

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันในลำไส้และไส้เลื่อน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

Nursing care of patients with small bowel obstruction and inguinal hernia with sepsis : Case study

(Received: September 19,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

จุไรรัตน์ นนทวงษ์¹
Jurairat Nontawong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันในลำไส้และไส้เลื่อน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 71 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 12 ธันวาคม 2565 ด้วยอาการสำคัญปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ผายลม 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยจากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Rt inguinal hernia with small bowel obstruction ได้รับการผ่าตัด Ileal resection end to end anastomosis ในวันที่ 12 ธันวาคม 2565 ขณะรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจใช้เครื่องช่วยหายใจ มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีอาการปวดท้อง เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แก้ไขภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ติดตาม SOS score บรรเทาอาการปวดก่อนและหลังผ่าตัด ดูแลบาดแผลไม่ให้ติดเชื้อ จนผู้ป่วยปลอดภัย และถอดท่อหายใจได้ แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ฟันฟูสภาพร่างกายและจำหน่ายกลับบ้านได้ วันที่ 6 มกราคม 2566 รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 25 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, โรคไส้เลื่อน, ภาวะอุดตันในลำไส้, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This study was case study aimed to studied nursing care for patients with small bowel obstruction and inguinal hernia with sepsis.

Results of the study: A 71-year-old Thai female patient was admitted to the hospital on 12 December 2022 with significant symptoms of abdominal pain, nausea, vomiting, and no farting for 3 days before coming to the hospital. Doctors diagnosed Rt inguinal hernia with small bowel obstruction from computerized tomography and the patient was received Ileal resection end to end anastomosis on 12 December 2022. During admission, the patient had hypoxia and then was received intubation and ventilation. In addition, patient had a septicemia, a stomach ache, an imbalance of water and mineral salts in the body. Nurses use the nursing process to care for patients from the beginning, preoperative period and postoperative period, monitor complications from using a ventilator, fix bloodstream infections, monitor SOS score, relieve pain before and after surgery and take care of wounds for protection the infection. After that, the patient is safe and the breathing tube can be removed. The surgical wound is not infected. There were no complications after surgery. The patient received physical rehabilitation and was discharged on 6 January 2023. Total hospital admission for 25 days.

Keywords: nursing, inguinal hernia, small bowel obstruction, sepsis

¹ โรงพยาบาล

บทนำ

ไส้เลื่อน เป็นภาวะที่ลำไส้เลื่อนออกนอกช่องท้อง พบทั้งในเพศชายและหญิง เกิดจากความดันภายในช่องท้องสูง จากการตั้งครรภ์ อ้วน ท้องมาน้ำ การไอหรือการยกของหนัก หรือมีภาวะผนังช่องท้องอ่อนแอกว่าปกติ ตำแหน่งที่พบบ่อยโดยเฉพาะในเพศชาย ได้แก่ บริเวณขาหนีบ (inguinal hernia) นอกจากนี้อาจพบได้ที่สะดือ (umbilical hernia) ผนังหน้าท้อง (abdominal hernia) หรือตำแหน่งรอยผ่าตัด (incisional hernia) สามารถดันกลับเข้าที่เดิมได้ หากไม่สามารถดันลำไส้ที่เลื่อนออกมากลับเข้าสู่ช่องท้องได้ (incarcerated hernia) มีโอกาสที่ลำไส้ที่เลื่อนออกมาเป็นถุงจะขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดลำไส้เน่าตาย (strangulated hernia) หรืออาหารไม่สามารถผ่านออกไปได้ทำให้เกิดลำไส้อุดตันในตำแหน่งไส้เลื่อนนั้นได้¹⁻³

จากสถิติของผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ปี 2563-2565 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากับภาวะอุดตันในลำไส้จำนวน 12 คน, 8 คน และ 7 คน ตามลำดับ โดยพบสาเหตุจากภาวะไส้เลื่อนจำนวน 2 คน, 3 คน และ 2 คน ตามลำดับ โดยภาวะดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นเพียงบางส่วน (partial obstruction) หรือเป็นการอุดตันแบบทั้งหมดก็ได้ (complete obstruction) โดยความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งและชนิดของการอุดตัน (Hinkle & Cheever, 2018) โดยเมื่อลำไส้อุดตัน สารน้ำและลมในลำไส้จะผ่านไปได้ไม่ได้ ทำให้ลำไส้โป่งพอง บวม ผนังลำไส้มีการคั่งของเลือด เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงและต่อมาอาจจะลำไส้แตกทะลุได้ (rupture bowel) มีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ที่คั่งค้างในลำไส้ และช่องเยื่อหุ้มท้อง (peritoneal cavity) และผู้ป่วยมีกมีอาการอาเจียน ทำให้ปริมาตรน้ำในระบบไหลเวียนลดลง และเกิดความดันโลหิตต่ำและช็อกจากการเสียน้ำตามมาได้ (hypovolemic shock) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การประเมินหาสาเหตุที่จะทำ

