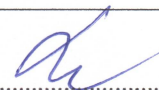


 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ (Tracheostomy) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักษุ	หน้า 1/7 รหัสเอกสาร : PG-NUR-EENT-005 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 03 เม.ย. 2568
	ชื่อหน่วยงานผู้จัดทำ : คณะกรรมการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักษุ วันที่บังคับใช้ : 03 เม.ย. 2568	
ผู้ตรวจสอบ :  (นางยุพาวดี สุกวรรณรักษ์) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักษุ	ผู้เห็นชอบ :  (นางผดวดี สาณะ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล	
ผู้อนุมัติ :  (.....) (นายสุรพงศ์ แสนโกชน์) ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์คนที่ 1 วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี		

บันทึกการแก้ไข

ครั้งที่	หน้า	รายการแก้ไข	วัน/เดือน/ปี
00	ทุกหน้า	ฉบับใหม่	03 เม.ย. 2568

หมายเหตุ หน้าที่ 1 QIC จะเป็นผู้บันทึก

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ (Tracheostomy) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักษุ	หน้า 2/7 รหัสเอกสาร : PG-NUR-EENT-005 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 03 เม.ย. 2568
--	--	---

1. นโยบาย

เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอที่กำหนด และมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะหลอดลมคอในผู้ป่วยทุกราย

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ ได้อย่างถูกต้อง
- 2.2 เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ มีความปลอดภัย
- 2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง ปราศจากเสมหะอุดตัน

3. ขอบเขต

ใช้เป็นคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ทุกหอผู้ป่วย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ

4. กลุ่มเป้าหมาย

เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ

5. คำจำกัดความ

การเจาะหลอดลมคอ (Tracheostomy) หมายถึง การทำให้เกิดรูเปิดที่ผนังด้านหน้าของหลอดลมส่วนต้น โดยผ่านทางด้านหน้าของคอและใส่ท่อเข้าไปเพื่อเป็นทางให้อากาศผ่านลงสู่ปอด มีข้อบ่งชี้ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน หรือไม่สามารถช่วยหายใจโดยวิธีอื่นได้
- 2) ป้องกันความเสี่ยงต่อการสำลัก ในผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว
- 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ (radical surgery of head and neck) เช่น ผ่าตัดสมอง ผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด
- 4) แก้ไขภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน (Upper airway obstruction) เกิดจากการอักเสบของ epiglottitis อย่างเฉียบพลัน เป็นโรคคอติด มีสิ่งแปลกปลอมในหลอดลม เป็นต้น

ชนิดของ Tracheostomy Tube

1) Portex cuffed tracheostomy tube เป็นท่อสำหรับใช้ชั่วคราว วัสดุที่ทำเป็นพลาสติก (PVC) ใช้ในผู้ป่วยที่ต้องการใช้ท่อหายใจเป็นเวลานาน ท่อชนิดนี้จะมีลูกโป่ง (cuff) อยู่บริเวณส่วนปลายรอบนอกด้านล่าง มีข้อดีคือ ช่วยในการกีดหลอดเลือดโดยรอบเพื่อห้ามเลือดและกีดเนื้อเยื่อรอบท่อไว้เพื่อป้องกันการสำลักสิ่งคัดหลั่งต่างๆ (เลือดเสมหะ หรือน้ำ) เข้าสู่หลอดลมได้ มักใช้เมื่อผู้ป่วยต้องการเครื่องช่วยหายใจด้วย แต่มีข้อเสียคือ ถ้าใส่ไว้นานจะกดเนื้อเยื่อโดยรอบ ทำให้เกิดภาวะหลอดลมตีบแคบ (Tracheal stenosis) ตามมาได้

2) Silver tracheostomy tube เป็นท่อสำหรับใช้ถาวร วัสดุที่ทำเป็นโลหะ ชนิดนี้มีท่อชั้นนอก (Outer tube) และท่อชั้นใน (Inner tube) เป็นชนิดที่ไม่มีกระเปาะใส่ลม ตัวอย่างเช่น Jackson tracheostomy tube ผิวของท่ออาจลื่นหลุดได้ง่าย หากมีการไออย่างรุนแรง ใช้ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ท่อหายใจชนิดถาวร

