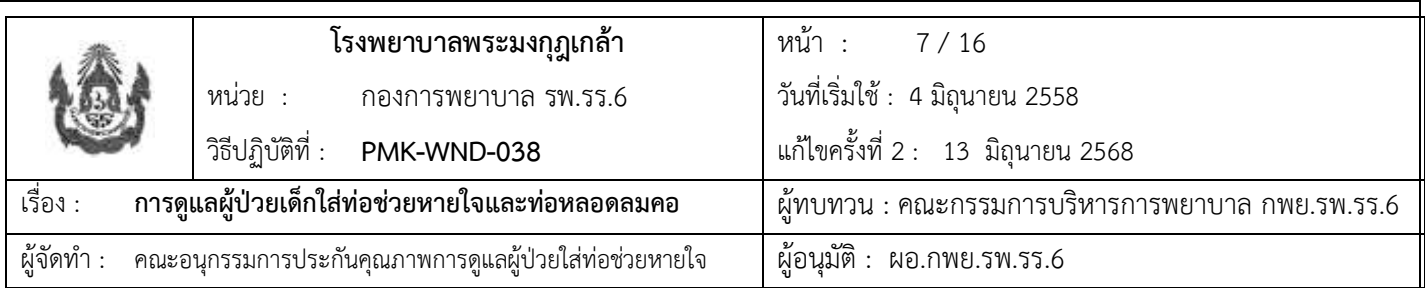
AiJia M., Jin Y., Yang L.,Xuepeng Z.,&Yan K., (2020). *Oropharyngeal colostrum therapy reduces the incidence of ventilator-associated pneumonia in very low birth weight infants: asystematic review and meta-analysis*.Retrived 30 March 2020 from <http://doi.org/10.1038/s41390-020-0854-1>

ประกาศ ณ วันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2568

พ.อ.หญิง

(อดมรัตน์ ชัดระฆะมาน)

ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6



- Stylet guide wire ขนาดที่เหมาะสมกับท่อช่วยหายใจ
- Self inflating bag พร้อม Mask ขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อกับ Oxygen สายตรง
- Lubricant gel สำหรับหล่อลื่นปลาย Endotracheal tube
- พลาสเตอร์สำหรับติดท่อช่วยหายใจ
- กรรไกรสะอาดสำหรับตัดท่อช่วยหายใจ
- Syringe สำหรับ Inflate cuff ตามปริมาตรของ Inflating cuff
- Stethoscope



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 8 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

ตารางที่ 1 แสดงขนาดของ Laryngoscope, Endotracheal tube, Suction catheter ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเด็กในแต่ละอายุ

Age	Laryngoscope	Endotracheal tube size Internal diameter	Suction catheter number
Premature Infant	Miller 0	2.5 - 3.0 Uncuffed	5 - 6
Term Infant	Miller 0 - 1	3.0 - 3.5 Uncuffed	6
6 months	Miller 0 - 1	3.0 - 3.5 Cuffed or 3.5 - 4.0 Uncuffed	8
1 year	Miller 0 - 1	3.5 - 4.0 Cuffed or 4.0 - 4.5 Uncuffed	8
2 year	Miller 2	4.0 Cuffed or 4.5 Uncuffed	8
4 year	Miller 2	4.5 Cuffed or 5.0 Uncuffed	10
6 year	Miller 2	5.0 Cuffed or 5.5 Uncuffed	10
8 year	Miller 2	6.0 Cuffed or Uncuffed	10
10 year	Miller 2	6.5 Cuffed or Uncuffed	12
12 year	Miller 2	7.0 Uncuffed	12
12 - 15 year	Miller 3	7.0 - 8.0 Uncuffed	12

(Essentials of Mechanical Ventilation for Infant and Children 2543: 199)

ความลึกของ Endotracheal Tube

ตำแหน่งของ Endotracheal tube ที่เหมาะสม คือ ปลาย Endotracheal tube ควรอยู่บริเวณ Mid trachea ซึ่งตรงกับระดับของกระดูกสันหลังทรวงอกที่ 2 ถึง 4 (T2-T4) หรืออยู่สูงกว่า Carina ประมาณ 1-2 cm สามารถคำนวณความลึกของ Endotracheal tube จากมุมปากโดยประมาณ ใช้สูตร

$$\text{Depth of insertion} = \text{Endotracheal tube size} \times 3$$

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกและความลึกของ Endotracheal tube

น้ำหนัก (กรัม)	ความลึกนับจากขอบปาก (ซม.)
1,000	7
2,000	8
3,000	9
4,000	10



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 9 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