ให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาพิเศษ ร่วมมือกับทีมวิชาชีพในการรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติของจากภาวะลำไส้อุดตัน ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และหลังการผ่าตัดลำไส้อุดตัน³

กรณีศึกษา

ประวัติผู้ป่วยทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 71 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรส คู่

อาชีพ รับจ้าง ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่ 14 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์

HN 0461754 AN 650011187

รับไว้ในโรงพยาบาล 12 ธันวาคม พ.ศ. 2565 เวลา 22.48 น.

จำหน่ายผู้ป่วย วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2565 เวลา 11.00 น.

อาการสำคัญ

ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ท้องผูกบ่อย เวลาถ่ายอุจจาระจะต้องเบ่งถ่าย

3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ผายลม

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประมาณ 2 ปี รับประทานยา ASA (81) 1 tab oral OD

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรงหรือโรคทางพันธุกรรม

ประวัติการแพ้ยา อาหาร หรือสารเคมีอื่น ๆ
ไม่แพ้ยา อาหาร หรือสารเคมีอื่น ๆ
การประเมินภาวะสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรอให้หายเอง และซื้อยามารับประทาน เมื่อเจ็บป่วยมากจะเข้ารักษาในสถานอนามัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาล สิ่งเสียดใจ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ประเมินสุขภาพหายใจเหนื่อย บ่นแน่นท้อง ท้องอืดตึงมาก ปัสสาวะออกน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและเมตาโบลิซึม รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ตรงตามเวลา โดยมีอาหารหลัก คือ ข้าวเจ้า ชอบอาหารที่มีรสจัด รับประทานได้ทุกประเภทชอบรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ลาบ ยำ ไม่เคยแพ้สารอาหารใด ๆ ประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการงดน้ำและอาหาร เพื่อสังเกตอาการปวดท้องและรอทำผ่าตัด น้ำหนักประมาณ 51 กิโลกรัม ส่วนสูงประมาณ 155 เซนติเมตร ได้รับ 0.9 % NaCl 1000 mL iv drip 120 mL/hr.

แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย ปกติถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง 1 เดือนที่ผ่านมา มีท้องผูกบ่อย ๆ ทำให้ต้องเบ่งถ่ายอุจจาระ ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะไว้เพื่อประเมินจำนวนปัสสาวะ ขณะนี้จำนวนปัสสาวะยังไม่ออก

แบบแผนที่ 4 แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำได้ตามปกติ ออกกำลังกายเดินระยะสั้น ๆ ได้ ประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

แขนขาทั้งสองข้างแรงดี ชีพจร 120 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท

แบบแผนที่ 5 แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน การนอนหลับ ผู้ป่วยนอนหลับวันละ 8-10 ชั่วโมง นอนเป็นเวลา ตั้งแต่เวลา 22:00 น.-06:00 น. นอนเวลากลางวันประมาณ 1 ชั่วโมง รับประทานยานอนหลับเป็นบางครั้ง ประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวบ่นปวดท้องมาก นอนไม่หลับ

แบบแผนที่ 6 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ การมองเห็น ไม่ชัดเจนตาพร่ามัวประมาณ 3 ปี ไม่ได้สวมแว่นตา การได้ยิน หูทั้งสองข้างได้ยินชัดเจนดี การดมกลิ่น จมูกสามารถรับกลิ่นได้ตามปกติ การรับรส ลิ้นสามารถรับรสชาติอาหารได้ปกติ การสัมผัสความรู้สึกร้อนหนาว เจ็บปวดได้ตามปกติ ประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีความรู้การเจ็บปวดปกติ

แบบแผนที่ 7 แบบแผนการเรียนรู้ตนเองและอัตโนทัศน์ ก่อนการเจ็บป่วยรู้สึกตัวตนเองสามารถทำงานได้ทุกอย่างปกติ ตามอายุ ประเมินสุขภาพ การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้เป็นภาระของครอบครัว กลัวเสียชีวิต