ขนาดของท่อเจาะคอ ในการเตรียมท่อเจาะคอให้ผู้ป่วยที่จะผ่าตัดเจาะคอ ต้องเลือกขนาดของท่อเจาะคอที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ขนาดของท่อเจาะคอจะมีตัวเลขบอกขนาดของเส้นผ่าศูนย์กลางรอบในของท่อไว้ (inner diameter : ID) และ/หรือขนาดของเส้นผ่าศูนย์กลางรอบนอก (outer diameter : OD) โดยมีหน่วยเป็นมิลลิเมตร หรือ มีตัวเลขบอกขนาด เป็นเบอร์ขนาดของท่อเจาะคอที่นิยมใช้ในผู้ใหญ่ คือ เบอร์ 6 ถึง เบอร์ 9

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ (Tracheostomy) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักษุ	หน้า 3/7
		รหัสเอกสาร : PG-NUR-EENT-005 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 03 เม.ย. 2568

โดยทั่วไปมีถึงขนาดเบอร์ 1 สำหรับท่อที่เจาะคอที่ทำด้วยโลหะหรือที่เรียกว่า Jackson tube นั้น โดยปกติมีขนาดเบอร์ 00 ถึง เบอร์ 8 ซึ่งขนาดเบอร์ 00 ใช้ในเด็กคลอดก่อนกำหนด หรือ ทารกแรกเกิด สำหรับในผู้ใหญ่ใช้ขนาดเบอร์ 6 หรือ 8 ซึ่งขนาดของท่อเจาะคอดังกล่าวจะมีตัวเลขบอกขนาดเบอร์

6. ขั้นตอน/วิธีปฏิบัติงาน

แบ่งเป็นการพยาบาลก่อนผ่าตัดและการพยาบาลหลังผ่าตัด

6.1 การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1) การเตรียมด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวจะต้องบอกผู้ป่วยให้ทราบและยอมรับ ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรับรู้ตัวควรบอกให้ญาติรับรู้ว่าจะทำอะไร เพื่อประโยชน์อะไร หลังทำแล้วจะมีผลอะไรตามมา และญาติจะต้องยินยอมจึงจะทำการเจาะคอได้

2) การเตรียมด้านร่างกาย

2.1) เตรียมความสะอาดของผิวหนังบริเวณคอทั้งด้านหน้าและอ้อมไปถึงขอบหลังของกล้ามเนื้อ sternocleidomastoid คาง และหน้าอก

2.2) งดอาหารและน้ำ เพื่อให้กระเพาะว่างอย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใส่ยาสลบ

2.3) เตรียม tracheostomy tube ตามขนาดและอายุของผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ใหญ่มักใช้เบอร์ 6 – 8

3) เตรียมเครื่องดูดเสมหะและอุปกรณ์ในการดูดเสมหะ ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที

6.2 การพยาบาลหลังผ่าตัด

ปัญหาการพยาบาลหลังผ่าตัดที่พบได้บ่อยและการพยาบาล มีดังนี้

ปัญหาที่ 1 อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ

❖ การพยาบาล

1) ตรวจสอบสัญญาณชีพของผู้ป่วยเพื่อประเมินการหายใจ ทั้งความแรง อัตราเร็ว และความลึก สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเขียวคล้ำ (cyanosis)

2) จัดให้อนอนท่าศีรษะสูง (Semi or High Fowler's Position) ในรายที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เพื่อลดอาการบวม และช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดี และลดอาการปวดตึงเพิ่มความสุขสบายขึ้น

3) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำการบริหารการหายใจ และการฝึกการ ไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อขับเสมหะออกให้หมด แต่ถ้าขับเสมหะออกเองไม่ได้ พยาบาลต้องดูดเสมหะให้เท่าที่จำเป็นในช่วงแรก

4) ผู้ป่วยบางรายมีเสมหะเหนียวข้นมาก อาจต้องทำการเคาะปอด (Postural drainage) ให้เพื่อให้เสมหะหลุดออกได้ดีขึ้น

5) ในรายที่มีเลือดออกมากหรือมีเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย สิ่งคัดหลั่งมากมายจนอาจเกิดการอุดตันได้ ควรเติมลมในลูกโป่ง (cuff) ให้มีความดัน 18 – 25 mmHg (พินล รัตนอำพลย์, 2547) เพื่อป้องกันการสำลัก และกันลมรั่วซึมเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างลำคอ แต่อย่าให้ความดันในลูกโป่งสูงกว่า 25 mmHg เพราะอาจกดเนื้อเยื่อหลอดลม เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดได้

6) ในรายที่ใส่ท่อหลอดลมคอชนิดโลหะ (silver tube) และมีท่อชั้นใน ควรถอดมาล้างทำความสะอาด เวรละครั้ง เพื่อป้องกันการหมักหมมและอุดตันจากเสมหะที่ค้างอยู่ภายในท่อ