ภาคผนวก ข แนวทางปฏิบัติการผูกยึดผู้ป่วยเด็ก

1. เด็กทารกแรกเกิดหรือทารกน้ำหนักน้อยกว่า 3 kg

Wrap แขนทารกทั้ง 2 ข้างด้วยผ้าตามภาพด้านล่าง



2. เด็กเล็กหรือผู้ป่วยเด็กที่มีน้ำหนัก 3 kg – 20 kg

ผูกยึดแขนทั้ง 2 ข้างด้วยผ้าผูกยึดสำหรับเด็กเล็กตามภาพด้านล่าง



3. เด็กโต (เด็กน้ำหนักมากกว่า 20 Kg) พิจารณาผูกยึดโดยประเมินระดับความรู้สึกตัวและพฤติกรรมเคลื่อนไหว (Motor Activity Assessment Scale: MAAS) ดังแสดงในตาราง

คะแนน	พฤติกรรมและการเคลื่อนไหว	การผูกยึด
0	ไม่เคลื่อนไหวหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น	-
1	ลืมตาหรือเลิกคิ้ว หันศีรษะ ขยับแขนขาเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่รุนแรง หรือ เมื่อ ดุดเสมหะหรือกดหน้าอก	-
2	ลืมตา เลิกคิ้ว สายศีรษะ ขยับแขนขาเมื่อถูกสัมผัสเบาๆหรือเรียกชื่อ	-
3	รู้สึกตัวดี สงบและให้ความร่วมมือ	-
4	รู้สึกตัวทำตามคำสั่งได้ อยู่ไม่นิ่ง เอามือจับท่อช่วยหายใจ ดึงท่อช่วยหายใจ พลาสเตอร์ ควบคุมตัวไม่ได้	ใส่ถุงมือ 2 ข้าง* / ± ผูกยึดข้อมือ
5	ทำตามคำสั่งได้ พยายามลุกนั่ง หรือยื่นแขนขาออกนอกเตียง เมื่อขอร้องก้มนอนลง แต่ไม่ซ้าก็ลุกนั่งและยื่นแขนขาออกนอกเตียงอีก	ใส่ถุงมือ 2 ข้างและผูกยึด ข้อมือ ***/ ± คาดอก
6	ไม่ทำตามคำสั่ง ดิ้นไปมา พยายามลุกนั่ง ปีนลงจากเตียง พยายามดึงท่อช่วยหายใจ สายต่างๆ และอุปกรณ์ต่างๆ หรือทำร้ายเจ้าหน้าที่	ใส่ถุงมือ 2 ข้างผูกยึด ข้อมือ และ คาดอก ***

หมายเหตุ * ประเมินการผูกยึดเป็นระยะ ** อาจมีการผูกยึดข้อเท้าตามเห็นสมควร
การผูกยึดแขนและขาด้วยผ้าผูกยึดสำหรับเด็กโตตามภาพด้านล่าง





โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 10 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

ภาคผนวก ค แนวทางปฏิบัติในการยึดตรึงท่อช่วยหายใจ

1. ล้างมือ

2. เตรียมพลาสติกตามขนาดท่อช่วยหายใจ

- 2.1 พลาสติก Y 2 ชั้น ขนาดกว้าง 2.5 cm ยาว 10 cm สำหรับท่อช่วยหายใจขนาด 2.5 - 4.5 cm สำหรับติดริมฝีปากบนและริมฝีปากล่างดังรูป



- 2.2 เตรียมพลาสติกรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า 2 ชั้น ตัดพลาสติกดังรูป ขนาดยาว 22 กว้าง 11.5 cm สำหรับท่อช่วยหายใจขนาด ≥ 5 ขึ้นไป



3. เจ้าหน้าที่ 2 คน ผูกยึดท่อช่วยหายใจ โดยปฏิบัติดังนี้

- 3.1 เจ้าหน้าที่คนที่ 1 จับที่ท่อช่วยหายใจและศีรษะเด็ก



- 3.2 เจ้าหน้าที่คนที่ 2 ทำหน้าที่ติดพลาสติก โดยปฏิบัติดังนี้

- 3.2.1 ทำความสะอาดใบหน้าและบริเวณที่จะติดพลาสติก

- 1) สำหรับผู้ป่วยที่ใช้พลาสติก Y ปฏิบัติดังนี้

- ปิดพลาสติกไม่ได้ฉีกปลายชั้นที่ 1 ที่บริเวณแก้มที่จะติดยึดท่อช่วยหายใจ โดยชายด้านหนึ่งพันติดบริเวณริมฝีปากบน ส่วนปลายอีกด้านหนึ่งพันท่อช่วยหายใจในทิศทางทวนเข็มนาฬิกา





โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 11 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

- ปิดพลาสติกที่ไม่ได้ฉีกปลายชั้นที่ 2 ที่บริเวณแก้มที่จะติดยึดท่อช่วยหายใจ โดยชายด้านหนึ่งพันติดบริเวณริมฝีปากล่าง ส่วนปลายอีกด้านหนึ่งพันท่อช่วยหายใจในทิศทางตามเข็มนาฬิกา