แบบแผนที่ 8 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพดีกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน สามารถพึ่งพาได้ ไม่มีปัญหาในการปรับตัวหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น บทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว ประเมินสุขภาพ บุตรสาวนำส่งโรงพยาบาล ฝ้าดูแลอาการด้วยความห่วงใย

แบบแผนที่ 9 แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ ไม่ปัญหา

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ กลัวเสียชีวิต

แบบแผนที่ 11 แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ

เชื่อเรื่องบาป บุญ เเวกรรม ต้องการหายจากการเจ็บป่วยและอยู่กับครอบครัวนาน ๆ



การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ
รูปร่างสมส่วน ผิวเหลือง รู้สึกตัว หายใจ
เหนื่อย บ่นปวดท้อง แน่นท้อง ปัสสาวะออกน้อย
สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส
ชีพจร 120 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท
ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้
เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหว
ร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้
ผิวหนัง: ผิวสีขาเหลือง ผิวแห้ง เล็บมือ
สะอาดตัดสั้น ดูซีด
ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำเข้มขาว ตัดสั้น
ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสอง
ข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยา
ต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรู
ม่านตา 2 มิลลิเมตร การมองเห็นไม่ค่อยชัดเจน
จากต่อกระจก ใบหู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ
ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่าง
ปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจ
เหนื่อย อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ฟังปอด
ไม่มีเสียง Crepitation หรือ Wheezing
หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจ
สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 120 ครั้ง/
นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ช่องท้องและทางเดินอาหาร: ไม่พ่ายลม ไม่
ถ่ายอุจจาระ ท้องอืดตึง
กล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกาย
ปกติ แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดรูป
Motor power grade 5
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
WBC 12,740 cell/cu.m.m, Neutrophil
91%, Lymphocyte 6.7%, Monocyte 1.3%,
Eosinophil 0.5, Basophil 0.5%, Hct 32%
Na 131 mmol/L, K 3.04 mmol/L, Cl
100 mmol/L, CO₂ 21 mmol/L, BS 215 mg/dL.
Lactate 5.9 mmol/L
PT 18 sec, INR 1.14, PTT 28 sec
การตรวจพิเศษอื่น ๆ
Chest X- Ray: Normal
EKG: Sinus Tachycardia rate 120/min
CT Whole abdomen: Right inguinal
hernia contain small bowel loop with
proximal small bowel obstruction
การวินิจฉัยโรคแรกพบ Gut obstruction
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Obstruction
Rt femoral hernia with gangrene ileal
การผ่าตัด
Ileal resection end to end
anastomosis, repair rt femoral hernia

