



UNIVERSITY OF
PUTHISAstra

កាសដាក់ស្មុលតាមវដ្តត្រូង

Inserting a rectal tube

Prepared by: Mr. EK Vibol, RN, BSN, BA, MBA, AC, TOTATCC

Tel: 078 234 233

E-mail: ekvibol2013@gmail.com

□ វត្ថុបំណង (Objectives)

- នៅចុងបញ្ចប់នៃមេរៀននេះនិស្សិតនឹងអាច៖
 - រៀបរាប់ពីទិដ្ឋភាពទូទៅនៃការដាក់សុឯតាមវន្តគូថ
 - រៀបរាប់ពីរបៀបថែទាំនៃការដាក់សុឯតាមវន្តគូថ
 - អនុវត្តបង្ហាញពីការដាក់សុឯតាមវន្តគូថ។

□ ទិដ្ឋភាពទូទៅ (Overview)

- ការដាក់សុវត្ថិភាព គឺធ្វើឡើងក្នុងគោលបំណងដើម្បីកាត់បន្ថយការតឹង
ឈាមនៃពោះ ដែលបណ្តាលមកពីការប្រាសនៃឧស្ម័នក្នុងពោះវៀន។
- ការតឹងឈាមនេះភាគច្រើនកើតមានបន្ទាប់ពីការរះកាត់សរីរាង្គម្តុំពោះ។
- ការដាក់សុវត្ថិភាពបែបនេះធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល ៥ទៅ៦នាទី ដើម្បីបញ្ចេញ
ឧស្ម័នមកក្រៅ។

□ សម្ភារៈ (Equipment)

- ស្រោមដៃស្អាត
- ថាសស្អាត
- បំពង់បង្ហូរដែលមានទំហំសមស្រប ២២ ទៅ ២៦ Fr សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និង ១០ ទៅ ១២ Fr សម្រាប់កុមារ។
- ថង់សម្រាប់ដាក់កាកសំណល់
- ប្រេងរំអិល
- ទឹកស្អាត និងកន្សែងជក់ទឹក
- បង់ស្អិត។



១. ការប៉ាន់ប្រមាណ (Nursing Assessment)

- ប៉ាន់ប្រមាណពីភាពតឹងរ៉ឹងនៃពោះ វត្តមាននៃឧស្ម័នក្នុងពោះវៀន និងលក្ខខណ្ឌផ្សេងៗ ដោយសារពោះវៀនតូចដែលអាចបង្កើតបានជាសម្លេង។
- ពិនិត្យមើលវេជ្ជបញ្ជាឲ្យបានច្បាស់លាស់។

២. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថែទាំ (Nursing Diagnosis)

- បង្កើតរោគវិនិច្ឆ័យដោយផ្អែកលើការប៉ាន់ប្រមាណ...។
 - ការឈឺចាប់
 - ...

៣. ការធ្វើផែនការថែទាំ (Planning)

- លទ្ធផលរំពឹងទុកបន្ទាប់ពីបញ្ចប់ធ្វើទំរង់ការ
 - ពោះមានសភាពទន់ និងរាបស្មើ
 - អ្នកជំងឺមិនមានការភ្លេចភ្នំភ្លើង ពីភាពតឹងរ៉ឹងនៃពោះ ឬការឈឺចាប់។
- ពន្យល់ពីទំរង់ការដល់អ្នកជំងឺ។

៤. ការអនុវត្តការថែទាំ (Implementation)

1. ការលាងដៃ និងពាក់ស្រោមដៃស្អាត
2. បិទបាំងអ្នកជំងឺ
3. តំឡើងគ្រែឲ្យខ្ពស់បន្តិច ដើម្បីងាយស្រួលអនុវត្តទំនប់ការ និងលើករនាំងគ្រែជំហៀងម្ខាងទៀត
4. ស្នើរសុំអ្នកជំងឺឲ្យផ្អៀងទៅខាងឆ្វេង។ ជួយអ្នកជំងឺបើចាំបាច់ ហើយត្រូវរក្សាកម្រាលអ្នកជំងឺ និងចំហរត្រង់រន្ធក្នុង
5. ដាក់កន្សែងជក់ទឹកតាមបណ្តោយកំប៉េះគូថ
6. លាបប្រេងនៅក្បាលនៃបំពង់សុង
7. ត្រូវចំហរនៅតំបន់ Rectum ប្រើដៃញែកកំប៉េះគូថទាំងពីរដោយ ថ្មមៗ រហូតឃើញ Anus រួចស្នើរឲ្យអ្នកជំងឺដកដង្ហើមវែងៗយឺតៗនឹងបញ្ចេញមកវិញតាមមាត់

៤. ការអនុវត្តការថែទាំ (Implementation)

8. សិក្សាបញ្ចូលសុខយ័ត្តក្នុងទីសដៅត្រង់ទៅផ្ទះ។ ប្រាកដថាបានក្រាលកន្សែងជាក់ទឹកតាមបណ្តោយគូថ ដើម្បីជៀសវាងការហៀរចេញនៃលាមក។
9. បន្ទាប់ពីសុខចូលហើយ ត្រូវបិទសុខជាមួយកំប៉េះគូថខាងក្រោម។
10. មិនត្រូវទុកសុខឲ្យលើសពី៣០នាទី។ បន្ទាប់គ្រែមកវិញហើយផ្តល់ឧបករណ៍ផ្តល់ជាសញ្ញាដល់អ្នកជំងឺដើម្បីងាយស្រួលក្នុងការផ្តល់ជាដំណឹង។

៤. ការអនុវត្តការងារ (Implementation)

11. ដោះស្រាយដៃ និងលាងដៃ។
12. ពាក់ស្រោមដៃហើយដកសុងចេញ និងលាងសម្អាតភ្នែក កត់សម្គាល់លក្ខណៈនៃលាមកក្នុងសុង។
13. រៀបចំស្ថានភាពសុខស្រួលដល់អ្នកជំងឺ។
14. បោះចោលសម្ភារៈកខ្វក់ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ដោះស្រាយដៃ និងលាងដៃ។

៥. ការវាយតម្លៃការថែទាំ (Implementation)

- ស្ទាបរកមើលភាពរឹង និង តឹងណែននៃពោះ ហើយស្តាប់សម្លេងពោះ រៀន។
- សួរអ្នកជំងឺប្រសិនបើមានលាមកហៀរចេញមកក្រៅស្តង។
- កំណត់លទ្ធផលមិនរំពឹងទុក។

៦. ការកត់ត្រា និងរាយការណ៍ (Records & Reports)

- ពីការប៉ាន់ប្រម៉ាណដែលបានរកឃើញ និងក្រោយការសុំដ
- ពិភាក្សាពីទិន្នន័យដែលប្រមូលបានជាមួយក្រុមការងារ
- កត់សម្គាល់ពីសម្ភាពរាងកាយរបស់អ្នកជំងឺ ករណីសុំដមិនអាចសិក្សាបាន។

❑ ឯកសារយោង (Reference)

Perry & Potter. 2006. Clinical nursing skill and techniques. 6th edition. Elsevier, Mosby, St. Louis, Missouri P. 834-836.