- 2) สำหรับผู้ป่วยที่ใช้พลาสติกรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า 2 ชั้น ปฏิบัติดังนี้

- ติดพลาสติกที่บริเวณริมฝีปากบน และพันรอบท่อหายใจในทิศทางตามเข็มนาฬิกา 2 รอบ ปลายที่เหลือติดข้างแก้ม



- ติดพลาสติกที่บริเวณริมฝีปากล่าง และพันรอบท่อหายใจในทิศทางตามเข็มนาฬิกา 2 รอบ ปลายที่เหลือติดข้างแก้ม





โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 12 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

ผนวก ง การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจให้ปฏิบัติตาม

VAP Bundle: WHAPO

1. Weaning มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจออกให้เร็วที่สุด
2. Hand hygiene: ล้างมือ 6 ขั้นตอน (5 moment : ก่อน-หลังสัมผัสผู้ป่วย ก่อน-หลังทำหัตถการ และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมบริเวณเตียงผู้ป่วย)
3. Aspiration precaution:
 - 3.1 จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา
 - 3.2 ตรวจสอบ Cuff pressure หรือปรับปริมาตรลมใน Cuff ให้เหมาะสม ให้อยู่ในช่วงปกติ 20 – 30 cmH₂O หรือ 15 – 25 mmHg
 - 3.3 ดูดเสมหะในช่องปาก และเปลี่ยนสายดูดเสมหะก่อนดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ กรณีต่อไปนี้
 - เมื่อผู้ป่วยร้องขอและ/ หรือมีเสมหะ
 - ก่อนให้อาหารทางสายให้อาหาร
 - หลังทำสรีรบำบัดทรวงอก
 - ก่อน Deflate cuff
 - 3.4 ให้อาหารทางสายยาง โดยใช้เครื่องควบคุมอัตราการหยดของสารอาหาร
4. Prevention contamination :
 - 4.1 ดูแล Ventilator circuit โดยใช้หลัก Aseptic technique และปิดฝาครอบข้อต่อของ Self inflating bag ส่วนที่ต่อกับผู้ป่วยทุกครั้ง
 - 4.2 ดูดเสมหะโดยใช้หลัก Aseptic technique หรือใช้ Closed suction system catheter
 - 4.3 ดูแลไม่ให้ น้ำค้างในวงจรท่อช่วยหายใจ และจัด Water tap ให้ตั้งฉากกับแนวดิ่ง เพื่อให้ น้ำในวงจรท่อช่วยหายใจไหลลงสู่ Water tap ได้ง่าย รวมทั้งดูแลไม่ให้มีน้ำค้างใน Water tap
 - 4.4 ใช้ Sterile water ในการสร้างความชื้น (Humidifier)
5. Oral care ทำความสะอาดปากและฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และ/หรือก่อนให้อาหาร โดยแปรงฟันพร้อมใช้ SMW / ทารกแรกเกิดใช้ 0.9% NSS และ/ หรือใช้นม Colostrum ป้ายหรือ Swab บริเวณกระพุ้งแก้มทารกทุก 3 ชม.



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 13 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

แนวทางการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเด็กในการ Weaning จากเครื่องช่วยหายใจ

ปัจจุบันยังไม่มี Physiologic index ใดที่ใช้เป็นมาตรฐานสากลในการตัดสินใจที่จะเริ่ม Wean ผู้ป่วยเด็กออกจากเครื่องช่วยหายใจ อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปแล้ว ลักษณะทางคลินิกที่ผู้ป่วยควรจะต้องมีก่อนที่จะเริ่ม Wean ผู้ป่วยออกจากเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่

1. โรคหรือภาวะที่เป็นสาเหตุของการใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการรักษาจนดีขึ้นมากหรือหายแล้ว
2. ผู้ป่วยมี Adequate gas exchange กล่าวคือ ค่า $SpO_2 > 90\%$ ในขณะที่ได้รับออกซิเจนความเข้มข้นน้อยกว่าร้อยละ 40 หรือมีค่า $PaO_2/FiO_2 \geq 200$ ในขณะที่ใช้ PEEP < 5 cmH₂O
3. ไม่มีไข้
4. ระดับฮีโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์ปกติ
5. การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อดีเพียงพอ
6. การทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตปกติ
7. ภาวะผิดปกติทางเมตาบอลิกและอิเล็กโทรไลต์ ได้รับการแก้ไขแล้ว
8. ผู้ป่วยนอนหลับเพียงพอ