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่อง ออกซิเจน เนื่องจากอยู่ใน ภาวะช็อค ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยหายใจได้เองแต่เหนื่อย หอบ อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/ นาที	กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ออกซิเจนทาง Mask with bag 10 LPM เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้กับเนื้อเยื่อของ ร่างกาย 2. ประเมินสังเกตจุดบันทึกอาการแสดง Vital signs ทุก 30 นาที และอาการของภาวะขาด ออกซิเจน ได้แก่ ซีด ตัวเย็น กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเย็น เหียว 3. Monitor NIBP เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย 4. เตรียมอุปกรณ์พร้อมสำหรับการช่วยใส่ท่อหายใจ เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจน 5. ประเมินผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่ายมากขึ้น หายใจ 30-32 ครั้ง/นาที O ₂ saturation 94 % ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบตำแหน่งท่อ ต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุม ความดัน ให้การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อโดย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. กระสับกระส่าย นอนราบไม่ได้ ผิวหนังเย็นซีด เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเย็น 3. สัญญาณชีพ ชีพจร 120 ครั้ง/นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดลง 90/68 มิลลิเมตรปรอท 4. O₂ saturation 97%	- ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ จัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้หักพับงอ - ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะอย่างนุ่มนวลเมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อ หลอดลมคอ ดูดเสมหะครั้งหนึ่งๆ ไม่เกิน 10-15 วินาที ใช้ self inflating bag ต่อกออกซิเจน 10 ลิตร/นาที บีบลมเข้าปอดอย่างนุ่มนวลสลับกับการดูดเสมหะ ขณะดูดเสมหะสังเกตอาการขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีด ริมฝีปากเขียวคล้ำ ไม่พบภาวะดังกล่าว - ประเมิน Tidal volume และวัด O₂ saturation ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม - ฟังเสียงลมเข้า-ออกจากปอด ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ และตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ 6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม การประเมินผล รู้สึกตัวดี พักได้ กระสับกระส่ายบางครั้ง ไม่มีภาวะ Cyanosis ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/70-130/90 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 97-98%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นซีด เหงื่อออก ปวดแน่นท้องมาก กดเจ็บทั่วท้อง 2. ผล CT Whole abdomen: Right inguinal hernia contain small bowel loop with proximal small bowel obstruction 3. ใส่สายสวนปัสสาวะไม่มีปัสสาวะออก 4. อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 120 ครั้ง/นาที เบา การหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/60 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตลดลงต่ำลง 84/43 มิลลิเมตรปรอท 5. Na 131 mmol/L, K 3.04 mmol/L, Cl 100 mmol/L, CO₂ 21 mmol/L, BS 215 mg/dl. Lactate 5.9 mmol/L 6. SOS score = 6 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล 1. จัด position ในท่านอนหงาย ศีรษะและปลายเท้าสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยในการไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงสมองมากขึ้น 2. ให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดย O₂ mask with reserrior bag 10 lit/min ผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้นจึงใส่ท่อช่วยหายใจต่อ Bird's respirator FiO₂ 0.4 RR 18/min 3. เพิ่มปริมาณสารเหลวในหลอดเลือดดำ โดยดูแลให้ได้รับ IV fluid ตามแผนการรักษา ให้ 0.9 % NaCl 1000 ml iv load free flow 1000 ml then 120 ml/hr ควบคุมจำนวนหยดให้ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษา 4. เพิ่มการบีบตัวของหัวใจโดยการให้ Levophed 4 mg : 250 ml ปรับ rate ตั้งแต่ 10 µd/min เพิ่มทีละ 5 µ d/min ปรับจนถึง 30 µ d/min Keep systolic pressure มากกว่า 80 mmHg 5. วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาทีเพื่อประเมินการไหลเวียนและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วัด CVP ทุก 1 ชั่วโมง ต่อมาวัดทุก 2 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพคงที่ เพื่อประเมินภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ 6. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นซีด เหงื่อออก พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีอาการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นซีด เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว 7. ประเมิน SOS score ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อให้ทราบความรุนแรงของการติดเชื้อ 8. บันทึกจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับ และบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง และประเมินความสมดุลในรอบ 8 ชั่วโมง การประเมินผล รู้สึกตัวดี แต่กระสับกระส่ายเนื่องจากมีอาการปวดแน่นท้องมาก กดเจ็บทั่วท้อง ท้องแข็งตึง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9-38.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 100-124 ครั้ง/นาที หายใจ 30-32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50-110/60 มิลลิเมตรปรอท จำนวนปัสสาวะออก 20-30 ml ต่อชั่วโมง