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ (Tracheostomy) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรค ศอ นาสิก จักษุ	หน้า 4/7
		รหัสเอกสาร : PG-NUR-EENT-005 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 03 เม.ย. 2568

❖ การทำความสะอาด Tracheostomy tube แบบโลหะ (silver tube)

- 1) ถอดท่อชั้นใน (inner tube) ออกมาแช่ด้วยไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ (H_2O_2) นาน 5 - 10 นาที เพื่อให้เสมหะที่ติดอยู่ที่ท่ออ่อนตัวและหลุดออกง่าย
- 2) หลังจากนั้นล้างให้สะอาด โดยใช้สวทหรือแปรงขนาดเล็กแยงเข้าไปในท่อ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาดตาม
- 3) แล้วนำไปต้มในน้ำเดือดนาน 15 - 30 นาที
- 4) นำขึ้นจากน้ำเดือด รอให้เย็น ถ้าต้องการเร็วขึ้น ให้แช่ใน NSS. หรือ sterile water แล้วเช็ดให้แห้งด้วยผ้า sterile แล้วนำกลับไปใส่ให้ผู้ป่วยตามเดิม

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เนื่องมาจากมีสิ่งคัดหลั่งออกมาจำนวนมาก

❖ การพยาบาล ดูแลทำความสะอาดบริเวณแผลเจาะคอ โดย

- 1) ดูดเสมหะหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกให้หมดก่อน เพื่อลดการกระตุ้นการไอขณะทำแผล
- 2) เตรียมของใช้ให้พร้อม อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ จัดท่านอนหงาย หนุนหมอนรองใต้ไหล่
- 3) ล้างมือ เปิดชุดทำแผล ใช้สำลีชุบ 70% แอลกอฮอล์ เช็ดรอบๆท่อ ส่วนใต้แป้นรอบๆ ท่อเจาะคอใช้สำลีชุบ NSS. เช็ดโดยสอดเข้าไปจากข้างหนึ่งไปข้างหนึ่ง เพื่อล้างเอาเศษเสมหะหรือสิ่งคัดหลั่งอื่นๆ ออกจนสะอาดใช้ผ้าก๊อชสะอาด 2 ชั้น ทำเป็นรูปตัว I สอดไว้ใต้แป้นทั้ง 2 ข้างของท่อชั้นนอก แล้วปิดด้วยพลาสติกเพื่อกันหลุด ก๊อชควรจุ่มรองใต้แป้นเพื่อซับเสมหะที่ไหลออกมาไม่ให้เปื้อนผิวหนัง และไม่ให้เกิดแฉะแน่นอยู่กับท่อ และจะช่วยรองรับไม่ให้ท่อชั้นนอกกดทับผิวหนังโดยรอบท่อได้
- 4) ถ้าสายผ้าที่ผูกท่อสกปรกมาก ควรเปลี่ยนใหม่ ต้องผูกสายใหม่ให้เรียบร้อยก่อนตัดสายเก่าออก เพื่อกันท่อหลุด และการผูกปมควรเป็นเงื่อนตาย ไม่หลวมหรือแน่นเกินไป ความยาวของสายผ้าที่ใช้ผูกควรมีความยาวพอเหมาะกับคอผู้ป่วย (เมื่อผูกแล้ว ใช้นิ้วมือสอดได้ผ้าได้ 1 นิ้ว) การผูกควรให้บมอยู่ด้านข้างลำคอ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับปม

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะการขาดสารอาหารเนื่องมาจากการกลืนลำบากจากการใส่ท่อเจาะคอไว้

❖ การพยาบาล

- 1) ในช่วงแรกของการผ่าตัด ผู้ป่วยยังคงต้องงดน้ำและอาหารไว้ก่อน เพื่อป้องกันการเกิดแผลแยก แผลติดเชื้อ ควรดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ดูแลบันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายรับเข้าและขับออกเพื่อประเมินภาวะการขาดสมดุลของสารน้ำและสารอาหาร
- 2) เมื่อเริ่มมีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) แล้ว และไม่มีอาการท้องอืด แพทย์จะสั่งเริ่มให้อาหารทางสายยาง ต้องเริ่มทีละน้อย และค่อยๆ เพิ่มปริมาณขึ้นเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยรับได้
- 3) ขณะให้อาหารผู้ป่วยควรจัดท่าศีรษะสูงหรือนั่งเพื่อป้องกันการสำลัก หลังให้แล้วให้อยู่ในท่าเดิมอีกประมาณ 1 ชั่วโมงเพื่อป้องกันอาหารไหลย้อนกลับ สำลักลงหลอดลมได้ เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารทางปากได้ ควรฝึกการกลืนก่อนนำสายยางให้อาหารออก เมื่อเห็นว่าการกลืนดีแล้วจึงค่อยนำสายยางออก และเน้นย้ำเรื่องการจัดทำในการรับประทานอาหารเช่นเดิม