เกณฑ์การพิจารณาผู้ป่วยเด็กในการเอาท่อช่วยหายใจออก

- ☐ C = CNS การทำงานของระบบประสาทดีขึ้น
- ☐ A = Airway สามารถไอเอาเสมหะออกได้ ไม่มีการบวมหรือตีบของ Subglottic mucosa
- ☐ L = Lungs : Lung parenchyma ปกติ ไม่มี Hypoxia ventilation-perfusion matching ที่ผิดปกติมาก ๆ
- ☐ M = Muscle กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจต้องแข็งแรง

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038	หน้า : 14 / 16 วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558 แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568
เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6	
ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ	ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6	

ภาคผนวก จ แนวทางการเปลี่ยนเชือกผูกรัดท่อเจาะคอ

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ดังนี้

1.1 เชือกผูกรัดท่อเจาะคอ ทำโดยการร้อยเชือกรัดท่อช่วยหายใจเข้าไปในท่อพลาสติก

(เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณลำคอของผู้ป่วย) และวัดความยาวของเชือกให้มีขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วย

1.2 Y-gauze

1.3 ถุงมือ 2 คู่

1.4 กรรไกร

1.5 0.9% NSS

1.6 ผ้าสำหรับผูกยึดผู้ป่วย

1.7 Set dressing



2. จัดทำผู้ป่วยนอนหงายราบ

3. ผูกยึดผู้ป่วยไม่ให้ดิ้นก่อนทำแผล โดยการห่อตัวผู้ป่วยถ้าเป็นเด็กเล็ก และใช้ผ้าผูกยึดแขนขากรณีเป็นเด็กโต

4. เจ้าหน้าที่ 2 คน ใส่ถุงมือและทำการเปลี่ยนเชือกผูกรัดท่อเจาะคอดังนี้

- เจ้าหน้าที่คนที่ 1 : จับศีรษะและตะแคงหน้าผู้ป่วยไปด้านตรงกันข้ามกับรูท่อเจาะคอด้านที่จะสอดเชือก
- เจ้าหน้าที่คนที่ 2 : สอดเชือกเข้ารูท่อเจาะคอด้านตรงกันข้ามกับที่ตะแคงหน้าผู้ป่วยและนำปลายเชือกอีกด้านสอดเข้าไปในรูเชือกดึงเชือกให้แน่น และนำส่วนปลายที่เหลือคล้องไปด้านหลังคอผู้ป่วย



- เจ้าหน้าที่คนที่ 1 : จับศีรษะและตะแคงหน้าผู้ป่วยไปด้านตรงกันข้ามกับรูท่อเจาะคอด้านที่จะสอดเชือก
- เจ้าหน้าที่คนที่ 2 : สอดเชือก 1 เส้น เข้าในรูท่อเจาะคออีกด้าน และเตรียมผูกกับเชือกที่เหลืออีกเส้น ก่อนผูกสอดนิ้วก้อยเข้าใต้เชือกดังรูปเพื่อทดสอบความแน่นของเชือกความแน่นของเชือกที่พอดีคือ เมื่อสอดนิ้วเข้าไปแล้วไม่แน่นหรือหลวมจนเกินไป





โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 15 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

- ใช้กรรไกรตัดส่วนปลายเชือกที่ผูกให้สั้น



- ใช้กรรไกรตัดและดึงเชือกเส้นเดิมออก



5. ดึง Y-gauze เดิมออก Dressing แผลด้วย 0.9% NSS และใช้ Y-gauze ใหม่รองใต้ Tracheostomy tube



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-038

หน้า : 16 / 16

วันที่เริ่มใช้ : 4 มิถุนายน 2558

แก้ไขครั้งที่ 2 : 13 มิถุนายน 2568

เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและท่อหลอดลมคอ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้อนุมัติ : ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

ภาคผนวก ฉ แนวทางการบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

การแบ่งระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทางคลินิก ระดับ A-I

ให้อ้างอิง National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention Index (NCC MERP)

ในระเบียบปฏิบัติ PMK-RM-001 แก้ไขครั้งที่ 5 (มีนาคม 2565) หน้า 5

ระดับ	ความหมายของระดับอุบัติการณ์ <u>ทางคลินิก</u>
A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสจะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน แต่ยังไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และไม่มี ความเสียหายใด “ยังไม่”
B	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ส่งผลถึงผู้รับบริการ “เกิดขึ้น”
C	มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ถึงผู้รับบริการโดยยังไม่ได้รับอันตราย “กับคน”
D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ซึ่งต้องเฝ้าระวัง ติดตามเพิ่มเติมเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย “ส่งผล”
E	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ทำให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา “รักษา”
F	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น “ยาวกว่า”
G	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร เช่น เกิดความพิการถาวร “ถาวร”
H	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกือบถึงแก่ชีวิต ส่งผลให้ต้อง ปฏิบัติการ “ช่วยชีวิต”
I	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้รับบริการ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต “ซ้ำ dead”