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดท้องมาก 2. สีหน้าไม่สุขสบาย หน้าเขียว 3. ผู้ป่วยขอยาแก้ปวด 4. ตรวจหน้าท้องพบว่ากดเจ็บ ทั่วท้อง ท้องแข็งตึง ฟังไม่ได้ยิน bowel sound 5. Pain score 10 คะแนน 6. ชีพจร 120 ครั้ง/นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/68 มิลลิเมตรปรอท	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินอาการปวดท้องโดยสังเกตสีหน้าท่าทาง สอบถามความรุนแรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย และใช้ Pain score 2. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการปวด 3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของอาการปวดท้อง จัดท่านอนในท่าสี่ระยะสูง (Fowler's position) เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ทำให้ทุเลาอาการปวดลง 4. ดูแลให้งดอาหารและน้ำ ใส่ NG tube ต่อกับ Gomco suction เพื่อบรรเทาอาการปวดและเศษอาหารเป็นการลดความดันในลำไส้และการเพาะอาหารช่วยบรรเทาอาการปวด อธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นของการงดอาหารและน้ำให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล การงดอาหารและน้ำจะช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ทำให้อาการปวดท้องลดลง 5. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยหายใจเข้าออกลึกๆ ลึกๆ 6. ดูแลตรวจเยื่อบุอาการของผู้ป่วยบ่อยๆ สัมผัสเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย แนะนำให้ญาติเฝ้าอาการใกล้ชิด 7. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ชวนพูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจ 8. อธิบายผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงแผนการรักษาต่อไป ในที่นี้คือการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสาเหตุของอาการปวดท้อง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยตามความเหมาะสม เอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือปลอบโยนให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ 9. ดูแลให้ยาแก้ปวด Buscopan 20 mg iv stat การประเมินผล ผู้ป่วยยังมีการปวดท้องอยู่จากภาวะลำไส้ใหญ่อุดตัน มีสีหน้าเขียวช้ำหน้าตาดูไม่สบาย Pain score 7-9 คะแนน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60-120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100-110 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีภาวะโปตัสเซียมต่ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ปวดท้อง ท้องแข็งตึง กระสับกระส่าย 2. Bowel sound negative 3. ผล Electrolyte K=3.04 mmol/L	กิจกรรมการพยาบาล 1. แก้ไขภาวะโปตัสเซียมต่ำ โดยผสม KCL 40 mEq ใน 0.9 % NaCl 1000 ml ควบคุมจำนวนหยดโดยเข้าเครื่อง infusion pump ปรับหยด 120 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงขณะให้ 2. ประเมินอาการแสดงของภาวะโปตัสเซียมต่ำ คือ ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจช้าลง 3. ติดตามค่า Electrolyte ประเมินผลโปตัสเซียม การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียจากอาการปวดท้อง แต่ไม่พบภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ตรวจเลือดซ้ำ K=3.5 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัดและอาการ ผู้ป่วย ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. สอบถามพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยรวมทั้งตอบปัญหาของผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เห็นใจ แสดงความเป็นกันเอง เพื่อลดความวิตกกังวล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล เมื่อทราบว่าต้องผ่าตัด 2. ญาติสอบถามอาการว่าผู้ป่วย จะปลอดภัยหรือไม่ 3. ผู้ป่วยไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรง มาก่อน ไม่มีประสบการณ์การ ผ่าตัด	3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและเหตุผลที่ต้องเตรียมการผ่าตัด จากนั้นให้ผู้ป่วย และญาติเซ็นใบยินยอมทำการผ่าตัด ภายหลังให้ข้อมูลเรื่องโรคอย่างละเอียดแล้ว 4. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติทราบถึงโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์ ว่าต้องผ่าตัดเนื่องจากลำไส้ อุดตันจากภาวะไส้เลื่อน ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง
การพยาบาลหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock จากภาวะพร่องสารน้ำ ข้อมูลสนับสนุน 1. ได้รับการผ่าตัด Ileal resection end to end anastomosis, repair rt femoral hernia 2. จำนวนเลือดที่เสียในระหว่างการ ผ่าตัด 200 ซีซี 3. แผลผ่าตัดซึมน้ำปัสสาวะ เล็กน้อย 4. พบความดันโลหิตลดลงใน ระหว่างผ่าตัด ความดันโลหิต 97/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98-102 ครั้ง/นาที 5. ระหว่างผ่าตัดปัสสาวะออก 100 ซีซี	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษาคือ 0.9 % NaCl 1,000 ml iv drip 120 ml/hr 2. เพิ่มการบีบตัวของหัวใจโดยการให้ Levophed 4 mg : 250 ml ปรับ rate ตั้งแต่ 10 µd/min เพิ่มทีละ 5 µ d/min ปรับจนถึง 30 µ d/min Keep systolic pressure มากกว่า 80 mmHg 3. On Monitor NIBP เพื่อตรวจวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจรที่เปลี่ยนแปลงไปจาก ปกติหลังการผ่าตัด ตรวจวัดเป็นระยะๆ คือ 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ หลังจากนั้นวัดทุก 2 ชั่วโมง 4. สังเกตลักษณะบาดแผลและปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่างๆ ที่ออกจากบาดแผล เพื่อประเมินการ สูญเสียน้ำและเลือด 5. สังเกตอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออกมาก ซึ่งเป็น อาการของ Hypovolemic shock ไม่พบภาวะดังกล่าว 6. สังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกมาทุกชั่วโมง น้อยกว่า 30 ml /hr รายงานแพทย์ ซึ่ง ไม่พบภาวะดังกล่าว 7. ตรวจสอบและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย และสารน้ำออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง 8. เจาะเลือดหาค่า Hct ทันทีภายหลังผ่าตัด=27% และให้เลือด PRC 1 unit ตามแผนการ รักษา การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวดี พูดคุยตอบรู้อเรื่อง แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมเพิ่ม สัญญาณชีพ ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-120/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับ 2,500-3,200 ml/day จำนวนน้ำที่ร่างกายขับออกทางปัสสาวะ 450-500 ml/8 hr.(55 ml ต่อชั่วโมง) Hct หลังให้เลือด 30%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ใบหน้าไม่สุขสบาย หน้ามึน คิ้วขมวด ใช้มือกุมแผลบ่อย 2. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลขอยาแก้ ปวด 3. Pain score 10 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินพฤติกรรมแสดงอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยและ Pain score ตรวจบันทึก สัญญาณ ชีพทุก 4 ชั่วโมง 2. จัดท่านอน Fowler's position โดยไขหัวเตียงสูง 45-60 องศา และไขส่วนล่างตรงบริเวณ เข้าสูง 15-20 องศา จะช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ลดอาการเจ็บตึงแผล 3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก ต่าง ๆ รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบน ความสนใจของผู้ป่วย เป็นการลดความเจ็บปวด 4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ สัมผัส เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ เกี่ยวกับระยะเวลาในการเจ็บปวด แผลผ่าตัดจะปวดมากเป็นเวลา 3 วันแรกหลังผ่าตัด