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ (Tracheostomy) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรค ศอ นาสิก จักษุ	หน้า 5/7
		รหัสเอกสาร : PG-NUR-EENT-005 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 03 เม.ย. 2568

ปัญหาที่ 4 ไม่สบายเนื่องจากความเจ็บปวดบริเวณบาดแผลผ่าตัด

❖ การพยาบาล

- 1) ประเมินอาการปวด ความรุนแรง ความถี่ ให้ยาตามแผนการรักษาเพื่อลดอาการปวดแผล
- 2) จัดท่านอนที่สบายให้ มักจะเป็นท่าศีรษะสูง ซึ่งจะช่วยลดอาการบวมของแผลได้
- 3) กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้หลังผ่าตัด เพื่อลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อบริเวณที่ทำการผ่าตัด
- 4) ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดไปยังสิ่งอื่นๆ เพื่อบรรเทาอาการไม่สบายและความเจ็บปวด
- 5) ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆเท่าที่จำเป็น
- 6) ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เพื่อลดความกระตือรือร้นบริเวณบาดแผลที่ทำการผ่าตัด

ปัญหาที่ 5 วิตกกังวลเนื่องจากการสูญเสียภาพลักษณ์

❖ การพยาบาล

- 1) รับฟังปัญหาต่างๆอย่างตั้งใจและเต็มใจ และหาหนทางแก้ไขโดยอาจร่วมมือกับทีมบุคลากรในที่อื่นๆ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
- 2) อธิบายถึงกระบวนการ ขั้นตอน การรักษา ผลของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะพบได้ และให้คำแนะนำต่างๆแก่ผู้ป่วยและญาติไว้ก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมพร้อมและสามารถเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่จะเกิดขึ้น และยอมรับได้
- 3) ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งตั้งตงให้ญาติให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย

ปัญหาที่ 6 การสื่อสารบกพร่อง เนื่องจากอวัยวะที่ช่วยในการออกเสียงไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

❖ การพยาบาล

- 1) ใช้วิธีการสื่อสารอื่นแทนคำพูด เช่น ท่าทาง ภาษาเขียน คำศัพท์ต่างๆ จากบัตรคำ หรืออื่นๆ โดยฝึกไว้ก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับพยาบาลและญาติได้เข้าใจ
- 2) ถ้าผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจนานๆ ควรส่งปรึกษานักฝึกพูด เพื่อฝึกพูดทางท่อหลอดลมคอให้มีประสิทธิภาพ

6.3 ภาวะแทรกซ้อน

❖ ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่เจาะคอ

- 1) หลังผ่าตัดระยะแรก
 - 1.1) ภาวะเลือดออก (bleeding) สาเหตุอาจเกิดจากการผูกหลอดเลือดไม่หมด กรณีนี้เลือดจะออกหลังจากเจาะคอใหม่ๆ
 - 1.2) Tracheostomy tube หลุด เกิดขึ้นเนื่องจากผูกเชือกไม่แน่น ทำให้ท่อเคลื่อนไปมาได้ บางครั้งปลายท่อจะไปติดอยู่กับผนังหลอดลมทำให้หายใจทางท่อ ไม่สะดวกหรือท่อเคลื่อนไปมาจนหลุดออกมาได้

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ (Tracheostomy) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรค ศอ นาสิก จักษุ	หน้า 6/7
		รหัสเอกสาร : PG-NUR-EENT-005 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 03 เม.ย. 2568

1.3) มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) มักเกิดในผู้ป่วยเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ เพราะเยื่อหุ้มปอดของเด็กอยู่สูงจึงเกิดการฉีกขาดได้ง่าย หรืออาจเกิดขึ้นเนื่องจากการเย็บแผลที่เจาะคอแน่นเกินไป ทำให้ลมที่รั่วออกมาจากหลอดลมรอบๆท่อไม่สามารถผ่านออกมาภายนอกได้ จึงเข้าเข้าไปใน mediastinum หรือ subcutaneous tissue ทำให้เกิด pneumomediastinum และมีลมใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) ผิวหนังบริเวณนั้นจะบวมขึ้นคล้ำดูจะมีลมอยู่ และถ้าหากเกิดมีลมในปอด ผู้ป่วยจะหายใจหอบ หายใจลำบาก