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสบายขึ้น สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ 6. จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ให้ครอบคลุมการพักผ่อนของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ประเมินระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนพักได้ 7. แนะนำวิธีการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือ 2 ข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดภาวะการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง และช่วยลดการสั่นสะเทือนของแผลผ่าตัด จะทำให้อาการปวดแผลลดลง ขณะเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่านอน ให้ทำด้วยความระมัดระวัง และดูแลไม่ให้อุปกรณ์ต่าง ๆ ตึงรั้ง ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 8. สอนการไออย่างถูกวิธี ขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไว้ให้ใช้มือประคองบาดแผลให้แน่นก่อน ภายหลังจากถอดท่อช่วยหายใจออก ให้ใช้มือประคองแผลผ่าตัดและหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกซ้ำๆ ผ่านทางปาก จำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ผู้ป่วยอ้าปาก และไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสั่นสะเทือนของบาดแผลโดยให้ใช้มือประคองแผลทุกครั้ง 9. ดูแลให้ยาแก้ปวด MO 3 mg iv prn ทุก 4 hr. ตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่พบอาการดังกล่าว 10. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสบายขึ้น 11. ประเมินพฤติกรรมแสดงความรู้สึกปวดของผู้ป่วยซ้ำ หลังให้การพยาบาล การประเมินผล ในระยะ 1-2 วันแรก ผู้ป่วยยังปวดแผลมาก มีสีหน้ากังวล ขมวด ยังไม่กล้าขยับร่างกาย พฤติกรรมความเจ็บปวดอยู่ระดับ 5-6 ในวันที่ 3-4 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยบ่นปวดแผลน้อยลง พฤติกรรมความเจ็บปวดอยู่ระดับ 4-5 นอนหลับพักผ่อนได้ 7-8 ชั่วโมง/วัน สัญญาณชีพ ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80- 140/90 มิลลิเมตรปรอท
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วย On ET-tube ต่อ Bird 'respirator 2 วัน เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะช็อค 2. แพทย์มีแผนการรักษาหยาเครื่องช่วยหายใจ	กิจกรรมการพยาบาล 1. เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมโดยอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจขั้นตอนการหยา ประเมินการหยาเครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจ 2. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ วัด Tidal volume ทุก 1 ชั่วโมง 3. ประเมินสัญญาณชีพก่อนและขณะหยาเครื่องทุก 15 นาที เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยทนต่อการหยาได้หรือไม่ โดยให้ O₂T-piece 10 LPM 15 นาที ทุกๆ 2 ชั่วโมง และเพิ่มเวลาในการหยาเครื่องขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง ไม่เหนื่อยหอบ หายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 108 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท จึงถอดท่อช่วยหายใจ 5. ประเมิน O₂ saturation ระหว่างการหยาเครื่องช่วยหายใจ 6. แจ้งให้ผู้ผู้ป่วยและญาติทราบที่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ 7. ดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปากออกให้หมด ปลดเสมหะออกจาก cuff ถอดท่อช่วยหายใจ 8. เมื่อผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจแล้ว On HFNC 60 LPM 9. ประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ O₂ saturation ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ Monitor NIBP อย่างใกล้ชิด 10. ติดตามและบันทึกการหยาเครื่องช่วยหายใจ เตรียมอุปกรณ์พร้อมใส่ใหม่เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ มีนผล ระดับความรู้สึกตัวดี ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว สีผิวปกติ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก O₂ saturation 98-99 % สัญญาณชีพ ชีพจร 88-102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/92-136/70 มิลลิเมตรปรอท