1.4) ท่ออุดตัน (Obstruction of tracheostomy tube) สาเหตุเกิดจากการอุดตันของเสมหะที่เหนียวข้นและแห้ง เนื่องจากดูดเสมหะออกไม่หมดหรือเสมหะมากจึงสะสมมากขึ้น เป็นก้อนอุดตันอยู่ภายในท่อ หรือเกิดจากการใช้ท่อที่เล็กเกินไปไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทำให้ท่อตันได้เร็ว

1.5) การติดเชื้อ (infection) การติดเชื้อของแผลเกิดขึ้นเนื่องจากการคั่งของเสมหะบริเวณแผล หรือติดเชื้อโรคขณะทำแผล

1.6) เกิดรูทะลุระหว่างหลอดลมกับหลอดอาหาร (Tracheoesophageal fistula) สาเหตุเนื่องจากปลายของท่อกดบริเวณหลอดลมและหลอดอาหารนานๆ หรือการใช้ท่อชนิดที่มีลูกโป่งนานๆทำให้บริเวณที่ถูกกดขาดเลือดมาเลี้ยงเกิดแผลทะลุถึงกัน ทำให้ผู้ป่วยสำลักอาหารเนื่องจากอาหารรั่วเข้าไปในหลอดลม เกิดปอดบวมได้

1.7) ปอดแฟบ (Atelectasis) เกิดขึ้นเนื่องจากมีเสมหะไปอุดตันภายในถุงลมของปอดส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งสองข้าง

1.8) การสำลัก (Aspiration) : ผู้ป่วยที่เจาะคอจะกลืนอาหารและลำบาก และความแรงของการไอลดลง ทำให้สำลักอาหารและน้ำเข้าไปในหลอดลมได้ง่าย

2) หลังผ่าตัดระยะหลัง

2.1) มีเลือดออก (delayed bleeding) ถ้าเลือดออกภายหลังเจาะคอ 2-3 สัปดาห์ อาจเกิดจาก innominate artery มักเกิดขึ้นในรายที่เจาะคอต่ำหรือใช้ท่อที่ยาวเกินไปจนไปกดผนังหลอดเลือดอยู่เรื่อยๆ ทำให้หลอดเลือดฉีกขาด

2.2) หลอดลมตีบ (Tracheal stenosis) เกิดขึ้นหลังจากเอาท่อออกแล้ว สาเหตุเนื่องจากการกดของท่อหรือลูกโป่ง บริเวณหลอดลมทำให้เกิดการอักเสบและมี granulation tissue & fibrous tissue ตามมา ทำให้หลอดลมแคบลงและตีบ

2.3) มีรูเปิดระหว่างผิวหนังกับหลอดลมที่คงตัวอยู่และรอยแผลเป็น (Tracheocutaneous fistula and scar) ปกติแผลผ่าตัดหลอดลมคอจะปิดเองเมื่อเอาท่อออกไม่ว่าจะเจาะมานานแล้วก็ตาม แต่มีบางคนแผลจะปิดช้า อาจต้องทำการผ่าตัดช่วย หรือบางคนแผลกลายเป็นแผลที่ไม่สวยก็ต้องผ่าตัดตกแต่งใหม่

 โรงพยาบาลอุดรธานี Udon Thani Hospital	แนวทางปฏิบัติ เรื่อง : การดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ (Tracheostomy) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยโรค คอ นาสิก จักษุ	หน้า 7/7
		รหัสเอกสาร : PG-NUR-EENT-005 แก้ไขครั้งที่ : - วันที่แก้ไข : 03 เม.ย. 2568

7. เอกสารอ้างอิง

- 1) ศรีสุนทรา เจริญวัฒน์.บรรณาธิการ.(2551). การพยาบาลหู คอ จมูก.กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.
- 2) สุภาวดี ประศูรหังสิต,บุญชู กุลประดิษฐ์ธรรมณ (2552).ตำราโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา.กรุงเทพฯ : บริษัทไฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- 3) อีรพล รัตนอนเนกชัย,สุภาภรณ์ ศรีรัมย์โพธิทอง. (2557). ตำรา หู คอ จมูก.พิมพ์ครั้งที่4.กรุงเทพฯ .
- 4) จิรพงษ์ อังคะรา.(2560). ตำราหู คอ จมูก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป.พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ

8. ตัวชี้วัด

- 1) ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยเจาะหลอดลมคอ
- 2) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะหลอดลมคอ

9. ภาคผนวก

ไม่มี