อภิปรายผล

สาเหตุการเกิดภาวะลำไส้อุดตันในกรณีศึกษา นี้ เกิดจากไส้เลื่อน เมื่อศึกษาประวัติจากผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยยกของหนัก และมีภาวะท้องผูกบ่อยจึงเบ่งถ่าย อุจจาระ ส่งผลให้เกิดภาวะลำไส้เลื่อน โดยที่ผู้ป่วยมีอาการนำจากปวดท้องแต่มีอาการไม่มาก จึงไม่มารับ การตรวจ จนอาการรุนแรงขึ้น ไม่ผายลม ไม่ถ่าย อุจจาระ การวินิจฉัยจึงต้องอาศัยการตรวจเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ในช่องท้อง ในส่วนบทบาทของพยาบาล จึงต้องมีความสามารถในการซักประวัติ และค้นหา ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์การวินิจฉัยโรคให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วและถูกต้อง

ในระยะวิกฤต ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัด กรองและวินิจฉัยว่ามีภาวะเสี่ยง Septic shock คือ มี ใช้ 37.8 องศาเซลเซียส การหายใจเร็ว 24-30 ครั้ง/ นาที ชีพจร 120 ครั้ง/นาที และ WBC 12,740 cell/mm³ โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อในช่องท้อง ผู้ป่วยมีภาวะ Sepsis และอาจเข้าสู่ภาวะ Septic shock หลังการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่ ตอบสนองต่อการรักษา และเสี่ยงต่อภาวะไตวาย เฉียบพลัน จึงต้องมีการให้ยา Levophed เพื่อให้

ร่างกายตอบสนองระดับความดันกลับมาในระดับปกติ ไม่เกิดไตวายเฉียบพลัน จากความรุนแรงดังกล่าว ซึ่ง นับเป็นภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา อย่างรวดเร็ว และเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ ยา ปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง ซึ่งพยาบาลสามารถ ประเมินภาวะ Sepsis ได้อย่างรวดเร็ว จากอาการและ อาการแสดง การประเมิน SOS score และจากค่า Lactate ที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน รวมทั้งรายงานแพทย์ ทันที ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในระยะเวลาที่กำหนด ปลอดภัยจากภาวะ shock

ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้ เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตรและแรงดัน ซึ่ง ในกระบวนการดูแล ถือว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนอยู่ มาก เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปรับตั้ง เครื่องที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ภาวะ Barotrauma , Atelectasis , Rupture alveolar เป็นต้นพยาบาลจึงระมัดระวังในการปรับตั้งเครื่อง ให้ สัมพันธ์กับพยาธิสภาพผู้ป่วย ติดตามค่า ABG เป็น ระยะๆรวมทั้งประเมินผลประสิทธิภาพการทำงานของ เครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องโดยพบว่าผู้ป่วย ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน^{6,8}

เอกสารอ้างอิง

- 1.จุมพล วิลาศศรีมี. (2557). ไส้เลื่อน. โครงการตำรารามธิบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 2.ชลิต สงครามยส. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างการใช้ยาชาเฉพาะที่กับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังในโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 23(3): 48-56.
- 3.นภาพร วงศ์วิวัฒนกิจ. (2561). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูการทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดช่องท้อง. พยาบาลสาร; 46(4): 193-201.
- 4.บุษบา สมใจวงษ์. (2560). เอกสารประกอบการสอน วิชา 261 221 การพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ 1 เรื่อง การพยาบาลผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 5.วรกร คำน้อย. (2566). การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและผู้ป่วยที่ ผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลพัฒนานิคม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 8(2): 429 - 34
- 6.สาธิต ธรรมนิยมอินทร์. (2561). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 10; 16(2): 58-68.
- 7.สมพร รอดจินดา, สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล และวิมลทิพย์ พวงเข้ม. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแส เลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข; 30(1): 120-34.
- 8.Levy MM, Evans LE, Rhodes A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. Intensive Care Med; 44(6): 925-8.